

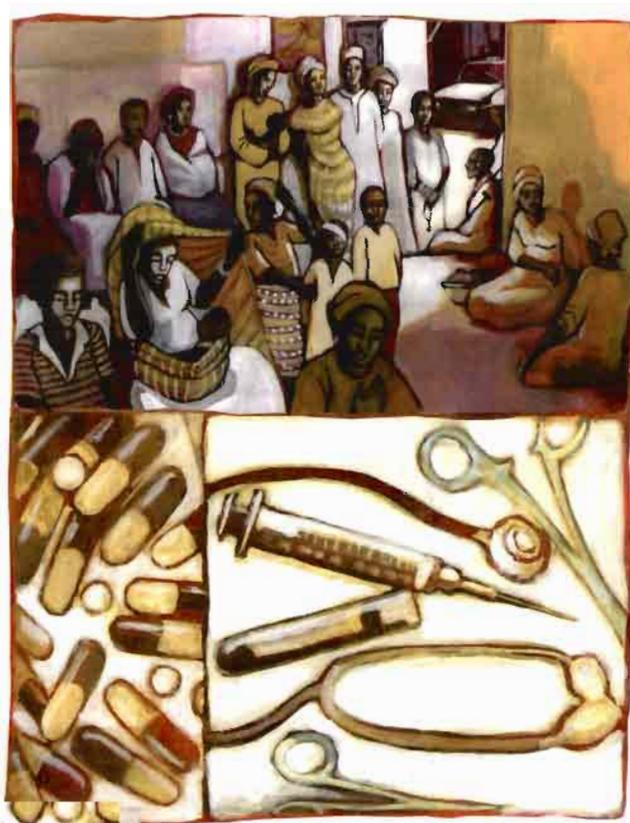
---

---

SOUS LA DIRECTION DE  
Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan

# Une médecine inhospitalière

Les difficiles relations entre soignants et soignés  
dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest





## **UNE MÉDECINE INHOSPITALIÈRE**

Collection « Hommes et Sociétés »

*Conseil scientifique* : Jean-François BAYART (CERI-CNRS)

Jean-Pierre CHRÉTIEN (CRA-CNRS)

Jean COPANS (Université de Picardie)

Georges COURADE (IRD)

Alain DUBRESSON (Université Paris-X)

Henry TOURNEUX (CNRS)

*Directeur* : Jean COPANS

Publié avec le concours  
du Centre national du Livre

© Éditions KARTHALA, 2003

SOUS LA DIRECTION DE  
**Y. Jaffré & J.-P. Olivier de Sardan**

# **Une médecine inhospitalière**

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

**APAD**  
Centre de la vieille Charité  
13002 Marseille

**Karthala**  
22-24, boulevard Arago  
75013 Paris

L'étude dont les résultats sont présentés ici a été financée par un programme « Santé urbaine » conjoint entre la Coopération française et l'UNICEF sur l'accès aux soins (en particulier des familles démunies) et la qualité des soins dans cinq capitales ouest-africaines (Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar, Niamey).

Notre équipe a également bénéficié de l'aide de la Commission européenne (programme INCO sur les « Interactions entre les systèmes de santé publique et les conceptions et pratiques populaires relatives à la maladie en Afrique de l'Ouest ») et de l'IRD.

Site web de l'APAD :

<http://durandal.cnrs-mrs.fr/shadyc/APAD/APAD1.html>

E-mail : [apad@ehess.cnrs-mrs.fr](mailto:apad@ehess.cnrs-mrs.fr)

⋮

KARTHALA sur Internet : <http://www.karthala.com>  
 Paiement sécurisé

## AVERTISSEMENT

Le présent ouvrage se distingue très nettement, par son élaboration, sa rédaction et sa construction, du rapport de recherche proprement dit, diffusé à partir de janvier 02 sous le titre « Les dysfonctionnements des systèmes de soins ».

Seuls deux chapitres de la première partie de cet ouvrage (Présentation et résultats) reprennent, avec quelques modifications, des textes publiés dans le rapport en question : l'un explicite le type de recherche que nous avons menée (objectifs, posture scientifique et méthodes), et l'autre en expose les principaux résultats, autrement dit détaille notre diagnostic des nombreux dysfonctionnements propres aux services de santé dans les cinq villes africaines où nous avons travaillé.

Par contre, alors que le rapport ne proposait que des synthèses par pays, on trouvera ici, dans la deuxième partie (Descriptions et constantes), des analyses transversales aux cinq pays, portant respectivement sur l'inhospitalité des centres de santé, l'exclusion des plus démunis (seul ce texte a été publié dans le rapport), les modes de gestion des structures sanitaires et les « petits profits » des personnels.

Puis une troisième partie (Explications et propositions) tente de pousser l'analyse plus loin, et de répondre non plus seulement au « comment », mais aussi au « pourquoi ». Pour trouver des « explications », même partielles, aux dysfonctionnements observés et aux comportements « à problèmes » des personnels de santé, nous nous sommes tournés successivement vers les modalités de constitution de la profession médicale en Afrique (et plus généralement de la bureaucratie), et vers les conditions actuelles de son exercice dans un environnement social complexe. Nos interprétations et nos hypothèses débouchent sur le souhait d'un dialogue avec les professionnels de santé publique, autour de la nécessaire réforme du système actuel, en particulier par la promotion sur les lieux de travail d'une « déontologie pratique » négociée, qui soit adaptée aux contraintes des personnels comme aux attentes des malades.

## UNE MÉDECINE INHOSPITALIÈRE

Enfin, on trouvera dans une partie annexe (Dossiers) trois études – une première étant présentée à titre d'exemple au chapitre 2 du livre – menées au niveau des centres de santé eux-mêmes qui, au plus près des réalités décrites, fourniront au lecteur un accès plus direct à une petite partie des données qui ont servi de base à l'ensemble des chapitres de cet ouvrage.

PREMIÈRE PARTIE

**PRÉSENTATION ET RÉSULTATS**



# 1

## **Pourquoi et comment de telles enquêtes sur un tel sujet ?**

Y. JAFFRÉ et J.-P. OLIVIER DE SARDAN

### **La gravité de la situation et les échecs successifs**

Cet ouvrage résulte d'enquêtes socio-anthropologiques menées de façon systématique dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest (Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar, Niamey) en 1999 et 2000.

Quelques chiffres suffisent malheureusement à caractériser les situations sanitaires des pays d'Afrique de l'Ouest concernés. Ainsi, au Sénégal, au Mali ou au Niger, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile oscillent respectivement aux alentours de 150 et 230 décès pour 1 000 naissances vivantes (Banque mondiale 1993) ; la malnutrition modérée est proche de 30 % chez les enfants de moins de cinq ans (UNICEF 1997) ; au moment de l'accouchement, 50 % des parturientes seraient anémiées, et la mortalité maternelle est approximativement de 600 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit, pour une mère, un risque de décéder 100 fois plus élevé qu'en Europe du Nord (Etard 1995, Vangeenderhuysen & al. 1996). Le taux de séroprévalence, bien que variable selon les pays, est de l'ordre de 4 %, représentant par exemple au Mali 248 000 personnes infectées par le VIH, et 47 000 décédées pour cause de SIDA. Enfin, bien que l'offre de santé soit globalement insuffisante – en moyenne 1 médecin pour 20 000 habitants – il existe de très fortes inégalités entre les milieux urbains et ruraux : au Mali, la mortalité infanto-juvénile est par exemple de 149 ‰ à Bamako et de 272 ‰ en milieu rural (DNSI 1996).

Outre cette similarité de problèmes, une communauté de choix sanitaires réunit ces trois États. Ils ont en commun d'avoir adopté depuis 1987 ce qu'il est convenu d'appeler « l'Initiative de Bamako », caractérisée par la volonté d'améliorer l'offre de santé en « étendant la couverture géogra-

phique en services de santé de base avec la participation des bénéficiaires, en adoptant une politique pharmaceutique basée sur les médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale (DCI), et en instituant un recouvrement des coûts des prestations et des médicaments pour améliorer le fonctionnement des services de santé » (UNICEF 1999).

Depuis une trentaine d'années, les réformes se sont succédées, les propositions se sont multipliées : et, pourtant, une grande insatisfaction persiste, tant du point de vue des populations que des intervenants. Le sentiment est désormais largement partagé qu'une grande partie des problèmes vient de l'offre publique de santé. Alors que, pendant longtemps, on imputait les mauvais résultats sanitaires aux comportements des populations (ignorance et manque d'éducation, représentations populaires erronées voire dangereuses, recours aux thérapeutiques « traditionnelles » et aux guérisseurs, etc.), on s'est aperçu que, en fait, et même si de telles causes jouent pour une part, la mauvaise qualité des soins dispensés dans les structures publiques était pour beaucoup dans la situation catastrophique révélée par les chiffres évoqués ci-dessus. Les populations ne refusent pas, en général, de recourir aux filières modernes de soins, comme en témoigne le succès des cabinets privés (souvent informels et tenus, en milieu populaire, par des infirmiers) et des « pharmacies par terre » (colportage et vente informelle de médicaments modernes). Mais les hôpitaux et dispensaires ont, par contre, une réputation exécrable, et il faut reconnaître que, bien souvent, elle semble hélas « méritée », au delà de telles ou telles exceptions. Le manque de moyens n'est pas seul en cause.

Certes, face à cette situation, on a depuis quelques années, multiplié les « projets » pour former ou pour encadrer les personnels, etc. Mais ces mesures semblent largement inefficaces. Aux séminaires de formation succèdent les supervisions qui, lorsqu'elles débouchent sur des évaluations négatives, incitent à d'autres formations et d'autres supervisions... Bref, bien que les interventions technocratiques en matière de santé publique soient indispensables, elles ont de nombreux effets pervers. Les nouveaux venus sur la scène sanitaire africaine (jeunes médecins africains revenant de formation ou intervenants extérieurs des ONG ou des coopérations internationales) découvrent dans les services de santé une situation réelle bien pire que prévu, masquée par la langue de bois des politiciens et des institutions internationales.

### **Notre perspective opérationnelle**

Pour progresser, prendre un peu de recul apparaît aujourd'hui nécessaire. Mieux comprendre, pour éventuellement mieux agir, c'est ce qui explique et a motivé notre enquête. Comme on le verra ci-dessous, nos

résultats n'incitent pas à l'optimisme béat, loin de là. Ils témoignent de l'ampleur des dysfonctionnements que connaissent les formations sanitaires, et de la dégradation des relations entre soignants et soignés. Nous en avons rendu compte, lors de séances de restitution, non seulement aux autorités sanitaires locales mais aussi, le plus souvent, aux personnels de santé des centres investigués. Si jamais aucun médecin ou infirmier n'a mis en cause nos résultats proprement dits, et si de nombreux acteurs se sont félicités de ce qu'enfin la « face cachée » de la réalité était mise sur le devant de la scène, nous avons partout rencontré deux types de réactions négatives, largement fondées sur des malentendus, selon nous.

*« Votre évaluation est partielle car elle n'insiste que sur le négatif »*

Il est vrai que nous ne parlons que du négatif, mais il ne s'agissait en rien d'une « évaluation ». Une évaluation se doit, en effet, de mettre en parallèle le positif et le négatif, et de produire un bilan complet, et donc balancé. Notre propos était tout autre : il s'agissait de détecter « tout ce qui n'allait pas » dans les relations entre malades et personnels de santé. Nous entendions donc faire un simple diagnostic (de ce qui posait problème) et non un bilan complet (de l'ensemble du fonctionnement des formations sanitaires, y inclus les aspects positifs). De même qu'un clinicien cherche devant un malade ce qui ne va pas, et ne s'appesantit pas sur tout ce qui va bien, de même nous nous sommes attachés aux dysfonctionnements récurrents, en n'analysant pas ce qui, « malgré tout », fonctionnait. Bien évidemment, nous avons rencontré aussi des soignants admirables de compétence ou de dévouement, et nous n'ignorons pas qu'il est, heureusement, des services mieux organisés ou plus efficaces que ceux qui sont décrits ici. Cependant, les situations que nos études dépeignent relèvent de la moyenne, et non de l'exception, et nous pensons qu'elles sont assez représentatives des contextes ordinaires d'interaction entre soignants et soignés.

*« En mettant l'accent sur ce qui ne va pas, vous avez une attitude négative, qui ne contribue pas aux changements »*

Nous pensons au contraire qu'un « électrochoc », à base de vérités jusqu'ici considérées comme pas vraiment bonnes à dire (mais pourtant incontestables, d'autant qu'en l'occurrence c'est une enquête socio-anthropologique rigoureuse qui les met en évidence), est nécessaire, bien qu'insuffisant, et constitue un pas indispensable vers des réformes indispensables. On ne doit plus se voiler la face ni sur l'état sinistré des formations sanitaires en Afrique, ni sur les comportements inappropriés de

leurs personnels. **Mais il ne s'agit en aucun cas de « montrer du doigt » les personnels ou de les rendre responsables de tout ce qui ne va pas. C'est l'ensemble des systèmes (système de santé et système politico-administratif, en particulier) dans lequel ils sont insérés, et dont ils sont eux-mêmes un facteur de reproduction, qui est en crise profonde. Cependant, les comportements des personnels, si on se donne la peine de les décrire et de les comprendre, nous semblent pouvoir constituer un « facteur modifiable ».** Au-delà de notre objectif de connaissance (notre ambition proprement scientifique) nous avons en effet un objectif « pratique » (une ambition d'« application »), qui est de contribuer, aux côtés des professionnels de la santé, à une amélioration des services que les formations sanitaires proposent aux populations. Notre propos n'est donc en aucun cas « dénonciateur », ou « accusateur », il est résolument « réformateur ». Nous pensons qu'il peut y avoir un usage positif du négatif. Nous pensons aussi que toute réforme véritable ne pourra se faire qu'en s'appuyant sur les éléments réformateurs à l'intérieur du système de santé (nous souhaitons les aider par la diffusion des résultats de notre enquête), et non en les ignorant, ou en suivant un schéma technocratique « top-down » (cf. infra).

### Notre histoire scientifique

Avant d'entreprendre une telle recherche, pour laquelle nous avons dû construire un dispositif méthodologique original (cf. infra), notre positionnement dans cette sorte de sous-discipline appelée « anthropologie de la santé » doit être évoqué<sup>1</sup>. On sait que l'anthropologie de la santé, en particulier dans la tradition africaniste française<sup>2</sup>, s'est développée pour une grande part sur deux piliers : (a) à partir de l'anthropologie religieuse ; et (b) dans une grande méfiance vis-à-vis des professionnels de santé.

Certes, une partie importante des représentations et pratiques populaires en matière de santé est en chevauchement avec les représentations et pratiques populaires relatives aux dieux (ou à Dieu), aux esprits, aux sorciers, aux sorts, aux ancêtres... Le champ thérapeutique et le champ rituel se superposent souvent. Mais une autre partie, non négligeable, des

---

1. Cf. également Olivier de Sardan, 1999, en ce qui concerne notre prise de distance vis-à-vis des excès systémiques et classificatoires en anthropologie de la santé.

2. Cf. Augé, 1986 ; du côté américain, c'est la domination de problématiques médicales, comme en témoigne l'appellation d'anthropologie médicale, qui a plutôt marqué les premiers pas de cette sous-discipline.

représentations et pratiques populaires en matière de santé n'est que peu ou pas concernée par ce chevauchement. D'où notre intérêt pour tout un ensemble d'« entités nosologiques populaires » de type « prosaïque », à faible valeur symbolique ajoutée (cf. Jaffré & Olivier de Sardan, 1999)<sup>3</sup>.

De même, s'il est vrai que l'indépendance tant vis-à-vis du pouvoir médical qu'envers les catégories de pensée médicales est une condition d'existence de toute anthropologie de la santé, il nous a semblé, à l'inverse, que l'influence actuelle des systèmes de santé modernes sur les représentations et pratiques populaires devait être mise en évidence, qu'il fallait sortir d'une vision « traditionnaliste » et « culturaliste » de la santé limitant le champ de l'investigation aux seules représentations et pratiques « traditionnelles » (souvent en fait « néo-traditionnelles », soit dit en passant), et qu'une collaboration égalitaire avec la santé publique était, dans de nombreuses situations, possible, et même souhaitable.

De ce fait, dans le vaste programme de recherche que nous avons élaboré en 1993<sup>4</sup>, à côté de thèmes tels que les entités nosologiques populaires, ou la contagion<sup>5</sup>, nous avons prévu un thème sur les « projets » en santé publique, et sur les conditions d'exercice de la santé reproductive (modalités des interactions entre personnels et parturientes<sup>6</sup>, avortements, etc.).

En 1998, nous avons eu l'occasion d'être associés à la mise en place d'une vaste opération de recherche, coordonné par l'UNICEF, avec un financement du FAC (Coopération française), comportant, outre notre volet socio-anthropologique, un volet socio-économique (enquête par questionnaire sur échantillon représentatif), et un volet d'évaluation de la qualité des soins (sur 6 centres de santé par ville, dont les 3 centres où nous-même devions enquêter, cf. infra)<sup>7</sup>. Ce programme avait pour objec-

3. Ce qu'on pourrait appeler « l'obsession sorcellaire » en anthropologie est telle que lorsqu'un anthropologue, de façon pionnière à l'époque, s'est enfin intéressé aux centres de santé modernes en Afrique, il a utilisé malgré tout la métaphore de la sorcellerie comme base de son système interprétatif (cf. Hours, 1985). Il est vrai que cette obsession sorcellaire est parfois, en particulier dans les sociétés d'Afrique centrale, une donnée culturelle locale. Mais elle n'est jamais « seule en piste ».

4. Il a été financé à partir de 1996 dans le cadre du programme INCO de la Commission européenne, sous le nom de « Interactions entre les systèmes de santé publique et les conceptions et pratiques populaires relatives à la maladie (Afrique de l'Ouest) ». Ce programme a animé un réseau de recherche (avec 8 numéros publiés d'un « Bulletin »), devenu depuis « Réseau sur l'anthropologie de la santé en Afrique » (avec 2 numéros publiés d'un Bulletin nouvelle série), et c'est sur cette base que l'équipe qui a mené la présente recherche a été constituée.

5. Sur le premier thème, cf. Jaffré & Olivier de Sardan (eds), 1999 ; sur le second, cf. Bonnet & Jaffré (eds), (sous presse)

6. Une publication avait ouvert la voie sur ce thème : cf. Jaffré & Prual, 1993.

7. Ce programme mis sur pied par JP. Louis (Coopération française) et R. Knippenberg (UNICEF), a, par la suite, été animé par A. El Abassi (la coordination

tif scientifique principal de répondre à cette question : quels sont les facteurs qui bloquent l'accès aux soins modernes, en particulier l'accès des plus démunis, dans les grandes villes d'Afrique de l'Ouest ? D'où découlaient deux autres questions : le « recouvrement des coûts » mis en place depuis l'Initiative de Bamako est-il un facteur d'exclusion des plus pauvres ? La mauvaise qualité des soins (au sens large de ce terme : soigner, mais aussi prendre soin) est-elle également un facteur d'exclusion ?

Pour notre part, autrement dit en ce qui concerne le volet socio-anthropologique, il s'agissait avant tout de savoir comment les divers acteurs de la « scène sanitaire » répondaient eux-mêmes à ces questions. **Il s'agissait par là même de décrire, à travers l'observation des interactions entre soignants et soignés, et les discours que soignants et soignés tenaient sur ces interactions, les principaux dysfonctionnements du système de santé, tels qu'ils se manifestent en quelque sorte « à la base », là où les populations, en particulier les plus démunies, entrent en contact avec les formations sanitaires publiques<sup>8</sup>.**

Cette opération de recherche a donc été pour nous une occasion exceptionnelle pour mettre en œuvre un type d'enquête sur les interactions entre soignants (modernes)<sup>9</sup> et soignés, que nous avons expérimenté ponctuellement ça et là, mais que nous souhaitions développer de façon plus systématique. Restait alors à en définir la méthodologie.

## La méthodologie

Le programme de recherche dont nous avons assuré le volet socio-anthropologique portait sur l'équité dans l'accès aux soins, et les facteurs d'exclusions des plus pauvres. L'hypothèse qui a guidé ce travail est que, outre les problèmes de coûts, qui ne sauraient être négligés (cf. volet éco-

---

a bénéficié de l'assistance de A. Juillet, puis, en particulier depuis le départ de A. El Abassi, de S. Schapman).

8. Les 3 formations sanitaires investiguées dans chaque ville relevaient toutes du système public au sens large (y inclus les centres de santé dits « communautaires », CSCOM au Mali ou FSUCOM en Côte d'Ivoire). C'était une contrainte de notre cahier des charges dans le cadre du programme. On peut considérer que le fait de n'avoir pas pris en compte les centres de santé privés ou confessionnels constitue une limite de notre enquête, dans la mesure où ces derniers ont une meilleure réputation auprès des usagers que les centres de santé relevant du secteur public.

9. Cela ne signifie évidemment pas un manque d'intérêt pour les « guérisseurs » ou « tradipraticiens » – nous avons mené diverses enquêtes en ce domaine –, mais exprime un souci de prendre en compte l'ensemble du champ de la santé en Afrique – y compris par exemple les « pharmacies par terre » (cf. Jaffré, 1999 a) ou la « médecine chinoise »...

nomie), les dysfonctionnements internes au système public de santé étaient une cause majeure de fréquentation insuffisante des formations sanitaires, de recours à d'autres systèmes de soins (en particulier l'automédication), et d'insatisfaction des usagers, et que les plus démunis en étaient, plus que d'autres, victimes. Elle nous semble largement confirmée par nos résultats.

La présente étude met en évidence, pour la première fois en Afrique de l'Ouest, de façon documentée, l'importance et la nature des dysfonctionnements des services de santé tels qu'ils apparaissent massivement dans les interactions entre soignants et soignés. Ceci n'a été possible que grâce à l'emploi d'une méthode qualitative, pour l'essentiel héritée de l'anthropologie de terrain<sup>10</sup>, mais que nous avons tentée d'adapter, avec diverses innovations, tant aux sites particuliers que sont les centres de santé qu'à la perspective comparative systématique qui était la nôtre.

Huit mois d'enquêtes menées simultanément dans cinq capitales africaines ont débouché sur un corpus substantiel, constitué sur la base des méthodes classiques en vigueur dans l'enquête de terrain anthropologique. Ce corpus est donc formé : (a) d'entretiens en langues locales (menés sur le mode de la conversation, et non du questionnaire) ; (b) d'observations consignées par écrit ; et (c) d'études de cas, de biographies, et de recensions variées.

Rappelons que, pour chaque ville, il y avait d'un côté des enquêtes dans 3 formations sanitaires, de l'autre côté des enquêtes auprès d'une trentaine de familles pauvres. Nous avons donc des dossiers détaillés sur 15 formations sanitaires, et des transcriptions d'entretiens auprès de 150 familles pauvres. Les formations sanitaires ont été, dans chaque ville, choisies en concertation avec l'UNICEF et le volet « qualité des soins », avec pour condition qu'elles touchent directement des zones d'habitat populaire.

Comme ordre de grandeur, nous disposons au total d'environ 1 000 entretiens enregistrés et 500 séances d'observation systématique (par exemple 265 entretiens ont été menés à Niamey et 167 séances d'observation ont été l'objet de comptes-rendus). C'est la première fois en Afrique de l'Ouest que, sur la santé, on dispose d'une telle masse de matériaux, recueillis selon des procédures qualitatives rigoureuses, à partir d'une problématique et d'une méthodologie communes, dans une perspective comparative multi-sites<sup>11</sup>.

---

10. Ou ethnographie. Cette méthodologie est partagée par la sociologie dite parfois qualitative, héritière de l'École de Chicago, qui a d'ailleurs produit des travaux précurseurs dans le champ de la santé (cf. Becker & al., 1961, Freidson, 1984, Strauss, 1993).

11. Par contre, on peut signaler une enquête récente en Afrique du Sud (Jewkes, R., Nacemah, A. & Zodumo, M., 1998) Les auteurs aboutissent à des résultats assez semblables aux nôtres (cf. le titre évocateur de leur article : « *Why nurses abuse patients ?* »), et notent également l'absence de données et de publications sur ces questions. On notera cependant un article de Sundari, 1992, abordant entre autres le « *poor patient management* » dans les

Ceci a été possible grâce à un travail d'équipe, fondé sur un investissement personnel important de chacun<sup>12</sup>. Il a été facilité par l'existence d'un « réseau » de chercheurs constitué depuis plusieurs années (devenu récemment « réseau sur l'anthropologie de la santé en Afrique »), adossé à deux « bases » (d'un côté, et surtout, Marseille, avec le laboratoire SHADYC, la formation doctorale « sciences sociales » de l'EHESS, et la tête de pont d'une équipe IRD, tous regroupés à la Vieille Charité, et, de l'autre côté, Niamey, avec depuis peu le laboratoire LASDEL)<sup>13</sup>.

Certes les données fournies ne sont pas chiffrées. La plupart ne sont sans doute pas chiffrables, comme le mépris dont les patients se disent victimes, les justifications que les personnels de santé donnent de leurs attitudes, ou la façon dont les soignants s'approprient l'espace aux dépens des soignés. D'autres seraient peut-être chiffrables, pour la plupart avec un coût méthodologique et pécuniaire élevé, et de très nombreuses difficultés, comme lorsque l'on aborde le thème de la corruption. Mais cependant, nos données, pour « qualitatives » qu'elles soient, sont selon nous « de qualité » et relèvent d'une approche empirique rigoureuse. Elles « disent » sans doute mieux que bien des données chiffrées le « vrai » des conduites de soins et permettent de mettre en évidence des mécanismes et des processus significatifs.

Cette « rigueur du qualitatif » suppose une solide formation et compétence des enquêteurs, et un travail d'équipe important pour harmoniser les curiosités, les questions de recherche, les méthodes, les problématiques. D'où l'usage de la procédure ECRIS<sup>14</sup>, qui a impliqué les étapes suivantes :

---

maternités des pays en développement, et concluant sur ces mots que notre enquête illustre assez bien : « *seeking health care should cease to be the dehumanizing experience it now is, devoid of respect and consideration or even compassion on the part of health personnel* » (p. 526).

12. L'équipe était composée de 5 responsables-pays (dirigeant chacun 3 enquêteurs de niveau maîtrise ou DEA), Yveline Diallo pour Conakry (enquêtes de I.S.B. Barry, M. C. Camara et K. D. Baldé), Younoussa Touré pour Bamako (enquêtes de A. Boré, O. Togola, A. Simaga), Mariatou Koné pour Abidjan (enquêtes de C. B. Konan, A. Coulibaly et A. Nguessan), Abdoussalam Fall pour Dakar (enquêtes de N.T. Niang, A. Ndao et T. Diouf), et Aboubacar Souley pour Niamey (enquêtes de H. Moussa, A. Tidjani Alou et A. Tidjani), et de 2 coordinateurs, Yannick Jaffré et Jean Pierre Olivier de Sardan.

13. Les membres de ce réseau ont produit des travaux très convergents avec les résultats présentés dans cet ouvrage, travaux menés certes dans d'autres cadres, mais entrepris selon une problématique identique, et avec la même méthodologie: sur la corruption dans la santé au Niger (Adamou Moumouni) ; sur le service des urgences de l'hôpital de Niamey (Eric Hahonou) ; sur les maternités à Nouakchott (Yannick Jaffré, Jean-Pierre Olivier de Sardan & Alain Prual) ; sur les dysfonctionnements des centres de santé au Nord-Bénin (Nassirou Bako Arifari, Abou-Bakari Imorou), au Burkina Faso (Fatou Ouattara), en Centrafrique (Blaise Goma), au Cameroun (Marc-Eric Gruénais), au Mali (Yannick Jaffré, Aïssa Diarra)...

14. Cf. Bierschenk & Olivier de Sardan, 1997.

1. Une enquête collective à Niamey, de 8 jours, sur les 3 centres de santé retenus, regroupant les 5 « responsables-pays », les 2 coordinateurs du volet socio-anthropologique, les 3 enquêteurs de Niamey, et 2 médecins, afin de formuler des hypothèses et des indicateurs « issus de terrain » (et non pas élaborés en chambre).

2. Une enquête collective dans chacune des 4 autres villes, de 8 jours, avec le responsable-pays, l'un des 2 coordinateurs, et les 3 enquêteurs de la ville, sur l'ensemble des 3 centres de santé retenus.

3. Des enquêtes individuelles de longue durée (par exemple, chaque enquêteur a passé entre trois mois et six mois dans un centre de santé), avec un appui permanent du responsable-pays et des réunions régulières de bilan. Il s'est agi en fait de deux types d'enquêtes, partout :

– Enquêtes dans les 3 centres de santé retenus par ville. Outre les observations faites dans chaque centre (autour des postes de travail, en suivant des parcours de malades, en assistant aux consultations, en prenant des gardes...), des entretiens ont été menés auprès d'une grande variété d'interlocuteurs : les diverses catégories de personnels de santé, les malades, mais aussi les accompagnants, les manœuvres, les gardiens, les vendeurs alentour, les guérisseurs du voisinage, etc....

– Enquêtes sur un ensemble de famille démunies ne fréquentant pas ou fréquentant peu les centres de santé (30 par ville)<sup>15</sup>.

Enfin, il faut souligner la qualité du travail accompli par les 15 enquêteurs (dont certains sont depuis entrés en études doctorales) et par les 5 responsables-pays, grâce auxquels nous disposons d'un ensemble de données qualitatives fiables, comparables, fortement convergentes, issues d'un dispositif d'enquête commun, et, au delà, d'une posture scientifique partagée, ce qui n'est pas si fréquent dans une discipline connue pour son individualisme.

---

15. Théoriquement, ces familles devaient être issues de l'échantillon des familles enquêtées par le volet socio-économique. Des problèmes méthodologiques ou pratiques au niveau des enquêtes socio-économiques n'ont pas toujours permis que ce critère soit respecté. Cela ne nous semble pas en fait très grave.



## Dossier : le centre de santé communautaire

C. B. Konan

### Avertissement

Ce texte décrit l'un des quinze centres de santé urbaines enquêtés par notre équipe. Nous l'avons introduit dans cette première partie afin que le lecteur puisse d'emblée être « mis dans l'ambiance » de la réalité quotidienne des interactions entre soignants et soignés dans les structures de santé publiques en Afrique de l'Ouest. Nous aurions pu tout aussi bien en choisir un autre : aussi on trouvera en annexe trois dossiers du même type, établis chacun dans une capitale différente, auxquels nous renvoyons le lecteur, afin qu'il puisse tout à la fois être informé plus en détail d'autres contextes particuliers, et vérifier par lui-même la convergence des données recueillies, qui est au fondement des analyses de cet ouvrage.

Y. J. et J.-P. O de S

### Présentation du quartier<sup>1</sup>

Sagbé, encore appelé « derrière rails », à cause de la voie ferrée qui délimite le quartier, est un sous-quartier de la commune populaire d'Abobo. Ce sous-quartier s'est d'abord constitué par la construction du chemin de fer, et ensuite par l'installation d'un certain nombre d'employés de la Régie Abidjan Niger (RAN, actuelle SICF) à proximité de la voie ferrée, et cela au milieu des années cinquante. C'est pour échapper à la décision de destruction de Sagbé, lancée par le gouvernement vers la fin des années soixante dix, qu'une organisation a été mise sur pied afin de remplacer les habitats précaires par des maisons en dur. Ce n'est qu'à partir de 1984 qu'un début de plan d'urbanisation a été mis

---

1. La supervision de l'enquête a été assurée par Mariatou Koné.

en œuvre. Sagbé dispose aujourd'hui de plusieurs infrastructures, cofinancées par des structures internationales (BAD, UNICEF, INADES, Japon...) et le gouvernement, qui réussissent à le désenclaver. Malgré cela, et à cause de sa situation géographique (il est séparé de la prison civile par la grande forêt du banco), Sagbé n'a pas suivi le mouvement général de modernisation de sa commune.

Le quartier compte plus de soixante mille âmes réparties au sein de six sous-quartiers. On y dénombre 76 % d'habitants de nationalité ivoirienne et 24 % de personnes issues des pays limitrophes : Ghana, Mali, Burkina Faso, Guinée.

Les habitations de Sagbé, quant à elles, sont constituées à 95 % de cours communes avec une majorité de studios partageant les infrastructures sanitaires communes. L'eau est achetée chez des revendeurs et conservée dans des barriques. L'électricité est tirée chez le voisin abonné le plus proche, et les frais sont partagés à la réception des factures.

Les femmes rencontrées sont quasiment toutes mariées (il s'agit ici du concubinage considéré par les enquêtés comme une situation légale), et ont au moins un enfant. Le taux de scolarisation est très bas voire inexistant. Hormis les personnes originaires du Sud de la Côte d'Ivoire, qui parlent couramment le français, les personnes issues du Nord et des pays voisins s'expriment en dioula qui est la véritable langue de communication du quartier.

Le centre de santé communautaire de Sagbé fonctionne depuis le 11 juillet 1994, c'est-à-dire sept ans après l'initiative de Bamako, et à la suite de l'exemple malien des CSCOM. Sagbé, avant la construction de son centre de santé, n'avait pas d'accès facile aux soins modernes : pharmacies, infirmeries, centres de santé étaient situés sur la voie principale, à environ dix kilomètres du quartier, non encore bitumée. Les guérisseurs, les « traditionnalistes », les prêtres de confessions religieuses, les « vieilles » pour les accouchements, la forêt toute proche, et les médicaments de rue ont longtemps constitué les seuls recours aux soins pour la population.

## **Le FSU-COM de Sagbé**

### *Son histoire*

Le site du foyer des jeunes, qui n'existait que de nom, a été débarrassé de ses mauvaises herbes, pour construire le centre. Quelques jeunes gens ont été appelés pour faire ce travail avec la promesse d'être engagés plus tard. Toutes les femmes qui ont contribué au désherbage et à la propreté

des lieux sont devenues, après trois mois d'apprentissage dans une structure de santé communale, des filles de salle. Les hommes, quant à eux, sont devenus gestionnaire du stock de pharmacie, caissier, ou encore membre du conseil d'administration.

Pratiquement tout le personnel habite le quartier, et ce fait ne facilite pas toujours la tâche des agents, qui se sentent souvent ridiculisés par les habitants du quartier. Ces derniers mettent en doute la compétence des soignants, avec lesquels ils ont fait l'école ou qu'ils ont vus grandir dans le quartier.

Une femme du quartier parle ainsi des filles de salle: « Je ne sais même pas ce qu'elles font au centre de santé. On a tous grandi dans le quartier, on se connaît. Je ne sais pas ce qu'elles vont m'apporter. D'ailleurs, j'ai un niveau de scolarisation plus élevé que le leur ».

Ces considérations dégènèrent souvent en conflit au sein de la structure. Ainsi, lorsque l'une des patientes par exemple se voit dans l'obligation d'attendre pendant longtemps sa monnaie : « Là bas, (FSU-COM), si tu vas, si tu ne parles pas, c'est ça, ils montent sur toi. Ils parlent, tu parles, il y a respect ».

### *Le personnel*

Le conseil d'administration chargé de la gestion du centre de santé compte douze membres choisis par le président avec accord de l'assemblée générale. Le président est élu pour un mandat de trois ans renouvelable, et l'actuel président occupe ce poste depuis l'ouverture de la FSU COM. Une réunion statutaire est effectuée tous les deux mois, mais deux à trois autres réunions peuvent avoir lieu pendant ce laps de temps. Au cours de ces réunions sont abordées les questions liées au personnel, à l'embauche, aux problèmes techniques, au fonctionnement même du centre. Le conseil a un bureau, tenu par le secrétaire général. Par ailleurs, il faut retenir comme principale caractéristique que 80 % des membres n'ont pas d'autre activité : ce sont pour la plupart des chômeurs, des retraités, des doyens du quartier... On constate une présence continue du président sur le lieu de travail des agents du centre de santé. Ceux-ci ont d'ailleurs fini par dénommer cette présence « les tours du président », ou des autres membres du conseil.

Le personnel administratif du centre de santé comprend un gestionnaire et sa secrétaire, deux « ticketiers » (caissiers) et le gardien. Les caissiers interviennent en permanence pour les soins dans le dispensaire (prise de la température, du poids...).

Enfin, le personnel soignant est composé de trois médecins, de trois aides infirmiers, de sept sages-femmes, dont trois de la fonction publique, huit filles de salle, un garçon de salle, deux animatrices, et trois auxiliaires

de pharmacie dont une gestionnaire du stock de pharmacie. En dehors de ce personnel employé à plein temps, quatre médecins, dont trois extérieurs, interviennent pour les gardes. Le centre emploie aussi trois stagiaires comme aides soignantes. Au sein de ces services, il n'y a aucune communication. Les filles de salles restent à la maternité, et ne côtoient donc que les sages-femmes. Au dispensaire, c'est à peine si les différents soignants se disent autre chose que les salutations quotidiennes. Au service « pesée-vaccination », les animatrices sont cantonnées dans leur espace. Dès qu'un service finit ses activités de la journée, les soignants dudit service rentrent aussitôt, sans savoir ce qui se passe dans les autres services.

Pour les tenues, trois couleurs sont les plus visibles. Le blanc pour les soignants du dispensaire, le rose pour les sages-femmes de la maternité, et le bleu pour tous les autres : filles et garçon de salle, animatrices (mais ces dernières ont demandé plusieurs fois qu'on leur donne d'autres uniformes, car, selon elles, leur niveau de compétence dépasse celui des filles de salle).

### *L'ambiance générale de travail*

De prime abord, le centre de santé donne l'impression d'une certaine sérénité, d'une ambiance amicale de travail. Mais en fait, on constate vite une tension latente qu'essaient de gérer tant bien que mal les protagonistes, dont certains attendent une offre d'emploi plus alléchante dans une structure similaire.

Ainsi, entre les filles de salle de la FSU-COM, les conflits tournent autour des gardes non exécutées par certaines, du favoritisme vis-à-vis d'autres, etc. Dans ce dernier cas, il s'agit surtout des connaissances du président ou des membres du conseil d'administration. Selon l'assistant social, les « filles » font des « palabres » lorsque surgissent des difficultés dans l'organisation des gardes, des permanences, ou du nettoyage. Ces disputes provoquent des problèmes au sein de la maternité. Le conseil d'administration intervient alors, et rappelle tout le monde à l'ordre, mais la tension peut durer plusieurs semaines, jusqu'à ce que, de façon spontanée, elle s'apaise en attendant la prochaine fois.

Une autre source de grogne sont les « gratifications » (primes basées sur les notes attribuées au personnel)<sup>2</sup>.

Selon une animatrice : « Au début, on voulait qu'ils payent sur le mérite, mais le président a refusé. Et sa femme ? Elle va faire comment ?

---

2. Les gratifications ont été supprimées cette même année car, selon le secrétaire général, les subventions ne leur parviennent plus et le budget du centre ne peut supporter une telle dépense supplémentaire.

Elle ne sait ni lire, ni écrire. Elle ne travaille pas (elle est fille de salle). Pourquoi le ferait-elle d'ailleurs ? Son mari n'est-il pas le président ? » La même animatrice poursuit pour dire que tout le monde est démotivé, au point que les personnes situées aux endroits stratégiques des rentrées d'argent prennent leur revanche en augmentant les médicaments de 100 FCFA, 50 FCFA, et cela, à la pharmacie. En salle d'accouchement, c'est le racket à découvert des sages-femmes vis-à-vis des parturientes, etc.

Un autre point particulièrement stressant pour le personnel est la présence permanente du président au sein du centre de santé, aussi bien dans les services que dans les bureaux. Ses victimes sont les filles de salle qu'il n'hésite pas à invectiver devant les patients. En conséquence, quand les filles de salle l'aperçoivent, elles courent parfois se cacher derrière le dispensaire ou la maternité. Seules les plus assurées restent sur place. Il n'hésite pas non plus à occuper un bureau (généralement celui du médecin chef) pour donner des coups de fil ou recevoir des visites.

#### *Quelques itinéraires de soignants*

Les deux médecins, outre le médecin chef, sont en préparation de thèse. Ils résident tous les deux dans le quartier depuis pratiquement leur enfance. Le centre de santé est donc la première structure où ils travaillent. Le médecin chef, lui, est un médecin généraliste membre de l'ordre des médecins. Il exerce à la FSU-COM depuis son ouverture. Tous ses après-midi sont réservées à des prestations qu'il offre dans d'autres structures de soins, généralement privées. Il ne réside pas dans le quartier.

Concernant les infirmiers, un seul est réellement diplômé d'état. Quant aux autres, aides infirmiers notamment, soit c'est leur première expérience, soit ils ont déjà travaillé dans des cliniques de la capitale.

Par exemple, A, la quarantaine, est à la FSU-COM depuis 1994. Etant laborantin dans ses activités précédentes, il a décidé, dès le fonctionnement du centre de santé, de postuler au titre d'aide infirmier. C'est lui le principal agent de la salle des soins infirmiers.

Les filles de salle, quant à elles, n'ont que le niveau d'études primaires. Après trois mois d'apprentissage dans une structure de santé communale, elles ont été embauchées par le conseil d'administration.

Les caissiers, les animatrices et les auxiliaires de pharmacie ont un niveau de scolarisation légèrement plus élevé : le niveau troisième. Ils habitent pratiquement tous dans le quartier, et ont suivi la même procédure d'embauche.

Enfin, il y a les sages-femmes. En sus de celles affectées au centre par la fonction publique, le conseil d'administration emploie des sages-femmes stagiaires qui viennent « se faire la main » en attendant d'être embauchées par l'État. Elles peuvent ainsi passer plus d'un an au sein du centre.

On a remarqué que les personnes titulaires de diplômes reconnus par l'État, ou ne travaillant pas directement sous les ordres du conseil d'administration, n'ont ni une grande assiduité, ni une grande conscience professionnelle dans leur travail au sein de la FSU-COM. Ce sont, par exemple, le médecin chef, l'infirmier diplômé d'état, les sages-femmes affectées par le ministère, et les filles de salle dépendant de la mairie.

### **Le dispensaire**

Le dispensaire se charge d'administrer les premiers soins aux patients qui arrivent dans le centre. Les affections les plus courantes sont le paludisme, les affections uro-génitales, les affections pulmonaires, les infections du tube digestif... A l'évidence, c'est le lieu où l'on dénombre le plus de malades au sein de la FSU-COM.

Ainsi, il y a environ chaque matin une trentaine de malades par médecin, pour 3 médecins, soit environ 90 malades, accompagnés en moyenne chacun par deux personnes, ce qui peut donner en tout 270 personnes qui évoluent dans le hall : bébés, enfants, adultes, vieillards. En raison de l'absence de places assises, on bouge beaucoup, soit pour se « dégourdir les jambes », soit pour calmer les pleurs d'un enfant. Le nombre des patients, par ailleurs, n'est pas fixe. Il grossit à tout instant et les aides infirmiers n'ont pas d'heure précise pour arrêter de prendre les carnets. Tant que la caisse est ouverte, les malades peuvent arriver au dispensaire. Sinon, dès que la caisse ferme, à midi, aucun patient nouveau n'est plus accepté.

Les quatre aides infirmiers sont débordés, partagés entre l'appel pour les constantes (prise de la température, du poids, de la tension, vérification de l'œil pour l'anémie...), les consultations, les premiers soins, la pose de sérums dans les salles d'hospitalisation...

L'après-midi, le travail est « relâché », et on ne compte en tout qu'une vingtaine de malades pour les 2 médecins présents.

Les filles de salle ne semblent pas concernées par la propreté du dispensaire. En effet, aucune fille de salle n'a été aperçue (ni en travail, ni même de passage) au dispensaire. Deux filles de salle nous ont dit que le président du conseil d'administration préférerait qu'elles restent à la maternité et à la vaccination, afin d'éviter les disputes et altercations avec les patients. Par contre, elles ont affirmé faire quand même le nettoyage des

salles du dispensaire, alors que ce fait n'a pas été observé durant toute notre période d'enquête de trois mois. Seul avons-nous aperçu un garçon de salle en train de faire le nettoyage de ce service...

*Le cas du patient qui arrive pour la première fois au centre de santé*

Immédiatement, on le remarque par son air dépaysé. Il va vers d'autres patients, généralement ceux qui sont issus apparemment de la même condition sociale que lui (il se base principalement sur les caractéristiques vestimentaires, ou l'appartenance ethnique des autres clients, après les avoir entendus) pour avoir des informations quant à la procédure à suivre. Il se rend à la caisse, s'acquitte du droit de consultation (1 200 FCFA par adulte, 600 FCFA par enfant), achète son carnet de santé (300 FCFA), puis se rend dans le hall d'attente où il dépose son carnet sur la pile déjà faite, ou directement sur la table. Il va s'asseoir, en attendant d'être appelé pour les constantes. S'il est curieux, il remarquera autour de lui que tout le monde prend sa température à l'aide d'un thermomètre, glissé sous l'aisselle, à même la peau (ou alors de façon rectale, pour les enfants), il posera des questions à ce sujet, et on lui dira d'aller en acheter à la pharmacie, à 400 FCFA (ou 500 FCFA, tout dépend de l'humeur ou du contenu de son porte monnaie). S'il n'est pas curieux, il restera assis, jusqu'à ce que l'aide infirmière l'appelle, lui demande le thermomètre, et il répondra alors rien savoir. Elle le renverra à la pharmacie acheter un thermomètre. S'il a l'argent, il l'achètera, dans le cas contraire, il partira du centre.

L'aide-soignante note la température dans le carnet, puis prend les constantes (poids, tension, couleur des yeux et de la langue...). Il va encore patienter, le temps que les malades du couloir lui cèdent une place à mesure qu'ils auront été reçus par le médecin. Si sa température dépasse 38°, on lui indique la salle 6 à laquelle il parvient grâce à l'aide des autres patients présents : la salle 6 est la salle des soins infirmiers. Là, l'aide infirmier lui tend une ordonnance afin d'aller à la pharmacie interne pour acheter des produits injectables. S'il n'a pas d'argent, il rentre chez lui. Sinon, il va acheter les médicaments, et revient se les faire injecter par l'aide infirmier, puis il ressort, et va patienter sur le banc d'attente afin d'être reçu par le médecin.

Enfin, il entre dans le bureau du médecin, celui-ci pose deux ou trois questions, et lui tend une ordonnance. Pas d'informations sur le mal dont il souffre, ni non plus sur la posologie. S'il a de l'argent, il va acheter les médicaments portés sur l'ordonnance à la pharmacie du centre de santé, puis repart voir les aides soignants pour obtenir les indications à suivre, avant de rentrer chez lui. S'il n'en a pas, il rentre directement chez lui.

*Le cas du patient qui suit des soins continus : perfusions, hospitalisations*

## Exemple 1

Lors de l'observation participante du mois de juillet, je souffrais d'une crise de paludisme. Le médecin, après un bref entretien, me demande d'acheter le matériel de perfusion. Je le fais et, en possession des médicaments, je vais voir un aide infirmier pour la pose du sérum. Celui-ci me demande (comme à tous les patients d'ailleurs) de trouver un lit libre pour qu'il vienne placer la perfusion. Je trouve un lit inoccupé dans la seconde chambre d'hospitalisation (la chambre 6). J'appelle le soignant, il arrive, mais il y a une patiente qui m'interpelle : « C'est ma place. J'ai réservé avec ce foulard, tu n'as pas vu ? » (non, je n'avais pas vu, parce que le foulard en question était tombé à mon insu). C'est finalement dans la 3<sup>e</sup> et dernière chambre d'hospitalisation (la chambre 9) que je trouve un lit disponible. Je vais chercher le soignant qui vient exécuter l'acte.

C'est donc le malade qui va chercher un lit sur lequel recevoir ses soins ; pour ce faire, il peut rencontrer des « obstacles » pour accéder à un lit, et cela peut conduire à des disputes, voire même à des échauffourées, pour obtenir cette place.

En principe, et en temps ordinaire, c'est le soignant qui passe de salle en salle pour poser les différentes perfusions. En effet, les malades qui suivent un traitement continu vont déposer le carnet et le matériel acheté en salle de soins. L'aide infirmier, dès qu'il a un « petit bout de temps » (entre les réceptions des malades et les injections à faire), prend le lot de carnets et de matériels, et passe de salle en salle faire l'appel et placer le perfuseur. La durée entre le dépôt du matériel et la pose du sérum est d'au moins 3 heures. Il arrive que, à cause du grand nombre de patients, l'infirmier « oublie » certains patients. Des rappels à l'ordre qui se manifestent par des cris et des éclats de voix sont alors lancés aux infirmiers, ameutant ainsi tout le dispensaire.

## Exemple 2 : Korotoum, 54 ans

Korotoum souffre de paludisme. Elle suit un traitement à la FSU-COM depuis trois jours. Débuté le samedi d'avant, son traitement devait s'achever le lundi suivant. Lorsqu'elle est arrivée ce lundi matin, troisième jour, elle avait le vertige, elle se sentait fatiguée. Puisqu'il n'y avait plus de place assise, elle est allée se coucher dans l'une des salles d'hospitalisation en attendant son tour. Pendant l'appel, elle était absente. Son carnet a par conséquent été mis de côté. A 12 h 30 mn, Korotoum a fini « sa sieste » et vient réclamer son carnet pour rentrer chez elle. Elle est « fatiguée d'attendre ».

L'exemple de Korotoum pose le problème du manque d'information ou de communication entre le personnel soignant et les malades : l'ignorance par les usagers de la procédure à suivre pour les traitements continus, l'indifférence totale dans laquelle ils évoluent. Korotoum ne demande à personne comment se font les soins, et personne ne s'inquiète de savoir où est passée la propriétaire du carnet, qui en principe contient les informations selon lesquelles cette dame suit un traitement continu.

En fait, lorsqu'on suit un traitement pendant une durée précise, comme des perfusions, le patient ne consulte le médecin qu'après la fin du traitement. Chaque jour, le patient doit remettre le matériel de perfusion à l'aide-infirmier qui doit le placer. Le ticket de la caisse est valable pour 10 jours. Ceci, Korotoum l'ignorait. Elle n'a demandé les informations à personne et personne ne lui a dit comment cela se passait. Les malades éprouvent une certaine appréhension à approcher le personnel de santé. Ils préfèrent demander aux autres patients ou rentrer chez eux.

Finallement elle sera reçue à 13 h par le médecin qui lui dit ceci :  
« Quand vous arrivez le matin, il faut venir me voir directement parce que, pour vous, c'est le ballon qu'il faut placer. Ne passez plus par le hall ».

### *L'organisation du travail au dispensaire*

Comment fait le personnel soignant pour pallier le manque de matériel médical, et se répartir les tâches ?

#### La prise de poids d'un nouveau-né malade

Etant donné qu'il n'existe qu'une seule balance par bébé, et seulement disponible au service vaccination, les aides-infirmières procèdent comme suit : la mère monte sur la balance normale avec son enfant ; puis elle y monte seule sans son enfant ; on note la différence....

#### Les tours de rôle

Lorsqu'un médecin est très pris ou épuisé, il demande à un collègue de faire le travail à sa place, à charge de revanche ; surtout les après-midi. Les prestations de l'après-midi sont effectuées par 2 médecins (le médecin-chef n'exerçant pas les après-midi, à cause de ses activités parallèles).

### Les « coups de main » et l'apprentissage sur le tas

Lorsqu'il y a beaucoup de malades par exemple, le caissier intervient soit pour prendre les constantes, soit pour procéder à l'appel des patients afin de les introduire auprès des médecins. Plus tard, dans un an par exemple, on se rendra compte, en retournant dans le centre, que le caissier est devenu aide-infirmier, parce qu'il s'est « fait la main sur le tas ».

### Les réservations de places

Les patients viennent très tôt le matin, (parfois avant 6 heures), afin de faire le rang devant la caisse. Certains se font remplacer par leurs enfants, ou un ami, afin qu'ils réservent la place ; parfois on le fait avec de grosses pierres. Ces pratiques conduisent souvent à des disputes, abrégées par un membre du personnel du centre de santé.

### *Le déroulement des consultations*

Une grande table de travail sur laquelle se trouvent les registres de consultation, des feuilles à ordonnance ; un lit de consultation, protégé du regard par un paravent, un placard à deux battants, un évier au robinet non fonctionnel, constituent l'essentiel du bureau climatisé du médecin.

Lorsque le patient rentre, il salue le médecin, et celui-ci lui répond en retour. La salutation se fait soit en français soit en dioula. Le médecin indique le siège au patient : « Quel est le problème ? » demande-t-il ? Le patient indique les symptômes plus qu'il ne nomme la maladie.

Après avoir posé au plus 3 questions, le médecin prescrit le ou les ordonnances. Sur 100 patients, au moins 98 font selon le médecin un accès palustre, ce qui explique le peu de questions que pose le médecin au malade. Ce point-ci est l'une des raisons principales de l'éloignement de la population de son centre de santé. « Quand tu vas, ils disent palu, immédiatement après, c'est la perfusion. Après, ils te disent de faire des examens, et à ce moment, tu n'as plus d'argent sur toi. Ça a été le cas de beaucoup de femmes ici ».

Concernant les patients souffrant de douleurs abdominales et/ou pectorales, le médecin les couche sur le lit, tâte leur corps, palpe le ventre, regarde les yeux, utilise également son stéthoscope pour vérifier le rythme cardiaque. Les consultations durent tout au plus 10 minutes et moins lorsque la communication s'avère difficile.

En résumé, le médecin ne pose pas beaucoup de questions, il n'informe pas le malade de son affection, il n'explique pas la posologie, « c'est le rôle des aides-infirmiers » affirme-t-il.

Par contre, il est aimable, plaisante avec les patients afin de les détendre, et exerce son travail dans une confidentialité presque absolue. Par exemple, une jeune fille qui était arrivée avec sa tante se plaignait de douleurs abdominales. Aux questions du médecin, c'est la tante qui répondait, empêchant la petite de s'exprimer. La tante a été priée de sortir, avant que la principale concernée avoue avoir eu des rapports sexuels avec le fils de sa tante, d'où ses douleurs.

Divers problème de dialogues se posent, parmi lesquels les deux cas suivants, qui font intervenir des malentendus liés à la religion, à l'âge et au genre.

### 1<sup>er</sup> cas

Le 16 août 1998, je me suis entretenue avec une patiente originaire du Niger. Elle ne parle pas le français, elle ne le comprend pas non plus. Sa caractéristique principale est son habillement. En effet, elle est vêtue d'une djellaba. Elle est arrivée au centre de santé parce que son fils, un garçonnet de deux ans, est souffrant.

Selon elle, il a le paludisme. Le médecin ne lui a pas posé beaucoup de questions, mais il a regardé son fils, l'a touché, a placé son appareil sur la poitrine de l'enfant, puis lui a remis le papier pour payer les médicaments.

La mère du patient aime le centre de santé parce qu'on soigne bien, mais, reconnaît-elle, « je n'aime pas trop quand le docteur m'a dit d'enlever mon capuchon du visage. J'étais donc obligée d'ôter le capuchon et à la sortie, je l'ai remis ».

Pendant le suivi des consultations, le médecin a eu à faire cette injonction à deux autres patientes identiquement vêtues.

### 2<sup>e</sup> cas

Sylla, environ 65 ans, réside dans le quartier. Accompagné de son fils, il est arrivé au centre de santé le 5 août à 13 h 30. Le diagnostic de Sylla est qu'il souffre d'un paludisme. Il a froid, mal à la tête et a le vertige. A leur arrivée, ils se dirigent directement dans la salle réservée aux soins infirmiers. « Il faut prendre votre ticket avant qu'on ne vous regarde », lui dit l'aide infirmier. Le fils se rend à la caisse, celle-ci est fermée et n'ouvrira ses portes qu'à 14 h 30 mn.

Le vieux est souffrant, il a de la fièvre. L'infirmier demande au fils d'aller acheter un thermomètre à la pharmacie (où il y a une permanence) puis de prendre la température de son père. Celle-ci est de 39,8°. L'aide

infirmier leur demande alors d'attendre, car il y a une voie normale pour s'occuper des patients :

- prendre le ticket à la caisse
- déposer le carnet dans le hall pour les constantes
- attendre l'appel de l'aide infirmier pour les constantes
- attendre un autre appel pour aller consulter le médecin.

Le fils, excédé, se met à crier dans le hall et dans le couloir. « Comment un hôpital peut-il fermer sa caisse entre midi et deux ? Est-ce que quand la maladie arrive, elle prévient ? » Suivent des injures adressées au personnel soignant.

Il faut noter qu'au niveau de la caisse, il n'y a pas de permanence, alors que c'est cette dernière qui constitue la porte d'accès à toute offre de soins au centre de santé. Un autre problème est l'absence de distinction entre ce qui est une urgence et ce qui ne l'est pas : Sylla serait en train d'agoniser qu'on lui demanderait de suivre la voie normale !

Le fils installe finalement son père sur un banc. A 14 h, voyant l'état de fièvre du patient, une aide infirmière décide de faire une injection afin de la faire baisser. Mais c'est un refus net du malade : « Je ne veux pas qu'une femme me pique ; et puis elle est trop jeune ». La soignante a eu beau insister, le patient est resté ferme sur sa décision. C'est l'aide infirmier qui lui administrera la piqûre.

A 15 h, le patient apprend que c'est une femme « docteur » qui va l'examiner. En colère, il rentre chez lui, parce qu'il ne veut pas qu'une femme le « touche ».

Dans le dispensaire, les personnels soignants n'ont pas de conflits visibles entre eux, mais avec les membres du conseil d'administration ils avouent n'avoir aucun lien, sauf « lorsqu'ils ont des parents qu'ils nous confient pour les soins », ou lorsqu'ils convoquent le personnel en cas de problème (mais c'est généralement pour des problèmes concernant la maternité : accueil, racket...). Ce qu'ils reprochent au conseil d'administration, ce sont, surtout, des conditions de travail difficiles :

- Insuffisance de tensiomètres : il faut toujours l'emprunter aux aides ou aller à la maternité
- Un seul téléphone pour le service : lorsqu'il sonne, il faut aller à l'autre bout du couloir pour prendre la communication
- Les robinets ne fonctionnent pas : l'eau est recueillie dans un seau d'eau, pour les besoins de propreté
  - Il n'y a pas de toilettes pour le personnel soignant
  - Pas de rencontres régulières personnels/administration
  - Pas de contrat régulier
  - Pas de tableau des gardes : les gardes au sein du dispensaire se font donc de façon aléatoire, et il arrive que, pour celles-ci, il n'y ait qu'un seul médecin et une aide infirmière pour le week-end. Ou encore pire, un

aide infirmier et une stagiaire. L'on comprend alors le mécontentement de ceux qui sont seuls à assumer ces gardes, d'autant que les personnels de garde ne sont pas régulièrement rémunérés, ni identifiés dans la structure : le gestionnaire, par exemple, ne connaît pas qui est le médecin de garde

- Insatisfaction sur le niveau du salaire
- Personnel infirmier insuffisant.
- Mauvaise gestion des médicaments, dont on ignore les entrées et les sorties, et trop de ruptures de stock de médicaments : « Souvent même, il n'y a pas de coton, on est donc obligé d'utiliser des compresses ».

## La pharmacie

La pharmacie est, après la caisse, le second service qui enregistre des rentrées d'argent. Elle est dirigée par 3 auxiliaires qui travaillent 7 jours sur 7 jours et se répartissent comme suit : 2 auxiliaires le matin et une le soir (l'après-midi), aux horaires suivants : 7 h 30-14 h ; 14 h-18 h voire 18 h 30. Ces heures supplémentaires ne sont pas rémunérées.

Pour les gardes, des plateaux de service sont établis à l'intention des médecins de garde, avec les prix des différents médicaments. Ces plateaux sont récupérés le lendemain ; s'il y a des produits manquants, le médecin est tenu de rembourser.

Les médicaments les plus vendus sont la nivaquine, l'aspirine, et les génériques.

Il y a des propos divergents quant à la question de la péremption. La gestionnaire a affirmé que les médicaments de la PSP n'étaient jamais périmés. Dès qu'elle constate cela, elle leur retourne les médicaments. Un auxiliaire a démenti :

« Lorsque la date de péremption approche, il faut écouler les médicaments dans les 3 mois qui suivent. Il y a des malades qui savent lire, quand ils voient cela, ils les ramènent et on les rembourse » (un auxiliaire de la pharmacie).

Ainsi, si le malade n'a pas d'instruction, s'il ne s'en rend pas compte, il suivra un traitement avec un médicament périmé, sans qu'aucune explication ne lui ait été fournie, avec le risque, s'il s'en aperçoit, d'un refus du traitement et d'une mauvaise opinion, justifiée, sur le centre de santé.

Il faut également noter l'augmentation continue des prix des médicaments à la pharmacie, qui déroute plus d'un malade. Le thermomètre en moins d'une semaine est passé de 400 FCFA à 500 FCFA

Le magasin de stock est situé au bout du couloir, à l'opposé de la pharmacie. La gestionnaire dit avoir suivi une formation professionnelle avant d'avoir été engagée par le conseil d'administration. Elle dit avoir occupé cette fonction depuis l'ouverture du centre; ce qui est une contre-vérité, car c'est l'actuel caissier qui a occupé ce poste avant elle. Pour des questions de mauvaise gestion, il y a eu un décalage de fonction, et tout cela est passé sous silence. Nous y reviendrons.

Selon la gestionnaire du stock de pharmacie, personne d'autre qu'elle n'a le droit d'accéder à la salle, et elle affirme que cette interdiction est respectée puisqu'elle garde la clé. Mais ceci est démenti par nos observations.

Les auxiliaires viennent se servir sur place en médicaments pour approvisionner la pharmacie. Sur la table, trônaient des mots des deux caissiers et du médecin chef qui disaient avoir pris une quantité de médicaments. Une ami de la gestionnaire est entrée dans la pièce, de même que le président du conseil d'administration.

Beaucoup de suspicions pèsent sur la gestion des médicaments. C'est une structure délicate à gérer, car il y a déjà eu des malversations qui ont « creusé un trou » dans la caisse de l'établissement. Ce fait a été plus ou moins relevé par le personnel de la FSU-COM, mais personne ne voulait m'en dire plus. Les principaux concernés (un caissier et un médecin) ont refusé d'en parler, malgré mes tentatives.

Avec des informations glanées chez 2 membres du conseil d'administration, j'ai pu reconstituer les faits. L'actuel caissier s'occupait de la gestion du stock de pharmacie. Il avait été recruté par le conseil d'administration en tant que jeune du quartier, dynamique de surcroît. Il a eu d'emblée la confiance du conseil dont il a fait partie quelque temps. Deux ans après l'ouverture de la FSU-COM, le conseil a constaté des manquants, et continuellement des ruptures de stock. Questionné plusieurs fois, le gérant d'alors a nié les faits. Le commis engagé pour surveiller la porte d'accès au stock a rapporté que le médecin y avait eu accès plusieurs fois. Le gérant a tout avoué, allant jusqu'à chiffrer le montant de ces sorties de médicaments à plus d'un demi-million de FCFA.

Après les demandes d'explication, une mise à pied de deux semaines a été adressée à chacun. Puis la vie a repris son cours normal.

Le médecin a gardé sa place et le gérant a été affecté à la caisse. Le conseil d'administration ne renvoie que lorsqu'il y a récurrence grave ; sinon, les coupables sont réaffectés à d'autres services. Avec des membres issus du même quartier que les personnels, le C.A. « passe l'éponge » sur beaucoup de méfaits.

Il n'y a pas meilleur service pour illustrer l'ensemble de ces propos que la maternité.

## **La maternité**

Elle est composée de trois sous-structures : les consultations prénatales (CPN), la salle d'accouchement, et les suites de couches.

### *Le service des consultations prénatales*

L'organisation du travail dans le centre de santé pèse lourdement sur l'offre de soins, en ce sens que c'est en fonction de cette organisation que les usagers orientent leur demande et modifient leurs comportements, contrairement au précepte qui voudrait que l'offre s'appuie sur la demande.

### *Les consultations*

Les CPN sont exclusivement une « affaire de femmes ». Les femmes enceintes, les sages-femmes, les aides infirmières, les filles de salle (toutes les filles de salle) sont regroupées à cet endroit.

Ce service regroupe le plus grand nombre de patients au sein de la maternité : 40 à 50 femmes sont dénombrées en moyenne, par demi-journée, car il n'y a pas de consultations les après-midi, ni de réception après 10 h, parce que le caissier doit aller donner un « coup de main » au dispensaire. Par conséquent, toutes celles qui viennent après 10 h doivent revenir le lendemain.

Aussi les clientes arrivent très tôt le matin, aux environs de 5 h ou 5 h 30 afin d'être vite reçues et d'aller vaquer à leurs occupations. Quand elles arrivent, elles s'asseyent selon l'ordre d'arrivée, la première rangée à gauche étant le côté prioritaire. Ce n'est que bien plus tard, après le petit déjeuner systématiquement acheté par les sages-femmes et consommé à la table de travail, que la réception des femmes commence.

Vers 7 h 35, le ramassage des carnets de santé commence, du premier banc au second. Celles qui n'ont pas de carnet doivent en acheter un (250 FCFA) et payer les frais de consultation (550 FCFA).

La patiente retourne ensuite s'asseoir, le temps que le caissier passe les carnets à sa voisine pour y noter les informations : nom, âge, vérification des rendez-vous...

Une demi-heure plus tard, la sage-femme débute les vaccins et le « toucher », parce que, pendant ces deux phases, elles disposent des carnets de consultation à jour.

Parfois, il y a un appel pour le vaccin, puis un nouvel appel pour le « toucher ». Parfois les deux sont fait simultanément. Par conséquent, la première arrivée peut ne pas avoir encore fait son vaccin et être appelée pour le « toucher ». Dans ce cas, elle ne peut pas entrer dans la salle et une autre sera prise à sa place.

La salle de consultation comprend également des bancs d'attente. Les femmes doivent aller s'asseoir et attendre qu'on les appelle deux par deux pour le « toucher » (la consultation est faite par deux sages-femmes). Après le « toucher », la patiente revient voir la sage-femme pour la prescription de l'ordonnance. Pour ce faire, celle-ci pose deux ou trois questions à la patiente afin de déterminer les soins appropriés : « Est-ce que tu sens l'enfant bouger dans ton ventre ? », « Est-ce que tu supportes la Nivaquine ? », « As-tu déjà fait les radios ? » Puis les ordonnances (interne et externe) sont remises.

Après l'achat des médicaments disponibles au centre de santé, la patiente doit revenir voir la sage-femme, afin de se faire expliquer la posologie avant de rentrer chez elle. Souvent, parce qu'elle est épuisée, elle ne fait pas cette dernière étape.

Entre le début (7 h 30) et la fin des prestations, le temps mis est en moyenne de 4 heures, auxquelles il faut ajouter le temps d'attente préalable de 2 h 30 (5 h à 7 h 30).

### *L'Information-Education-Communication (IEC).*

L'IEC est une activité où règne une incompréhension totale entre soignants et usagers, qui cependant, pour des raisons difficilement explicables, continue à être systématiquement pratiquée.

Non seulement elle est rare (une fois par mois) mais elle se fait en français, et dans une cacophonie indescriptible. C'est toujours le même discours: importance des CPN, et de tout ce qu'elles comportent (carnet de consultation, vaccin, médicaments). Jamais (en tout cas pendant le temps que j'ai passé sur le site) le thème de la planification familiale n'a été abordé.

A ce sujet, une patiente nous a révélé que, depuis 1996, elle n'a jamais entendu parler de la planification familiale dans ce centre de santé. Aucune affiche ne l'évoque d'ailleurs. Lorsque son fils a eu un an, elle est arrivée au centre afin de se faire prescrire les pilules, le caissier d'alors lui a dit qu'on ne prescrit pas les pilules à la FSU-COM, et qu'on n'en prescrira jamais.

Selon une des sages-femmes : « Les simples comprimés, elles refusent de les prendre, ce n'est pas la pilule qu'elles vont boire chaque soir et de façon continue ».

*Les stratégies d'attente*

C'est aux patientes de pallier les insuffisances de l'organisation du travail, en créant des conditions acceptables pour supporter ces longues heures d'attente, ou en tirer parti. D'où quelques stratégies instaurées par elles ou par les filles de salle :

- Consommation de yaourt

Pendant les consultations et les nombreux moments creux, une fille de salle dispose les sachets de yaourt sur le couvercle d'un thermos et se promène en incitant les patientes à l'achat : « C'est le yaourt de la force, de la puissance qui rend les enfants intelligents ». Il faut souligner que les sachets apportés de l'extérieur (eau, yaourt, jus de fruit ...) sont interdits d'accès au centre sous prétexte que ces sachets, après consommation, traînent dans la cour du centre, et la salissent.

- Se faire connaître du personnel

« Il faut venir beaucoup de fois (au centre de santé). Des fois, pour dire bonjour seulement, des fois, tu viens causer avec elles. Tu regardes bien celle qui travaille bien et puis qui cause et rit avec tout le monde ; le jour, tu viens, tu vas la voir, tu lui donnes quelque chose, et elle devient ton amie. Tu peux payer du pain ou ce qui te plaît pour lui donner ».

S'attirer les faveurs du personnel soignant grâce à des cadeaux et autres dons en nature permettra d'éviter les longues attentes, et le réveil à l'aube pour la réservation des places.

- Exprimer son mécontentement ou se taire

Les patientes mettent en exergue leur frustration par des mouvements précis, au grand dam des soignantes. A partir de 10 h, l'attente devient longue. Les patientes s'impatientent, s'étirent pour montrer leur fatigue, se lèvent, marchent un peu, se couchent sur les bancs, ou même à même le sol à l'entrée de la salle de consultation, se rasseyent, lancent à voix basse des jurons. Et c'est ainsi jusqu'à la fin des consultations, c'est-à-dire vers 14 h.

Le silence contraint des femmes est dû à la peur face aux agents de santé. Ces femmes craignent de se voir rabrouer, et de n'être plus reçues. Elles supportent en silence, quitte à ignorer la séance d'IEC qui se déroule sous leurs yeux.

*Parcours d'une patiente*

N'Goran, 29 ans, est tenancière d'un « maquis ». C'est la première fois qu'elle arrive à la FSU-COM, sur le conseil d'une de ses amies qui lui aurait confié que c'est moins cher et qu'on « regarde bien les malades ». Elle est accompagnée de sa fille âgée d'environ 3 ans. Ce 28 juin, N'Goran est arrivée entre 8 h 20 et 8 h 30.

N'Goran est vêtue négligemment. Les deux pagnes sont de différents tons, ainsi que la camisole. Celle-ci est déchirée aux aisselles, la couture pend, les chaussures (des « tapettes ») ont été plusieurs fois recousues, les cheveux tressés avec du fil sont sales, hirsutes. Peut-être parce qu'elle ne connaît personne au centre de santé, elle va s'asseoir à l'écart, avec sa fille qui ne porte pas de chaussures.

Lorsque je l'approche, elle me lance un regard craintif et j'engage l'entretien : « De quelle ethnie es-tu ? » « Je suis Agni », me répond-elle. Je joue sur la parenté à plaisanterie entre Baoulés et Agnis pour faciliter l'entretien.

Je lui demande si elle a pris son carnet, elle répond par la négative et je lui conseille d'aller se renseigner à la table de consultation.

Elle a en sa possession un billet de 1 000 FCFA qui selon elle devrait lui permettre de tout faire (carnet-consultation-ordonnance-transport ...).

Elle va payer le carnet de consultation (250 FCFA) et le droit de consultation (550 FCFA) puis revient s'asseoir.

« C'est cher, dê ! A peine j'arrive que je dépense 800 FCFA », s'étonne-t-elle.

– « Où as-tu accouché ta fille ?

– C'est au village que j'étais. C'est là-bas que j'ai tout fait. 5 FCFA même, je n'ai pas payé.

– Fais-moi le compte rendu de ce que la femme là a dit (il s'agit de l'IEC).

– La femme qui parlait là ? Han !!! je n'ai pas écouté. Je pensais qu'elle bavardait avec les femmes qui sont devant elle. Je suis arrivée à la fin, je n'ai pas écouté ».

N'Goran va prendre son poids, sa tension. Voyant les autres femmes présenter leur fiole d'urine, « ma » patiente va uriner dans une petite bouteille, derrière la maternité, et vient la donner au caissier pour le test. Celui-ci se rend compte de la chaleur de l'urine (il faut noter que ses mains ne sont pas protégées, il peut donc ressentir la chaleur du contenant) et interpelle les patientes : « Il faut faire pipi là le matin très tôt. Quand vous vous réveillez net, le premier pipi que vous faites là, c'est ça vous prenez pour venir ». Cette consigne est faite en dioula et en français.

Les patientes font peu de cas de cette phase. A peine 6 femmes sur les 45 patientes. La major intervient : « L'urine est importante. C'est grâce à

elle qu'on identifie le mal que vous avez. La prochaine fois, celle qui ne fera pas son urine ne sera pas reçue ».

N'Goran revient s'asseoir.

A 10 h, la voisine lui demande d'aller prendre son carnet de vaccination. La fille de salle lui dit qu'elle doit payer 300 FCFA (carnet 100 FCFA – couverture 100 FCFA – vaccin 100 FCFA). Elle n'a en main que la somme de 200 FCFA, que faire ?

La fille de salle lui remet son carnet sans la couverture.

N'Goran revient s'asseoir. « C'est comme ça ici ? Et si la petite pleure et qu'elle dit qu'elle a faim, avec quoi vais-je payer quelque chose pour elle ? Ils m'ont tout pris ».

A 10 h 20, N'Goran va faire le vaccin.

N'Goran est à son 4<sup>e</sup> mois de grossesse et à sa première consultation. Elle revient me demander pourquoi on lui a fait la « piqûre ». Je lui explique que c'est contre le tétanos et pour qu'elle et son bébé se portent bien.

11 h, N'Goran est appelée pour le « toucher ». Elle confie sa fille à une patiente. La petite se met à crier, à appeler sa mère. 10 minutes plus tard, elle ressort, prend sa fille et s'en va chez elle.

Je lui cours après ; la rattrape : « *Agni bla* (femme Agni), où vas-tu ? On t'a dit que c'est fini ? »

– « Ah ! Mais il reste quoi encore ? » dit-elle excédée.

– « Et ton carnet ? »

– « Ça ne reste pas ici ? »

– « Non. Viens, tu vas aller le chercher. »

Epuisée, elle va se coucher sur les bancs.

« Pourquoi ça dure comme ça ? C'est trop long », n'arrête-t-elle pas de se plaindre. Puis voyant les autres, elle s'inquiète : « Pourquoi on ne m'appelle pas depuis là ? il est quelle heure ? » « 12 h 05 mn », lui dis-je.

A 12 h 20, on l'appelle pour prendre son carnet et les ordonnances. Deux pour le centre (une pour la pharmacie et l'autre qu'elle gardera), et une pour l'extérieur.

« Il faut payer tout ça là ? ». A la pharmacie de la FSU-COM : Féfol 450 FCFA. A l'extérieur : Maxi-Pal – Arphos – Helmintox.

Que pense-t-elle du prix ?

« C'est moins cher, mais comme je n'ai rien sur moi, je vais donner à mon mari pour acheter ».

« Je vais aller à la maison pour revenir. Je n'ai plus rien sur moi. Je vais marcher pour rentrer rapidement. J'ai confié mon commerce à ma voisine, il faut que je parte voir comment ça se passe. Demain, je viendrai payer les médicaments ».

Le fera-t-elle ? Une chose est sûre : durant la période qui a suivi N'Goran n'a pas été aperçue dans le centre de santé.

### *La salle d'accouchement*

La salle d'accouchement se trouve à l'extrême gauche du bâtiment principal. C'est une vaste salle pourvue de trois box protégés par de lourds rideaux jaunes, d'une salle de garde et d'une toilette (WC). Dans l'ensemble, la propreté est acceptable. Après chaque accouchement, une fille de salle procède au nettoyage des lieux, munie de gants de travail, de poudre à récurer, d'une serpillière et d'eau de Javel.

La salle a trois entrées. Autrement dit, elle constitue un « raccourci » pour joindre les autres services : le bureau du gestionnaire, la pharmacie, la caisse, le dispensaire, etc.

La première entrée est faite pour les parturientes. Il est d'ailleurs inscrit sur la porte : « interdit à toute personne étrangère au service », ce qui n'est pas vraiment respecté. La seconde entrée relie le service des CPN à la salle d'accouchement. La dernière porte donne directement sur le bureau de l'assistant social.

Il faut noter qu'en notre présence les délégués médicaux sont passés par cette salle, le président du conseil d'administration y a fait des tours<sup>3</sup>, les filles de salle y ont accès, et l'assistant social emprunte aussi ce raccourci. Tout cela en présence de parturientes installées sur les lits d'accouchement, pas toujours protégés des regards extérieurs.

Cette aile de la maternité a un rythme de travail souple, puisqu'elle peut rester des heures sans avoir effectué un accouchement. En moyenne, le centre enregistre 80 naissances par mois. Après chaque accouchement, les placentas sont remis aux parents. Ceux-ci vont l'enterrer hors du centre, face au ciel, afin de favoriser la fécondité de la nourrice et « porter chance à l'enfant ». Concernant les morts-nés, les parents apportent un carton dans lequel est entreposé le corps qui leur est remis, car il n'existe pas de lieu de conservation des morts-nés. En moyenne, le centre enregistre trois décès infantiles par mois et deux prématurés.

Quatre morts maternelles ont été officiellement notifiées depuis l'ouverture du centre. Selon une fille de salle, le corps est gardé dans une salle « suites de couches » fermée pour l'occasion à double tour, jusqu'à ce que les parents viennent chercher le corps. L'opération se passe très tard dans la nuit ou très tôt le matin (deux ou trois heures du matin). La dépouille reste au maximum deux semaines dans le local. La raison évoquée est qu'il faut que les parents réunissent la somme nécessaire pour le transport du corps et la location du véhicule. Le centre de santé ne réclame rien. Retenons qu'il n'existe pas de morgue où entreposer les corps. Pour les nouveaux-nés qui logent dans ces salles qui servent à la fois de

---

3. Il s'agit pour le président de « vérifier la bonne marche des soins ». Mais sa présence est quasi continue dans le service. Il est sans cesse « dans les pattes » du personnel.

suites de couche et de morgue, et qui côtoient les malades des salles d'hospitalisation, le danger nosocomial est réel.

De nombreux matériels sont défectueux. On note ainsi :

- L'absence de climatisation malgré les moustiques et la grosse chaleur
- Les coupures continues d'eau
- L'absence de lits de repos pour le personnel, et de lits d'accouchement adaptés aux femmes fortes
- Pas d'aspirateur pour ôter le liquide amniotique des narines du nouveau-né.
- Pas d'ambulance. En cas d'urgence, les taxis communaux sont empruntés pour la « course » (les 4 places doivent être payées).

Les filles de salle souhaitent des affectations tournantes au niveau de toutes les FSU-COM de la commune, afin de changer de cadre. Elles pensent que cela peut les motiver et beaucoup leur apprendre.

### *L'accouchement proprement dit*

Le kit d'accouchement coûte 3 500 FCFA. Aucune mère ou accompagnant(e) interrogé n'a uniquement déboursé cette somme. Ils ont payé entre 5 000 FCFA et 7 500 FCFA, voire plus. Toutes les futures mères préparent plusieurs mois à l'avance le trousseau pour l'accouchement (bandes, alcool, épingles...). Malgré cette précaution, des dépenses imprévues et inutiles s'ajoutent à la somme de 3 500 FCFA, dont elles ignorent la destination.

C'est par exemple le cas de l'injection pour accélérer la délivrance, qui devient automatique (personne n'y échappe) dès que la parturiente entre en salle d'accouchement. Il y a aussi d'autres rackets des sages-femmes vis-à-vis des patientes : le vase de nuit, le talc, la tape...

« A mon accouchement, j'ai payé 5 000 FCFA. En plus, comme l'enfant ne pleurait pas, la sage-femme m'a demandé 1 000 FCFA pour administrer une tape au bébé pour qu'il pleure. J'ai acheté un vase de nuit vendu à 300 FCFA par les sages-femmes pour y déposer le placenta et une poudre de toilette, également à 300 FCFA ».

La parturiente avait ces matériels sur elle, mais la sage-femme a refusé. En outre, le talc et le vase sont vendus dehors à moitié prix....

C'est donc à juste titre que les patientes élaborent des stratégies pour contourner ces actes.

Pour éviter l'injection par exemple, elles préfèrent couvrir la distance entre leur lieu d'habitation et la maternité à pied. Ainsi, dès qu'elles arrivent, immédiatement elles accouchent, au lieu que la sage-femme les fasse marcher longtemps dans le hall puis leur administre l'injection.

Pour faire face aux complications éventuelles, qui supposent des sommes à déboursier en surplus, certaines préfèrent se rendre à la formation sanitaire d'Abobo Sud, plus vaste et mieux équipée, pour faciliter, si besoin est, les transferts.

### *Récit d'accouchement*

Aminata Ballo, la trentaine, est mariée, avec 5 enfants. Au moment de l'entretien, Aminata avait un bébé âgé d'une semaine.

Aminata a fait ses quatre premiers accouchements à la FSU d'Andokoua – Abobo (dont la gestion et les soins sont administrés par des sœurs), parce qu'elle résidait dans ledit quartier. C'est d'ailleurs dans ce centre qu'elle a pris son carnet de santé.

Aminata a marché pour se rendre à la FSU-COM avec deux voisines de sa cour. Elle a marché parce qu'elle savait que « ce n'était pas encore prêt ».

Elle a quitté la maison à 22 heures. Arrivée au centre de santé, Ami dit qu'on lui a posé un sérum dans la salle d'accouchement ; pourtant, dit-elle, « je n'étais pas malade », et on lui a fait deux injections pour accélérer l'accouchement. Elle a payé 5 000 FCFA pour le sérum, après une remise de 500 FCFA. La somme a directement été remise à la sage-femme. « Le sérum n'était pas encore fini lorsque j'ai ressenti une lourdeur dans la main. Elle était enflée. Ma sœur (une des voisines) est allée chercher l'accoucheuse car elle dormait. Quand elle est arrivée, elle m'a fait les deux piqûres. La dame était seule et elle portait un habit de couleur bleue » (il s'agit donc d'une fille de salle).

« Lorsqu'elle a enlevé l'enfant, elle l'a nettoyé. Pendant ce temps, l'air rentrait et ça séchait le sang en moi. Elle a enlevé le premier caillot, ça me faisait mal ; le second aussi ; à la troisième phase, j'ai refusé. Ça me faisait très mal. J'ai dit que j'allais faire ça moi-même à la maison ».

Le témoignage d'Ami résume, à lui seul, les insuffisances professionnelles, matérielles, personnelles, à tous les niveaux de l'offre de soins, de la FSU-COM.

On peut en retenir les grands axes suivants :

1 – La confrontation du diagnostic de la parturiente avec le diagnostic médical. Ami dit que la soignante lui a fait une perfusion alors qu'elle n'était pas malade. D'ailleurs la perfusion n'était pas achevée lorsqu'elle a ressenti une lourdeur dans le bras. Son amie va chercher la soignante (qui dormait). Celle-ci arrive, et, sans aucune explication, arrête la perfusion et administre 2 injections pour accélérer l'accouchement. La soignante a-t-elle eu recours à ce procédé afin que la parturiente accouche vite pour qu'elle parte poursuivre son sommeil ?

2 – Le racket évident de la soignante qui procède à une remise sur les prix des médicaments, à moins que ce ne soit une augmentation ?

3 – L'absence de personnel suffisant et qualifié. Imaginons qu'il y ait eu 2 ou 3 accouchements !

4 – L'état de la patiente après la délivrance : le sang que l'air a séché, la fille de salle retirant les caillots, créant du coup une douleur fulgurante chez la dame, rouvrant la plaie, et cela 3 fois de suite.

5 – Ami, qui, ne pouvant plus supporter la douleur, dit à la fille de salle qu'elle-même ira terminer les soins à la maison... Cela ne se fera qu'après 10 heures, puisque c'est l'heure à laquelle les femmes peuvent sortir, c'est-à-dire après la séance de vaccination du matin<sup>4</sup>.

Suivons maintenant Ami, en suites de couches.

### *Les « suites de couches »*

Les « suites de couches » sont situées dans le bâtiment principal, juste à l'entrée du dispensaire. Il s'agit de deux salles se faisant face, juste à côté des salles d'hospitalisation et à la droite de la pharmacie. Cette proximité constitue une nuisance pour les bébés, qui côtoient les malades et les bruits et bavardages des clients de la pharmacie.

Chaque salle de « suites » comprend 5 lits et 5 berceaux recouverts d'alèses, avec une salle de toilette aux chasses d'eau et aux robinets défaillants. Sur les 3 ampoules électriques qui alimentent chaque salle, une ampoule n'est pas fonctionnelle dans une salle, deux dans l'autre salle.

Les heures de visites marquées sur les portes (12 h – 14 h et 17 h – 19 h) ne sont pas respectées.

C'est donc dans l'une de ces salles qu'a été admise Ami.

« A la naissance de mon bébé, on était allé dans la salle de repos (suites de couche). Le lendemain, pour faire le vaccin, le monsieur (selon sa description il s'agit d'un aide infirmier) dit : 500 FCFA. J'ai dit que je n'ai pas d'argent, il dit d'envoyer 400 FCFA, j'ai donné. On était nombreux.

Désabusée, Aminata dit : « L'hôpital est devenu cher, même vaccination, pesée, tout ça là, c'est cher. Un jour, j'ai accompagné ma camarade pour accoucher. Elle a donné 5 000 FCFA. La sage-femme dit que, si elle veut, elle peut l'arranger, ma camarade a donné 7 000 FCFA à la sage-femme avant d'accoucher. C'est quoi ça ? C'est hôpital ou bien c'est marché ! Moi-même maintenant, j'ai peur de l'hôpital ».

---

4. Les heures de sortie sont identiques pour toutes les accouchées. Elles doivent attendre le lendemain pour sortir. Si elles accouchent après 10 heures du matin, elles ne sortiront que le lendemain à 10 heures, parce que l'animatrice ne fait les vaccins aux nouveaux nés qu'une fois par jour et à la même heure, c'est-à-dire à 10 heures.

Les plus courageux et les plus au fait de la situation vont en référer au président qui habite derrière la FSU-COM. Il réunit le conseil, mais les sanctions ne suivent pas immédiatement, ou alors ce sont de petites sanctions sans conséquences réelles.

### *La maternité au cœur des problèmes*

La maternité est le service où se regroupent les plus grandes difficultés et les plus grands griefs à l'encontre du centre de santé. C'est le principal sujet de discussion lors des réunions avec le conseil d'administration ; et c'est la zone où interviennent le plus de sanctions. Les plaintes qui suscitent ces sanctions concernent le racket, l'incompétence ou la mauvaise foi des soignants... que sous-tend entre autres une crise profonde des salaires et des primes d'encouragement, attribuées, selon certains soignants, de manière arbitraire.

### *L'application des sanctions*

Les sanctions prises, le conseil d'administration intervient à deux niveaux

- Directement, concernant le personnel employé par le conseil d'administration. Celui-ci demande au fautif une explication, que suivent éventuellement une mise à pied ou, dans le pire des cas, une suspension du salaire du mois et le changement ou la réaffectation à un autre service. Depuis l'ouverture du centre, un seul cas de renvoi a été constaté.

- Indirectement, pour le personnel employé par la fonction publique, surtout les sages-femmes. Mais globalement, elles n'en font qu'à leur tête.

Tel est le cas de cette sage-femme qui nous a semblé sympathique au premier abord. Ouverte, rapide, efficace, elle s'est rapidement attirée la sympathie de la population féminine de Sagbé. Une autre qualité est sa maîtrise de sa langue maternelle, le dioula, très usité dans le quartier.

Cette sage-femme profitait de ses avantages pour se livrer à des rackets sur les parturientes. De fil en aiguille, la nouvelle s'est répandue, et des plaintes ont été déposées sur le bureau du gestionnaire et chez le président du conseil d'administration. Ceux-ci ont interpellé la sage-femme, lui ont demandé une explication, puis un avertissement lui a été donné, vite ignoré par cette mise en cause. Un second avertissement s'ensuivit, sans effet. Elle est alors réaffectée à un autre service, les CPN. Là, elle se livre à d'autres écarts de conduite : elle vient au service mais ne travaille pas, elle arrive à des heures fantaisistes. Le conseil adresse alors une lettre au Ministère de la

Santé afin de solliciter un remplacement. Selon le secrétaire du conseil d'administration : « Cette situation porte préjudice au fonctionnement du centre parce qu'il faudra attendre longtemps la décision du ministère avant qu'elle ne s'en aille, et cela joue négativement sur le travail et l'effectif. Cela peut durer un mois, voire un mois et demi, avant que la lettre n'arrive ».

La mauvaise foi, le racket, les médisances constituent les maux qui minent la maternité. Aucun service n'est épargné, jusqu'au plus petit d'entre eux : le service vaccination-pesée.

### *Le service pesée-vaccination*

Ce service prend place dans un vaste hall aménagé de plusieurs bancs d'attente, de quatre tables de consultations et d'une salle considérée comme une remise.

Au premier abord, on remarque qu'il n'y a que des filles de salle (habillées en bleu) alors qu'en réalité on a dans l'effectif une aide-soignante recrutée au compte de la mairie, 2 animatrices (une était en congé), un garçon et une fille de salle.

Ce service se caractérise par la seule présence des femmes, 50 en moyenne, et de leurs bébés. Aussi ce hall est considéré comme le plus bruyant du centre de santé : bavardages des clientes, pleurs des enfants, appels simultanés pour la pesée, le vaccin, le paiement du droit de consultation... Il est difficile de capter l'attention des mères.

- Lorsque les clientes arrivent le matin, elles vont former une pile avec les carnets. C'est donc par ordre d'arrivée qu'elles déposent le carnet.

- Le garçon de salle procède à l'appel pour que les mères viennent s'acquitter du montant de la pesée ou de la vaccination. Il existe 2 carnets de vaccination : rouge pour les bébés (200 FCFA), jaune pour les mères (200 FCFA). La pesée coûte 50 FCFA, le vaccin 100 FCFA.

- Le garçon de salle remet les carnets à une fille de salle pour l'enregistrement.

- Après les avoir enregistrés, la fille de salle remet les carnets à l'aide soignante qui s'occupe de la pesée. Celle-ci commence à faire l'appel pour cette phase.

- Les carnets sont remis aux clientes si celles-ci ne veulent pas faire le vaccin. Dans le cas contraire, les carnets sont remis à l'animatrice qui procède à l'appel pour le vaccin.

*La pesée*

Les enfants (0-2 ans) sont entièrement déshabillés par les mères, puis déposés dans la cuvette, sans protection. Lorsque l'enfant fait pipi, la mère essuie avec le pagne qu'elle tient, parce qu'il n'existe pas de mouchoir ou de serviette pour servir à cet effet.

Le poids de l'enfant est marqué dans le carnet sans rien préciser à la mère (si l'enfant a grossi ou pas et de combien), l'aide-soignante demande à la mère de nourrir son bébé en ajoutant à son alimentation de la poudre de soja. Si elle n'en a pas, la poudre est vendue à 500 FCFA le sachet.

*La vaccination*

Elle est pratiquée par l'animatrice. A l'aide d'un coton imbibé d'alcool, elle essuie le bras de l'enfant ou de la mère puis fait l'injection à mains nues. Les vaccins sont conservés au froid dans une glacière.

En principe, les accouchées restent en suites de couches, et l'une des animatrices s'y rend pour administrer les vaccins aux bébés. Etant donné que l'une des animatrices est en congé, les accouchées sont obligées de venir jusqu'au service des vaccinations. Dans ce cas précis, elles sont prioritaires. Là encore se pose le problème de l'effectif restreint du personnel, et du fait que lors des congés aucune mesure de remplacement n'est prise pour pallier la défection de l'un des membres du personnel.

Ici aussi, comme en « prénatales », les consultations n'ont pas lieu l'après-midi.

*Une animatrice de la pesée-vaccination*

C'est la directrice du centre de santé d'Abobo-Té qui l'a emmenée à la FSU-COM sur demande du président du C.A. Les membres du CA et elle n'ont aucune relation. D'ailleurs, elle ne les porte pas tellement dans son cœur.

« Au début, ils se moquaient de nous, les animatrices (elles sont deux à la FSU-COM). On nous appelait les petites de la vaccination ; il a fallu qu'on voit le docteur (le médecin-chef) pour qu'il mette cela au clair avec eux. C'est le secrétaire qui est venu présenter ses excuses ».

Elle a été engagée comme animatrice et, pourtant, elle est payée comme une fille de salle et, en plus de son travail d'animatrice, elle fait celui de fille de salle. Comme fille de salle, elle branche le climatiseur dans les bureaux du gestionnaire et de l'assistant social, puis nettoie ensuite les salles de soins. Comme animatrice elle sort les vaccins de la

chaîne de froid, vérifie qu'ils ne sont pas périmés (et, si oui, les détruit), et se charge enfin d'administrer les vaccins

Depuis 1994 qu'elle est dans le centre de santé, elle est plusieurs fois allée se plaindre chez le gestionnaire pour une augmentation : « Même le médecin chef est intervenu. Tout ce qu'on nous dit, c'est « attendez un peu », depuis 5 ans on attend. Les raisons avancées, c'est qu'ils ont des problèmes ».

En fait, selon cette animatrice, « c'est qu'ils ont toujours eu des problèmes. L'argent rentre, il y a beaucoup de malades, tout récemment il y a eu un don de médicaments de 25 millions. Où c'est passé, hein ? »

Au début, les personnels demandaient à être payés sur le mérite mais le président a refusé : « Et sa femme, elle va faire comment ? Elle ne sait ni lire, ni écrire, elle ne travaille pas, pourquoi le ferait-elle d'ailleurs, son mari n'est-il pas le président ? Actuellement, les médecins voient clair dedans. Ils sont démotivés. A la pharmacie, on augmente les médicaments, c'est avec ça que les vendeuses se débrouillent, avec les 100 FCFA, 50 FCFA sur les médicaments. Deux sages-femmes ont été renvoyées hier (le 30 août) parce qu'elles prennent de l'argent avec les parturientes. Actuellement elles attendent la lettre du ministère pour partir. Ce sont de mauvais gestionnaires ; le gestionnaire, il est bien, il travaille vraiment bien, mais il n'a aucun pouvoir de décision. Ils prennent tout à crédit, même les médicaments de la PSP. C'est à la FSU-COM d'Avocatier qu'ils s'approvisionnent maintenant. A la banque, y a pas 5 FCFA. Où va tout cet argent ? On ne sait pas ».

Un centre de santé va bientôt ouvrir ses portes à l'entrée du quartier<sup>5</sup>, l'animatrice compte y déposer sa demande. Elle achève l'entretien par cette question « Sais-tu que de toutes les FSU-COM, nous sommes les plus mal payées ? »

### *Déroulement de l'IEC*

L'IEC est faite tous les jours entre 8 h et 9 h et traite invariablement (en tout cas les 4 séances que j'ai suivies) de la nécessité du vaccin et de la pesée. L'animatrice ne tient aucun compte de l'atmosphère tonitruante. De temps en temps, la séance d'IEC est interrompue par des « Ecoutez mesdames », « Taisez-vous mesdames ».

Le 30 août 1999, à 9 heures, l'IEC que nous avons suivie avait comme thème la vaccination et la pesée. L'animatrice pose des questions sur les différents vaccins à administrer à l'enfant dès la naissance jusqu'à 16 mois. C'est l'assistance, en fait une ou deux femmes, qui répond aux questions.

---

5. Ce centre de santé est fonctionnel depuis le début de l'année 2001, au quartier Klouechta, un sous quartier de Sagbé.

Cette fois, l'animatrice, en plus des informations habituelles, a abordé un fait important : le nouveau vaccin Tritaris (DTCOQ poliô, hépatite) dont la première dose sera administrée à la FSU-COM. Les deuxième et troisième doses devront se faire à l'Institut National de l'Hygiène Publique (I.N.H.P) de Treichville à 3.000 FCFA la dose. Puis les mères devront revenir au centre de santé pour le 4ème et dernier rappel.

Sur la pesée, c'est également un entretien engagé avec les patients. « Pourquoi pèse-t-on les bébés ? » « Que faut-il faire lorsqu'on constate que son enfant maigrit ? », etc.

L'IEC dure 15 mn et est faite en français.

Les femmes ont-elles compris l'IEC ? Nous avons interrogé huit femmes : quatre n'avaient pas du tout suivi la séance, deux n'avaient rien compris parce que c'était en français, les deux autres avaient juste pu entendre les premières phrases de l'animatrice. Aucune n'avait donc compris l'information sur le nouveau vaccin mis en circulation, le Tritaris.

Il faut noter que la durée d'attente entre l'heure d'arrivée et l'heure de réception est de 3 heures environ. Pour celles qui arrivent vers 11 heures, le service est plus rapide parce qu'il n'y a plus un grand nombre de clientes. La durée est d'environ une heure d'attente.

« Les femmes là (les soignantes) bavardent trop, on ne voit pas le travail avancer ».

« On attend trop et pourtant on ne voit pas ce qu'elles font ».

## Conclusion

Le centre de santé fait face à de grands problèmes, que les entretiens et nos observations ont souligné, tant au niveau du fonctionnement même de la structure et des relations entre les personnels qu'au niveau des relations entre soignants et patients.

A la fin d'un trimestre passé sur le site, nous pouvons dire qu'il y a une main mise du conseil d'administration sur la gestion du centre de santé. N'étant pas sur le terrain, ils ont cependant des difficultés à maîtriser le fonctionnement et l'organisation du centre de santé, et l'on constate une absence de relations entre ce conseil d'administration et les personnels.

Un second problème concerne la mauvaise répartition du personnel de santé conduisant à son insuffisance lors de certains actes. La maternité et le service « pesée-vaccin » ne travaillent ni les après-midi ni les jours

fériés. En salle d'accouchement, 2 visites surprises nous ont fait constater qu'il n'y avait qu'une fille de salle pour assurer le service. Quant au dispensaire, le personnel médical était limité ces mêmes deux jours à deux personnes : un médecin et une aide-infirmière.

Un autre problème concerne la présence constante du conseil d'administration et en particulier du président au sein de la FSU-COM. N'ont-ils donc aucune occupation ? Selon le médecin-chef « 80 % des membres du conseil d'administration sont au chômage ou à la retraite ». D'où tirent-ils leurs revenus ? Même s'ils ont un budget de frais de mission de 1,5 millions par an, puisé dans le compte du centre de santé, cela n'explique pas l'endettement pour ce qui concerne des médicaments pris à Avocatier (FSU-COM), et le compte en banque vide de la FSU-COM.

Enfin, le problème des salaires trop bas est constamment invoqué par les personnels pour justifier leurs pratiques. Un tableau illustre leurs revenus et difficultés.

Personnel	Salaires
Médecins	300 000 à 400 000 FCFA
Aides infirmiers	60 000 FCFA
Stagiaires, caissiers, auxiliaires, filles de salle	50 000 FCFA
Gardien	40 000 FCFA

La revue à la hausse de ces salaires constitue la première revendication du personnel qui considère qu'il a été recruté avec une promesse d'augmentation de salaire : or, depuis « on attend » selon l'expression des filles de salle.

Les primes d'encouragement, qui constituaient une source de « motivation » du personnel, ont été supprimées. Aucune explication n'a été donnée au personnel (preuve du manque de relation entre le CA et les personnels de la FSU-COM). Selon le secrétaire du CA, la FSU-COM ne bénéficie plus de subvention, et par ailleurs, les fonds du ministère de la santé ne peuvent plus subvenir aux besoins des FSU-COM ...

Ces primes étaient données au personnel sur la base de notes attribuées au cours de contrôles. Ces notes devaient être fonction de l'assiduité, de la ponctualité, de l'habillement, de la qualité du travail... Les notations et contrôles étaient faits par un jury composé du médecin-chef, de la sage-femme major, et du gestionnaire, qui à leur tour étaient notés par le C.A. Les primes se répartissaient en trois catégories :

Personnel	Primes
Médecins, gestionnaire FSU COM	60 à 90 000 FCFA
Sages-femmes	30 à 60 000 FCFA
Caissiers, filles de salle...	10 à 20 000 FCFA

Chaque trimestre, ces primes étaient remises au personnel en même temps que la fiche de notation. Elles ont créé beaucoup de mécontents dans le service.

« Ce sont des notes arbitraires qu'on attribue aux gens. On est tous ici. On se voit. On sait qui fait quoi dans le service. Mais lorsque les primes tombent, c'est ceux qui ne font rien qui reçoivent les plus grosses primes ».

La femme du président du C.A fait partie des filles de salle : « C'est elle qui va faire les rapports à son mari, et, quand il arrive, sans aucune discrétion, il se met à nous insulter devant les malades. Comme cela, quel respect les malades vont nous accorder ? »

« Une fois, comme prime, on m'a donné 5 000 FCFA. Je vais faire quoi avec ? Quand tu vois les choses comme cela, tu te dis, j'ai travaillé ho ! on dit que je n'ai pas travaillé. Donc maintenant, je ne me casse plus la tête ».

La propreté du centre de santé extérieurement est acceptable, mais les toilettes sont sales et créent du dégoût et de l'inquiétude. En effet, en plus d'être communes et insuffisantes, certaines ne fonctionnent pas. Les toilettes sont laissées dans un état de délabrement que les filles de salle n'arrivent pas à assainir.

Pour le personnel soignant : « Nous ne pouvons quand même pas avoir les mêmes toilettes qu'avec les malades ! » Pour les accouchées en suites de couche, c'est « un endroit où tout le monde se lave, on ne peut pas rentrer là bas ». Et pour les hospitalisés : « On ne sait pas quelle maladie chacun transporte ».

Les gens vont donc faire leurs besoins dans les herbes derrière le dispensaire. D'ailleurs, c'est également à cet endroit que sont déversés les restes d'urine non utilisés après les examens à la maternité. La cour est de façon générale sale. Les ordures de la FSU-COM sont déversées au dépôt du marché à 50 mètres de la FSU-COM. Elles sont composées des boîtes vides de pansement, des seringues usées, des compresses et cotons utilisés... que les enfants vont trier, pour en retirer les bouteilles et les revendre aux vendeuses ou collectionneurs de bouteilles...

La question est de savoir si ces lacunes pourraient être comblées, et si la FSU-COM pourrait agrandir ses locaux (ajout d'une morgue, construction d'une suite de couches éloignée des malades...), s'offrir du matériel de travail (ambulance, aspirateurs médicaux, médicaments...), renforcer son personnel, et offrir des soins de qualité à la population de Sagbé.



## **Un diagnostic socio-anthropologique : des centres de santé malades...**

Y. JAFFRÉ et J.-P. OLIVIER DE SARDAN

Nous voudrions proposer ici une synthèse générale et comparative des principaux résultats, organisée en deux niveaux. Un premier niveau se focalisera tout d'abord et avant tout sur les tendances communes aux 5 villes, en distinguant ce qui relève plutôt des comportements des personnels soignants, ce qui relève plutôt des systèmes de santé, et ce qui relève plutôt de l'environnement économique, politique, et administratif ; puis nous examinerons les variantes et les différences qui apparaissent comme secondaires. Un second niveau tentera de reprendre de façon transversale ces tendances, en y déchiffrant l'effet d'un certain nombre de logiques sociales significatives.

### **Tendances communes et variantes**

Une première conclusion s'impose en préalable. Alors que les cinq pays, ainsi que leurs capitales, sont extrêmement différents (la paisible ville de Niamey a peu à voir avec les mégapoles turbulentes d'Abidjan ou de Dakar), alors que les histoires post-coloniales ont beaucoup divergé (entre partis uniques, démocraties plus ou moins musclées, dictatures militaires plus ou moins brutales et socialisme de la terreur), alors que les ressources économiques et les flux d'aide au développement varient considérablement (le Sénégal favorisé par la rente du développement et la rente migratoire contraste avec le Niger démuné sur presque tous les fronts), les différences entre les centres de santé des cinq capitales sont,

en fait, faibles, et les tendances communes l'emportent nettement. Autrement dit, et avec une certaine surprise, nous avons retrouvé les mêmes dysfonctionnements à Bamako, Dakar ou Conakry, à Abidjan ou Niamey. La « richesse » relative de la Côte d'Ivoire ou la « modernité » de Dakar, qui, sans doute permettent d'y trouver parfois des services hospitaliers de pointe ou des cliniques privées luxueuses, ne donnent pas à ces deux villes l'avantage relatif qu'on aurait pu attendre pour ce qui concerne le fonctionnement quotidien du service public de la santé.

En fait, toutes les tendances dégagées par nos études peuvent être désignées comme autant de « dysfonctionnements », autrement dit elles relèvent d'écart (et il s'agit ici d'écart forts) entre d'un côté les normes officielles ou publiques, et de l'autre la réalité des comportements des soignants et la routine quotidienne des formations sanitaires. L'ampleur de ces dysfonctionnements est telle qu'on peut estimer qu'ils sont quasiment devenus structurels dans le domaine du secteur urbain public de la santé, au moins « vu d'en bas », en Afrique de l'Ouest (et peut-être au-delà ?). Beaucoup de ces dysfonctionnements sont déjà connus des observateurs avertis ou des praticiens lucides (comme, par exemple, le « favoritisme », la surfacturation, ou la mauvaise qualité de l'accueil...). Mais ces dysfonctionnements ne sont jamais l'objet d'un véritable débat chez les décideurs en santé publique, on n'en tient pas compte dans les programmes ou les projets, la « langue de bois » des hommes politiques ou des opérateurs de développement (et de nombreux professionnels de la santé) n'en fait jamais mention. On ne parle de ces dysfonctionnements que dans un registre « privé » (« off the record »), impressionniste, anecdotique, allusif, jamais de façon documentée, argumentée, sérieuse, ce qui est au contraire notre propos.

Pour que cette étude puisse autant que possible susciter un débat sur les réformes nécessaires, nous présenterons les tendances communes dégagées par l'enquête en fonction de trois niveaux de « facteurs modifiables » : les comportements des personnels de santé ; les structures de santé ; l'environnement économique, politique et administratif. Puis on s'attachera aux variantes.

### *Les problèmes liés aux comportements des personnels de santé*

« Un bon soignant c'est celui qui a de la considération pour les gens. Celui qui, lorsque tu te présentes, il te demande ce que tu ressens, il ne te crie pas dessus, il ne te fout pas la trouille. Il t'interroge calmement, tu lui réponds et il te donne une prescription » (Kadidja, Gaweye, Niamey).

S'il est vrai que la pénurie constitue l'horizon quotidien des centres de santé, et qu'elle est invoquée en permanence pour justifier de la mauvaise

qualité des soins, cette pénurie ne saurait expliquer tout<sup>1</sup>. Les usagers se plaignent constamment du comportement des personnels soignants (auxiliaires, infirmiers, sages-femmes, médecins), et nos observations ont partout confirmé que cette insatisfaction profonde et générale n'était pas sans fondements.

Le soignant, complétant des colonnes sur un registre : « Au suivant ! ». La femme s'approche du bureau, pose un bout de carton (numéro 14) sur le bureau et reste debout : « Bonjour » (de façon timide et presque inaudible). « Comment t'appelles-tu ? - Fati - Et ton enfant ? - Dodo ». Le soignant, saisissant un bout de papier (un bulletin de vote apparemment) : « Qu'est-ce qu'il a ? » La femme, regardant alternativement son bébé et le soignant : « Depuis 2 jours, il ne cesse de pleurer ; il refuse de téter ; il a de la fièvre aussi ». Le soignant, finissant d'écrire sur le premier bulletin, en saisit un second : « Tu vas payer des comprimés ; tiens, va là-bas si tu as de l'argent ; sinon va chercher l'argent et viens payer ces produits ici, de l'autre côté. On t'expliquera comment les utiliser »

La femme prend les 2 bulletins que le soignant lui tend et sort de la salle.

Le soignant, à un manœuvre qui passe sous sa fenêtre : « Tu as eu le journal du PMU (le journal du parieur) ? » Le manœuvre : « Non, la fille du PMU n'est pas encore arrivée ».

Le soignant, tournant une page de son registre : « Au suivant » (observation A. Souley, Talladjé, Niamey).

Trois registres de comportements à problèmes sont apparus (même si certains comportements peuvent relever simultanément de deux, voire des trois registres) : les éléments relationnels, la recherche de ressources personnelles, et la « conscience professionnelle ».

### *Les éléments relationnels*

Les relations soignants-soignés apparaissent comme très souvent insatisfaisantes, avec des enclaves de relations favorisées, sur lesquelles on reviendra. Disons que ce qui va suivre concerne essentiellement les **relations des personnels de santé avec des patients « anonymes » et dépourvus de tous signes extérieurs de statut ou de richesse**. Ces problèmes relationnels renvoient tous à ce qu'on pourrait appeler une

---

1. D'autant que cette pénurie est pour une part (mais pour une part seulement) provoquée par les comportements de certains personnels (cf. les détournements importants de médicaments et de matériels au sein des structures publiques).

« médecine non centrée sur le patient » (*non patient centered medicine*), autrement dit un univers médical où le patient n'est pas pris en compte en tant que personne, et où, qui plus est, il apparaît plutôt comme un gêneur. On peut décomposer le « problème relationnel » en ces divers éléments suivants :

#### Non respect des normes de bienséance

Cette « impolitesse » ou « incivilité » profonde couvre de nombreux aspects, depuis les attentes injustifiées ou mal organisées infligées aux malades, jusqu'à la non prise en considération de l'intimité ou de la pudeur des malades. On peut y mettre le fait de ne pas saluer ou de mal saluer le malade, de ne pas le faire asseoir, de lui parler de façon autoritaire, distante, excédée, de lui couper brutalement la parole ou de refuser même de l'écouter, de le « laisser en plan » pour les motifs les plus divers et parfois les plus futiles, de l'examiner quasi en public, portes ouvertes ou avec un défilé de visiteurs, ainsi que tout un ensemble de comportements courants oscillant entre l'indifférence et le mépris.

« Il n'y a pas d'intimité ici. Comme vous le voyez, tous ceux qui passent par le couloir sont au courant de ce qui se passe à l'intérieur, certains d'entre eux entrent souvent juste pour demander des informations ou pour être orientés, sans compter les vendeurs qui sont les plus embêtants » (MC, accouchée à la maternité de Guédiawaye, Dakar)

« Les injections, les soins sont faits alors que la porte est régulièrement ouverte. Les infirmières ne ferment la porte que quand c'est une personne qu'elles connaissent ou quand c'est un malade plutôt bien habillé ; ou même des fois, c'est le malade lui-même qui ferme la porte » note l'enquêteur au centre de santé de Talladje à Niamey

« Souvent les agents sont en train de bavarder quand on arrive, ils prennent tout leur temps avant de se lever alors qu'ils savent très bien que si on vient là c'est parce qu'on est malade » (Ali, Niamey).

Au centre de santé d'Attécoubé, à Abidjan, toutes les femmes enceintes qui arrivent à partir de 10 heures ne sont plus reçues, le caissier a fini son travail avec les femmes enceintes, qui doivent revenir le lendemain matin (observation A. Nguessan, Abidjan).

Le reproche souvent exprimé par les malades « on ne nous regarde même pas » symbolise bien ce **sentiment d'humiliation éprouvé par beaucoup**. Pour des patients ordinaires, l'univers médical moderne est un univers non seulement traumatisant à cause de la maladie, mais aussi traumatisant à cause de l'attitude indifférente ou arrogante des personnels

de santé (sinon tous, du moins beaucoup). On voit là que la dimension de l'« accueil », souvent mise en avant parmi les réformes nécessaires, va en fait beaucoup plus loin que la simple mise en place d'un bureau d'information à l'entrée de la formation sanitaire, et débouche sur l'ensemble de la relation entre personnels et usagers.

### Violence verbale et physique

Au-delà de l'indifférence ou du mépris, il y a parfois la violence, celles des mots (insultes, injonctions) ou des gestes. Ce sont les maternités qui, partout, en sont les lieux privilégiés. Les parturientes témoignent souvent des violences qu'elles ont subies de la part des sages-femmes.

« J'ai fait mon premier accouchement à la maternité de Ratoma. Les femmes sont impolies, elles n'ont pas d'éducation, pas de conscience professionnelle. Tu ne peux pas voir une femme en travail et l'insulter ! On te gifle. Même si l'heure n'est pas venue, elles provoquent l'accouchement et elles précipitent la mort des femmes. Les sages-femmes montent avec leurs pieds sur le ventre de la femme, on force la femme à accoucher, si tu ripostes, on te gifle. Elles disent : « Quand tu prenais la grossesse, tu étais contente de te voir avec ton mari et ici tu fais des chichis » (femme enceinte, Ratoma, Conakry).

« Je ne vais plus jamais accoucher à Beaudoin (hôpital Roi Beaudoin à Dakar). La première fois que je suis arrivée là-bas pour accoucher, les sages-femmes n'arrêtaient pas de me crier dessus, je ne comprenais rien parce que je n'avais jamais eu d'enfant. Puis l'une d'elles est montée sur moi et a commencé à appuyer sur mon ventre, comme j'avais très mal je lui ai demandé d'arrêter, et elle m'a giflée. Quand j'ai pu me relever, je lui ai rendu sa gifle, et on s'est battu dans la salle d'accouchement » (jeune femme, Roi Beaudoin, Dakar).

C'en était trop pour elle : « si vous ne comprenez pas le wolof, je vais vous l'apprendre ! ». Elle déchira l'ordonnance devant eux et cria à la malade de descendre immédiatement de la table puisque non seulement ils ne comprenaient pas le wolof mais, en plus, ils étaient mal éduqués. La malade sur le point d'accoucher ne pouvait évidemment pas se lever de la table et partir (observation T. Diouf, Dakar).

Aussi c'est souvent une atmosphère de peur qui règne dans les centres de santé.

L'accompagnateur d'un malade à « Roi Baudouin » de Guédiawaye, Dakar, déclare « si tu proteste, on (les personnels) va « fatiguer » ta malade ».

Au même centre de santé, l'enquêteur observe : « La salle de suite des couches est sans lampe, les femmes n'arrêtaient pas de se plaindre mais en douce, par peur des représailles, personne n'ose parler alors que dormir dans le noir est une épreuve pour ces nouvelles accouchées ».

### Absence d'écoute du malade

Il s'agit là d'un désintérêt pour la parole des malades, non plus au niveau de la bienséance, mais au niveau de l'interaction thérapeutique. Les soignants (la plupart d'entre eux) non seulement ne sollicitent pas l'expression des plaintes ou la description par le malade de ses symptômes ou de sa douleur, mais souvent les découragent. Le dialogue est le plus souvent réduit à sa plus simple expression : quelques questions brèves et stéréotypées du soignant, qui n'attend que des réponses toutes aussi brèves et stéréotypées du malade. En fait cette absence d'écoute verbale est souvent corrélée à ce qu'on pourrait appeler une absence d'écoute corporelle, dans la mesure où le toucher, la palpation, l'auscultation sont réduits à la portion congrue, voire évités.

« On ne te regarde pas, il parle seulement, tu ne comprends pas et puis il donne une ordonnance...Je lui ai dit que le corps de ma fille chauffe, il ne l'a même pas regardée » (Fanta, venue soigner sa fille de six mois à Attécoubé, Abidjan).

On pourrait aussi analyser le « grand désordre » qui caractérise les formations sanitaires aux heures d'affluence comme une conséquence de l'absence d'écoute, en l'occurrence comme une surdité face aux multiples inconvénients que ce « grand désordre » fait subir aux patients :

La prise de poids, de tension et le contrôle d'urine ne sont pas faits selon l'ordre d'arrivée. On assiste dès lors à un désordre dans le rang des femmes. Chacune voulant prendre sa tension, son poids ou se faire vacciner avant l'autre. Cette situation crée des incompréhensions du genre : « cette femme est arrivée longtemps après moi et c'est elle qui prend sa tension d'abord » ou bien « les femmes là (les soignantes) ont encore mélangé les carnets » (observation C. Konan Bla, Abobo, Abidjan).

### Absence d'information du malade

Bien souvent, aucune explication n'est fournie sur le diagnostic, sur la maladie et son évolution, sur les problèmes que peuvent poser les traite-

ments. Ceux-ci ne sont pas en général commentés, les ordonnances sont délivrées sans information véritable. Autrement dit, l'interaction avec le malade n'est presque jamais pour le soignant l'occasion de faire un minimum d'« éducation pour la santé » (celle-ci étant réservée à des séances collectives routinières ad-hoc ; cf. infra), ni même de favoriser une observance minimale du traitement prescrit.

« Le docteur consulte l'enfant, donne une ordonnance, c'est tout, chaque fois c'était pareil. Il ne disait rien, je n'osais rien lui demander, parce qu'il a fermé son visage » (mère d'un enfant asthmatique au centre « Roi Baudouin » de Guédiawaye, Dakar).

Enfin, il est reçu, deux ou trois questions plus tard une ordonnance lui est tendue. Pas d'informations sur le mal dont il souffre, ni non plus sur la posologie (observation A. Nguessan, Abidjan).

Des flots de personnalisation : le régime des « faveurs »

« Ici il faut avoir un parent... Connaître des gens est le plus sûr billet d'entrée » (MbF, Dakar)

A l'inverse des comportements précédents, les relations que les soignants entretiennent avec des malades « recommandés » ou faisant partie de leurs propres relations, de leur propre réseau, deviennent beaucoup plus interactives, et même parfois particulièrement chaleureuses. On bascule alors dans un système de relations complètement opposé, réservé à une minorité privilégiée, ceux que parfois on appelle les PAC (« parents, amis et connaissances ») ou les « passe » (passe-droits). Les salutations sont cordiales, le malade est pris en charge, écouté, informé. On peut parler de « personnalisation » voire même de « sur-personnalisation », dans la mesure où il n'est pas rare que le soignant délaisse son poste et ses malades pour s'occuper de son protégé, le guider dans le dédale de l'hôpital, l'introduire auprès de ses collègues, etc.

« La cousine de mon mari est infirmière à la PMI Boukoki; elle me donne gratuitement des médicaments et en me dispensant du paiement du carnet de consultation. Elle a vraiment le sens de la solidarité familiale. Même les femmes du voisinage que je lui recommande reviennent satisfaites ; grâce à elle, je suis épargnée des injures et du mauvais traitement des infirmières » (cité par M. Adamou, Niamey<sup>2</sup>).

---

2. Moumouni Adamou, dans un autre cadre que la présente enquête, a mené des études sur l'hôpital national de Niamey, qui convergent avec nos résultats.

Pour les malades qui en sont exclus, il s'agit évidemment d'un « favoritisme » injuste, qui fait l'objet d'un fort rejet :

« Si moi je viens en premier lieu d'un endroit éloigné, toi, tu viens en dernière position pour être servi et me laisser là-bas, cela me donnera le dégoût de fréquenter cet endroit » (Mory C., Conakry).

« Quand nous allons au centre très tôt, on peut rester deux heures voire trois heures, avant d'être consulté parce qu'on n'a pas de relations. Un autre peut venir et être consulté en quinze minutes parce qu'un agent est derrière lui. Ce n'est pas normal, on doit interdire ces pratiques à l'hôpital » (un usager, Koulewondy, Conakry).

Bien sûr tout n'est pas si simple, car celui qui en est exclu un jour (car il ne « connaît personne »), et condamne alors le favoritisme, sautera sur l'occasion d'en bénéficier un autre jour (s'il « connaît quelqu'un »).

« N'en déplaise aux mécontents, quand il s'agit d'aller dans le bureau de ma cousine infirmière, je n'hésite pas à transgresser l'ordre d'arrivée » (Mme Y., Boukoki, Niamey).

Toute une sémiologie populaire exprime cette réalité du favoritisme: ainsi la notion de *topato* en wolof (s'occuper de quelqu'un) ; on parle de « passe » (« mon passe » = mon protégé ou ma protégée) chez les personnels de santé à Niamey ou à Bamako.

« Nous avons interrogé l'infirmière et ensuite la pharmacienne pour avoir des éclairages par rapport au cas de Salamatou. La première nous confia que la mère de Salamatou est une "passe" de la bénévoles. C'est ce qui expliquerait le fait qu'elle ne soit pas passée auprès du percepteur pour s'acquitter des frais de carnet (200 FCFA) ; ceci expliquerait aussi le fait qu'elle n'ait pas eu à payer également 200 FCFA pour la consultation. Or, et en principe (pour les soignants entre eux), même les "passes" sont tenues de s'acheter un carnet de consultation. C'est seulement la consultation qui peut être gratuite. A la pharmacie non plus, la mère de Salamatou n'a rien payé. D'après nos interlocutrices, ce sont l'infirmière, la bénévoles et la vendeuse qui ont financé l'achat des produits "à crédit" » (observation Hadiza Moussa, Niamey).

On voit aussi se mettre en place des « stratégies de personnalisation », qui prennent trois formes :

1) Se rendre à tout prix dans un centre de santé où l'on connaît déjà quelqu'un (ou bien où l'on peut se faire recommander auprès de

quelqu'un). C'est la stratégie la plus répandue. Remarquons qu'elle va, en ville, à l'encontre des politiques de sectorisation : les usagers ne vont pas nécessairement dans la formation sanitaire la plus proche, ils vont avant tout dans celles où ils connaissent quelqu'un, directement ou indirectement.

« C'est mon mari qui m'a demandé de venir ici, j'ai fait toutes mes visites dans ce centre : mon mari vend des bananes, il connaît une infirmière dans ce centre » (une malade, Dakar).

« Le bébé vomissait. Nous sommes allés au centre de santé de Boulbinet car mon mari connaît quelqu'un qui y travaille. Cette femme nous a beaucoup aidé à l'hôpital. Des fois mon mari lui envoie un peu de poisson » (Mamata, Conakry).

2) Jouer de son statut pour, d'emblée, passer de la relation anonyme à la relation personnalisée. Ce sera le cas des usagers qu'on pourrait appeler « dotés », soit riches (l'habillement et la mise en témoignent), soit socialement privilégiés (intellectuels, cadres), soit « beaux parleurs » (« à la bouche douce » dit-on en zarma), capables de jouer sur le langage (avec, entre autres, la capacité à utiliser le code des « relations à plaisanterie »<sup>3</sup>)

« Vous avez vu tout de suite, une grande dame qui est venue dans une voiture. Elle m'a trouvée ici, mais elle a été consultée avant moi. Qu'est-ce qui fait cela ? C'est les relations ou parce qu'elle a plus de moyens que moi ! » (M., Koulewondy, Conakry).

Une enquête récente entreprise à Conakry par la Direction régionale de la santé de la ville de Conakry et l'association Entraide universitaire pour le développement, sur 135 usagers dans dix centres de santé, indique que 67,4 % des malades ont déclaré que l'on ne s'occupe pas aussi bien des gens moins riches et moins bien habillés que de ceux qui sont riches et bien habillés. Cette assertion a été confirmée par 62,5 % des soignants<sup>4</sup>.

Bien évidemment, plus le statut social et/ou scolaire est élevé, plus la capacité non seulement à se « faire connaître » ou « reconnaître », mais aussi à protester ou à se faire respecter, est grande, et, inversement, les risques d'être humilié ou agressé diminuent, de même que la peur.

---

3. Il s'agit de relations « codées », liant un ensemble de patronymes associés à des statuts (forgerons, menuisiers, etc.) et/ou des groupes « ethniques » (Peuls, Dogons, etc.). Ces relations permettent par la plaisanterie d'initier très rapidement un dialogue, des demandes, et une certaine proximité sociale.

4. Effectif de 40 soignants.

3) Chercher à se faire peu à peu « connaître » par quelqu'un travaillant dans le centre de santé où l'on se rend habituellement, c'est-à-dire s'efforcer de « construire » une relation personnalisée avec un agent de santé, par qui on tentera de se faire progressivement admettre, identifier, nommer, grâce à des salutations empressées, des sourires, des essais de conversations, de menus cadeaux... C'est plutôt une stratégie de « pauvre »<sup>5</sup>.

« Il faut venir beaucoup de fois (au centre de santé). Des fois pour dire bonjour seulement, des fois tu viens causer avec elles, tu regardes bien celle qui travaille bien et puis qui cause et rit avec tout le monde, le jour où tu viens, tu vas la voir, tu lui donnes quelque chose et puis elle devient ta camarade. Tu peux lui payer du pain comme cela ou bien ce qui te plaît pour lui donner » (Wassa, Abobo, Abidjan).

« Il faut chercher à amadouer les agents, chercher à avoir des relations avec eux » (Makalé, Koulewondy, Conakry).

### *La recherche de ressources personnelles*

Les problèmes de salaires (entre autres) sont souvent invoqués par les personnels de santé pour légitimer leur quête d'avantages pécuniaires supplémentaires dans l'exercice de leur profession. Le captage de ressources à titre privé est en effet généralisé dans les formations sanitaires : il est parfois exprimé par les populations en termes crus : « arnaque », « racket », « contexte » (terme signifiant « corruption » en Côte d'Ivoire). De ce fait l'image du soignant compatissant est de plus en plus remplacée par celle du soignant rapace.

« Le personnel doit cesser de mettre le problème d'argent dans leur esprit avant de regarder les patients. Ils ne connaissent que l'argent. Si tu as l'argent, ils te regardent vite, celui qui n'en a pas retarde beaucoup, parce qu'il sera le dernier à être consulté. Les travailleurs de l'hôpital doivent savoir qu'ils ne sont pas là pour ramasser de l'argent » (Mamadi C., Conakry).

La quête de ressources comporte tout un éventail de comportements et de transactions, parfois tolérés ou même correspondant à une « complicité » avec les malades, parfois au contraire très mal vécus par ceux-ci (« vol », « prise d'otage »). On peut en proposer l'inventaire suivant :

---

5. On notera que certains « pauvres extrêmes », en l'occurrence les mendiants de rue, jouent aussi dans les capitales africaines sur une quête permanente de « personnalisation » avec les passants.

### Les « cadeaux »

Il est devenu extrêmement courant qu'un malade (ou ses accompagnants) donnent aux soignants du service public un « cadeau » (une somme d'argent, le plus souvent, en ville) en « remerciement » de leurs soins. Les personnels de santé n'y voient nullement une pratique illicite ou illégitime. Pour eux, il s'agit de gratitude (« on ne peut pas refuser de tels cadeaux », ce qui est effectivement la norme sociale), voire de « pourboires ».

« Je ne pense pas s'il faut appeler corruption un cadeau fait à un infirmier par un usager qui sort satisfait d'une prestation médicale » (infirmier, hôpital Niamey).

Ce dernier a trouvé que la sage-femme est déjà rentrée. Il y avait une autre qui était de garde. Il s'entretient avec cette dernière durant cinq minutes. En quittant la sage-femme, le mari rencontre la matrone et lui donne deux billets de 1000 FG en précisant en soso : « Maman, c'est votre prix de cola, vous nous avez beaucoup aidés » (rapport de Y. Diallo, Conakry).

Le problème est que, du côté des usagers, cette « coutume » est parfois perçue comme une contrainte plus ou moins indirecte sur le mode : si je ne donne rien, la prochaine fois, il ne me soignera pas. De plus ces cadeaux sont parfois « sollicités » avec plus ou moins d'insistance. Les limites entre le cadeau volontaire et le cadeau forcé sont ainsi quelque peu brouillées.

En outre, la notion de « service public » s'estompe derrière celle de « service privé », ce qui est parfois énoncé très clairement :

« Quand je te rends service, tu m'es redevable de quelque chose ».

### La vente privée de médicaments

Cette activité, parmi les plus rémunératrices, peut provenir de plusieurs sources : médicaments « détournés » du circuit public ; médicaments facturés à un premier malade et revendus plusieurs fois ; médicaments achetés (dans le circuit public, dans les pharmacies, parfois même chez les colporteurs, et de plus en plus aujourd'hui chez les commerçants du marché chez qui les colporteurs se fournissent) ; médicaments donnés (à titre humanitaire, ou échantillons médicaux).

Les médicaments parallèles, achetés par les soignants à Madina (sur le marché) et revendus aux malades, sont : la pénicilline, la gentamycine, la kanamycine en injections, la chloroquine, le cotrimoxazole, l'aspirine, le SRO, la navidoxine en suppositoires, le sérum glucosé (observation M.C. Camara, Gbessia-Port, Conakry).

« Actuellement certains agents viennent acheter les médicaments au guichet à la place des malades pour les leur surfacturer ; un médicament peut être vendu 2 à 3 fois son prix au patient » (I.U., responsable d'un dépôt de médicament, Niamey).

Cette activité était devenue systématique avant le recouvrement des coûts (en raison de la pénurie chronique de médicaments dans les formations sanitaires). Depuis le recouvrement des coûts, elle n'a pas disparu, même si elle s'est faite plus discrète : les ruptures de stocks de médicaments essentiels, la faible variété des médicaments essentiels disponibles, la pratique de plus en plus courante de la « double ordonnance » (l'une portant un ou deux médicaments essentiels achetables à la pharmacie de la formation sanitaire, l'autre prescrivant tout le reste), tout cela favorise ou « couvre » la poursuite de la vente de médicaments par les soignants à leur profit.

Le major est aidé dans ce commerce illicite de médicaments par le manœuvre du dispensaire. Ce dernier est toujours à côté du tablier qui est en face de la PMI (Protection maternelle et infantile). De cette place, il peut repérer les patients qui ont des ordonnances à la main. Une fois qu'il a une ordonnance, il entre toujours dans son bureau...pour prendre les produits. Il semblerait que le bon traitement soit donné seulement lorsqu'on est nanti. Effectivement tous les malades repartis avec des produits ont glissé quelque chose (observation A. Tidjani Alou, Boukoki, Niamey).

Souvent cette vente est présentée au malade comme un « dépannage » qu'on lui consent : on lui vend ces médicaments pour lui éviter d'avoir à se rendre jusqu'à une pharmacie en ville, on lui dit (à tort ou à raison) qu'il payerait plus cher à la pharmacie...

Dans la salle d'hospitalisation, il y a une petite pharmacie des médicaments d'urgence dont le prix de la vente doit être versé au niveau du gestionnaire ; de telles facilités sont aménagées en espaces de magouilles pour le personnel ; on y sort de l'argent en jouant sur les surfacturations (observation N. Niang, Dakar).

Un cas particulier se rencontre dans les maternités, avec la proposition quasi systématique faite aux parturientes de leur administrer « un sérum pour accoucher plus vite », c'est-à-dire une injection par perfusion d'ocytociques (« synto »), ceci contre rémunération de la main à la main.

Ces flacons, les sages-femmes se les procurent en les achetant elles-mêmes, pour les revendre aux « clientes ». Parfois le même flacon, dilué, est revendu en plusieurs « doses ». Parfois la sage-femme « place » son

produit avec la complicité des filles de salle, plus proches des parturientes. Parfois les « recettes » ainsi obtenues sont « mutualisées », au niveau de l'équipe de garde (qui, dans une maternité, est l'unité pertinente).

Extrait du carnet de note d'une élève sage-femme, stagiaire, pendant la nuit du 2 au 3 mai, dans une maternité de Niamey : « Après l'accouchement de leur « passe » (protégée), la sage-femme, la fille de salle et l'infirmière se sont endormies. Après 1 heure du matin, nous (les stagiaires) avons au total 4 femmes en travail (...). A 5 heures 30, accouchement de Mme A. d'un enfant de sexe féminin, né vivant, à terme. Cinq minutes après nous observons une vente, par la sage-femme, de synto à une femme en travail. En fait c'est le reste du synto acheté par une autre patiente. Après avoir reçu l'argent du produit, elle place la perfusion à la femme. Il est à remarquer que la sage-femme s'est réveillée uniquement parce qu'elle voulait vendre son synto » (rapport de A. Souley, Niamey).

« Quand je suis arrivée hier, il était 20 h 30. C'est ma voisine qui m'a emmenée ici à bord d'un taxi que nous avons loué à 1 000 FCFA. A mon arrivée, je fus conduite immédiatement vers la salle d'accouchement. On exigea que j'achète une perfusion à 6 500 FCFA. Je ne sais plus ce qui s'est passé car j'étais tellement fatiguée ». Mais ajoute la voisine : « Elle a partagé la même bouteille de perfusion payée à 6 500 FCFA plus 5 000 FCFA d'hospitalisation » (rapport de A. Ndao, Dakar)

« Nous savions que l'argent circulait pendant les gardes mais nous ignorions tout du comment jusqu'à ce jour. Chaque parturiente qui arrive reçoit une ordonnance d'un montant de 4 950 FCFA composées de synto, perfuseur, glucosé... On sait pourtant qu'elles n'en ont pas besoin car beaucoup accouchent naturellement ; et, même, une perfusion peut servir à plusieurs femmes. (...) Dans le cas de A.D., l'argent est toujours redistribué, en même temps elle donnait à la manœuvre et à l'ASC derrière le dos du médecin » (rapport de T Diouf, Roi Beaudoin, Dakar).

Toujours dans les maternités, les gants et les doigtiers sont systématiquement vendus nettement plus cher que leur prix de revient.

« Quand je suis rentrée dans la salle d'accouchement, la sage-femme était en train d'écrire dans un carnet et je suis restée debout près de cinq minutes en train de l'attendre. Lorsqu'elle a fini, elle m'a dit de monter sur la table. Pendant que j'étais en train de m'installer sur la table, elle a mis ses doigts. Après, elle m'a dit de rester sur la table. Quand elle a vu que l'expulsion a commencé, elle m'a demandé les gants ; je lui ai dit que je n'avais pas de gants. La sage-femme m'a alors répondu qu'il faut que j'en achète et que cela coûte 1 000 FCFA » (rapport de A. Souley, Niamey).

### Les sur-facturations privées

#### a) La « sur-facturation à l'acte »

On peut en ce cas entendre par « sur-facturation » aussi bien la facturation (au bénéficiaire du soignant) d'actes thérapeutiques normalement gratuits, que la perception d'un « supplément » indu par le soignant pour un acte payant dont le produit revient par ailleurs à la caisse du centre de santé.

« Pour l'injection qu'elle doit faire pour mon enfant, l'infirmière m'a exigé 500 FCFA assortis d'une ordonnance sans aucune explication préalable. L'après-midi je suis retournée avec les médicaments achetés, mais à ma grande surprise c'est une autre qui me reçoit et m'exige à son tour la même somme. Je lui explique que j'ai déjà payé 500 FCFA le matin, mais elle ne veut rien comprendre. Elle me dit de retourner à la maison quitte à m'endetter pour trouver les 500 FCFA, sinon elle sera obligée de référer l'enfant à l'hôpital compte tenu de son état physique. Or c'est tout ce dont je ne veux pas entendre parler » (Hawa, Boukoki, Niamey).

La légitimation constante que donnent les personnels de santé, quand ils reconnaissent l'existence de telles pratiques (vis-à-vis de l'extérieur, la négation est habituelle), est celle des salaires, insuffisants (ou, comme au Niger, non versés pendant des mois).

« Nos supérieurs ne peuvent se fâcher contre nous, en l'occurrence le chef du centre, ils savent que nous sommes mal payés, ils n'ont pas augmenté le salaire depuis des années. C'est pour cela que nous sommes obligés de surtaxer un peu les malades » (infirmière, Koulewondy, Conakry).

#### b) La sur-facturation bureaucratique

Le parcours d'un malade dans un centre de santé est émaillé de transactions bureaucratiques : enregistrement, achat d'un carnet de santé, paiement d'un « forfait » médicaments, paiement ex-post d'un « lit » (en cas d'hospitalisation ou d'accouchement). Certaines de ces transactions devraient être gratuites, d'autres, dans le cas du recouvrement des coûts, sont payantes. Les unes comme les autres sont des occasions de sur-facturations privées

Une femme, dont le nourrisson souffrait d'une diarrhée, a pu trouver une place grâce à sa « badiène » qui est responsable du pavillon de l'hospitalisation. Dès lors, elle trouvait injustifié d'avoir des soupçons. Ainsi la première nuit, on lui fait payer 10 000 FCFA ; le second jour on lui réclame encore 10 000 FCFA ; comme elle n'avait que 3 000 FCFA avec elle, « sa badiène » lui propose spontanément de lui « prêter » les 7 000 FCFA

restants. Gagnée par la « kersa », avec tout le bien qu'on lui aurait fait, elle accepte le marché tout en gardant ses doutes. Lorsqu'on a voulu encore lui faire payer 10 000 FCFA, elle entreprit de jeter un coup d'œil critique sur l'ordonnance et se rendit compte de l'arnaque : on lui faisait payer ce qu'elle n'utilisait pas. Alors, la « badiène » de fuir ses responsabilités et la femme de lui dire qu'elle l'a volée » (observation de T. Diouf, Roi Beaudoin, Dakar).

Contrairement à d'autres formes de recherche de revenus, qui se présentent souvent comme des « services » rendus aux malades, les surfacturations peuvent être perçues par ces derniers comme des « rackets », autrement dit comme relevant d'une « violence » de fait. Parfois on peut avoir le sentiment que la santé même des malades est « prise en otage » par les personnels : « si tu ne payes pas, tant pis pour toi... » (il est vrai que c'est le cas aussi pour les facturations licites, dans le cadre du recouvrement des coûts : pas de paiement, pas de soins).

Bintou T. désigne la salle des accouchées : « C'est ici que celle qui a accouché reste jusqu'à ce qu'elle donne l'argent » (Gbessia Port, Conakry).

Au centre de santé de Maciré, lors de l'enquête collective, une réfugiée de Sierra Leone de 15 ans était retenue à la maternité car elle n'avait pas payé les 15 500 FG exigés par la sage-femme (plus de trois fois le prix officiel d'un accouchement) ; elle n'avait pas été lavée (rapport de Y. Diallo, Conakry).

A Bamako des pratiques semblables sont évoquées : « Cette fois-ci, c'est le grand frère de mon mari qui a payé la somme pour qu'on puisse partir à la maison... Si le grand frère de mon mari n'était pas venu, je serai gardée ici pendant longtemps » (Sitan T., maternité de Niamakoro, Bamako).

### Les détournements de facturation

C'est une variété du cas précédent : c'est toujours le soignant qui empêche de l'argent illicite, mais au lieu de le percevoir en plus de ce que le malade verse à la caisse de la formation sanitaire (ou alors que l'acte est gratuit), il perçoit de l'argent à la place de la caisse, c'est-à-dire à ses dépens. Parfois les soignants demandent « moins » que le coût normal, parfois plus, mais toujours ils présentent ces « détournements » comme faits pour « arranger » les malades, comme une « faveur » qu'ils leur font. Les malades, quant à eux, ne font pas toujours la différence entre surfacturation et détournement de facturation : pour eux, c'est toujours le soignant qui met de l'argent dans sa poche personnelle. Mais c'est pourtant la victime qui change : dans le premier cas le malade paye un surcoût,

dans le second cas c'est la caisse de la formation sanitaire qui est lésée, le malade pouvant lui être avantagé relativement.

X, « major » à l'hôpital, a fait des doubles des clés des chambres de catégorie supérieure (réservées aux clients riches) pour y placer des malades moyennant finances (observation de Adamou Moumouni, Niamey).

### Les détournements de matériel

Le « syphonage » du matériel public vers le secteur privé (formel comme informel) est largement pratiqué. Il peut s'agir de petit matériel (thermomètres, tensiomètres, stéthoscopes, matelas...), comme de matériel plus importants (électrocardiographes ou endoscopes...), voire plus encore. Bien sûr, alors que le détournement de petit matériel relève d'un « chapardage de proximité » souvent considéré comme « normal » (une sorte d'« avantage de fonction »...), le détournement de matériel coûteux nous rapproche singulièrement d'une autre forme de détournement, le détournement de fonds, plus stigmatisé, mais qui n'est pas absent, loin de là, du paysage sanitaire local.

Le détournement peut aussi se faire non seulement aux dépens du service public, mais aussi aux dépens directs des usagers.

La répartition entre les personnels des centres de santé d'une partie des vivres PAM (programme alimentaire mondial) destinés aux indigents ou aux victimes des disettes est devenue fréquente. Il en est de même des plats cuisinés venant des cantines, voire des centres de récupération nutritionnelle.

### Les « certificats et attestations »

La « vente » de certificats médicaux, vrais ou de complaisance, est largement pratiquée, depuis les échelons inférieurs (cf. attestations de virginité par les sages-femmes) jusqu'aux échelons supérieurs (arrêts de travail par les médecins, ou hospitalisation de prisonniers « de luxe »).

« L. est intermédiaire sans activités précises. Il travaille à la demande et pour des prestations diverses. Ce matin il a un rendez-vous avec un manoeuvre de l'hôpital à qui il remis une somme de 3 000 FCFA pour obtenir un certificat médical. Il attendait patiemment et assurément le manoeuvre qu'il connaît assez bien pour des affaires analogues. Il nous confie que la somme donnée n'est pas destinée uniquement au manoeuvre

mais à tous les agents chargés d'établir les bulletins nécessaires à la signature du médecin. Ainsi le médecin est manipulé sans s'en rendre compte, alors même que sa responsabilité morale est engagée. Par ailleurs, cette opération implique un manque à gagner pour l'hôpital de l'ordre de 13 800 FCFA en terme de coût réel, reparti comme suit : 11 800 pour les examens et 2 000 pour la signature, le tout payable au service facturation de l'hôpital » (observation de Adamou Moumouni, Niamey).

### Le « gombo »

Ce terme ivoirien évoque la façon dont les fonctionnaires se « débrouillent » pour exercer des activités supplémentaires afin d'arrondir leurs revenus. Dans le secteur de la santé, il s'agit souvent de consultations « privées ». Ce sont là des pratiques généralisées. Il peut s'agir de consultations à titre privé à l'intérieur même de la structure (en dehors des heures normales de travail, ou parfois même pendant le service, auquel cas on rejoint le détournement de facturation ci-dessus), ou bien d'une « aspiration » de la clientèle vers des consultations privées à l'extérieur, que ce soit au domicile même des soignants, dans des cabinets « informels », ou dans des cabinets privés déclarés.

« Je fais souvent des prestations à domicile pour pouvoir joindre les deux bouts. Je fais des soins de pansement à 3 000 FG, des injections à 500 FG » (F.C., infirmier, Koulewondy, Conakry).

« Les médecins de l'hôpital qui ont des cliniques sont des escrocs. Quand un malade vient les voir pour des prestations, ils lui donnent rendez-vous dans leur clinique prétextant que c'est là qu'ils ont toute la tranquillité d'esprit pour mieux les consulter. Là, ils lui font payer la consultation et les examens médicaux dont les prélèvements sont analysés gratuitement au laboratoire de l'hôpital » (M.H., infirmier, Niamey, entretien de Adamou Moumouni).

Au CS de Maciré le gardien relate les arrivées tardives de soignants qui viennent traiter leurs malades au centre de santé. « La directrice n'est pas au courant que les soignants viennent le soir consulter. Officiellement on dit une femme vient accoucher, en fait il s'agit de consultations privées » (rapport de Y. Diallo, Conakry).

Mais l'usage des lieux de travail, ou du matériel (appelé en France « perruque ») peut aussi se faire au profit d'activités non-médicales :

Pendant les consultations et les nombreux moments creux, une fille de salle dispose les sachets de yaourt sur le couvercle du thermos et se pro-

mène avec le tout devant les patientes, les incitant ainsi à l'achat : « C'est le yaourt de la force et de la puissance qui rend les enfants intelligents » (observation C. Konan Bla, Abobo, Abidjan).

Et à chacun, parmi le personnel, d'adapter à sa situation cette mutation en baol baol, qui s'empare de l'institution sanitaire. Ainsi, A.N. s'adonne en parallèle à des activités commerciales à ses heures de travail et en utilisant la logistique du centre ; dès que ses tablettes d'œufs sont sur place, il troque son manteau de gestionnaire pour celui de « bana bana » pour écouler sa marchandise. Ce sont alors d'interminables va-et-vient de l'entrée de la maternité, où est garée la Toyota 4 x 4 du district où sont entreposés ses œufs, à son bureau situé au fond du couloir de la maternité et qui lui sert de centre de dispatching (observation A. Ndao, Dakar).

Les frontières entre ces diverses formes de recherche de ressources personnelles ne sont pas toujours claires : l'utilisation systématique d'ocytociques se situe entre vente privée de médicaments (on vend un produit) et sur-facturation (on vend une perfusion). La surfacturation d'un accouchement est à la fois bureaucratique (prix du lit) et thérapeutique (kit d'accouchement). Par ailleurs ces formes oscillent entre la coercition et le « service rendu » ; de même elles ne sont pas nécessairement purement « marchandes », et peuvent parfaitement s'interpénétrer avec les stratégies de personnalisation, quitte à accorder des « réductions », dans la mesure où ces « arrangements » s'inscrivent dans une sphère du « marchandage ».

La fille de M. va accoucher. La « sœur » de M, qui est en réalité une parente par alliance, travaillant dans une maternité comme « bénévole », l'a recommandée aux sages-femmes de cette maternité. M. se dit tranquille : « Elles m'ont soutiré tous mes sous, mais au moins ma fille sera prise en charge convenablement ». Elle est sûre que si elle ne connaissait personne elle paierait plus cher. D'ailleurs : « Dès mon arrivée, on m'a demandé 1 700 FCFA, quand ma « sœur » est venue, elle leur a dit de diminuer et finalement je n'ai payé que 700 FCFA », sans reçu bien sûr (observation de T. Diouf, Roi Beaudoin, Dakar).

Au total, on s'aperçoit que le système du forfait, souvent lié au recouvrement des coûts, et mis en place pour diminuer les charges des malades, aboutit en fait à ce que chacun doit payer deux fois : une fois pour le forfait, et une fois aux soignants directement...

### *La conscience professionnelle*

Il faut enfin poser clairement la question de la conscience professionnelle, sérieusement mal en point, problème toujours évacué des discours

publics. Cette question ressort par contre souvent des entretiens, parfois en termes de nostalgie d'une époque antérieure (qu'elle ait existé réellement ou non est une autre histoire).

Avant, « les agents travaillaient par humanisme et aiment bien leur boulot. Ils étaient humbles et plein de générosité » (A.H., Boukoki, Niamey).

Certes la conscience professionnelle renvoie aussi aux deux points analysés ci-dessus, et peut donc englober la question des aspects relationnels comme celle des avantages privés.

« Un homme est venu avec la moitié du doigt arraché, l'infirmière a refusé de le toucher puisqu'il n'avait pas assez d'argent et que la garantie qu'il lui proposait ne lui convenait pas » (observation N. Niang, Dakar).

A la CPN du CMC de Ratoma où les horaires sont théoriquement de 8 heures à 14 heures mais en fait de 9 heures à 12 heures 30, j'ai observé que l'on refusait des femmes enceintes qui se présentaient à 12 heures 30 en leur disant de revenir le lendemain matin (observation Y. Diallo, Conakry).

Il peut aussi y avoir une « paresse clinique et linguistique », qui fait qu'on se contente des propos du malade pour émettre un diagnostic standard, renforcé par la traduction simpliste courante des termes issus des langues nationales lorsqu'ils passent en français local :

Après avoir posé au plus trois questions, le médecin prescrit le ou les ordonnances (une pour le centre de santé, une pour la pharmacie extérieure). Sur cent patients, au moins 98 font un accès palustre, ce qui explique le peu de questions posées au malade. Or, en réalité, c'est parce que plusieurs patients disent « j'ai *jèkwajo* » ou « *sumaya* », deux entités nosologiques qui désignent en fait plusieurs maladies, mais que les soignants ont pris l'habitude de traduire par paludisme, sans chercher plus loin (observation C. Konan Bla, Abidjan).

Bien sûr l'absence de conscience professionnelle a aussi, ou surtout, un aspect « technique », strictement biomédical. On observe en effet de façon courante divers manquements aux normes techniques (telles qu'elles sont enseignées pendant les études, ou les formations complémentaires, et exprimées dans les textes officiels et réglementaires).

Parfois, les gestes ne sont pas effectués (le contrôle de l'intégrité du placenta par exemple), parfois ils sont simulés.

Comme nous avons passé toute la nuit à discuter, parier, mais aussi travailler puisqu'il y a eu douze accouchements, les dossiers n'étaient pas

remplis et comme il est impensable d'affronter le médecin chef si fier que ses sages-femmes soient « capables de remplir un partogramme normalement », il fallait le faire. Elles en inventèrent donc et remplirent tous les dossiers à la grande satisfaction de ce dernier qui le dit après les consultations (observation T. Diouf, Guedayaye, Dakar).

On peut lister les principaux types de manquements aux normes médicales :

1. Négligences fréquentes et de tous types, dans les soins, dans la surveillance des malades, dans le monitoring, dans les examens cliniques (par exemple, dans les maternités, les constantes ne sont pas prises et les partogrammes ne sont pas remplis, il n'y a pas après l'expulsion du placenta de contrôle de son intégrité, etc.)

2. Non maintenance du petit matériel (c'est un problème permanent partout)

3. Très faible niveau d'hygiène, tant des instruments (non stérilisés, non désinfectés, réutilisés...) que des lieux (sols, tables, lits)

4. Diagnostics bâclés : ni interrogatoire médical sérieux, ni auscultation; non respect des schémas plainte-traitement; non recherche d'informations à l'extérieur (collègues, documentation) en cas d'incertitude

5. Prescriptions bâclées, sans vérification des incompatibilités, sans prise en compte des problèmes d'observance, sans information au malade sur les effets des médicaments

6. Absentéisme : réel (souvent 3 ou 4 heures seulement de présence au travail par jour) ou virtuel (pendant les heures de travail, une grande partie en est consacrée à diverses activités non professionnelles, même quand les malades attendent)

On aura sans doute remarqué dans ce bref survol que les manquements aux normes techniques peuvent par ailleurs être directement induits par le mépris relationnel (cf. absence d'interrogatoire), ou la recherche de gains personnels (cf. prescription-vente systématique d'ocytociques<sup>6</sup>).

Nombre de ces comportements relèvent de fautes professionnelles, parfois graves, car pouvant entraîner le décès des patients. Mais la question des sanctions, ou plutôt de leur absence, relève quant à elle du fonctionnement du système de santé.

---

6. Alors que la prescription d'ocytocique doit être réservée à des indications très particulières, son administration quasi systématique développe les risques de rupture utérine. Pour des données quantifiées sur cette pratique, nous renvoyons aux divers résultats de l'enquête MOMA.

### *Les problèmes liés au système de santé*

Nous ferons ici l'inventaire de toute une série de problèmes qui renvoient à l'organisation même des services, et aux rapports entre les formations sanitaires et la hiérarchie sanitaire. Certains de ces problèmes sont évidemment aussi liés aux comportements des personnels. Mais ils existent en même temps à un niveau proprement systémique.

#### Les « bénévoles » et « auxiliaires »

L'enquête a révélé la place importance prise au sein des formations sanitaires par des « bénévoles », personnels auxiliaires non rémunérés officiellement, et assurant parfois des tâches médicales, parfois des tâches non médicales (ménage, gardiennage), parfois des tâches surtout relationnelles (accueil, appui : cf. matrones).

En fait cette catégorie est très composite. On y voit des « filles de salle », gardiens, manœuvres, travaillant gratuitement, avec l'espoir d'un jour pouvoir être embauchés. Ou des « secouristes » (en général formés par la Croix Rouge), tentant de valoriser leur petit bagage dans un rôle d'aide-soignant absent des organigrammes. Il y a aussi les diplômés de la santé sans emploi (infirmiers et infirmières, sages-femmes, médecins), qui essayent de ne pas « perdre la main » ou de compléter leur formation, en l'attente parfois longue d'une affectation espérée.

Cette jeune fille, bachelière en arabe, témoigne : « Plus de la moitié du personnel n'a pas appris. On les ramasse dans la rue. Par exemple, un sourd-muet, dont le travail était de nettoyer (*fobeere*), mais maintenant il fait des injections » (rapport de Niang, Pikine, Dakar).

Abdoulaye, manœuvre de son état, a appris durant sa carrière à faire les injections et les perfusions et à se traiter pour les « maux simples », tels que les maux de tête, les coliques. Les injections, il les fait lors des contrôles sanitaires qui ont lieu dans les campagnes. En outre, Abdoulaye traite ses enfants à la maison, avec les comprimés essentiellement. Il n'a jamais osé leur faire des injections parce que, dit-il, il n'a pas confiance pour en avoir été victime (observation H. Moussa, Niamey).

Rabi, après une formation de secouriste par la Croix-Rouge (6 mois), a passé environ 7 mois dans la salle de pansements. Elle venait chaque matin et chaque soir. Quand elle a appris à faire le pansement, le major lui a suggéré de venir seulement le matin. Après, elle a commencé à faire la garde (pour la garde, il faut une secouriste et une infirmière). Ce même major lui a trouvé un travail de remplaçante au cabinet Ango, où elle a passé 7 mois aussi. Au CSI de Boukoki, il lui arrive de faire des consulta-

tions, si le major est absent, et même de prescrire des ordonnances aux malades. Actuellement, elle s'occupe de la salle d'injection (observation A. Tidjani Alou, Niamey).

Tous ces personnels non statutaires, bénéficiant de « faveurs » ou de « gestes » des personnels statutaires, dont souvent ils exécutent les tâches, et percevant des « gratifications » des malades, accroissent la part de « l'informel » dans les services, et contribuent au « glissement des fonctions ».

« ...Il y a parmi le personnel assez de stagiaires qui travaillent avec nous, ils sont obligés de surtaxer le malade pour avoir le transport au moins... » (sage-femme, Koulewondy, Conakry).

### *La bureaucratisation des tâches*

Le plus souvent, la division du travail est plus bureaucratique que médicalement justifiée. Ce qui expliquerait, en partie tout au moins, la très faible productivité d'une organisation taylorienne vide de sens : un infirmier prend les renseignements, un autre consulte, un troisième donne les cachets, un quatrième fait les pansements...

En fait, le stylo est sans doute le seul instrument professionnel qui ne fait jamais défaut. Cette bureaucratisation est de plus renforcée par les demandes des bailleurs de fonds, des programmes, et des projets (multiplications des fiches, registres et questionnaires), et par le rôle croissant des fonctions dites de « santé publique ».

A la CPN de Ratoma, lorsque les sages-femmes arrivent au service, avant même d'enfiler leur blouse, elles commencent à chercher un bic dans leur sac. D'après mes observations, la principale tâche du médecin chef du service est de faire le pointage des patientes pour l'établissement des statistiques (rapport de Y. Diallo, Conakry).

Un autre aspect de la bureaucratisation se donne à voir et entendre avec les séances d'IEC (Information, Education, Communication). Celles-ci, censées répondre à un besoin d'information des malades (dont a vu qu'il n'était pas assuré au niveau relationnel, où il serait pourtant le plus efficace) tournent souvent à la caricature :

Elles (les séances d'IEC) sont souvent faites en français contrairement aux affirmations de la fille de salle, bien qu'elle prétende les faire en français puis en dioula lorsqu'elle se rend compte que les femmes n'ont pas

compris la version en français. Cette partie des prestations se fait dans un bavardage de l'assistance. Très peu de femmes suivent ces séances. Elles retiennent juste le développement du premier sujet et c'est tout. La langue de communication la plus usitée par les patientes est le dioula, d'où une incompréhension quasi totale de l'IEC faite par la fille de salle (observation de C. Konan Bla, Abobo, Abidjan).

L'IEC dure 15 mn et est faite en français. Les femmes ont-elles compris l'IEC ? 8 femmes ont été interrogées. 4 ne suivaient pas la séance, 2 femmes n'ont pas compris parce que c'était en français, les deux restantes ont juste pu rendre compte des premières phrases de l'animatrice (idem).

### *L'absence de travail d'équipe*

C'est sans doute une des caractéristiques majeures que nous avons relevées : très peu de formations sanitaires connaissent ne serait-ce qu'un minimum de travail d'équipe. Le « chacun pour soi », dans le cadre de la division bureaucratique des tâches évoquées ci-dessus, est la règle. La plupart des services n'ont pas ou peu de staff. Les discussions professionnelles organisées (hors interventions de « formateurs » extérieurs) sont quasi inexistantes. On ne voit ni « projet de service », ni débats internes sur les pratiques, les techniques, ou les problèmes. Le chef de service (à quelque niveau que ce soit : infirmier-major, maîtresse sage-femme, médecin, professeur) n'a que très peu d'interventions quant à la qualité des soins. Le management reste essentiellement bureaucratique. La supervision rapprochée est inexistante.

### *L'impunité*

Elle est générale, partout. Aucune faute professionnelle (alors qu'elles sont, on l'a dit, fréquentes) n'est véritablement sanctionnée, la seule « sanction » éventuelle étant l'affectation dans une autre structure. Le mécanisme de cette impunité est décrit partout en termes identiques : toute menace de sanction entraîne l'intervention de « protecteurs » divers du sanctionné (protections politiques, familiales, etc.), l'intervention pouvant aller jusqu'à se retourner contre le sanctionneur (cf. infra, sur le clientélisme). Cette impunité entraîne vite la démission de fait des chefs de service et explique pour une part l'absence de travail d'équipe et le « chacun pour soi ».

Des plaintes à l'endroit de certains des personnels sont formulées à plusieurs reprises mais restent sans suite. C'est le cas de certaines sages femmes qui profitent des urgences pour soutirer de l'argent aux accompagnants.

MT avait amené une patiente un jour, elle a été obligée de donner 1 000 FCFA pour une injection que la patiente avait déjà faite. Malgré l'intervention de la maîtresse sage-femme en sa faveur, elle déclare avoir été tellement acculée par la sage femme à payer qu'elle a été obligée de céder : « Je lui ai remis les 1 000 FCFA qui était prévus pour ma dépense quotidienne ». Et la femme de poursuivre : « D'après les rumeurs, la sage femme avait failli être renvoyée, mais elle est toujours à la maternité ».

Le médecin adjoint avait délivré récemment un certificat médical à une jeune femme mariée qui avait déclaré être victime d'un viol ; l'enquête de la police qui a prouvé le contraire n'a pas pour autant fait que l'adjoint du médecin chef soit sanctionné (rapport Niang, Pikine, Dakar).

### *L'appropriation des espaces par les personnels de santé*

Non seulement l'architecture n'est pas adaptée aux malades, non seulement le découpage professionnel de l'espace leur est étranger, et rien n'est en général fait pour leur faciliter le parcours, qui est bien souvent un « parcours du combattant », mais encore les agents de santé s'approprient-ils l'ensemble des espaces de la formation sanitaire, non pour leurs activités thérapeutiques, mais pour leur propre usage et leur bien-être : pour leur sociabilité, leur repos, leur restauration, leurs visites privées, leurs commerces...

Le hall du centre de Gbessia-Port où les malades attendent pour l'accueil est appelé par M.C., venue en consultation, « le lieu de repos des travailleurs » ; pour elle, il s'agit donc d'un espace conçu pour les soignants et non pour les malades.

De ce fait, les usagers ressentent l'espace de la formation sanitaire comme fondamentalement « inhospitalier », voire hostile.

Il est vrai que, parfois, c'est la pénurie qui crée en quelque sorte la « base matérielle de l'inhospitalité ». La surcharge dramatique en patient(e)s par rapport au nombre de lits disponibles aboutit à des situations d'entassement : lits où l'on met deux malades, parturientes en travail sur une natte dans un couloir, etc.

### *L'inefficacité des comités de santé*

Les comités de santé ou de gestion, censés être les garants d'une « participation communautaire », sont loin de répondre toujours à cette vocation qu'on leur a assigné (toujours de l'extérieur : dans tout projet de

réhabilitation d'une formation sanitaire, avec passage au recouvrement des coûts, c'est une conditionnalité des bailleurs que de constituer un « comité de santé ». Il faut en fait distinguer deux types de « comités de santé », en fonction de leurs compétences. Dans un cas, le plus fréquent, les comités n'ont en charge que le contrôle de la gestion et la répartition des « bénéfiques » dégagés par la vente des médicaments et par le paiement des prestations, bénéfiques qui n'aboutissent en général qu'à de faibles « primes d'intéressement », au profit exclusif des personnels<sup>7</sup>. Les membres des comités se sentent inutiles, d'autant que les personnels de santé contrôlent en fait ces comités, qui, au bout du compte, n'ont pas d'existence réelle. Si les comités de santé peuvent avoir un sens au niveau des villages, dans la mesure où il s'agit de sociétés d'interconnaissance, leur réalité et leur efficacité en ville est beaucoup plus contestable.

« On nous a dit que nous étions propriétaires du centre de santé. Nous avons constaté que nous ne sommes pas les véritables gérants des recettes. On nous parachute des instructions. Nous n'avons pas d'autorité sur l'administration du personnel. Au point de vue recettes, nous ne sommes pas les maîtres d'œuvre, on nous donne des instructions. Nous ne nous sentons plus propriétaires du centre de santé » (le président du CG du CS de Gbessia-Port, Conakry).

Dans le cas des CSCOM (Mali), ou FSUCOM (Côte d'Ivoire), les pouvoirs des comités sont beaucoup plus importants, en particulier parce que ce sont eux qui sont à l'initiative de la création du centre, et qu'ils embauchent et salarient les personnels, médecins inclus (et les licencient éventuellement). Ceci assure incontestablement un « pouvoir » des comités sur le personnel de santé, autrement dit un « contre-pouvoir » réel face au pouvoir médical. Mais ce n'est pas nécessairement un « pouvoir » de la population, et on constate alors fréquemment une « main-mise » de quelques notables ou d'une faction locale (en général politique) sur le comité, les usagers restant en fait largement extérieurs.

Dans ce centre de santé de Bamako, les conflits dans le comité sont l'expression de rivalités politiques pré-existantes. Ces rivalités se sont accrues avec l'annonce du financement de la construction du centre de santé par le président de la République. Dès lors, les militants de son parti estiment que personne en dehors d'eux ne doit prétendre à la direction de ce

---

7. Ces primes (de 1 500 à 5 000 ou 10 000 FCFA) sont en tout cas trop faibles pour apparaître comme une alternative économique aux revenus procurés par les activités illicités. Appelées « motivations », elles ne sont pas en fait liées aux comportements et à la compétence, mais sont considérées comme des compléments de salaire « dûs ».

nouveau centre. Or, l'actuel président du centre était militant du RDA. Avec la scission de ce parti, il s'est retrouvé au BDIA, un des partis du Collectif de l'Opposition. Ainsi, le centre est devenu un champ où s'affrontent à tout moment des intérêts politiques (rapport Y. Touré, Bamako).

Il existe aussi très fréquemment des querelles entre les soignants et les comités. Les premiers acceptent mal, alors qu'ils « produisent » des revenus grâce à leur travail, d'être gérés par des comités, qui parfois utilisent ces ressources à d'autres fins :

On remarque toutefois une division du personnel soignant en fonction de ses rapports avec les élus. Ainsi, il y a les « pro » et les « contre » le comité de gestion. Ceux qui sont contre le comité trouvent qu'il est mal géré et que cette mauvaise gestion est à la base des retards de salaires de plusieurs mois qu'ils connaissent (Bamako, Niamakoro).

Comme souvent en matière de gestion communautaire, les accusations de détournement sont fréquentes :

Le premier conflit entre les élus est né des suites d'un contrôle de la gestion du directeur administratif et financier qui n'était autre que l'infirmier d'État qui avait fait transformer son centre de soins en CSCOM. En reconnaissance de ses actions, il a légué le matériel de son cabinet de soins au CSCOM, il a été nommé administrateur du Centre. Le contrôle a révélé une absence de fonds de plus de 400 000 FCFA. A la suite de cette révélation, il a tenté de renouveler le bureau en sa faveur. N'ayant pas réussi, il s'en est allé avec les dossiers. Il a été épargné grâce au président, qui le considère comme son frère (Bamako, Niamakoro).

En fait, ces structures de santé communautaires se retrouvent confrontées à une double hiérarchie, lourde de conflits potentiels : médicale pour les soins, et notabiliaire (donc liée à la politique locale) pour tout ce qui concerne la gestion financière et celle des personnels. Plus encore, dans bien des cas, les associations sont vides de membres, et les différents conseils composés de notables locaux utilisent la santé à des fins politiques ou d'enrichissement personnel<sup>8</sup>. Il semble que le vrai signifié des

---

8. Ce que remarque par exemple un rapport de l'UNICEF (1999) : « Les représentants au conseil de gestion sont souvent choisis parce qu'appartenant à l'entourage des autorités locales plutôt qu'en fonction de leur dévouement. La représentation d'un village ou d'un quartier au sein du conseil de gestion n'est pas toujours faite sur des critères objectifs, mais sur la décision de quelques notables. Des enquêtes ont montré qu'il n'est pas rare, dans ce cas, qu'une grande majorité des habitants ignore le délégué de leur village. »

discours locaux sur la santé communautaire réside moins dans ce qu'ils proclament que dans l'effort des acteurs pour s'adapter à l'offre de financements venant des ONG, et autres bailleurs de fonds. Globalement, le « communautaire » est une conditionnalité (et donc une obligation rhétorique) pour capter les ressources nécessaires à la mise en œuvre de projets sanitaires et/ou politiques, personnels ou factionnels. Dans bien des cas, cette standardisation communautaire empêche la prise en compte d'initiatives pragmatiques locales.

### *L'exclusion des indigents*

L'absence de tout "filet social" pour les démunis est aveuglante<sup>9</sup>. Le recouvrement des coûts signifie que celui qui n'a pas d'argent n'est pas même reçu, et examiné. On a vu plus haut que, avec des « relations » ou des « recommandations », on peut facilement contourner cette contrainte. Le système clientéliste en vigueur dans la société englobante, et l'extension importante des réseaux relationnels<sup>10</sup>, permettent incontestablement à un certain nombre de familles pauvres d'accéder aux formations sanitaires. Mais il est aussi des pauvres sans relations, il y en a même beaucoup... La pauvreté extrême (l'indigence) se caractérise justement par la dégradation des liens sociaux, et l'absence d'assistance familiale ou clientéliste. Alors, celui qui n'a ni argent ni piston risque fort de mourir sans être pris en charge.

« Quand tu arrives à l'hôpital c'est ta poche qu'on regarde, on ne te regarde pas, on s'en fout de l'homme, même si tu es en train de mourir, on cherche l'argent seulement » (K.M., Abidjan).

« Beaudoin (hôpital Roi Beaudoin) n'est pas pour des gens comme moi, avant qu'on te touche il faut sortir de l'argent » (D.N., mendiant, Dakar).

« Si l'on n'a pas d'argent, mieux vaut ne pas mettre les pieds dans les hôpitaux ; maintenant ce ne sont plus des structures de soins mais des marchés » (Makale B., Conakry).

« Le recours à un centre de santé moderne de nos jours est question d'argent ; si tu n'en as pas, évite d'aller te faire de la peine, parce qu'ils ne vont même pas te regarder » (N.K., Talladjé, Niamey).

On pourrait donc opposer des pauvres « relatifs », repérés, ceux des services sociaux, ou qui dépendent des notabilités locales (et donc, en un

9. Sur cette question, cf. ci-dessous, chapitre 8.

10. Il suffit en effet de connaître parfois quelqu'un qui connaît ne serait-ce que le gardien ou une fille de salle...

certain sens, « riches » de relations), à des pauvres « absolus », vivant l'indigence sous la forme d'un amenuisement des relations sociales, voire d'un « bannissement » de fait. Pour les uns, la précarité, quoique douloureusement vécue, reste encore un argument d'insertion sociale, même sous la forme d'une aide, alors que, pour les autres, elle correspond à une mort civile<sup>11</sup>, comme ces vieilles femmes malades qui disent ne plus attendre que la mort...

Certes il existe dans les textes des dispositifs de prise en charge des indigents. Mais en fait ils ne sont pas ou peu appliqués. Les sommes affectées à ce poste, quand il y en a, sont dérisoires, ou bien sont détournées. Quant aux assistantes sociales, car il y en a, elles sont dépourvues de moyens, et en général employées à d'autres tâches (nutrition, pesée, etc...).

Parfois on constatera des attitudes de compassion et de charité chez les personnels de santé envers tel ou tel indigent, qui sera soigné gratuitement. Mais il en est de ceci comme de la mendicité. Pour un mendiant à qui on donne, vingt n'auront rien. Bénéficiaire d'un traitement gratuit quand on ne connaît personne est une loterie où il y peu de gagnants.

« Des fois nous nous cotisons nous-mêmes pour le manger et les soins des accouchées pauvres » (médecin, Ratoma, Conakry)<sup>12</sup>.

Au centre de santé de Maciré, le 18/08/1999 à 10 h 20, une femme se présente pour la CPN, elle a 9/6 de tension et se plaint de ne pas avoir mangé, l'infirmière lui restitue les 1 000 FG qu'elle a payé pour l'achat du carnet rose de suivi de grossesse. Le 20/08/1999, la sage-femme déclare avoir restitué les 3 000 FG de l'accouchement à un couple démuné qui devait référer leur nouveau-né à l'hôpital Donka en orthopédie, et qui n'avait pu habiller leur bébé que le lendemain de la naissance avec l'aide des voisins. L'agent de l'accueil de la CPC sort 1 000 FG de son tiroir pour donner à des grands-parents démunés qui viennent soigner leur petit-fils... (observation de K. Baldé, Conakry).

Quoi qu'il en soit, pour tous les ménages modestes, au-delà des seuls « pauvres » au sens fort, l'« ordonnance », qui est l'issue automatique de toute visite au centre de santé, est une hantise, car l'achat des produits grève le budget familial.

11. Littéralement énoncée en bambara : *mògò t'i fè* (« personne ne t'aime », ou : « tu n'as plus personne »). De manière plus large, et dans un autre contexte, nous renvoyons ici aux travaux de Geremek, 1976.

12. La présence d'un observateur étranger influe bien sûr sur le comportement des soignants. Quant aux déclarations des soignants, nous n'avons pas toujours eu la possibilité de les contrôler par confrontation avec les déclarations des patients.

« Ce jour-là, nous n'avons pas mangé. Le prix de la nourriture a servi à l'achat des médicaments » (Fatou, Conakry).

La pauvreté « relative », particulièrement répandue, a une autre caractéristique : ses multiples nuances et variations incessantes. Elle recouvre des états instables et discontinus, que l'on vit comme dépendant d'une « fortune », bonne ou mauvaise.

Trois exemples. Dakar, devant une cabane en planches, deux femmes habillées de basin riche se font tresser : pauvreté des lieux, richesse des vêtements, mais aussi possibilité, par un amant occasionnel, d'accéder à des conduites ostentatoires et à des lieux de consommation et de distraction de la haute bourgeoisie. Autre lieu, Bamako, allongée devant une case de banco aux murs effondrés, une « commerçante » décrit l'alternance de ses états de stabilité et de précarité selon les aléas du commerce des mangues et du poisson : « un jour avec, un jour sans », le vécu de la loi des marchés locaux. Bamako encore, un vieil homme ruiné parce que ses marchandises furent saisies par les douaniers... (cf. Jaffré, 1999).

Bien que singulières, ces situations de pauvreté « relative » ont en commun que, aussi douloureuses soient-elles, elles ne sont pas vécues comme définitives, insurmontables, ou forcément stigmatisantes. Il s'agit plutôt de précarités « partielles » (du logement, mais pas du vêtement, par exemple) et « sérielles » (selon les moments), permettant de conserver de nombreux appuis sociaux.

### *La mauvaise gestion des ressources humaines*

Il s'agit tout d'abord de la « ronde des affectations ». Entre les formations à l'extérieur, les départs en stage, les recrutements par des « projets », des ONG ou des institutions internationales, et les très fréquents mouvements de personnels dans la fonction publique, eux-mêmes souvent remis en question par certains affectés mécontents dotés de relations puissantes<sup>13</sup>, la stabilité des personnels est moins que garantie, en particulier au niveau des chefs de service. Si les cadres sont donc souvent en quelque sorte en transit, ce sont les agents subalternes (parfois) et les « bénévoles » (souvent) qui sont alors permanents, et constituent en quelque sorte la « mémoire » du lieu, ceux qui reproduisent la « culture

---

13. C'est ainsi que s'explique le peu de sages-femmes affectées à l'intérieur du pays, celles-ci ou leurs maris étant souvent issus de familles de l'élite (cf. Jaffré & Prual, 1993).

professionnelle locale »<sup>14</sup>, avec ses routines et ses combines, ses tours de main et ses négligences. Cet état de fait empêche les responsables hiérarchiques « de la ligne de front » qui le souhaiteraient de mettre en œuvre à leur niveau une culture de qualité ou d'exigence professionnelle, et contribue à l'absence de réformes au niveau des formations sanitaires elles-mêmes, toute réforme apparaissant inévitablement comme introduite bureaucratiquement de l'extérieur et n'étant jamais portée par les personnels locaux.

Il faudrait aussi y ajouter la mauvaise répartition des effectifs, entre les capitales et l'intérieur des pays, entre les formations sanitaires, entre les services, ce qui aboutit à une coexistence de sur-effectifs et de sous-effectifs.

Enfin le peu de poids qu'ont dans les affectations les critères de compétence par rapport aux pressions clientélistes, comme le rôle corporatiste du syndicat, doivent être évoqués. Mais ici nous entrons déjà dans le contexte institutionnel plus général.

### *Les problèmes liés au contexte institutionnel général*

Ils relèvent de trois grands domaines : la situation catastrophique des États, l'attitude des bailleurs de fonds, la faiblesse de la fameuse « société civile ». Evidemment, ces problèmes, plus ou moins bien connus par ailleurs, ne peuvent être ici analysés en détail (d'autant que la réforme du système institutionnel et politique déborde largement la réforme du seul système de santé et celle des comportements des personnels). Et pourtant ils influent de façon notable sur la situation sanitaire. On se contentera d'un bref survol.

### *La situation catastrophique des États*

On constate partout, au-delà même du dénuement (à la limite de la cessation de paiement) des finances de l'État, un délabrement des administrations, une très faible productivité des services publics dans tous les secteurs, une extension et une généralisation de la corruption<sup>15</sup>. Le tout est associé à une intervention permanente du clientélisme, politique (partis ou factions), familial, ou autre, dans le fonctionnement de l'État, à tous les niveaux, ce qui signifie un abandon des critères de compétence en ce qui concerne les nominations et promotions.

14. Cf. Olivier de Sardan, 2001.

15. Cf. les enquêtes menées sur la petite corruption au Niger, au Bénin et au Sénégal (Blundo & Olivier de Sardan, 2001).

Ceci vaut pour la santé comme pour la poste ou la justice. Mais on constate en outre partout, au-delà des belles déclarations, une absence de politique nationale de santé digne de ce nom, que ce soit en termes de moyens, ou en termes de cohérence et de gestion. On doit admettre que les élites politiques actuelles (qui se soignent toutes dans le privé, et souvent à l'étranger) n'accordent aucune priorité réelle à la santé publique, celle du plus grand nombre.

### *L'attitude des bailleurs de fonds*

Face à cette situation, l'aide extérieure semble impuissante, bien que des sommes importantes soient affectées à la santé. Parfois même, les flux financiers dans le secteur sanitaire et social alimentent de façon importante la corruption<sup>16</sup>. On peut craindre d'ailleurs que, en l'absence de réforme réelle de l'État en général et de l'administration de la santé en particulier, et donc du fait de faibles capacités d'absorption de fonds nouveaux et en raison de formes de gestion inefficaces, les financements importants en direction de ce secteur qui vont être générés par la remise de dette (cf. Documents stratégique de réduction de la pauvreté) n'aboutissent à des effets pervers.

Les effets pervers sont en effet nombreux dans le domaine de l'aide au développement, et la santé n'y échappe pas. Du fait de leur parfois très surprenante méconnaissance des réalités locales, les bailleurs de fonds se satisfont des documents officiels qui leur sont fournis sans comprendre les multiples dérives qui interviennent entre les « projets » et leur mise en œuvre, et les innombrables processus d'« informalisation » qui s'interposent. En imposant de l'extérieur depuis trente ans dans le domaine de la santé une succession de réformes et de projets standards clés en main, ils ont souvent accru la défiance, le scepticisme et parfois le cynisme des cadres locaux et leurs ressources en double langage, et ont soutenu une bureaucratisation inefficace de la médecine. Par la façon dont ils ont injecté des ressources financières, ils ont contribué à installer et reproduire un système de gaspillage routinier, une culture des « per diem » et primes, et un État à deux vitesses (les secteurs « à projets », et les autres). D'une façon générale, les deux moyens d'action privilégiés des bailleurs de fonds (soit traiter avec les institutions nationales et leurs responsables, soit embaucher directement des personnels locaux) ne se donnent pas les moyens d'identifier et de soutenir les agents réformateurs présents de façon dispersée dans les services publics (que les ONG nationales ne

---

16. On se rappelle le scandale du détournement des fonds « santé » de l'Union européenne en Côte d'Ivoire. De tels faits, sans doute à plus petite échelle, existent partout.

représentent pas non plus nécessairement, loin de là). Ce processus est ainsi commenté par l'un de nos interlocuteurs :

Le centre de D. connaît ce mal endémique par lequel les fonctionnaires de l'État font face à la crise qui les frappe : la vassalisation de leurs activités officielles à des projets et séminaires, à la recherche de perdiems comme sur-salaires. Cette quête effrénée d'expédients, même si elle a quelque utilité, paralyse des secteurs du service, que l'on déserte à l'occasion. Le superviseur en SMI est plus porté vers les activités du projet allemand de la GTZ. Il en est de même du major qui, en plus de son cumul de poste, a des absences répétées au centre. Le responsable du service psychiatrique s'intéresse plus à des programmes de formation en soins de santé en rapport avec Plan International. Dans les districts sanitaires de P., G., et M, il ne nous a jamais été donné l'occasion, durant tout notre séjour, de le voir s'occuper d'un cas psychiatrique.

Le choix d'éléments devant aller en séminaire ou en formation est l'objet d'âpres négociations et de tractations et, en final, crée plus de frustrations, comme le cas de cette sage-femme près de la retraite et qui affirme être l'objet de discriminations. La conséquence est qu'elle n'a plus le cœur à l'ouvrage et se dit prête à quitter à la moindre occasion. Ces nouvelles vocations qui émergent au sein du personnel de santé se font au détriment des actes purement médicaux des centres de santé (observation Niang, Pikine, Dakar)

### *La faiblesse de la « société civile »*

Quant à cette société civile que les bailleurs recherchent (et invoquent) désespérément, elle se réduit le plus souvent à diverses associations locales spécialisées dans les droits de l'homme, le dialogue avec les ONG du Nord, et le captage de ressources extérieures. On a vu que les comités de santé ne pouvaient en tenir lieu. Dans le domaine de la santé, on ne peut que déplorer l'absence d'associations de malades ou d'usagers (hors les cas très particuliers du SIDA et de la drépanocytose). Les protestations publiques sont très rares, les plaintes en justice encore plus rares, et l'instruction jusqu'à terme de celles-ci devient exceptionnelle.

Les médias, qui ne pratiquent guère le journalisme d'enquête, interviennent peu dans le domaine de la santé, malgré quelques exceptions notables, dans la presse écrite ou les radios, en particulier les radios rurales. Elles pourraient pourtant être un véhicule puissant d'expression des revendications des malades et de descriptions des situations vécues par eux.

Quant aux syndicats des personnels de santé, leur attitude essentiellement corporatiste va très souvent contre les intérêts mêmes des malades :

qu'on pense à ces très nombreuses grèves sans « service minimum » qu'a connues le Niger !

En fait, la « société civile organisée » existe peu, et c'est la « société civile informelle » qui tient le haut du pavé. Dans le domaine de la santé, le secteur informel, c'est moins les « guérisseurs traditionnels » (d'ailleurs souvent en quête d'institutionnalisation<sup>17</sup>) qui sont les acteurs majeurs que les colporteurs et vendeurs à l'étalage de médicaments modernes (« pharmacies par terre »<sup>18</sup>). On remarquera l'absence de toute stratégie (préventive, répressive ou participative) à leur égard.

### *Les variantes*

Ceci étant, au-delà des « tendances lourdes » que nous venons de présenter, on constate quand même diverses variantes entre les cinq capitales, de même que l'on constate d'importantes différences entre formations sanitaires dans un même pays.

### *Les différences entre formations sanitaires*

La dégradation des structures (ou insalubrité) n'est pas la même partout. Ici, l'unité pertinente est moins le pays que la formation sanitaire. Des centres de santé récemment construits ou réhabilités contrastent avec les bâtiments sales et délabrés qu'on rencontre le plus souvent. De même, dans chaque pays, la pléthore de personnel dans les capitales peut se conjuguer avec l'existence de tel centre où il y a déficit. De même, enfin, la fréquentation des centres varie, pour des raisons difficilement réductibles à un seul facteur (réputation, densité de population, densité de l'offre locale de soin, ancienneté urbaine de la population, qualité des soins, etc...).

Certaines de ces variantes peuvent être dues à des effets structurels, selon trois types de variables : (a) l'existence ou non de CSCOM ou FSU-COM (embauche et paiement des personnels par le comité)<sup>19</sup> ; (b) l'exis-

17. Cf. les diverses associations de « tradi-thérapeutes ».

18. Cf. L. Chillio, 2002 ; Y. Jaffré, 1999 a. Plus généralement, on estime que l'automédication pharmaceutique est devenue aujourd'hui le principal recours thérapeutique en Afrique (pour le Mali, cf. Berche 1998).

19. Au-delà de l'effet de gestion, qui n'est pas toujours aussi positif qu'on le souhaiterait, les CSCOM bénéficient d'un effet de proximité : lorsqu'ils sont, ce qui est souvent le cas, des centres de quartier, là où des quartiers anciens et structurés existent, ils se rapprochent des centres de santé ruraux, qui ont une moins mauvaise qualité d'accueil en raison des liens d'inter-connaissance entre les soignants et les soignés.

tence ou non du recouvrement des coûts<sup>20</sup> ; (c) le caractère très particulier des maternités périphériques (où l'ensemble des dysfonctionnements évoqués plus haut est exacerbé).

### *Les différences entre pays*

L'histoire sanitaire est pour une part différente d'un pays à l'autre, et en particulier le rapport entre médecins et infirmiers. Ainsi, au Niger, la plus grande partie des consultations et prescriptions dans les formations sanitaires de premier niveau, y compris en ville, reste le fait d'infirmiers, qui font donc fonction de médecin. A l'inverse, à Abidjan, Conakry, ou Dakar, les médecins ont presque acquis le monopole des consultations dans les centres de santé (les infirmiers pouvant cependant « consulter » informellement...). A Bamako, la situation est intermédiaire.

L'écart entre les apparences et la réalité, qui existe partout, est quant à son ampleur variable. Si la réalité est souvent la même, les capacités à la masquer changent d'un pays à l'autre. La Guinée, sans doute en raison d'un lourd passé de dictature « socialiste » où le double langage était indispensable à la survie, témoigne ainsi de ressources rhétoriques particulièrement spectaculaires pour dire le contraire de ce qui se passe<sup>21</sup>.

Enfin, selon les zones d'habitat et la carte linguistique, les problèmes linguistiques (non-communication en langue locale entre le soignant et le soigné) sont plus ou moins aigus. Une communication urbaine souvent facilitée par une langue véhiculaire dominante (wolof à Dakar, français à Abidjan, et bambara à Bamako) ou un bilinguisme relativement répandu (zarma et hausa à Niamey) n'empêche pas l'exclusion linguistique pour des groupes ou des acteurs minoritaires non locuteurs (cf. peuls par exemple). Le problème peut être redoublé par l'existence d'attitudes « racistes » (racisme social ou racisme « ethnique »), qui sont inégalement présentes, mais souvent sous-jacentes. Mais ici on touche directement à la question des variantes individuelles.

---

20. Le passage au recouvrement des coûts, que nous avons observé à Niamey, dans un contexte d'absence d'information sérieuse des usagers, est souvent vécu comme un simple passage à la médecine payante, toutes choses restant égales par ailleurs, et comme une exclusion des plus pauvres.

21. Cet élément relevé au cours de nos enquêtes dans les formations sanitaires a été également noté à l'occasion d'autres enquêtes que nous avons effectuées dans ce pays.

*Les exceptions admirables*

Nous avons surtout insisté sur les « tendances lourdes » communes à toutes les capitales. Dans la mesure où il s'agit de « tendances », cela signifie qu'il y a partout de notables exceptions. Il y a partout des personnels de santé dévoués et consciencieux, il y a partout des services qui marchent à peu près. Notre sentiment est que ceci, partout, est dû plus à la personnalité de tel ou tel qu'à des effets de système, ou encore moins à une situation nationale ou à un contexte social incitatif. Il reste que tendances comme exceptions sont inchiffrables : ne suffit-il pas d'ailleurs, pour une perspective réformatrice, de savoir que ce qui a été décrit ici de façon très rapide représente une proportion notable de ce qui se passe dans les formations sanitaires ? Que cela recouvre 60 % des situations (pour les optimistes) ou 90 % (pour les pessimistes) revient au même : c'est beaucoup trop, de toute façon, et il faut des changements importants.

Dans la mesure où ce sont les variabilités individuelles qui sont les plus significatives, n'est-ce pas alors sur les individus atypiques, parce que refusant les tendances lourdes que nous avons décrites, qu'il conviendrait de s'appuyer ? On reviendra en conclusion sur le rôle important que pourraient jouer les « décalés » (par rapport aux comportements dominants), et les réformateurs, et donc en un sens les « marginaux », pour impulser des changements. Mais il faut garder à l'esprit qu'être réformateur (« pour de vrai », et pas dans les mots seulement) dans le contexte actuel est par de nombreux aspects une posture très admirable. N'oublions pas que le coût social de l'intégrité, du respect des normes médicales, ou de l'écoute du malade est un coût social fort, que peu de professionnels de santé peuvent se permettre de « payer », car ceux qui le font sont isolés, et souvent victimes d'opprobre de la part de leurs proches ou de leurs collègues : les pesanteurs sont en effet importantes.

Une façon de mieux comprendre ces pesanteurs peut être de les renvoyer à certaines « logiques » sociales sous-jacentes. On peut donc proposer quelques hypothèses relatives à de telles logiques<sup>22</sup>.

**Quelques logiques transversales**

Les dysfonctionnements évoqués peuvent être regroupés d'une autre façon, en fonction de logiques qui sont transversales aux trois catégories que nous avons utilisées ci-dessus (comportements des personnels, systè-

---

22. Un premier inventaire avait été dressé in Jaffré, 1999.

me de santé, contexte institutionnel) : ces logiques sous-tendent en effet, chacune à sa façon, à la fois les pratiques des agents, l'organisation des services, et l'environnement social de la santé publique. Elles relèvent simultanément d'actions individuelles et collectives et de régularités systémiques.

Ces logiques tentent de rendre compte de la récurrence des situations sanitaires, des rapports entre les différents segments de la profession médicale, et des interactions entre soignants et populations. Ce faisant, elles obligent à porter un regard critique sur certains concepts de la santé publique. En effet, si des notions comme « objectifs », « formations », ou « tâches » sont indispensables pour programmer des actions, ils se révèlent, par contre, bien insuffisants pour décrire le fonctionnement réel des structures de soins, et sans doute pour penser concrètement des actions adaptées à la situation, et aptes à la modifier positivement.

***Logique 1 : le « glissement » des fonctions, la confusion des statuts, et le décalage hiérarchique***

Globalement, le fonctionnement des services de santé est fondé sur un ordre hiérarchique, définissant pour chacun une fonction correspondant à un ensemble de tâches à accomplir. Les organigrammes, dans presque toutes les structures, « visualisent » cet ensemble, souvent sous la forme de feuilles de cartons aux écritures calligraphiées ou de panneaux en fer suspendus dans le bureau du médecin chef. Les formations visant à améliorer les connaissances et les compétences des agents de santé s'adossent aussi à cette division « idéale » des tâches. Par petits sauts, on tente d'améliorer le fonctionnement des services en apportant quelques nouveaux savoirs à ceux qui, en fonction du poste qu'ils occupent, en auront besoin. A la programmation par objectifs répond la pédagogie par objectifs : « à l'issue de sa formation le stagiaire devra être capable de... ». Cependant, lorsque l'on observe le fonctionnement réel des structures de santé, non comme il devrait être mais tel qu'il est au quotidien, un autre mode de fonctionnement apparaît.

Il existe, en effet, un constant décalage hiérarchique vers le « haut » et notamment vers les actes techniques considérés comme les plus valorisant (injection, perfusion, etc.). Ces actes tout à la fois permettent d'acquérir les emblèmes du statut de médecin et d'espérer une rémunération de la part des malades, puisque tout geste peut être rémunéré.

Ce décalage s'explique tout d'abord, ici comme ailleurs, par l'attrait du prestige social qui est lié au statut de médecin et de soignant. Et, après tout, nul ne trouverait à redire à ce que soit valorisé celui qui a compétence à soigner ou à faire cesser la douleur. Mais le problème provient ici de

ce que cette fascination pour le statut de médecin reste d'apparence. Ce sont plus les aspects symboliques et visibles du rôle qui sont privilégiés que la compétence et la responsabilité qui y sont liées. C'est sans doute pour cela que certaines marques extérieures, comme la blouse, et certains thèmes, comme la reconnaissance sociale du médecin, sont des sujets qui apparaissent régulièrement dans les discours qui évoquent l'origine de la « vocation » et du choix de la profession.

« Dès mon enfance, j'étais enthousiasmée pour faire la médecine. J'avais toujours rêvé de porter les blouses ».

Selon ce même mécanisme de glissement illégitime vers le haut par les tâches, dans la plupart des centres les petits personnels auxiliaires et « bénévoles » (filles de salle, gardiens, matrones, secouristes) accèdent aux tâches infirmières ou font les accouchements, pendant que, de leur côté, les infirmiers font les diagnostics et les prescriptions.

Au plus « bas », restent les travaux « mineurs », de type domestique (toilette des malades, nettoyage des sols ou des draps) qui sont autant que possible délaissés, et délégués en fait aux « accompagnants », qui effectuent une grande partie de la prise en charge socio-sanitaire des malades.

Une des conséquences majeures de ce décalage est que les gestes techniques sont parfois très largement « vidés » de leur raison scientifique et clinique. Ils sont alors plus les simulacres d'une fonction qu'ils ne correspondent à la mise en œuvre d'un protocole de soins centré sur la guérison d'un malade.

On assiste ici à une utilisation des actes médicaux marquée par une « mécanicité » du diagnostic et des « prêts à agir » thérapeutiques. Il en est ainsi du recours jugé abusif de la pose de points de sutures à la moindre blessure.

Cette dame dont l'enfant avait de la fièvre raconte : « J'avais donné 1 000 FCFA au gosse. Arrivé, il a payé le ticket de la consultation à 300 FCFA. Avec les 700 FCFA restants, il n'est revenu qu'avec trois « aspirines ». Furieuse, je suis allée les trouver pour leur lancer à la figure leurs trois comprimés avec un « *delloo leen ma sama xalis* » très sec, car je leur fis savoir que, pour des aspirines, les gens n'ont pas besoin de venir jusqu'à l'hôpital, pouvant se contenter de la boutique du coin. Affolé, l'agent m'a tout simplement rendu mes 1 000 FCFA, en oubliant d'y soustraire les 300 FCFA de la consultation... » (rapport Niang, Pikine, Dakar).

Quant aux médecins, et aux sages-femmes, disons-le de manière un peu provocante, ils se détournent de plus en plus de la clinique pour se

consacrer aux tâches administratives, à la « santé publique », et aux séminaires en tous genres. Certes il y a là le besoin d'une sorte de formation permanente. Dans bien des cas, ces réunions tiennent la place des revues professionnelles, qu'on ne trouve pas, ou qu'on ne lit pas. Cependant l'attrait du perdiem n'est pas, loin de là, négligeable. De plus, toute promotion vers le secteur des ONG qui assure de meilleurs revenus implique d'être connu et donc de se présenter et de « briller » dans les séminaires. Globalement, il est professionnellement et socialement plus « rentable » d'être « visible » dans des lieux extérieurs que de travailler consciencieusement et anonymement dans son service.

**Ces deux aspects sont parmi les plus « pervers » des politiques de santé publique, qui vident en fait les structures de santé de leurs personnels les plus honnêtes et les plus qualifiés.**

Beaucoup d'agents de santé n'effectuent donc pas les tâches pour lesquelles ils ont été formés, ou effectuent des tâches pour lesquelles ils n'ont pas été formés. Il est vrai que ceci peut aussi être constaté pour une part en Europe : la part des tâches administratives pour les médecins, comme la promotion de médecins à des responsabilités administratives ou politiques, l'illustrent. Mais, dans les villes africaines, ce phénomène est beaucoup plus accentué, et surtout, il interfère avec les possibilités d'actions thérapeutiques, de façon généralisée. Soulignons que si le cas le plus fréquent est celui d'une sous-qualification de l'agent (la fille de salle fait l'accouchement, le gardien fait les pansements, l'infirmier diagnostique, le généraliste opère), on assiste parfois aussi à une sur-qualification (le médecin fait le commis, l'infirmier distribue des cachets, l'assistante sociale distribue les carnets). Cela pose évidemment le problème des stages de formations : les sages-femmes sont formées au partogramme, mais ce ne sont pas elles qui font les accouchements ; l'infirmier est initié à l'hygiène, mais il occupe son temps à prescrire.....

Bref, globalement, le fonctionnement réel des services de santé repose sur une constante extension des possibilités d'action et de pouvoir de tous les personnels bien au-delà des fonctions officielles. Rien n'est organisé selon l'organigramme qui reste ainsi un « document de papier ». De ce fait, les multiples formations effectuées par les projets ne changent pas le fonctionnement réel des centres puisqu'elles ne peuvent légitimement et administrativement s'adresser à ceux qui officieusement occupent d'illucites fonctions.

### ***Logique 2 : la polysémie des fonctions et des lieux***

Mais il n'existe pas uniquement un glissement des fonctions « vers le haut ». Chaque fonction peut aussi avoir plusieurs « sens », et d'une cer-

taine manière, on pourrait dire que les fonctions officielles sont « ventriloquées », « doublées » par les pratiques réelles. Cela se fait de plusieurs manières.

Il s'agit tout d'abord de « débrouillardises » pour « s'en sortir » économiquement. Et les « ouvertures » financières sont utilisées pleinement. C'est ainsi que les soins infirmiers s'associent au petit commerce ou au courtage, que le gardiennage s'accorde avec le maraîchage ou le démarchage, que le manoeuvre devient aussi brancardier, que la sage-femme est couturière et propose des layettes.

Ces activités sont ambiguës, et il serait réducteur de n'y voir qu'une recherche de revenus illicites, ou des pratiques honteuses et coupables. Elles ne sont pas cachées, mais elles ne sont pas non plus dites ouvertement. Ces activités se présentent comme des pratiques dont on ne parle pas et sur lesquelles « on ferme les yeux » ; de fait, d'une certaine manière, elles « passent inaperçues », tant elles sont constantes dans toutes les administrations. Dans tous les bureaux, certaines secrétaires vendent des sandwiches ou des boissons, d'autres proposent des tissus, etc. Face à la modestie des salaires, nul ne trouve anormal que l'on tente ainsi « d'arrondir » ses fins – qui, sans ironie, sont parfois concrètement, pour sa propre famille, des « faims » – de mois. C'est pourquoi les femmes qui se livrent à ces activités sont complimentées pour leur courage : elles soulagent leur mari de bien des dépenses, aident ainsi leur famille, et dans un autre registre acquièrent par là une autonomie financière nécessaire à une certaine émancipation. C'est dire que si ces personnels n'ont sans doute pas raison de profiter de leur situation, ils ne le font cependant pas sans raisons. Mais, une nouvelle fois, la cause des conduites des personnels est à rechercher dans des normes et problèmes externes aux seuls services de santé et à la seule logique de soins.

Mais tout comprendre n'est pas tout accepter. Ces pratiques, qui sont dans tous les sens de ce terme de bon « commerce » lorsqu'elles s'établissent entre des collègues et entre des égaux, deviennent des abus dès lors qu'elles profitent des statuts dissymétriques entre soignants et soignés, et prennent alors l'aspect d'un véritable « chantage ». La corruption et la violence se logent au creux des sociabilités locales, « à la marge », comme des sortes d'extensions illicites de pratiques habituelles. Sans doute est-ce pourquoi elles apparaissent souvent sous un statut ambigu, à la fois comme critiquables et normales. Des sortes d'abus compréhensibles, qu'on ne peut jamais condamner « en bloc », et qui sont donc difficilement punissables.

Plus largement, ces pratiques soulignent – mais aussi font – que l'espace de soins, paradoxalement, n'est pas entièrement médicalisé. Et, de fait, bien des activités échappent à leurs strictes fonctions techniques, pour être « récupérées » dans d'autres fonctions, ou peut-être tout simple-

ment pour conserver le sens qu'elles occupaient déjà dans d'autres systèmes de sens connexes.

C'est, bien évidemment, particulièrement le cas pour des moments et des tâches qui peuvent presque « naturellement » englober des conduites religieuses, comme la naissance ou la mort.

« Nous avons même fait un « travail » avant l'ouverture de la maternité avec certaines filles de salle pour qu'aucune femme ne meure en couche dans cette maternité (nous avons égorgé un bouc blanc) et depuis l'ouverture aucun décès n'a été enregistré » (gardien, Talladje, Niamey).

« Il faut avoir des connaissances mystiques pour gérer une morgue » (manœuvre G. Camara, Dakar).

Je n'étais pas prédestiné à faire ce travail. Jeune, j'ai fait l'école coranique. En ce moment, je commençais déjà à lire l'avenir, dans les cauris notamment. Quand j'ai quitté cette école coranique, je suis allé à Dakar (...). Un jour le responsable se rendit compte que j'étais très fort. Quand le responsable de la morgue partit, on me proposa d'occuper son poste... » (G. Camara, Dakar).

Bien sûr, la fin de vie, ici comme ailleurs, représente une des limites des compétences et du pouvoir médical. Mais si, en Europe où aux États-Unis, il a fallu, en grande partie grâce aux travaux de psychologie, « démedicaliser » certaines situations pour retrouver la personne sous la pathologie, en Afrique, la situation est pratiquement à l'inverse : il faudrait pouvoir « medicaliser » certains gestes afin d'assurer aux patients une prise en charge correcte.

Dans ce cadre, on peut notamment s'interroger sur le suivi de la grossesse et de l'accouchement, où bien souvent les sages-femmes donnent l'impression d'encadrer ou de superviser une tâche incombant aux parturientes, plutôt que prendre en charge médicalement un acte qui, pour être effectivement naturel, n'en est pas moins à risques. « Construire » la profession de sage-femme impose donc de rendre conscient du risque maternel ceux et celles qui, par leur pratique, sont supposés le réduire.

En effet, exercer une profession médicale se résume trop souvent à occuper un statut et à bénéficier de ses avantages, sans mettre au premier plan la résolution des problèmes, et ce que cela implique comme rôle précis. Soulignons sur ce point que les études médicales et paramédicales sont basées sur un apprentissage de connaissances, mais non sur leur utilisation pour résoudre des problèmes. Enfin, dans bien des cas, les personnels de santé se présentent comme « clivés » entre une identité sociale et un statut professionnel. Et c'est pourquoi, sans doute en fonction de la pathologie à traiter, mais aussi de leurs interlocuteurs (plus ou moins alphabétisés, plus ou moins familiers, etc.), les modalités du traitement

peuvent intégrer de manière diverse des produits ou des conceptions locales. Il suffit par exemple d'évoquer ces sages-femmes qui préconisent aux parturientes ayant saigné de consommer beaucoup de betteraves « rouges comme le sang », ou ces infirmiers qui, sans doute autant par intérêt que par croyance, préfèrent prescrire des médicaments sous marques que des produits génériques supposés être « moins forts ».

Tout ceci est accentué par le fait que la « formation permanente », si l'on peut dire, est très largement assurée par les représentants des laboratoires pharmaceutiques, dans une perspective strictement commerciale. Certes les avantages monétaires que retirent les personnels de santé de la prescription, ou de la vente illégale de médicaments de spécialité, ne représentent aux yeux des acteurs que de petits écarts. Reste que l'on pourrait dire « à petits écarts grandes conséquences » puisque l'anticipation du prix de l'ordonnance influe sur l'accès aux soins, que l'impossibilité de l'achat de produits onéreux limite, bien évidemment, l'observance des traitements, et que les « pharmacies par terre » bénéficient des excès et des coûts des ordonnances médicales.

« C'est parce que je ne peux pas payer les ordonnances que j'ai préféré attendre jusqu'au 5ème mois. Si j'étais venue plus tôt, j'allais beaucoup dépenser ou avoir des problèmes avec la sage-femme, parce que je ne peux payer tout ce qu'elle me prescrit. J'ai toujours fait ainsi. D'ailleurs à mes deux dernières grossesses, je n'ai rien fait. Tout s'est passé en brousse. Pour les deux autres je viens toujours au dernier moment entre le 5ème et le 6e mois. Quand on n'a pas d'argent, on ne peut pas faire autrement. Mais on vient au dernier moment pour avoir un carnet et aussi pour avoir l'attestation de naissance » (ANIASCO, Bamako).

Mais cette superposition des identités et des fonctions s'exerce aussi d'une autre manière. En effet, si l'espace des formations sanitaires est, officiellement, organisé sur des bases avant tout techniques, et les lieux censés être entièrement soumis à leur fonction « médicale », en fait diverses activités sociales liées aux personnels de santé les envahissent sans cesse et empiètent sur leur vocation technique. Il en résulte une sorte de « feuilleté » simultanément social et médical des espaces. Chaque lieu peut être approprié de diverses manières, à la fois selon les actions qui y sont menées et selon l'usage que l'on peut faire des divers objets, même modestes, qui se trouvent en ces lieux. C'est ainsi que le pouvoir de certains personnels correspond à des sortes de territoires discrets, dont les frontières sont connues de tous, bien que n'étant inscrits dans aucune circulaire, ni pris en charge par aucune supervision ou évaluation. Comme le soulignait l'un des enquêteurs :

X contrôle plusieurs zones d'incertitudes et manage un groupe de sociabilité directement sous ses ordres. Cette situation résulte de sa position stratégique de gestionnaire qui fait que son bureau est le lieu le plus fréquenté du centre. Son style, joint à la présence du téléphone dans son bureau et sa position de payeur, font que son bureau ne désemplit pas (...). Le téléphone sonne et est sonné puisqu'il est l'un des deux bureaux qui ont accès au téléphone. A ce titre, il est un espace attrayant, joint à « l'informalité » du maître des lieux, le bureau se donne comme un marché hebdomadaire (observation de Ndao, G. Camara, Dakar).

Ces pratiques se présentent comme « normales ». On imagine mal, en effet, que des personnels puissent travailler dans un lieu sans qu'ils ne le redéfinissent selon leurs sociabilités. Mais ce mouvement « naturel » se révèle en l'occurrence excessif. Et d'autant plus que ces sociabilités débouchent sur une volonté délibérée d'accroître leur pouvoir en construisant leur propre système d'influence à l'intérieur du centre de santé

Il ne s'agit donc pas, pour les personnels de santé, d'une simple humanisation de leur espace de travail. Dans bien des cas, l'espace des services de santé « appartient » aux soignants et non aux malades, traités dès lors comme des « intrus », dans des structures devenues « inhospitalières ».

### ***Logique 3 : l'accès « informel » à la profession***

Les personnels acquièrent leur statut grâce à des formations universitaires et professionnelles. Cependant, comme on a pu le voir, ce processus d'apprentissage et d'acquisition d'un poste ne subsume pas l'ensemble des modes « réels » d'accès à la profession, et à des revenus liés aux soins.

En effet, l'entrée dans les centres de santé se fait de plusieurs manières. Il faudrait presque dire qu'en ce domaine la règle est que « tout est bon ». Il peut, en effet, parfois suffire d'une sorte de proximité de voisinage :

Il fallait un site adéquat pour la construction du centre de santé. Le site du foyer des jeunes qui n'existait que de nom a été débarrassé de ses mauvaises herbes qui envahissaient l'endroit. Quelques jeunes du quartier ont été appelés avec la promesse de les engager plus tard. Ainsi, toutes les femmes qui ont contribué au désherbage et à la propreté des lieux sont devenues, après trois mois d'apprentissage dans une structure de santé communale, des filles de salle ; les hommes étant devenus plus tard caissier, gestionnaire du stock de pharmacie, ou membre du conseil d'administration. Les différentes demandes ont été adressées au conseil d'admi-

nistration qui a procédé au recrutement, après entretien, afin d'officialiser l'embauche (rapport de Y. Touré, Bamako).

Il peut aussi s'agir d'une sorte de chance et de « bonne occasion » comme lorsque la location d'une maison libre permet à un passant de devenir gardien, puis de profiter de ce poste pour devenir une sorte d'orienteur dans la structure de soin, puis, à force de côtoyer les soignants et d'observer leurs gestes, de pratiquer des injections et de devenir ainsi « docteur » à son tour...

Enfin, on peut aussi utiliser divers réseaux, ceux de la parenté ou de la dépendance, et bien évidemment, dans un contexte de démocratisation, ceux des partis politiques :

« On m'amène n'importe qui dans le centre de santé. Chaque jour je vois un ou une nouvelle qui m'est recommandé par des parents, politiques, voisins, etc. Elles viennent des années durant, partent, acquièrent leur diplôme et reviennent pour chercher un travail. Avec un peu d'appui, ils finissent par être recrutés par la commune ou par les comités de santé. L'objectif est de caser coûte que coûte, après on verra ! » (G. Camara, Dakar).

Elle n'a pas fait de stage après la Croix-Rouge, puisqu'elle a été embauchée directement au centre en 1996. Elle est la nièce de la vice-présidente du bureau, et c'est par le canal de celle-ci qu'elle serait venue au centre. Elle n'a pas l'intention d'aller travailler ailleurs. Elle espère devenir sage-femme un jour (rapport Y. Touré, Bamako).

Une fois entré, il faut réussir à occuper officiellement un poste. Ici, le plus efficace des processus consiste à « durer ». Devenir indispensable, même en faisant divers petits travaux, en prenant place dans les sociabilités internes au service, et, d'un point de vue plus technique, en se livrant à une sorte d'apprentissage « sur le tas ». Ces procédés, où, à nouveau, les « débrouillardises locales », en articulant le social et le professionnel, brouillent l'organisation de la pyramide sanitaire, ne sont pas qu'anecdotiques. Il en découle deux conséquences majeures.

(1) *La compétence de l'agent n'est pas en général la principale raison de son recrutement.* Elle n'est pratiquement jamais sérieusement évaluée. De ce fait, les gestes médicaux, dans bien des cas, ne sont que des simulacres ou des routines, et sont privés de leur sens technique. Ils n'accompagnent aucune démarche thérapeutique et ne sont contraints par aucune vigilance technique.

(2) *Ces procédés d'acquisition de postes sont connus par tous. Dès lors, ils rendent peu crédible l'offre de santé.*

Comme le remarquait un habitant d'une commune malienne : « Je ne sais même pas ce qu'elles font au centre de santé. On a tous grandi dans le quartier, on se connaît ; je ne sais pas ce qu'elles peuvent m'apporter. D'ailleurs, j'ai un niveau de scolarisation plus élevé que le leur » (ANIASCO, Bamako).

#### ***Logique 4 : de multiples formes de neutralisation des pouvoirs***

Il faut, tout d'abord, souligner « la force de certains faibles », qui ont une réelle capacité à orienter, voire à bloquer le système par la position « stratégique » de leur fonction subalterne.

De toute façon le temps utile imputé aux malades est sérieusement amputé, d'autant qu'à 16h sa secrétaire rentre, ce qui signifie *de facto* la fin des visites (observation Niang, Pikine, Dakar).

« Nous sommes obligés de payer 500 FCFA. pour que nos bureaux soient nettoyés (...) Pour faire balayer mon bureau, je suis obligé chaque jour de déboursier trois cents ou quatre cents francs de ma poche » (un médecin, G. Camara, Dakar).

Mais il ne s'agit pas uniquement d'un pouvoir de blocage. Dans bien des cas, alors que les positions professionnelles hautes sont instables, les plus basses sont stables : il n'y a pas, à leur niveau, de mutations. Les personnels auxiliaires ou supplétifs deviennent ainsi la mémoire du service, ou de la formation sanitaire. Cette mémoire est aussi une mémoire des habitudes locales, des combines et autres « magouilles » (avortements, utilisation personnelle des véhicules, vente illicite de médicaments, absentéisme, etc.). Ici, et quel que soit le statut, chacun peut tenir l'autre par une sorte de chantage au silence. Au pouvoir officiel des titres et des statuts répond la force de ceux « qui en savent long » et pourraient « en dire ». Et dans bien des cas, il existe ainsi un autre organigramme, régi par une « dissuasion du faible au fort ».

Une seconde forme de neutralisation des pouvoirs renvoie à ce que l'on pourrait nommer « la force de ceux qui étaient là avant ». Dans bien des cas, ce sont les plus anciens du service ou de la catégorie professionnelle (et l'on connaît l'importance de l'âge et de l'ancienneté en Afrique), qui définissent les normes habituelles de conduite, la routine du service, et qui concourent à la production et à la reproduction de la « culture professionnelle locale »<sup>23</sup> :

---

23. Cf. Olivier de Sardan, 2001.

« C'est le bordel ici ! Au début j'étais ponctuelle. Je venais à 7h30 – 8h. On m'a accusée d'être le *dëm* (diable) du centre. Quand je venais au centre à 7h30 j'étais obligé de lire mon journal jusqu'à 10h parce que rien n'était prêt. Il fallait attendre les balayeurs. Maintenant je fais comme tout le monde. Je viens à 10h et je quitte vers 15 h. » (G. Camara, Dakar).

Se conjuguent ici la force des habitudes et le statut social de « l'ancien ». Ni la structure professionnelle, ni les règles sociales assurant la prédominance des aînés sur les cadets (ce qu'au Mali on nomme la « korocratie » – de *koro* qui signifie « vieux ») ne viennent ici aider (et c'est un euphémisme) à la réforme des services.

Cette acceptation de ce qui est en place se trouve favorisée par le fait que le travail « bien fait » n'est pas récompensé. Ainsi, lorsque des primes d'encouragement ont été créées, elles ont été attribuées soit automatiquement, soit arbitrairement :

« Ce sont des notes arbitraires qu'on attribue aux gens. On est tous ici. On se voit. On sait qui fait quoi dans le service. Mais lorsque les primes tombent, c'est ceux qui ne font rien qui reçoivent les plus grosses primes » (L., fille de salle).

Il n'y a donc pas, pour les personnels de santé, de véritable « motivation » pour améliorer leurs pratiques. Et soulignons, à ce propos, à quel point ce terme de « motivation », habituellement lié au domaine de la morale, ne désigne plus désormais, pour les personnels, qu'un supplément de salaire qui leur est dû : trace, une nouvelle fois, que l'urgence pécuniaire impose ses règles à l'éthique...

Une autre forme de neutralisation correspond à divers modes de socialisation des nouveaux venus du service. Entrer dans un service ou un Ministère ne consiste pas uniquement à obtenir un poste. C'est aussi y retrouver des « promotionnaires », des relations, voire des parents, etc. C'est aussi s'insérer dans les réseaux de baptême ou de mariage des collègues, ou participer à des « tontines » dont les prêts seront à certains moments indispensables, notamment pour maintenir le statut social auquel on vient justement de parvenir. Bref, obtenir un poste, c'est aussi prendre place dans une économie ostentatoire et assumer les obligations liées aux modes de sociabilité propres au service, et au statut qu'on y occupe.

Au début ça ne marchait pas avec les sages-femmes qui leur faisaient de la concurrence et les accusaient de jouer aux petits patrons, mais il (le médecin-chef) a pu régler cela autour des « trois normaux » (séance de thé sénégalais), des sandwiches, bref, « il attaque le ventre », et appelle ça la

« gestion du personnel ». Il dit : « Des fois je prends ma voiture et je vais acheter du *dibi* (viande grillée), etc. » (observation T. Diouf, Roi Beaudoin, Dakar).

De plus, l'hétéronomie des pouvoirs est aussi une forme de neutralisation des pouvoirs. Dans bien des cas, les réseaux de parenté permettent de faire intervenir un « parent » haut placé ou une relation politiquement puissante. Il en va ainsi fréquemment des sages-femmes dont les maris sont de hauts fonctionnaires<sup>24</sup>. Les « mondes sociaux » des personnels s'enchevêtrent constamment avec leurs univers professionnels, et doivent donc être pris en compte pour comprendre le fonctionnement interne des structures.

Les milieux socio-professionnels, même dans des contextes urbains, sont relativement restreints, et intersécants. Il y règne une inter-connaissance forte, rendant toute sanction presque impossible. Ce serait prendre le risque d'un trop grand isolement, qui serait à la fois social et professionnel. Les critères techniques ou administratifs qui plaident pour une sanction se heurtent sans cesse aux exigences de sociabilité, d'entraide et de solidarité, véhiculés en permanence par les réseaux de baptêmes, ou les pressions familiales.

Cette inclusion du fonctionnement des services de santé dans un ensemble social plus vaste qui lui donne sens, cette influence du contexte extra-professionnel sur les conduites internes, sont essentielles. Tout cela n'est cependant jamais pris en compte par les audits de santé publique. Soulignons donc l'importance « d'ouvrir l'analyse » à cet aspect social du fonctionnement des services.

### *Logique 5 : une éthique de la proximité*

D'une certaine manière, les termes de parenté sont souvent utilisés, de façon métaphorique, pour exprimer une proximité. Et, de ce fait ils se prêtent à diverses manipulations afin de créer, grâce à leur emploi, de la proximité sociale. Il est ainsi courant que l'on nomme « mère » une vendeuse, afin de marchander plus à son aise, « mon fils » un cadet qui peut vous aider dans une démarche administrative, et « tanti » la sage-femme à qui on se confie pour accoucher ... Ces termes sont ainsi à la fois l'indicateur de rapports personnalisés entre individus, mais aussi des marqueurs de manipulations symboliques, ayant pour but de créer des liens là où ils n'existent pas naturellement. Cet usage performatif des termes de parenté est, dans les services de santé, une des modalités des rapports entre usagers et personnels.

---

24. Cf. Jaffré & Prual, 1993.

La dernière, sur un ton plaisantin, appelle son patron « papa » ! (...) Arrivée à son bureau à 9h, elle n'en ressort souvent que vers 14h. Cloisonnée dans son petit espace, elle semble ne s'intéresser qu'à ses patientes, toujours bien habillées, allures fières. Toutes la surnomment « maman »... (observation Ndao, Dakar).

Une fois de plus, la relation hiérarchique technique ou fonctionnelle est doublée par un ensemble de significations sociales. Mais ces habitudes langagières, qui dénotent et construisent des usages sociaux, influent parfois directement sur les conduites des personnels de santé. En effet, la règle dans les services de santé n'est pas de traiter, selon la déontologie, chaque malade de manière égalitaire, mais plutôt d'établir une hiérarchie entre ses parents et les autres, ses proches et les inconnus. Nommer n'est donc pas seulement apprivoiser l'inconnu, mais sélectionner parmi les malades. Comme le souligne l'un de nos interlocuteurs, reprenant la trame du proverbe qui dit « la chèvre broute là où elle est attachée » :

« C'est là où chacun travaille qu'il peut aider son parent » (rapporté par Niang, Pikine, Dakar).

Une attitude constante des personnels de santé est donc d'accorder un traitement de faveur à sa parenté, ici considérée de manière large. Face à ce mécanisme, qui est présent dans toutes les administrations, et qui est une pratique couramment admise et connue de tous, la stratégie des patients consiste donc à établir des relations « personnalisées » avec les personnels de santé. La règle est simple, comme on l'a vu plus haut : un malade recommandé, ou simplement connu, est traité plus ou moins comme un parent. A l'inverse, ne pas être connu, c'est risquer d'être oublié, avec toutes les conséquences que cela implique .

Dans ce système, personne n'est « équivalent » à un autre et la déontologie ne vient jamais donner sens à une relation au départ anonyme entre un soignant et un malade. En fait, dans cette médecine, les relations entre soignants et soignés oscillent entre deux extrêmes. A un extrême, pour le lot commun des usagers anonymes, se trouvent des pratiques qui sont quasiment déshumanisées, au point qu'elles évoquent parfois celles d'une médecine vétérinaire (il n'est d'ailleurs pas rare d'entendre que : « on nous traite comme des bêtes »). A l'autre extrême, apparaît pour les privilégiés (parents et personnes recommandées) une zone de sur-personnalisation, où les normes de la bienséance de proximité sont appliquées. Et où le malade est fortement pris en charge, et comme malade, et comme personne.

Tout se passe donc comme si les relations entre les personnels de santé et les patients balançaient sans cesse entre ces deux univers. Individus

bicéphales, les mêmes agents sont parfois « inhumains » et, au contraire, parfois très « humains », emplis de compassion envers ceux qui sont inclus dans une proximité réelle ou construite. L'univers des soins se présente ainsi sous la forme d'une continuelle alternance entre des conduites impitoyables et insouciantes, et un extrême dévouement poussé bien au-delà d'une conduite professionnelle « normale ».

Certes, tout n'est pas aussi contrasté, et, entre ces deux univers d'attitudes extrêmes, il existe une zone minimale de relations à la fois non personnalisées, mais non déshumanisées, où des patients anonymes peuvent être traités « normalement », sans être maltraités. Mais cette zone de relations à peu près fonctionnelles est beaucoup plus réduite que ce n'est le cas dans les pays du Nord. Et la règle générale qui se dégage de nos études dans les 5 capitales africaines est que ces usagers inconnus qui ont bénéficié d'un minimum d'égards ont eu beaucoup de « chance ». Disons le simplement et un peu abruptement : dans l'univers redoutable de l'anonymat, certains s'en sortent, grâce à une sorte de loterie où, s'ils touchent le gros lot (être bien traité et bien soigné), c'est soit parce qu'ils sont tombés sur un soignant « a-typique », soit parce qu'ils sont tombés sur un « bon jour » d'un soignant « normal ».

Mais, comme nous le soulignons précédemment, il ne s'agit pas que d'un travers des personnels de santé. Du côté des patients aussi, les normes d'évaluation des soignants font appel à cette éthique de la proximité. Il s'agira alors de condamner le fait que les soignants ne considèrent pas tout malade comme un proche. De façon critique, on détaille à l'infini tous les manquements des soignants aux bons usages sociaux, sous forme d'un réquisitoire précis : « on ne m'a pas salué », « la porte du cabinet était ouverte », « ils n'ont pas honte », « il y a des privilégiés qui passent avant », « ils sont plus préoccupés par les papiers que par les malades », « on ne m'a pas touché », « ils délivrent seulement des ordonnances ». Ces remarques soulignent, en filigrane, que les patients évaluent la « qualité » des services qui leur sont offerts en fonction de leurs propres normes. Au plus simple, l'accueil et le respect des règles élémentaires de sociabilité ; puis les modalités d'un « prendre soin » de la personne malade : « ils devraient être aux petits soins »<sup>25</sup>, comme cela se fait en famille (en bambara : *bèrèbèrè*). Et, bien sûr, sous ces formes diverses, il s'agit toujours de souhaiter une plus grande proximité sociale, que seul parfois vient tempérer le souhait d'une consultation discrète et anonyme pour certaines maladies « honteuses ».

Il se met alors en place un cercle vicieux : ceux qui déplorent les traitements de faveur sont les premiers à chercher à en bénéficier quand cela

---

25. Sur ces expressions en langue bambara, et sur la question de la prise en charge, cf. Jaffré, 1996.

est possible. Dans un environnement très largement perçu comme adverse, on recherche des médiateurs susceptibles d'expliquer les démarches administratives, d'orienter dans les salles, et d'introduire dans les consultations. De là tout ce que l'on décrivait précédemment et qui ouvre sur diverses formes de corruption, afin de s'attacher les services d'un indispensable intermédiaire quand on a la malchance de ne pas en connaître déjà un...

C'est pour essayer de comprendre les va-et-vient incessants entre ces deux univers, le « rien » d'une relation anonyme, et le « trop » d'une sur-personnalisation, que nous entendons développer les prochaines années une recherche sur la déontologie pratique (*de facto*) des personnels de santé, et les normes pratiques réglant l'éthique professionnelle quotidienne au sein de chaque catégorie de personnels.

### ***Logique 6 : un large syncrétisme thérapeutique***

Entre ventes illicites de produits pharmaceutiques, habitudes rurales de traitement par des produits naturels, automédications diverses, la règle est un pluralisme thérapeutique complexe, mêlant des recours d'origines variées et des légitimités diverses.

Un premier ensemble de soignants correspond au secteur privé médical. Démographie sanitaire obligeant, les quartiers regorgent d'officines gérées, sous le couvert lointain d'un pharmacien, par divers personnels n'ayant pas obligatoirement des connaissances sanitaires, mais élaborant « sur le tas » un savoir composite, alliant quelques notions pharmaceutiques avec des supputations thérapeutiques parfois fondées sur les illustrations des emballages. En ces lieux où, entre vendeur et client, l'ordonnance peut être négociée selon le prix des médicaments et les stocks disponibles, il n'est pas rare que l'on préfère un antalgique aux effets immédiats à un antibiotique plus cher et aux effets moins rapidement ressentis ; ou que l'on passe, marketing aidant, d'un introuvable traitement antibiotique pour la peau à une crème hydratante disponible en rayon. D'autres soignants, issus des formations sanitaires, sages-femmes, étudiants en médecine, infirmiers multipliant les « cabinets » privés, voire personnels subalternes des services de santé sachant faire une injection ou poser une perfusion, exercent tous « en ville », à domicile ou dans des lieux baptisés parfois trop pompeusement « cliniques ». Il faut encore ajouter les cabinets médicaux chinois pour compléter ce paysage des thérapies de quartier.

D'autres types de soins pourraient être nommés « populaires-modernes ». Ils combinent, en effet, de diverses manières, le local et le médical. C'est ainsi que certains vendeurs offrent sur des étalages parfois posés à même le sol des produits pharmaceutiques manufacturés (d'où le nom de « pharmacies

par terre ») ou font du colportage dans le quartier<sup>26</sup>, alors que des guérisseurs ont aménagé leur habitation de banco comme un « dispensaire », où, à l'entrée de la cour, un secrétaire reçoit les patients, les inscrit dans un registre, encaisse le prix de la consultation, délivre un bulletin tamponné, et oriente vers une « cour d'attente ». Les contextes varient, mais ce nouveau secteur thérapeutique est caractérisé par son syncrétisme, mêlant des médicaments dits traditionnels ou des incantations à une régulière nomination médicale des pathologies et une utilisation allusive des gestes et des techniques sanitaires modernes. Ces « soignants populaires » constituent donc leur discours de référence comme un enchevêtrement de savoirs, démontrant ainsi une certaine capacité de s'approprier et d'organiser des termes nouveaux, à défaut de connaissances. Mais, pour le dire sèchement, l'innovation est sans doute ici plus linguistique que cognitive, et plus commerciale que sanitaire.

Enfin, une troisième sorte de soignants correspond à d'autres types de demandes, et à un autre lexique des plaintes. Des « vieilles » traitant les maladies infantiles jusqu'aux vendeurs de feuilles des marchés, ils conversent tous dans des langues vernaculaires, et conçoivent la maladie selon les catégories locales, ou « traditionnelles ». Il en découle que ces traitements et ces pathologies ressenties débordent du champ de la thérapie médicale, et l'ouvrent, outre aux entités nosologiques populaires « prosaïques »<sup>27</sup>, à des causalités liées à certaines modalités de la relation sociale (attaques magiques ou sorcières notamment).

L'espace sanitaire vécu n'est donc pas une carte organisée détaillant des services, mais correspond à des contiguïtés ténues d'espaces thérapeutiques différents, à leurs enchevêtrements occasionnels ou permanents, à une constante imbrication des offres, et à une multiplicité des langages codant les plaintes.

Une fois de plus, soulignons combien les études de santé publique gagneraient à comprendre les itinéraires de soins des patients, ainsi que l'ensemble thérapeutique local où les services de santé sont implantés et dont ils ne sont, aux yeux des malades, qu'un élément.

### ***Logique 7 : un espace public qui reste à construire***

S'il est compréhensible et pertinent de s'interroger sur les dysfonctionnements des systèmes sanitaires, il serait bien naïf d'imaginer les transformer sans agir sur d'autres domaines, et de les penser isolément des autres « administrations publiques ». Si l'on ouvre ainsi le regard et l'étude, deux remarques s'imposent.

26. Cf. Jaffré, 1999.

27. Cf. Jaffré & Olivier de Sardan (eds), 1999.

La première est que ce qui s'observe dans le domaine de la santé se retrouve semblablement dans pratiquement tous les autres domaines du service public. Il s'agit d'une sorte de constance dans le fonctionnement des administrations. Sans doute est-ce pourquoi les patients déplorent le fonctionnement des services de santé, mais s'y résignent. Sauf les plus pauvres qui n'ont aucun pouvoir, chaque malade peut dans son propre service avoir les mêmes attitudes que celles qu'il déplore dans les structures sanitaires. Le problème est global, et ne pourra sans doute pas être réglé « secteur par secteur ». C'est bien d'une déontologie du service public dont il s'agit. La santé n'est qu'un secteur, où les conséquences, pour être plus dramatiques, ne sont pas spécifiques.

La seconde remarque, liée à la précédente, s'attache plus au fonctionnement réel des services. Une règle globale tout d'abord : « Ce qui appartient à l'État n'appartient à personne », cette phrase connue s'applique autant à la santé qu'aux autres soi-disant « services publics ». Alors que les formations sanitaires sont théoriquement un bien collectif, au service de tous, dans les faits il n'en est rien. On assiste à une « privatisation informelle », ou à une utilisation privative des services publics, qui est systématique, et qui y est devenue désormais la norme pratique dominante.

Cette règle explique tout autant le désintérêt des personnels pour une amélioration des espaces et biens collectifs par l'hygiène, ou l'absence de toute préoccupation pour une maintenance des matériels, une meilleure organisation du travail, ou une qualité des services fournis. Disons-le avec tout le sens que cette expression peut contenir : « ce n'est pas leur affaire ». De même, pourrait-on dire, « un malade anonyme n'est pas leur malade », « le matériel médical n'est pas leur matériel », etc. Autrement dit, cet ensemble d'attitudes démontre l'absence non seulement d'un espace public « réel », mais aussi d'une « conscience » partagée d'être un service public, au service du public. La santé n'est un bien collectif que dans les discours, et, dans une situation générale de pénurie, la règle est plutôt de l'ordre du « chacun pour soi », étendue à « chacun pour quiconque pourra à un moment ou un autre devenir à son tour un indispensable soutien ».

Face à cela, l'approche communautaire n'est hélas qu'un bien faible palliatif, malgré ses excellentes intentions. Bien sûr cette stratégie vise à faire que le fonctionnement de la structure de santé devienne justement « l'affaire d'une collectivité restreinte ». Malheureusement c'est oublier que les mécanismes précédemment décrits se déploient tout aussi bien dans des ensembles restreints. Et, globalement, les comités de santé sont instrumentalisés pour le bien – médical, politique, économique – de quelques notables, plus qu'ils n'assurent une illusoire « santé pour tous ».

Cette absence d'éthique du service public, du bien public, ou de l'espace public, ne peut être imputée à une seule cause : c'est évidemment la résultante de tout un ensemble de facteurs. Mais c'est à leur capa-

citée à modifier globalement et durablement ce mode de pensée et de conduite que s'évalueront les réformes à venir. Toute amélioration de la qualité des soins dépendra de la capacité des soignants et des soignés réformateurs à instaurer une éthique « vécue » (et non purement rhétorique) du service public dans des portions significatives du système de santé. Réforme qui passe, bien évidemment, par des actions internes aux services de santé, mais pas uniquement.

DEUXIÈME PARTIE

**DESCRIPTIONS ET CONSTANTES**



## Un environnement inhospitalier

A. SOULEY

L'environnement inhospitalier dont il s'agit est celui des services publics ou communautaires de soins de santé de premiers recours en milieu urbain ouest-africain. Ils s'appellent hôpitaux à Dakar, formations sanitaires urbaines communautaires (FSUCOM) à Abidjan, centres de santé à Conakry, centres de santé communautaires (CSCOM) à Bamako, centres de santé intégrée (CSI) ou centres de santé maternelle et infantile (CSMI) à Niamey. Partout, dans ces capitales ouest-africaines, ces structures sanitaires publiques sont perçues par les usagers, surtout les plus démunis, comme inaccessibles. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, cette inaccessibilité n'est pas liée exclusivement et principalement à des facteurs financiers : c'est plutôt la mauvaise qualité de l'accueil qui est fortement en cause. Autrement dit, l'accès aux services de santé publique, du point de vue de ces usagers, est largement influencé par la qualité des interactions avec les agents de santé. Ces derniers, en écho aux discours accusateurs des usagers, invoquent leurs conditions de travail et la responsabilité des malades. Concernant leurs conditions de travail, ils les jugent très mauvaises notamment au regard de la faiblesse des budgets et du niveau bas des salaires. Pour ce qui est de la responsabilité des usagers, les agents de santé stigmatisent les comportements qui ne respectent pas les prescriptions sanitaires et la tendance à la recherche effrénée de faveurs.

Notre analyse de la santé urbaine en Afrique de l'Ouest est construite autour du cas de Niamey, mais sur la base de tendances dominantes rencontrées dans chacune des cinq villes ci-dessus citées. Nous proposerons d'abord de voir quelques parcours d'usagers avant d'en arriver à l'analyse de la mauvaise qualité de l'accueil et des soins. A la fin du texte, quelques pistes de réflexions seront ouvertes en guise de conclusion.

Nous voulons préciser que l'on parlera de complexe sanitaire pour désigner les structures de santé quels que soient le pays ou le niveau de ces

structures dans la pyramide sanitaire locale. Dans cette optique, le complexe sanitaire regroupe un ensemble d'unités : soins curatifs, soins maternels et infantiles (SMI), hospitalisations, urgences, maternités, etc. Une unité peut être chargée de plusieurs activités spécifiques : tri, consultations, vaccinations, pansements, etc. Une activité peut se confondre avec un service (exemple : service de tri, service de vaccination) ou bien plusieurs activités peuvent se regrouper au niveau d'un service (exemple : tri et consultation). Par ailleurs, une activité est constituée de plusieurs tâches (consultations de nourrissons sains = pesée, toise, auscultation, vaccination, etc.). Les termes « usager » et « agent » renvoient respectivement à toute personne utilisatrice d'un service de santé publique ou communautaire, et à toute personne travaillant pour le compte d'un service de santé à quelque titre que ce soit. Par ailleurs, on emploiera indifféremment les expressions santé publique ou santé communautaire pour désigner la même réalité : un état des services offerts dans un complexe sanitaire public ou communautaire.

### **Les parcours des usagers**

L'essentiel des usagers des complexes sanitaires sont les femmes et les enfants. Quatre principales offres intéressent particulièrement cette population : consultations de nourrissons sains (CNS), consultations curatives (CC), consultations prénatales (CPN) et accouchement. C'est au travers de ces activités que nous allons observer les parcours des usagers des services publics de santé de premier recours. L'objectif n'est pas d'être exhaustif. Il s'agit de donner une idée des situations d'interactions possibles.

#### ***Consultation de nourrissons sains***

La consultation de nourrissons sains (CNS) comprend trois tâches principales : la pesée, la vaccination et l'éducation pour la santé. Il n'y a pas de consultation médicale à proprement parler ; certains soignants parlent d'ailleurs de simple « observation » visant à contrôler l'évolution du poids des nourrissons (pour repérer ceux qui souffrent de malnutrition, afin de les « référer » à un service ou centre de récupération nutritionnelle, où l'on montrera quelques recettes culinaires aux mères), à assurer les vaccinations obligatoires dans le cadre du programme élargi de vaccination (PEV) et à dispenser quelques conseils sanitaires aux mères.

Ces tâches sont exécutées dans les centres de santé maternelle et infantile (CSMI) populairement appelés PMI (protection maternelle et

infantile) par une équipe composée à la fois d'infirmières, de sages-femmes, de techniciennes supérieures en soins obstétricaux, d'assistantes sociales et de manœuvres et filles de salle<sup>1</sup>. Ce sont les infirmières (infirmiers) qui coordonnent le travail : elles (ils) contrôlent le poids des enfants, parlent aux mères, avant de les envoyer vers les assistantes sociales qui assurent l'éducation pour la santé (EPS) et la vaccination. Les sages-femmes exercent certes au CSMI, mais s'occupent de CPN. Infirmières (infirmiers) et assistantes sociales sont aidés par les filles de salle, les secouristes en stage ou encore les manœuvres. En réalité, elles (ils) se contentent de relever des données sur des carnets et les registres ; le véritable travail manuel est assuré par les stagiaires, les filles de salle et les manœuvres. Notons que, dans toutes les villes, c'est le même type de personnel qui assure ces tâches.

Les activités se déroulent suivant un schéma classique : de 7 à 8 heures 30, mise en place des mères et de leurs enfants ; vers 7 heures 30, les premiers agents (manœuvres et filles de salle) arrivent – ouverture des bureaux et ménage – ramassage des carnets de santé des enfants – remise simultanée de numéros d'ordre de passage aux mères – préparation du matériel de travail – parfois, prise de température pour les nourrissons ; entre 7 heures 50 et 8 heures 30, mise en place des agents soignants (arrivée – habillage – petit déjeuner) ; vers 8 heures 45, début des consultations. Le travail s'achève généralement avant 11 heures. Il n'y a pas d'activités de CNS l'après midi.

Pour illustrer ce rituel, suivons deux récits à partir d'observations faites à Niamey. Les enquêteurs, après avoir repéré préalablement une femme avec un enfant à l'entrée principale du complexe sanitaire, l'observent jusqu'à sa sortie en l'accompagnant dans son itinéraire.

Le premier récit porte sur une femme de 32 ans. Elle a 6 accouchements à son actif génésique. C'est une « ménagère »<sup>2</sup> sans ressources financières fixes ou déclarées. Après un bref entretien et en se fondant sur quelques critères<sup>3</sup> précis, l'enquêteur l'étiquette « femme pauvre et sans ressource sociale dans la structure de soins ».

---

1. Au Niger, infirmières, sages-femmes, assistantes sociales et techniciennes supérieures en soins obstétricaux sont formées à l'école nationale de santé publique (ENSP). Les trois premières catégories de professionnelles y entrent avec un brevet d'études secondaires, tandis que les techniciennes supérieures sont recrutées avec un niveau bac. Pour toutes, la durée de formation est de trois ans, dont une année de tronc commun pour les sages-femmes, les assistantes sociales et les infirmières. Les manœuvres et filles de salle sont recrutés sans exigence de niveau, de formation ou d'expérience préalable.

2. Femme au foyer, sans emploi salarié ni activité fixe ou régulière pouvant générer des ressources monétaires régulières. Les dépenses domestiques sont à la charge de l'époux.

3. Ce sont, entre autres, le lieu de résidence, les revenus et niveaux d'instruction des membres adultes du ménage, la connaissance de la structure de soins (relations) ainsi que l'habillement. Rappelons que ce dernier critère est un indice de marquage du statut social (cf. Diallo, *infra*).

Femme pauvre : Amina (32 ans, 6 accouchements, 02/03/99, porte hangar CNS)

Amina arrive à 8 heures et 3 minutes dans l'enceinte du centre de soins, après une marche d'une vingtaine de minutes. Elle porte un enfant sur le dos et est accompagnée par une fillette qui porte elle aussi sur son dos un deuxième enfant. Elles se dirigent vers la PMI, au lieu où se font les consultations de nourrissons sains. Quand elles arrivent au hangar qui sert de hall d'attente et de lieu de consultations, celui-ci était plein. Le long banc qui fait le tour du hall était déjà occupé. Amina et son accompagnatrice se tiennent debout juste à l'entrée du hall, il est 8 heures et 5 minutes.

Quelques instants après, Amina demande à sa voisine si le ramassage des carnets a été effectué ; cette dernière lui répond « oui » et lui conseille d'aller remettre les siens dans la salle de vaccination en espérant peut-être que les agents accepteraient. Après quelques hésitations, Amina décide d'entrer, accompagnée toujours de la fillette.

Dans la salle de vaccination, elle trouve une assistante sociale en train de vérifier les carnets ramassés et de faire le calcul d'âge. Elle lui tend les 2 carnets des enfants en lui disant qu'elle est là pour la pesée et la vaccination. L'assistante lui fait remarquer que pour ce matin elle va prendre les carnets, mais que prochainement elle a intérêt à venir plus tôt. Elle remet à Amina le n° 46 et lui dit d'aller attendre dehors ; il est 8 heures et 16 minutes.

A 8 heures et 48 minutes l'assistante sociale sort de la salle de vaccination avec un lot de carnets qu'elle dépose sur la table se trouvant au milieu du hall où les femmes attendaient et commence à faire l'appel en remettant à chaque femme le carnet de son enfant. Cela a duré 10 minutes.

Avant que l'assistante sociale ne finisse de remettre les carnets aux femmes, les 2 agents d'assainissement du dispensaire arrivent pour l'EPS. Il s'ensuit donc aussitôt une séance d'EPS sur le thème « Diarrhée : causes, conséquences et prévention », séance qui a duré 8 minutes. C'est par la suite que débutèrent d'abord la pesée, puis la consultation des enfants toujours autour de la table du hall et dans l'ordre préétabli.

A 9 heures et 22 minutes, Amina pose le premier enfant sur le pèse bébé. L'assistante ajuste et écrit sur un bout de papier le poids de l'enfant. Ce fut ensuite le tour du second bébé. 9 heures et 58 minutes c'est le tour de Amina pour l'observation des 2 enfants. En fait, les 2 bébés sont des jumeaux. L'une des 3 assistantes qui consultaient regarde le poids des enfants et les observe en posant quelques questions à la mère qui répond. Les 2 bébés avaient des poids normaux et se portaient bien. Après cette consultation, alors que Amina voulait continuer dans la salle de vaccination, la même assistante l'interpelle pour lui signifier que pour le rappel

des vaccinations ce n'est pas aujourd'hui que ça doit se faire ; c'est plutôt la semaine prochaine qu'elle doit les amener. Un peu contrariée Amina quitte les lieux avec son accompagnatrice et s'en va, il est 10 heures et 5 minutes. Elle a passé 2 heures pour une pesée, on lui a refusé la vaccination.

(enquête de Abdoukadi Tidjani, Niamey, mars 1999)

Le deuxième récit concerne une jeune mère de 23 ans. Elle a accouché 2 fois. Son allure n'est pas celle d'une personne pauvre ou aux ressources modestes.

Zeïnabou fait son entrée dans la formation sanitaire à 9 heures et 46 minutes. Elle porte son enfant dans les bras et vient d'être déposée par un véhicule particulier. Elle se dirige vers la PMI. Arrivée à hauteur du bâtiment des consultations de nourrissons, elle salue un groupe de femmes et franchit la porte du hall d'attente où attendent dix autres femmes. Zeïnabou leur adresse un bonjour et entre directement dans la salle de vaccination où se trouvent 3 assistantes sociales et 2 femmes et leurs enfants. L'accueil est très chaleureux. Zeïnabou semble connaître les agents. Après les salutations d'usage elle s'assoit sur une chaise et tend le carnet de son enfant à l'assistante qui fait les vaccinations. Cette dernière y jette un coup d'œil et dit à Zeïnabou qu'il y a un manque de seringue. Il est 9 heures et 52 minutes. Aussitôt, Zeïnabou sort de la salle et se dirige vers les locaux des CPN. Juste à l'entrée du bâtiment, elle croise une sage-femme. Même scénario : accueil chaleureux et salutations. Après un échange de quelques propos, les 2 femmes entrent ensemble dans la salle PF et Zeïnabou ressort la minute d'après avec une seringue à la main. Elle revient dans la salle de vaccination où elle avait laissé son enfant dans les bras de l'assistante. Dès qu'elle entre l'assistante prend la seringue, remet l'enfant à sa mère et procède à l'injection.

A 10 heures et 2 minutes, la consultation se termine avec le remplissage du carnet de l'enfant. Zeïnabou revient au bâtiment des CPN pour voir les 2 autres sages-femmes de l'équipe du jour. Elle s'entretient avec elles pendant une dizaine de minutes dans la salle de CPN avant de quitter le centre à 10 heures et 15 minutes. Elle est restée une demi heure, et son enfant a été vacciné.

(enquête de Abdoukadi Tidjani, Niamey, mars 1999)

Deux problèmes, au moins, apparaissent ici : la bureaucratisation des actes de soins et le système de « faveurs ».

La bureaucratisation se traduit par cette organisation des activités qui installe, nécessairement, un protocole routinier. Les patientes sont rassemblées, tous les carnets de santé ramassés, des numéros distribués, avant que la délivrance de soins (ou service désiré) commence. La routine

s'installe car, même pour un stagiaire, au bout de quelques jours d'observation ou de pratique, on acquiert tous les gestes simples et nécessaires à l'exécution d'une tâche : ramasser les carnets, distribuer des numéros, peser les enfants, etc. La consultation de nourrissons, telle qu'elle se pratique, est d'abord bureaucratique ; ce qui compte, c'est d'effectuer la tâche : aucun besoin de s'intéresser particulièrement aux enfants ou à leurs mères, sinon pour le strict minimum (fais ci, prends ça, viens là, etc.). La routine ignore complètement le temps des usagers : ils arrivent très tôt, très souvent avant les agents, et ils attendent longtemps avant d'accéder au service désiré. Il n'y a pas de système d'agenda, de rendez-vous personnalisé, programmé. Ce qui permet aux agents de venir au service en retard, de commencer le travail lorsqu'ils ont jugé que tous les patients étaient rassemblés, et de refuser les usagers qui se présentent après une certaine heure, alors même que le travail n'a pas commencé. Il y a une sorte de prise en otage des usagers.

Le système de « faveurs » crée une grande discrimination entre les usagers. Nos deux illustrations sont à cet égard très révélatrices de ce que recouvre cette notion. Tout d'abord, l'usager connu ne subit pas les procédures routinières ; il ne fait pas le rang, il n'attend pas. Ensuite, il bénéficie d'un accueil chaleureux (salutations, convivialité, etc.). Enfin, il est satisfait du point de vue du service pour lequel il est venu dans la structure de soins. En clair, le système des « faveurs » autorise Zeinabou (notre deuxième cas) à venir assez tard aux consultations (presque 10 heures) sans susciter la moindre remarque chez la même assistante sociale qui reprochait à Amina (notre premier cas) d'être venue après le ramassage des carnets (à 8 heures et 3 minutes). « Faveur » qui permet à Zeinabou d'accéder à la consultation sans attendre, sans faire la queue ; Amina a par contre hésité à s'adresser à l'assistante sociale lorsqu'à son arrivée elle a constaté que les carnets avaient été ramassés. C'est aussi et toujours « faveur » qui fait que l'enfant de Zeinabou est vacciné alors même que l'assistante sociale lui déclare qu'il y a rupture de seringues. Amina, par contre, est retournée chez elle sans avoir fait vacciner ses jumeaux. Zeinabou a même un privilège, celui de faire garder son enfant par une assistante sociale, pendant qu'elle se rend dans un autre service de la structure de soins.

### *La consultation prénatale*

Elle se déroule dans les CSMI et est assurée par les sages-femmes. Sur son importance et ses effets réels en ce qui concerne la santé maternelle, les avis sont partagés : certains soutiennent qu'elle est d'une véritable efficacité notamment dans la prise en charge des risques de la grossesse à l'accouchement ; d'autres estiment qu'il faut nuancer ce jugement car un

certain nombre de facteurs (démographiques, sociaux, médicaux, etc.) sont indispensables à l'efficacité de la consultation prénatale ; pour d'autres encore, on ne peut établir aucun lien tangible entre cette pratique et les améliorations survenues dans la santé maternelle à travers le monde (Janowitz *et al.*, 1984).

Loin de ces controverses, dans nos pays, une femme enceinte doit subir normalement trois à quatre visites prénatales, à commencer à partir de la seizième semaine. En moyenne, le nombre de visites à Niamey est de trois (Vangeenderhuysen, C., Mounkaila, N., 1996). La visite prénatale comporte le relevé des constantes (température, poids, tension artérielle), un examen sommaire (mesure de la hauteur utérine, toucher vaginal, écoute du bruit du cœur foetal), un examen en laboratoire de l'urine et du sang, et parfois une brève séance d'EPS. L'ordre de déroulement de ces différentes activités, de même que l'exécution concrète des tâches par les personnels, varient. Comme varie la durée de la consultation pour une patiente, de quelques minutes à plusieurs heures. Les retardataires ne sont pas tolérées, sauf quand elles sont des fonctionnaires ou quand elles connaissent des membres du personnel (comme le cas de Zeinabou évoqué plus haut). Les séances d'EPS organisées au cours des CPN ne semblent pas intéresser les femmes. Les horaires de travail sont les mêmes que pour les consultations de nourrissons. Nous présentons trois illustrations :

9 h 10. Une femme attend depuis plus de 20 minutes, dans le hall d'attente, elle est plutôt aisée, bien habillée.

9 h 11. Elle entre dans la salle de consultation. Elle se fait peser, on l'invite à s'asseoir sur la chaise pour la tension. Ensuite, la patiente tend son carnet (acheté à 500 FCFA auprès des sages-femmes) à la sage-femme, qui écrit le poids et la tension. Après, elle attend son tour, pour l'écoute des bruits du cœur foetal et la mesure de la hauteur utérine. Trois minutes après, elle quitte la salle et se dirige vers le laboratoire pour un examen d'urine. Elle me dit que c'est sa première visite prénatale.

9 h 22. Je la vois revenir avec son urine dans un tube transparent.

9 h 30. Ma patiente attend, elle ne cause pas, elle aide même à garder les enfants des femmes qui ont fini leur consultation. Pendant la séance d'EPS, ma patiente n'est pas intervenue, apparemment cela ne l'intéresse pas, et je l'entends dire aux autres qu'elle veut partir à la maison. Entre temps, pendant que j'attends, une femme bien habillée est venue prendre ma patiente pour aller lui poser quelques questions. Selon une des trois sages-femmes que j'ai approchées, ce sont les sages-femmes du ministère de la santé qui sont là pour une supervision. Ce qui explique probablement la séance d'EPS sur l'allaitement maternel.

10 h 22. Ma patiente est revenue. Elle suit la masse, mais commence à s'impatienter.

11 h 14. Ma patiente change de place pour se mettre en face du premier bureau qu'elle a visité.

11 h 30. Ma cliente passe finalement, on lui remplit sa fiche, on ne l'a pas invitée à s'asseoir sur la chaise cette fois-ci.

11 h 40. Elle sort avec un examen de sang (BW) à faire et une ordonnance de 2 médicaments à acheter.

(enquêtes de Aboubacar S. Tidjani Alou, Niamey, mars 1999)

Hawa vient pour la première fois au CSMI. Elle entre dans le hall et rejoint le lot des patientes qui sont alignées sur les bancs. Elle s'assoit (8 heures 27). Après quelques paroles échangées avec d'autres patientes, elle se lève pour aller au guichet où elle paie 700 FCFA (pour le carnet et les frais de CPN) et revient s'asseoir cette fois-ci sur une autre banquette, celle réservée aux femmes venant pour les CPN-PF. A 8 heures 35, la fille de salle distribue des numéros. Hawa reçoit le n° 4. Cinq minutes plus tard, on la fait passer sur la balance, puis dans la salle des consultations où une sage-femme la reçoit. On lui demande la carte de son mari. Elle ne l'a pas. La sage-femme réclame alors l'extrait de naissance ou n'importe quel autre papier officiel appartenant au père de l'enfant. Hélas, elle ne sera pas plus satisfaite qu'avant car Hawa ne détient aucune pièce d'état civil de son mari et dit d'ailleurs n'être pas informée sur cette procédure. Après quelques reproches à l'adresse de Hawa, la sage-femme accepte de porter le nom et prénom (dits oralement) du conjoint dans le carnet, sous réserve que la patiente fournisse une pièce officielle d'état civil le lendemain.

A la suite du traditionnel interrogatoire (– Depuis combien de temps tu n'as pas vu tes règles ? Combien d'enfants vivants as-tu ? As-tu connu des avortements ? As-tu été opérée une fois ? etc.), on remet à Hawa son carnet et une fiche rose en lui demandant d'aller attendre dans le hall la phase suivante (8 heures 44). Hawa revient dans le hall attendre son tour pour la consultation sur la table. Elle passe à 9 heures 13, après que la sage-femme lui ait pris la tension. De la salle des consultations de l'intérieur, la sage-femme dicte des informations à la fille de salle qui les porte sur la fiche rose. A sa sortie de la salle, on remet à Hawa des bulletins d'examen (9 heures 16) dont l'un qui est en double est destiné à son mari (bulletin de BW). Hawa se rend au laboratoire de l'hôpital de district et en revient au bout d'un peu plus de trois quarts d'heure (10 heures 05) avec ses résultats qu'elle va tout de suite remettre à la sage-femme. Celle-ci lui prescrit des médicaments en lui disant « Tu es malade, ton sang n'est pas bon ». A la fin, on recommande à Hawa ceci : « Surtout achète ces produits sans tarder. N'oublie pas de dire à ton mari qu'il est urgent de faire l'examen qui lui est demandé ».

La sage-femme conclut à l'endroit de ses collègues (une sage-femme, une fille de salle et une stagiaire de la faculté de médecine) : « elle a un BW positif, elle est atteinte de syphilis. C'est sûr que son mari en est aussi atteint ».

A 10 heures 09, Hawa sort du CSI.  
(enquêtes de Hadiza Moussa, Niamey, mars 1999)

C'est à 9 heures et 2 minutes qu'une dame richement habillée (boubou basin riche) fait son entrée dans le complexe sanitaire. Elle se dirige droit vers la PMI, jusqu'au bâtiment destiné aux consultations prénatales et à la planification familiale (PF). Elle entre dans la salle d'attente où 23 femmes assises attendaient, leur carnet à la main. Elle leur adresse un bonjour et jette un coup d'œil dans le premier bureau à gauche (bureau PF). Puis elle continue jusqu'à la salle de CPN, salue la « femme relais » assise devant la table «laboratoire» et entre directement. Il est 9 heures et 5 minutes. Là les trois sages-femmes qui consultaient deux femmes l'accueillent chaleureusement et lui disent de s'asseoir sur un banc qui se trouve à gauche dans la salle. La consultation des deux femmes est finie. Une sage-femme invite sa patiente à venir ; elle quitte sa chaise et vient s'asseoir sur le banc à côté de notre dame. Les deux femmes semblent bien se connaître puisqu'on apprend par la sage-femme au moment des salutations que la dame s'appelle Hadiza.

Leur entretien dure six minutes. Puis Hadiza passe à la consultation. Après cela, la sage-femme prend deux feuilles sur lesquelles elle prescrit quelque chose.

A 9 heures 17 minutes Hadiza sort de la salle de CPN en compagnie de la sage-femme qui vient de la consulter. Les deux femmes marchent non-chalamment jusqu'au portail principal du complexe sanitaire en échangeant des conciliabules.

Arrivées au portail, elles s'entretiennent encore huit autres minutes avant de se quitter.

En fait l'une des feuilles remises à Hadiza est une ordonnance comprenant deux produits (spasfon et vitamine C) et l'autre une note de recommandation pour un médecin gynécologue à la maternité centrale de Niamey.

(enquêtes de Hadiza Moussa, Niamey, mars 1999)

On ne reviendra pas sur la bureaucratisation des actes de soins et les faveurs. Ce sont les mêmes travers que nous observons aussi bien à la consultation de nourrissons qu'à la consultation prénatale.

Ajoutons, néanmoins, ce côté pervers de l'organisation des tâches dont nous avons déjà montré qu'elle ignore le temps des usagers. En fait, dans le même temps, ce type de procédures – le fractionnement d'une activité en plusieurs petites tâches – diminue considérablement le temps de travail des agents. Commencé vers 8 heures et demi, le travail s'achève deux heures plus tard ; on ne prend plus de patients après le ramassage des carnets. On fait passer les usagers à peu près comme le vétérinaire procède

lorsqu'il vaccine un troupeau. On gère le temps de façon à exécuter le moins de gestes possibles. Cela permet de s'occuper d'un «passe» de manière très chaleureuse (pas d'attente, service rapide, certains sont raccompagnés jusqu'à la sortie de la structure de soins).

Une supervision du ministère de la santé peut être l'occasion de remplir une tâche qu'on n'a pas exécutée depuis belle lurette (premier cas). Mais là aussi, exactement comme nous le soulignons plus haut, il s'agit de le faire pour le faire, de se débarrasser d'un fardeau ; on met en scène une séance d'EPS qui n'intéresse personne, surtout pas des femmes qui en ont assez d'attendre. Elles n'ont qu'une envie : partir de la structure de soins, regagner leur foyer. Il est évident que cette séance d'EPS n'est d'aucune utilité. Par contre, dans le deuxième cas que nous présentons, une séance personnalisée s'imposerait pour cette femme atteinte de syphilis. Au lieu de cela, elle reçoit une explication très floue : « ton sang n'est pas bon ».

### *Consultation curative*

Ce service, qui accueille aussi bien des enfants (âgés de plus de 2 ans) que des adultes, est dit souvent «dispensaire». A Niamey, ce service est dirigé par des infirmiers qui sont appelés major<sup>4</sup> et qui assurent les consultations curatives. Sur certains sites, ils sont aidés par d'autres infirmiers, moins gradés, qui assurent certains soins. Le plus souvent, les soins tel que les injections et les pansements sont laissés à la charge des manœuvres. Dans les quatre autres villes, les consultations sont assurées par des médecins.

Le travail se fait au rythme du consultant. Là aussi, il n'y a pas d'agenda tenu. D'après nos observations, on note souvent une grande affluence tôt le matin entre 8 et 10 heures. Après 10 heures, le consultant n'a presque rien à faire. Quant à l'après-midi, les patients sont très peu nombreux et arrivent au compte goutte.

Voyons les deux cas de consultations curatives. Le premier nous amène sur les traces d'une femme dont le comportement, comme on va le voir, semble être tout au long du parcours celui d'une habituée des lieux. Sa visite dure environ une demi heure. Le deuxième cas est le contre-exemple du premier ; c'est celui d'une autre femme qui visite le centre de soins pour la première fois.

---

4. Ce terme remonte à la période coloniale où le chef de poste médical était généralement un militaire.

*Cas 1*

Deux jeunes dames descendent d'un taxi qui vient de se garer dans la cour du centre ; il est 8 heures et 56 minutes. Chacune de ces deux femmes est venue avec son enfant. L'une d'elles se dirige avec son bébé vers le hangar réservé à la consultation de nourrissons sains. Quant à l'autre (la mère de Mohamed), munie d'un carnet (carnet de santé de la mère et de l'enfant), elle vient au guichet de la perception acheter un ticket de consultation.

Le hall d'attente est bondé. La plupart sont venues pour les consultations prénatales ou la planification familiale. La dame balaie du regard tout le hall, puis vient s'asseoir à l'ombre du bâtiment ; elle ne pénètre pas dans le hall mais, de l'ombre où elle est assise, elle a une belle vue du hall.

Quelques minutes plus tard, la mère de Mohamed est rejointe par la dame avec qui elle est arrivée. Elles restent dans l'ombre bavarder jusqu'à 9 heures et quart. De temps à autre, elles jettent un coup d'œil au hall.

A 9 heures et 17 minutes, la mère de Mohamed vient dans le hall d'attente. Il semble que son tour approche (cela se voit en observant les femmes assises dans le hall d'attente où chaque arrivée est remarquée et chaque femme sait après qui son tour vient.) La secouriste la salue et l'invite à s'asseoir avec l'enfant sur un banc. C'est pour la prise de température.

A 9 heures et 20 minutes, la secouriste introduit la mère de Mohamed auprès de l'infirmière. Cette dernière salue la mère de Mohamed et l'invite à s'asseoir. Ensuite, l'infirmière se lève de son siège, contourne le bureau qui la sépare de Mohamed et de sa mère et vient jusqu'à eux. Elle soulève les paupières de l'enfant puis demande à la mère : « Qu'est-ce que le bébé a ? » Ce à quoi la mère répond : « Il a la fièvre et la toux depuis hier soir. » L'infirmière revient s'asseoir à sa place.

Après avoir écrit quelques informations dans le carnet, l'infirmière prescrit les trois produits suivants : cotrim, sirop nivaquine, sirop paracetamol. Elle demande à la mère de Mohamed si celle-ci dispose de ces médicaments à la maison. L'intéressée dispose des deux sirops à la maison. L'infirmière lui conseille donc de n'acheter que le cotrim. La mère de Mohamed se lève et prend congé de l'infirmière. Les deux femmes échangent les salutations d'usage.

A 9 heures et 25 minutes, la mère de Mohamed va au guichet de la pharmacie. Après les salutations d'usage, elle tend l'ordonnance à la vendeuse. Elle lui remet, ensuite, l'argent au moment où elle lui donne un petit sachet dans lequel on peut voir les comprimés de cotrim. Notre femme s'en va aussitôt. Nous notons qu'elle ne repasse pas chez l'infirmière demander les conseils d'utilisation. La mère de Mohamed quitte le CSMI à 9 heures et 29 minutes.

Enquêtes de Hadiza Moussa, Niamey, juin 1999

*Cas 2*

A 10 heures et 10 minutes, une femme accompagnant son enfant arrive au dispensaire. Elle trouve dans le hall d'attente deux infirmières, deux techniciens d'hygiène et une secouriste assise sur le banc, en train de bavarder. La femme salue le groupe et va s'asseoir à l'extrémité du banc.

Le groupe continue à bavarder ; personne ne demande à la femme pourquoi elle est là, bien qu'elle ait un carnet de santé à la main.

Cinq minutes après, l'une des infirmières se lève et quitte le hall pour se diriger vers la sortie du dispensaire.

C'est à 10 heures et 17 minutes que la deuxième infirmière demande à la femme ce qu'elle est venue faire. La femme lui tend alors le carnet ; l'infirmière vérifie et lui dit qu'il faut relever la température de l'enfant et le peser. L'infirmière prend alors le thermomètre qui se trouvait dans un pot sous le banc où elle est assise et le remet à la femme en lui disant de le placer sous l'aisselle de l'enfant. La femme s'exécute.

Trois minutes après, l'infirmière qui avait repris sa conversation avec ses collègues se retourne vers la femme et lui dit d'amener le thermomètre. La femme le retire et le lui donne ; elle lit la température (39,7°) et l'inscrit sur le carnet. L'infirmière demande alors à l'enfant de monter sur le pèse personne qui se trouvait là à côté ; l'enfant monte et l'infirmière lit le poids (25 kg) et l'inscrit aussi sur le carnet.

L'infirmière dit à la femme qu'elle peut rentrer dans la salle de tri pour faire consulter son enfant. Malheureusement, la femme constate qu'il n'y a personne ni dans la salle de tri, ni dans le bureau du major qui se trouvait au fond (les deux portes sont ouvertes). La femme ressort, se rassoit et attend.

Lorsque à 10 heures et 29 minutes le major arrive, il entre dans son bureau et appelle le technicien d'hygiène. Ils s'entretiennent pendant 7 minutes. Quand ils ressortent, le technicien se rassoit sur le banc du hall tandis que le major va à la pharmacie. 3 minutes après le major revient, il est aussitôt suivi par le même technicien dans son bureau. La femme (Aïssa) attend toujours avec son enfant sur le banc, en compagnie de trois autres malades venus après.

C'est à 10 heures et 41 minutes que Aïssa et son enfant entrent dans le bureau du major, après le départ du technicien. Le major prend le carnet dans lequel se trouvait un bulletin d'examen pendant que Aïssa et son enfant sont debout. 10 heures et 43 minutes : la consultation est interrompue par un coup de téléphone ; le major décroche.

Deux minutes après, alors que le major est toujours au téléphone, Aïssa qui était toujours debout avec son enfant, sort du bureau et vient se tenir à la porte de la salle de tri. 10 heures et 47 minutes, Aïssa retourne dans le bureau, le major ayant fini de téléphoner. La consultation se termine.

10 heures et 48 minutes, Aïssa et son enfant sortent du bureau ; le major vient de prescrire quelques médicaments dans le carnet de l'enfant (quinimax : 3 ampoules ; sulfadoxine : 3 comprimés, paracétamol : 20 comprimés). La femme se dirige droit jusqu'au guichet de la perception. Le percepteur prend le carnet et cite à la femme les médicaments qu'elle doit acheter. C'est alors qu'elle dit au percepteur qu'elle a du quinimax à la maison et qu'elle va aller le chercher. Elle retourne donc chez elle, toujours avec son enfant.

À 11 heures et 3 minutes la femme et son enfant reviennent à la perception avec les ampoules de quinimax. Au guichet elle donne l'argent des deux autres médicaments qu'elle n'a pas (460 FCFA). Le percepteur lui remet alors un reçu avec lequel elle se présente au guichet de la pharmacie. Le pharmacien prend le reçu, vérifie les médicaments portés et les lui remet.

À 11 heures et 8 minutes, Aïssa et son enfant regagnent le hall d'attente. Sur le chemin, Aïssa croise le major et ce dernier lui indique la salle d'injection où elle devrait aller. À l'arrivée, la salle d'injection était occupée. Aïssa et son enfant se rassèrent sur le banc et attendent.

C'est à 11 heures et 16 minutes que Aïssa et son enfant entrent dans la salle d'injection d'où venait de sortir un jeune homme et dans laquelle se trouvait une infirmière.

Après leur entrée, la porte était restée entrebâillée, et l'on voyait Aïssa tendre les ampoules et une seringue à l'infirmière. Aïssa s'est ensuite assise sur une chaise et a pris son enfant sur les genoux. Lorsque l'infirmière a fini de préparer l'injection, Aïssa a renversé son enfant sur le ventre pour dégager ses fesses. L'infirmière lui administre l'injection.

L'infirmière explique à Aïssa la posologie des autres médicaments et lui dit de revenir demain pour la seconde injection. Aïssa et son enfant quittèrent le dispensaire à 11 heures et 20 minutes.

(enquêtes de Abdoukadi Tidjani, Niamey, mai 1999)

Voilà deux séances de consultation curative qui se déroulent différemment ; normalement, les procédures sont les mêmes car les consultants appliquent les recommandations d'un document officiel sur les soins curatifs. Nous disions précédemment que le consultant est déterminant dans le déroulement et l'issue de la consultation. On voit bien, dans le premier cas, que nous sommes dans un service qui fonctionne «bien». Il y a un minimum d'examen, même si cela se limite aux paupières de l'enfant. L'interrogatoire est également correct puisque les usages en matière de bienséance sont respectés.

Ce n'est pas le cas dans la deuxième illustration. L'enfant de Aïssa n'est pas du tout ausculté. Sans bouger de sa place, assise, une infirmière a ordonné la prise de la température et la pesée, renseignements qu'elle a

ensuite inscrits dans le carnet de santé. L'infirmier major s'est contenté des symptômes que lui a indiqués la mère (qu'il n'a pas invité à s'asseoir, même lorsqu'il était en conversation téléphonique) ; c'est à peine s'il a regardé l'enfant avant d'écrire son ordonnance. On peut s'interroger sur la pertinence de prescriptions établies dans ce genre de contexte. Toujours est-il que ces prescriptions sont quasi identiques, répétitives, mesurées à l'échelle d'un grand échantillon de patients.

### ***L'accouchement***

La maternité est dirigée par une sage-femme qu'on appelle directrice. Elle a une adjointe portant le titre de surveillante. Parfois, dans l'organigramme, il existe un poste de responsable des suites de couches. De tous les services de santé enquêtés, c'est sans nul doute à la maternité qu'on rencontre les problèmes d'interactions agents/usagers avec le plus d'acuité.

Les maternités des villes, même les capitales, ne reçoivent pas encore tous les accouchements. Environ près du 1/5 des accouchements en ville se déroulent à domicile. Cela est dû, entre autres, à la faible couverture sanitaire générale (même si les centres urbains et particulièrement les capitales sont les mieux pourvus) et à des questions relatives aux perceptions locales de l'accouchement (cf. Olivier de Sardan *et al.*, 2000 ; Souley, 1998). Les accouchements à domicile sont assurés soit par des accoucheuses sans formation obstétricale (coupeuse de cordon ombilical, accoucheuse de famille) soit par des matrones villageoises formées dans le cadre des soins de santé primaire (SSP) pour servir dans les équipes de santé villageoises (cf. Souley, 1998 ; Akenzua *et al.*, 1981 ; Ityavyar, 1984 ; et OMS-FNUAP-UNICEF, 1993). En milieu urbain à Niamey, on ne parle pas de matrones, mais de «femmes relais» (qui sont en fait d'anciennes matrones de quartier).

Pour les accouchements médicalisés, les femmes choisissent de préférence la maternité de leur quartier. Ces services fonctionnent comme un service d'urgence à l'hôpital, donc avec un système de garde 24/24 heures. L'équipe de garde est composée en général de trois à cinq personnes, dont au moins une sage-femme et une fille de salle. Dans la plupart des cas, on ne retrouve que des sages-femmes et des filles de salle ; mais, parfois, une infirmière fait partie de l'équipe. En principe, la sage-femme, aidée par une infirmière ou une seconde sage-femme, gère l'admission de la parturiente : accueil dans la salle d'accouchement, examen, accouchement, hospitalisation. Après l'accouchement, et avant la libération de la parturiente, une autre sage-femme s'assure que la patiente a procédé aux vaccinations obligatoires pour le nouveau né, la sensibilise sur l'allaitement avant d'enregistrer (parfois en même temps que l'agent

d'état civil présent dans la maternité) la naissance. En principe, au cours de l'accouchement, c'est la sage-femme qui effectue l'accouchement : installation de la parturiente, aide et encouragement, surveillance continue (le monitoring n'existe pas en périphérie), délivrance, sectionnement du cordon, examen du placenta et éventuellement révision utérine. La seconde sage-femme s'occupe des soins au nouveau-né alors que la fille de salle nettoie la parturiente et lui pose une garniture. Elle se charge aussi de rendre le placenta à l'accompagnatrice de la parturiente, de nettoyer la table et la salle d'accouchement et aussi les outils utilisés au cours de l'accouchement.

Lors de nos enquêtes, le schéma ci-dessus est apparu bien souvent comme l'exception. En effet, la règle est plutôt que la fille de salle et les stagiaires effectuent une importante partie des actes et gestes nécessaires à l'accouchement, tandis que la sage-femme s'occupe des aspects administratifs. Nous avons sélectionné un récit d'accouchement écrit par une femme elle-même (sur l'initiative propre de l'enquêtée) et 2 comptes rendus, l'un par un enquêteur et l'autre par une stagiaire sage-femme.

### *Cas 1*

« C'est le mercredi 14 avril vers 16 heures que j'ai commencé à sentir des douleurs au bas ventre alors que je me trouvais à la faculté des lettres (Université Abdou Moumouni de Niamey). Je suis donc rentrée directement à la maison en taxi, parce que je ne pouvais plus suivre les cours. Lorsque je suis arrivée à la maison, les douleurs ont un peu cessé.

Aux environs de 20 heures, le travail proprement dit a commencé. Vers 21 heures, j'ai prévenu ma grande sœur et nous sommes allées à la maternité, avec ma grand-mère aussi, toutes les trois. Nous avons marché à pied parce que ce n'était pas loin. D'ailleurs, pour moi, ça allait être juste une consultation.

Quand nous sommes arrivées à la maternité, toute l'équipe soignante était mobilisée (la sage-femme et deux filles de salle), parce qu'il y avait deux femmes enceintes dans la salle d'accouchement nous a dit une femme accompagnatrice. Donc personne ne nous a accueillies. Mes deux accompagnatrices s'étaient assises sur un banc dans le hall et quant à moi je faisais des va-et-vient dans le couloir. Cela a duré près de 20 minutes car ce n'est qu'après la sortie d'une des femmes que la fille de salle m'a dit d'entrer dans la salle d'accouchement. Quand je suis entrée, il y avait, dans la salle, la sage-femme, l'infirmière et une autre fille de salle. La sage-femme m'a alors dit de monter sur la table qui était libre. Je me suis exécutée et elle a commencé à me consulter. Elle a mis d'abord ses doigts et elle a commencé à me toucher le bas-ventre (toucher vaginal) ; elle a ensuite mesuré la hauteur utérine et pris ma tension artérielle. Le tout a duré à peu près cinq minutes.

Après cette consultation, la sage-femme m'a dit d'aller dans la salle de travail. Je suis sortie de la salle d'accouchement, mais je ne suis pas allée dans la salle de travail parce que je ne pouvais ni me coucher ni m'asseoir. Je suis donc restée à marcher dans le couloir. Trois quarts d'heures après, j'ai senti que les douleurs augmentaient et j'ai demandé à une fille de salle qui se trouvait à côté de moi si je pouvais rentrer. Elle m'a dit oui. Quand je suis rentrée dans la salle d'accouchement, la sage-femme était en train d'écrire dans un carnet et je suis restée debout près de cinq minutes en train de l'attendre. Lorsqu'elle a fini, elle m'a dit de monter sur la table. Pendant que j'étais en train de m'installer sur la table, elle a mis ses doigts. Après, elle m'a dit de rester sur la table. Quand elle a vu que l'expulsion a commencé, elle m'a demandé les gants ; je lui ai dit que je n'avais pas de gants. La sage-femme m'a alors répondu qu'il faut que j'en achète et que cela coûte 1 000 FCFA. Je lui ai répondu que je lui remettrai l'argent après. Elle a alors pris de sa poche une paire de gants qu'elle a portés et s'est approchée de moi pour faire l'accouchement.

Il était un peu moins de 23 heures lorsque j'ai accouché. Après l'accouchement, la sage-femme a remis le bébé à une fille de salle qui l'a lavé, l'a pesé et mesuré sa taille. La sage-femme s'était nettoyée et avait regagné son bureau où elle mentionnait sur un registre et le carnet les données que lui communiquait la fille de salle.

Quant à la deuxième fille de salle (je ne peux pas vous dire le moment où elle est entrée dans la salle d'accouchement), elle s'est occupée de moi. Elle m'a fait la garniture et m'a demandé si je n'avais pas de vertige. Je lui ai répondu non. Je suis resté plus de 30 minutes dans la salle d'accouchement. Après une des filles de salle m'a dit de me lever. Elle avait auparavant pris des pagnes et du savon avec mes accompagnatrices puisque entre temps ma sœur était retournée à la maison pour apporter le nécessaire. Lorsque je me suis levée, elle a pris le bébé dans ses bras et m'a dit de sortir. Nous sommes allées ensemble en suites de couches. La fille de salle a installé le bébé et m'a dit de m'asseoir au bord du lit ; après elle est ressortie pour appeler mes accompagnatrices qui étaient venues aussitôt. J'ai remis à cette fille de salle les 1 000 FCFA réclamés par la sage-femme pour les gants.

Elle ne nous a pas prescrit d'ordonnance, ni à moi ni à mon bébé. Je suis donc restée à la maternité jusqu'au lendemain jeudi. Il faut dire que la veille, une heure après mon installation en suites de couche, la fille de salle est revenue pour me demander si tout va bien ; je lui ai répondu oui.

Le lendemain, jeudi donc, vers 9 heures et 30 minutes, une fille de salle m'a amené le carnet de mon bébé pour me dire d'aller au CSMI pour la vaccination du petit. Je me suis levée et je suis partie. Quand je suis arrivée au CSMI, comme je connais l'assistante sociale qui fait les vaccinations, elle m'a tout de suite fait ça et je n'ai même pas donné les

150 FCFA de la seringue. Cela m'a pris à peine trois minutes. Quand je suis revenue du CSMI, je suis allée dans la salle où on fait les déclarations de naissances (salle de soins). Là, j'ai trouvé deux autres accouchées qui attendaient. J'ai alors déposé le carnet de l'enfant sur la table de la sage-femme comme les autres femmes. Nous avons attendu plus de 10 minutes avant que la sage-femme ne vienne.

Quand elle est venue, elle a pris les carnets qui étaient sur la table pour les enregistrer. Après elle m'a posé quelques questions sur ma profession, celle de mon mari. Elle m'a alors demandé de donner 2 100 FCFA pour les frais de lit. Je lui ai alors répondu que je ne les avais pas et qu'il fallait attendre l'arrivée de mon mari. Puis elle a passé le carnet à l'agent d'état civil qui entre temps était arrivé dans la salle avec son registre. Lui aussi m'a posé beaucoup de questions sur le nombre d'enfant que j'avais, si j'ai des co-épouses, combien d'enfants mon mari avait au total, ma profession, celle de mon mari... Après cela, l'agent a remis le carnet à la sage-femme qui, après, a rempli un bout de papier avec le nom de l'enfant, du père, de la mère, date et lieu de naissance et le numéro de la déclaration de naissance. Mais contrairement aux autres accouchées qui avaient payé chacune 2 100 FCFA, la sage-femme a refusé de me remettre mon carnet. Elle m'a alors dit d'aller attendre l'arrivée de mon mari.

Jusqu'à 11 heures, mon mari ne venait toujours pas. Je suis allée voir la sage-femme dans le bureau de la directrice pour lui dire que je voulais rentrer et que mon mari repasserait après pour payer et retirer le carnet. Elle m'a alors répondu que je pouvais partir et c'est ainsi que nous avons quitté la maternité après 11 heures du matin. Au moment où je vous parle mon carnet est toujours à la maternité parce que jusque là mon mari n'est pas allé le chercher. »

(récit recueilli par Abdoukadi Tidjani, Niamey, avril 1999)

### *Cas 2*

Nous avons fait l'observation dans le hall, puis dans la salle d'accouchement où nous avons de bout en bout noté les différentes interactions.

Nous avons trouvé Mariama Moussa dans la salle d'accouchement à 8 h 05. Elle nous a dit (avant l'accouchement) être venue aux environs de 6 h 00. En examinant le partogramme, nous avons noté que Mariama a été examinée à 5 h 50, 7 h 05 et 7 h 30 avant notre arrivée.

8 h 30 : Elle quitte la salle d'accouchement pour faire quelques pas dans le couloir. Elle fera cet exercice pendant six minutes, puis demande à aller aux toilettes. Cette requête ne sera pas acceptée par la sage-femme qui lui suggère plutôt de regagner la salle d'accouchement et se servir de son pot. Mariama s'exécute (8 h 38). Après avoir uriné, elle s'allonge sur la table où elle restera jusqu'à 10 h 58 (moment où elle sera transférée dans la salle des suites des couches).

10 h 05 : Mariama entre dans la salle d'accouchement où tout le personnel de garde (une sage-femme, une infirmière, trois filles de salle) l'y rejoint précipitamment. La sage-femme prend ses gants, s'approche d'elle et lui dit « *ni cey feeri* (écarte tes cuisses) ». Mariama s'exécuta en poussant des petits gémissements. Nous autres (l'infirmière, trois filles de salle et nous-mêmes), sommes restées en retrait pendant que la sage-femme aide l'enfant à sortir en disant à Mariama « *koy a go ka, feeri ga bori ni cey, hini suru ni ma tonton kaina, sobey ga durey* (vas-y ça vient, écarte bien tes cuisses, prend patience, accélère un peu, continue à pousser) ». L'enfant (sexe masculin) est né à 10 h 12. La sage-femme dit à Mariama de cesser de pousser : « *a wasa, nan durayano* ». Puis elle (la sage-femme) coupe le cordon ombilical avec du fil, prend l'enfant dans ses mains, le montre à sa mère et enfin le passe à une fille de salle qui le dépose dans un premier temps sur la paillasse.

Une autre fille de salle quant à elle va dehors auprès de l'accompagnatrice de l'accouchée prendre une serviette de toilette propre et un morceau de savon. La troisième fille de salle pèse le placenta (enlevé par la sage-femme à 10 h 16) qu'elle met dans un haricot et sort le donner à une vieille femme (qui semble être l'accompagnatrice de l'accouchée).

Après avoir trempé son coude dans l'eau chaude (préalablement chauffée), la fille de salle reprend le bébé, le lave et le place sur la balance ; puis, avec un mètre, elle le toise. Elle communique le poids et la taille à la sage-femme qui les porte dans le carnet de l'enfant qu'elle fait sortir de la poche de sa blouse.

10 h 18 : La sage-femme dit à l'adresse de l'accouchée : « *to ni to barka wala ?* (alors, tu es délivrée n'est-ce pas ?) ».

Au même moment, l'infirmière fait la prise de tension à la patiente. Avant de placer le nouveau – né dans le berceau, elle lui prend sa température.

Après ces étapes, deux des trois filles de salle placent des garnitures à l'accouchée avec des vieux pagnes et essuient les traces de sang avec une éponge trempée dans de la mousse de produit détergent mélangée à l'eau de javel.

10 h 24 : Le personnel quitte la salle où on laisse l'accouchée se reposer. La sage-femme rejoint quant à elle la salle de travail où elle remplit le partogramme.

10 h 42 : L'infirmière à son tour s'approche de Mariama et lui prend la tension. Mariama Moussa est transférée dans sa chambre (B1) avec son bébé à 10 h 58.

Avant notre départ de la maternité (12 h 23), la sage-femme s'est rendue par deux fois (11 h 10 et 12 h 11) dans la chambre de Mariama pour la prise de température et la prise de tension.

Mariama a été libérée le 11/4/99 dans l'après-midi vers 16 h 30.  
(enquêtes de Hadiza Moussa, Niamey, avril 1999)

### *Cas 3*

Il est 21 heures et 30 minutes : admission de Fati Issaka dans la salle d'accouchement, avec une grossesse de 7 mois. Elle est âgée de 21 ans. Elle est célibataire. Elle est accompagnée par une amie de sa mère, qui est, sans doute, une connaissance de la sage-femme. Le protocole d'admission s'est fait à huit clos, entre la sage-femme titulaire et l'accompagnatrice. Autrement dit, on ne veut pas nous (les stagiaires) associer à la « magouille ». Aussitôt après l'entretien à huit clos, la sage-femme a prescrit une ordonnance : sans doute, un avortement provoqué en cours, avec complicité. En moins de 15 minutes, les produits furent achetés et la perfusion a été placée. Les effets ne se font pas attendre. Les produits ont provoqué des contractions utérines douloureuses, qui ont fait pleurer la jeune fille, couchée sur la table d'accouchement.

Entre temps, madame Hamani, qui était en travail, accouche à 21 heures et 35 minutes d'un enfant de sexe féminin, né vivant. Pendant que nous nous occupons de madame Hamani, nous apportons une attention minutieuse à ce que fait la sage-femme auprès de la jeune fille sans pour autant leur laisser le temps de comprendre que nous suivons pas à pas ce qu'elles font.

Il est 23 heures et 10 minutes. En dépit de toutes les « précautions » prises, Fati accouche d'un enfant prématuré, né vivant. Il est de sexe féminin. Il pèse 1,3 kilogrammes et mesure 36 centimètres. Après cet accouchement, on lit le mécontentement sur le visage de la sage-femme et de l'accompagnatrice. L'accompagnatrice était tellement déçue, fâchée et hors d'elle qu'elle a refusé de toucher le nouveau-né et a fortiori de le laver. Au début, nous étions sidérées par l'attitude de cette femme et par l'acte criminel de notre aînée ; mais puisque l'enfant est vivant, nous étions très soulagées. Dieu est grand, pensons-nous, on ne peut rien contre sa volonté. Après l'accouchement de leur passe, la sage-femme, l'infirmière et la fille de salle se sont endormies.

A minuit et 3 minutes, madame Kader Fatchima accouche d'un enfant de sexe féminin, né vivant, à terme avec un poids de 3.350 grammes. Elle est âgée de 18 ans. L'accouchement s'est passé sans problème.

Trente-cinq minutes sont passées après 1 heure du matin. Nous avons au total 4 femmes en travail, autrement dit nous devons surveiller l'évolution du travail à chaque heure, à savoir, la progression de la dilatation du col, les bruits du cœur fœtal (BCF) et normalement la tension artérielle (TA). Malheureusement, il y a un manque de tensiomètre, ce qui fait que le travail se fait à main levée sans un bon suivi.

A 4 heures et 45 minutes, accouchement de madame Mounkaila Mamane d'un enfant de sexe féminin, né vivant et à terme. Après, nous avons fait les soins au nouveau-né, la révision utérine et la toilette vulvaire, puis la garniture à la mère.

A 5 heures et 30 minutes, accouchement de madame Amadou Aïcha d'un enfant de sexe féminin né vivant, à terme.

Cinq minutes après, nous observons une vente, par la sage-femme, de synto à une femme en travail (un produit qui accélère le travail.) En fait, c'était le reste du synto acheté par une autre patiente. Après avoir reçu l'argent du produit, elle place la perfusion à la femme. Il est à remarquer que la sage-femme s'est réveillée uniquement parce qu'elle voulait vendre son synto.

Nous continuons les accouchements. A 5 heures et 37 minutes, Ramatou Oumarou accouche d'un enfant de sexe féminin, né vivant, à terme. Au cours de l'accouchement, elle a une déchirure du périnée, deuxième degré. Il a fallu qu'elle achète le fil de suture auprès de la fille de salle à 2 000 FCFA pour qu'on lui fasse la suture. Après avoir vendu le fil de suture, la fille de salle se recouche comme la sage-femme et se rendort aussitôt. Tout le travail est fait par nous les stagiaires, car les titulaires dorment.

A 6 heures et 39 minutes, accouchement de Rabi Zakari. Elle a aussi une déchirure du périnée, deuxième degré. On est passé par le même protocole que la première fois. Vers 7 heures et 40 minutes, nous achevons les sutures pour les 2 patientes.

Il est 7 heures et 45 minutes : remplissage du cahier de permanence.

(récit d'une élève sage-femme, recueilli par Aboubacar S. Tidjani Alou, Niamey, avril 1999)

L'itinéraire d'un usager révèle sa connaissance du lieu, c'est-à-dire de la structure ou des mécanismes de fonctionnement et ou son « capital relationnel » au sein d'une formation sanitaire donnée. Lorsque l'usager est un habitué ou peut s'appuyer sur un agent pour accéder à un service désiré, son trajet est sécurisé. Par contre, s'il vient pour la première fois, et ne connaît pas le mécanisme de fonctionnement ou ne possède aucune « relation » dans la structure, son parcours est périlleux. Connaître quelqu'un dans la structure de soins va de sa plus simple expression (voisinage, par l'intermédiaire de, à l'occasion de, « promotionnaire ») à sa dimension la plus proche (parenté, amitié). L'idéal est d'avoir un parent ou un ami ou d'être recommandé par l'un d'eux ; mais on peut se contenter d'appartenir au même groupe de prière du quartier que l'infirmier, ou bien simplement d'avoir de bonnes relations avec la vendeuse de poisson qui a son échoppe devant l'entrée de la maternité et qui connaît bien une des filles de salle de la dite maternité. « Connaître » quelqu'un dans une structure de soin est une garantie d'un meilleur accès, d'un meilleur accueil, voire de meilleurs soins.

Au delà des différences d'échelles entre les structures de premier recours (un hôpital avec plusieurs services ou une structure avec un

paquet minimum d'activités), le constat ci-dessus évoqué n'est pas propre à Niamey : voici des exemples pris à Bamako.

### *Cas 1*

Aminata est arrivée vers 22 heures au CSCOM. Je bavardais avec la matrone et l'aide-soignante qui étaient de garde. Elle est venue à pied, accompagnée d'une femme. C'est sa mère. Elle a été tout de suite admise dans la salle d'accouchement.

« Je suis venue à l'ANIASCOSCO parce que c'est plus proche de notre maison. En plus de cela, je connais très bien Koro (matrone) et Thiam (l'infirmière) depuis des années. Elles me considèrent comme une jeune sœur. J'ai déjà accouché ici lors de ma première grossesse et sans problème. On se connaît bien, je n'ai pas besoin de leur faire un cadeau pour ça ».

### *Cas 2*

« Cela fait la quatrième fois que j'accouche ici. A part mon premier enfant, tous mes autres enfants sont nés ici » nous a dit la femme. Elle connaît très bien la matrone et son mari (qui est aussi le président du CSCOM) puisqu'elle et son mari étaient en location chez eux. Elle connaît presque tout le personnel du centre depuis au moins 3 ans sauf le médecin, la sage-femme et les stagiaires puisque ceux-ci sont nouveaux dans le CSCOM. « C'est Koro, la matrone, qui a tout fait pour que je vienne faire les CPN. Elle a même payé les frais pour mon échographie et mon ordonnance. Son argent lui sera remboursé quand mon mari aura les moyens » nous a dit la jeune femme.

### *Cas 3*

« Ici, je ne connais que l'aide-soignante qui habite à côté de notre maison. Mais il n'y a rien d'autre entre nous. D'ailleurs, c'est la première fois que je viens ici, même si je sais que ça existe, car je passe souvent devant la porte ».

(enquêtes de Ouodjouma Togola, Niamakoro, Bamako)

Prenons d'autres exemples à Dakar.

### *Cas 1*

Khady est une parturiente venant de Yeumbeul « Il y a une maternité près de chez nous mais ma mère connaît ici car moi-même je suis née ici, comme aussi tous mes frères. Ma mère les connaît et y trouve quelques facilités. Mais, de toutes les façons, les sages-femmes sont bien, comme le soulignait d'ailleurs l'accompagnatrice de ma voisine de chambre » (compte rendu d'un enquêteur à Dakar).

C'est dans le même sens que va la mère de cette parturiente en instance de sortie : « Les sages-femmes sont excellentes, elles reçoivent bien les

clientes , car j'ai moi même fait tous mes accouchements à Dominique. Je connais plusieurs générations de sages-femmes à Dominique. Il y a ici une tradition de bon service. Voilà ma fille qui a accouché ici. Elle s'apprêtait à sortir et on venait de lui « arranger » ce qu'il lui restait à payer dans ses frais d'hospitalisation ».

(enquêtes de Tenning Niang et Babacar Mboup, Pikine, Dakar, 1999)

### *Cas 2*

– « Donc, c'est votre fille qui a accouché.

– Oui, elle a 15 ans, c'est son cousin qui lui a fait ça et il a disparu depuis lors, heureusement j'ai une sœur qui travaille ici comme bénévole, c'est elle qui m'a dit de l'amener ici et elle a demandé à la sage-femme qui est là de me faciliter les choses, sinon je ne sais pas ce que je serais devenue, je n'ai pas les moyens mais comme je savais qu'elle allait bientôt accoucher, j'ai mis 15 000 FCFA de côté, tu vois, il ne me reste plus que 2 500 FCFA et c'est sûr qu'elle viendront demander encore de l'argent. Mais ça aurait été pire si ma « sœur » ne leur avait pas demandé de diminuer pour moi ».

(enquêtes de Thérèse Diouf, Guédiawaye, Dakar, 1999)

Pour ceux qui sont dépourvus de telles connaissances, on relève des micro-stratégies pour nouer un lien personnel avec un membre de la structure. Exemple à Abidjan :

Les stratégies utilisées pour lier une amitié dans une formation sanitaire : toujours saluer la personne, lui faire des cadeaux de temps en temps. C'est surtout les sages-femmes qui en reçoivent (savon, oranges, etc.).

Comment se faire connaître par un personnel de la structure sanitaire ? Pour se faire connaître des sages-femmes ou des filles de salle par exemple à Abobo : « Il faut venir beaucoup de fois (au centre de santé). Des fois, pour dire bonjour seulement, des fois, tu viens causer avec elles, tu regardes bien celle qui travaille bien et puis qui cause et rit avec tout le monde, le jour tu viens, tu vas la voir, tu lui donnes quelque chose, et puis elle devient ta camarade. Tu peux payer pain comme cela ou bien ce qui te plaît pour lui donner » (Wassa, 26 ans, 28/6/99).

(rapport M. Koné, Abidjan )

De fait, dans la réalité et de façon systématique, l'utilisateur, qu'il soit nouveau ou habitué, ne perçoit pas la structure de soins et ses prestations en dehors du lien particulier qu'il est susceptible de tisser avec un agent de la structure. Lorsque l'on connaît quelqu'un dans une maternité ou dans un centre de soins intégrés, on y va avec la certitude d'en ressortir satisfait ; lorsque l'on ne connaît personne, on y va avec l'espoir de

connaître quelqu'un. Il est clair que c'est l'absence de dispositif d'accueil d'information et d'orientation qui crée et entretient la quête de la relation privilégiée par les usagers. En plus des différences classiques entre classes sociales (riche et pauvre, instruit et non instruit, adulte et enfant, ...), cette tendance accentue l'inégal accès aux soins.

### **La mauvaise qualité de l'accueil et des soins**

Pour les usagers des services publics de santé, les indicateurs de la qualité et de l'équité dans l'accès aux soins se mesurent à l'accueil et aux soins dispensés. L'accueil s'entend au sens strict, c'est-à-dire en référence aux manières de recevoir les gens, de les écouter et de leur parler en tant qu'individus. Ce qui nous renvoie à la société en général et, notamment, aux us et coutumes en matière de bienséance mais aussi de sociabilité. Cela implique que l'accueil ne se limite pas aux échanges de salutations, préalable à toute interaction. L'accueil, ce sont toutes les manières de considérer (regarder, écouter, parler avec) l'autre tout au long d'un face à face. Les lieux d'interaction sont multiples, de l'entrée principale d'une structure tenue par le gardien à la salle de soins où se font les pansements. Les soins concernent le déroulement technique et administratif des activités des services de santé. Ce sont les gestes (faire un pansement, accoucher, poser une perfusion, faire un toucher vaginal, etc.) et l'expression (affectueuse, méprisante, agacée, indifférente ou hostile) qui les accompagne. Cet ensemble gestuel n'est pas séparé de l'accueil tel que défini plus haut ; les deux sont indissociables et s'imbriquent de manière à faire du parcours thérapeutique un continuum réel. De ce fait, la qualité se juge au terme de la quête thérapeutique, et s'applique à ce continuum, à l'ensemble du parcours. Les critères d'appréciation participent des normes sociales relatives à la morale de manière générale, ainsi qu'à la gestion du bien public en particulier.

Comment se construit ce continuum accueil-soins, sur lequel se juge la qualité perçue du point de vue des usagers accédant aux services publics de santé ? On peut l'observer sur diverses scènes. La première est la porte d'entrée principale, ou encore l'entrée en matière. Il y a ensuite une longue scène, ou un ensemble de petites scènes étroitement liées, où l'on voit l'usager négocier sa place (sa prise en compte, sa considération) avec l'agent. Enfin, le troisième moment est la conclusion du « spectacle ».

**Acte un : l'entrée en matière**

Il n'y a nulle part, dans les structures visitées, un service organisé d'accueil et d'information ou un dispositif avec signalement écrit permettant de s'orienter entre les différents services. Le patient ou le visiteur entre dans un espace où il est obligé, s'il vient pour la première fois et s'il ne connaît personne, de trouver lui-même quelqu'un (peu importe l'interlocuteur) pour se renseigner : où est-ce que l'on doit s'adresser pour ci ? Qui est-ce qui s'occupe de ça ? Comment ça se passe ? Combien ça coûte ? A la place du service d'accueil dans les centres de santé, il y a soit le gardien à la porte principale, soit les manœuvres ou les filles de salle, ou encore n'importe qui (patient, accompagnant, visiteur, enquêteur, etc.) dans le hall d'attente ou dans les couloirs de la structure sanitaire.

De par leur statut, les gardiens s'occupent de la sécurité d'une structure sanitaire. Nous avons vu, de façon concrète, que leurs occupations sont plus nombreuses : entretien de la cour (de l'enceinte) de la structure sanitaire, quelques activités privées « occultes », une exploitation maraîchère ou assimilée. Dans nos entretiens, ils ne parlent jamais de l'accueil ; pourtant, partout, c'est une tâche à laquelle ils s'adonnent, notamment aux heures de service et pendant les grèves sans service minimum. Voyons comment ils s'y prennent :

**Exemple 1**

Nous sommes au portail d'entrée principale d'une maternité. Les deux battants du portail sont fermés. Le gardien est assis sur une chaise contre le plus large des battants à son extrémité. Il a placé un banc pour les deux observateurs à côté de lui. Une jeune femme arrive, accompagnée d'une fillette.

La femme : « Bonjour »

Le gardien : « Bonjour. Où vas-tu ? »

La femme : « A la maternité. »

Le gardien : « Pour quoi faire ? »

La femme : « Prendre des comprimés. »

Le gardien : « Ah ! C'est pour l'espacement des naissances ? Montre-moi ton carnet. »

La femme : « Le voilà. »

Le gardien : « Je t'ai vue hier aussi ici. »

La femme : « Oui. La soignante n'était pas venue ; donc je suis revenue ce matin. »

Le gardien : « Bon, tu peux passer. Mais, et cette fillette ? »

La femme : « C'est ma fille. »

Le gardien : « Que me dis-tu là ? Cette "grande demoiselle" serait ta fille ? Ce n'est pas croyable, voyons ! »

La femme : « C'est pourtant vrai. »

Le gardien : « Bon, admettons. Mais qu'est-ce qu'elle va faire avec toi ? »

La femme : « Elle m'accompagne. »

Le gardien : « Ecoute-moi bien. Cette fille ne vient pas ici pour quelque chose ; elle n'a besoin de rien ; elle ne te sert à rien. Alors, qu'elle t'attende ici. »

La femme : « Et pourquoi tu as laissé la femme qui me précède passer avec ses deux enfants ? »

Le gardien : « Ah ! C'est donc ça ? Tu cherches des histoires maintenant ? »

La femme : « Non. Pourquoi ? »

Le gardien : « Alors tu vas rester dehors. Ici, c'est un lieu de travail ; ce n'est pas le marché. »

La femme : « Je te prie de m'excuser. C'est tout juste une plaisanterie. »

Le gardien : « Bon, passe ; ta fille attend ici. »

### *Exemple 2*

Nous sommes au portail d'entrée principale d'un CSMI. Deux femmes, l'une portant un enfant dans ses bras, ouvrent le grand portail, saluent un groupe d'hommes (le gardien, deux de ses amis et les deux observateurs) assis près de la maison du gardien. Elles s'avancent vers l'entrée du bâtiment. Tous, les hommes, les regardent.

Le gardien : « Laissez les faire ; elles vont revenir nous trouver ici. »

Nos femmes entrent dans le bâtiment et ressortent aussitôt. Elles se dirigent vers le groupe d'hommes.

Une des femmes : « Nous avons un enfant malade. Il y a maintenant 2 jours qu'il souffre ainsi. Sa mère revient d'un voyage en campagne où elle s'est rendue pour un mariage. C'est ... » (elle est interrompue par le gardien).

Le gardien : « Il n'y a pas de travail aujourd'hui ; les agents sont en grève. Prenez patience et revenez dans 3 jours quand le travail reprendra. »

La femme : « Il n'y a pas de travail ? Alors comment allons-nous faire ? Il s'agit d'un enfant qui est malade et cela depuis 2 jours ! Comment attendre encore ? »

Le gardien (irrité) : « Je vous le répète, les agents sont en grève aujourd'hui et pour 3 jours encore. Ce n'est pas ma faute, et d'ailleurs ce n'est pas leur faute à eux aussi. Alors, vous devez chercher ailleurs. »

La femme : « Mais où diable, s'il y a grève ? »

Le gardien (presque en s'emportant) : « Je viens de vous le dire. Prenez patience ou bien allez voir dans un centre médical privé. »

La femme : « Dieu est grand ! (S'adressant à l'autre femme) Allons-nous-en ; il n'y a pas de solution ici. »

(enquêtes de A. Souley, Niamey, 1999).

On se croirait devant une sentinelle à l'entrée d'une caserne militaire. Sur les deux exemples ci-dessus, le ton n'est même pas à la courtoisie : il est subrepticement hautain et d'un air agressif. Il n'y a même pas de place pour la plaisanterie. L'usager apparaît tellement dominé qu'un gardien peut se permettre de lui demander son carnet de santé alors qu'il ne sait pas lire. Cela va plus loin dans le second exemple où, sachant bien ce qui les attend, le gardien laisse pourtant les deux femmes s'aventurer dans la structure vide d'agent.

Passé le gardien, à l'intérieur de la structure, l'usager parvient au hall d'attente. Il n'y a pas de problème dans les unités sanitaires, comme les maternités, notamment quand il s'agit d'accouchement. Les filles de salle sont plutôt chaleureuses et on conduit rapidement la femme dans la salle d'accouchement. Par contre, s'il s'agit d'une autre activité comme le planning familial, l'accueil est comparable à celui que peut recevoir tout usager anonyme dans le hall d'un autre service de santé. Quand on y arrive, il faut saluer, s'asseoir s'il y a de la place, et attendre son tour.

Le nouveau venu est censé connaître le fonctionnement et les procédures en cours dans la structure. Or l'observation montre que c'est justement l'ignorance qui est de règle chez la majorité des usagers. Ce climat est entretenu aussi bien par les agents de santé que par les usagers des services de santé. Pour les personnels, il y a certainement tous les aspects bureaucratiques et routiniers qui fondent l'organisation du système général de santé en lui-même. Par contre, chez les usagers, même lorsque l'on est un habitué des lieux, on s'attache moins à connaître et à maîtriser les procédures de fonctionnement qu'à établir des relations privilégiées avec les agents de santé, afin de recevoir un bon accueil et d'être bien soigné (cf. supra). Nous avons bien montré qu'il s'agit, pour l'usager, de « sécuriser », d'humaniser la relation thérapeutique, de trouver sa place dans le système. Or, à l'observation et aux multiples contacts qu'il a avec les structures et les personnels de santé, l'usager voit bien que les règles et les procédures officielles ne sont pas des garanties satisfaisantes. Elles ne sont quasiment pas opérationnelles. Ce qui n'est pas le cas des « relations sociales » quotidiennes, du réseau de sociabilité extra professionnel. On privilégie donc le lien qui s'étend au delà de l'interaction thérapeutique... au dépens des procédures officielles. Ce qui arrange tout le monde.

### *Acte deux : la négociation de sa place par l'usager*

Après l'entrée en matière, vient la négociation de sa place par l'usager. Lorsque le parcours thérapeutique est sécurisé, notamment par la connaissance d'un membre du corps médical, le problème ne se pose pas. L'usager est accueilli à bras ouverts, chaleureusement ; il sortira nécessaire-

ment satisfait de son parcours. Il bénéficie d'une « sur personnalisation » de la relation thérapeutique du fait du lien particulier qu'il a avec un personnel de santé : il est bien accueilli, il n'attendra pas, une solution se trouve au terme de son itinéraire. Par contre, lorsque l'interaction avec le soignant n'est pas sécurisée, on assiste plutôt à une sorte de déshumanisation : l'accueil ne sera pas enthousiaste, l'attente sera longue, et aucune solution n'est garantie. L'utilisateur est alors démuni face au soignant, dans un environnement inhospitalier et qui peut devenir à tout moment hostile.

Des trois éléments de l'interaction (accueil, attente, solution), l'attente est celui qui paraît le plus sensible chez les usagers. L'attente se fait généralement dans un hall, grand toit dont deux côtés sont ouverts, les deux autres donnant sur les portes de différents bureaux ou salles. Elle peut se faire aussi, lorsqu'on n'a pas de place, à l'ombre des bâtiments ou sous un arbre quelconque dans l'enceinte de l'établissement de soins. Dans tous les cas, c'est au cours de cette période que les usagers ont l'occasion d'observer les agents dans leurs pratiques quotidiennes. L'attente dure un certain temps (comme nous l'avons vu plus haut), donc l'observation des agents par les usagers aussi. Une part très importante des reproches que ces derniers font aux premiers vient de cette observation «forcée». L'autre part vient des conversations que les usagers ont entre eux durant l'attente (ou même en dehors de la structure sanitaire). Cependant, il ne nous semble pas que ce soit le fait d'attendre qui soit la source des reproches. En effet, ce qui fait que l'attente est insupportable, c'est ce qu'on voit durant l'attente, ce que les usagers observent, et ce dont ils discutent. Or, que donnent à voir en spectacle les différentes catégories de personnel ? Leur gestion du temps et de l'espace et certaines pratiques qui ne respectent pas les normes et la déontologie.

### *Ponctualité et respect des horaires de travail*

Le service commence partout, à l'exception des gardes et des permanences, *au plus tôt* vers 9 heures le matin et vers 16 heures l'après-midi. Il s'achève le matin dans les environs de 11 heures et l'après-midi à 17 heures et demie *au plus tard*. Cela nous amène à un maximum de 4 heures de travail par jour soit 20 heures par semaine, au lieu de 40 heures légales. Pour les gardes et permanences, les agents alternent 12 heures de service et 48 heures de récupération. On arrive là à un maximum de 24 heures par semaine.

*Un poste de travail dans un CSMI, le 8 mars 1999*

Nous sommes là depuis 7 heures et 20 minutes précises. A notre arrivée, il y avait dans le hall d'attente du CSMI une bonne vingtaine de femmes et d'enfants. Aucun membre du personnel, en dehors bien sûr du gardien, n'est sur place. Un premier manoeuvre arrive à 7 heures et 48 minutes. Il passe 5 minutes chez le gardien, avant d'aller chercher ses outils et se mettre au travail. Dix minutes après lui, une secouriste arrive.

Aux consultations de nourrissons, les thermomètres sont remis aux patientes. Seule notre secouriste est en place. Il est 8 heures et 25 minutes. C'est à cet instant que la première infirmière franchit l'escalier du hall d'attente. Nous notons d'autres arrivées entre 8 heures et demie et 9 heures moins le quart.

Revenons à notre secouriste. Elle est en train de compter l'argent des carnets vendus. Dans un des bureaux, les infirmières sont en train de causer. En fait, les consultations ne commencent que lorsque le service de tri (là où se trouve la secouriste) commence à faire passer les femmes. Ce jour, cette procédure débute à 9 heures et 5 minutes. Une dame, avec son enfant malade, passe. La secouriste lui indique le bureau dans lequel elle doit se présenter.

A cette heure, seule la secouriste fait son travail : elle prend le poids et la température des enfants, elle les note sur le carnet ; la femme continue son chemin, après, dans un des bureaux des infirmières. Une patiente vient avec son carnet déchiré. La secouriste lui conseille de le plastifier si elle le veut le garder longtemps. Pour plastifier les carnets, il suffit de voir le chauffeur de l'ambulance du CSMI ; on le trouve en sortant du hall d'attente, à l'ombre d'un arbre.

Le gardien du centre anti-lèpre vient avec une femme et son enfant malade. On s'occupe directement de la femme alors qu'il y avait plus de 10 femmes dans le hall d'attente. Il est intéressant de noter que les femmes qui attendent ne disent rien du tout ; on n'a même pas l'impression qu'elles bouillent.

Il est 9 heures et 14 minutes. Un cas d'urgence arrive (la secouriste dit que c'est un cas d'urgence). Elle ne prend pas le poids, mais elle prend la température qui est de 36°. L'enfant n'a pas de fièvre, dit-elle. Elle indique à la femme un bureau où se trouve une infirmière. Cette dernière, après avoir regardé les yeux et la bouche de l'enfant, conclue qu'il est anémié. Elle remplit un papier qu'elle donne à la mère, en lui disant de se rendre à l'hôpital national de Niamey. La secouriste continue son travail d'aiguillage et le hall d'attente se vide petit à petit.

A 10 heures précises, notre infirmière quitte son bureau. Elle se dirige vers le portail d'entrée principale. Un quart d'heure après, elle est de retour. A son retour, il n'y avait qu'une seule femme qui attendait. Une deuxième secouriste est venue rejoindre la première. Les 2 femmes discu-

tent de tout et de rien. L'infirmière fait de la lecture. Elle est rejointe par une de ses collègues dans le bureau ; elles bavardent.

Il sera bientôt 10 heures et demie. Il n'y a aucune patiente. Au moment où nous voulons interroger une des secouristes, voilà une femme qui arrive. Elle est habillée, comme d'ailleurs la plupart des femmes de ce matin, en « izaliste »<sup>5</sup> Elle a un enfant. La secouriste, qui la connaît apparemment, lui demande si l'enfant se remet. Ce à quoi la femme répond que ça va mieux. La secouriste note quelque chose sur le carnet de la femme et l'invite à aller voir l'infirmière. Environ 30 secondes après, la femme et son enfant quittent le bureau de l'infirmière et repartent à la maison.

Il est 10 heures et 55 minutes. Il n'y a aucune activité de soins. Rien à faire. Sauf bavarder, tricoter ou... s'en aller.

(enquêtes de A. S. Tidjani Alou, Niamey, février 1999)

### *Un bureau et la salle de consultation curative dans un CSI*

Le bureau du major

C'est tous les jours (du lundi au dimanche entre 9 et 10 heures, voire au-delà selon l'affluence des malades) qu'ont lieu les consultations curatives dans le bureau du major. Les après-midi, le major reste en compagnie des infirmières dans la salle réservée aux soins curatifs. Pendant les grèves sans service minimum, le bureau du major est fermé. Le major fait ses consultations toujours muni d'un stéthoscope pendu à son cou. Il l'utilise surtout pour les enfants malades. De même, il se sert d'un thermomètre et d'une balance qui est presque toujours dans le hall où ont lieu les pesées des patients (ceux qui viennent pour les CPN, la PF et les consultations curatives).

Dans ce bureau, il y a un placard (d'où le major fait souvent sortir des produits), une table de consultation, un grand bureau, une chaise et 2 fauteuils. Le reste du personnel fait fréquemment irruption dans le bureau du major, qui pour demander un objet, qui pour «référer» un «cas particulier», qui pour raconter des banalités du genre «à qui le tour pour la tontine, une telle est presque à terme». Les dimanches, sont disponibles dans le bureau du major des reçus, des carnets et quelques produits médicaux. Cela s'explique par le fait que le percepteur et la vendeuse en pharmacie sont de repos ce jour-là.

---

5. Le terme se dit pour désigner les adeptes d'une secte islamique fondamentaliste d'obédience wahabite, dénommée « Izala ». Les femmes « izalistes » portent généralement une robe longue (jusqu'à la cheville), des manches longues (jusqu'au poignet), et de couleur unie ; elles sont coiffées d'un voile qui ne laisse apparaître que les yeux.

***La salle du curatif (consultations et soins)***

La salle du curatif comprend 2 pièces. A l'avant, il y a la pièce où se déroulent les consultations menées par une infirmière. Elle est quelquefois épaulée par 1 ou 2 étudiants de la faculté de médecine. A l'arrière, se trouve la pièce des soins (piqûres et pansements). La consultation se déroule de la même façon que chez le major à la seule différence que l'infirmière ne dispose pas de stéthoscope. Cette salle est assez bruyante du fait des causeries entre soignants (au moins un d'entre eux tient toujours compagnie à celle qui consulte) et des nombreuses allées et venues de ceux-ci entre différents postes et le hall où ils font les pesées et la prise de température. Notons ici que le seul thermomètre qu'on balade entre tous les patients n'est presque jamais nettoyé quand il change d'utilisateur. Le patient qui est consulté par le major ou les infirmières passe ensuite à la pharmacie pour l'achat des médicaments, s'il est muni d'une ordonnance. Pour ceux qui ont des pansements à faire ou ceux ayant déjà leurs ampoules (précédemment payées) pour les injections, ils vont directement dans la salle des soins. Le plus souvent, c'est une infirmière bénévole qui est chargée d'administrer des piqûres et de faire les pansements aux malades. Il y a dans cette salle 2 chaises où s'installent les malades, une table où sont déposés quelques produits (coton, mercurochrome, ciseaux, eau distillée,...). Les patients auxquels on fait les piqûres sont toujours exposés au regard d'autrui ; cela, même quand la principale porte du curatif est fermée. Ce qui d'ailleurs n'est pas toujours le cas. En effet, l'entrée entre la pièce de consultation et la pièce des soins n'a pas de porte. La première pièce aussi tient lieu de « cantine » pour les soignants qui prennent tous les matins leur petit déjeuner (*kopto, dambu,...*) entre 8 heures 30 minutes et 9 heures.

La salle du curatif est en activité du lundi au dimanche de 8 heures à 12 heures pendant les matinées et de 15 heures 30 minutes à 18 heures, les après-midi. Toutefois, les activités sont moins intenses à partir de 10 heures, dans la matinée. Dans la soirée, les malades viennent au compte-goutte entre 16 heures et 17 heures. En période de grève avec service minimum, les consultations au niveau du poste du curatif cessent à partir de 10 heures et les après-midi elles n'ont pas du tout lieu. Enfin, les jours fériés et lorsqu'il y a grève sans service minimum, tout le CSI reste fermé.

(enquêtes de Hadiza Moussa, Niamey, mai 1999)

Comme il est facile de le voir, la charge de travail est loin de la durée légale. Bien sûr ce n'est pas toujours le fait des soignants. Cependant, on peut se demander quel accueil sera réservé à une mère qui arriverait au CSMI après 11 heures. L'organisation des tâches est telle que les agents disposent d'un temps mort considérable. Alors que les activités pour-

raient s'étaler de 7 heures 30 à 12 heures 30 par exemple, elles sont concentrées entre 8 heures 30 et 10 heures 30. C'est la source des longues attentes alors qu'on peut aisément imaginer un système de rendez-vous individuel ; on aurait ainsi le temps d'écouter et de traiter convenablement les usagers, mais aussi d'assurer pleinement le service public.

Au delà des horaires de service, il y a le temps de repos. Cela concerne principalement les sages-femmes. En effet, les pratiques en matière de temps dit de «récupération» après une garde révèlent un véritable flou artistique. Il va de 48 heures minimum à 5 jours !!! Selon le personnel disponible, on pratique soit 12 heures, soit 24 heures de garde. Quelle que soit la durée de la garde, la «récupération» s'étale au moins sur 2 jours. En considérant ce minimum, une sage-femme travaillerait exactement 10 jours sur 22 payés par mois (déduction faite des week-end). Si, outre cela; on sait que les sages-femmes passent souvent leur temps de garde à dormir, on peut légitimement se poser des questions sur certaines revendications.

### *L'exécution du travail*

Passons à l'exécution des tâches. L'essentiel du travail, comme il ressort dans différents récits, est effectué par le personnel subalterne ou non qualifié, à savoir les élèves stagiaires, les bénévoles, les filles de salle, les secouristes et les manœuvres.

### *L'art d'imiter*

Si les bénévoles sont parfois qualifiés et s'épuisent à la tâche dans l'espoir d'un recrutement, les filles de salle, les secouristes et les manœuvres se prennent souvent pour des sages-femmes ou des infirmiers : ils effectuent les mêmes gestes que les professionnels. C'est le cas, par exemple, de ce manœuvre, de cette secouriste et de cette fille de salle :

Monsieur Abdoulaye, manœuvre de son état, a appris durant sa carrière à faire les injections et les perfusions et à se traiter pour les «maux simples», tels que les maux de tête, les coliques. Les injections, il les fait lors des contrôles sanitaires qui ont lieu dans les campagnes. En outre, Abdoulaye traite ses enfants à la maison, avec les comprimés essentiellement. Il n'a jamais osé leur faire des injections parce que, dit-il, il n'a pas confiance pour en avoir été victime (enquêtes de H. Moussa, Niamey, mai 1999).

Elle s'appelle Rabi Maigari, elle est âgée de 25 ans, célibataire et habitant au quartier Gamkalé Sebangay. Elle est bénévole.

Rabi a arrêté ses études en classe de cinquième au collège, suite à une longue maladie. A sa sortie de l'hôpital, Rabi a préféré suivre avec ses amies de la Croix Rouge une formation en secourisme. Après les 6 mois de formation, elle était la seule à être admise au test organisé par la Croix Rouge. (...)

Après sa formation, le président de la Croix Rouge nigérienne l'a amenée auprès du major du CSI de Boukoki pour un stage. Pendant son apprentissage, Rabi a passé environ 7 mois dans la salle de pansement. Elle venait chaque matin et chaque soir. Quand elle a appris à faire le pansement, le major lui a suggéré de venir seulement le matin. Après, elle a commencée à faire la garde (pour la garde, il faut une secouriste et une infirmière). Ce même major lui a trouvé un travail de remplaçante au cabinet Ango, où elle a passé 7 mois aussi. Au CSI de Boukoki, il lui arrive de faire des consultations si le major est absent, et même de prescrire des ordonnances aux malades. Actuellement, elle s'occupe de la salle d'injection.

(enquêtes de A. S. Tidjani Alou, Niamey, mai 1999)

Bonzougou, fille de salle, dit qu'elle n'a jamais eu une quelconque formation ici à la maternité, ni au CSMI. Elle ajoute, cependant, qu'elle faisait déjà des accouchements dans le quartier Talladjé.

« Au CSMI, notre travail était plutôt un travail d'animation puisqu'il consistait à aller dans le quartier de maison en maison pour expliquer aux femmes l'utilité des CPN et des vaccinations et les convaincre pour qu'elles viennent aux consultations, parce que, jusqu'à l'ouverture du CSMI, des femmes enceintes de Talladjé ne vont pas en consultations ; souvent, beaucoup accouchaient même à la maison. A la maternité notre travail consistait à faire le ménage (nettoyer les murs et la salle d'accouchement, faire les lits dans les suites de couches) et surtout à assister les sages-femmes et l'infirmière au moment des accouchements. Outre l'accueil que nous faisons dès que la parturiente arrive et se couche sur la table, nous plaçons une bassine sous la table pour récupérer le sang et une nappe en plastique apportée par la femme sur la table à l'endroit où le bébé sera accueilli. C'est la fille de salle qui chauffe de l'eau pour la toilette du bébé, c'est elle qui lave le bébé et lui fait le pansement ombilical. La fille de salle appuie sur le ventre de l'accouchée après extraction du placenta pour évacuer le reste de sang ; elle prend ensuite les pagnes sales de l'accouchée et le placenta dans le haricot pour les remettre à l'accompagnatrice. c'est également la fille de salle qui place une couche à l'accouchée et l'accompagne en suites de couches pour l'installer ».

(enquêtes de A. Tidjani Alou, Niamey, avril 1999)

## Apprendre, c'est faire le travail

Quant aux élèves stagiaires, en leur présence les agents titulaires n'accomplissent tout simplement aucune tâche ; on s'endort confortablement et on sermonne copieusement l'incapable élève qui ose troubler le sommeil du titulaire pour le moindre problème. Nous avons déjà présenté, ci-dessus, le récit d'une élève ; complétons le tableau avec cette observation menée dans la nuit du 8 au 9 août 1999 :

Une sage-femme vient en maugréant devant une femme en train d'accoucher et entourée par 3 élèves stagiaires et 2 filles de salle dubitatives : « Qu'est-ce qu'il y a ? »

Une fille de salle, presque en s'emportant et coupant la parole à une des stagiaires qui balbutiait : « Ce sont ces petites élèves de maintenant qui paniquent alors qu'elles ne connaissent rien et qu'elles refusent que nous leur montrions comment faire ; je leur ai dit de ne pas te réveiller et de nous laisser faire si elles ne peuvent pas. Faire accoucher une femme ne s'apprend pas sur des cahiers. »

La sage-femme, jurant : « Mais c'est une «primi» non ? Ce sont des pousseuses qui refusent de pousser, elles aiment le plaisir mais pas la souffrance. Déchirez la et faites un forceps au besoin, c'est tout. »

La fille de salle : « Qu'est-ce que je vous avais dit ? »

La sage-femme, repoussant une des stagiaires et s'adressant à une des filles de salle : « Aide-moi. Je me demande vraiment ce qu'on vous apprend maintenant à l'école. Ces sages-femmes "nouvelle formule" ! A votre place, c'est une honte pour moi de déranger ma titulaire pour un si petit problème. D'ailleurs ce n'est même pas un problème... »

(Aboubacar Souley, rapport d'observation-supervision, Boukoki)

Les exemples ci-dessus montrent que : « *Les hiérarchies sont "décalées vers le haut". (...) Les tâches effectuées ne correspondent pas aux fonctions assignées* » (Jaffré, 1999 : 6). Ce sont les filles de salle et les manœuvres qui pratiquent les soins infirmiers, les secouristes qui prescrivent des ordonnances, etc. Tout cela n'a rien à voir bien sûr avec les organigrammes officiels ; mais tout cela est bien toléré aussi bien par les personnels que par leur hiérarchie au niveau du ministère de la santé.

## Gestion de l'espace

Le personnel se restaure généralement en groupe dans une des salles de ses bâtiments. Il faut souligner qu'il s'agit presque exclusivement du personnel féminin. Ce sont les manœuvres, les filles de salle, les élèves

stagiaires de l'ENSP ou encore les bénévoles qui font les «corvées». On prend le petit déjeuner entre 8 heures et 9 heures et une collation vers 16 heures. Bien entendu, et là encore, les patients attendent sagement que commence le travail.

Nous sommes à la maternité de Boukoki, le 6 août 1999, notre enquêteur suit l'équipe de permanence. Il est en place depuis 7 heures et 45 minutes. Depuis le hall d'entrée, il nous décrit les mouvements des soignants.

Il est 8 heures et 10 minutes. L'infirmière qui se charge des vaccinations des nouveau-nés arrive. Elle est suivie par le manœuvre et par l'infirmière de garde jusqu'à son bureau. Les accompagnatrices discutent avec une fille de salle sur une ordonnance. Une sage-femme qui ne voulait pas faire la consultation pour le moment (elle est mariée à un grand commerçant de la place) chasse l'accompagnatrice. Elle invite la femme en grossesse à aller s'asseoir sur le banc dans le hall d'attente. En fait, elle veut prendre son petit déjeuner dans la salle d'accouchement.

(enquêtes de A. S. Tidjani Alou, Niamey, mai 1999)

Quand on observe ce genre de scène, où le personnel soignant s'enferme dans un bureau pour prendre son petit déjeuner ou une collation alors que des femmes et des enfants attendent dehors, on pense à un tableau surréaliste. La porte du bureau qui est fermée pour se cacher des yeux des patients (alors que les usages sociaux voudraient qu'on invite à manger celui qui est là au moment où on passe à table), au-delà du caractère non réglementaire, est un mur qui se dresse entre ceux qui «possèdent» les lieux et ceux qui y sont étrangers.

La présence des malades n'empêche en rien de recevoir des visites, des « passes » (et d'accorder aux visiteurs plus de temps et d'intérêt), que ce soit pour des soins ou pour des raisons autres. On prend son temps, on reçoit son visiteur, on le présente aux collègues, on s'entretient en privé avec lui. Cela arrive parfois même en pleine consultation. Les patients attendront :

Fragments d'une observation chronométrée dans un CSI, le 3 juin 1999.

8 h 15. Lorsque je me suis installé dans le hall, le major était dans la salle d'injection avec un jeune homme. Quant aux secouristes bénévoles, elles sont assises là, dans le hall, à ne rien faire.

8 h 30. Le major revient de la salle d'injection. Il va dans la salle de consultation. Il retrouve deux amis à lui. Ils se mettent à bavarder, sans tenir compte de tout le public assis là et qui entend parfaitement les conversations. Parmi le public, deux patients (un homme et une femme)

attendent. Ils sont assis sur le banc. Après le départ des amis du major, il commence la consultation. Le passage des deux patients chez dans son bureau dure au total 12 minutes. Le major reste là pendant une dizaine de minutes encore, avant de ressortir pour se diriger vers le portail d'entrée du CSI.

9 h 35. Il y a une patiente, bien habillée, qui vient s'asseoir dans le hall. Elle attend le major (qui n'est pas là) pour se faire soigner. Lorsqu'il est revenu, il a dit à la femme, qu'il connaît apparemment, d'attendre un peu. Il entre dans le bureau réservé qui fait office de pharmacie. Il en sort avec une seringue, une ampoule de «quinimax» et du coton. Ensuite, il invite la femme à entrer dans la salle d'injection. Quelques instants après, la femme ressort de la salle d'injection.

9 h 42. Je suis toujours assis dans le hall, avec les trois secouristes du jour et le major. Aujourd'hui, il parfume toutes les salles du dispensaire avec de l'encens. Une fois arrivée dans la salle de pansement, il appelle la secouriste qui fait les pansements à venir balayer et nettoyer cette salle. Il semblerait qu'elle est très sale. Après la séquence d'encensement des salles, il revient parmi nous, pour discuter du thème qui le préoccupe aujourd'hui : la salubrité.

9 h 47. Le major quitte encore le dispensaire, pour aller vers le CSMI. A noter qu'il n'y a aucun agent capable de faire une consultation.

9 h 57. Le major revient de sa balade. Trois malades l'attendent dans le hall. Sans leur dire un seul mot, il entre dans son bureau. Il va droit au réfrigérateur et se met à casser de la glace.

10 h 00. Il commence la consultation. Cette fois-ci, les patients demeurent moins de temps dans le bureau du major (durée totale pour les trois : 4 minutes). Une fois les consultations expédiées, le major ressort encore, en direction du CSMI.

10 h 10. Il revient. Il trouve un homme avec sa fille malade. Ils attendent devant la salle de consultation. Lorsqu'il est entré dans son bureau, il dit au monsieur d'entrer : « hé là ! entre ». Le monsieur qui prend la main de sa fille entre dans le bureau. Quelques instant après, il ressort avec une ordonnance.

10 h 15. Après la consultation de cette fille, le major part cette fois-ci chez lui.

10 h 30. Le major revient de chez lui. Il trouve une élève qui l'attend dans le hall. Sans rien dire, il entre dans son bureau, appelle l'élève. La jeune fille ressort 3 minutes après avec une ordonnance. Après cette consultation, le major reste enfin dans son bureau. Il fait du rangement.

11 h 30. Il n'y a aucun malade dans le hall. Le major est sorti de son bureau, pour venir bavarder avec nous sur la dégradation des mœurs.

(enquêtes de A. S. Tidjani Alou, Niamey, mai 1999)

C'est dans la même logique que le lieu de service peut constituer un lieu de repos. Quand il n'y a plus de malade à recevoir ou quand on est de garde ou de permanence avec des élèves stagiaires, on se repose allègrement sous le « split », la « clim » ou le brasseur d'air en attendant une urgence ou une « affaire ». En dehors de certains cas exceptionnels, on peut dire, sans exagérer, que le service fonctionne pour beaucoup comme un lieu de repos, loin des multiples activités sociales menées à la maison. Certaines femmes n'hésitent d'ailleurs pas à amener leurs enfants au travail (contre toutes les normes hospitalières) ; les petits se promèneront partout, surveillés de temps à autre par le personnel subalterne.

Enfin, « la chèvre mange là où elle est attachée » : les installations et l'équipement de service servent aussi aux besoins personnels. C'est le cas du réfrigérateur utilisé pour faire de la glace et congeler des yaourts à vendre, de la cour utilisée comme potager, jardin ou enclos pour bétail. Ce sont surtout les gardiens qui « mettent en valeur » les lieux qu'ils gardent.

On ne s'appesantira pas sur l'usage du téléphone, souvent source de conflits entre les membres du personnel soignant. Néanmoins, rappelons que les quartiers où nous avons enquêté ont un caractère périphérique par rapport au centre de Niamey, où sont concentrés les administrations et les commerces. Par ailleurs, ils sont très peu desservis en matière de communication téléphonique. Cela fait que le téléphone installé dans une maternité ou un CSI, par exemple, place le major ou la directrice dans une position d'intense sollicitation à la fois des autres membres des personnels et des parents, amis et connaissances habitant le quartier. Le souci, dans toutes les sollicitations, est d'éviter d'avoir à « descendre » en ville pour régler un problème. Il n'est donc pas étonnant de rencontrer des cas où le téléphone de service devient une sorte de cabine payante ouverte à des personnes extérieures.

Terminons par la vente et la plastification de carnets de consultations. Parfois, il existe un réseau entre des infirmières et sages-femmes et un imprimeur. Ces dernières reçoivent des stocks de carnets qu'elles vendent au moment des consultations. Cette activité n'est pas prévue. Une fois leur carnet acheté et la consultation finie, les femmes font plastifier le carnet à la sortie du centre médical par un manœuvre ou un chauffeur qui les attend.

Moussa est chauffeur d'ambulance. Il travaille au CSMI de Boukoki depuis 1989. Moussa fait la plastification des carnets de santé des femmes qui viennent en consultation. Avec cette activité, Moussa gagne, du lundi au jeudi, entre 1 500 et 2 000 FCFA par jour. Autrement dit, il gagne 6 000 à 8 000 FCFA par semaine ou 24 000 à 32 000 FCFA par mois. C'est grâce à cette activité que Moussa entretient sa famille. « Cette activité me permet de joindre les deux bouts car on ne peut pas compter sur le salaire ».

(enquêtes de A. S. Tidjani Alou, Niamey, mai 1999)

Nous sommes bien loin des organigrammes officiels et des règlements intérieurs qui fixent clairement les modalités de fonctionnement des services, les tâches et responsabilités précises de chacun, et les droits des usagers. Faire attendre les patients, se restaurer sous leurs yeux, faire du bureau un lieu de repos, abuser des équipements ou encore exercer une activité lucrative illégale dans l'enceinte d'une structure médicale impliquent une conception, une interprétation et une pratique de la profession en contradiction flagrante avec des normes théoriques apprises. La privatisation du lieu de travail s'effectue automatiquement, disons presque inconsciemment. De nouvelles « normes », réelles celles-là et opérantes, fonctionnent sans avoir besoin d'être dites : « c'est comme ça que ça se passe ». Le « ça » autorise alors le genre de comportements que nous venons de décrire. Les barrières qui séparent les soignants et les soignés sont renforcées encore un peu plus.

### *Les pratiques contraires aux normes et à la déontologie*

Ces phénomènes sont : les faveurs, d'un côté, et les transactions autour du médicament ou de certains actes médicaux de l'autre (cf. Koné, ci-dessous). Ils sont généralisés et s'observent à la fois dans les CSI, les CSMI et les maternités. Cependant, et comme nous le verrons, la situation dans les maternités est plus dramatique. Nous ne retiendrons que deux illustrations ici : les faveurs, phénomène systémique dans toutes les structures et à tous les niveaux, et les dérives sur l'utilisation des utérotoniques dans les maternités.

#### Les faveurs

C'est le premier accroc à l'équité. « Passe » est le terme utilisé, consacré par les personnels pour parler des faveurs accordées aux parents, amis, connaissances et clients.

« Les faveurs pour les collègues ou leurs enfants c'est normal. Par exemple, ils peuvent ne pas respecter la préséance ou je peux même leur donner des médicaments si j'en ai. L'agent peut même quitter son poste de travail pour aller accompagner son enfant dans autre centre de soin mieux équipé. Mais on ne peut pas généraliser pour des gens qu'on connaît à peine. On ne peut faire des faveurs pour tout le monde qu'on connaît. Il ne faut donc pas exagérer » (EM, responsable d'un CSI, Niamey).

« Ici, on ne fait pas de visite prénatale normalement. C'est au CSMI de le faire, mais bon, nous nous permettons de faire cette visite à nos

parents, amis et connaissances. C'est pour cela qu'on a ouvert un registre pour ces cas. On fait aussi des « passes » pour les accouchées. Simplement, pour ces cas, on ne fait pas de reçu ; on donne le numéro seulement » (ZU, surveillante dans une maternité, Niamey).

« S'agissant des faveurs, c'est normal que j'aide mon parent, que je le soigne sans qu'il paie. La chèvre mange là où elle est attachée » (TA, infirmière stagiaire dans un CSI, Niamey).

« Les passes de certains d'entre nous, quand ils viennent en consultation, ils ne s'arrêtent pas pour au moins payer le carnet. Ils vont directement voir les soignants. Si je décidais de m'opposer au système de passe, nous ne nous entendrions pas » (BI, percepteur dans un hôpital, Niamey).

Ces propos se passent de tout commentaire. Pour tous ceux qui travaillent dans une structure de santé, il est quasi naturel de s'occuper d'abord de leur « passe ». On peut aussi confier son « passe » à un collègue et il aura le même traitement de faveur, c'est-à-dire un bon accueil, un bon traitement, sans perte de temps et, peut-être, cerise sur le gâteau, le médicament offert gratuitement.

Cette conception est à mettre en relation avec certains problèmes que connaît le système de recouvrement des coûts. En effet, pour une très large majorité des agents, il est inadmissible de faire payer le moindre acte à un « passe », à fortiori à soi-même. Il est donc normal d'observer des blocages organisés (voir le témoignage du vendeur de médicament présenté ci-haut) ou des tentatives de remise en cause comme ce qu'explique cette fille de salle.

« Même pour des maux de tête, il faut s'acheter l'aspirine. Les agents du centre ont lutté contre cette pratique. S'ils avaient eu gain de cause, nous aurions pu, nous aussi, faire venir nos "passes". Nous avons tous lutté contre ça. Nous avons même proposé d'instituer le demi-tarif ou alors de permettre à tout agent d'amener son "passe" ; on ferait alors, pour ces cas, une réduction après accouchement. Jusqu'ici nous n'avons pas pu résoudre ce problème » (AI, fille de salle dans une maternité, Niamey).

### L'usage abusif et non fondé de certains produits dans les maternités

Il s'agit, notamment, des produits qui accélèrent les contractions pour les parturientes. L'accouchement étant toujours une affaire d'urgence, la parturiente ou ses accompagnatrices sont promptes à suivre les indications des soignants sans trop réfléchir. Le vente se fait sur place, au comptant et en espèces. Le plus souvent, les sages-femmes laissent aux filles de salle le soin de la négociation et de l'encaissement, les transac-

tions se faisant directement entre ces dernières et les accompagnatrices. Ici, à l'arnaque s'ajoute le risque sanitaire réel.

Une femme, accompagnant une parturiente à la maternité de Boukoki, est interrogée le 15 août 1999 par notre enquêteur. Il est 22 heures et 41 minutes. L'enquêteur raconte :

« Je bavardais avec une accompagnatrice et le gardien. Cette dernière se plaint de cette nouvelle ère (*zamani* en hausa) du sérum. Elle dit que toute femme qui accouche reçoit obligatoirement un sérum. Elle ne comprend pas cette tendance étonnante. Le gardien nous raconte l'histoire d'un marabout qui amène sa femme pour accoucher. Les sages-femmes lui ont demandé 4 000 FCFA pour le "synto" ; mais le gardien, à qui il a parlé de ça, lui a recommandé de ne rien donner et d'attendre. Lorsque la femme du marabout était sur le point d'accoucher, la fille de salle a cherché son accompagnatrice pour lui diminuer le prix de la perfusion. Malheureusement pour la fille de salle et l'équipe soignante, le marabout avait déjà donné la consigne de ne rien donner ! La femme a finalement accouché sans "synto". »

(enquête de A. S. Tidjani Alou, Niamey, août 1999)

Cette pratique est rendue possible, d'une certaine manière, par la prescription quasi systématique de l'ordonnance de « synto ». Elle est également entretenue et érigée en système de fonctionnement du fait que le commerce se passe entre filles de salle et accompagnatrices. En effet, les accompagnatrices n'ont pas accès à la salle d'accouchement ; elles ne savent donc pas ce qui s'y trame réellement, préoccupées qu'elles sont par le souci de voir le plus tôt possible survenir la délivrance de leur parturiente. Il suffit donc, par exemple, pour une équipe, de faire croire qu'une parturiente se trouve dans un état très grave, de faire peser la menace d'une évacuation à l'échelon supérieur où les prix sont hors de portée, pour que les accompagnatrices entrent dans le jeu. De toute façon, qui va aller fouiller dans des bouts de papiers après la délivrance et l'annonce d'une bonne nouvelle très attendue ?

Cependant, il arrive que des parents curieux demandent à la parturiente ce qu'on lui a fait dans la salle d'accouchement. Il y a donc risque de découverte de la supercherie. C'est sans compter la parade prévue par les soignantes à cet effet : elles prennent la précaution d'entamer, au moins au quart, tout produit. Cela conduit à la prescription systématique de l'ordonnance. Les produits généralement prescrits, indifféremment de l'histoire génésique de la parturiente, sont les utérotoniques, les antibiotiques et les analgésiques. Et donc, pour éviter toute forme de contestation, et pour continuer à pratiquer tranquillement ce commerce, on entame le produit sur tout client capté : une multipare avec une dilatation de 6

centimètres évoluant normalement aurait quand même dans ce schéma une prescription d'utérotonique ; une primipare dont la dilatation est plus ou moins normale se ferait quand même déchirer ; etc. Les prescriptions ne sont pas toujours ni motivées ni fondées médicalement.

### *Acte trois : épilogue qui n'en n'est pas un*

Rappelons que la plupart des usagers sont des femmes qui ont aussi en charge les activités domestiques chez elles. Autrement dit, en plus du besoin thérapeutique, ces usagers en ont un autre : rentrer le plus tôt possible pour vaquer aux obligations ménagères. Or, c'est généralement ce moment que choisissent les soignants pour faire l'EPS, notamment en CPN et en CNS. Après seulement, la consultation proprement dite va commencer.

### *L'éducation pour la santé*

On a montré ailleurs (Jaffré et Olivier de Sardan, 1999 ; Jaffré 1990) la dissonance entre les discours biomédicaux et les perceptions populaires de la santé et de la maladie. Ici, à cette dissonance « potentielle », s'ajoute la non disponibilité des usagers. Cela est vrai partout.

#### *Niamey. Séances d'EPS*

Il y a deux endroits à la PMI où se font les séances collectives d'EPS : le hall d'attente du bâtiment des CPN et celui où se déroulent les CNS. Mais c'est dans ce dernier lieu qu'elles sont le plus fréquentes (2 à 3 fois par semaine). C'est généralement vers 9 heures que les deux techniciens d'assainissement (un homme et une femme) qui exercent au dispensaire arrivent dans le hall où attendent les femmes venues pour les CNS (20 à plus de 80 certains jours). Certaines sont assises sur le long banc en ciment qui fait le tour du hall, d'autres par petits groupes sont un peu à l'écart ou accoudées au petit mur de la salle.

Les deux agents, sans blouse, s'installent autour de la grande table de CNS placée au milieu du hangar ; la femme s'assoit tandis que l'homme reste debout. Après avoir demandé à l'assistance de se taire, l'homme, qui est debout, salue les femmes et annonce le thème du jour (exemple : diarrhée : causes, conséquences, traitement et prévention ; allaitement maternel : importance des vaccins... ). L'animateur commence toujours par poser des questions aux femmes sur ce qu'elles connaissent déjà sur le thème. Il s'ensuit généralement un long silence (1 minute) et l'agent formule à nouveau la question, alors une femme prend la parole et tente de répondre, puis après une seconde apporte des compléments (rarement plus

de trois personnes parlent sur un total de 20 à 80 femmes). L'animateur reprend donc la parole et développe son thème pendant 5 à 7 minutes en zarma et en hausa. Il n'y a généralement aucun support didactique utilisé, bien qu'il en existe dans le service.

Après sa présentation, l'animateur redonne la parole aux femmes pour qu'elles rappellent ce qui a été dit ou pour qu'elles posent des questions sur des passages qu'elles n'ont pas assimilés. Même scénario : 1 ou 2 femmes répondent, et la séance qui dure 10 à 15 minutes est close.

Théoriquement, c'est un même thème qui doit être développé pendant 1 mois pour que les femmes assimilent bien le sujet. Cependant on assiste non seulement à un changement tous les jours, mais souvent à une improvisation. En effet, c'est souvent autour de la table que les deux agents se concertent ou consultent leurs collègues (assistantes et sages-femmes) sur le thème à développer. D'autre part, il faut souligner l'exiguïté des locaux où se déroulent ces séances d'EPS. Le hangar a une capacité d'une cinquantaine de femmes alors que souvent, on note plus de 90 présences, les autres sont donc dehors par petits groupes et continuent leurs causeries durant les séances.

Enfin, souvent, les femmes-relais assistent les agents durant les séances et quand elles prennent la parole l'atmosphère est plus détendue et les femmes semblent plus intéressées car elles utilisent beaucoup d'humour et de proverbes dans leurs interventions.

(enquêtes de Abdoukadi Tidjani, Niamey, février 1999)

### *Abidjan*

L'IEC est faite tous les jours entre 8h et 9h et traite invariablement (en tout cas les 4 séances que j'ai suivies) de la nécessité du vaccin (dont le tout nouveau «TRITARIS») et de la pesée. L'animatrice ne tient aucun compte de l'atmosphère torturante.

De temps en temps, l'IEC est interrompue par des « écoutez mesdames », « taisez-vous mesdames ».

Le 30 août 1999, à 9 h, l'IEC que nous avons suivie avait comme thèmes la vaccination et la pesée.

L'animatrice pose des questions sur les différents vaccins à administrer à l'enfant dès la naissance et jusqu'à 16 mois. C'est l'assistance, plus précisément une ou deux femmes, qui répondent aux questions.

Sur la pesée, c'est également un entretien engagé avec les patientes : « pourquoi pèse-t-on les bébés ? », « que faut-il faire lorsqu'on constate que son enfant maigrit ? », etc.

L'IEC dure 15 minutes et est faite en français. Les femmes ont-elles compris l'IEC ?

8 femmes ont été interrogées. 4 ne suivaient pas la séance, 2 femmes n'ont pas compris parce que c'était en français, les deux restantes ont juste pu rendre compte des premières phrases de l'animatrice.

Autrement dit, elles n'ont rien compris au nouveau vaccin mis en circulation.

Réponse d'une femme interrogée sur une séance à laquelle elle vient d'assister :

« Fais moi le compte rendu de ce que la femme là a dit » (il s'agit de l'IEC).

N'goran : « La femme qui parlait là ? Han ! han ! je n'ai pas écouté. Je pensais qu'elle bavardait avec les femmes qui sont devant là. Je suis arrivée à la fin, je n'ai pas écouté ».

(enquêtes de Claire Konan Bla, Abidjan, 2000)

### *La consultation expéditive*

L'impression dominante est le règne de règles bureaucratiques excessivement routinières. Les différents services communiquent par des supports écrits (tickets de consultation, ordonnances, diverses prescriptions). *Le stylo et le papier* sont les principaux outils de travail. Ces deux objets occultent une pléthore de matériel et autres équipements « en panne » ou non utilisés : mobilier divers, tensiomètres, thermomètres, stéthoscopes, pèse nourrissons, etc.

L'observation montre clairement que le matériel dont on déplore inlassablement le manque ou la panne ne modifie pas le fonctionnement réel routinier et administratif des services. En effet, les infirmiers et sages-femmes ne « touchent » que très rarement leurs patients ; ils n'utilisent donc que très rarement tensiomètres et stéthoscopes. Voici, par exemple, une scène de consultation de nourrissons qui se déroule dans un CSMI et qui dure moins de deux minutes :

Le soignant, complétant des colonnes sur un registre : « Au suivant ! »

La femme s'approche du bureau, pose un bout de carton (numéro 14) sur le bureau et reste debout : « Bonjour » (de façon timide et presque inaudible).

Le soignant, les yeux rivés sur son registre : « Comment t'appelles-tu ? »

La femme, essayant de taire son enfant qui recommence à gémir : « Fati. »

Le soignant, jetant un regard furtif à la femme et au bébé qu'elle tient dans ses bras : « Et ton enfant ? »

La femme : « Dodo. »

Le soignant, saisissant un bout de papier (un bulletin de vote apparemment) : « Qu'est-ce qu'il a ? »

La femme, regardant alternativement son bébé et le soignant : « Depuis 2 jours il ne cesse de pleurer ; il refuse de téter ; il a de la fièvre aussi. »

Le soignant, finissant d'écrire sur le premier bulletin, en saisit un second : « Tu vas payer des comprimés ; tiens, vas là-bas si tu as de l'argent ; sinon vas chercher l'argent et viens payer ces produits ici, de l'autre côté. On t'expliquera comment les utiliser. »

La femme prend les 2 bulletins que le soignant lui tend et sort de la salle.

Le soignant, à un manœuvre qui passe sous sa fenêtre : « Tu as eu le journal du PMU (le journal du parieur) ? »

Le manœuvre : « Non, la fille du PMU n'est pas encore arrivée. »

Le soignant, tournant une page de son registre : « Au suivant ! »

(enquêtes de A. Souley, Niamey, 1999)

Par contre, il semble que le personnel soignant agit autrement lorsque le niveau d'instruction est plus élevé. Exemple d'un médecin à Abidjan :

Une grande table de travail sur laquelle se trouvent les registres de consultation, des feuille à ordonnance... un lit de consultation protégé du regard par un paravent, un placard à 2 battants, un évier au robinet non fonctionnel, constituent l'essentiel du bureau climatisé du médecin.

Lorsque le patient rentre, il salue le médecin et celui-ci lui répond en retour (la salutation se fait soit en français soit en dioula). Le médecin, indique le siège au patient : « Quel est le problème ? » demande-t-il. Le patient indique les symptômes plus qu'il ne nomme la maladie.

Après avoir posé au plus 3 questions, le médecin prescrit le ou les ordonnances (une pour le centre de santé, une pour la pharmacie extérieure). Sur 100 patients, au moins 98 font un accès palustre selon le médecin, ce qui explique le peu de questions que pose le médecin aux malades. Or, en réalité, c'est parce que plusieurs patients disent « *J'ai djèkwadyo* » ou « *sumaya* », deux entités nosologiques qui désignent plusieurs maladies mais que les soignants traduisent par paludisme.

Concernant les patients souffrant de douleurs abdominales ou/et pectorales, le médecin les couche sur le lit, tâte leur corps, palpe le ventre, regarde les yeux, utilise également son stéthoscope pour vérifier le rythme cardiaque. Les consultations durent au plus 10 minutes et moins lorsque la communication n'est pas facile.

En résumé, les séances de consultation sont brèves, le médecin ne pose pas beaucoup de questions, il n'informe pas le malade de son affection, il n'explique pas la posologie, « c'est le rôle des aides infirmiers » dit-il. Par contre, le médecin est aimable, il plaisante avec les patients, les traite avec confidentialité. Par exemple, une jeune fille est arrivée avec sa tante, parce que, selon cette dernière, sa nièce se plaignait de douleurs abdominales ; lorsque le médecin posait des questions à la jeune fille, c'est la tante qui répondait. Il a donc été obligé de faire sortir la tante pour

que la jeune fille lui avoue avoir eu des rapports sexuels avec le fils de sa tante.

(enquêtes de Claire Konan Bla, Abidjan, 2000)

Dans tous les cas, le dialogue est visiblement pauvre ; la consultation est expéditive, l'interrogatoire se fait sans intérêt, voire sans égard pour le patient ; il n'y a ni écoute attentive, ni explication, ni gestes tendres pour le soigné. Au cours de nos observations, nous avons remarqué que seuls le thermomètre (qui se casse souvent) et le pèse-personne (qui marche toujours) sont réellement et plus ou moins quotidiennement utilisés, notamment pour les consultations de nourrissons et les consultations prénatales. Cependant, il ne faut pas se tromper : le soignant, assis d'un côté du bureau qui le sépare de la mère, tend le thermomètre à cette dernière (cause pour laquelle il tombe et se casse souvent) qui prend la température de son enfant ; pour le pèse-bébé, ce sont les filles de salle ou les mères elles-mêmes qui y placent les enfants. On ne peut donc pas parler de contact, du moins pour les soignants non médecins.

En fait, et au risque de paraître cruel, on est même tenté de dire que le manque de matériel et les pannes sans cesse relevées allègent considérablement la charge de travail des soignants, car ils permettent de justifier le caractère expéditif des consultations. Ce qui ne doit pas, *a priori*, les mécontenter. Le manque ou la panne du matériel supprime le contact « physique » entre soignant et soigné. Dans tous les cas, les plaintes des personnels soignants, exprimées en « manque ou panne » de matériel, renvoient plus à la raréfaction des médicaments dans les centres de soins qu'à un déficit réel ressenti d'équipement technique.

### *Le dénouement douloureux ou le médicament introuvable*

La quête du médicament ou le dénouement heureux d'un accouchement sont au centre des préoccupations des usagers dans l'accès aux soins. C'est le moment crucial de l'interaction agent / usager. Rappelons que, dans la plupart des pays, la participation des populations aux dépenses de santé est plutôt récente (Brunet-Jailly, 1997). En gros, on est passé d'une situation de gratuité avec des médicaments garantis (jusqu'à la fin des années 1960) à une situation de gratuité sans médicaments (1960-1990), pour passer aujourd'hui à la non gratuité. Le recouvrement des coûts ne permet l'accès aux médicaments qu'à ceux qui en ont les moyens. A ce sujet, l'incompréhension reste totale, malgré la démarche participative tant proclamée. Le cas ci-dessous est très illustratif des « malentendus » qui entourent la nouvelle approche des soins de santé.

C'est à 10 heures et 45 minutes qu'un homme, habillé d'un grand bou-bou sale et déchiré par endroits, entre dans l'enceinte du complexe sanitaire. Il se dirige droit jusqu'au bâtiment du CSI où se font d'habitude les consultations curatives. Arrivée dans le hall, il salue le groupe de personnes qu'il a trouvé : il y a une infirmière, un technicien d'hygiène, une secouriste et deux patients. Il s'assoit sur le banc à côté d'une fillette qui est aussi venue en consultation. Le groupe de soignants semble être en discussion calme ; quant à nos trois patients, ils sont plutôt auditeurs.

Trois minutes s'écoulent. Visiblement impatient, Boureïma demande à la fillette qui est à côté de lui s'il y a un patient dans la salle de tri. La fillette lui répond qu'il n'y a aucun patient à l'intérieur. C'est alors que Boureïma se lève et rentre dans la salle. Il y trouve un infirmier assis à son bureau. Il le salue. Ce dernier, calme, répond et demande à Boureïma s'il a un carnet ; Boureïma répond non. L'infirmier lui dit alors d'aller acheter un carnet à côté, en lui indiquant le bâtiment du recouvrement. Boureïma ne bouge pas. Il explique à l'infirmier qu'il n'a aucun centime et que cela fait deux jours qu'il a de la fièvre. Il insiste en argumentant sur le caractère social de son cas. L'infirmier, toujours indifférent mais de manière courtoise, lui répond qu'il ne peut absolument rien faire pour lui. Il lui explique que c'est à cause du système qui est maintenant en vigueur. C'est la nouvelle formule et tout le monde doit payer. Cela ne dépend pas de l'infirmier. Inlassable dans la justification de la particularité de son cas, difficile, et démuné complètement, Boureïma tente d'attendrir notre infirmier. Hélas pour lui, l'infirmier objecte sans cesse le changement de système, son devoir de l'appliquer et donc son incapacité à le contourner. Cette fois-ci, Boureïma, plutôt résigné que convaincu, ressort de la salle et revient s'asseoir sur le banc dans le hall. Il s'offre 7 minutes d'observation (ponctuée peut-être de réflexion sur son dénuement face à la situation). Sous ses yeux, les agents bavardaient paisiblement et à haute voix alors que les patients rentraient et sortaient de chez l'infirmier. Spectacle banal, sans doute. Finalement, notre homme se lève et quitte les lieux. Ne regardant que devant lui, il ne s'adresse à personne. Il est 10 heures et 59 minutes. Boureïma n'a pas été examiné, il n'a reçu aucun soin. C'est normal !

(enquêtes de Abdoukadi Tidjani, Niamey, mai 1999)

La consultation et le médicament étant payants, le minimum que le service public puisse offrir à l'usager est un traitement humain. Or, c'est plutôt le rudolement qui l'attend, si ce n'est l'arnaque.

*Niamey : exemple de rudolement des primipares*

« Les sages-femmes n'aiment pas trop avoir affaire aux primipares ; ce sont toujours des cas assez compliqués. Un jour j'ai fait un accouche-

ment d'une primipare. La sage-femme titulaire était assise au bureau, mais elle me regardait de temps à temps. Il faut dire que c'était mon premier passage avec elle. Sinon, après, les titulaires te laissent faire sans te surveiller. Alors donc, pour cet accouchement, la dilatation avançait normalement, mais très lentement. Avec une fille de salle, j'essayais d'encourager la parturiente à pousser. Elle était très fatigué et gémissait beaucoup. Ce qui agaçait la sage-femme qui me disait "Déchire la elles sont toutes comme ça, promptes à aller avec les hommes, jouissant de plaisir, mais incapables de se maîtriser face à la douleur, quelle honte ces enfants de maintenant". On rigolait un peu en essayant de dédramatiser les propos de la sage-femme. Mais elle continuait à me dire de la déchirer. J'étais très inquiète car il y avait risque, si ça dure, d'étouffement pour l'enfant ; je me disais aussi que de toute façon, c'était la titulaire qui est responsable, donc qu'il fallait suivre son conseil. J'étais sur le point de le faire, j'avais dit à la fille de salle de me donner une lame, mais j'ai voulu encore attendre un peu. Et là, dans un dernier sursaut, la parturiente a poussé et l'expulsion a commencé. Tout s'est bien déroulé par la suite. J'étais soulagée. La sage-femme a dit à l'endroit de la parturiente : "Tu as de la chance, car si c'était moi qui t'accouchait, je t'aurais déchirée dès le début" » (FL, élève stagiaire, deuxième année sage-femme, ENSP).

(enquêtes de A. Souley, Niamey, 2000)

***Abidjan : une séance de consultation***

L'infirmier, à la demande d'une sage-femme, appelle un enfant. Une accompagnatrice se présente en tenant l'enfant dans les mains.

La sage-femme lui demande le mal dont souffre l'enfant.

L'accompagnatrice répond : « Il a des plaies dans le ventre ».

La sage-femme rétorque : « Tu as des loupes pour voir dans le ventre ? ». La mère est frustrée mais ne répond pas. Elle ôte plutôt les vêtements du malade. La sage-femme examine le patient qui présente une plaie à l'aîne droite de la cuisse. Il est du sexe masculin. L'agent de santé lui demande pourquoi elle a observé un retard avant de se rendre à l'hôpital. Cette interrogation s'accompagne d'une inspection de la lésion, à main nue.

La mère de l'enfant répond qu'elle vient de Dimbokro et qu'elle ne connaissait pas l'hôpital. Elle est arrivée à Abidjan depuis le 05 du mois d'août (l'observation a eu lieu le lundi 16 août 1999). La sage-femme lui conseille de ne pas mettre de couches à l'enfant tous les jours. Mais de le faire seulement lors des sorties.

(enquêtes de Ngoussan Ahou, Abidjan, novembre 2000)

On frise le cynisme avec le chantage sur la révision utérine dans certaines maternités. En effet, sachant pertinemment qu'une certaine catégorie d'accouchées courent le risque de saigner abondamment si elles ne subissent

pas de révision utérine, certaines sages-femmes ou filles de salle (lorsque ce sont elles qui font les accouchements), peuvent refuser de la leur faire tout juste après l'accouchement. On attend le début des écoulements pour prescrire l'achat de gants ou de doigtiers (matériel qu'on possède). Il s'agissait donc, tout juste, de vendre une paire de gants ou de doigtiers ; le gain attendu du chantage est disproportionné par rapport au risque encouru par la parturiente. Pourtant, selon cette stagiaire, cette pratique est bien connue :

« Normalement, la révision se fait automatiquement pour certaines multipares. Cependant, à la maternité de ce quartier, on ne fait jamais de révision utérine après un accouchement, sauf si le cas s'aggrave. Pourquoi alors ? Je pense, et d'ailleurs nous en avons souvent parlé avec nos monitrices à l'école, que c'est pour des raisons commerciales : il faut coûte que coûte faire acheter une paire de gants à la parturiente » (RI, élève stagiaire).

Le drame ici, c'est que l'urgence autorise le prescripteur à majorer le prix autant qu'il veut. Tout dépend du lieu, du moment (c'est plus cher la nuit que le jour, le week-end qu'un jour ouvrable), de l'équipe (certaines personnes ont encore quelques scrupules, l'équipe précédente a cassé les prix, certaines accompagnatrices ont mené une négociation serrée) et de la tête du client (c'est plus facile d'arnaquer un pauvre non lettré qu'une personne lettrée et manifestement familière des pratiques administratives). Quelques exemples : un sérum avec utérotonique coûte entre 5 000 et 8 000 FCFA (les prix réels, dans les officines de Niamey, ne dépassent pas 3 000 FCFA) ; un fil de suture vaut 2 500 ou 3 000 FCFA (c'est la fourchette réelle) ; la paire de gants a un prix standard fixé à 500 FCFA (le prix réel n'atteint pas cette somme), etc. Ce n'est pas tant la différence entre prix réels et tarifs pratiqués qui est intéressante ici. Ce qui est significatif, c'est que certains produits sont vendus à plusieurs clients à la fois, successivement : le même sérum, au même prix, sera, par exemple, vendu à 3 ou 5 parturientes successivement, jusqu'à épuisement du produit.

Ces pratiques dénotent une certaine déficience de l'organisation proprement administrative des services de santé. Il y a des services ou des structures qui « marchent » plus ou moins bien. Il y a des maternités que les femmes redoutent ; il y en a qui sont vivement recommandées et estimées par une large majorité de femmes, même celles qui n'habitent pas près de ces maternités.

« Ici, elles sont vraiment très gentilles ; ça n'a rien à avoir avec Lamordé ou bien la maternité centrale. Ce n'est pas comparable. Personnellement, j'ai une sœur à Saga qui est venue spécialement pour accoucher dans cette maternité car je le lui avais conseillé. On ne peut rien leur reprocher » (FI, ménagère dans un quartier de Niamey).

Cela veut dire que les structures redoutées ou non appréciées ne sont pas organisées, gérées de manière à satisfaire les populations. Il y a donc un problème de responsabilité, un problème certain d'autorité, de gestion technique et administrative.

## **En guise de conclusion**

### *Le problème de l'accueil*

Avec des soignants et des soignés issus de la même culture ou partageant quasiment les mêmes valeurs culturelles, on ne devrait pas observer de conflits sur les règles de bienséance. Dans une société à forte prégnance de l'oral et avec des valeurs partagées (les notions d'honneur, de honte notamment), il est étonnant d'observer chez les soignants un double manque : professionnel d'abord, car, même s'ils ne reçoivent pas un cours spécifique sur la communication, on ne peut pas dire que les agents de santé ne sont pas sensibilisés lors de leur formation sur l'importance de l'accueil du patient ; social enfin, car ils sont du milieu mais s'écartent de normes pourtant partagées par eux aussi.

Le propos n'est pas de s'appesantir sur ces manquements ni d'indiquer des modules de formation à l'intention des soignants sur l'accueil du patient. Tout le monde s'accorde sur le rôle déterminant de l'accueil, du premier contact, dans le processus de traitement du patient. Un patient reçu selon les us et coutumes locales, écouté et réconforté, se sent confiant et à l'aise pour dire sa douleur. Il a plus de chance d'appliquer un traitement et de revenir une autre fois dans la structure de santé. C'est un client potentiellement «fidélisable». Par contre, les reproches adressés aux agents de santé sur l'accueil sont le fait de patients déçus parce que mal reçus. Ils ne reviendront plus que contraints par l'urgence, quand ils auront épuisé tous les autres recours (automédication, pharmacies par terre, plantes médicinales, charlatans, secteur privé confessionnel), c'est-à-dire trop tard. Ils seront soit à la marge, soit quasiment auto exclus du système public. Car même dans l'urgence absolue, ils auront besoin de connaître quelqu'un pour accéder à un service de santé public.

Accueillir est donc élémentaire. On n'acquiert pas une telle disposition à l'école par l'étude d'une discipline spécifique ou de techniques de communication sophistiquées. Le mauvais accueil ne peut se justifier par les salaires impayés qui prédisposeraient les agents à des humeurs désagréables, ni par l'ignorance ou la mauvaise tenue des patients et encore moins par un manque de moyens de travail. Ce que nous avons observé

permet de dire qu'il s'agit plutôt de choses plus simples : l'attrance et le goût pour le métier, la bienveillance et la compassion envers son prochain, l'éthique professionnelle.

### *La communication sur le recouvrement des coûts*

En ce qui concerne le recouvrement des coûts, l'ensemble du personnel soignant trouve inadmissible qu'un agent de la profession ne puisse bénéficier sinon de la gratuité des soins, du moins de quelques faveurs. « Nous, on ne gagne rien dedans. Tu es là à prodiguer des soins, tu fais tourner le service, l'argent rentre, et tu n'as aucune compensation ». Il y a de quoi s'offusquer, de quoi se rebeller. Quant aux usagers, beaucoup se demandent pourquoi ce service vital de l'État est devenu payant et où vont les sommes qu'on leur réclame pour les soins. Ils sont nombreux à croire que l'argent est partagé entre les agents de santé.

L'introduction du système a suivi partout un schéma classique : d'un côté, séminaires pour les chefs de structures sanitaires, formations à la gestion pour les gestionnaires, et dotations en médicaments ; de l'autre, réunions d'information avec les chefs de quartier, campagne de sensibilisation par les représentants des populations, mise en place des comités de gestion. Très vite, les responsables du ministère et les médecins chefs se sont rendus compte de ce que recouvre dans la réalité la notion de « participation communautaire » : « Les populations ne participent pas ; même leurs représentants ne comprennent pas bien le système ». Pour un infirmier qui connaît bien le système car il l'a appliqué (en phase expérimentale) en milieu rural : « C'est un système qui est opérationnel en campagne. En ville ce n'est pas possible. Ici, qui allez-vous convoquer ? Qui va perdre son temps à vous écouter ? Ou à venir participer à des réunions sans rien gagner ? Dites le moi ! ».

On peut allonger la liste avec d'autres équivoques, comme la tarification différente d'une structure à une autre, la répartition des ristournes entre les différentes catégories de personnel, l'intrusion de personnes « étrangères » au corps de la santé. (gestionnaire, tenant de pharmacie ou de dépôt de médicament, représentant des populations) dans un champ propre à la santé, intrusion très souvent mal vécue, etc. Dans tous les cas, c'est à se demander si l'on n'est pas allé trop vite dans cette expérience. Visiblement, il y a un manque de circulation de l'information, non seulement au sein même du corps de la santé, mais aussi auprès des usagers. Sur un de nos sites, nous avons été frappés de voir combien certains agents en voulaient à leur chef du seul fait que c'est lui qui passait l'information ; il était traité comme s'il était le père de l'introduction du système de recouvrement des coûts.

Sur tout un autre plan, soulignons l'absence d'indications et d'orientation sur des panneaux ou sur d'autres supports dans nos structures sanitaires. Même si la majorité de la population est analphabète, il est possible d'envisager des supports visuels simples comme des dessins ou des symboles. Sur d'autres terrains, en campagne notamment, on a pu observer des affiches d'explication ou des panneaux d'orientation avec écriture en arabe coranique. Les initiatives, les idées simples et pratiques ne sont pas dans les textes...

### *Un regard sur la déontologie*

Le premier point à relever concerne *la formation des agents* : elle ne peut pas être mise en cause au regard des questions que nous traitons. En effet, malgré tous les reproches qu'on leur adresse sur l'accueil et le traitement, les agents reçoivent bien et traitent bien leurs parents, amis, connaissances. Les usagers eux-mêmes en sont conscients : un agent compétent est celui qui est « bon » et qui ne vous fait pas perdre du temps. Or, un agent est « bon » et prompt dans l'exécution d'une tâche lorsqu'il reçoit quelqu'un qu'il connaît. Pourquoi la nécessité de ce biais ?

Seconde question, celle de *la responsabilité* : on a l'impression d'avoir à faire à un corps où les agents ne sont pas susceptibles d'être inquiétés pour une faute professionnelle. Des cas avérés d'indélicatesse, de refus de prise en charge ou d'erreur grave dans le diagnostic ou le traitement ne sont jamais sanctionnés, si ce n'est par, au pire, l'affectation du fautif dans un autre service ou dans une autre localité. Nous avons relevé des pratiques illégales d'arnaque établies comme système de fonctionnement ; les populations le savent. Qu'en est-il des responsables à un niveau plus élevé ? Comment cette sage-femme peut s'estimer en droit de refouler une primipare victime d'une déchirure et dont la plaie semble infectée sous prétexte que la patiente «pue» ? Peut-on justifier le maintien d'un agent qui arrive toujours en état d'ébriété flagrante au travail, dans un service qui reçoit très souvent des urgences ? Quelles sages-femmes et quels infirmiers vont former des moniteurs de l'ENSP qui restent impassibles aux différents signaux d'alarme donnés par les élèves stagiaires sur les pratiques réelles des agents de santé ? Sur toutes ces questions, le genre de réponse qu'on entend ressemble à ces propos : « Ce n'est pas la femme de n'importe qui » ; « Tout le monde le fait, même le responsable dont tu parles » ; « C'est la situation, que peut-on faire ? » ; « Est-ce que tu peux porter sur toi la responsabilité de mettre en péril la carrière d'un chef de famille qui va se retrouver demain à la rue et sans ressource ? ».

Le troisième élément qui interpelle se rapporte à *l'organisation du travail*. Il s'agit précisément de la description exacte des tâches et des respon-

sabilités de chacun, une sorte de « cahier des charges » énonçant clairement et dans les moindres détails les activités et les procédures de résolutions des dysfonctionnements pour chaque poste. Qui doit faire quoi ? Où s'arrête la compétence de tel ? Quelles sont les activités interdites dans un service ? Comment évaluer la « rentabilité » ou la performance d'un service ou d'une équipe ? Finalement, qui est le chef d'orchestre ? Telles sont les principales questions que devraient traiter ces « cahiers des charges ».

L'autorité manque visiblement dans certains centres de santé. Cela se lit dans les commentaires « croustillants » sur les faits et gestes de tel ou tel responsable, et les regards des agents subalternes, des élèves stagiaires et des bénévoles. Par exemple, les élèves de l'ENSP connaissent tous les rares centres de santé où on ne peut même pas se permettre 5 minutes de retard, à plus forte raison le moindre manquement dans l'admission d'un patient. Les élèves de l'ENSP savent bien dans quels établissements on peut se permettre certains comportements (retards ou absences non justifiés, sortir en boîte ou se faire visiter par des amants aux heures de garde) sur le lieu de stage. Il y a des structures de « bonne réputation » et des structures de « mauvaise réputation ». Quelle est l'approche de l'autorité sur ces questions ?

Ce à quoi on assiste et qui prévaut comme une espèce de norme admise, c'est la démission de la hiérarchie et le « chacun pour soi ». Lorsqu'on observe les rares structures de « bonne réputation », elles tiennent quasiment au charisme et à l'autorité (compétence professionnelle et intégrité morale) de leurs responsables. Le « bon fonctionnement » est fortement lié à l'omniprésence de ces responsables, et si d'aventure ils venaient à partir, les structures ne seront plus « managées » pareillement. Ces responsables et ces structures qui « marchent » sont, hélas, des enclaves dans un environnement d'inhospitalité générale.



## Pauvreté et maladie

Y. DIALLO

« Le manque d'argent aggrave la maladie. Si je suis malade et que je n'ai pas d'argent pour me soigner, cela augmente mes soucis et mon espoir se brise »  
(Boureima, Bamako)

Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar et Niamey connaissent une croissance démographique importante car, à l'augmentation naturelle de la population, s'ajoutent les migrations rurales<sup>1</sup>. Le développement économique<sup>2</sup> ne suit pas cette croissance de la population, ce qui provoque une concentration de citadins très pauvres dans des quartiers anciens dégradés, ou, plus généralement, dans des zones périphériques sous-équipées.

La pauvreté entraîne dans son sillage toutes les maladies associées à la misère : maladies liées à l'eau, au péril fécal, à l'absence d'hygiène publique et individuelle, aux mauvaises conditions de logement, à la malnutrition, comme le rappelle Jeanne-Marie Amat-Rose (2000 : 33-34). Mais la situation sanitaire est complexe car « les études d'épidémiologie et de géographie de la santé montrent qu'il n'y a pas de correspondance univoque entre état de santé et pauvreté : en ville se cumulent les clas-

---

1. Les cinq métropoles présentent une forte concentration de population, comprise entre 600 000 habitants à Niamey et trois millions d'habitants à Abidjan, soit une proportion importante de la population totale, entre 18 % au Niger et le quart de la population au Sénégal.

2. Les cinq pays où l'étude a été menée sont classés dans le rapport du PNUD sur le développement humain en 2001 parmi les vingt États (sur 162) les plus pauvres de la planète. Les dimensions retenues sont la santé, l'éducation, le niveau de vie. Le calcul de l'indicateur de pauvreté humaine inclut le pourcentage de la population risquant de décéder avant 40 ans, le taux d'analphabétisme des adultes, la proportion de population privée d'eau potable, et de services de santé, le taux d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale.

siques pathologies infectieuses et parasitaires des pays pauvres avec les pathologies dites de pays riches » (Salem *et al.*, 2000 : 61).

Le lien de causalité entre maladie et pauvreté existe dans les deux sens. La pauvreté génère un mauvais état de santé mais, inversement, dans une situation économique précaire, une maladie grave d'un membre de la famille peut faire basculer toute la famille dans la misère. Pour des personnes qui doivent chaque jour assurer leur survie, la maladie est un vrai désastre. C'est ce qui fait dire à Amartya Sen, prix Nobel d'économie en 1998<sup>3</sup> que « la privation de la santé est l'aspect central de la question de la pauvreté ».

Alors que la pauvreté urbaine<sup>4</sup> augmente, les équipements en santé publique et les dépenses publiques de santé sont insuffisants.

Ces dépenses, d'autre part, favorisent proportionnellement moins les groupes sociaux les plus pauvres (Brunet-Jailly, 2000 : 200).

En mai 1991, lors de la quarante-quatrième assemblée mondiale de la santé, les autorités sanitaires mondiales se sont préoccupées de la santé des populations urbaines, en particulier celle des pauvres, alors que, dans un premier temps, la priorité fut accordée à la santé en milieu rural. En décembre 1991, l'OMS concrétisa cette prise de conscience en créant un groupe d'étude chargé d'analyser comment, dans l'optique de la déclaration d'Alma-Ata, les centres de santé pouvaient contribuer à assurer la santé des populations urbaines les plus défavorisées. Dans les années 1990, des centres de santé publics ou communautaires<sup>5</sup> furent créés dans les quartiers pauvres des métropoles ouest-africaines pour faciliter l'accès des populations urbaines démunies aux soins de santé modernes.

Bien que la création ou la modernisation de ces structures sanitaires aient représenté un acquis important, elles ne répondent actuellement qu'imparfaitement aux besoins en santé des citoyens pauvres. Le recouvrement des coûts<sup>6</sup>, malgré la modicité des tarifs officiels, exclut les indi-

3. Interview de Amartya Sen à Adrea Mach pour la lettre de l'Organisation mondiale de la santé, « A notre santé », 1999.

4. Une étude menée en Côte d'Ivoire, au Mali et au Sénégal pour le compte de la Banque Mondiale par l'association DIAL (Développement et insertion internationale) qui regroupe des économistes de l'IRD, de l'INSEE et des chercheurs indépendants, a montré une forte augmentation de la pauvreté urbaine les deux dernières décennies. Voir « Sciences au Sud », journal de l'IRD, hors série 2001.

5. Ainsi, le premier centre de santé communautaire a été créé à Bamako en 1990. A la suite de l'exemple malien, les centres communautaires d'Abidjan ont été mis en place à partir de 1994.

6. Ce recouvrement des coûts fut préconisé par l'« Initiative de Bamako » en 1987, lors du trente-septième comité régional de l'OMS, qui réunit les ministres africains de la santé. Le recouvrement des coûts, associé à la diffusion de médicaments génériques, avait pour objectif d'assurer la pérennité du système de santé mis en place et d'améliorer la qualité des services offerts.

gents et ceux qui se trouvent temporairement insolvable. Les conditions d'accueil dans ces structures ne favorisent pas la fréquentation des citadins pauvres et sont même parfois nettement répulsives. Les citadins pauvres malades sont donc contraints à ne pas se soigner ou à bricoler des trajectoires de soins alternant et combinant des recours incomplets et aléatoires aux soins modernes, à l'automédication, et aux soins populaires. Ne disposant pas d'assistance sociale collective, ils tissent, tant bien que mal, des filets de sécurité plus ou moins fiables à partir de leurs réseaux sociaux, eux-mêmes souvent constitués de pauvres.

Si la notion de pauvreté semble une notion du sens commun claire, nous évoquerons les problèmes que pose son utilisation scientifique. Ensuite, nous parlerons du vécu de la pauvreté tel qu'il a été évoqué par les intéressés eux-mêmes au cours des enquêtes socio-anthropologiques réalisées en 1999 et 2000 dans les cinq métropoles ouest africaines. Nous identifierons les catégories de pauvres les plus vulnérables. Ce tableau devrait nous aider à comprendre l'attitude des citadins pauvres vis-à-vis des structures modernes de santé. Comment les citadins démunis font-ils face à leurs problèmes de santé ? Quelles solutions trouvent-ils pour pallier les dysfonctionnements des structures sanitaires et pour financer leurs soins ?

### **Des problèmes complexes de définition de la pauvreté**

B. est guinéen, peul, âgé de 38 ans, père de quatre enfants. « Nous sommes cultivateurs. Nous avons été obligés de partir (du Fouta Djallon) pour vivre. Je suis venu à Conakry à l'âge de 13 ans, je n'avais pas de supporter, mes parents étaient pauvres, j'ai travaillé comme domestique. J'ai cherché à être commerçant, impossible. Je suis resté un an à Bamako, je gardais une boutique d'habits et de chaussures, je nettoyais et gardais les marchandises. Je suis allé deux ans en Côte d'Ivoire pour cueillir le café, ensuite je suis parti au Libéria. La guerre m'a fait quitter, je vendais des *donkafélé* (friperie en provenance d'Europe.) J'ai construit deux chambrettes au village. J'avais dix bœufs. Quatre ont été volés, trois sont morts, il en reste trois et des moutons. En 1993, j'ai eu un conteneur<sup>7</sup> de fruits et cigarettes. Il est vide.

Je suis démarcheur pour les logements, cela ne marche pas très bien. On me donne 1000 FG<sup>8</sup> pour le transport. J'ai des dettes de six mois de

7. Les grands conteneurs métalliques sont utilisés comme boutique.

8. 1000 FG valent environ 400 FCFA. Alors que le franc CFA est indexé sur le franc français, le franc guinéen suit le cours du dollar américain, aussi la parité entre les deux monnaies fluctue.

loyer. J'ai renvoyé ma femme au mois de carême au village. Je ne peux rester sans donner de la nourriture à ma femme. Je ne veux pas qu'elle souffre. Quand j'aurai le bonheur, elle va venir. Elle fait le petit commerce, elle prépare le riz qu'elle vend avec des fruits pour avoir ses petits besoins. Les deux plus jeunes sont avec elle, les aînés avec moi. Ils sont scolarisés dans une école privée. L'aîné est en cinquième année pour 8 000 FG par mois et le cadet en troisième année pour 6 000 FG. Je n'ai pas payé. Hier, ils ont voulu chasser mes enfants de l'école. Aujourd'hui, il y a la composition. Je vais aller trouver mes anciens patrons. Je vais supplier le directeur de l'école de me donner un sursis de vingt jours pour payer. Si tu n'es pas handicapé, tu ne dois pas mendier. C'est seulement si tu n'as pas trouvé à manger au bout de deux jours que tu dois demander, sinon tu ne dois pas. Si un Peul vient te demander de l'aider et que tu refuses, c'est vraiment la honte ! » Pour se soigner ou soigner sa famille, B. se rend au centre de santé confessionnel, qu'il appelle le dispensaire de médecins sans frontières, car les soins y coûtent moins cher, alors que dans les structures publiques « les soignants parlent d'argent avant d'aider les malades ».

L'exemple de la trajectoire de B. montre qu'il n'est pas toujours facile de cerner les multiples facettes de la pauvreté, ses conséquences sur les recours aux soins, l'éducation des enfants, les relations familiales, les affects ressentis. Selon les indicateurs que l'on retient, B. pourrait être placé dans les catégories non pauvres de la population : il possède une maison dans son village, ainsi que quelques têtes de bétail, il a placé ses enfants aînés dans une école privée. En fait sa situation a fluctué dans le temps. Actuellement il s'estime très pauvre car il doit quémander de l'argent pour se nourrir et nourrir ses deux aînés et éviter que les enfants ne soient renvoyés de l'école. Mais il est loin d'être résigné et il espère pouvoir redresser sa situation.

La pauvreté doit être abordée non comme un état statique mais comme un état qui fluctue dans le temps.

**« Être pauvre, c'est de ne pas pouvoir atteindre un niveau de vie minimum »  
(Banque mondiale, 1990)**

Dans un premier temps les économistes ont défini « la situation des pauvres comme celle d'individus exclus du système économique, écartés du processus de production et par là même des possibilités de jouir des bénéfices de la croissance économique » (Geremek 1976 : 11). Ils ont cherché à définir « une ligne de misère<sup>9</sup> » et à quantifier un revenu minimum qui

9. Cf. Rowntree (1901) dans son étude sur la pauvreté à York.

permette à l'individu de maintenir son efficacité physique. Ces mesures sont relatives à un pays et à une époque déterminés.

Dans les pays africains, exclus en grande partie du commerce mondial<sup>10</sup>, la pauvreté est généralisée. Si on tient compte de l'économie informelle<sup>11</sup>, on ne peut pas réellement parler, même pour les pauvres, d'exclusion du système économique et de la production. Les économistes eux-mêmes ont constaté que les critères exclusivement économiques ne suffisent pas pour appréhender les états de pauvreté. Le PNUD, puis la Banque mondiale, cherchent à définir les « besoins essentiels » des individus. Aussi construisent-ils des indicateurs qui intègrent divers critères, sociaux, d'environnement, d'épidémiologie, comme le montre l'indicateur de pauvreté humaine (cf note 2). Ils cherchent à mesurer un niveau de vie en élaborant un indice de bien-être, afin de cerner un seuil de pauvreté séparant pauvres et non pauvres.

Pour préciser cette notion de seuil de pauvreté, différents seuils ont été définis<sup>12</sup>. Le seuil de pauvreté relative s'intéresse aux différences relatives entre les individus d'une même communauté. Il varie dans le temps en fonction du niveau moyen de vie dans une société donnée et concerne surtout les pays du Nord. Le seuil de pauvreté absolue s'applique aux pays du Sud dits actuellement PMA (pays les moins avancés) ; il correspond à un minimum vital, c'est-à-dire au niveau de bien-être nécessaire à un individu pour survivre dans un pays particulier. L'approche absolue de la pauvreté distingue le seuil biologique et le seuil normatif. Le seuil biologique fait référence à un niveau de vie en dessous duquel la santé de l'individu serait en danger. Il s'exprime par un minimum dont un individu a besoin en matière d'alimentation, d'habillement, de logement ; ce besoin varie en fonction de l'environnement dans lequel vit l'individu. Le seuil normatif comprend non seulement les besoins biologiques, mais aussi les besoins sociaux, d'éducation, de santé, que la communauté juge nécessaires. La Banque mondiale a utilisé ce seuil normatif dans une perspective comparative. Elle a considéré comme pauvre tout pays dont la dépense par personne et par an ne dépasse pas 370 dollars US et

---

10. En 1995, l'ensemble des États du continent africain n'intervient que pour 2,1 % du commerce mondial (Chesnaï : 268).

11. Le secteur informel est l'ensemble des activités économiques qui se réalisent en marge des législations pénales, sociales et fiscales, et qui échappent à la comptabilité nationale. Dans les capitales africaines le développement du chômage, conséquence logique de la crise économique, s'est accompagné de l'émergence et de l'essor du secteur informel. Il a pris une importance telle que la Banque mondiale et le FMI ont pris la résolution de l'encourager et d'insérer ses activités dans les stratégies de développement.

12. Ce paragraphe a été rédigé en s'inspirant d'un document élaboré par les chercheurs du volet socio-économique de l'étude sur l'équité d'accès aux soins dans les cinq métropoles ouest-africaines.

comme extrêmement pauvre tout pays où cette dépense n'excède pas 270 dollars US. L'enquête socio-économique sur l'équité dans l'accès aux soins a retenu un seuil de pauvreté normatif qui s'établit en additionnant le seuil de pauvreté alimentaire et le seuil de pauvreté non alimentaire. Le seuil de pauvreté alimentaire est déterminé sur une base correspondant à la valorisation d'un certain nombre de calories par jour, considéré comme le minimum vital de consommation d'un individu. Le seuil de pauvreté non alimentaire se définit comme la dépense minimale que l'individu ou le ménage doit consentir pour se procurer des biens non alimentaires et des services publics considérés comme essentiels par la communauté à laquelle il appartient. Les auteurs reconnaissent que la détermination du niveau minimum de soins de santé, d'éducation, de logement, d'agréments culturels... laisse place à une large subjectivité. Pour contourner ce problème ils ont calculé le ratio entre les dépenses non alimentaires et alimentaires des ménages et ont multiplié ce ratio par le seuil de pauvreté alimentaire.

Dans une démarche visant à dépasser les critères exclusivement économiques, Amartya Sen définit « la pauvreté comme une privation de la qualité de la vie et de libertés fondamentales. La mauvaise santé devient alors un des aspects de la pauvreté »<sup>13</sup>.

Les efforts de définition et de mesure de la pauvreté par les économistes révèlent que les mesures, aussi sophistiquées soient-elles, semblent impuissantes à cerner les états de pauvreté multiples et fluctuants, et à comprendre les attitudes et conduites des démunis. La pauvreté « apparaît comme un mode de vie où l'on retrouve des interactions complexes de divers éléments : socioculturel, économique, politique, psychologique, physiologique et écologique » (Geremek, 1987 : 9).

**« La pauvreté est une catégorie fluctuante, relative et arbitraire »  
(Serge Paugam, 1991)**

Les sociologues mettent en avant les aspects sociaux et culturels dans la définition de la pauvreté en tant que condition humiliante, porteuse de stigmatisation, de flétrissure. Ce qui nous renvoie également à des notions imprécises.

Serge Paugam, pour marquer une rupture avec l'idée fautive de l'unité de la catégorie des pauvres, préfère « parler de populations "reconnues" en situation de précarité économique et sociale ». Auparavant Georg Simmel avait également posé le problème de l'ambiguïté de la notion de

---

13. Interview de Amartya Sen à Adrea Mach pour la lettre de l'Organisation mondiale de la santé, « A notre santé », 1999.

pauvreté comme catégorie sociologique. Pour lui, on ne peut parler de l'appartenance à un groupe caractérisé par la pauvreté qu'à partir du moment où ses membres sont assistés ou en voie de l'être. « Ce groupe ne reste pas unifié par l'interaction entre ses membres mais par l'attitude collective que la société comme totalité adopte à son égard » (Simmel, 1971). Dans la même perspective, L.A. Coser souligne que « c'est le fait même d'être aidé ou assisté qui assigne les « pauvres » à une carrière spécifique, altère leur identité préalable et devient un 'stigmaté' marquant l'ensemble de leurs rapports à autrui » (Coser, 1965).

Cette approche semble plus adaptée aux pauvres des pays industriels qu'à ceux des pays africains. Dans les métropoles ouest-africaines, on ne peut pas réellement parler d'assistantat social. Face à une pauvreté massive de la population<sup>14</sup> il n'existe pas d'assistance sociale publique et organisée. Les individus dépendants ne sont pas pris en charge par diverses institutions publiques, mais le sont de façon aléatoire par leurs parents et connaissances, qui souffrent également souvent de la pauvreté. Dans les structures sanitaires publiques, il existe parfois une prise en charge individuelle des malades très pauvres, appelés par les soignants et les administrateurs « indigents ». Mais ceux qui en auraient le plus besoin ne sont pas informés, et cette prise en charge semble fonctionner plus au profit des connaissances des soignants qu'à celui des indigents.

Dans un contexte de pauvreté généralisée, il nous paraît difficile de parler de marginalité et d'exclusion<sup>15</sup> à l'échelle d'étude qui est la nôtre. Il en serait différemment pour une étude portant sur l'économie internationale<sup>16</sup>. Le concept de précarité, par contre, nous paraît adapté, dans la mesure où les familles pauvres ne bénéficient d'aucune sécurité institutionnalisée, car il met l'accent sur la fragilité, la vulnérabilité socio-économique de ces familles. Robert Castel définit la vulnérabilité sociale de manière tout à fait intéressante comme « une zone intermédiaire instable qui conjugue la précarité du travail et la fragilité des supports de proximité » (Castel, 1995 : 13).

Nous garderons les termes de « pauvreté », de « pauvre », de « démuné » – comme synonymes de pauvre – pour exposer les résultats des enquêtes socio-anthropologiques menées auprès des familles les plus pauvres

14. Par exemple, à Conakry, les enquêtes économiques (étude ENCOMEC de Cornell University, New York, 1994 ; enquête EIBC de 1994-1995 du Ministère du Plan et de la Coopération ; enquête socio-économique 1999 de Youssouf Dioubaté et Moussa Sangaré) estiment que, d'après les indicateurs retenus, 37 à 50 % des ménages de Conakry sont pauvres.

15. Didier Fassin retrace l'utilisation du mot « exclusion » en France pour désigner les nouvelles formes de pauvreté (1996: 40-47).

16. Jean-Marc Ela parle au sujet de l'Afrique de mécanismes d'exclusion étendus à l'échelle de la planète (1994 : 12).

d'Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar et Niamey. A Bamako, Conakry et Niamey ces familles pauvres ont été pour l'essentiel identifiées sur la base d'une enquête par questionnaire menée préalablement par le volet socio-économique de l'étude sur l'équité d'accès aux soins, comme il était prévu dans le projet de recherche initial. A Abidjan et Dakar, où les résultats de l'enquête socio-économique n'étaient pas disponibles quand l'étude socio-anthropologique a commencé, les anthropologues ont choisi des familles très pauvres à partir du type d'habitat et en s'informant auprès des habitants du quartier. A Dakar, ont été rencontrées des familles identifiées comme indigentes par les centres de santé, ainsi que des familles mendiantes. Ces approches socio-anthropologiques éclairent une diversité de situations et différents degrés de pauvreté.

## **Le vécu de la pauvreté**

### *Les privations matérielles des citadins pauvres*

« (La pauvreté) c'est comme ma vie. Vous n'avez pas où vous loger, de bons habits, même à manger on trouve difficilement, la famille pauvre ne peut rien avoir d'elle-même<sup>17</sup> » (Soriba, 59 ans, Conakry).

« *Vous n'avez pas où vous loger* »

Vivre dans certains quartiers enclavés, difficilement accessibles, où règne l'insécurité, est ressenti par les habitants comme une marque de pauvreté. C'est le cas, par exemple, de certains résidents de Niamakoro à Bamako et de Sagbe à Abidjan. La situation des pauvres concernant l'habitat explique à la fois le mauvais état sanitaire et les difficultés d'accès aux centres de santé. Une situation ultime de pauvreté où l'intégrité physique est menacée est celle de cette famille mendiante dakaroise qui n'a pas de domicile fixe :

« La nuit nous dormons vers la rue P. sous les immeubles avec la bienveillance et la complicité des gardiens d'immeuble. Il y a un emplacement là-bas, nous nous réveillons à 6 heures 30, 7 heures au plus tard, et nous y retournons vers 20 heures. Même pour dormir ce n'est pas aussi

---

17. Les entretiens ont eu lieu dans les différentes langues nationales et ont été traduits en français par les enquêteurs.

simple car il y a des endroits dangereux et d'autres qui sont des endroits réservés ».

Cette famille et celles dans la même situation échappent au maillage des structures de soins de santé primaires. Les quartiers excentrés d'habitat spontané sont souvent dépourvus d'équipement et de centre de santé. Des migrants plus ou moins récents y occupent un habitat précaire : huttes de paille à Niamey, baraques confectionnées avec des planches à Dakar...

Marie habite à Dakar dans le quartier de Guédiawaye. Elle occupe une seule pièce avec sa grand-mère, son oncle et son enfant dans une baraque de planches tapissée de gros cartons pour se protéger du vent et du froid.

Pour des personnes dont l'univers familial est constitué de huttes de paille circulaires ou de baraques de bois et de carton, s'orienter dans les bâtiments des centres de santé représente une difficulté réelle.

A Conakry, en plein centre ville, existent des quartiers de taudis où les conditions de logement compromettent la santé des habitants et particulièrement des enfants. La faiblesse du réseau d'assainissement est à l'origine d'épidémies de diarrhées en hivernage, comme l'épidémie de choléra qui se propagea en septembre 1999. Les maisons sont vétustes, serrées les unes contre les autres. Les murs en banco sont fissurés ; les pièces sont petites au plafond bas ; les fenêtres exigües sans carreau ferment par un volet de bois ou de fer ; les tôles des toits manquantes ou rouillées sont renforcées par des vieux pneus et des pierres, l'eau tombe dans les pièces à l'hivernage ; le sol est ou en terre battue ou en béton ; les latrines sont délabrées, nauséabondes et proches des cuisines ou des chambres ; les ordures ménagères traînent partout ; l'eau stagne dans les cours à l'hivernage ; les moustiques, les punaises, les souris prolifèrent.

« La concession est délabrée, il n'y a pas d'entretien. Quand il pleut, l'eau rentre dans les maisons en évacuant la boue, le caca, les urines, les saletés des rues dans nos maisons. Les bâtiments sont rapprochés entre eux. On ne peut même pas bien respirer. C'est le manque de moyens qui nous oblige à y rester » (Aïssata, locataire à Kaloum, quartier de Conakry, habitant deux pièces où vivent quatorze personnes).

Dans les cinq métropoles, les pauvres sont entassés. Plusieurs ménages partagent souvent une même concession.

Une veuve d'une cinquantaine d'années occupe avec ses quatre enfants et ses trois petits-enfants une seule chambre sans électricité et

sans eau, pour un loyer de 8000 FCFA. La maison de 50 mètres carrés est également occupée par trois autres familles et un célibataire (Dakar, Pikine).

Toujours à Dakar, dix jeunes filles diola venues dans la capitale pour travailler comme petites bonnes dorment dans une même chambre du baraquement de leur oncle.

Dans plusieurs familles, les enfants dorment à même le sol sur une natte.

Mame a une épouse et onze enfants, il loue à Dakar une chambre de deux mètres sur trois pour toute la famille, 3000 FCFA. Il achète l'eau, il n'a pas d'électricité. Le mobilier se réduit à un seul grand lit, les enfants dorment au sol sur une natte.

Des parents établissent un lien entre le paludisme chronique de leurs enfants et le fait qu'ils dorment au sol, car ils attribuent le paludisme à la chaleur qui se dégage du sol après les premières pluies, ou, inversement, à la fraîcheur de l'hivernage.

« Le palu des enfants est dû au manque de propreté. Les enfants sont couchés à terre, pendant l'hivernage la chaleur qui se dégage là-bas est source de beaucoup de maladies » (Abdoulaye, 42 ans, père de famille à Conakry).

« Le palu est dû à la fraîcheur des chambres. Quand il pleut, il fait froid, les enfants couchent au sol » (Seny, 22 ans, oncle maternel d'enfants malades du paludisme juste avant l'enquête, Conakry)

Dans certains quartiers, les habitants utilisent l'eau d'un puits dans leur concession ou chez les voisins pour faire la toilette, la lessive, et ne payent l'eau de la pompe, à la fontaine publique ou chez des voisins, que pour boire et préparer les repas, 10 FCFA le seau et 25 FCFA la bassine ou le bidon de 20 litres. Les puits sont mal entretenus. Le risque de contamination de l'eau des puits traditionnels est important, en raison de la proximité des fosses septiques et de la défectuosité des canalisations.

« ...*Vous n'avez pas de bons habits* »

Dans des sociétés où l'apparence et le vêtement sont valorisés, l'aspect physique et l'habit sont des indicateurs de pauvreté. Les citadins pauvres ont été rencontrés, pour la plupart, à leur domicile. Les enquêteurs évoquent au passage des corps prématurément usés et flétris.

« C'est la souffrance qui m'a mise dans cet état » explique l'épouse d'Ibrahim en montrant ses cheveux blanchis. « Quand on a un mari pauvre, on vieillit vite avant l'âge » (Niamey).

« Le corps du pauvre est gâté par le manque d'entretien » (Bountou, 43 ans, Conakry).

Les habits sont très usés et rapiécés.

Mamadouba, 40 ans, de Conakry, porte une culotte et un tricot sale et déchiré, les sandales sont cousues à plusieurs endroits.

Binta, 36 ans, a enfilé un vieux débardeur qui dénude ses côtes. Elle est nu-pieds (Conakry).

Le pantalon d'Ali, 60 ans est vieux, percé aux genoux et recousu avec un autre tissu. Sa chemise est rapiécée de plusieurs tissus. Ses sandales sont coupées (Conakry).

Nd, 43 ans, est vêtu d'un pantalon lacéré et d'une chemise aux couleurs méconnaissables (Dakar).

Les enfants n'auront pas de tenue propre et de sandalettes pour aller à l'école<sup>18</sup>, ils ne seront pas habillés de neuf pour les grandes fêtes : la Tabaski, Chawel Aid El Fitr, qui marque la fin du Ramadan et la fin de l'année<sup>19</sup>.

Mais une belle tenue peut être mise de côté pour les sorties, et pour se rendre au centre de santé....

C'est le cas de Hawa, 38 ans, veuve, sans ressources, qui revient d'un centre de santé de Conakry revêtue d'un beau boubou de dentelle bleue, alors que les enfants et les autres membres de la famille portent, dans la concession, des habits vieux et malpropres. Son apparence ne permettra pas aux soignants du dispensaire de déceler ses difficultés pécuniaires.

La misère extrême, elle, ne peut se masquer et est visible aussi chez les visiteurs des centres de santé.

---

18. La scolarité des pauvres est semée d'embûches : malnutrition, mauvaises conditions de logement, frais de l'uniforme, fournitures scolaires, cadeaux pour les maîtres tout au long de l'année et pour passer dans la classe supérieure. Beaucoup d'enfants, après deux, trois ans d'études, désertent l'école pour aider la famille dans ses activités de survie.

19. Lors des grandes fêtes, les enfants sont habillés de neuf, et, en groupe, ils passent de famille en famille pour faire admirer leur tenue et recevoir un peu d'argent. Cette coutume est une lourde contrainte pour beaucoup de chefs de famille peu fortunés. Les enfants pauvres sont exclus de ces manifestations.

N'Goran, 29 ans, arrive dans un centre de santé d'Abidjan pour faire soigner son enfant. Elle porte deux pagnes de tons différents ainsi qu'une camisole déchirée aux aisselles qui pend à l'encolure, des tapettes plusieurs fois recousues. Ses cheveux sales et hirsutes sont tressés avec du fil.

L'enquêteur à Dakar décrit l'état d'un enfant rencontré dans un centre de récupération nutritionnelle : « L'enfant âgé de trois ans et demi paraît avoir six mois. Il est amorphe, ne bouge pas, ne pleure pas, ne sourit pas, la peau de l'enfant est craquelée, s'ouvrant sur des plaies humides que les mouches se donnent le plaisir de sucer ».

Au cours de l'enquête les personnes ont évoqué les difficultés qu'elles rencontrent pour s'habiller. Les habits sont achetés dans les friperies ou reçus en don d'autres membres de la famille. Ils sont usés jusqu'à la corde.

« Il y a longtemps que je n'habille pas les membres de ma famille parce que c'est le manger qui me préoccupe » (Ali, 60 ans, Conakry).

« L'habillement n'est, au sujet de l'Afrique, pas une priorité, il faut manger d'abord. Cela fait sept ans, ou même plus, que je n'ai pas payé par mes propres moyens le moindre pagne. Ce sont mes parents, amies et connaissances qui me fournissent de quoi porter » (Amina, mère de six enfants à Niamey).

L'entretien du linge pose des problèmes. Il faut acheter le savon, puiser ou acheter l'eau.

« Le linge ne se fait pas chaque fois, quand nous avons le prix du savon, on fait le linge » (Mamadi, 40 ans, Conakry).

Le savon industriel coûte cher. Les pauvres utilisent le savon local en boule ou un sachet de lessive moins onéreux, même pour leur toilette.

« Peut-on se laver avec l'omo ? » demande l'enquêteur à une famille de Niamey.

– Amina répond : « Le pauvre n'a pas le choix, il peut se laver avec n'importe quoi. Si tu te laves avec (l'omo), tu ne te sens pas bien dans ta peau, ta peau te démange ».

L'eau et le savon qu'il faut payer sont utilisés avec parcimonie.

« C'est quand tu sors que tu te laves, sinon tu peux faire trois jours sans te laver » (Maïmouna, 45 ans, veuve, Niamey).

« Je peux porter une seule tenue pendant une semaine » (Alkaly, 44 ans, chômeur à Conakry).

Les soignants reprochent parfois aux malades leur malpropreté sans connaître les difficultés dans lesquelles ils se débattent.

« Le docteur m'a dit : « Il faut prendre ta douche avant de venir ». Ca m'a fait très mal parce que moi je suis propre, mais ce jour-là je souffrais, j'étais malade ; il ne m'a même pas regardé, il a prescrit une ordonnance que je n'ai jamais achetée » (C., chômeur, vit dans un abri de fortune en cartons à Dakar).

*« Même à manger, on trouve difficilement »*

La malnutrition est le lot des pauvres citadins. Elle a des effets dévastateurs sur la croissance et la survie des jeunes enfants. Elle les rend plus vulnérables aux maladies. Dans les familles rencontrées, la mortalité infantile était élevée.

Les enquêteurs saisissent les petites scènes de la vie quotidienne : les enfants qui se disputent pour accéder au plat de nourriture, les préparations parfois bien modestes... L'achat de la nourriture est la priorité des priorités et arrive en concurrence avec toutes les autres dépenses : santé, éducation, logement, vêtement. Trouver de quoi se nourrir constitue le principal combat quotidien du pauvre, à renouveler chaque jour, sans être sûr de le gagner, car les familles démunies ne disposent d'aucune réserve alimentaire et ont des revenus très aléatoires.

« On se débrouille. Les uns sortent pour se débrouiller, les autres préparent pour nous. Le jour où on ne reçoit rien, on reste sans manger, sauf si l'un de nos voisins nous envoie quelque chose » (Bountou, 40 ans, Conakry).

« Quand je me débrouille ici, je fais des bricoles, je cherche de l'argent pour remettre à ma femme. Le jour où on n'en a pas, on reste sans manger. On n'a pas de sac de riz à la maison » ( Abdoulaye, 42 ans, Conakry).

Si une préparation culinaire a lieu, elle intervient parfois tardivement quand un membre de la famille a réussi à obtenir un peu d'argent permettant d'acheter le minimum d'ingrédients.

Ce qui fait dire à Issa, 25 ans qui vit à Conakry : « C'est quand l'heure du manger passe que le pauvre trouve son aliment ».

Cette situation est celle de la famille de Djiby à Dakar. La femme de Djiby attend les 250 FCFA, gain de la mendicité de son mari, vers midi, treize heures, pour aller faire les courses et la cuisine. Ils peuvent rester aussi plusieurs jours sans manger.

Pour Hawa, 79 ans : « Un pauvre ne peut pas préparer à midi. C'est la nuit seulement que je fais la cuisine, car moi je passe la journée au marché » (Niamey).

Les repas ne sont pas pris à heures régulières, et le nombre de repas dans la journée varie aussi selon la conjoncture. Beaucoup de familles pauvres se contentent d'un repas. Les plats peuvent être consommés partiellement et gardés pour le soir ou le matin. Il n'y a ni régularité, ni quantité, ni qualité de la nourriture.

En attendant la préparation, quelques aliments achetés pour des sommes modiques sont consommés.

« Le midi, je donne 125 FCFA à chacun des grands et 50 FCFA aux petits. Parfois ils cotisent pour faire du *gari* (farine de manioc) au *kobto* (feuilles) » (Kati, mère de huit enfants, dont six à sa charge, vit à Niamey).

« Le jour où Dieu me donne les moyens, je fais la cuisine, au cas contraire, je leur donne pour qu'ils achètent » (Tabaï, veuve avec sept enfants à Niamey).

La préparation d'un repas revient souvent plus cher parfois que d'acheter quelques denrées cuisinées bon marché.

Certains mets peu chers sont ceux des démunis comme la boule de farine de manioc à Niamey. Il s'agit parfois de tromper la faim.

« J'achète deux mesures de farine de maïs ou de mil pour faire de la boule pour les enfants et la pâte le soir » déclare Tabaï, veuve de 40 ans, mère de sept enfants. « Est-ce que cela suffit ? » demande l'enquêteur. « Ce n'est pas suffisant, on fait seulement pour que cela suffise » répond la mère.

« On arrive à préparer un peu de riz qu'on nous donne, sans sauce. Si tu manges aujourd'hui, tu n'es pas sûr de le faire la nuit suivante. Et nous mangeons le plus souvent sans sauce au point de tendre vers le vomissement » (Abdourahmane, âgé, qui ne peut plus travailler, vit à Niamey).

« Si nous sommes rassasiés, tant mieux, si nous ne sommes pas rassasiés, nous buvons de l'eau pour finir » (Maïmouna, Niamey).

Pouvoir rester plusieurs jours sans avoir les moyens de préparer à manger, et cela de façon récurrente, semble différencier les familles pauvres entre elles. Une difficulté supplémentaire se présente pour les diabétiques auxquels il est fortement déconseillé de consommer les céréales de base de l'alimentation comme le riz ou le mil.

En ville, pour cuisiner, il faut acheter non seulement les ingrédients mais aussi l'eau, le combustible et les allumettes.

« S'il n'y a pas d'argent pour acheter le charbon, les femmes ramassent des brindilles » (Mory, retraité à Conakry).

Le 20 février 1999, dans un quartier d'habitat précaire de Niamey, nous avons été témoin de la scène suivante : une femme vient demander à Adamou, le tablier, d'acheter une boîte d'allumettes à crédit. Ce dernier refuse car elle a déjà des dettes auprès de lui. La femme va alors emprunter une braise à une voisine.

Adama, habitant le même quartier, trouve difficilement le prix du combustible : « Nous achetons un fagot de bois à 50 FCFA, cela ne suffit pas pour faire bouillir l'eau, nous complétons avec les tiges de la clôture. Si nous avons assez d'argent nous achetons pour 100 FCFA ».

A la malnutrition chronique s'ajoutent les risques sanitaires causés par la mauvaise qualité des aliments, l'exposition des denrées aux saletés. A Conakry, à l'hivernage, nous avons observé des scènes de marché où des aliments sont vendus à proximité des ordures et des eaux stagnantes.

La pauvreté et l'ignorance poussent aussi certains à boire des eaux de mauvaise qualité : eau de puits et eaux mal conservées.

Voici ce qui a été observé dans une concession de Conakry le 13 septembre 1999 : à l'extrémité de la concession se trouve une grosse jarre contenant une eau non couverte. Les bordures de la jarre sont tapissées d'algues vertes. Un garçon lave ses chaussures en puisant dans la jarre ; un quart d'heure plus tard, un autre enfant vient y boire. Les femmes y prélèvent l'eau pour la cuisine.

### ***La souffrance morale du pauvre : « traverser la vie est dur » (Conakry)***

Les états de pauvreté sont douloureusement intériorisés. Toute une gamme de sensations, de sentiments ont été exprimés.

« *Nous sommes tous des fatigués, des éprouvés* » (Niamey)

La pauvreté et son cortège de soucis s'inscrivent dans les corps.

« Une famille nombreuse, tu n'as pas les moyens, la fatigue devient ton lot. Ta santé est difficile à obtenir » (homme âgé à Dakar).

Ali, 60 ans, sans travail, qui vit à Conakry, évoque les pauvres qui n'ont pas bon moral et qui parlent avec les mains en marchant.

Les rythmes biologiques sont perturbés.

« Le pauvre, c'est celui qui n'a pas et qui cherche. Il n'a ni force, ni l'air de quelque chose. Je suis vraiment pauvre. Je ne dors pas comme les autres. Pendant que les autres dorment, moi je suis en train de faire des galettes » (Barajé, Niamey).

*« Les difficultés ne manquent pas, il faut seulement patienter » (Niamey)*

La patience semble la vertu obligatoire du pauvre. Être patient, c'est savoir attendre et savoir se maîtriser. Il faut de la patience pour trouver un logement à loyer abordable après avoir mené de multiples démarches. Il faut patienter lorsque l'on n'a pas à manger, patienter lorsqu'on n'a pas le prix du savon. Il faut être patiente avec son mari qui n'a pas d'argent pour acheter les médicaments.

Le mendiant a besoin de patience pour réunir les quelques pièces qui lui permettront de survivre.

« Il faut la patience si Dieu te contraint à la mendicité » (Adamou, mendiant à Niamey).

Il faut être patient et se maîtriser face au propriétaire qui fait pression pour que le loyer soit payé. Il ne faut pas se révolter contre son patron qui vous exploite et vous humilie, alors que le chômage est généralisé et l'emploi précaire.

« Quand tu manges à la sueur de ton front, quelqu'un te propose du travail pour t'insulter, te maîtriser, te rabaisser au rang d'animal. Toi qui travailles, tu sais ce que tu fais, ce que tu désires, tu dois te maîtriser, te patienter. Dans notre travail, on nous en fait voir de toutes les couleurs. Il y a des gens qui vont jusqu'à t'insulter, te traitant de bâtard. Il faut patienter pour percevoir son argent après un travail » (Hassane, 28 ans, maçon à Niamey).

Le malade qui se rend au centre de santé doit être patient pour supporter les attentes et les comportements des soignants.

« Il faut de la patience lorsque tu vas à la maternité et que tu ne connais personne » (épouse d'Ibrahim, Niamey).

« Nous, les malades, nous gardons patience car c'est nous qui avons besoin d'eux » (Facinet, 40 ans, dont la femme vient d'accoucher dans un centre de santé de Conakry).

Les révoltes éclatent parfois, par endroit, pour une sur-tarifcation, un ordre de consultation pas respecté, mais elles sont extrêmement rares et vite enrayerées par l'intervention des soignants.

*La résignation et l'espoir*<sup>20</sup>

La femme d'Ibrahim patiente ; elle se résigne devant la plaie chronique de sa jambe, mais entretient aussi un espoir. « Si j'arrive à avoir de l'argent, je ferai du commerce. Je vendrai du bois ou des condiments » (Niamey).

Nous avons vu que B qui a eu une situation plus florissante espère que son état actuel s'améliorera et qu'il pourra faire revenir sa femme et ses deux plus jeunes enfants près de lui à Conakry.

La résignation et l'espoir se nourrissent aussi du sentiment religieux que Dieu est la cause ultime de la pauvreté et de la richesse. La misère est alors vécue comme une fatalité. Les pauvres tiennent parfois un discours moralisateur sur la pauvreté due à la paresse, à l'imprévoyance, au gaspillage, à l'insatiabilité, au non-respect de ses parents... Mais cette résignation comporte aussi un potentiel de révolte, qui éclate parfois brusquement, sous forme de flambées sporadiques<sup>21</sup>.

*L'incapacité, l'impuissance, le manque de pouvoir, d'autorité, la perte du respect*

L'économiste Amartya Sen définit l'état de pauvreté par une restriction des choix. Cette limitation des choix engendre à la longue un sentiment d'impuissance, d'incapacité, de blocage, surtout lorsque les difficultés s'accumulent sans cesse alors qu'aucune solution pour en sortir ne se profile. Le pauvre ne peut se fixer de projets faute de moyens.

« Je ne peux plus avancer, je ne peux plus reculer ». C'est ainsi que Mame, de Dakar, exprime son impuissance.

« Le pauvre est comme un mur, il encaisse tout sans pouvoir réagir » (enquête d'Abidjan).

Le chef de famille perd son autorité au sein de la famille, il ne peut même plus « commissionner » ses proches. Les intéressés font sentir comment se met peu à peu en place le manque de confiance, le déficit en considération et en respect.

20. Les pauvres rencontrés dans l'enquête distinguent parmi les pauvres ceux qui ont de l'espoir, de l'ambition, qui cherchent à s'en sortir, et ceux, résignés, qui ont perdu tout espoir.

21. Pour Jean-Marc Ela, « L'Afrique n'est pas morte : c'est une marmite qui bout... Dans une Afrique soumise aux impératifs du FMI, il faut se demander si l'on ne s'achemine pas vers une implosion dans la mesure où l'avenir de la pauvreté risque d'être placé sous le signe de la violence urbaine » (1994 : 9-10).

« Tu n'as rien, tu seras sous-estimé par toute la famille. Tu ressembleras à une poubelle où tout le monde jette des ordures » (Souleymane, 21 ans, Conakry).

« Celui qui est démuné n'a pas la parole ; même une femme ne l'écoute pas » (enquêté de Niamey).

« Si quelqu'un n'a rien, sa femme, sa famille ne vont pas le respecter. S'il tombe malade, il est considéré comme un fardeau, on le rejette » (Morlay, 25 ans, Conakry).

« Les enfants qui ne sont pas nourris n'ont pas de respect pour leur père. Si vous donnez du déjeuner chaque jour à vos enfants, tous seront obligés de vous saluer chaque matin, ils peuvent penser que celui qui ne vous salue pas n'aura pas de déjeuner » (Mohamed, 40 ans, Conakry).

« La confiance qu'on peut t'accorder est à l'image de ta chambre. Si tu n'as pas de quoi manger, quelle confiance peux-tu inspirer ? » (Maïmouna, Niamey).

Le pauvre est condamné à l'isolement, au silence.

« Le pauvre ne peut pas parler. Même s'il parle, sa parole ne sera pas prise en considération car il ne pourra pas la respecter » (enquêté d'Abidjan).

### *La dignité*

La dignité est de chercher à gagner honnêtement sa vie.

Madou, vendeur d'eau à Bamako, après un parcours qui représente une paupérisation progressive, est accusé de détournement par le nouveau régisseur de la fontaine publique. « Je suis pauvre, dit-il à l'enquêteur, mais je n'aime pas tricher avec le bien d'autrui ».

L'infortune est telle parfois que l'individu considère qu'il a renoncé à cette forme de dignité.

Ainsi P., mendiant à Dakar suite à un accident du travail, considère qu'avant son accident, il vivait sa pauvreté dans la dignité grâce à son travail de manœuvre, et que ce n'est plus le cas aujourd'hui.

La dignité est aussi de ne pas dévoiler sa pauvreté ; ce qui peut avoir pour conséquence de ne pas demander à bénéficier des services sociaux quand ils existent.

Lors d'une crise de paludisme très forte, A., abandonnée par son mari, qui vit seule avec ses deux filles à Dakar, a été hospitalisée et prise en charge par le comité de santé du centre de santé. « Je suis tombée à plusieurs reprises malade après cette hospitalisation. Mais je refuse d'aller là-bas car ce sont mes pairs. Je ne peux pas continuer à aller au centre sans argent. On va connaître tes problèmes. Tu vas te dévaloriser »

*« Celui qui est démuné ne peut rien faire, que la honte ; il n'y a que la honte pour lui » (Niamey)*

La honte vient non pas de l'état de pauvreté en soi mais de la défaillance de l'individu qui ne peut faire face à ses obligations familiales ou sociales lorsque cette défaillance est reconnue publiquement (Ouattara, 1999 : 280 ). La honte est engendrée par le regard des autres.

Les stratégies d'évitement de la honte, comme l'emprunt, ne sont pas sans risque, car, si elles ne s'opèrent pas dans la discrétion, elles peuvent générer un redoublement de la honte. Le pauvre qui quémande peut ressentir la honte, mais si l'aide lui est refusée son humiliation ne fera qu'augmenter.

Un jeune homme, rencontré à Niamey, a exprimé comment il s'était senti blessé quand l'épouse d'un de ses parents éloignés l'informe, lors d'une visite, que son mari lui a recommandé de dire, s'il venait le demander, qu'il est absent, afin de ne pas être sollicité.

Le pauvre souffrira de la honte de ne pas pouvoir cotiser à un baptême ou de ne pas pouvoir assurer le baptême de son propre enfant, de ne pas habiller sa famille les jours de fête, car lors de tels événements son dénuement sera exposé et son statut de chef de famille sera ébranlé.

Vendre un objet utilitaire, c'est aussi dévoiler sa misère et connaître l'humiliation.

« De nos jours, chacun attend la honte de l'autre », déclare Morou, 31 ans, réparateur de montres. « Si on doit aller vendre un bien pour payer une ordonnance, il faut le vendre dans un espace où on ne te connaît pas. Si on te voit en train de vendre tes biens, on parlera de déchéance. Tu as le courage de vendre où tu es inconnu ».

La honte de ne pas avoir pu faire face à ses obligations explique parfois la non fréquentation du dispensaire ou le retard à consulter.

« J'ai eu honte pour n'avoir pas pu payer l'ordonnance qu'on m'a donnée, ni faire l'analyse de sang qu'on m'a prescrite. C'est pourquoi j'ai

attendu le jour de mon accouchement pour venir » (Sitan, d' Abidjan, venue au cinquième mois de grossesse pour une première et dernière consultation prénatale).

Au centre de santé, le malade fait souvent l'expérience de la honte : ignorance révélée devant tous des lieux, ou des procédures, honte d'être mal accueilli, moqué, rabroué, insulté, honte de la maladie, honte de dénuder son corps, honte de ne pouvoir payer la totalité du traitement, honte de dévoiler son dénuement.

Mais la honte du pauvre n'est pas recevable, c'est un luxe qu'il ne peut se permettre d'exprimer.

« (Au centre de santé) tu n'as pas à avoir honte parce que certaines, si tu leur parles de honte, elles vont te laisser à ton propre sort, elles te laissent avec ta honte. Elles peuvent même t'insulter » (Amina, petite commerçante, qui vend de la nourriture cuisinée à Niamey).

### *La croyance en la malchance, ou en la malédiction*

La croyance en la malchance, en la malédiction, est une explication à laquelle les pauvres ont recours quand l'adversité est trop lourde pour eux.

Maï à Dakar croit sa famille maudite car elle a perdu six enfants, puis son mari est devenu handicapé. « Ma vie en est-elle une ? » s'interroge-t-elle.

P. est amputé après un accident du travail sur un chantier de Dakar. « Je suis sûr qu'on m'a jeté un sort, car dans le chantier il y a beaucoup de maraboutage entre les ouvriers pour avoir de la place ».

Ces suspicions font que l'individu, en cas de maladie ou d'accident, sera peu enclin à se rendre au centre de santé et préférera le recours à des guérisseurs et des marabouts.

### *La peur pour les enfants*

Les parents ont peur pour le présent et le futur de leurs enfants.

L'épouse d'Ibrahim a peur pour sa fille de 19 ans et ne lui fait pas faire le commerce : « Je n'ai pas confiance en la ville. Je ne mets pas de plateau sur sa tête, car si elle échappe à certains, à d'autres elle n'échappera pas » (Niamey).

*La dislocation des relations familiales et sociales*

« La pauvreté casse la famille » (Yari, 40 ans, Conakry).

Ne plus pouvoir compter sur un réseau social est le signe d'une grande pauvreté.

« Celui qui n'a pas de soutien, celui qui n'a personne pour l'aider, est considéré comme pauvre » (Kariba, Bamako).

Dans les situations de pauvreté, les relations sociales s'effritent<sup>22</sup>. On peut parler de l'amorce d'une « désocialisation » (Castel, 1995 : 465), plus ou moins poussée selon les situations, qui peut conduire à une inexistence sociale, une invalidation sociale (id.:15). Pierre Bourdieu évoque des vies à « la frontière de l'être et du non être social »<sup>23</sup>.

Les premières ruptures sont celles avec la famille élargie. Pour Abdou Salam Fall (1994 : 296) « la rupture avec le réseau familial traduit une rupture radicale avec les normes sociales ».

Les nantis se découragent devant les sollicitations sans fin du parent démuné.

« Tu sollicites un parent une fois, deux fois, la troisième fois, il est fatigué » (Amina, vendeuse de nourriture au bord d'une route goudronnée à Niamey).

Les connaissances sans ressources ont leurs propres problèmes à gérer. Les liens sociaux deviennent formels ; ils ne s'actualisent plus lors des cérémonies familiales et ne peuvent plus être mobilisés pour une entraide.

« On ne pose plus nos problèmes à des gens qui vont connaître vos maux sans y apporter des remèdes. Maintenant c'est chacun pour soi. Je compte plus sur ma force de travail que sur des dons, je ne veux fatiguer personne » (pauvre vivant à Dakar).

« Par ces temps qui courent, chacun a des problèmes. Des gens ont tellement de problèmes qu'on ne peut demander à quelqu'un de l'aide. Chacun se cherche » (Tabaï à Niamey).

« Si tu demandes à quelqu'un de t'aider, s'il te raconte ses problèmes, tu oublieras les tiens. Par exemple, si tu demandes de l'argent à quelqu'un, il te dira qu'il n'a pas mangé depuis hier » (Taji, 70 ans, vit avec ses petits enfants à Niamey).

---

22. Dans les différentes langues nationales, les pauvres utilisent des expressions particulières pour distinguer les indigents qui ne bénéficient pas des réseaux sociaux de solidarité, et ceux qui peuvent encore compter sur un réseau familial, social, religieux.

23. Préface à l'ouvrage d'Abdelmalek Sayad, *La double absence* (1999).

Les pauvres expérimentent la fin des solidarités familiales et amicales avec l'entrée dans l'extrême pauvreté, tel ce mendiant handicapé rencontré à Dakar :

« Depuis l'amputation de ma jambe, je ne vois que très rarement mes parents ; mes amis me fuient. La solidarité n'existe plus dans les familles. Celui qui n'a pas les moyens n'est pas considéré ».

Ils se trouvent relégués à l'arrière-plan des relations familiales.

Hadjara, veuve depuis deux ans et demi, fait le même constat à Niamey : « Avant, si un événement survient en famille, il faut qu'on vienne m'avertir, maintenant ils ne me disent presque rien. Pourquoi ? C'est seulement à cause de ma pauvreté, je suis dans une mauvaise posture, sinon les parents ne vont pas me fuir. Mais maintenant, même s'il y a une cérémonie chez moi, ils ne viennent plus ».

Il est difficile de nouer de nouvelles alliances.

« On n'aime pas se marier avec les filles pauvres » déclare la fille de Tabaï à Niamey.

Dans des sociétés où l'appartenance à des réseaux sociaux est aussi importante, on peut évaluer le désarroi d'individus ou de familles qui voient les liens sociaux s'effiloche et qui se retrouvent isolés. *Cette pauvreté du capital social explique que les indigents sont en position difficile dans les structures publiques de santé où les relations deviennent essentielles pour obtenir une prise en charge rapide et efficace.*

Les familles nucléaires se disloquent provisoirement dans la perspective de faciliter une résolution des difficultés que l'on espère temporaires.

B. de Conakry a envoyé sa femme et ses deux plus jeunes enfants au village. Il en est de même de S., handicapé, qui vit de mendicité à Dakar.

Amina de Niamey a placé deux de ses enfants à la campagne chez leur oncle.

Les maris tentent leur chance en allant travailler ailleurs.

Le mari de Barajé, qui, à cause de ses dettes, doit se cacher de ses relations à Niamey, est parti travailler dans un village comme vendeur de viande grillée, laissant son épouse et ses trois enfants à la capitale à cause de la scolarité d'une des filles.

Les gendres d'Abdourahamane de Niamey sont partis travailler, l'un au Bénin, l'autre au Nigéria, et ils n'envoient pas d'argent à leur famille. Le dernier s'est remarié au Nigéria.

Des mères se trouvent contraintes d'abandonner leurs enfants.

Après le décès de son mari, une Dakaroise ne pouvant affronter les conditions de vie difficiles qui l'attendaient se décharge de ses trois enfants sur sa belle-mère.

Mais les dislocations, de temporaires, deviennent parfois irréversibles.

« La femme de mon fils a divorcé. Quand on n'a rien, ce n'est pas n'importe quelle femme qui peut rester avec vous » déclare Hawa, 79 ans, Niamey.

Dans un contexte de pauvreté, la maladie ne fait qu'attiser les tensions familiales entre le mari et sa femme, entre les parents et les enfants. Le manque d'argent génère des malentendus. Le malade pense que ses parents sont indifférents à son état, qu'ils refusent de le soigner.

« Le mari qui n'a rien, à qui on remet une ordonnance de 6 000 FCFA qu'il laisse dans sa poche, ça crée la mésentente quand il ne parvient pas à acheter les produits. Ça crée un vrai malentendu, car tu peux avoir l'idée qu'il ne se préoccupe pas de toi, alors qu'il n'a rien » (Barajé, Niamey).

Les tensions familiales exacerbées par la maladie peuvent conduire au divorce.

« Si une femme est malade, son mari ne l'amène pas à l'hôpital, la femme peut désertier le foyer, ses parents la récupèrent. C'est ce qui s'est passé ici, un homme a perdu sa femme » (Aïssatou, 53 ans, Conakry).

### **Une typologie de la pauvreté**

La pauvreté est un état fluctuant qui peut s'améliorer ou s'aggraver au gré des circonstances. « Ces configurations de vulnérabilité sociale ne sont pas données une fois pour toute. Qu'advienne par exemple une crise économique, la montée du chômage, la généralisation du sous-emploi : la zone de vulnérabilité se dilate, elle empiète sur celle de l'intégration et elle alimente la désaffiliation » (Castel, 1995 : 14). Des familles qui vivent dans des situations très précaires, au jour le jour, sans sécurité d'aucune sorte, deviennent très vulnérables aux événements qui peuvent survenir. Le décès d'un soutien de la famille, la maladie, l'accident, la

perte d'un emploi, un divorce, un vol, font basculer parfois irréversiblement les familles dans une très grande pauvreté. Les ruptures s'enchaînent souvent, fragilisant de plus en plus les individus.

C. vit à Dakar. Licencié de son travail pour cause de détournement, il subit, dans la foulée, le départ de sa femme, et la perte des relations avec ses parents et ses amis.

Madou a immigré à Bamako il y a vingt ans. Il y travaille comme boucher. Il considère que sa pauvreté actuelle a été causée par la sécheresse de 1984 qui a décimé la totalité du troupeau de son père. En 1985, les récoltes furent médiocres. Sa famille, qui est très grande, fut à sa charge. Ultérieurement, le Gouvernement décida la démolition de toutes les maisons en tôle situées sur les routes principales de la capitale. Sa boutique fut détruite. Il changea de place mais il perdit sa clientèle. Il vendit son nouveau terrain, utilisa le prix de la vente comme fonds de commerce, celui-ci périclita, et il se retrouve sans rien.

S., à Bamako, affirme être tombée dans la misère après avoir payé les médicaments prescrits par le médecin qu'elle a consulté lors d'une maladie. La seule solution fut de se dessaisir de son petit fonds de commerce qu'elle n'a plus jamais récupéré.

M.D. ancien tailleur à Bamako, âgé de 60 ans, fut accidenté de la circulation il y a dix ans. Pour faire face à ses soins, il vendit sa moto et sa machine à coudre. « C'est la maladie qui appauvrit quelqu'un, dit-il, car on met tout dans le traitement d'une telle maladie incurable ou difficilement curable »

Les familles vivent des ruptures brutales mais aussi une dégradation progressive de leurs conditions de vie avec une augmentation des charges familiales, de nombreuses naissances, et les enfants de la famille élargie que l'on accueille en provenance du village.

Parmi les familles pauvres on peut distinguer des catégories d'individus qui semblent plus vulnérables et démunis.

Le groupe le plus visible est celui des mendiants handicapés, qui vivent des situations différentes selon leur connaissance du milieu urbain, ou selon les relations qu'ils ont pu maintenir. Certains mendiants sont sans domicile fixe, d'autres ont un domicile. Des mendiants sont organisés, ont des relations, s'installent à des places fixes : les feux rouges, les sorties des pâtisseries modernes, la mosquée le vendredi. D'autres, plus récemment venus en ville, ne bénéficient pas de cette connaissance du milieu urbain et jouissent de très peu de support social.

Djibi, 71 ans, est aveugle, il mendie dans les rues de Dakar, guidé par sa fille de 16 ans non scolarisée. Une de ses filles handicapée motrice est

clouée au lit depuis douze ans. Grâce à un marabout, il est propriétaire de sa maison. Il mendie aux feux rouges dans le centre ville. Le vendredi, il se rend à la mosquée des Toucouleurs. A la Tabaski, il mendie la viande de mouton. Un de ses fils est apprenti tailleur et l'autre apprenti mécanicien. Ses filles font des tresses. Sa femme vend des arachides grillées devant la maison.

La famille rencontrée à Dakar qui est réduite à dormir dans la rue est entrée dans la mendicité à la suite d'un accident de travail du père, manoeuvre maçon : « J'ai eu un accident dans un chantier. Au début c'était une petite égratignure sur le tibia droit. Je ne m'en suis pas occupé et ça s'est infecté. Négligeant que j'étais, je ne suis pas allé à l'hôpital, préférant me soigner avec des écorces d'acacia que les voisins me conseillaient d'utiliser. Au bout du compte, on m'a coupé une jambe pour, disait-on à l'hôpital, préserver ma vie ». Dans cette famille les handicaps se cumulent, car l'épouse a perdu la vue et n'a pas été soignée. La misère se reproduit, car les enfants, au lieu d'être scolarisés, aident leurs parents à mendier.

Pour les mendiants les plus insérés, ce mode de vie leur permet d'assurer un minimum d'argent chaque jour.

La mendicité s'inscrit dans le contexte religieux de l'Islam. Ainsi, traditionnellement, les élèves coraniques sont obligés de mendier leur nourriture.

« La mendicité n'est pas quelque chose de nouveau pour moi. Quand j'étais jeune, au village, j'ai été confié à un marabout par mon père pour apprendre le Coran. Nous mendions souvent pour subvenir à nos besoins » (P., mendiant de Dakar d'une cinquantaine d'années).

Certains mendiants passent de concession en concession en récitant à haute voix les versets du Coran.

Un autre groupe de miséreux est celui des migrants récents d'origine rurale qui habitent souvent des quartiers d'habitat précaire.

Maïmouna, 45 ans, est arrivée récemment à Niamey en provenance de son village. Veuve, elle vit seule avec sa nièce. « Quand je suis arrivée ici, j'ai souffert, je n'avais rien, c'est la souffrance qui m'a chassé de mon village. Quand je suis venue ici, je n'ai pas trouvé de travail ». Elle envisage de repartir vivre au village.

Souvent, pour fuir la misère, les migrants, comme Maïmouna, tombent dans une misère plus grande encore. L'exode rural entraîne une rupture des relations familiales et sociales. Quand on est misérable, que l'on vit dans un quartier excentré, sans connaître la langue dominante parlée en ville, même une ancienneté de résidence ne permet pas toujours une intégration.

La grand-mère de Mari, Dioula, ne parle pas un mot de wolof malgré vingt ans passés à Dakar.

Les difficultés de communication que rencontrent ces migrants les excluent des centres de santé s'ils ne peuvent pas se faire accompagner d'un interprète.

Une catégorie très vulnérable est celle des femmes divorcées ou des veuves, qui se retrouvent avec une famille à charge.

A., abandonnée par son mari, a ses deux filles à charge, elle vit difficilement d'un petit commerce de beignets et de cacahuètes à Dakar et habite une baraque branlante.

Un autre groupe très fragilisé est celui des retraités, des personnes âgées.

Taji a 70 ans et vit avec ses petits-enfants à Niamey : « Je faisais du commerce mais ça n'a pas marché. J'achetais pour 500 FCFA de bois, je gagnais un bénéfice de 50 FCFA et avec ces 50 FCFA je voudrais acheter du pétrole et de quoi manger, ça ne peut pas se faire. Je vis d'aide et de la location de trois cases à 2.500 FCFA, dans cette somme, quel que soit ce qu'on me donne, je prends. »

Hawa a 79 ans. Vivent avec elle : son fils, chômeur et divorcé, son frère, sa belle-soeur et six petits-enfants. Elle soutient sa famille en vendant des condiments toute la journée au marché de Niamey.

Un autre handicap est lié au statut social défavorisé des castes dans certaines sociétés.

Les individus ou les familles cumulent parfois plusieurs handicaps ou différentes situations de pauvreté : avoir été abandonnée avec ses enfants par son mari, être récemment arrivée en ville, avoir un handicap physique, et être d'un statut social défavorisé.

### **Les recours aux soins des pauvres hors des centres de santé publics**

A. habite dans une hutte en paille dans un quartier périphérique de Niamey. Abandonnée par son mari alors qu'elle était enceinte, elle est arrivée du Mali depuis deux ans. Elle n'a rien et vit de mendicité. Elle n'a pas suivi de consultation prénatale par manque d'argent. Elle a accouché de jumeaux. L'un est près d'elle et présente un ventre ballonné, l'autre est décédé à l'âge d'un an dans les circonstances suivantes : « L'enfant

vomissait depuis longtemps, il avait la diarrhée ; il n'avait pas la fièvre<sup>24</sup>. L'enfant était malade depuis un mois, je lui donnais des plantes et des pilules de quinine. Je suis allée au dispensaire avec l'enfant qui avait la diarrhée et vomissait. Il fallait payer, je suis retournée. Je n'avais pas d'argent pour aller au dispensaire. Ici, ça ne vaut rien, c'est toujours une question d'argent. C'est vraiment l'argent, on ne parle pas avec toi, on ne te regarde même pas<sup>25</sup>. Ils ne connaissent que l'argent, c'est tout ce qu'ils connaissent. Les gens m'ont dit d'aller à la PMI. Le taxi m'a emmenée gratuitement. Les gens de la PMI m'ont engueulée car j'avais trop attendu, l'enfant était déshydraté. Il avait la maladie dans le corps depuis longtemps, sa tête ne tenait pas. On a placé le sérum, il était trop tard. Il n'y avait plus d'eau dans son corps. Le sang n'entrait pas dans son corps. Ils ne trouvaient pas sa veine. Les médecins ont dit que c'était une maladie grave, la méningite. On m'a envoyée à l'hôpital. Je n'ai rien payé, car je suis mère de jumeaux. A l'hôpital, on ne m'a pas engueulée. Un jour et demi plus tard, l'enfant est mort à l'hôpital ».

Le cas de cette mère est extrême, par sa situation de femme abandonnée et récemment émigrée du Mali, mais différentes caractéristiques de cette triste trajectoire se retrouvent de façon récurrente chez la plupart des malades pauvres. En premier lieu, le malade a recours à l'automédication à base de plantes médicinales et de comprimés antipaludéens achetés au détail avec les petits revendeurs. L'exclusion des structures de soins primaires par suite du manque d'argent coexiste avec des prises en charge ponctuelles et incertaines des indigents lorsque les soignants émus par une situation particulière ou un individu particulier vont prodiguer des soins gratuits ou contribuer à une prise en charge à leurs frais. Ce qui est assez rare. On peut noter aussi la coexistence de deux logiques, la logique économique du recouvrement des coûts et la logique populaire selon laquelle, par exemple, une mère de jumeaux dispose de certains pouvoirs et donc peut bénéficier de certains avantages.

### *Les médicaments du marché*

« L'achat des médicaments au marché n'a pas d'inconvénient pour le pauvre, l'inconvénient c'est pour le riche » (Issa, 25 ans, Conakry)

---

24. L'absence de fièvre est interprétée comme un signe de non gravité des troubles de l'enfant.

25. L'expression « si tu n'as pas d'argent, on ne te regarde même pas » revient très fréquemment dans la bouche des pauvres des cinq métropoles pour parler de l'accueil que les soignants leur réservent.

« Je souffre d'une plaie à la jambe depuis un an. Quand je me suis blessé, c'est du médicament rouge que j'ai acheté au marché pour mettre dessus. Quand ça n'a pas guéri, mes voisins ont amené des feuilles de *barikeri*<sup>26</sup>. Ils m'ont dit de les piler, de mettre sur la plaie et d'attacher. Quand je mets ces feuilles, des fois je les remplace par des capsules jaunes (tétracycline) que j'achète avec les tabliers et je mets la poudre » (Soriba, 60 ans, Conakry).

Le cas de Soriba illustre l'attitude de beaucoup de malades pauvres qui bricolent, combinent ou alternent des traitements à partir des médicaments du marché et des plantes médicinales, en espérant que le mal disparaîtra, ce qui, en fait, retarde une intervention plus efficace, mais plus onéreuse, au centre de santé.

Les données concordent dans les cinq capitales. Le premier recours thérapeutique des pauvres, toutes catégories confondues, est l'automédication à base de produits pharmaceutiques achetés auprès des vendeurs ambulants ou au marché. Il existe une consommation courante de médicaments contre la fièvre, les douleurs diverses, les maux de ventre, les petites plaies. Le malade rachète parfois un médicament précédemment prescrit. Ces achats se font pour toute la famille, y compris les enfants. Le manque d'argent explique cette automédication.

Cet enfant de cinq ans vivant à Niamey est accidenté, la famille n'a pas les moyens de faire traiter l'enfant au dispensaire, son père lui applique une pommade achetée auprès des vendeurs ambulants de médicaments provenant du grand marché.

« J'achète (des médicaments auprès des petits revendeurs) pour les maux de tête, de ventre, le palu, le corps chaud, quand le ventre ballonne, j'achète pour moi, mes sœurs, les enfants... Quand on est pauvre, c'est le prix qui est là-bas qu'on aime » (Bountou, 43 ans, Conakry).

« J'achète avec les tabliers pour moi, mes enfants, mon mari. La pauvreté fait cela, sinon on doit aller dans les pharmacies, mais celles-ci sont construites pour les patrons » (Mamata., 25 ans, Conakry).

Les médicaments du marché sont moins chers. Ils sont vendus au détail. Les disponibilités monétaires quotidiennes des pauvres, quand elles existent, sont de l'ordre de 25 ou 50 FCFA<sup>27</sup>. Elles sont donc adaptées à l'achat fractionné de quelques comprimés auprès des vendeurs<sup>28</sup>.

26. Barikeri est le nom soso de l'ocinum gratissimum.

27. Nous sommes très en dessous du revenu de un dollar par individu et par jour retenu comme seuil de pauvreté par la Banque Mondiale.

28. Avec 30 ou 35 FCFA le malade peut espérer un soulagement de sa fièvre et de ses maux de tête.

D'autre part, l'achat peut se faire à crédit dans une relation sociale de proximité. Le client a la possibilité de marchander le prix. Le vendeur parle la langue de l'acheteur, lui prodigue des conseils. L'accès à ce type de traitement est facile, rapide, sans attente, ce qui est un atout pour des personnes qui mobilisent chaque jour leurs énergies pour trouver de quoi survivre. Les médicaments peuvent être achetés en dehors des heures d'ouverture des pharmacies et des centres de santé. Le vendeur ambulancier est facilement intercepté lorsqu'il circule dans les quartiers, il peut revenir le lendemain livrer à domicile un produit dont il ne dispose pas.

« A n'importe quel moment, n'importe où, même avec un tablier, tu peux avoir un calmant contre les maux de tête par exemple » (M'Mah, 21 ans, Conakry).

La discrétion semble mieux préservée.

« L'espace social du marché semble protégé mieux que les services de santé la confidentialité et la pudeur des acheteurs. Certaines personnes qui ont honte d'aller à l'hôpital pour expliquer leur maladie préfèrent l'anonymat et la rapidité de la vente locale » (Jaffré, Y. 1999 : 69).

Le client connaît le médicament qu'il identifie à la couleur de la capsule, au graphisme de l'emballage ; il s'informe aussi auprès des vendeurs.

« Dès que je tombe malade, je vais expliquer aux vendeurs de médicaments de quoi je souffre et ceux-ci me vendent des produits et très souvent je guéris » (Baba, 22 ans, Bamako).

« Quand tu connais ta maladie, tu vas chercher au marché les médicaments de cette maladie. Comme nous ne sommes pas instruits, quand j'y vais pour une maladie, je dis la maladie et les vendeurs savent le médicament qu'il me faut. Pour l'enfant, tu connais la maladie pour l'avoir vue sur un autre, tu achèteras pour lui. On achète les médicaments, Dieu sait, s'il lui plaît, tu vas guérir, s'il ne lui plaît pas, tu ne vas pas guérir, même avec les médicaments de la pharmacie » (Ali, homme de 60 ans, vivant à Conakry).

Les utilisateurs pensent que, même si ces médicaments ne guérissent pas, ils soulagent leur mal. Ils ont conscience du danger encouru par la consommation des médicaments du marché à cause de leur péremption, de leur mauvaise conservation, de leur exposition au soleil, des contrefaçons, de leurs effets secondaires, du risque d'allergie ou d'intoxication causé par le médicament lui-même ou le mélange de produits.

« Nous n'avons pas d'argent pour aller à la pharmacie. Dans les pharmacies, si on te dit le prix d'un seul produit, tu vas déchirer l'ordonnance... Si j'avais les moyens, je n'allais pas acheter les médicaments au marché. Ils sont exposés à l'air libre, ce qui les rend inefficaces. Dans les pharmacies, les médicaments sont bien entretenus, bien emballés. Je n'ai pas les moyens, je vais au marché, si je guéris, tant mieux, si c'est le contraire, c'est pas bon pour moi » (C., Guinéen de 61 ans).

Les malades savent qu'il faut vérifier la date d'expiration, quitte à demander à quelqu'un. Les médicaments en provenance du Nigéria sont moins cotés que ceux qui viennent d'Europe<sup>29</sup>. Les consommateurs pauvres ont une représentation particulière des médicaments chinois, notamment du « baume du tigre » vendu en petites boîtes dans toutes les métropoles.

P. mendiant à Dakar utilise pour lui et sa famille des comprimés effervescents d'aspirine contre la fièvre et les maux de tête. « Parfois aussi, pour le corps chaud, nous utilisons le chinois. Ceey ! Le chinois est un guerrier, surtout pour les fatigues, il n'a pas d'égal ! »

Il existe une vente libre de médicaments dangereux, éphédrine<sup>30</sup>, amphétamines, très populaires car ils permettent à la fois de lutter contre la fatigue et de tromper la faim.

Yari, 49 ans, vit à Conakry mais à l'hivernage il part cultiver le riz dans son village. « Il y a un autre médicament que nous achetons avec les ambulants pour prendre avant d'aller au champ, *wali gubè* (travail/incessant). Si nous prenons ce médicament, nous travaillons du matin au soir sans nous fatiguer, ni nous relever. C'est bon parce que ça calme les douleurs »

On relève aussi un abus de consommation d'antibiotiques utilisés à titre préventif. Une antibiothérapie partielle, fractionnée, fait courir des risques de résistance aux antibiotiques.

---

29. Mais les consommateurs ignorent que des industriels des pays occidentaux peuvent habiller d'un nouvel emballage des médicaments fabriqués en Inde ou au Pakistan. L'émission « Envoyé spécial » de France 2 du 16 janvier 1997 révélait que des industriels de Liège et Hambourg importent des médicaments fabriqués en Inde ou au Pakistan, dont ils changent l'emballage pour les revendre à l'exportation. D'autre part, des médicaments interdits en France ont été expédiés en Afrique.

30. L'éphédrine est un antitussif qui a des propriétés stimulantes. La convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988 classe ce médicament comme précurseur, c'est-à-dire comme substance fréquemment utilisée dans la fabrication des drogues.

*Les plantes*

« Personne ne nous a appris les plantes médicinales, nous sommes nées dans ça » (M<sup>me</sup> Balia, 50 ans, veuve, chef de famille, pêcheuse de crevettes à Conakry)

Adama, d'origine malienne, vit seule avec ses enfants à Niamey, son mari est parti cultiver du riz à Gao. Un de ses enfants ayant la fièvre, elle s'est rendue au centre de santé. « On m'a donné une ordonnance (pour le paludisme de l'enfant). Je l'ai même maintenant dans la chambre. Mais je n'ai pas les moyens. C'est donc dans la pharmacopée traditionnelle que nous nous réfugions jusqu'à la guérison en lui faisant boire des décoctions »

Les pauvres ont recours couramment à l'automédication par les plantes médicinales par manque de disponibilité financière. Ils soignent, avec les remèdes végétaux, le paludisme, les maux de tête, la constipation, la diarrhée, le ballonnement intestinal, la jaunisse, les hémorroïdes, le diabète, l'ulcère, les douleurs articulaires, les courbatures, les troubles des menstrues, l'hypertension, la toux, les maladies des enfants etc... A côté des troubles courants, sont traités aussi les maladies chroniques graves comme l'hypertension artérielle et le diabète, dont le traitement continu est difficile pour des malades sans revenu régulier.

Les plantes sont d'accès facile. Les malades ou leurs parents les cueillent eux-mêmes dans les quartiers périphériques de Bamako, Conakry ou Niamey. Pour certains traitements courants ils les ont plantés dans leur concession.

Amina vit à Niamey. Elle soigne ses maux d'estomac à partir d'une décoction de deux feuilles. « C'est à cause de ma maladie que j'ai planté ces deux arbres » dit-elle.

Ils ont appris par observation, ou en suivant les conseils de leurs parents ou de leurs voisins. A Conakry, cette connaissance et cet usage des plantes médicinales sont liés aux relations maintenues avec le village. Les citadins vont cueillir les plantes près de leur village ou se les font envoyer.

« Je cueille au village de Maliyagbe les médicaments des maladies que je ne peux guérir à l'hôpital : les maux de tête, les hémorroïdes. Quand on est au village, dès qu'on dit qu'on souffre de telle ou telle maladie, on va vous dire le remède. Vous allez en brousse, vous cueillez et préparez vous-même. Je me soigne moi-même » (Abdoulaye, 42 ans, Conakry).

Les consommateurs ont toujours la possibilité d'acheter les plantes avec des revendeurs de plantes médicinales, pour un coût modeste<sup>31</sup> adapté à leurs maigres ressources, en fonction de leurs connaissances, ou suivant les conseils des parents, des voisins ou des vendeurs. Les plantes sont destinées au traitement de toute la famille.

« Quand mes enfants tombent malades, il y a une plante qu'on appelle la plante des nourrices. J'envoie souvent les femmes m'acheter les feuilles pour préparer aux enfants, pour les petites maladies comme la diarrhée, la fièvre, la parasitose, la maladie *buri*<sup>32</sup> des bébés et des enfants » (Abdoulaye, 49 ans, Conakry).

Le recours aux plantes n'est pas lié seulement à un manque d'argent, il renvoie aussi à des habitudes culturelles. Il est systématique pour les entités nosologiques populaires banales comme *weyno* en *zarma*, *suma* et *manga faxè*<sup>33</sup> en *soso*, et pour des malades infantiles.

« On te dit de ne pas donner du *jitti* à l'enfant, mais on est obligé de lui en donner... Donner seulement du lait et de la bouillie, ce n'est pas suffisant. Même lorsque les enfants prennent le *jitti*, le *weyno* ne les épargne guère, à plus forte raison quand ils n'en absorbent pas du tout. C'est tout juste un moyen de prévention... Quand l'enfant a le *weyno* et qu'on lui donne le *jitti*, ça l'éprouve moins. Nous achetons, si nous avons l'argent. Si nous n'avons pas d'argent, nous allons cueillir nous-même dans le quartier » (Kadidja, Niamey).

Certains utilisateurs pauvres, parmi les plus jeunes, manifestent à l'égard des plantes médicinales une certaine suspicion.

« J'utilise des écorces contre les hémorroïdes pour ma femme et pour moi. Si j'entends des amis dire que c'est efficace, j'achète et je garde pour les mauvais jours. Au dispensaire, c'est sûr, on te donne le médicament après t'avoir consulté. Le traditionnel, c'est des on-dit, de l'à peu près » (Salaou, photographe ambulancier à Niamey, père de trois enfants).

31. Abdourahamane, âgé, non voyant, exclu du recours thérapeutique à des professionnels, infirmiers ou guérisseurs, se soulage des troubles hémorroïdaires en achetant des feuilles avec les 25 FCFA qu'il a obtenu par charité à Niamey.

32. *Buri*, entité nosologique populaire *soso* des jeunes enfants, se manifeste par des diarrhées et des vomissements. Au sujet des entités nosologiques populaires, se référer au livre « La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest. » publié sous la direction de Y. Jaffré et J.P. Olivier de Sardan (1999).

33. *Weyno*, *suma*, *manga faxè* sont des entités nosologiques populaires ayant leur siège dans l'abdomen (cf. Jaffré & Olivier de Sardan, 1999).

Des recettes populaires, qui n'incluent pas de plantes médicinales, sont utilisées par des indigents comme moyen de fortune.

L'enfant de Soda souffre d'une otite depuis des semaines. Sa mère, qui vit à Dakar, sans ressource, a tenté trois fois de mettre de l'huile tiède dans l'oreille de l'enfant.

Safia traite l'otite de son enfant d'un an en l'enduisant avec le noir de fumée qui entoure les marmites ou l'intérieur des lampes-tempête. L'otite est due, d'après elle, à la transgression d'un totem. Elle n'a pas d'argent pour l'emmener dans un centre de santé de Niamey.

### *Les guérisseurs*

Pour les citadins pauvres, les soins des guérisseurs et des marabouts remplacent ou complètent les traitements des centres de santé.

« J'ai constaté que l'enfant faisait la fièvre pendant quatre jours. Ses yeux sont devenus rouges. J'ai dit hé ! C'est de la rougeole que cet enfant souffre ! Nous sommes partis chez une vieille que nous connaissons (du même village), nommée K., qui soigne cette maladie. Elle nous a dit de payer du *tonbiny*<sup>34</sup>. On immerge les feuilles dans l'eau, on mélange bien, on fait boire et on met sur son corps. Il a vomi et vous savez que le vomissement va le soulager parce qu'il purifie le sang de la maladie. L'enfant a été soigné en trois jours. C'est moi qui ai payé 1 000 FG (400 FCFA) pour qu'elle accepte de jeter les résidus des médicaments au bord de la mer afin que la maladie ne revienne pas » (Binti, 39 ans, Conakry).

Après une automédication infructueuse, les pauvres se rendent souvent chez les guérisseurs ou chez les marabouts<sup>35</sup>, avant d'aller, ou au lieu d'aller, dans un centre de santé, alors que les citadins plus fortunés ont recours aux guérisseurs après des traitements infructueux dans les structures sanitaires modernes<sup>36</sup>.

« Je n'ai rien, je vais directement chez le guérisseur. Dans le quartier, on parle souvent de lui. Les enfants souffraient du palu. J'ai attendu deux jours, je suis allé chez le guérisseur. Il donne des feuilles d'acacia, de

34. *Tonbiny* en soso correspond au *tamarindus indica*.

35. Les guérisseurs soignent à partir des plantes médicinales, et les traitements des marabouts s'appuient sur les versets coraniques.

36. D'après l'enquête socio-économique réalisée à Conakry, 50 % des ménages démunis avaient recours à la médecine traditionnelle comme premier recours contre 0 % des ménages non pauvres (Dioubate Y. et Sangare, M., 1999 : 49).

bananier ; on met sur le feu, ça bout, tu fais boire l'enfant, tu laves son corps. Le traitement a pris quatre jours » (Fodé, 48 ans, six enfants à charge, exerce les tâches de peintre, maçon, mécanicien à Conakry, selon ce qu'il trouve).

L'épouse d'Ibrahim a mal à la jambe depuis trois ans : « Je ne vais pas au centre de santé car je n'ai pas d'argent, j'ai sollicité le service d'un guérisseur qui a incisé ma jambe parce que cela m'empêchait de dormir. Mon grand frère a donné 1 000 FCFA. Il a fait sortir du sang de la jambe, il a placé une corne là, et une autre là, pour enlever le sang. Je vais chez un Mossi pour lui dire de me donner des tisanes pour faire bouillir pour l'enfant malade » (famille pauvre, d'origine malienne, vivant à Niamey depuis 30 ans et effectuant des tâches diverses pour survivre).

Ceux qui vivent dans une misère extrême ne peuvent même pas payer des soins chez les guérisseurs et se contentent de l'automédication. Toutefois, des solidarités familiales et culturelles facilitent le recours aux guérisseurs.

« Nous avons à N. une communauté de Diola bien organisée. En notre sein, nous avons toujours recours à un de nos parents, soit pour les accouchements, soit pour les maux de tête, ou de dents. Nous avons notre propre médecine traditionnelle, aussi efficace que celle qui se pratique dans les centres de santé. Nos parents guérisseurs dans les quartiers sont plus accessibles et nous n'avons aucun problème pour les voir et leur soumettre nos préoccupations » (Diatta, divorcée, chef de ménage, vendeuse de légumes à Dakar).

Dans certaines familles pauvres, un membre de la famille est parfois guérisseur. Les motifs évoqués par les usagers pour se rendre chez les guérisseurs ou les marabouts sont le manque d'argent, mais aussi la croyance que certaines maladies n'ont pas de remède à l'hôpital. Les malades et leur famille partagent avec les guérisseurs la nosologie, l'étiologie des maladies, une certaine connaissance des plantes médicinales, et la croyance dans l'efficacité des traitements. Ils estiment que l'action des plantes médicinales est plus lente mais plus efficace que celle des médicaments industriels.

Les troubles ou maladies traités sont les mêmes que lors de l'automédication à base de plantes médicinales mais à ceux-ci s'ajoutent des maladies ou troubles graves tels les fractures, les troubles psychiques, les maladies dermatologiques, l'infécondité, le diabète, les rhumatismes.

L'étiologie proposée par le guérisseur ou le marabout offre une interprétation simple, proche de celles des gens, devant un tableau clinique complexe qu'un malade ou un parent illettré ont beaucoup de mal à comprendre.

L'enfant de Mariama, trois ans et demi, ne marche plus, il est apathique. « J'ai trouvé mon fils qui ressemblait à un mort. Il pique des crises. Le soir je l'ai emmené chez le marabout car l'enfant était comme quelqu'un qu'on a pompé. Le marabout m'a dit que les djinn avaient mis du vent dans son corps et que lui il pouvait le faire sortir ».

Les coûts très variables des traitements dépendent du guérisseur, de la maladie traitée, des relations qui lient le guérisseur et le patient, de la durée du traitement, du mode de prise en charge. Le montant à régler se marchande et le paiement s'échelonne, il peut avoir lieu en nature. Les patients dans l'ensemble s'estiment satisfaits de leur traitement chez le guérisseur, même si la guérison n'est pas complète. Ils ne se plaignent jamais du coût de la prise en charge ; il n'en est pas de même lorsqu'ils recourent aux soignants des structures sanitaires.

Avec l'argent payé, le guérisseur renouvelle les médicaments : « On savait exactement ce qu'il faisait avec l'argent, il ne rackettait pas » dit B., d' Abidjan, qui compare les pratiques de son guérisseur avec celles des soignants du centre de santé.

### *Les accouchements à domicile*

Malgré la priorité accordée à la santé maternelle et infantile dans les programmes de soins de santé primaires, les femmes démunies préfèrent parfois accoucher à domicile entre les mains de leurs voisines. Ces voisines sont des infirmières retraitées ou exerçant dans une structure sanitaire, ou bien des accoucheuses guérisseuses qui se sont formées sur le tas sans passer par une formation médicale.

Mariama à Conakry accouche ses voisines dans le salon de sa maison. Le prix de l'accouchement dépend des moyens de l'intéressée. Le cordon est coupé avec une lame de rasoir neuve. En cas de retard dans l'accouchement, elle fait boire des cendres mélangées à de l'eau chaude ou du kinkéliba<sup>37</sup>.

La femme de N., gardien à Dakar, accouche avec une matrone guérisseuse sère, originaire d'un village proche du sien. « On lui donne du sucre, des colas, parfois même des pagnes. Parfois, si on a de l'argent, on peut lui donner par exemple 1 000, 2 000, 4 000 FCFA. Avec cette parente, personne ne nous fatigue sur rien, nous donnons ce que nous pouvons ».

---

37. Le décocté des feuilles de kinkeliba, ou *combretum micranthum*, est bu fréquemment pour le petit déjeuner en Guinée.

Des faits semblables existent dans les autres villes ; ainsi, à Abidjan, des voisines souvent âgées accouchent les femmes. « On les connaît, il y a beaucoup plus de respect entre nous, il n'y a pas d'injections à faire, ni de surplus de dépenses. Il n'y a rien à payer ».

Par suite du comportement de certaines sages-femmes des centres de santé (sur-tarification, violence) certaines parturientes préfèrent accoucher au domicile des sages-femmes de leur quartier qui les ont suivies pendant leur grossesse. Elles sont mieux traitées. Le montant à payer peut se négocier. Le règlement est parfois différé jusqu'au baptême de l'enfant.

### *Les infirmiers de quartier*

« Ma fille est tombée récemment malade. La maladie a commencé par la fièvre et les maux de tête, elle vomissait matin et soir. On lui donnait des aspirines, des nivaquines, des paracétamols et même le reliquat des produits qui ont été administrés à ses grands frères comme le quinimax. Concernant les injections, c'est un infirmier de quartier qui les lui fait... On a commencé à lui donner les produits là. Quand on s'est rendu compte que sa santé ne s'améliorait pas, je suis partie appeler l'infirmier du quartier qui lui a fait les reliquats des injections. C'est seulement après cela que sa santé s'est améliorée... Je connais l'infirmier parce qu'il a habité dans cette concession. Mieux, je suis témoin de la naissance de tous ses enfants. Cela fait 26 ans que nous sommes dans le quartier. C'est un voisin avec lequel nous avons de bons rapports... Il est venu chaque matin lui faire des injections... Je ne lui ai rien donné en dehors des remerciements ».

Halima a 46 ans, son mari récemment retraité ne touche pas sa pension. Ils ont six enfants à charge et vivent à Niamey. Halima, qui n'a aucune disponibilité financière, opte pour l'infirmier qui intervient à titre gracieux ; deux autres solutions plus onéreuses s'offraient à elle : payer l'injection au dispensaire du quartier, ou payer le taxi pour se rendre dans une autre structure.

Dans le cadre de relations de voisinage, des infirmiers peuvent offrir des soins peu onéreux ou gratuits. Ils disposent souvent d'un petit stock de médicaments. Les infirmiers qui interviennent dans leur quartier sont retraités ou travaillent parallèlement dans une structure publique. Les soignants retraités ouvrent un cabinet de soins clandestin dans l'attente éventuelle d'un agrément.

*Les centres de santé confessionnels : « les hôpitaux des pauvres »*

« Avant hier ma petite fille a été à l'hôpital, au centre de santé des chrétiens à la Mission, le coût n'est pas élevé, c'est l'hôpital des pauvres. Elle a été avec sa sœur à pied. Le trajet dure vingt minutes. Elle avait le palu. Tous les voisins connaissent là-bas, c'est eux qui indiquent en cas de maladie. La consultation est gratuite chez eux. Ils travaillent pour les démunis. Le prix du médicament n'a pas dépassé 1 500 FG (600 FCFA). Ses sœurs s'étaient débrouillées dans leur petite vente de galettes pour donner ce montant, moi je ne travaille pas, je ne gagne pas d'argent. Il faut venir très tôt. Des fois, c'est à six heures que les gens commencent à se mettre en rang. C'est au niveau du portail qu'on peut durer des fois, on peut faire deux heures de temps et on ferme le portail à neuf heures. Il y a trop de patients. Quelques-uns viennent de loin. Après neuf heures, ceux qui restent doivent revenir le lendemain de bonne heure. Ils ont examiné la petite, ils ont mis des appareils sur son corps. Ils ont dit que c'est le palu. On a prescrit des médicaments, directement, elle a pris là-bas quelques comprimés. J'ai été satisfait car l'enfant était guérie. Je n'ai pas vu qu'on favorise quelqu'un là-bas. Ces gens-là, c'est Dieu qui les a amenés. A part le prix du médicament, s'ils ne vous donnent pas quelque chose, on ne demande rien » (Morlaye, 61 ans, mécanicien sans travail, musulman, Conakry).

Les centres confessionnels chrétiens ou musulmans connaissent un réel succès dans les métropoles ouest africaines. Ils remplissent un rôle que devraient jouer les structures publiques ou communautaires de soins de santé primaires : accueillir les malades pauvres.

Il existe en fait une grande diversité parmi les centres de santé confessionnels. Si le coût des actes et la qualité des prestations varient d'un centre à l'autre, dans l'ensemble, ils offrent des soins primaires à un coût modéré. Ils sont choisis aussi pour leur proximité. Les règles de fonctionnement y sont claires. Les horaires sont suivis, Les tarifs, l'ordre d'arrivée des malades sont mieux respectés que dans le secteur public.

« Même le riche va là-bas (le centre de santé des Assemblées de Dieu). Je crois, ils sont plus compétents. Les gens quittent pour venir à C.. On donne le numéro sur des cartes, on appelle le numéro, il n'y a pas d'embouteillage. On est beaucoup content avec le médecin là-bas, il est très gentil, posé, il ne se fâche pas, il n'insulte pas. Tout le monde est poli là-bas, on ne menace pas. Ce qui manque, c'est une chambre d'accouchement de la femme, sinon tout le monde va aller chez eux » (B., Conakry, 38 ans, père de quatre enfants, qui ne dispose que de maigres revenus aléatoires).

Cette meilleure performance des centres confessionnels est due au fait que le personnel est très contrôlé, et sanctionné en cas de faute par une suspension ou le renvoi.

Un responsable d'un centre de santé confessionnel à Conakry compare le système public et le système confessionnel : « Il y a moins de rigueur dans le public, il y a une sur-tarification et quand on la constate les chefs laissent passer, alors que dans le centre confessionnel, c'est le blâme et le renvoi immédiat, et donc le chômage. Le soignant du centre confessionnel est plus responsabilisé ; dans le public, en cas de faute, on n'est pas impliqué, tout est mis sur le dos de l'État. La compétence est exigée dans le centre confessionnel, ce qui n'est pas toujours le cas dans le public où il y a un système de favoritisme ».

Parfois la disponibilité de médicaments de spécialité – obtenus par dons –, vendus à des prix nettement moins élevés que dans les pharmacies privées, accroît l'attractivité de ces dispensaires qui, par ailleurs, s'intègrent dans les soins de santé primaires. Mais les ruptures dans l'approvisionnement de tels médicaments sont une difficulté pour les démunis souffrant de maladies chroniques.

Les centres confessionnels ont une vocation de charité qu'ils assument de façon inégale. Les malades déclarent y être accueillis avec compassion. La directrice d'un centre confessionnel de Conakry, sur un mois de consultation en février 2000, a exonéré 189 malades sur 1060, ce qui pèse lourdement sur la gestion d'un centre qui s'autofinance, y compris pour le paiement des salaires. Elle estime avoir des difficultés pour identifier les indigents nécessitant une exonération. Elle se base sur l'avis des agents qui habitent le même quartier que le malade, l'habillement, ou le fait que les malades reviennent en consultation plusieurs mois plus tard sans avoir pu acheter les médicaments prescrits.

Les activités dans le domaine sanitaire s'inscrivent dans d'autres actions charitables comme la distribution irrégulière de vêtements ou de nourriture, ou des activités d'apprentissage.

« Au dispensaire confessionnel on a pitié des pauvres, ils distribuent des vêtements. Ils ont distribué du mil, du lait, cinq litres d'huile par personne » (pauvre d'un quartier d'habitat précaire de Niamey).

### **La fréquentation des centres de santé publics ou communautaires par les pauvres**

« Quand tu n'as pas d'argent, les médecins ne te regardent pas »  
(Fodé, 48 ans, Conakry).

Le manque d'argent et le déficit en relations excluent les citadins les plus pauvres des centres de santé publics ou communautaires.

A 8 heures 25, N'Goran, 29 ans, arrive dans un centre de santé d'Abidjan pour la première fois sur le conseil d'une amie avec sa fille âgée de trois ans. Elle s'occupe d'un « maquis » (restaurant) qu'elle a confié à une voisine le temps de la visite. Elle vient pour une première CPN (consultation prénatale) au quatrième mois de sa grossesse. Elle ne connaît personne et va s'asseoir à l'écart. L'enquêtrice l'informe qu'elle doit acheter un carnet. Elle dispose de 1 000 FCFA qui selon elle devraient lui permettre de tout faire, payer la consultation, les médicaments, le transport. Elle achète le carnet de santé à 250 FCFA et paye 550 FCFA pour la consultation, puis revient s'asseoir. « C'est cher – commente-elle - à peine j'arrive que je dépense 800 FCFA ». A 10 heures, une voisine lui conseille de prendre son carnet de vaccination. Le carnet coûte 100 FCFA, la couverture 100 FCFA, le vaccin 100 FCFA. Il lui manque 100 FCFA. La fille de salle lui remet le carnet sans couverture. « C'est comme ça ici ? - s'étonne-t-elle - Si la petite pleure et dit qu'elle a faim, avec quoi vais-je payer quelque chose pour elle ? Ils m'ont tout pris ! » A 10 heures 20, N'Goran va se faire vacciner, elle n'en connaît pas l'utilité. A 11 heures, elle est auscultée et confie pendant ce temps sa fille à une autre patiente. Elle veut partir. L'enquêtrice l'en dissuade et lui recommande d'attendre son carnet. « Pourquoi ça dure comme ça ? - demande-elle à l'enquêtrice - C'est trop long ! ». A 12 heures 20, la soignante l'appelle pour lui remettre son carnet et l'ordonnance. Elle n'a plus d'argent pour payer les médicaments et déclare qu'elle va remettre l'ordonnance à son mari.

L'exemple de N'Goran illustre les difficultés de tout ordre que peuvent ressentir les malades pauvres. N'Goran se sent dépossédée de son maigre avoir sans avoir pu acheter les médicaments. Elle est étrangère dans la structure où elle ne connaît personne. Les procédures lui sont inconnues et peu compréhensibles. Elle manque d'information. L'attente la pénalise pour ses activités commerciales.

*L'exclusion par le manque d'argent*

« Hier je suis allée au centre de santé, mon enfant était tombé dans les épines de la clôture, poursuivi par son frère. On m'a demandé de payer le pansement et le carnet à 500 FCFA. Cette femme (une voisine) qui a eu un baptême avant-hier a tendu 500 FCFA. Le père a demandé qu'on le soigne en attendant qu'il trouve de l'argent, mais ils ont refusé de faire le pansement. L'infirmier l'a fait coucher sur la table et a dit qu'il va falloir coudre et lui faire une piqûre. Mon mari a demandé le montant des frais, il a dit 2.000 FCFA. Mon mari lui a demandé s'il peut le soigner en attendant le lendemain pour qu'il revienne payer en promettant de présenter quelqu'un comme garant, il a refusé, prétendant que le Blanc n'admet pas cela. Mon mari a demandé qu'on fasse au moins une injection à l'enfant pour lui permettre de dormir mais en vain, il a refusé. Nous l'avons ramené ici. Il a perdu du sang. Nous avons acheté deux comprimés à un vendeur pour permettre à l'enfant de dormir » (femme d'Ibrahim, Niamey). Le couple a émigré il y a trente ans du Mali, vit dans un quartier d'habitat très précaire, le mari décharge des sacs de marchandises quand il y a du travail, la femme vend du bois de chauffe. Le coût du traitement au centre de santé est nettement supérieur à ce que la famille de sept personnes utilise pour sa nourriture. La veille de l'enquête, la famille n'avait pas mangé le soir. La seule disponibilité monétaire est celle de la voisine qui tend un billet de 500 FCFA parce qu'elle a eu un baptême l'avant-veille qui lui permis d'obtenir un petit peu d'argent.

Ce cas illustre l'exclusion brutale des malades insolubles des structures de soins de premier niveau. Comme Ibrahim, les pauvres qui ne peuvent pas payer le carnet de santé et le prix de la consultation sont refoulés.

Les pauvres sont non seulement exclus, mais ils intériorisent cette exclusion en ne se présentant pas lorsqu'ils n'ont pas d'argent.

« Si l'on n'a pas d'argent, mieux vaut ne pas mettre les pieds dans les hôpitaux ; maintenant ce ne sont plus des structures de soins mais des marchés » (Makale, 54 ans, Conakry).

« Le recours à un centre de santé moderne de nos jours est question d'argent ; si tu n'en as pas, évite d'aller te faire de la peine, parce qu'ils ne vont même pas te regarder » (N.K. chef de famille à Niamey).

« Le centre de santé n'est pas l'affaire des pauvres. On n'y paye pas beaucoup d'argent mais si tu n'as rien, on ne t'écoute même pas. Personne n'aide les pauvres. Ce sont des gens dont les maladies deviennent nécessairement chroniques parce qu'ils n'ont pas de moyens. Les pauvres sont ici condamnés à mourir de rien du tout » (Harouna, malade venu dans un centre de santé à Conakry).

Les malades pauvres reprochent aux soignants d'accorder la priorité à l'argent et non au soulagement des patients. Les pauvres se plaignent qu'avant tout soin les soignants leur réclament de l'argent, et que, s'ils n'ont pas d'argent, les soignants refusent de les traiter ou diffèrent les soins.

« Le personnel doit cesser de mettre le problème d'argent dans leur esprit avant de regarder les patients. Ils ne connaissent que l'argent. Si tu as l'argent, ils te regardent vite, celui qui n'en a pas retarde beaucoup parce qu'il sera le dernier à être consulté. Les travailleurs de l'hôpital doivent savoir qu'ils ne sont pas là pour ramasser de l'argent » (Mamadi., 40 ans, Conakry).

Le comportement des soignants est le même dans les situations d'urgence, il faut d'abord payer.

« Quand tu arrives à l'hôpital c'est ta poche qu'on regarde, on ne te regarde pas, on s'en fout de l'homme, même si tu es en train de mourir, on cherche l'argent seulement » (K.M., Abidjan)

En cas de manque d'argent, les soins ne sont pas prodigués ou sont arrêtés.

A P, Dakar, une plaie s'est gangrenée au cours de l'hospitalisation car les soins avaient été arrêtés. Un accidenté du travail qui se présente avec la moitié du doigt arraché se voit refuser les soins car il n'a pas d'argent. La responsable du service d'hospitalisation prête l'argent aux clients venus sans moyens pour ensuite les pressurer en faisant du chantage sur les soins.

Les soignants confrontés à des situations d'urgence médicale concernant des indigents sont réduits à des réactions extrêmes : soit ils refusent de soigner, ce qui est contraire à la déontologie médicale, soit ils prennent en charge le malade avec leur argent personnel ou celui qu'ils ont gagné en sur-facturant les malades les moins démunis. La prise en charge gratuite d'indigents est aléatoire et ne concerne que peu d'individus. La situation varie d'un centre de santé à un autre et selon l'équipe de garde.

La difficulté est grande aussi pour les malades chroniques, diabétiques ou hypertendus, qui ne peuvent suivre les contrôles et les traitements régulièrement.

*La consultation tardive par manque d'argent*

Le manque d'argent entraîne un retard dans la fréquentation des centres de santé.

Un enfant de trois ans a été confié par sa mère à son oncle maternel et à l'épouse de celui-ci, Mariam. L'enfant pleure beaucoup. Il fait une forte fièvre ; la nuque est raide, le regard fixe, de la salive sort aux coins des lèvres. La mère vient voir son enfant, lui donne quelques comprimés achetés en ville et se rend chez une guérisseuse qui prépare une décoction de plantes médicinales. Après une semaine de traitement, le malade semble aller mieux, la mère arrête le traitement et laisse l'enfant à Mariam. De temps en temps, la fièvre reprend ; pour Mariam, c'est le palu. Elle écrase des feuilles, lui administre des lavements et la fièvre disparaît. Une nuit, resté très tard dehors et dans le froid avec d'autres enfants, l'enfant a une forte fièvre, il bave énormément et son cou se raidit... Mariam et ses voisines pensent qu'il s'agit de la « maladie de l'oiseau », à la phase extrême. Affolées, elles le conduisent chez une guérisseuse connue pour sa compétence. Vu l'état critique de l'enfant, cette dernière refuse de le soigner et recommande de l'emmener à l'hôpital. Au centre de santé, on prescrit des médicaments et on fait une perfusion au malade. L'enfant ne réagit pas. Avant la fin de la perfusion, le médecin demande à Mariam et à ses amies de conduire l'enfant au CHU, parce qu'ils ne peuvent plus rien faire. Mariam n'a plus d'argent. Elle a remis les 5 000 FCFA dont elle disposait au centre de santé. Les femmes et le malade rentrent à la maison. Le soir, Mariam avertit son mari. Celui-ci lui promet de l'accompagner au CHU le lendemain parce qu'il se fait tard et qu'il n'a pas d'argent. Dans la nuit, l'enfant meurt.

Souvent, le manque d'argent, ou l'absence du père qui prend les frais en charge, expliquent un recours tardif aux centres de santé. Les pauvres ne viennent consulter qu'en cas de récurrence ou d'aggravation du mal. « La gravité et l'urgence effacent la hantise d'être rejeté par les agents de santé » (Souley, A., 2000 : 50).

« C'est vraiment lorsque la maladie est très sérieuse que je décide qu'on amène l'enfant au centre de santé, car ça coûte très cher pour quelqu'un qui cherche d'abord à faire manger toute une famille, et aussi par rapport à la médecine traditionnelle. Il faut dire la vérité, la santé coûte cher pour nous, pauvres types : il faut payer le ticket de consultation, l'ordonnance et même le traitement. Cela n'est pas à la portée de la majeure partie de la population » (Ali, 60 ans, Bamako).

Au lieu d'être une structure de premier recours pour les pauvres, le centre de santé devient un site de recours tardif où les soignants sont confrontés à des cas graves qu'ils ne peuvent prendre en charge et qu'ils réfèrent, avec tout ce que cela comporte de difficultés

Les moyens financiers de la famille étant très réduits, des priorités se dégagent. L'enfant né en ville, considéré comme plus fragile que l'adulte, dont le mal se complique vite, est envoyé en priorité au centre de santé, puis les femmes quand on estime que le mal est sérieux, et enfin le chef de ménage quand son état est très grave.

« Je ne suis jamais parti au CSCOM (centre de santé communautaire) pour me faire soigner, si j'ai des malaises, j'utilise des médicaments traditionnels. Je suis venu de la brousse, je ne dois pas fouler aux pieds nos anciennes pratiques. Par contre, mes enfants sont nés en ville, je les traite au centre de santé. Les périodes changent, il faut évoluer avec le moment » (Abdoulaye, 53 ans, Bamako).

« Une grande personne peut attendre que le médicament traditionnel fasse lentement son effet, mais ce n'est pas possible pour l'enfant, car il est fragile. Donc, dans un premier temps, on envoie l'enfant à l'hôpital pour calmer le mal ou le circonscrire, on achète les médicaments de première nécessité et après on fait le reste à l'indigénat » (une enquêtée d'Abidjan).

Les malades ont leur propre perception de la gravité de la maladie qui n'est pas toujours la même que celle des médecins. Généralement, les parents prennent peur lorsque les symptômes sont intenses (fièvre, toux, diarrhée, vomissements) et que l'enfant manifeste sa douleur par des pleurs.

« Mes enfants sont soignés chez les guérisseurs ; quand c'est grave, je les emmène au centre de santé. Le plus jeune a été attaqué par une toux très violente. Il n'a pas cessé de tousser toute la nuit. J'ai eu très peur et le matin je l'ai transporté très tôt au centre de santé » (Maï, 27 ans, Bamako).

« Un de mes enfants avait des maux de ventre terribles. J'ai pris un ticket et on m'a amené rapidement voir le médecin car l'enfant criait tellement fort que tout le monde était inquiet... C'est vraiment lorsque la maladie est très sérieuse que je décide qu'on amène l'enfant au centre de santé, car ça coûte très cher » (Ali, Bamako).

### *La petite corruption frappe d'abord les pauvres*

Les pratiques de sur-tarification ou de corruption des soignants aggra-

vent l'inégalité d'accès aux soins et l'exclusion des pauvres<sup>38</sup>. Les prix officiels ne sont pas respectés. La sur-tarification mine la confiance des usagers et décourage la fréquentation des structures. Cette sur-tarification est variable selon les services, les équipes de garde, les soignants, et pour un même soignant selon son humeur, selon l'état du malade, et le résultat du marchandage. Cette variabilité engendre une incertitude et un malaise chez les malades, et particulièrement chez les plus pauvres.

Dans les centres de santé de Conakry en particulier, systématiquement (mais dans les autres capitales de telles pratiques sont fréquentes), le malade qui ne devrait payer qu'au point de vente est sollicité de donner de l'argent dans les différents postes de travail. En principe, le paiement se fait sur la base d'un forfait pour un épisode morbide, qui inclut la consultation et le coût des médicaments, mais, dans la pratique, tous les actes techniques deviennent onéreux, car chaque catégorie de soignants prend son profit. Même à l'accueil, où le malade est reçu pour l'enregistrement des plaintes et la pesée, il faut payer. Le préventif, normalement gratuit, est assimilé au curatif, et est facturé. Ce qui explique la non vaccination des enfants et le non suivi des femmes enceintes dans les familles pauvres. La femme enceinte paye ainsi le carnet (pour toute la grossesse), la consultation à chaque visite, ainsi que les analyses, et les médicaments (fer-acide folique, chloroquine) normalement gratuits. Dans l'enquête, les familles pauvres déplorent le coût de la consultation prénatale, car il faut donner de l'argent à chaque consultation, au détriment des dépenses quotidiennes alimentaires. Par contre, elles se plaignent moins du montant de l'accouchement (facturé nettement au-dessus du prix officiel), évènement exceptionnel qui mobilise une solidarité de la famille et du voisinage.

Certains soignants reconnaissent faire payer plus cher les malades occasionnels que les malades réguliers. La pauvreté influençant la régularité de la fréquentation, on peut supposer que le malade pauvre et irrégulier payera plus cher qu'un patient aisé et régulier. Les malades recommandés ne sont généralement pas sur-tarifés. Les pauvres ayant moins de relations sociales ont donc plus l'occasion de payer le prix fort.

La « petite corruption » se pratique dans les structures sanitaires. Les malades doivent non seulement payer le carnet de santé, la consultation et le traitement, mais aussi, au préalable, une rémunération officieuse pour

---

38. Cette situation se retrouve dans les centres de santé des cinq capitales. Elle est suffisamment généralisée pour qu'il en soit fait état dans le rapport sur la santé dans le monde en 2000 de l'OMS. « De nombreux gouvernements laissent subsister un "marché noir" de la santé, où la corruption généralisée, les paiements illicites, le cumul d'emplois et autres pratiques illégales sévissent. Ce marché noir, qui est lui-même le produit du dysfonctionnement des systèmes de santé et du faible revenu des agents de santé, fragilise davantage les systèmes ».

leur admission, ainsi que pour la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Les pauvres, eux, n'ont pas les moyens d'avoir recours à la corruption pour faciliter leur accès aux soins.

« Est-ce qu'un pauvre doit corrompre pour avoir accès à la santé ? Je crois que c'est illusoire. Le pauvre n'a pas d'argent. S'il s'engage dans une logique de corruption, il sera le grand perdant » (enquête à Bamako).

Les malades pauvres sont soumis à diverses pressions de la part des soignants pour les forcer à payer, qui sont autant de formes de violence.

A Niamey les accouchées qui ne payent pas les 2.100 FCFA pour les frais d'accouchement se voient retirer leur carnet de santé jusqu'à ce qu'elles payent. Elles ne pourront pas retirer non plus les certificats de naissance de leur enfant. La femme d'Alpha a accouché dans un centre de santé de Niamey ; comme le père n'avait pas l'argent du lit, l'agent d'état civil a refusé de donner l'acte de naissance de l'enfant. Celui-ci, âgé de deux ans, n'a toujours pas d'acte de naissance.

Les difficultés pour les pauvres ne font que s'enchaîner, car le manque d'acte de naissance sera un handicap pour inscrire l'enfant à l'école.

Dans un centre de santé de Bamako, l'enquêteur signale que beaucoup d'actes de naissance s'entassent en attendant d'être retirés un jour. Souvent, c'est après le baptême que les époux se présentent pour récupérer ce papier.

A Conakry, les accouchées qui n'ont pas pu payer le prix fort sont gardées à la maternité un peu plus longtemps pour faire pression sur les familles. Les usagers parlent de « prise en otage des femmes ».

« *Di saramanè* » (l'enfant s'achète) ont déclaré des femmes soso dans un centre de santé de Conakry en faisant allusion au coût de l'accouchement.

Dans un autre centre de santé de Conakry, des enquêteurs ont rencontré une réfugiée de Sierra Leone de 15 ans retenue à la maternité car elle n'avait pas payé les 15 500 FG exigés par la sage-femme ; elle n'avait pas pu se laver.

A Bamako, des pratiques semblables sont évoquées.

« Cette fois-ci, c'est le grand frère de mon mari qui a payé la somme pour qu'on puisse partir à la maison... Si le grand frère de mon mari n'était pas venu, je serai gardée ici pendant longtemps » (Sitan, 30 ans, accouchée).

*L'ordonnance, hantise des pauvres*

« L'ordonnance bafoue la dignité de l'homme » (un malade à Abidjan).

Lors de la visite au centre de santé, le coût le plus élevé est celui des médicaments. Aussi, payer les médicaments est la difficulté majeure pour les pauvres. Les démunis ressentent souvent une grande frustration lors de leur visite au centre de santé, car il n'y a pas de traitement fourni ; et la visite ne se conclut que par la prescription de médicaments et d'exams de laboratoire.

« Je n'ai pas d'argent pour aller au dispensaire où on me demandera d'acheter les produits. Alors, si on n'a pas d'argent, comment va-t-on faire ? Celui qui n'a pas d'argent ne partira pas au dispensaire de peur d'avoir une ordonnance » (Taji, 70 ans, Niamey).

L'ordonnance met à nu, confirme l'état de pauvreté. Après avoir payé le carnet de santé et la consultation, les pauvres n'ont souvent plus d'argent en arrivant au point de vente des médicaments, ils se contentent de s'informer du prix des produits et reviennent ultérieurement... ou ne reviennent plus.

« Nous déposons l'ordonnance jusqu'à ce que nous trouvions de l'argent pour acheter » (Issa dont le mari est marabout à Niamey).

Les médicaments génériques, médicaments essentiels en dénomination commune internationale (DCI), sont vendus à un prix plus abordable que les spécialités des pharmacies privées, mais il existe souvent des ruptures dans l'approvisionnement des centres de santé en DCI. Un certain nombre de soignants déconsidèrent les génériques, ce qui doit influencer leurs prescriptions.

« Je n'ai pas confiance aux génériques qui sont mal conditionnés et sous-dosés. Par exemple, pour un produit dosé à 500 mg, tu trouves à peine 100 mg. Il y a beaucoup d'échec de traitement avec les génériques » (M., infirmier diplômé d'État, chef d'un centre de santé à Niamey).

« Ce sont des médicaments pour les pays pauvres » (soignant à Dakar).

Le non-paiement de l'ordonnance constitue un motif de conflit dans les familles. Les maris prennent les ordonnances et promettent d'acheter les produits, mais gardent le papier avec eux jusqu'à ce qu'ils aient de l'argent. Le malade peut, en attendant, avoir recours aux plantes médicinales.

Mariama est venue dans une maternité de Niamey car elle souffre d'une douleur du bas-ventre depuis l'accouchement de son enfant. Comme son mari ne travaille pas, elle pense qu'elle va mettre l'ordonnance de côté pour se soigner avec des décoctions.

Le prix très élevé des médicaments dans les pharmacies privées oblige les malades pauvres à acheter des médicaments au marché parallèle.

L'oncle de Souleymane a été hospitalisé à Conakry. « Ce sont les 2 000 ou 3 000 FG que les visiteurs et amis nous donnaient lors de l'hospitalisation qui ont été économisés et quand la somme a atteint 35 000 FG nous avons payé les médicaments au marché ».

Les soignants, eux-mêmes, achètent des médicaments à la pharmacie par terre et conseillent parfois aux malades pauvres de s'y rendre.

« La pharmacie par terre est bien pour les pauvres... Il y a des bons produits qu'on ne trouve même pas dans les pharmacies et puis à bon prix. Ce que tu dois acheter à la pharmacie à 6 000 FCFA, à la pharmacie par terre tu peux le trouver à 2 500 FCFA... Il n'y a pas que des produits périmés. Pour les malades qui n'ont pas suffisamment d'argent, je leur conseille d'aller à la pharmacie par terre, mais je leur demande de bien regarder la date de péremption » (A.H., sage-femme à la maternité de Gaweye, Niamey).

Outre les risques déjà évoqués liés à la consommation des médicaments du marché s'ajoute le risque d'erreur dans la délivrance des produits lorsque le vendeur ne sait pas lire. Pour les malades illettrés, vérifier la péremption des médicaments est une difficulté.

« Les médicaments étaient périmés. Je le sais parce que quand je bois, je sens que c'est gâté. Ça s'éparille dans la bouche. Ça ne fait rien ; on ne dirait même pas que tu as pris un médicament » (Maïmouna, Abidjan).

Différentes solutions sont pratiquées pour se procurer les produits prescrits. Les médicaments sont achetés à crédit. Le crédit est obtenu du vendeur, de voisins, ou plus rarement de la pharmacienne ou d'un infirmier du centre de santé.

Fatoumata, pharmacienne dans un centre de santé de Niamey, consent souvent à vendre à crédit des médicaments à des patients venant au centre de santé dans un état grave, mais en gardant leur carnet de santé. « Quand ces malades se présentent au centre de santé, ils ne daignent pas se rappeler leur dette » commente-elle.

Barajé qui fréquente un autre centre de santé de Niamey atteste que l'infirmier peut donner à crédit une ampoule ou une seringue.

Hassana, mère de Samira, atteinte de rougeole, a payé dans un centre de santé à Niamey le traitement de son enfant en quatre versements. Le 5 mai 1999, elle a effectué un premier versement de 500 FCFA le matin, un second versement l'après-midi de 700 FCFA ; le 6 mai au matin, 580 FCFA et l'après-midi, 1 215 FCFA, en fonction des disponibilités financières de son mari, barbier-circonciseur.

Si l'argent ne peut être réuni au bout d'un certain temps, l'achat des médicaments restera partiel. Le patient choisit lui-même, ou demande au prescripteur ou au vendeur le médicament le plus important, le plus urgent, celui qui calmera rapidement le symptôme alarmant.

« Nous avons acheté une partie des médicaments, ceux qui pouvaient avoir un impact direct sur la maladie, qui pouvaient très vite, selon nous, guérir la maladie » (Mohamed, 40 ans, Conakry).

Le malade essaye parfois de modifier la prescription et de demander au soignant un équivalent moins cher.

« Si l'argent est insuffisant, on nous réécrit une autre ordonnance à la mesure de nos moyens » (Issa, marabout à Niamey).

Le tri dans les médicaments se fait en fonction de l'argent disponible. Lorsque le malade (ou son parent) choisit lui-même les médicaments à acheter, il opère en fonction de sa conception de la maladie, de sa perception de la gravité des symptômes, et de son estimation de la rapidité de l'effet du médicament. Ces perceptions diffèrent de celles des soignants.

Différentes stratégies se dessinent en fonction des disponibilités financières réduites. Une mère achètera le médicament le plus cher, en pensant qu'il est plus efficace que celui qui est moins onéreux... Une autre paiera le médicament le moins cher en fonction de l'argent disponible... Une autre privilégiera l'antalgique à l'antibiotique. Une mère, très inquiète des vomissements de son enfant, préférera acheter en priorité le médicament qui arrête les vomissements.

« Tu achètes autant que ton argent te permet de prendre. Tu gardes l'ordonnance, et quand tu as de nouveau de l'argent, tu achètes la quantité de médicaments équivalent à l'argent disponible, ainsi de suite, en deux ou trois fois. C'est celui qui soigne rapidement que tu cherches et ensuite tu cherches le reste après. Quand tu arrives à la pharmacie, tu demandes des renseignements : quel sirop ou quel comprimé soigne telle douleur, et

alors tu choisis en fonction de ça et de l'argent disponible » (Kadidya, Niamey).

### **L'exclusion par le déficit en capital social et culturel**

Dans les structures sanitaires, à l'exclusion par l'argent se combinent d'autres facteurs d'exclusion sociaux et culturels dont les pauvres, d'ailleurs, sont conscients.

« Notre problème n'est pas d'aller à l'hôpital, mais de chercher à manger. L'hôpital, c'est trop cher ! Nous, on ne connaît personne là-bas. Aller à l'hôpital, ce n'est pas pour les nécessiteux. Notre bras n'est pas long. Si tu vas là-bas, on ne va pas s'occuper de toi comme il le faut. Cela, plusieurs amis et parents qui ont été à l'hôpital me l'ont toujours dit » (N., 43 ans, gardien à Dakar).

Le centre de santé pour les pauvres est un monde étranger et étrange où il est difficile de s'orienter et dont ils ignorent les règles. Ils ne peuvent compter sur l'accueil des soignants pour les aider à se familiariser avec les lieux et les règles de fonctionnement. Certains malades se plaignent de ne pas être salués, même en réponse à leur salutation, de ne pas être orientés dans la structure, de ne pas être écoutés.

« Je n'osais rien lui demander, parce qu'il a fermé son visage » (Dakaroise venue dans un centre de santé soigner son enfant)

Le manque de communication entre soignant et malade augmente la difficulté des malades pauvres. Ce refus de communication du soignant est une forme d'exclusion. Les pauvres n'ont pas été à l'école, ils ne parlent pas le français ni parfois la langue dominante de la capitale. Le langage des soignants n'est pas compris pour une raison d'instruction et aussi de distance sociale.

« Les femmes (les soignantes du centre de santé), elles font trop de chichis, bon, difficilement on te parle, quand elles parlent, si tu n'arrives pas à comprendre, difficilement elles vont reprendre le mot. Bon, tu es découragé » (Fodé, 48 ans, mécanicien à Conakry).

Lors de la consultation, le dialogue est réduit, le médecin pose peu de questions, ne donne pas le diagnostic, ni d'information sur la maladie ; la

procédure à adopter n'est pas expliquée dans le cas d'un traitement continu comme une perfusion ; les ordonnances sont prescrites sans commentaires. Les malades sont perdus dans la structure, brandissant une ordonnance sans connaître le diagnostic, le contenu de l'ordonnance, et la procédure à suivre. Ce fonctionnement général pénalise davantage les malades pauvres qui souffrent de ce déficit de communication et d'information.

« Le docteur consulte l'enfant, donne une ordonnance, c'est tout, chaque fois c'était pareil. Il ne disait rien, je n'osais rien lui demander, parce qu'il a fermé son visage » (mère d'un enfant asthmatique à Dakar).

« On ne te regarde pas, il parle seulement, tu ne comprends pas, et puis il donne une ordonnance... Je lui ai dit que le corps de ma fille chauffe, il ne l'a même pas regardée » (Fanta, 24 ans, venue soigner sa fille de six mois dans un centre de santé d'Abidjan).

« Notre bras n'est pas long » (N., Dakar).

Les soignants jugent les malades sur leur apparence. Une discrimination s'opère au détriment des pauvres. Ceux qui semblent fortunés et d'un rang social plus élevé que la moyenne des usagers sont favorisés. Une enquête entreprise à Conakry par la Direction régionale de la santé de la ville de Conakry et l'association Entraide universitaire pour le développement, auprès de 135 usagers dans dix centres de santé, indique que 67,4 % des malades ont déclaré que l'on ne s'occupe pas aussi bien des gens moins riches et moins bien habillés que de ceux qui sont riches et bien habillés. Cette assertion a été confirmée par 62,5 % des quarante soignants interrogés. Les relations sociales ne peuvent compenser que faiblement cette discrimination.

En effet, compte tenu de la détérioration des relations sociales causée par la paupérisation, les malades pauvres arrivent au centre de santé avec un faible capital social. Ils sont moins bien placés dans les réseaux de relations tissés autour des soignants que ceux ayant un statut socio-économique plus favorable. Or, vu l'importance des relations sociales pour être mieux pris en charge dans les structures sanitaires, les pauvres anonymes s'y trouvent pénalisés. Le système des faveurs qui règne dans les centres de santé, bien qu'il s'inscrive dans un contexte social où il est généralisé, est mal perçu par les malades démunis qui déclarent que ces pratiques sont de nature à décourager leur fréquentation.

Les stratégies des malades pour s'assurer les bonnes grâces des soignants ne sont pas à la portée des malades les plus pauvres. Ainsi le manque d'argent ne leur permet pas, le plus souvent, de faire de petits cadeaux aux soignants.

Par manque de relations, les malades pauvres seront proportionnellement plus sur-facturés que les autres. Dans les centres de santé publics,

les soignants cherchent, dans un but lucratif, à privatiser la clientèle. Cette orientation vers la privatisation se fait également au détriment des malades pauvres et sans relations.

Les malades pauvres sont traités avec moins de respect que les malades aisés. Le mauvais accueil du soignant suscite de la gêne, de la honte chez le malade, et contribue à ce qu'il ne revienne pas.

Le temps d'attente pour le malade pauvre et sans relation est plus long que pour le malade aisé ou pour les patients ayant des relations avec le personnel de santé.

« Si moi je viens en premier lieu d'un endroit éloigné, toi, tu viens en dernière position pour être servi et me laisser là-bas, cela me donnera le dégoût de fréquenter cet endroit » (Mamadouba, 40 ans, Conakry).

L'attente des malades due à la fréquentation importante de certains services est aggravée par les retards et absences du personnel, ou l'organisation des services qui fonctionnent d'abord à l'avantage des agents. Les soignants, trop souvent, bavardent, règlent leurs problèmes, soignent leurs connaissances, les accompagnent dans d'autres services, avant de s'intéresser aux malades.

« Tu ne peux rien avoir sans faveur. L'enfant a le palu, je ne l'ai emmené nulle part. Quand tu y vas, elles ne s'occupent pas de toi, elles font des va et vient, ou elles font la couture, et toi qui es malade, tu attends » (Hawa, Niamey).

Les patients attendent le bon vouloir des soignants et sont, parfois, obligés de revenir. Ces comportements pénalisent davantage les pauvres accaparés par des activités de survie. Les femmes font souvent le petit commerce et doivent vendre quelques produits pour obtenir le prix des condiments qui leur permettront de préparer quelque chose à manger. Les pauvres arrivent plus souvent que les plus aisés au centre de santé dans un état grave, et sont sensibles à toute dépense supplémentaire comme le coût du transport.

Le soignant ne se met pas à la place des malades pauvres et ne tient pas compte des difficultés dans lesquelles ils se débattent.

« Il y a aussi la mésentente entre le malade et le personnel soignant, qui t'insulte pour n'avoir pas payé le produit alors que tu ne vas pas voler tout de même » (Barajé, vendeuse de beignets, Niamey).

Certains « te reçoivent mal et vont jusqu'à t'insulter. Ils te ramassent avec une pelle. On ne te regarde même pas quand tu arrives expliquer ton problème, on te montre la nuque. On ne tient pas compte de ce que tu dis,

c'est l'ordonnance seulement qu'on te jette pour que tu achètes le reste des produits sans tenir compte de ta situation économique » (Safia, Niamey).

Les malades qui ne respectent pas les rendez-vous donnés lors des consultations prénatales ou les vaccinations se font insulter : or ces retards sont souvent dus à un manque d'argent. Les pauvres sont donc plus exposés que les autres malades aux insultes.

« Je retardais toujours pour venir à la CPN, et si je viens les sages-femmes m'insultent beaucoup. Je retardais car je n'avais pas d'argent pour la CPN » (A.D., Conakry).

En ce qui concerne le manque d'intimité, une discrimination intervient au détriment des plus pauvres.

« Les injections, les soins sont faits alors que la porte est régulièrement ouverte. Les infirmières ne ferment la porte que si elles connaissent la personne, ou si le malade est plutôt bien habillé » note l'enquêteur dans un centre de santé de Niamey.

### **Les réponses et la « débrouillardise » des pauvres.**

« Si on parle, on va fatiguer ta malade » (accompagnateur d'un malade dans un centre de santé à Dakar)

Les malades pauvres se résignent et se taisent devant les mauvais comportements des soignants. Ils ont peur, s'ils s'en plaignent, d'avoir à en pâtir encore davantage. La surestimation des soignants, le manque de communication, expliquent leur appréhension à approcher le personnel de santé. Leur réponse sera l'évitement et le non fréquentation de la structure sanitaire.

Dans un centre de santé de Dakar, l'enquêteur observe : « La salle de suite des couches est sans lampe, les femmes n'arrêtent pas de se plaindre, mais en douce, par peur des représailles, personne n'ose parler, alors que dormir dans le noir est une épreuve pour ces nouvelles accouchées ».

Les pauvres assurent difficilement leur survie. Ils jonglent avec une multiplicité de petites sources instables de revenus glanés par les différents membres de la famille : petit commerce des femmes et des enfants,

revenus irréguliers des hommes tirés d'activités artisanales informelles, d'un travail de manœuvre, de l'agriculture... Sur ces revenus très irréguliers, les malades prélèveront l'argent pour leurs soins.

### *Se priver*

La première solution en cas de maladie est de se priver de l'essentiel, c'est-à-dire de nourriture.

Fatou, 30 ans, vivant à Conakry raconte qu'elle a emmené ses enfants souffrant de bronchite dans un dispensaire confessionnel. : « Ce jour-là nous n'avons pas mangé. Le prix de la nourriture a servi à l'achat des médicaments ».

Certains sont contraints de vendre leurs habits ou même un objet.

Taji, 70 ans qui vit à Niamey, déclare : « Quand je suis tombée malade l'année dernière, on (le soignant du centre confessionnel) m'a demandé de faire une radiographie à 5 000 FCFA. C'est difficilement que j'ai pu avoir les 5 000 FCFA et ça aussi, il a fallu que je vende mes habits parce que je voulais recouvrer ma santé. J'ai vendu tous mes habits, y compris mes robes de nuit ».

Dayu, qui vend des beignets de mil à Niamey, confie que si elle n'a pas d'argent, elle dépose l'ordonnance ou cède un vêtement ou une tasse.

### *Rechercher des relations*

Les malades pauvres recherchent des médiateurs et s'efforcent de créer des relations personnelles avec les soignants pour être mieux pris en charge et payer moins.

Les démunis s'efforcent d'échapper à l'anonymat et de tisser des liens personnels avec des soignants, surtout avec le personnel moins qualifié<sup>39</sup> : matrones, filles de salle, gardiens, qui sont plus proches socialement d'eux, et habitent dans leur quartier. Ils essaient d'identifier des médiateurs, soignants ou non. Ils s'efforcent de connaître le nom d'un praticien dans la structure avant de s'y rendre, de le croiser, de le saluer dans la rue ; ils se font recommander par un autre malade, un parent ou ami du soignant. Ils s'habillent le mieux possible pour aller au centre de santé. Ils font jouer la parenté à plaisanterie.

39. En fait, par suite du glissement et de la polyvalence des fonctions, les soignants subalternes exercent souvent des tâches plus qualifiées que celles liées à leur statut.

« Pendant ma dernière grossesse, j'étais suivie par une matrone du centre, je l'ai connue par le canal d'une de mes amies qui me disait qu'elle était docile et gentille avec les femmes enceintes. Lors de mon accouchement, celle qui me suivait était en congé mais elle m'a confiée à une autre matrone qui m'a mise dans de bonnes conditions » (Fatoumata, Bamako).

Pour les pauvres, à l'instar des autres malades, la connaissance d'un soignant dans un centre de santé explique fréquemment le choix de cette structure. Les pauvres, malgré leur peu de moyens, vont s'efforcer de faire de petits cadeaux aux soignants : poissons, oranges, pain... dans le cadre de la création et de l'entretien d'une relation.

« Le bébé vomissait. Nous sommes allés au centre de santé de B. car mon mari connaît quelqu'un qui y travaille. Cette femme nous a beaucoup aidés à l'hôpital. Des fois, mon mari lui envoie un peu de poisson » (Mamata, 25 ans, Conakry).

La stratégie des malades pauvres s'appuie sur un sens aigu d'observation du comportement et de la psychologie des agents de santé.

Voici les conseils de Wassa, d'Abidjan : « Il faut venir beaucoup de fois (au centre de santé). Des fois, pour dire bonjour seulement, des fois, tu viens causer avec elles, tu regardes bien celle qui travaille bien, et puis qui cause et rit avec tout le monde, le jour où tu viens, tu vas la voir, tu lui donnes quelque chose, et puis elle devient ta camarade. Tu peux payer du pain comme cela, ou bien ce qui te plaît pour lui donner ».

Pour les plus pauvres, la régularité, la familiarité remplacent l'argent ou les petits cadeaux.

« Pour les plus démunis reste à utiliser une certaine présence et une certaine contiguïté, comme ces mendiants dakarois qui, à force de s'asseoir en face du dispensaire, finissent par bénéficier de la même exemption de paiement des soins que les employés » (Jaffré 1999 : 9-10).

Les indigents réussissent parfois à accrocher la compassion, la pitié de certains agents de santé, selon des critères subjectifs, et obtiennent leur aide. Des soignants ont déclaré se cotiser pour assurer la nourriture et les soins des accouchées pauvres, ou faire face au traitement des démunis. En fait, il s'agit de cas individuels et exceptionnels.

Dans un centre de santé de Conakry, le 18 août 1999 à 10 h 20, une femme se présente pour la CPN, Kitaba, elle a 9/6 de tension et se plaint de ne pas avoir mangé, l'infirmière lui restitue les 1 000 FG qu'elle a payé pour l'achat du carnet rose de suivi de grossesse.

Le 20 août 1999, la sage-femme du même centre de santé déclare avoir restitué les 3 000 FG de l'accouchement à un couple démuné qui devait référer leur nouveau-né au C.H.U. en orthopédie. Les parents étaient si pauvres qu'ils n'avaient pas d'habits pour le bébé. Ils n'ont pu vêtir l'enfant que le lendemain de sa naissance grâce à l'assistance des voisins.

L'agent de l'accueil de la CPC (consultation primaire curative) sort 1 000 FG de son tiroir pour donner à des grands-parents démunés venus soigner leur petit-fils<sup>40</sup>.

Si le soignant refuse de soigner un malade dans un état grave parce qu'il n'a pas d'argent, il arrive que l'accompagnateur d'un autre malade, ému par la scène dont il est témoin, prenne en charge les frais du traitement.

Des malades pauvres jouent sur les rivalités entre soignants. Des marchandages, des négociations se jouent sur de très petites sommes, mais qui représentent néanmoins un enjeu. Les malades pauvres ont très peu de disponibilité d'argent. Pour les soignants, le profit vient de l'accumulation de petits bénéfices.

Dans un centre de santé de Conakry, V., un stagiaire, s'oppose à ce que H., l'infirmière de service, fasse payer pour une injection, normalement gratuite, la malade ayant acquitté le montant du produit et de la seringue. H. réclame 500 FG (c'est-à-dire 200 FCFA). La malade répond qu'elle n'a que 200 FG (80 FCFA). L'infirmière refuse cette somme. V. intercède en faveur de la malade et prie H. d'accepter les 200 FG mais elle s'entête dans son refus. Les deux soignants discutent vivement. Les collègues interviennent et règlent le problème à l'amiable. La malade accepte de payer 300 FG (120 FCFA).

### *La solidarité parmi les pauvres*

Afin de faire face aux dépenses en cas de maladie, les démunés s'efforcent de solliciter avec plus ou moins de succès une aide auprès de leurs

---

40. La présence d'un observateur étranger influe bien sûr sur le comportement des soignants. Quant aux déclarations du personnel, nous n'avons pas toujours eu la possibilité de les contrôler en les confrontant aux témoignages des patients.

relations familiales, amicales, et de voisinage. Les enfants adultes paieront, s'ils le peuvent, les soins de leurs parents malades. Les petits revendeurs s'adressent au boutiquier qui les approvisionne, les artisans à leur patron, par exemple pour payer les médicaments ou les frais d'accouchement.

En l'absence d'assistanat organisé, la plupart des pauvres dépendent d'une aide financière informelle et personnelle pour payer les soins de santé qui dépassent leurs disponibilités journalières.

Lors d'une hospitalisation, les visiteurs contribuent à l'achat des médicaments. Souleymane de Conakry l'avait mentionné. Cette solidarité est évoquée également par Maïmouna, 46 ans, qui vit à Niamey : « Celui qui te rend visite te donne 500 FCFA, un autre 1 000 FCFA, avec cet argent tu achètes les médicaments ».

Les plus pauvres chercheront à quémander en réactivant les réseaux anciens.

Mariama, 70 ans, déclare qu'elle mendie auprès de ses parents et de ses anciennes relations de Conakry et qu'elle rembourse avec des bénédictions !

Halima, 46 ans, vit à Niamey avec son mari sans ressources et six enfants à charge : « Pour moi, me débrouiller, c'est ne pas avoir froid aux yeux pour demander quelque chose aux membres de ta famille ou encore envoyer un enfant te chercher telle chose chez telle ou telle personne. Mais j'en ai assez de ces pratiques ! (...) J'ai des parents dans la ville. Au nom de Dieu, quand je les sollicite, ils répondent présents ».

Plus les citadins sont anciennement installés dans la ville et plus ils pourront compter sur des réseaux de relations sociales. Abdou Salam Fall (1994 : 294-295) montre que l'urbanisation restructure la famille et que « la dynamique des structures familiales révèle ainsi un contraste persistant entre, d'une part, un risque de perte de substance dans un contexte de précarité économique, et, d'autre part, leur réalité persistante comme espace de solidarité et de sécurité et comme référence symbolique qui régent une part importante de la vie en société ». La famille « est un passage quasi-obligé pour investir d'autres réseaux ». Les liens familiaux se maintiennent entre les citadins et les ruraux. Les relations avec le village restent vivantes même pour les citadins installés depuis longtemps dans la métropole. Ils font partie d'associations de ressortissants du village. Les soins par les plantes médicinales s'appuient en partie sur les liens maintenus avec le village d'origine. Les citadins se font envoyer des plantes médicinales ou viennent se soigner près d'un guérisseur du village. Les pauvres disposent parfois d'un champ au village qu'ils vont cultiver à

l'hivernage. Ils y envoient leur femme ou leurs enfants quand la situation devient très dure en ville. On peut y voir avec Oscar Lewis la persistance d'une « culture rurale ». « La persistance de liens dans le cadre du village tend à inhiber ou retarder l'épanouissement d'une culture de pauvreté<sup>41</sup> dans de nombreuses villes et bourgs d'Afrique » (Lewis, 1969 : 803). Avec l'arrivée en ville, de nouveaux réseaux de sociabilité se constituent pour relayer celui de la famille : relations de voisinage, politiques<sup>42</sup>, religieuses<sup>43</sup>, sportives<sup>44</sup>...

Même si beaucoup de nos interlocuteurs se plaignent de l'effritement des relations sociales (on nous a souvent dit que la solidarité, l'entraide, la compassion sont des valeurs qui se perdent de plus en plus), néanmoins une certaine solidarité de voisinage persiste. Les exemples sont nombreux de recours aux « réseaux de protection rapprochée procurés par le voisinage » (Castel, 1995 : 14).

Des solidarités de voisinage se mettent en place pour soutenir les familles les plus pauvres.

La famille d'Aziz n'a pas préparé de repas le jour de l'enquête, aussi les voisins, après avoir mangé, ont donné le gratin du plat aux plus jeunes enfants (Conakry).

Les voisins jouent un rôle non négligeable de conseillers en cas de maladie, aussi bien pour le recours à la médecine moderne que pour celui à la médecine populaire. Ils dépannent en cas d'urgence dans la mesure de leurs moyens.

F., 61 ans, malade, déclare que les voisins l'ont soigné de douleurs généralisées avec le reste de médicaments qu'ils ont chez eux (Conakry).

Hadjara, veuve, reconnaît qu'elle demande aux voisins de la nivaquine, de l'aspirine. (Niamey).

---

41. Pour Oscar Lewis, la « culture de pauvreté » qu'il a décrite dans *Les enfants de Sanchez* (1963) et *La Vida* (1969) est une adaptation et une réaction des pauvres à leur position marginale dans une société à classes stratifiées, hautement individualisée et capitaliste. Cette situation n'est pas la situation générale en Afrique, où l'expression de « culture de la pauvreté » ne paraît pas pertinente.

42. A Dakar, T., handicapé physique, vit de mendicité. D'après l'enquêteur : « Il est bien intégré dans son réseau familial. Il est membre du bureau départemental de l'association des handicapés moteurs. Il fréquente quelques autorités locales et s'intéresse à la politique où il excelle dans les démarches et pratiques souterraines ».

43. A Dakar, Djibi, 71 ans, aveugle qui vit de mendicité, a obtenu ainsi un terrain avec deux autres aveugles en s'adressant à un marabout.

44. Boubacar, lycéen, vit chez son oncle, dans une famille pauvre de Conakry, il fait partie d'une équipe de foot-ball. Il affirme que, si un co-équipier est malade, chaque membre verse 100 FG (40 FCFA).

Mais demander une aide n'est pas sans risque et peut contribuer à une détérioration des relations sociales.

Halima a payé une ordonnance d'un enfant malade avec l'aide d'un voisin. Lors de la maladie d'un second enfant, elle s'est débrouillée avec le reliquat des médicaments du premier. Elle ajoute : « Ce n'est pas bon de déranger chaque fois les gens, car aujourd'hui si quelqu'un te rend service, fut-ce une ordonnance, dès qu'un conflit éclate entre vous, alors c'est des insultes, des chantages »

Mamoudou, réparateur de pneus à Niamey, témoigne : « Les gens du quartier n'ont pas d'argent. Si tu demandes aux gens de cotiser 100 FCFA, certains vont donner et celui qui n'a pas va commencer à t'insulter ou te frapper ».

Des formes de solidarité se manifestent avec l'organisation de tontines qui peuvent servir de support à des cotisations de solidarité lors de maladies. Les associations comme les tontines sont très répandues à travers toutes les couches de la population. Elles regroupent un certain nombre de personnes qui cotisent afin de faire face à des dépenses pour des activités commerciales ou des cérémonies familiales. L'argent mobilisé peut aussi être utilisé pour des frais de soins ou d'accouchement si le tour de tontine coïncide avec un épisode de maladie ou un accouchement. Ces associations connaissent un grand succès auprès des femmes. Les femmes pauvres ayant de petits revenus réguliers tirés d'un modeste commerce sont organisées en tontines sur la base de cotisations réduites.

Kadiatou, 32 ans, vend chez elle de l'eau glacée et des bonbons glacés : « Je suis dans deux groupes de tontine, le premier avec des femmes vendeuses du quartier, nous sommes 16 personnes, chaque jour on met 500 FG (200 FCFA), à la fin de la semaine, l'une prend tout. La seconde tontine, c'est 300 FG par jour, on est dix femmes dans la concession, à la fin du mois l'une prend ». Cette organisation n'est possible que parce que le mari de Kadiatou, vendeur de légumes au marché, assume les dépenses de la famille.

Mariama, vendeuse de condiments, est regroupée avec 32 femmes de son voisinage. Chaque vendredi, chacune dépose 1 500 FG (600 FCFA), une d'entre elles prend la totalité de la somme. Mariama déclare que cela l'aide pour le fonds de roulement de son petit commerce, et que si son mari ne peut pas avoir d'argent avant la fin du mois, elle peut prendre l'argent de la tontine pour soigner leur enfant. L'avantage de l'association de Mariam est que l'argent n'est pas gardé et ne risque pas d'être détourné.

Ces associations se font sur la base d'une solidarité de proximité : membres d'une même famille, ressortissants d'un même village, voisins,

personnes exerçant une activité similaire. Pour les pauvres, n'ayant pas les moyens de se déplacer, les tontines se font sur la base d'une proximité résidentielle, le quartier, la concession, alors que, pour les plus aisées, le réseau est géographiquement plus dispersé : par exemple, il peut regrouper des femmes originaires d'un même village résidant dans différents quartiers de la ville.

L'argent de la tontine peut être emprunté à titre exceptionnel.

Nagouma, enceinte et hypertendue, est référée d'un centre de santé de Conakry à l'hôpital, le 25 novembre 1999. Pour faire face à cette dépense imprévue son mari emprunte 15 000 FG (6 000 FCFA) à sa sœur qui garde l'argent d'une tontine. Cette dernière lui recommande de tout faire pour lui rembourser l'argent avant la fin du mois.

Des caisses de solidarité sont aussi constituées de façon plus ou moins informelle dans certaines familles pauvres.

La famille de Fatou, qui vit à Conakry du fumage et du commerce du poisson fumé, a établi une caisse de solidarité : « Chaque jour, chacun des membres de la famille qui vend dépose 1 000 FG (400 FCFA) dans une caisse en cas de maladies ou de difficultés majeures ».

Si les tontines, les caisses de solidarité constituent un support pour les familles démunies, les plus pauvres, dont le réseau de sociabilité s'est disloqué, se trouvent exclus de ces formes de solidarité.

## **Conclusion**

Le tableau que nous présentons de la pauvreté et des recours aux soins des citoyens les plus démunis est susceptible de se détériorer encore davantage. Nous avons été confrontés à des situations de pauvreté très diverses. Si la majorité des pauvres citoyens bricole chaque jour sa survie grâce au secteur informel et aux réseaux de solidarité, la situation des marges les plus fragiles de cette population montre que l'équilibre peut complètement basculer lorsque les réseaux de solidarité se disloquent. Les centres de soins de santé primaires deviennent alors définitivement hors d'atteinte, et même le recours aux soins populaires des guérisseurs est compromis. Il ne reste que l'automédication et les risques qu'elle comporte.

Une des exigences essentielles des soins de santé primaires fut d'assurer l'équité dans la répartition des ressources affectées à la santé et aux soins de santé. Cette exigence n'est toujours pas satisfaite. Le recours escompté à des mutuelles n'a toujours pas vu le jour.<sup>45</sup>

Si le recouvrement des coûts ne peut pas être remis en question, des améliorations semblent possibles pour remédier au mauvais accueil des malades, à la sur-facturation, à la corruption, à la privatisation des soins, au système des faveurs, à la vente parallèle des médicaments, afin de promouvoir une médecine « centrée sur le malade » (P. Blaise, 2 000 : 6-13), qui améliorerait l'équité dans l'accès aux soins et la fréquentation des centres de santé publics et communautaires par les pauvres. Cependant, il ne faut pas sous-estimer la capacité des soignants et des cadres de la santé à résister, contourner, et récupérer à leur avantage tout projet de réforme impulsé et financé de l'extérieur. Ils sont en effet convaincus de la légitimité de leurs pratiques illégales, en raison entre autres de la faiblesse de leur salaire et des charges familiales qui pèsent sur eux.

Un fonds d'exonération pour les indigents serait à mettre en place, subventionné par les revenus des centres de santé, après une amélioration de la qualité des services, et une augmentation de la fréquentation qui se ferait au profit du centre de santé et non au profit privé des soignants. Les indigents bénéficiaires seraient à identifier parmi les familles les plus pauvres : celles des handicapés, des femmes seules, des personnes âgées, des migrants récents ayant de jeunes enfants à charge...

---

45. « Restait le problème des pauvres, population cible revendiquée par l'IB (Initiative de Bamako). L'équité passerait sans doute, nous semblait-il, par la mise en place des mutuelles, et d'ailleurs cela avait commencé » (Blaise 2000 : 7). L'auteur a participé au lancement du programme PEV-SSP (Plan élargi de vaccination, soins de santé primaires) en Guinée. Dix ans plus tard, le bilan concernant la mise en place des mutuelles n'est guère positif. L'association pour la promotion des mutuelles de santé en Guinée et les autres opérateurs constatent que le système des mutuelles est très difficile à mettre en oeuvre. Le principe de la solidarité anonyme est souvent refusé par la population.

## Quel façonnement organisationnel des centres de santé en Afrique de l'Ouest ?

A. FALL

Lorsque, durant les années 80, de nombreux sociologues des organisations (Crozier, 1989, Sainsaulieu, 1987, Padioleau, 1986...) remettaient en cause le « modèle guerrier des stratégies du management d'entreprise », on était loin de voir dans les structures de santé un champ privilégié d'application de leurs propos. Ces analystes dénonçaient la tendance à rechercher la rationalité organisationnelle par un contrôle autoritaire des ressources, du personnel, et des clients. Certains d'entre eux invitèrent explicitement à l'instauration, à l'inverse, de règles de négociations des rapports de pouvoir au sein des organisations, en proposant la citoyenneté au sein des entreprises (Sainsaulieu, 1995)<sup>1</sup>. Or, les types de dysfonctionnements organisationnels et les logiques d'appropriation du pouvoir en œuvre dans les formations sanitaires relèvent de la même problématique : quels modèles d'organisations efficaces proposer, impliquant des acteurs/sujets dont les sentiments et l'éthique sont tout aussi, sinon davantage, importants que la technicité, le poste et les compétences (Ollivier, 1995) ? Ce débat introduit à « l'invention de rapports sociaux acceptables » dans divers types d'organisation.

En effet, les formations sanitaires sont le plus souvent présentées comme des cadres organisationnels à part, alors que les modes d'action qui s'y jouent sont le prolongement d'interactions sociales comme les autres. Nos observations dans les centres de santé mettent en relief des situations-problèmes qui se déclinent brièvement ainsi : styles de management impro-

---

1. Dans la postface à l'ouvrage de Blaise Ollivier, 1995, *L'acteur et le sujet, Vers un nouvel acteur économique*, Desclée de Brouwer, (Sociologie économique), pp. 457-463, Sainsaulieu R. relève ceci : « Pour beaucoup la citoyenneté s'arrête, en fait, aux portes de l'entreprise que l'on ne perçoit pas encore sous les couleurs d'une société civile ».

visés, modes d'organisation rigides, distance sociale assez grande entre différents groupes stratégiques au sein des centres de santé, compétition souvent ouverte entre divers corps de métier engendrant des formes de défiance mutuelle, autonomisation des espaces de travail, gestion clientéliste, déficit de communication entre professionnels et clientèle, etc.

Cette opacité des modes d'organisation participe de la répulsivité des structures de santé, qui ont du mal à rompre leurs rapports d'extériorité avec leur clientèle. Or, l'examen du sens que les principaux acteurs (personnels et clients) donnent à leurs actions et leurs engagements, ainsi que leurs rapports à la prise de responsabilité, sont essentiels pour comprendre le décalage entre les formes actuelles d'organisation des structures de santé et les attentes de la clientèle maintenue à distance.

Ce chapitre<sup>2</sup> interroge les styles de management des structures de santé ainsi que les perceptions à la fois de la clientèle (malades, parturientes, accompagnateurs) et du personnel sur les modes d'organisation. Ceux-ci restent aléatoires, avec des rigidités peu favorables à la qualité des services fournis. Trois types de façonnement organisationnel des centres de santé sont ici explorés, sur la base des enquêtes faites à Dakar : le modèle messianique, le modèle néo-patrimonial et le modèle du laisser-faire. Ces modèles de management, en fait improvisés, sont au cœur des dysfonctionnements des espaces sanitaires en Afrique de l'Ouest<sup>3</sup>.

### **Le modèle messianique**

Au premier contact avec le médecin-chef d'un des centres de santé, les couleurs étaient annoncées pour marquer fièrement la différence avec la gestion des autres centres de santé de l'agglomération urbaine dakaroise. En effet, il évoquait dans un discours radical aux relents messianiques la notion de « ligne ». A ce propos, il utilisait cette formule : « quand le

---

2. La rédaction de ce texte a été possible grâce au séjour d'accueil à l'EHESS à Marseille soutenu par l'IRD. Ce texte reprend, quelques fois des pans entiers, des présentations de données de terrain par les collègues ayant coordonné l'étude dans les autres villes. L'intérêt de traiter des aspects organisationnels ici esquissés est postérieur à la phase de collecte des données. C'est pourquoi, cet article amorce une réflexion inachevée et conduite sur des données qui ne sont pas homogènes d'un pays à l'autre. Je remercie particulièrement mon collègue Mohamed Mebtoul, Université d'Oran, pour ses réflexions critiques à la première ébauche.

3. Les types d'autorité présentées dans cet article correspondent à des processus de direction plus qu'à des caractéristiques des personnes. Soulignons aussi que des résultats positifs ont été parfois obtenus notamment à la maternité de Guedawaye.

train est en marche, il faut s'accrocher, sinon on risque de tomber », la « ligne » à suivre étant l'antidote de tout ce qui était à contre courant de la bonne marche du centre.

La « ligne » c'est donc le schéma tracé par le médecin-chef, et qui est du domaine du non négociable. Il privilégie une double posture morale et technocratique. La moralité affichée se veut hors soupçon, ce qui lui laisse les mains libres pour sanctionner les instigateurs de déviations et d'abus, s'il les prend d'aventure en flagrant délit. L'approche technocratique se lit dans des méthodes de contrôle strict, ou des comptes demandés à tous les collaborateurs. C'est le sens du témoignage de cette sage-femme :

« Notre pouvoir c'est déjà le médecin-chef qui nous l'a donné, il a toujours dit : chaque sage-femme qui est dans un service est responsable de ce service, les médecins sont de passage, et je demande aux sages-femmes de bien me gérer les services ».

C'est un modèle de gestion de type « messianique », incarné par le seul responsable du centre, qui s'appuie cependant sur son « maître », le titulaire de la chaire de gynécologie. Il repose aussi sur certains collaborateurs opérationnels au sein du personnel, sensibles à la sauvegarde d'une éthique de gestion : un superviseur affichant un fondamentalisme religieux distinctif, une sage-femme proche de la retraite, etc. Ce modèle est fondé sur une discipline de fer, avec des normes explicites ne laissant aucune place à la négociation. Il est caractérisé par un comportement dictatorial qui fait du médecin-chef le seul vrai chef du centre de santé. A chaque occasion, il ne cesse de rappeler cette « vérité » au personnel médical, para médical et d'appui. On peut observer également une démarcation formelle de la « ligne » du responsable du centre vis-à-vis de la corruption, de l'arnaque, du « laisser-faire ».

### *La technique suffit...*

La gestion de ce centre privilégie une rationalisation des ressources avec un plateau technique relevé. La réputation du centre semble être bâtie sur une approche essentiellement technocratique, qui s'appuie sur des outils de vérification biomédicaux (partogramme, etc.). Le comité de santé, dont la vocation est de réaliser la participation des populations, est tenu à distance. Ce comité n'a qu'une existence formelle. Il a peu d'impact sur le fonctionnement du centre de santé.

Il ne s'agit pourtant pas de discipline au sens wébérien du terme, « qui implique une disposition acquise de l'obéissance d'une masse dépourvue de critique et sans résistance » (Weber, 1971). En effet, les stratégies de

lutte contre le clientélisme, ou l'anarchie, ont leurs limites. Une partie du personnel n'hésite pas à relever l'acceptation par le médecin chef de cadeaux, et l'usage à des fins privées du véhicule du centre de santé (transport de l'épouse du médecin au marché), alors que les besoins des services en transport tardent à être satisfaits.

Quel type d'autorité est donc exercé par le médecin-chef, avec quels fondements et quelles limites ? Dans une perspective weberienne, on peut se demander s'il y a « la croyance en la légitimité » du médecin-chef<sup>4</sup>. Le départ il y a quelques années des coopérants européens, qui avaient financé massivement ce centre de santé, de sorte que son plateau technique rivalise de standing avec celui de l'hôpital qui accueille la chaire de gynécologie, a suscité des appréhensions quant à la capacité d'un médecin-chef sénégalais à préserver ce patrimoine, et quant à son autorité. Et comme s'il fallait donner raison aux sceptiques, la première phase après le retrait des coopérants a révélé des failles, et l'installation de pratiques proches du modèle de « laisser-faire » que nous aborderons plus loin. L'arrivée du médecin-chef actuel correspond à des consignes de redressement et au pari d'une gouvernance orthodoxe.

Ce dernier se présente comme serviteur des intérêts des malades. Pour cela, sa gestion bureaucratique vise à éliminer ou neutraliser tout facteur contribuant à restreindre le champ de la pratique médicale *stricto sensu*. A défaut d'être du domaine privé, les facteurs sociaux intervenant dans le centre de santé doivent se traiter, au mieux, au niveau du service social, dont le responsable adhère aux méthodes rigides de gestion instaurées nouvellement. Ce confinement ne concerne pas seulement les problèmes sociaux, mais englobe la participation populaire via le comité de santé, les regroupements professionnels, les visiteurs médicaux, bref tout ce qui ne paraît pas médicalement performant aux yeux du médecin-chef, ou qui est susceptible d'introduire ou de protéger des espaces non contrôlés. Il faut tout centrer sur le médical.

Toujours selon l'approche weberienne, on peut s'interroger sur les chances d'obéissance à cette « administration bureaucratique », qui pense tout par elle-même et évalue ses performances en surplombant les différents acteurs. En effet : « Par delà l'énorme position de puissance que détermine le savoir spécialisé, la bureaucratie (ou le détenteur de pouvoir se servant de celle-ci) a tendance à accroître davantage encore sa puissance par le savoir du service : les connaissances de fait acquises ou « issues des dossiers » dans le cours du service »

Le décalage observé entre compétence de fait (celle des professionnels subalternes proches des malades) et compétence de droit (celle des titu-

---

4. Marx Weber (1971) note en effet que « toutes les dominations cherchent à éveiller et à entretenir la croyance en leur « légitimité ».

laire de diplômés qui croient que leur parchemin vaut excellence) milite en faveur d'une adhésion d'une partie du personnel soignant à la rigueur installée par le médecin-chef. L'illusion technocratique va de pair avec un certain loyalisme.

### *L'explication par le loyalisme*

La théorie du loyalisme proposée par Albert O. Hirschman (1995 a) peut expliquer cet intérêt collectif pour éviter une « disparition prématurée de l'organisation » qui semble être le facteur majeur de légitimité de l'approche messianique repérée dans ce centre de santé. Selon Hirschman, le loyalisme correspond à un sursaut nécessaire dans des « situations compromises » pour « rétablir » les chances de succès en réhabilitant « la prise de parole » et en restreignant l'élan à la défection des acteurs concernés. Ce sont souvent, dit-il, les organisations « placées en bas de l'échelle qui ont davantage besoin du loyalisme et d'une idéologie créatrice de cohésion ». Le loyalisme intervient donc pour ajourner toute velléité de défection. Le mobile de l'acteur loyal réside dans la projection qu'il établit quant à ses chances d'influer sur le cours de l'organisation menacée, soit directement, soit par l'intermédiaire d'autres acteurs. Cependant Hirschman (1995 a) relève deux contraintes qui complexifient la théorie du loyalisme. D'abord, « il se peut que le loyalisme soit trop poussé et que, de ce fait, la voie de la défection se trouve par trop favorisée ». Ensuite, ajoute-t-il, « il faut bien reconnaître que les institutions et les procédés qui visent à promouvoir le loyalisme ne tendent guère à encourager la prise de parole. En fait, ils sont souvent conçus pour réprimer d'un même mouvement et la défection et la prise de parole ».

En faisant « payer des droits d'entrée élevés » par le truchement de l'extrême rigueur symbolisée par sa « ligne », le médecin-chef confirme la théorie du loyalisme de Hirschman en ce sens que, d'une part, il ouvre une porte à la défection en la pénalisant (« c'est comme dans un train, à chaque gare certains quittent le train » dit-il), et, d'autre part, pour reprendre les termes de ce même auteur (1995 a) : « le choix entre la prise de parole et la défection se transforme en un choix entre deux formes de prise de parole, l'une qui s'exerce de l'intérieur, l'autre qui s'effectue de l'extérieur (après la défection) ».

En effet, ce centre de santé est le théâtre de confrontations entre au moins deux logiques : si certains acteurs sont acquis à la cause de la ligne technocratique, d'autres considèrent au contraire que l'exercice de la santé publique est compatible avec une flexibilité et une socialisation de l'espace sanitaire, qui doit permettre de mener concomitamment à la pratique médicale une microéconomie (petit commerce, services semi-privés

infirmiers ou médicaux parallèles), et des échanges marchands et non marchands, codifiés ou non. Le premier groupe a accès à une prise de parole de l'intérieur du fait de ses possibilités de parler au médecin-chef selon des normes codifiées, tandis que le second est réduit une semi-clandestinité, et ne peut s'exprimer qu'en dehors des moments conventionnels d'échanges officiels.

### *Défection pour renégocier*

La défection du deuxième groupe s'exprime par les postures suivantes :

- Pratique du service minimum et mise à profit des bénévoles pour les tâches courantes, y compris pour les soins infirmiers ;

- Maintien de services parallèles destinés aux malades et parturientes les plus solvables ou généreux. Ces services incluent plus d'attention et de compassion, un accès sélectif à des médicaments coûteux obtenus auprès des visiteurs médicaux, ou même prélevés dans la dotation du service, des soins infirmiers de meilleure qualité et plus réguliers, etc. Sans être la règle, ces services (que nous appelons parallèles faute de mieux) ne sont pas tout à fait souterrains. On observe là l'émergence d'un domaine toléré non officiel, qui peut être perçu comme un certain assouplissement du regard inquisiteur, et définit les limites de l'espace de la règle.

- Développement du commérage, dont le médecin-chef est principalement l'objet : son habillement sobre, ses rapports d'allégeance marqués avec son « maître » le professeur de gynécologie, sa soumission à ses supérieurs sont passés au peigne fin, chaque détail pouvant faire l'objet de commentaires appuyés.

Ce groupe fonde sa légitimité sur l'existence d'un déficit de dialogue dans le centre de santé, et également sur la valorisation des compétences de fait. En effet, les sages-femmes, les infirmiers et leurs protégés (parmi le personnel bénévole qu'ils ont contribué à former sur le tas), exercent un certain savoir-faire, synonyme de cette compétence de fait.

La stratégie de ce groupe consiste donc à contenir les réactions de l'autre groupe, et en particulier du médecin-chef, tout en banalisant progressivement le pouvoir de ce dernier, dont on sait d'avance que, dans le pire des cas, ses sanctions se limiteront à des changements de poste à l'intérieur du centre de santé.

Dans le même temps, le groupe des alliés du médecin-chef limite sa prise de parole aux aspects médicaux du fonctionnement du centre de santé, tout en fermant les yeux sur les pratiques déviantes dont ils ignorent du reste les détails. Cet espace de la règle est finalement confiné aux heures de présence du médecin-chef, le temps des soins journaliers aux malades et parturientes. En revanche, lors des gardes, ce sont les méde-

cins préparant leur spécialisation en gynécologie (les CES comme on les appelle) qui deviennent les interlocuteurs du personnel ; mais ils n'ont pas de rôle administratif, ni d'autorité hiérarchique sur les sages-femmes. Une telle situation est favorable aux pratiques de services parallèles la nuit et les week-end, alors que pendant les heures normales de service elles se fragmentent, pour se reproduire dans les interstices. Cette multipolarité des espaces d'échanges marchands et non marchands à l'intérieur du centre de santé traduit une stratégie consistant à passer entre les mailles du filet du garant de la ligne rigide. Il n'est pas inintéressant de relever que ces restrictions de l'espace de la règle – entendu dans le sens de l'espace contrôlé par la hiérarchie – constituent une forme de défection.

### *Les soins parallèles et la microéconomie*

La situation décrite dans ce centre de santé n'est pas aussi singulière qu'il y paraît. Même là où l'approvisionnement en médicaments est contrôlé avec une extrême rigueur, les pratiques parallèles existent, comme dans ce cas décrit à Conakry :

« Le circuit des médicaments essentiels dans les centres de soins de santé primaires est très organisé. La gestion est très surveillée. Il existe un registre d'utilisation des médicaments et recettes (RUMER). Tous les médicaments sont contrôlés à un comprimé près. Les statistiques sont tenues à chaque vente, cumulées en fin de la journée. Tous les jours le pharmacien verse la recette au chef de centre, mais malgré cette organisation un dysfonctionnement s'est développé dans beaucoup de centres de santé avec la vente parallèle de médicaments.

En fait, la pratique de soins parallèles est en passe de se généraliser dans tous les domaines, malgré les injonctions hiérarchiques, comme on peut le relever dans cet autre extrait de l'enquête menée à Conakry :

« Le personnel titulaire se plaint de la modicité de son salaire, de la faiblesse ou de l'inexistence de la prime mensuelle de 5 000 FG (7 500 FG pour le chef de centre) qui n'est versée qu'en fonction des recettes du centre. Les soignants exercent d'autres activités. Ils donnent des soins dans leur quartier, qui vont d'un simple échange de services entre voisins à un exercice clandestin de la médecine (...) Un certain nombre de soignantes se livrent à des activités commerciales, vente de chaussures, habits, bijoux, d'ampleur variable. Il s'agit d'une petite activité parallèle ou d'un commerce plus important, avec boutiques et voyages à l'étranger pour s'approvisionner ».

De même à Bamako, « le personnel des CSCOM, une fois recruté ou accepté comme bénévole, s'adonne à des activités qui ne sont pas toujours des activités sanitaires. Il essaye de s'organiser et de développer des activités, des formes de relations sociales qui font du CSCOM un lieu de sociabilité par excellence. Parmi ces formes de sociabilité, on trouve les tontines qui s'étendent quelquefois aux agents des projets intervenant dans les centres, aux malades, aux femmes en grossesse, et même aux parents d'enfants. Comme autre activité, on trouve la vente de produits de toutes sortes et en particulier les médicaments qui ne se sont pas vendus en DCI, comme les produits censés accélérer la délivrance des femmes ».

A l'évidence, le schéma vertical d'organisation ouvre une brèche pour des logiques souterraines qui peuvent miner à terme la survie de l'institution. L'évitement de la négociation, qui est la caractéristique majeure du modèle messianique, alimente la suspicion, prépare des acteurs à évoluer à la périphérie et donc les pousse à la défection.

En fait, dans le cas du centre de santé décrit plus haut à Dakar, et confirmé ailleurs, l'organisation est ballottée entre différentes figures de manipulation par les acteurs.

### ***Renégociation***

Plusieurs loyalismes se juxtaposent, et ne s'éliminent pas. D'un côté, ceux qui exercent un service parallèle tout en entretenant une forte sociabilité dans l'espace de santé considèrent qu'il s'agit là d'un exercice réaliste de leur profession. De l'autre côté, le médecin-chef et ses alliés se focalisent sur la gestion déclarée transparente des biens collectifs (source de leur légitimité), et se désintéressent des avantages privés, assimilés à des « passe-droits ». D'où une négociation de fait, rendue nécessaire par l'inefficience de la rigidité, quand bien même le modèle messianique réaliserait-il des performances techniques. Ainsi est préservée l'image extérieure d'une rigueur de gestion, qui alimente la symbolique de la « *success story* » de ce centre de santé dakarois.

### **La gestion néo-patrimoniale**

« Dans toutes les sociétés, la maladie met en jeu des rapports de pouvoirs » écrit Didier Fassin (1996). Lorsque les structures de santé présentent une opacité vis-à-vis de leur clientèle, celle-ci développe à son tour

des stratégies de contournement des règles. L'une des principales est le recours à un médiateur, c'est-à-dire l'activation de liens avec une personne connue directement ou indirectement, afin d'avoir accès aux services souhaités selon des modalités douces, tout au moins souples, ou adaptées au statut du demandeur, à ses capacités matérielles et financières, à l'urgence de son besoin, etc.

En effet, l'univers médical reste étranger à nombre de ses usagers. Le déficit de communication entre professionnels de santé et malades ou accompagnants est important. A la distance marquée des professionnels de santé, les malades répondent par la méfiance, et par un usage généralisé de ressources symboliques et sociales personnelles.

### *Capital social*

Pour pénétrer la structure de santé et à accéder ses services en levant l'anonymat qui caractérise la relation soignant-soigné, les liens personnels sont mobilisés par les malades en suivant les réseaux de parenté, d'alliance, d'amitié, de voisinage, de co-religion, d'ethnie, d'association, ou d'appartenance à divers groupes sociaux. Un médiateur est identifié parmi des connaissances qui ont des liens électifs dans la structure de santé. Du côté des personnels de santé, la mobilisation de cette sociabilité est symétriquement acceptée, comme une forme de socialisation de l'espace sanitaire (cf. ci-dessus).

Le caractère impersonnel qui est la marque de la neutralité de services publics devant offrir à tous les usagers des chances égales d'accès est ainsi contourné de façon réciproque et implicite.

Chaque malade intériorise une dose de singularité de sa maladie, ou de sa condition sociale, et cherche les moyens d'accéder aux services dans la spécificité de ses besoins. Il faut donc personnaliser la relation impersonnelle, afin d'instaurer une confiance et une humanisation de l'offre de soins. A cet effet, le chemin le plus court est de recourir à son réseau social, au sens de Barnes, c'est-à-dire d'établir des liens transversaux<sup>5</sup>. Le lien qui est ainsi convoqué a un potentiel de mise en connexion, utilisé afin de faciliter l'accès aux ressources, notamment aux soins, selon des modalités adaptées à l'usager. L'efficacité du réseau réside donc dans l'établissement de contacts réguliers et de nœuds figurant des connexions (Wellmann B. et Richardson, R. J., 1987).

De même, le personnel médical, paramédical et de soutien au sein des structures de santé a aussi une appartenance plurielle à différents groupes sociaux, qui n'est pas annihilée par la pratique de ce métier. Bien au

---

5. Voir Hannerz, 1983, Explorer la ville.

contraire, les agents de santé valorisent la solidarité vis-à-vis de leurs pairs tant au plan social que professionnel. L'entretien de leur capital social, entendu au sens de Bourdieu (1980), c'est-à-dire comme « ensemble de ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance et d'interreconnaissance... », les amène à offrir des services gratuits ou personnalisés à leurs pairs, et à servir de médiateurs auprès d'autres acteurs, de manière à faciliter l'accès au centre de santé, même au prix du contournement des règles instituées pour le public anonyme.

A l'image du malade qui fait appel à la pratique de la courte échelle, les acteurs dans la structure de santé mobilisent par ailleurs leurs réseaux personnels ou sociaux en vue de leur recrutement ou de leur promotion, et plus pudiquement pour s'attirer des faveurs, échapper aux règles (non respect des horaires officiels, exemption de tours de garde, présence aux cérémonies familiales, absence pour divers motifs, etc.), se soustraire au contrôle des supérieurs hiérarchiques (et donc à des sanctions éventuelles), constituer des factions...

### *Clientélisme*

Les relations hiérarchiques cèdent ainsi la place à des considérations sociales. C'est le « *masla* » (transgression tolérée), dans plusieurs centres de santé à Dakar. On trouve de tels phénomènes de mobilisation du capital social dans les autres villes de l'étude.

« A Conakry, le personnel de santé use de ses relations pour se faire affecter dans la capitale alors que dans les structures publiques le taux d'absentéisme est élevé. Quelques soignants perçoivent leur salaire malgré une absence prolongée (...). Les horaires ne sont pas respectés et la productivité est très faible ».

A Bamako : « La plupart des recrues a eu accès au CSCOM par le canal d'un parent (membre du comité de gestion) ou par celui d'un agent déjà présent. Un médecin qui s'en va met à sa place un camarade de promotion ou un ami au chômage. Le recrutement du personnel subalterne est souvent assuré par les médecins. Lorsque c'est le cas, les médecins font recours à des agents qu'ils ont connus dans une autre structure pendant leur stage ou en d'autres circonstances. Mais le plus souvent le recrutement du personnel subalterne est l'objet d'une négociation entre les membres du bureau de l'ASACO et les médecins. C'est ainsi que, généralement les infirmiers sont des protégés du président ou des autres membres du bureau, les matrones leurs épouses. Les gardiens et les manœuvres sont recrutés dans les mêmes conditions. ».

A Abidjan, « il faut noter que le choix d'une gestion fondée sur le social développe des relations de familiarité et conduit très souvent à des abus ; un infirmier cumulait son travail, il exerçait une double fonction au centre de santé et dans une autre société ; il a été sanctionné juste pour quelques jours, il est revenu dans le centre et continue son travail (...). Dans les textes, il est écrit que les agents qui commettent une ou des fautes dans l'exercice de leur fonction sont punis, sanctionnés, mais on n'a aucun exemple de sanctions réelles ; généralement, en cas de problème, il y a une coalition pour faire étouffer le problème ».

La manipulation des liens sociaux fonctionne à la fois comme « sésame ouvre-toi » en faveur des individualités et comme « épée de Damoclès » en référence aux règles institutionnelles non ouvertement négociées. Ces coalitions, ces réseaux de soutien, ces cliques sont autant de complicités qui menacent la survie de l'organisation. Par les connexions ainsi créées en marge des institutions et quelque fois contre elles, ces réseaux servent certes à déverrouiller des systèmes dont la validité est en cause, mais, en même temps, ils installent un clientélisme qui brouille les pistes et menace une réelle équité.

### *Patrimonialisme*

Le clientélisme prépare le terrain à une forme de patrimonialisme. Nous nous référons au sens que Weber (1971) donne à ce terme c'est-à-dire une « détention du pouvoir » et une « appropriation des chances économiques qui y correspondent par une direction administrative ». En effet, ce n'est pas la vocation officielle d'une direction administrative que d'accaparer les ressources au titre de sa fonction.

Prenons un autre centre de santé dans la banlieue dakaroise. Pour rendre effectif son mode de gestion, le médecin en question a développé un système de réseau. Construit sur la base de considérations népotistes (favoritisme à l'égard de ses parents : son secrétaire, le gestionnaire de la pharmacie centrale, un agent de santé communautaire qui est au laboratoire, un manœuvre) et sociales (il a des relations très familières avec certains membres du personnel, sages femmes, manœuvres, major, infirmière, qui sont devenus ses informateurs). Ce réseau l'appuie, le relaie, l'informe et le protège, ce qui lui permet de dire péremptoirement : « Je suis dans mon bureau mais je suis au courant de tout ce qui se passe dans le centre ».

C'est donc à partir de son propre réseau que le médecin chef gère le centre de santé et contrôle la situation. Ce système de gestion est craint par le personnel, en raison du capital de relations sociales que le médecin-chef entretient au niveau supérieur (responsable du syndicat des médecins).

Le superviseur en soins de santé primaire déclare à ce propos : « Le ministre de la santé est son ami, il l'appelle très souvent, c'est pourquoi toute information en provenance de ce niveau et plus bas de la région médicale lui parvient très rapidement ».

Par une stratégie de gestion paternaliste fondée sur un système de réseau, le médecin a réussi à façonner le personnel à son image et selon ses propres logiques de gestion. S'étant inscrit dans cette logique, les agents, dans le souci de le satisfaire, accomplissent en plus de leur travail d'autres fonctions non officielles (achats de repas au médecin chef, informations, délations...). Pour les récompenser, le médecin-chef démissionne sur tout. C'est le « laisser aller » qui règne : pas de sanction, pas de contrôle de qualité, avec une logique de l'allégeance qui amoindrit, voire réduit totalement, les risques de contestation et de remise en cause. La gestion est de type clientéliste, avec une logique pyramidale. C'est une gestion patrimoniale. Les moyens du centre de santé sont utilisés pour la ferme avicole du médecin-chef. Sa gestion très personnalisée conduit à une aggravation des risques pour la clientèle. Les pratiques déviantes, telles que la corruption et l'arnaque des populations par le personnel médical, sont flagrantes. C'est la transgression tolérée (*masla*).

Ces tendances se trouvent répercutées dans le comité de santé, non fonctionnel et composé de personnes âgées ou indisponibles, incapables d'intervenir dans la gestion du centre, largement décriée par les bénéficiaires. Cette gestion favorise une économie parallèle, une sorte de privatisation par « l'informalisation » des circuits, que l'on retrouve dans les autres villes.

A Niamey, l'étude montre que les transactions autour du « médicament » opèrent pareillement. « En effet, il existe quatre moyens d'acquérir des médicaments pour les soignants : le détournement de la dotation de l'État, les dons des délégués médicaux ou de supérieurs hiérarchiques (médecins en général), la récupération de reliquats de produits administrés aux clients et l'achat direct en pharmacie. Les dons des délégués médicaux ou des supérieurs hiérarchiques sont des échantillons médicaux gratuits ou proviennent de prélèvements sur des aides ponctuelles étrangères. En ce qui concerne les reliquats, il s'agit de produits ou médicaments achetés par les patients ou leurs accompagnants. Lors de leur administration (injection, préparation d'une perfusion, suture, etc.), on récupère ou on soutire une ampoule d'un paquet de cinq, on garde le reste d'un fil de suture, on met au frigo un sérum entamé au quart, etc. Les reliquats ne sont pas restitués sauf en cas de réclamation<sup>6</sup>. Un secouriste dans un CSI témoigne : « Il

---

6. C'est justement suite à des réclamations qu'on découvre ce genre de pratique.

nous arrive de discuter avec les délégués médicaux si le major n'est pas là. Ils nous donnent même des produits. On peut les vendre en dehors du dispensaire, ou aider aussi nos parents, ou nos "passes". Tu vois, pendant les gardes, l'équipe de garde achète les seringues pour les revendre aux malades qui ne veulent pas se rendre dans les pharmacies ».

### *Informalisation*

Cette question de médicaments détournés implique aussi la prescription suivie de la vente de médicaments ou de reliquats de produits. « La tactique consiste à prescrire, sous forme d'ordonnance au client, le produit qu'on a en possession ; ensuite on lui explique qu'il n'est pas besoin d'aller jusqu'à la pharmacie car on possède soi-même le produit et qu'on peut le céder à meilleur marché. »

A Conakry, l'organisation de la vente parallèle de médicaments a pignon sur rue. Ce commerce est assez général mais inégalement réparti selon les centres de santé. « Il faut interdire aux soignantes de venir au service avec des gros sacs » a déclaré avec humour le président du comité de gestion d'un centre de santé. La vente illicite de médicaments est une source de gain très rentable pour certains agents de santé. « Les soignants des centres de santé ont leur propre stock de médicaments soit à partir des détournements, soit par achat à des grossistes, soit par achat à la pharmacie par terre approvisionnée à partir du marché de Madina, soit, plus rarement, par achat direct à l'étranger par des soignants pratiquant un autre type de commerce (habits, chaussures...) Les vendeurs ambulants de produits pharmaceutiques déclarent que les soignants des centres de santé viennent s'approvisionner auprès d'eux et qu'ils leur font même crédit ».

Les médicaments peuvent être vendus à la consultation curative, à la CPN, à la maternité, au point de vente, au laboratoire, à la salle de soins. Les soignants des consultations curatives ont parfois des médicaments à placer qu'ils peuvent proposer dès après la prescription. Dans les centres de santé où le commerce parallèle de médicaments est prospère il semblerait que plusieurs soignants soient dépositaires de stocks. Un soignant peut confier ses produits à un collègue d'un autre poste de travail où les médicaments ont plus de chance d'être vendus (consultation curative, salle de soins, point de vente), moyennant sûrement un bénéfice. Des soignants jouent le rôle d'intermédiaire entre le vendeur et le client. Par exemple, un agent du point de vente intercepte les patients tenant une ordonnance parallèle pour leur vendre des médicaments ou les orienter vers un détenteur qu'il connaît.

Selon un stagiaire d'un centre de santé à Abidjan : « Il y a aussi des agents du point de vente qui achètent des médicaments au marché pour venir les revendre ici très chers. C'est dire qu'ils ont leurs médicaments en plus de ceux du centre de santé. C'est surtout quand il y a rupture de médicaments qu'ils vendent plus cher. Le gardien est celui qui fait les transactions entre le marché et le centre de santé pour acheter les médicaments au marché. La vente chère joue sur la plupart des patients qui préfèrent ne pas acheter les médicaments prescrits... Les agents, vendeurs de médicaments, informent les agents des autres services des médicaments dont ils disposent, afin que ces derniers les prescrivent aux patients. La contrepartie est d'accepter de vendre les produits des autres agents au point de vente. Ils vendent aussi bien les médicaments essentiels que les produits de spécialité ».

Au-delà d'instaurer une informalisation des espaces sanitaires, ce qui contribue à les banaliser et à les fragiliser, le recours aux réseaux sociaux, en se généralisant, s'accompagne de clientélisme dans les formations sanitaires. Il arrive que le relâchement prenne le dessus sur la règle en instaurant une gestion où chaque groupe ou responsable finit par neutraliser l'autre, les repères se brouillent, les dysfonctionnements s'intègrent dans la culture organisationnelle en créant parfois une dé-professionnalisation rampante, que l'on retrouve en particulier dans la gestion par « le laisser-faire ».

### **La gestion par « le laisser-faire »**

Dans un centre de santé régi par le « laisser-faire », on observe une multipolarité des centres de décisions, dont la conséquence est d'inhiber les innovations et d'entraîner un service minimum dans les prestations sanitaires du centre. C'est ainsi que pour le responsable de ce centre à Dakar : « Connaître ce qui se passe dans le centre, c'est se compliquer la vie ».

Cependant, ce style de « laisser faire » n'est pas synonyme d'anarchie, du fait notamment de la capacité du médecin-chef à préserver des rapports de déférence en se mettant à distance de la gestion quotidienne. Sa personnalité et sa « sévérité faciale » en font un médecin craint. La gestion est orchestrée autour de pôles de compétences par chacun des cinq médecins du centre de santé. L'identité de chacun est d'être avant tout médecin. Chacun neutralise son collègue et réciproquement.

La réputation de ce centre de santé était fondée sur l'image d'un ancien centre de référence de la coqueluche, mais elle s'est progressive-

ment dépréciée. Par ailleurs, les rapports entre le personnel soignant et la clientèle sont *distants*. On observe ainsi une faiblesse du comité de santé comme instrument de contre-pouvoir, car il ne s'intéresse qu'à la gestion quotidienne sans tenir compte des aspects stratégiques. Le comité de santé est accaparé par son président, qui joue un rôle modérateur fréquent dans ce type de structures : contenter tout le monde en inhibant les changements.

### ***Recrutement***

Le clientélisme que nous avons relevé plus haut à propos du recrutement des personnels de santé trouve là un terrain encore plus fertile. En effet, le contexte post-ajustement structurel se traduit au sein des structures sanitaires par de faibles créations de postes de professionnels de la santé dans les structures publiques. En revanche, on assiste à une irruption massive d'aides-infirmiers, d'agents de santé communautaires, et de bénévoles. Alors que les médecins et quelquefois les infirmiers et sages-femmes s'impliquent dans des programmes parallèles de santé publique, faisant recours en permanence à des séminaires et autres ateliers de formation ou de monitoring, dans le centre de santé la pratique médicale et les soins infirmiers sont délaissés plus qu'auparavant. Le personnel de soutien ou bénévole trouve là une occasion de se valoriser en faisant montre d'une disponibilité qui finit par leur donner une légitimité. Ils posent des actes médicaux, font les soins infirmiers et tirent par le bas la hiérarchie.

Les municipalités sont aussi entrées en scène, construisant des centres de santé et recrutant du personnel. La crise de l'emploi accroît les enjeux pour trouver un poste permanent, ne fut-ce que celui d'aide ou bénévole. Cette précarité des conditions des agents de santé et bénévoles s'observe partout.

A Conakry, « la catégorie d'infirmier est tout aussi hétérogène. Elle regroupe des soignants ayant des statuts différents. Les aides de santé sont des infirmiers d'État. Certains ont suivi, sous la première République, pendant trois années, le premier niveau de la faculté de médecine. Ayant échoué au concours d'admission au deuxième degré, ils ont été engagés dans la fonction publique. D'autres ont été recrutés par l'école nationale de santé de Kindia qui formait les infirmiers (aides de santé), les sages-femmes et les laborantins. Le corps des aides de santé est donc appelé à disparaître. Les agents techniques de santé (ATS) ont un niveau inférieur aux aides de santé. Ils appartiennent à la hiérarchie C, alors que les aides de santé sont de la hiérarchie B. Ils ont été formés sous la deuxième

République dans les écoles de santé de Labé, Kankan et N'Zérékoré en trois ans. Enfin, il existe des soignants formés sur le tas que l'on appelle aussi infirmiers. Dans les structures publiques s'ajoutent les personnels bénévoles : stagiaires, garçons, filles de salle, matrones. Ils rêvent d'être embauchés un jour dans la fonction publique. Les gardiens, le personnel d'entretien, les matrones sont bénévoles. Certains touchent une petite rémunération du chef de centre, d'autres étaient pris au départ en charge par la commune, mais ne sont plus payés. Tout ce personnel bénévole rend des services très importants au centre de santé ».

### *Hygiène et espaces pathogènes*

Dans les différentes capitales ouest africaines où l'étude a été menée, une bonne partie des centres de santé connaissent des difficultés d'entretien et de maintenance. Les conditions d'hygiène révèlent un relâchement qui participe de la dé-professionalisation, car santé rime avec hygiène dans l'entendement habituel. Aujourd'hui certains centres de santé se présentent davantage comme des espaces pathogènes, qui suscitent la répulsion.

Voici le propos d'un superviseur dans un centre de santé dans la banlieue de Dakar : « Nous sommes obligés de payer 500 FCFA pour que nos bureaux soient nettoyés. Nous sommes obligés de courir derrière eux, et en particulier ceux d'entre eux aujourd'hui payés par la commune, pour qu'ils fassent leur travail. Le personnel d'appui a tout simplement renoncé à son statut officiel clairement défini (assainissement, gardiennage, etc.) au profit d'activités payantes qu'ils se sont créées dans le centre ».

Face à l'absence de sanctions hiérarchiques du personnel d'appui, les centres de santé deviennent des espaces d'insalubrité où tout est crasseux, murs, sièges d'attentes, portes... Des recoins de plafonds remplis de toiles d'araignées, des rideaux poussiéreux, côtoient des débris de toutes sortes (coquilles d'œuf, cacahuètes), des feuilles d'arbres mortes, des papiers, des déchets médicaux (gants, seringues, cotons, déjà utilisés). Toujours dans ce même centre de santé à Dakar, on peut voir des salles qui empestent, des lavabos jaunâtres envahis par des moustiques, des lits d'hospitalisation entachés de sang, des toilettes puantes remplies de vers (sax) aux rebords des portes d'entrée ; il faut noter au passage que l'état des toilettes a amené des membres du personnel soignant à faire leurs besoins dans leur bureau : « J'ai été obligé d'acheter un pot de chambre ; en cas de besoins, je ne peux aller dans les toilettes, c'est trop sale »(propos de superviseur).

Dans le même registre, un médecin signale : « Je refuse d'utiliser le pot de chambre de ma collègue, j'avais envisagé d'en acheter mais je l'oublie chaque fois, ce qui fait qu'à chaque fois que j'ai envie d'uriner j'essaie de me retenir jusqu'à la descente, mais comme j'habite un peu loin, il m'arrive très souvent d'uriner dans le lavabo du bureau » .

Les malentendus, conflits et incompréhensions autour de l'hygiène configurent partout les rapports entre personnel et malades.

Ainsi à Abidjan : « On reproche aux patients et accompagnateurs leur manque d'hygiène. Or il semble que les responsabilités sont partagées : par exemple, les gardiens filtrent l'entrée dans les FSU (il ne faut pas rentrer avec les papiers et sachets<sup>7</sup>). Or il n'y a pas de poubelles à l'intérieur de certaines formations sanitaires. Les latrines sont toujours fermées à clé ou bien on filtre les gens qui y ont accès ; dans une FSU, il n'y a même pas de latrines. Quand, il y en a, les toilettes des usagers sont sales. L'insalubrité ou le délabrement sont extrêmes dans les salles d'accouchement et de suites de couches. Les femmes ont l'impression de payer pour un service qui n'est pas rendu. La salle d'accouchement, pour elles, est un lieu de contamination. On peut émettre l'hypothèse ici que c'est l'une des raisons (la peur de la salle d'accouchement considérée comme un lieu dangereux, avec risque de contagion) qui encourage les accouchements à domicile. ».

### *Empiètements et division du travail*

Les effets du « laisser-faire » ne se limitent pas à l'environnement de la santé, ils se prolongent dans l'organisation du service et les rapports entre catégories de personnels. Empiètements et chevauchements des corps de métiers sont fréquents.

Une sage-femme témoigne : « Il arrive qu'on n'ait pas confiance au médecin, mais moi je n'ai pas peur de discuter avec eux. Un jour je faisais une aspiration, quand on fait l'AMIU on fait une anesthésie paracervicale puisque le col est sensible pour éviter les chocs cervico-vulvaires mais ça n'empêche pas à la malade de ressentir des douleurs... Un jour le médecin m'a trouvée en train de travailler, la malade criait. Mon aide lui faisait le « verbacaire » (anesthésie verbale). Il me dit : « Madame, vous n'avez pas fait d'anesthésie à la femme ? » Je lui dis : « Est-ce que l'anesthésie là

---

7. On remarque déjà ici que l'entrée dans les FSU, pour les clients, se fait par les conflits.

peut empêcher la douleur ? ... et cette seringue à quoi elle a servi ? Même si je fais l'anesthésie c'est pour prévenir les douleurs au niveau du col mais ça n'empêche pas à la femme de souffrir ». Je me suis défendue et il est sorti et il m'a laissée dans la salle ; c'est parce qu'ils sont médecins que tout ce qu'ils disent est vrai, nous aussi on a des opinions, des fois même on pose des diagnostics, les médecins doutent mais en fin de compte c'est la sage-femme qui a raison ».

Une autre sage-femme raconte : « Moi je ne badine pas, quand un médecin dit c'est ça, alors que c'est pas ça, l'intérêt de la malade est prioritaire, je n'accepterais pas, il y a une hiérarchie d'accord, mais la sage-femme c'est pour la salle d'accouchement, le médecin a plus de diplômes mais la sage-femme est meilleure en pratique. Si on trouve un terrain d'entente c'est bien, sinon, j'applique mon traitement. »

La confrontation entre compétence de fait et compétence de droit, déjà signalée plus haut, entretient des rapports de défiance, des tensions entre les corporations, qui aboutissent à un arbitrage par les réseaux personnels.

### *Ajustement vers le haut*

Les soignants de toutes les catégories de personnel aspirent à une formation : séminaires, stages à l'étranger. Derrière les avantages matériels que procurent ces formations par le versement de *per diem* et d'indemnités, l'aspiration à une amélioration de la qualification est brandie.

A Conakry : « Le personnel est parfois utilisé en deçà de sa compétence. Inversement, les matrones, les filles de salle, employées parfois à des tâches plus qualifiées que les tâches pour lesquelles elles ont été recrutées, aspirent à être formées. Un certain nombre d'agents techniques de santé (ATS), d'aides de santé souhaiteraient devenir sages-femmes ».

A Bamako : « Les sages-femmes et les infirmiers font des consultations médicales en l'absence du médecin. Les manœuvres font des soins infirmiers, ils apprennent même à faire des injections. Les matrones et les aides-soignantes ne sont à l'aise qu'en l'absence de la sage-femme. Cette absence leur donne l'occasion de faire les accouchements et les prescriptions qui les accompagnent. C'est donc à une sorte de débordement par le haut que l'on constate dans les CSCOM. Et chacun s'essaye à la profession de son supérieur, dans l'espoir de pouvoir un jour exercer cette fonction ».

Le « laisser-faire » déplace les identités professionnelles en les faisant s'affronter. Il entretient un flou organisationnel qui dénie toute rationalité

à l'exercice des professions médicales. L'offre de service consistant à « aider les malades à aller mieux », telle que rappelée par Strauss (1992), s'en trouve dévaluée. Chacun s'acharne à accroître son pouvoir, pendant que le fossé entre soignants et patients se creuse. L'inacceptable s'installe, la qualité de vie se dégrade, la réflexion sur les modes de gestion ne s'organise pas. Certes, les gestionnaires en poste invoquent une absence de moyens et d'autorité, qui les empêche de mettre fin à ce désordre. Mais cet argument est insuffisant. Bailey F. G. (1971) rappelle fort à propos que : « la réussite dans le commandement est plus une question d'habileté que simplement de moyens ».

## Conclusion

Nos observations permettent d'esquisser quelques constances. Les logiques informelles érigées en principes dominants dans les centres de santé facilitent le clientélisme. Les espaces de santé sont des arènes où la compétition, les luttes d'influences et de pouvoir prennent le dessus sur le professionnalisme. C'est en dehors du travail que les pratiques pendant le travail trouvent leur légitimité, et que de nombreux acteurs puisent le sens qu'ils donnent à leur mission au quotidien.

La proximité physique des usagers par rapport à l'emplacement des centres de santé dans les capitales ouest africaines n'est pas synonyme d'une accessibilité des services, du fait d'une série de contraintes qui limitent leur efficacité. Dans ce cadre, les modèles de management sont en cause, en raison de leur caractère improvisé, de l'absence d'organisation des négociations informelles qui se mènent, du défaut de capitalisation des expériences. Ils sont fortement tributaires de la personnalité du responsable et de ses ambitions (d'où nos trois modèles : messianique, néo-patrimonial, « laisser faire »).

Une pluralité de pouvoirs cohabitent dans l'espace sanitaire : technocratique, politique, familial. Il y a ainsi un caractère multiple de la légitimation, qui se traduit dans les faits par l'absence de sanction, par l'impunité, et donc par des performances bien en deçà des attentes.

Le capital social manipulé par les acteurs défie les modèles de gestion et leurs rationalités. Dans les trois cas de figure étudiés, le décalage entre la règle et le pragmatisme des acteurs évoque une crise dans la négociation. Alors que le modèle messianique, à défaut d'ignorer le social, tente en vain de le limiter, le modèle néo-patrimonial gravite entre la domestication des facteurs sociaux et leur subversion, et enfin le modèle du « laisser-faire » tolère les actions de tous dans un relâchement général.

Au-delà des dysfonctionnements observés dans les formations sanitaires, le capital social est à considérer comme étant au cœur du jeu social, car la ressource qu'il symbolise reste une des finalités des transactions professionnelles et sociales. En effet, l'exercice de la profession ou d'une occupation quelconque est un moyen d'accès à la reconnaissance sociale.

Face aux dysfonctionnements dans les centres de santé, les syndicats semblent être hors circuit. De façon générale, on observe une absence d'associations citoyennes pour assurer un véritable rôle de contre-pouvoir. Les acteurs susceptibles d'être porteurs de changements ne sont pas intéressés par le fonctionnement des centres et des comités de santé. De même, il y a une absence d'associations professionnelles pour agir en vue d'une gestion démocratique, du respect de la déontologie, de débats éthiques.

Dans le même temps, la manipulation par les acteurs sociaux de leur capital relationnel produit des effets de brouillage qui menacent la survie de leur organisation, en particulier les centres de santé. En effet, ainsi que l'explique Drulhe (1996) : « Dans un monde de compétition et de rentabilité où chacun doit faire la preuve de son utilité et de son efficacité, les réseaux peuvent s'enliser dans une rationalité utilitaire et stratégique : les autres deviennent des moyens au service de ses propres fins, et les relations tendent à se résumer à leur forme intéressée. Le risque est la défiguration de soi-même : transformer l'autre en pion sur un immense échiquier stratégique revient à lui dénier un égal degré d'humanité, mais l'abaissement de l'un est aussi celui de l'autre ».

Entendons-nous bien, le recours aux réseaux sociaux dans un espace professionnel est, somme toute, naturel. Dans le contexte décrit plus haut, c'est un recours par défaut, en référence aux rigidités et dysfonctionnements des structures de santé. Les contournements sont le produit d'un déficit de négociation. Ils interrogent les rapports au pouvoir en visant leur renégociation. Le clientélisme et le néopatrimonialisme en sont toutefois des dérives.

Au total, comme le pensent simultanément Crozier (1989) et Hirschman (1995 a et b), une des avenues à explorer serait d'« inventer des séquences vertueuses » au sein des organisations, en dialoguant et en capitalisant. Pour ce faire, la théorie de la « dissonance cognitive », que Hirschman (1995 b) emprunte à Léon Festinger, pourrait inspirer un remodelage des structures de santé en Afrique de l'Ouest : « Festinger et son école démontraient en effet qu'on pouvait très bien adopter une certaine façon d'agir (par un hasard, un accident ou une distraction) et acquérir ensuite les attitudes « requises » pour agir de cette façon ». Ainsi, le bricolage céderait progressivement la place à une inventivité portée par des « acteurs-sujets » (Ollivier, 1995), des acteurs dont les sentiments et le sens qu'ils donnent à leurs actions seraient enfin pris en compte par les professionnels de santé et les gestionnaires des centres.

## **« Contexte » et « gombo » dans les formations sanitaires**

M. KONÉ

L'étude a montré qu'en situation d'interactions entre usagers et agents des services de santé ou des formations sanitaires urbaines (FSU) les pratiques de corruption sont très présentes. Loin d'être des phénomènes sporadiques, ce sont de véritables ressources financières et sociales qui sont mobilisées. Quelles en sont les raisons ? Pourquoi de telles pratiques dans ou autour d'un service public ? Comment se manifestent-elles ? Qui sont les acteurs en présence ? Quelles stratégies élaborent-ils ? La réponse à cette série de questions nous conduira à la fin de ce travail vers l'élaboration d'une typologie de pratiques ou formes de « petite corruption quotidienne » recensées à Abidjan en particulier et dans les cinq capitales en général. Tout le monde en Afrique évoque la corruption, même si on ne fait pas référence aux mêmes choses, c'est pourquoi on peut parler de « complexe de la corruption » (Olivier de Sardan, 1999), c'est-à-dire de « l'ensemble des pratiques d'usage abusif (illégal et/ou illégitime) d'une charge publique procurant des avantages privés et indus » (Blundo, G., et Olivier de Sardan, J.-P., 2001). Il s'agira ici de quelques formes de corruptions « sanitaires », telles qu'elles sont distinguées par les personnes interrogées. Certaines sont tolérées, d'autres non ; certaines sont considérées comme illégales, répréhensibles, illicites, d'autres non.

### **La politique de recouvrement des coûts**

Des médicaments et soins gratuits dans les structures sanitaires, on est passé progressivement à la politique de recouvrement des coûts dans les

années 1990, dans la plupart des pays ouest-africains, parmi lesquels la Côte d'Ivoire, le Mali, la Guinée, le Sénégal et le Niger. Cette politique est liée au contexte socio-économique général d'ajustement structurel imposé par les bailleurs de fonds. On ne peut bénéficier de soins qu'en payant : pas d'argent, pas de soins ; c'est la fin de la gratuité, la fin de l'assistance...

A Dakar, comme à Conakry, Bamako et Abidjan, le recouvrement des coûts est généralisé. Ainsi à Bamako, annoncé par la « déclaration de politique sectorielle », le recouvrement des coûts a une existence légale depuis mars 1991 : « Il est instauré dans les services socio-sanitaires de cercle et de commune et dans les services de santé communautaires un système de recouvrement des coûts basé sur la tarification des prestations de soins primaires et de soins secondaires fournies par les formations socio-sanitaires y compris la vente de médicaments dans les dépôts communautaires »<sup>1</sup>. Les tarifs appliqués sont fixés par le conseil de gestion après consultation des représentants des services socio-sanitaires. Les recettes générées (contributions individuelles des usagers des services) financent les programmes de développement des services socio-sanitaires concernés, en particulier les frais de fonctionnement, dont une composante essentielle est représentée par l'achat des médicaments essentiels génériques.

Par contre, au Niger, le recouvrement des coûts se met en place depuis peu. Le gouvernement du Niger a formellement adopté l'Initiative de Bamako en septembre 1988, et mené par la suite deux expériences de recouvrement des coûts à Tibiri (Dosso), avec l'aide de la coopération belge, et à Mirriah (Zinder) avec l'aide du FED. Afin d'étudier les modalités de financement communautaire des soins de santé primaires (SSP), le gouvernement a ouvert, en mai 1993, 18 centres de santé dans le cadre d'un test pilote de recouvrement des coûts financé conjointement par la Banque mondiale et l'USAID. Après autorisation de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako dans le département de Maradi, les premiers centres de santé intégrés (CSI) y ont été ouverts en décembre 1993, financés par l'UNICEF<sup>2</sup>.

Dans la ville de Niamey, des expériences isolées étaient menées en 1998-99, et seules quelques formations sanitaires avaient, lors de l'enquête, mis en place un recouvrement partiel des coûts. Mais, d'après certains responsables, ce sont les pauvres qui paient le plus et le mieux, car ils n'ont personne pour intervenir en leur faveur... Le taux de non-recouvrement y atteint 90 % pour les consultations et dépasse 50 % pour les autres prestations ; il faut ajouter que les cas de paiement partiel du tarif officiel sont très nombreux.

Soulignons aussi que les usagers ont partout d'autres recours. De nombreux malades ou accompagnants de malades se détournent des for-

---

1. Article 13 de l'arrêté interministériel 094 / MSP-AS / MIDB / MFC du 15 mars 1991.

2. Document *SSP/IB Niger*, UNICEF, 1994. Aujourd'hui (fin 2002) le recouvrement des coûts est généralisé.

mations publiques. Si certains se dirigent vers la médecine traditionnelle, d'autres ont recours aux médicaments « modernes » et/ou parfois « chinois », vendus sur le trottoir ou par des vendeurs ambulants. Le phénomène des pharmacies par terre est partout présent et rend impuissantes les autorités chargées de la régulation du marché de médicaments. Afin de lutter contre ce phénomène, et donner la possibilité à un plus grand nombre de personnes d'acheter des médicaments de bonne qualité et bien conservés, les différents États ont initié une politique de médicaments essentiels. Chaque pays a maintenant sa liste nationale de médicaments essentiels sous nom générique par niveau de soins. Mais les pharmacies nationales d'approvisionnement connaissent partout des ruptures de stock. On note aussi une pléthore d'infirmières privées, formelles ou informelles. Le développement anarchique du secteur privé informel, dont le recensement est quasiment impossible, handicape le secteur privé-formel qui paie des impôts : ceci l'oblige à s'adresser à un personnel peu qualifié, lors des permanences et des gardes. Pour les usagers, tous ces recours ne sont pas exclusifs ; certains se combinent.

La principale question à laquelle on essayera de répondre à travers cet article est : à quel prix « réel » les malades accèdent-ils aux soins de santé dans les formations publiques ? Il faut normalement payer pour la consultation, à l'issue de laquelle on sort généralement avec une ordonnance pour des médicaments à acheter, il faut aussi payer pour d'éventuels examens, radiographie, échographie, etc. Afin de court-circuiter toute cette série de dépenses, les usagers comme le personnel des formations sanitaires développent des stratégies diverses : qui pour « arranger » des malades en leur accordant certaines faveurs, qui pour trouver un médiateur dans la structure qui reçoit, qui pour « prendre sa part » en sus des tarifs officiels, etc. On assiste alors parfois à une tarification informelle, différente du recouvrement des coûts officiellement affiché au nom de la transparence. En réalité, la transparence n'existe que de nom, car les tarifs affichés ne correspondent pas à ce qui est réellement perçu. Si la plupart des malades ou leurs accompagnants payent plus que les tarifs affichés, d'autres, par des réseaux de connaissance et diverses stratégies de séduction, réussissent à payer moins cher.

De plus, un phénomène se développe rapidement dans les villes africaines, et influe sur l'accessibilité des services : c'est l'utilisation, par le personnel de santé, des structures publiques à des fins privées.

Ce phénomène prend plusieurs formes, selon le poste occupé par l'agent et sa qualité. Il peut s'agir, par exemple, des gardiens, portiers et aides soignants qui n'introduisent un usager que si ce dernier leur « graisse la patte ». C'est aussi la surfacturation par l'agent chargé de l'accueil (qui vend les carnets), par le dispensateur de médicaments, par le gestionnaire qui collecte les recettes, ou tout autre agent qui perçoit de l'argent à

un niveau quelconque. C'est la vente parallèle de médicaments issus d'un stock personnel, ou « prélevés » dans le stock du service, ou celui réservé aux indigents. C'est encore le détournement des patients par l'infirmier, la sage-femme ou le médecin qui ont un cabinet à domicile vers lequel ils les dirigent. C'est le « cadeau », plus ou moins sollicité, reçu par l'agent de la salle de soins et de pansements, ou le personnel de la salle d'accouchement ou de l'hospitalisation. Ces pratiques multiformes sont partout présentes, bien connues des autorités qui les jugent insaisissables ou inévitables, et qui manquent en tout cas de volonté pour les combattre, sous prétexte parfois de « salaires insuffisants difficilement acquis » (SIDA) ; or, pour la Côte d'Ivoire, les salaires sont payés sans arriérés, et pourtant...

Il faut dire que les utilisateurs aussi favorisent cet état de fait, car certains veulent avoir « leur » médecin, « leur » sage-femme, pensant que c'est le gage d'une bonne qualité des soins, que c'est l'une des conditions pour éviter d'être mal traité à la FSU, d'être négligé, d'être méprisé.

### **Corruption, racket, clientélisme et faveurs dans les formations sanitaires urbaines en Afrique : un mal nécessaire ?**

Les usagers autant que les agents des FSU sont unanimes à condamner diverses pratiques que, pourtant, on n'hésite pas à utiliser quotidiennement, en invoquant divers arguments.

#### ***Du point de vue des usagers***

Il s'agit pour certains de domestiquer un lieu hostile où on est souvent victime de négligence, de mépris, et parfois de maltraitance et de violence verbale (voire physique) quand on y arrive en temps qu'usager anonyme, c'est-à-dire sans y connaître quelqu'un (peu importe l'activité que cette personne médiatrice exerce, pourvu qu'elle serve d'intermédiaire et qu'elle soit « compétente »). Il est important pour l'usager de sortir de l'anonymat, car cela seul permettrait d'assurer ce qui fait actuellement défaut :

- Un respect de l'intimité (sinon absent : 32 % des consultations externes curatives et 37 % des CPN ont lieu en présence de tierces personnes ; les délégués médicaux sont souvent mis en cause, mais il y a aussi les visiteurs, les vendeurs de journaux, etc.)<sup>3</sup>

---

3. Les chiffres ici cités sont issus de l'enquête « qualité des soins » d'Abidjan, menée dans le cadre du même programme de recherche que la présente étude.

- Un respect de la confidentialité
- Un véritable interrogatoire (absent de l'offre classique de soin : un interrogatoire limité et la délivrance d'une ordonnance stéréotypée<sup>4</sup>)
  - Un examen clinique digne de ce nom (seuls 47 % des patients en consultation externe curative sont examinés – auscultation thoracique et parfois palpation abdominale)
  - Une information à l'issue de l'examen (seulement 8 % des femmes en CPN ont une explication sur le déroulement de leur grossesse)
  - Des soins au nouveau-né (au-delà de l'essuyage : 89 % des nouveaux-nés sont seulement essuyés et non lavés)
  - Une baisse du montant des dépenses (en maternité par exemple, le kit d'accouchement coûte 1500 FCFA et la consultation 500 FCFA ; une femme devrait donc payer normalement 2 000 FCFA ; or, dans la réalité, certaines femmes payent jusqu'à 35 000 FCFA<sup>5</sup>, soit plus de dix fois plus...)
  - Une assistance en arrivant dans l'établissement (de l'admission jusqu'à l'accouchement ou à la sortie)

Pour d'autres, il s'agira d'obtenir un service illégal ou indu, comme par exemple court-circuiter la file d'attente, être reçu sans rendez-vous, obtenir gratuitement des prestations en principe payantes, etc.

Dans tous les cas, l'usager, à travers ces pratiques, recherche une prise en charge affective, psychologique et physique afin d'être « regardé » par le soignant, d'être traité avec égard, courtoisie, etc. C'est ce qui explique toutes les stratégies mises en place pour faire partie de la « liste » des PAC (parents, amis et connaissances<sup>6</sup>) des agents des FSU, ou de leurs « *baramogo*<sup>7</sup>».

### *Du point de vue des agents des FSU*

• Les salaires sont insuffisants par rapport aux dépenses ou au nombre de personnes à charge. Pour justifier leurs attitudes, les agents des FSU dénoncent des salaires ou primes insuffisantes, mais on ne montre jamais (ou du moins rarement) son bulletin de salaire, ou bien on évoque le montant d'un salaire de base qui ne tient pas compte des différentes primes ou indemnités. Le montant ou le niveau de salaire est mis en rapport avec le niveau de vie (« le marché est cher »), et les nombreuses obligations

---

4. On parle peu aux usagers, on les touche peu, mais on leur donne systématiquement une ordonnance.

5. La dépense moyenne est de 4 010 FCFA.

6. On peut parfois payer pour trouver ce médiateur.

7. Le *baramogo*, terme issu de la langue malinké, c'est le « parent » (parenté sociale, parenté biologique), c'est quelqu'un avec qui on partage un réseau social.

sociales à honorer (baptêmes, funérailles, mariages, prise en charge de la famille élargie, etc.). On considère qu'on est seulement payé pour être présent sur le lieu du travail (et non pour le travail à fournir). Le salaire et la prime sont jugés insuffisants et peu motivants ; d'où l'investissement dans d'autres activités, et la recherche de « gombo » (travail complémentaire) autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la FSU (commerce, interventions dans les cabinets privés, etc.).

- Les salaires sont payés en retard. Dans les FSU-COM ou CSCOM, l'absence de motivations s'expliquerait par des salaires payés en retard.

- Il n'y a pas d'avancement, il est trop lent, et parfois sans incidence financière. Les agents fonctionnaires ivoiriens utilisent l'expression « blocage des salaires » pour désigner cette situation.

- Il s'agit de « rendre service » aux usagers pour pallier certaines défaillances de l'État et de sa politique de recouvrement des coûts. Du fait de l'absence de matériels ou de médicaments dans les FSU, l'agent vendra tel produit pour éviter que l'usager n'ait à sortir de la FSU pour l'acheter ; on aiguillera la femme enceinte vers tel échographe parce que celui de la FSU est en panne, etc.

On note des aller-retours permanents entre accusation et légitimation. Tout le monde est d'accord pour dire que ce n'est pas bien, mais en même temps on trouve que c'est normal ; on condamne dans une phrase la corruption, et dans une autre on la justifie, on la légitime, car elle est nécessaire pour décanter des situations, pour accélérer des processus, pour gagner du temps, pour « arrondir les fins de mois », etc., situations qui, semble-t-il, naissent dans un contexte général de dysfonctionnement des structures de santé.

### **Des moments, lieux et acteurs privilégiés**

Il y a des postes qui prédisposent au soupçon de corruption : comptable, gestionnaire, directeur.

Cependant la situation dans les CSCOM au Mali est différente d'un centre à l'autre. A Daoudabougou, on parle peu de corruption, peut-être parce que le personnel est satisfait du salaire et des avantages liés à la structure (les parents de tous les agents, soignants ou non soignants, et même ceux des membres du conseil d'administration, sont soignés gratuitement au CSCOM) ; ou peut-être à cause de l'extrême pauvreté des usagers, qui doivent parfois sélectionner parmi les médicaments prescrits faute d'argent. Au CSCOM de Niamakoro, il y a eu détournement de fonds, mais au niveau du conseil d'administration, par le directeur finan-

cier ; de plus, le « personnel travaille dans la souffrance, pas de matériels, pas de médicaments, rien de tout » (Y. Coulibaly, président de l'ANIAS-CO). C'est au centre de santé communautaire de Sabalibougou I qu'a été constaté « un système très complexe de corruption, de vente de médicaments, d'ordonnances inappropriées ».

### *Certains services*

#### Consultations pré-natales (CPN)

L'argument courant, c'est le retard. Les femmes se réveillent très tôt afin d'être parmi les premières, et avoir ainsi plus de chance d'être sélectionnées. Malgré ce réveil matinal, certaines ne sont pas parmi les élues. On en reçoit beaucoup à certains moments et peu à d'autres ; les quotas de sélection varient selon les jours, selon l'humeur de la soignante, selon les activités que cette dernière doit mener à l'intérieur ou à l'extérieur du service, etc. Les usagers sont souvent contraints de revenir un autre jour. D'autres, pour diverses raisons (dont l'occupation à des travaux domestiques à la maison) arrivent en retard ou « ratent » la date de rendez-vous initialement fixée. Ces femmes consentent à payer pour le retard, qui 200 FCFA, qui 500 FCFA à la sage-femme ou à la fille de salle qui reçoit, ou encore cherchent à faire intervenir un intermédiaire. D'autres encore, pour éviter le retard, réservent leur place en payant directement à la soignante à l'avance (avant le jour de consultation), ou bien à des agents du service ou de la FSU (en général, le gardien) qui très tôt, ou dès la veille, déposent des cailloux<sup>8</sup> en file ; quand la femme arrive, elle enlève le caillou qui lui est réservé, et se met à cette place dans le rang.

#### Accouchement

La salle d'accouchement est le service où la corruption est flagrante ; en tout cas, c'est ce service qui est couramment « dénoncé ». Ici, on décrit le « vol » des sages-femmes lors de l'accouchement ; elles volent des produits des femmes qui viennent accoucher : savon, poudre, parfum, restes de médicaments<sup>9</sup> prescrits à la parturiente, etc.

---

8. La « technique » du caillou se pratique dans presque tous les services qui nécessitent de prendre place dans un rang (la caisse, le service de vaccination, etc.).

9. Ces médicaments sont revendus dans le même service à des femmes qui arrivent sans médicaments.

On y décrit aussi le racket et la sur-tarifcation. A Attécoubé, par exemple, Nguessan A. constate que les usagers déplorent la majoration du prix des « doigtés » qui coûtent parfois 200 FCFA ou plus alors qu'ils sont affichés à 100 FCFA. Les gants à Yopougon sont parfois surfacturés à 500 FCFA au lieu de 250 FCFA.

### Salle de soins

Au service des soins infirmiers, on dénonce la surfacturation de certains actes. L'injection par exemple, qui coûte officiellement 50 FCFA quand le patient a tous les médicaments et la seringue, revient parfois à 200 FCFA ou plus dans une FSU à Abidjan.

### Caisse

Dans la plupart des FSU, c'est le ticket de la caisse qui témoigne qu'on a payé pour un acte et qui donne droit à la consultation. C'est le caissier qui ouvre et clot le nombre de personnes à recevoir. La réception dans certains services de la FSU en dépend ; c'est pourquoi la caisse est le lieu de tractations corruptives, pour être reçu, pour « rattraper » un retard, etc... On n'hésite pas à faire croire aux usagers que le quota quotidien pour la réception (consultation, radiologie, ...) est atteint, ou bien qu'« il n'y a plus de ticket » ; ce sont des arguments pour faire monter les enchères et « contraindre » ou inciter ceux qui veulent être reçus à déboursier de l'argent ; quand un malade recevra un ticket alors qu'il n'y en a plus, il comprendra qu'il lui faut « remercier » celui qui l'a « aidé ».

### Vaccination et pesée

Les femmes arrivent en très grand nombre pour vacciner et/ou peser leur enfant. Et comme à la caisse, la stratégie du quota en élimine certaines. Ici, à la place ou en plus du ticket de caisse, il faut pouvoir déposer le carnet de santé de l'enfant sur la table de la personne qui les collecte (fille de salle ou sage-femme).

### Tri

Gardiens, manœuvres et aides-soignants se partagent informellement la scène des petites faveurs en ce lieu. Peut-être parce qu'on est analpha-

bête, parce qu'on est socialement moins nanti, parce qu'on est moins bien vêtu..., on se dirige spontanément vers cette catégorie de personnel pour demander des renseignements, et s'orienter. Ces agents non soignants sont parfois intermédiaires entre usagers et soignants. En retour, on y laisse un peu d'argent (de petites sommes entre 25 et 100 FCFA).

### Urgences

Les urgences sont aussi très concernées, pour les mêmes raisons que les salles d'accouchement. Dans les stratégies pour extirper de l'argent à un usager, on compte en effet sur l'affolement chez celui qui arrive en urgence ; en un tel moment il peut dépenser sans compter, sans rien vérifier ; alors, on peut tout lui proposer, car il est prêt à tout pour sauver son malade ou sa tête. On mise aussi sur la douleur de la personne qui arrive, comme le signale C. Konan à Abobo Sagbé : « (certaines) parturientes, « à cause de la douleur », ne font pas attention aux prétendues sommes à déboursier pour les injections, qui doivent faciliter la délivrance ».

### Radiologie et laboratoire

Ce sont également des sites de corruption avérée. Si le malade n'a pas l'argent nécessaire pour payer la prestation (le montant affiché sur les panneaux), il propose à l'agent la somme dont il dispose, et l'agent lui fait son examen en empochant cette somme. A l'inverse, un radiologue ou un laborantin peut aussi proposer la transaction : ça arrange le malade, et ça arrange l'agent, au détriment de la structure. L'argent récolté ne rentre pas dans les caisses de la structure (que devient alors le recouvrement des coûts ?).

### *Certains moments*

Certains moments sont plus propices que d'autres :

#### Pendant l'attente<sup>10</sup>

L'usager las d'attendre, ou qui veut court-circuiter la file d'attente, est prompt à corrompre un agent. Les personnels en sont conscients, c'est

---

10. A Abidjan, certains usagers disent arriver vers 05 heures du matin pour ne repartir que vers 14 heures.

pourquoi parfois ils créent des files d'attente ; ainsi plutôt que de recevoir les usagers, ils vaquent à d'autres occupations (causerie avec des collègues, longues conversations au téléphone, réception de délégués médicaux ou de parents, amis et connaissances...), ou arrivent en retard<sup>11</sup> au service, le temps que la file d'attente s'allonge.

#### Pendant les gardes

Les personnels des FSU dorment ou feignent de dormir quand arrivent des usagers la nuit. Ou bien encore ils indiquent qu'il n'y a aucun matériel ou médicament disponible en ce moment avancé de la nuit. Le malade et/ou son accompagnant, face à la douleur et à la panique, sont disposés à participer à la corruption

#### Lors des références

La référence est un moment privilégié pour certains personnels de santé, notamment les sages-femmes, les chauffeurs (ambulanciers) et certains intermédiaires (gardiens, aides-soignants, etc.). Les usagers ont peur d'être référés dans des structures plus « performantes » car ils estiment que plus la FSU est grande, plus les frais à payer seront élevés. De plus la structure de référence est un lieu inconnu, effrayant. Les soignants brandissent donc la menace de la référence, étant certains ainsi de trouver un écho favorable auprès de leurs clients. Le petit personnel intervient pour la médiation et les négociations, afin de déterminer le montant à payer pour ne pas être évacué.

#### *Une pluralité d'acteurs*

Sur la scène de la corruption dans les FSU, on retrouve différents acteurs.

#### *Du côté des usagers*

- Les femmes : elles sont en plus grand nombre, car elles viennent accoucher, elles viennent en CPN, et ce sont elles qui accompagnent les enfants à la FSU.

---

11. Les soignants qui souhaitent se justifier indexent parfois les moyens de locomotion : le bus qui n'est pas arrivé tôt, les embouteillages, etc.

- Les catégories sociales « moyennes », à qui l'on peut extorquer quelque chose.

Les pauvres sont marginalisés dès l'instant où il s'agit de payer, autant pour avoir accès aux soins que pour corrompre. « Est-ce qu'un pauvre doit corrompre pour avoir accès à la santé ? Je crois que c'est illusoire. Le pauvre n'a pas d'argent. S'il s'engage dans une logique de corruption, il sera le grand perdant » (un enquêté à Bamako). Le pauvre joue plutôt la carte de la pitié, espérant attirer la compassion des agents de la FSU ; la compassion, ici, est une question de chance.

Le flou entretenu autour de la question de l'identification des indigents dans les FSU profite largement aux agents des FSU ; ils élaborent eux-mêmes des critères de reconnaissance d'un indigent et font beaucoup de « faveurs » ou « rendent des services » à ce titre à qui ils veulent.

### *Du côté des agents des FSU*

Dans les corps soignants

- Les sages-femmes<sup>12</sup>
- Les infirmiers et infirmières
- Les médecins ne sont cités que quand il s'agit de « gombo » et de faveurs

Dans les corps non soignants

- Les caissiers et vendeurs en pharmacie,
- Les filles de salle
- Les gardiens et manœuvres : ils jouent souvent les intermédiaires ; c'est souvent à eux qu'on paye aussi les passe-droits

Les phénomènes de petite corruption semblent donc plus concerner le « petit » personnel, ils deviennent moins visibles lorsqu'on monte dans l'organigramme.

### **Un univers sémiologique riche et diversifiée selon les pays**

Le thème de la corruption nous introduit dans un univers sémiologique riche en mots, en gestes, en codes, en signes, en règles tacites, etc.

La **sémantique populaire** (tous les termes ou codes ou mots de passe employés pour désigner la corruption) est variée, on n'emploie jamais le mot corruption, on utilise des euphémismes, des images.

---

12. Cf. Jaffré, Y. et Prual, A., 1993.

Les termes et images changent selon les acteurs. Par exemple, si ce sont les agents des FSU qui suscitent ces pratiques, l'usager les qualifiera de racket, d'escroquerie, ou de vol, tandis que l'agent lui-même parlera de « gombo », de « manger<sup>13</sup> », pour justifier son attitude. Quand c'est l'usager qui initie l'action, il emploiera les termes de « rentrer dans le contexte », « parler français », etc., pour être sur la même longueur d'onde que l'agent de la FSU.

La sémantique est aussi déterminée par la contrainte à résoudre : accroissement de revenus complémentaires (« faire des gombo », « se chercher », « se débrouiller », etc.), obtention d'un privilège (« poser un caillou » ou « débloquer une situation »).

### *En Côte d'Ivoire*

La sémantique évolue et change selon les moments et contextes sociaux ; des mots sont créés, d'autres disparaissent, et certains perdurent.

- « Poser le caillou » ou « débloquer la situation » : s'emploie généralement lorsqu'on a déposé un dossier dans une administration ; dans la structure sanitaire, ce terme est utilisé pour indiquer qu'on a donné de l'argent à un agent pour :

- réserver une place : on peut dans ce cas arriver quand on veut, quelle que soit l'heure

- obtenir un rendez-vous qui était impossible (avec un médecin, ou un autre soignant)

- « Rentrer dans le contexte » ou « créer situation »

- « Mouiller la barbe » ou « caresser la barbe »

- « Donner le prix de la bière » ou « donner le prix de la cola » (dans les régions musulmanes) : s'emploie pour remercier celui qui a rendu un service

- « Etre gentil »

- « S'arranger » ou « faire un arrangement »

- « Faire quelque chose » ou « faire les affaires » (« je suis un homme d'affaires »)

- « Parler français »

- « Manger » ; on peut ainsi bien conjuguer le verbe manger au présent (« je mange tu manges », « tu manges tu manges », « il mange tu manges », « nous mangeons tu manges », « vous mangez tu manges », « ils mangent tu manges »). On parle de « mangement », ou de « mangécratie » (le « pouvoir de la corruption ») comme on parlerait de démocratie.

---

13. Le « manger », ou « mangement », en français ivoirien, désigne la commission ou la part qu'on reçoit quand on a « aidé » quelqu'un.

Pour solliciter quelque chose, l'agent de santé pourra dire, comme tout agent de l'administration :

- « J'ai soif »
- « Je n'ai pas de caillou » ou bien « il y a trop de vent » (qui emporte ton dossier)
- « Ma barbe est très dure »
- « Tu n'es pas gentil »
- « Je ne sais pas la langue que tu parles »
- « J'ai faim »
- « J'ai mal aux yeux » ou « je ne vois pas »
- « Je ne suis pas venu regarder la mer à Abidjan » (c'est-à-dire : je suis venu chercher l'argent)
- « C'est mon « gombo » : c'est le supplément que je gagne
- « Où est mon mangement ? »
- « Il faut créer situation »

Pour désigner les agents aptes à le faire rapidement et facilement, on dit « Abidjan est en bas », et non en haut : c'est-à-dire que c'est auprès du petit personnel qu'on trouve des solutions à certains problèmes, c'est lui qui « arrange » certaines situations.

### *Au Mali*

Il y a un code entre agents. Selon Boré (enquête à Sabalibougou I), « le personnel ne tient pas à se faire prendre au piège. Aussi, emploie-t-il des expressions imagées (“ inplu” ou “inplou” à l'ASACOSAB I ; et “claro”, garder les frais de soins pour soi) pour le mécanisme d'arnaque des parturientes et malades ».

### *En Guinée*

A la maternité, c'est « le prix du savon », environ 2000 FG (francs guinéens) que réclament les sages-femmes à chaque accouchement. Il y a aussi « les cadeaux ».

## **Une pluralité de formes et de normes**

La petite corruption, au sens large, prend plusieurs formes selon le pouvoir de négociation des parties en présence ; ces formes sont organi-

sées autour de stratégies corruptives (investissement à long terme, personnalisation des relations, ...) où sont constamment manipulées des normes. Les formes de corruption vont parfois de la pure extorsion (qui conduit par exemple à verser un tribut à l'agent de la FSU<sup>14</sup> susceptible sinon de bloquer une situation) à des gratifications (exemple « donner un cadeau » pour remercier), des paiements indus (surfacturation, surtarification), des appropriations privatives (détournements de patients du service public vers un centre privé où on recevra certainement des ristournes, des commissions)<sup>15</sup>.

### *Le racket*

Plusieurs exemples permettent d'illustrer le racket :

- Les caissiers et les vendeurs en pharmacie (de la FSU) et la monnaie

Les caissiers et les « pharmaciens » (vendeurs en pharmacie) prétextent toujours le manque de monnaie pour refouler certains patients, en sachant pertinemment que celui qui n'a pas montré son ticket de caisse ne sera pas en principe reçu par les soignants ou ne pourra pas acheter moins cher ses médicaments<sup>16</sup>. Ce prétexte ou cette astuce marche à merveille en ce sens que les usagers n'hésitent pas à laisser la monnaie (des sommes allant de 5 FCFA à 500 FCFA).

La « pharmacienne » d'Attécoubé « dit l'utiliser (la monnaie ainsi récoltée) pour l'achat des stylos et sachets pour le travail, en cas de rupture de stock ; or, ces éléments sont livrés par le gestionnaire. Par moments, le surplus sert à arrondir ou combler les manques au niveau du compte. Les manques, selon elle, sont dus au fait que parfois elle casse des ampoules ((buvables) par mégarde » (observation de Nguessan, A., Abidjan)

- Les sages-femmes et les kits d'accouchement

Certaines sages-femmes cachent les kits d'accouchement et font croire que le stock est épuisé. Toutefois, elles prennent soin d'indiquer que telle collègue en a, mais « ce n'est pas pour le gouvernement » (c'est-à-dire que c'est du matériel personnel et donc c'est plus cher). La femme qui

---

14. Dans certaines FSU (exemple Niamey), il faut payer un « passe-droit » au gardien avant d'accéder à la FSU elle-même.

15. Sur ces formes, comme sur la sémiologie populaire de la corruption, cf. Blundo & Olivier de Sardan, 2001.

16. Ce sont prioritairement les médicaments essentiels génériques (MEG) qui sont vendus dans les officines à l'intérieur des FSU. Ils sont moins chers que les médicaments dit de spécialité et moins chers que dans les pharmacies privées.

arrive est obligée d'acheter ce kit au prix qu'aura fixé la sage-femme, car les kits sont officiellement imposés (l'État a mené une campagne de sensibilisation auprès de la population, les encourageant à se munir d'un kit au moment des accouchements pour éviter d'utiliser le même matériel pour plusieurs personnes. Parfois, les sages-femmes expliquent (surtout aux analphabètes) que le kit « du gouvernement » est arrivé incomplet, alors les usagers doivent acheter le complément sur place.

- Les sages-femmes et les ocytociques

Des sages-femmes, sous prétexte d'« aider » des femmes qui souffrent au moment de l'accouchement, leur font des injections pour accélérer la délivrance : ce sont en principe des ocytociques.

Une femme, accompagnant une parturiente à la maternité, est interrogée le 15 août 1999 par notre<sup>17</sup> enquêteur. Il est 22 heures et 41 minutes. L'enquêteur raconte : « Je bavardais avec une accompagnatrice et le gardien. Cette dernière se plaint de cette nouvelle ère (*zamani* en hausa) du sérum. Elle dit que toute femme qui accouche reçoit obligatoirement un sérum. Elle ne comprend pas cette tendance étonnante. Le gardien nous raconte l'histoire d'un marabout qui amène sa femme pour accoucher. Les sages-femmes lui ont demandé 4 000 FCFA pour le "synto" ; mais le gardien, à qui il a parlé de ça, lui a recommandé de ne rien donner et d'attendre. Lorsque la femme du marabout était sur le point d'accoucher, la fille de salle a cherché son accompagnatrice pour lui diminuer le prix de la perfusion. Malheureusement pour la fille de salle et l'équipe soignante, le marabout avait déjà donné la consigne de ne rien donner ! La femme a finalement accouché sans "synto" » (source : dossiers enquêteurs, Niamey).

Les usagers préfèrent arriver tardivement (à la dernière minute) à la maternité ou accoucher à domicile car « c'est quand on arrive tôt qu'elles ont le temps de faire dix mille injections dont on ignore l'effet, puisqu'elles n'expliquent rien » (une parturiente d'Attécoubé) » (Koné, 2001).

- Les gardiens et les « droits d'entrée »

Il faut payer entre 100 et 200 FCFA à certains gardiens pour accéder à la cour de la FSU ou pour y amener de la nourriture en sachets (interdite) (Yopougon et Abobo par exemple, Abidjan).

- Les chauffeurs et le carburant lors des évacuations

Pour les références à l'intérieur de la ville, le transport dure 10 à 30 minutes. Elles se font en principe sans la participation financière du malade, sauf si la dotation en carburant est épuisée. Or, très souvent, le personnel et/ou le chauffeur de l'ambulance évoquent mensongèrement l'épuise-

17. Souley A., (2000 : 41).

ment du stock de carburant afin que le patient ou l'accompagnant donne « le prix du carburant », condition pour que le malade soit évacué dans les meilleurs délais. Parfois, comme l'a relevé un chauffeur à Attécoubé, c'est la peur de demander du carburant au chef qui conduit à cette situation : « On peut nous donner un bon de 5 000 FCFA, ça fait 16 litres pour 2 ou 3 jours. Mais, ça ne nous arrange pas. Ça n'encourage pas. Tous les jours, on dit : "patron, il n'y a pas essence". Quand les 16 litres finissent le même jour, on a peur d'en redemander car les patrons ne nous croient pas ».

- La surfacturation des médicaments ou des actes

Celle-ci se pratique du haut en bas. On sait que l'Union Européenne a fait un procès à la Côte d'Ivoire pour avoir détourné 18 milliards de francs CFA, destiné au ministère de la Santé, en particulier sous la forme de matériel médical surfacturé, grâce à toute une chaîne de complicité : du ministre de la santé jusqu'aux directeurs d'hôpitaux, en passant par les fournisseurs, avec corruption de nombreux intermédiaires.

A la FSU de Yopougon Attié en Côte d'Ivoire, les gants sont vendus par des sages-femmes à 500 FCFA alors qu'ils coûtent 250 FCFA à la caisse, les examens d'urine coûtent 50 FCFA en principe mais selon certaines femmes enceintes « Si tu achètes tes gants ailleurs, les sages-femmes font ton examen d'urine à 500 FCFA, quel vol ! Finalement, qu'on achète les gants avec elles ou ailleurs, on paiera au moins 500 FCFA chez elles ».

En Guinée « Les sommes à payer sont assez variables d'un accouchement à l'autre, d'un centre de santé à l'autre. Officiellement le taux est de 3 000 FG, en fait les prix pratiqués habituellement sont : 15 000 FG pour une fille, 20 000 FG pour un garçon, le prix du savon 2 000 FG, plus les cadeaux qui dépendent des moyens et de la joie du mari, 1 000 FG aux uns, 2 000 FG aux autres » (Diallo, Y., 2000 : 31).

« A la maternité de Yopougon, une parturiente paie 5 000 FCFA comme droit d'accouchement. Un de ses parents le constate à la maison, il est du corps médical. Il dit à sa parente de retourner prendre les 3 000<sup>18</sup> FCFA restant avec le directeur ; ce que fait la femme. La sage-femme est saisie par l'administration qui exige une demande d'explication écrite. Elle a tenté de se justifier en disant qu'elle aurait fait une révision utérine. Aucune pièce ne le justifiait » (Koné, M., 2001).

C'est un journal (le Diversier) qui a fait éclater une affaire de surfacturation à la FSU d'Attécoubé : « Le journal « Diversier » dénonce les exactions qui y sont commises. En effet, il relève que les prix des médicaments servis à la maternité, en provenance de la pharmacie de la PMI,

---

18. Le tarif réglementaire d'un accouchement (kit compris) est de 2 000 FCFA en Côte d'Ivoire.

sont majorés par la major et le médecin-chef. Pour 40 comprimés d'Hiconcil, 60 comprimés de fer, 2 plaquettes de Nivaquine livrés par patiente à la maternité, 10 comprimés d'Hiconcil, 20 comprimés de fer, 2 plaquettes de Nivaquine seulement sont remis aux accouchées et/ou malades au prix de 2 300 FCFA. En principe, selon le journal, l'ensemble des médicaments fournis à la maternité revient à 910 FCFA. De plus, le thermomètre prévu pour 200 FCFA est vendu à 600 FCFA par Mme K. et sa complice Mme A. (...) » (Nguessan, N.).

L'injection qui coûte 50 FCA est facturée à 200 FCFA par certaines infirmières (FSU de Yopougon, Abidjan).

### *La vente des médicaments*

Ce sont des médicaments que se procurent les soignants par des réseaux personnels, et des circuits qui recoupent parfois ceux de la pharmacie de la FSU.

A Niamey, Souley A. (2000 : 39) constate qu'il « existe quatre moyens d'acquérir des médicaments pour les soignants : le détournement de la dotation de l'État, les dons des délégués médicaux ou de supérieurs hiérarchiques (médecins en général), la récupération de reliquats de produits administrés aux clients et l'achat direct. Les dons des délégués médicaux ou des supérieurs hiérarchiques sont des échantillons médicaux gratuits ou proviennent de prélèvements sur des aides ponctuelles étrangères. En ce qui concerne les reliquats, il s'agit de produits ou médicaments achetés par les patients ou leurs accompagnants. Lors de l'administration (injection, préparation d'une perfusion, suture, etc.), on récupère ou on suture une ampoule d'un paquet de cinq, on garde le reste d'un fil de suture, on met au frigo un sérum entamé au quart, etc. Les reliquats ne sont pas restitués sauf en cas de réclamation<sup>19</sup> ».

Aujourd'hui, à Niamey, beaucoup d'agents de santé achètent les médicaments destinées à la revente directe aux malades (spécialités en particulier) au grand marché, auprès des grossistes qui fournissent les « pharmacies par terre ». Il en est de même à Conakry (marché de Madina).

« Il nous arrive de discuter avec les délégués médicaux si le major n'est pas là. Ils nous donnent même des produits. On peut les vendre en dehors du dispensaire, ou aider aussi nos parents, ou nos "passes". Tu vois, pendant les gardes, l'équipe de garde achète les seringues pour les revendre aux malades qui ne veulent pas se rendre dans les pharmacies » (MI, secouriste dans un CSI, Niamey).

19. C'est justement suite à des réclamations qu'on découvre ce genre de pratique.

A Attécoubé-centre, des agents se font servir des médicaments dit « plateau d'urgence ». Ces médicaments sont quelquefois achetés à « crédit » par le personnel à la pharmacie de la FSU : « quand ils les prennent à la pharmacie, ils disent « à tout à l'heure » et ne repassent pas ; alors, la « pharmacienne » refuse parfois de servir sans être payé » (Nguessan, N.). Ils les revendent à la clientèle de la FSU, parfois en concurrençant les médicaments de celle-ci ; on prescrira les médicaments dont on dispose jusqu'à épuisement du stock, avant de prescrire des médicaments de la FSU ; on dénigrera les médicaments de la FSU afin d'épuiser son stock personnel... (Koné, M., 2001).

Les échantillons médicaux gratuits sont convoités auprès des délégués médicaux ; au lieu de les donner gratuitement, on les vend aux usagers. A Abobo Sagbé, les patientes se plaignent de la vente de médicaments à titre privé dans la FSU-COM, alors « le CA a interdit la vente des médicaments par les sages-femmes » (un agent de la FSU).

Comme l'explique Diallo, Y., (2000 : 53) « la multitude de prescripteurs dans le centre de santé : médecins, infirmiers, sages-femmes, stagiaires, les ruptures de médicaments au point de vente, l'absence de certaines formes galéniques sous forme de sirops pour les nourrissons dans les médicaments essentiels, les ordonnances parallèles, favorisent ce marché parallèle illicite de médicaments ».

### *Le favoritisme*

Quelquefois, il n'y a guère de différences entre la corruption et le fait d'accorder des « faveurs » (favoritisme), au nom d'une parenté symbolique quelconque (« fratrie »). En Côte d'Ivoire, on désigne cette forme de « corruption » par le « *séfonisme* »<sup>20</sup>. On privilégie le lieu d'origine commun (la référence familiale, régionale, voire ethnique). On n'hésite pas à parler directement la langue maternelle de son interlocuteur pour bien montrer qu'on a un lien social : ce dernier a donc obligation morale d'aider, de faire un « cadeau » à son « parent ». Par extrapolation, ce mot est utilisé pour les faveurs fondées sur toutes formes d'affinités ou de communautés d'intérêts (y inclus donc le népotisme) ; ainsi on pourra utiliser le verbe « faire en *séfon* avec... » pour quelqu'un de la même classe sociale, quelqu'un du même sexe, pour un ami, un collègue de travail, etc. Cette forme de corruption est justifiée par les pratiquants comme purement « sociale », sans intérêt matériel, parce qu'elle profite à une

20. Ce mot a été créé et vulgarisé par une équipe de comédiens à la télévision nationale, lors d'une émission satirique intitulée « Qui fait ça ? », qui dénonce des problèmes de société.

communauté, à une collectivité. D'ailleurs, on ne la considère pas, quand on la pratique, comme de la corruption véritable. Elle est tolérée.

Souley, A. ( 2000 : 38) à Niamey, rapporte que « c'est le premier accroc à l'équité. « Passe » est le terme utilisé au Niger et consacré par les personnels pour parler des faveurs accordées aux parents, amis, connaissances et clients ».

Selon Binta Camara (enquêtée à Conakry au quartier Gbessia Port 1, secteur 1) : « Ils ne s'occupent que de ceux qui ont de l'argent ou qu'ils connaissent. Tu ne vois pas, comme ils ne me connaissent pas, ils m'ont laissée pour compte. Quand celui qui me connaît est arrivé et qu'il les a appelés, ils sont venus s'occuper de moi ».

De même, comme le notifie un usager du CS de Koulewondy en Guinée : « Quand nous allons au centre très tôt, on peut rester deux heures et voir trois heures avant d'être consulté parce qu'on n'a pas de relations. Un autre peut venir et être consulté en quinze minutes parce qu'un agent est derrière lui. Ce n'est pas normal, on doit interdire ces pratiques à l'hôpital » (Diallo, Y., 2000 : 53).

Un infirmier de la FSU de Yopougon Attié à Abidjan indexe les usagers qui parlent de favoritisme : « Ils (les usagers) disent que nous sommes lents, qu'on fait combine<sup>21</sup> parce qu'on ne respecte pas l'ordre d'arrivée, ... ils ne savent pas faire la différence entre les urgences et les cas normaux ».

Il faut noter qu'il y a aussi des faveurs payantes lorsqu'un usager demande un service.

La gestion des placentas à Attécoubé-centre mobilise de la petite monnaie (entre 200 et 500 FCFA). Le placenta est en général remis à la famille de la parturiente, mais on le retrouve parfois jeté dans une fosse à l'intérieur de la FSU après avoir transité par un pot ou « vase de nuit » derrière les bâtiments de la maternité (problème d'hygiène). C'est une transaction qui a lieu entre gardien et accompagnantes (parfois avec la complicité de soignants).

### *Les détournements*

En Côte d'Ivoire, on parle donc de « mangécratie ». Le président Houphouët fermait les yeux sur certains détournements publics qui, selon lui, faisaient par la suite l'objet d'investissements au niveau national : pour faire de la Côte d'Ivoire le miroir de l'Afrique de l'Ouest, chaque cadre devait faire des réalisations dans sa région.

---

21. C'est-à-dire : on favorise , on « privilégie ».

C'est à partir des années 90 qu'on a commencé à dénoncer la corruption sur la place publique. Cette période correspond aussi politiquement à un changement de régime (1993). Ceci n'a pas empêché le nouveau pouvoir de piller les caisses de l'État. En 1999, après le coup d'État militaire en Côte d'Ivoire, un audit a montré que le précédent gouvernement avait détourné au moins 100 milliards de FCFA au détriment de la population qui devait en bénéficier.

Il y a eu une chasse aux sorcières pour faire revenir les capitaux ; il y a eu « l'opération « mains propres » pour dissuader ceux qui auraient l'intention de détourner des deniers publics. A l'avènement de nouveaux dirigeants, les méthodes sont beaucoup plus « soft » : c'est à travers des émissions à la télé ou à la radio, de grandes pancartes à travers les rues, etc. qu'on dénonce cette forme de corruption.

Il y a aussi les détournements de médicaments, qui sont souvent retrouvés sur le marché des « pharmacies par terre ». Plusieurs types d'acteurs sont concernées : les pharmaciens ou les vendeurs en pharmacie, les soignants (certains revendent des médicaments détournés aux clients hors de la structure sanitaire ou même les offrent à certains clients pour se faire apprécier et accroître leur clientèle personnelle hors de la FSU), les directeurs de formations sanitaires ou présidents de centres communautaires...

Au centre de santé communautaire de Niamakoro au Mali, « le premier conflit entre les élus est né des suites d'un contrôle de la gestion du directeur administratif et financier, qui n'était autre que l'infirmier d'État qui avait fait transformer son centre de soins en CSCOM. En reconnaissance de ses actions (il avait légué le matériel de son cabinet de soins au CSCOM), il a été nommé administrateur du centre. Le contrôle a révélé un « trou » de plus de 400.000 FCFA. A la suite de cette révélation, il a tenté de renouveler le bureau en sa faveur. N'ayant pas réussi, il s'en est allé avec les dossiers. Il a été épargné grâce au président qui le considère comme son frère » (rapport de Younoussa Touré & Amadou Tamba Doumbia).

Un agent administratif de Attécoubé centre à Abidjan indique que : « Les autres personnels nous soupçonnent de détournement parce que les produits ou dotation que nous leur livrons tardent à venir. Or c'est l'absence de moyens qui fait ça. Nous aussi, nous n'avons pas les moyens de contrôle pour savoir si la petite dotation qui arrive n'est pas détournée par les sages-femmes et le personnel technique ... ».

Les soupçons de détournement, le doute sur la rigueur du conseil d'administration, ont suscité cette réflexion à la FSU-COM d'Abobo : « Il faut contrôler le contrôle d'administration lui-même dont 80 % des membres sont sans emploi et ont recours de façon incessante à la FSU ; ils sont eux-mêmes démunis » (un soignant).

On a plusieurs cas de figures de vol.

- Vol de médicaments de la FSU

A Abobo Sagbé, « un « pharmacien » (gestionnaire de médicaments) a été renvoyé il y a quelques années, suite à un inventaire où le conseil d'administration a découvert la disparition d'un gros stock de médicaments ; en 1996, l'auxiliaire en pharmacie a dû rembourser 80 000 FCFA, en association avec la vendeuse en pharmacie, pour vol de médicaments ; le 16 juin 1999, un carton de médicaments volés a été découvert dans une salle d'hospitalisation de malades ... » (Koné, M., 2001).

- Vol de médicaments d'un malade

Selon certains usagers, les soignants font payer beaucoup de médicaments, et, quand il y en a qui reste, ils le volent<sup>22</sup> pour le revendre à d'autres patients.

- Vol de produits amenés par les usagers

Savons, talc, eau de toilette disparaissent ainsi dans les maternités.

### *Les rétributions financières autres que le salaire*

Plusieurs mots sont utilisés pour désigner cette forme de rétribution : « gombo »<sup>23</sup>, débrouillardise, « se chercher »... Dans le jargon ivoirien, le « gombo », c'est le travail personnel (rémunéré de façon privée) des soignants, dans la structure ou en dehors, pour gagner « quelque chose » : commerce, prestations de soin payantes, ventes de médicaments parallèles, surfacturation des actes...

Parler de « gombo » ici revient à parler de compléments de salaires, qui semblent être la motivation principale des personnels de santé, parfois au détriment des usagers (malades et accompagnants) ; c'est la recherche de ressources s'adjoignant au salaire, pour bénéficier de conditions de vie meilleures.

Certains médecins, en plus de leur travail à la FSU, effectuent les après-midi, ou selon leurs convenances, des consultations dans les cliniques privées, où la rétribution est fonction du nombre de malades reçus. Ils perçoivent parfois 40 % du prix de la consultation payée par malade. Les infirmiers (ères) en font autant, mais sont rétribués autrement : les

---

22. Ils le prennent sans demander l'avis du propriétaire.

23. C'est un condiment utilisé pour faire la sauce qui accompagne le riz, le foutou, le tô, l'attiéké ; parce qu'il est gluant, il permet de faciliter l'acheminement du repas de la bouche vers l'estomac, il « fait glisser » le repas sans qu'on soit obligé de trop mâcher ; selon le degré de « gluance », le repas descend plus facilement ou pas...

gardes de nuit dans les cliniques privées leur procurent au moins 2 500 FCFA par nuit. La pratique d'avortements provoqués fait partie des « gombo » de certains soignants :

Un vieux, habitant le quartier Yahossehi près de la FSU de Yopougon Attié à Abidjan le dénonce : « Ce qui est très mauvais à la PMI, c'est qu'il y a là-bas des « docteurs » qui font avorter les femmes et les jeunes filles ».

Il y a également les agents FSU qui perçoivent des commissions en « aiguillant » ou orientant leurs patients vers des centres de radiologie ou d'échographies ou des laboratoires.

A la maternité de Attécoubé, par exemple, une sage-femme propose à sa patiente d'effectuer son échographie à la clinique X., à Attécoubé. Elle lui explique que : « C'est proche, c'est moins cher, 9500 FCFA ». En fait, et de façon non officielle, les sages-femmes ont une commission sur chaque échographie effectuée dans la clinique indiquée grâce à elles. Les responsables de la clinique comptent le nombre de bulletins d'échographie portant le cachet de la sage-femme qui a orienté la parturiente.

La débrouillardise consiste à arrondir ses revenus à partir de travaux secondaires :

« Les débrouillards, ce sont des gens qui ont un poste bien précis et qui cherchent à avoir d'autres choses. Ce sont les "gombos", parce que les salaires sont insuffisants » (Mme C.). Selon Mme B. : « C'est quelqu'un qui se lève le matin et se cherche. C'est-à-dire s'il faut pousser les bagages pour recevoir 5 francs, il le fait. Il ne vole pas dans la journée, il fait tout pour se trouver de l'argent ».

Le gombo est classé en plusieurs catégories : pas gluant, gluant à divers degrés (un peu, beaucoup, très) ; tout dépend du montant et/ou des avantages recueillis ; plus le gombo est gluant, mieux il glisse ou fait glisser. Concrètement, la « gluance » du « gombo » est déterminée à partir du nombre d'activités rétributrices autres que le salaire mais aussi à partir des intérêts brassés (masse d'argent, bons d'essence, etc.).

On considère que ce n'est ni du vol, ni un manque de conscience professionnelle, c'est simplement la recherche de conditions de vie meilleures.

Assez souvent, on lie les pratiques de gombo à l'insuffisance de moyens financiers, certains parlent même de pauvreté :

« C'est lorsque quelqu'un n'arrive pas à avoir ce qu'il veut » (le régisseur de la FSU d'Attécoubé).

Les activités rémunératrices complémentaires varient selon qu'on est personnel soignant ou non, selon que les activités sont « sanitaires » ou non, selon qu'elles ont lieu dans l'enceinte de la FSU ou à l'extérieur.

Le personnel soignant, par exemple, en exerçant des activités sanitaires, va commercialiser ses services à l'intérieur ou à l'extérieur de la FSU (soins infirmiers, accouchements, gardes de nuit ...).

En réalisant des activités non sanitaires, le personnel soignant, va, par exemple, faire du commerce (vente de produits à l'intérieur de la FSU ou à l'extérieur, dans les bureaux, les domiciles) : yaourt, lait, tissus, bijoux, vêtements, on vend toutes sortes de marchandises. Certaines femmes (agents) vendent même des médicaments traditionnels. On peut aussi percer les oreilles, faire des circoncisions.

Pour le personnel non soignant, on a pu recenser des activités diversifiées comme par exemple marabout, peintre ou tablier, pour les gardiens ; plombier pour un caissier (cas d'Attécoubé), etc.

Plus que des compléments de salaires, les fonds issus des « gombo » ou de la débrouillardise sont des revenus importants, parfois plus importants que le salaire lui-même, et qui font qu'on délaisse le travail officiel (qui devient donc secondaire) pour s'y consacrer.

### *Les rétributions sociales*

Certaines personnes préfèrent les rétributions sociales car elles permettent d'accroître le capital social, de se créer des réseaux de sociabilité.

« On est sollicité par nos voisins. On rend service à cause de notre métier. On nous réveille à n'importe quelle heure. Je suis le confident de certaines autorités qui viennent me voir pour leur maladie qu'ils cachent ; ça fait des relations » (un infirmier de la FSU Yopougon Attié, Abidjan).

Pour montrer qu'on est reconnaissant envers le personnel, on peut procéder de plusieurs manières : quand on donne quelque chose à une sage-femme avant l'accouchement, ce n'est pas la même chose que si on donne après. Certes, il y a un glissement entre les deux, mais il y a des seuils.

Une des grandes tactiques de la corruption, c'est l'anticipation : donner quelque chose à l'avance.

Le cadeau de ce point de vue est différente du racket (chantage, prises en otage : si tu ne payes pas, tu ne sors pas ou tu ne reçois pas les soins). Quand tu donnes quelque chose à l'avance, ou que l'on sait que tu le donneras après, c'est une économie humanisée, car outre la consultation, les médicaments (peut-être), il y a prise en charge, c'est-à-dire création de

relations personnelles : tu as quelqu'un dans la structure pour te guider et s'occuper de toi...

Il y a parfois aussi un échange de services différé entre les personnels et les usagers. Un usager qui a été satisfait des prestations d'un personnel de santé en retour lui rendra service quand il en aura besoin : les enseignants (instituteurs, professeurs) par exemple s'arrangeront pour inscrire un enfant renvoyé de l'école, le faire changer de série (A, D, C), l'inscrire gratuitement en le présentant comme un protégé ; le boucher donnera gratuitement ou à moindre coût la viande, le marchand en fera de même, le chauffeur transportera sans faire payer, etc.

## Conclusion

La corruption permet l'intégration de certains, mais exclut aussi tous ceux qui n'ont pas la possibilité d'entrer dans la sphère. Elle est par moments largement tolérée (mais à quel degré ?), par moments très décriée : on est dans l'ambivalence. La lutte contre la corruption fait partie des grands slogans du pays, surtout depuis l'arrivée des militaires au pouvoir, et davantage avec le nouveau régime depuis octobre 2000. On parle de châtement, de sanctions, etc.

Un membre du conseil d'administration de la FSU-COM d'Abobo Sagbé estime que c'est le personnel des services publics (« fonction publique ») qui commet beaucoup le racket et la petite corruption : « Elles (les sages-femmes fonctionnaires affectées dans la FSU-COM) n'en font qu'à leur tête. Par exemple, la sage-femme M. beaucoup sollicitée par les patientes est un des 3 cas qui ont suscité des renvois de la formation sanitaire. Cette sage-femme se livre au racket sur les parturientes. Certaines vont se plaindre soit chez le président du CA (qui habite juste derrière le centre de santé), soit au gestionnaire. Ceux-ci interpellent la sage-femme, lui demandent une explication, puis lui donnent un avertissement, dont elle fait fi. Un second avertissement suit, elle est affectée dans un autre service, celui des consultations prénatales par exemple. Là encore, la sage-femme se livre à d'autres écarts de conduite : elle vient au service, mais ne travaille pas, elle arrive très en retard, et c'est à partir de cet instant que le conseil adresse une lettre au ministère de la santé afin de solliciter son remplacement. Selon le secrétaire du conseil d'administration : « Cette situation porte préjudice au fonctionnement du centre, parce qu'il faut attendre longtemps la décision du ministère avant qu'elle ne s'en aille et cela joue sur le travail et l'effectif. Cela peut durer 1 mois à un mois et

· demi avant que sa lettre n'arrive. Si nous avons la libre gestion au niveau des personnels, ce genre de choses comme le racket allait être évité ».

De temps en temps la radio locale (cf. l'émission « Grognon ») dénonce ces pratiques, ou quelques journaux (cf. « Le Diversier » à Attécoubé).

Dans les services publics, on compte sur la dénonciation des usagers. Mais combien de personnes ont le courage de dénoncer ? Personne ne souhaite être la cause du renvoi de l'autre. Combien de dénonciations aboutissent réellement quand on sait qu'il y a aussi de la corruption pour étouffer les affaires ? Généralement, on essaie d'étouffer les affaires de corruption (par la corruption elle-même ou par le « maraboutage »), qu'elles soient à petite ou grande échelle. Il y a surtout un seuil à ne pas dépasser, mais cette limite, parfois morale, parfois économique, est flexible, selon les faits, selon le milieu, selon les protagonistes.

Dans le secteur de la santé, la petite corruption n'est en tout cas jamais sanctionnée. Comment alors permettre à tous d'accéder aux soins ?



TROISIÈME PARTIE

**EXPLICATIONS ET PROPOSITIONS**



## **Pourquoi le malade anonyme est-il si « mal traité » ?**

### **Culture bureaucratique commune et culture professionnelle de la santé**

J.-P. OLIVIER DE SARDAN

Revenons sur certains constats issus des enquêtes. On a vu que les propos des malades et de leurs accompagnants étaient unanimes pour dénoncer le sort fait au patient anonyme : la phrase « on ne nous regarde même pas » est revenue sans cesse au cours des entretiens menés dans les cinq villes concernées par notre programme de recherche. Elle exprime bien les sentiments de manque de respect, d'inexistence, d'humiliation, éprouvés par les usagers des services de santé publics, et donne l'image d'une médecine « vétérinaire » (« on nous traite comme des animaux » est aussi une phrase fréquente). En fait, c'est tout le « syndrome dysfonctionnel » de la santé publique qui est ainsi évoqué par la grande majorité des usagers, où, tout à la fois, les soignants témoignent d'une solide indifférence à l'égard des malades qui tourne souvent au mépris (on va parfois jusqu'à les rudoyer et les insulter), ils les « rackettent », et font des consultations expéditives et de mauvaise qualité, dépourvues de toute information et de tout dialogue...

« On ne te regarde pas, il parle seulement, tu ne comprends pas, et puis il donne une ordonnance... Je lui ai dit que le corps de ma fille chauffe, il ne l'a même pas regardée » (Fanta, 24 ans, Abidjan).

« Avec une fille de salle, j'essayais d'encourager la parturiente à pousser. Elle était très fatiguée et gémissait beaucoup. Ce qui agaçait la sage-femme qui me disait « Déchire la, elles sont toutes comme ça, promptes à

aller avec les hommes, jouissant de plaisir, mais incapables de se maîtriser face à la douleur, quelle honte ces enfants de maintenant » (FL, élève stagiaire, deuxième année sage-femme, ENSP, Niamey)<sup>2</sup>.

Cette attitude contraste fortement avec la façon dont sont traités les « PAC » (parents, amis et connaissances), significativement appelés parfois les « passes » (pour passe-droit ?).

« Les faveurs pour les collègues ou leurs enfants, c'est normal. Par exemple ils peuvent ne pas respecter la préséance ou je peux même leur donner des médicaments si j'en ai. L'agent peut même quitter son poste de travail pour aller accompagner son enfant dans un autre centre de soin mieux équipé. Mais on ne peut pas généraliser pour des gens qu'on connaît à peine. On ne peut faire des faveurs pour tout le monde qu'on connaît. Il ne faut donc pas exagérer » (EM, responsable d'un CSI, Niamey).

« S'agissant des faveurs, c'est normal que j'aide mon parent, que je le soigne sans qu'il paie. La chèvre mange là où elle est attachée » (TA, infirmière stagiaire dans un CSI, Niamey).

« Les « passes » de certains d'entre nous, quand ils viennent en consultation, ils ne s'arrêtent pas pour au moins payer le carnet. Ils vont directement voir les soignants. Si je décidais de m'opposer au système de passes, nous ne nous entendrions pas » (BI, percepteur dans un hôpital, Niamey)<sup>3</sup>.

Le malade « recommandé » est en effet, au contraire de l'usager anonyme, particulièrement pris en charge : l'abandon de son poste par le soignant, pour guider son « passe » dans le parcours du combattant d'un centre de santé, n'est pas rare ; ce client privilégié n'aura pas droit qu'aux sourires et à diverses attentions, il aura aussi accès fréquemment à des consultations gratuites, ou à des médicaments gratuits.

Cette alternance paradoxale de « déshumanisation » et de « sur-personnalisation » n'est pas propre à telle ou telle structure sanitaire ou à tel ou tel pays : c'est un phénomène « systémique » ou « structurel », partout documenté dans les pays africains où nous avons fait des enquêtes<sup>4</sup>. Certes un tel phénomène n'est pas ignoré en Europe. Mais il n'y prend

2. Cité in Souley, 2000.

3. Cités in Souley, 2000.

4. Rappelons qu'aux cinq pays en question, il faut ajouter le Burkina Faso, la Centrafrique, la Mauritanie et le Bénin, où des travaux similaires et menés en collaboration avec notre équipe ont produit des résultats analogues. On signalera également une des rares publications sur ce sujet, au titre significatif (« Why nurses abuse patients ? »), qui porte sur l'Afrique du Sud, et converge avec nos propres conclusions : Jewkes, R., Naemah, A. & Zodumo, M., 1998.

pas de telles dimensions : les « passe-droits » existent, mais restent beaucoup plus rares et plus discrets ; de même, on rencontrera aussi le mépris ou la négligence face à l'usager anonyme, mais sur un mode beaucoup moins généralisé.

Certes, aussi, tous les patients anonymes ne sont pas mal traités en Afrique par tous les soignants. Il y a tout d'abord le cas des patients anonymes des classes sociales supérieures, dont la mise, la tenue, et le langage témoignent du statut.

« Une enquête récente entreprise à Conakry par la Direction régionale de la santé de la ville de Conakry et l'association « Entraide universitaire pour le développement » sur 135 usagers, dans dix centres de santé, indique que 67,4 % des malades ont déclaré que l'on ne s'occupe pas aussi bien des gens moins riches et moins bien habillés que de ceux qui sont riches et bien habillés. Cette assertion a été confirmée par 62,5 % des soignants »<sup>5</sup>.

Mais ceci pourrait être tenu pour des exceptions qui confirment au contraire la règle (l'attention réservée aux « riches » renverrait en effet soit à la cupidité des soignants, soit à une déférence envers les élites qui n'est que l'envers de leur indifférence envers les « gens de peu »)...

Il y a aussi, bien sûr, des soignants « différents », en permanence attentifs ou sujets à la compassion, qui, pour faire bref, traitent toujours bien ou plutôt bien leurs patients anonymes. Cette minorité ne peut être oubliée, car on peut penser que toute réforme devra passer par eux. On y reviendra en conclusion.

Il y a enfin le fait que la majorité des soignants, tout en montrant le plus souvent une grande indifférence envers leurs patients anonymes, autrement en les « mal traitant » (socialement, mais aussi, souvent, médicalement), ne les traitent cependant pas toujours mal. Certains usagers « chanceux » échappent à la règle générale, et suscitent l'intérêt ou la pitié occasionnels du soignant. Le même infirmier qui revend frauduleusement aux malades les médicaments qu'il subtilise à la pharmacie et ne « regarde pas » ceux qui viennent en consultation va, un jour, sourire à une vieille femme démunie, lui donner gratuitement quelques comprimés, voire même lui remettre un peu d'argent de sa poche... L'anonyme peut donc bénéficier, comme en un sens le mendiant, d'accès aléatoires de générosité ponctuelle de la part du professionnel de santé. Ceci permet sans doute à ce dernier de se déculpabiliser, et d'auto-légitimer son indifférence ordinaire : c'est du moins ce que les discours des soignants, qui mettent souvent en évidence leurs actes charitables épisodiques, laissent à penser.

---

5. in Diallo, 2001.

Mais le lot commun des malades sans « piston » et sans statut élevé visible reste bien de subir la négligence des soignants au minimum, leur mépris ou leur racket au pire.

Pourquoi de tels comportements des personnels de santé, qui contrastent avec l'attitude compassionnelle que l'on attend d'eux, ou avec l'image d'une « vocation » altruiste attachée à ce métier ?

Nous nous refuserons, pour répondre à cette question, à recourir à trois modèles explicatifs aussi simples qu'erronés, bien que le sens commun les invoque souvent : le premier serait de dire que les personnels de santé africains seraient des monstres sans pitié et sans coeur (or, en fait, dans la vie de tous les jours, ils sont en général de bons parents, d'agréables voisins ou d'excellents amis...) ; le second serait d'invoquer une soi-disant « culture africaine traditionnelle » (or, l'accueil et l'écoute des guérisseurs « traditionnels » sont de bien meilleure qualité que ceux des personnels de santé, lesquels sont quant à eux nettement du côté de la « modernité » et non du côté de la « tradition ») ; le troisième serait d'imputer ces comportements au « manque de moyens » (matériels et médicaments faisant défaut), à la misère des personnels (salaires très faibles), en un mot au « sous-développement » (or, beaucoup de centres de santé n'ont pas manqué de dotations en médicaments et en matériels systématiquement détournés, et rien ne témoigne d'une corrélation entre la « compassion » et le niveau d'équipement médical ou de salaire des personnels).

Nous devons donc avoir comme postulats que les personnels de santé sont tous des gens parfaitement « normaux » (autrement dit que nous-même, si nous étions à leur place, agirions de même), qu'ils ne sont pas prisonniers d'une culture traditionnelle inhospitalière (bien au contraire), et que le dénuement si souvent invoqué n'est pas une explication suffisante.

Par ailleurs, la convergence des comportements des personnels de santé dans les diverses villes d'Afrique enquêtées, et dans d'innombrables centres publics de santé, oblige à admettre que ces comportements ne sont pas purement aléatoires, et qu'ils suivent un certain nombre de logiques récurrentes qu'il nous faut identifier.

Enfin, il ne peut y avoir d'explication unique, standardisée, mono-causale. Nous suivrons dans ce chapitre deux pistes parmi les différentes possibles, une piste plutôt historique, qui s'intéressera à l'histoire de la construction des bureaucraties africaines, et une piste plutôt sociologique, centrée sur la constitution de « cultures professionnelles locales ». Il en est d'autres, par exemple plus centrées sur l'individu, qui adopteront un point de vue plutôt de sociologie psychologique (cf. ci-dessous le texte de Jaffré). Elles ne s'excluent pas. Mais il nous faut faire un détour préalable par ce qu'on pourrait appeler le niveau des « normes pratiques ».

**Préalable : normes et comportements**

Selon un schéma linéaire encore souvent prévalent, les écarts constatés entre normes et comportements relèveraient essentiellement d'une mauvaise « application » des normes, ou d'une insuffisante compréhension de celles-ci (le « message » est brouillé), et il conviendrait alors soit de mieux surveiller l'application des normes (contrôle), soit de mieux en garantir la maîtrise par les acteurs (formation).

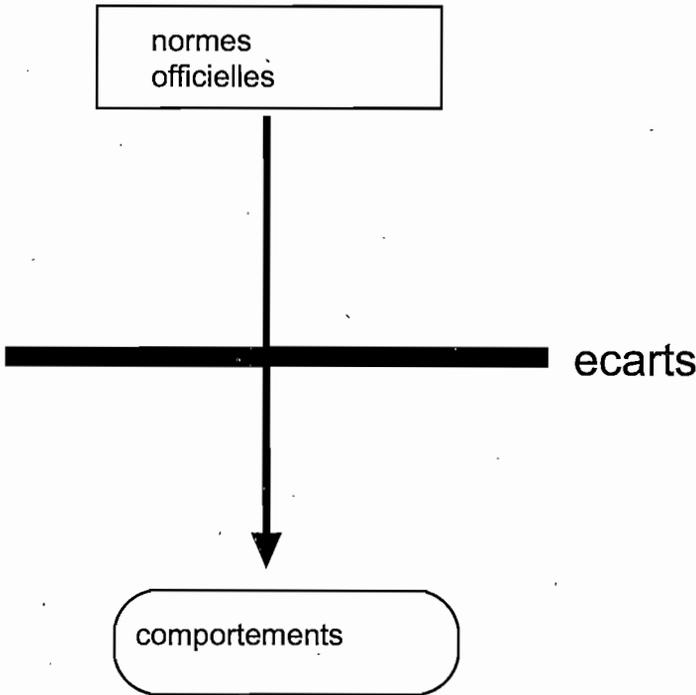


Schéma 1

Nous préférons utiliser un schéma plus complexe, qui insère, entre les normes officielles et les comportements effectifs, un niveau de normes « pratiques ». Les comportements réels ne sont pas simplement des déviations par rapport aux normes officielles, ils relèvent en fait d'autres normes, non dites, latentes, que l'on appellera normes pratiques. Autrement dit les comportements, dont on constate qu'ils ne suivent pas les normes officielles, ne sont pas simplement erratiques, non conformes, aléatoires, ils sont réglés par d'autres normes de fait, qu'il convient de « découvrir ». Cette découverte est d'autant moins simple que ces normes pratiques ne sont pas nécessairement conscientes, explicitement connues en tant que telles des acteurs eux-mêmes.

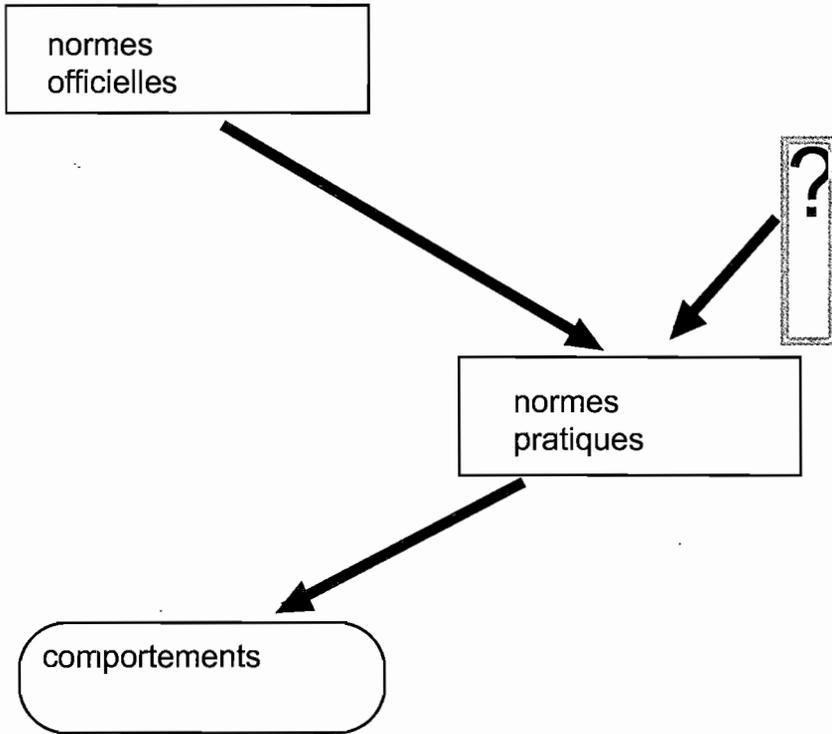


Schéma 2

Notre hypothèse, ici, portera sur l'existence en Afrique post-coloniale de deux composantes de ces normes pratiques, que nous nous proposons d'appeler respectivement « culture bureaucratique commune » et « culture professionnelle spécifique à la santé »<sup>6</sup>. La culture bureaucratique commune s'étend à toutes les administrations et services publics, y compris la santé. La culture professionnelle spécifique à la santé se conjugue à la précédente, en l'insérant dans l'univers social particulier des centres de santé.

6. Le rôle que joue la « pluralité des normes » en Afrique a déjà été signalé (cf. Berry, 1993 ; Lund, 1998 ; Chauveau, Le Pape & Olivier de Sardan, 2001). Mais les exemples analysés relèvent le plus souvent de domaines particuliers, comme le foncier, où divers types de légitimités et de recours nettement identifiés et « visibles » s'affrontent. Nous tentons ici d'explorer, en nous intéressant au service public, soumis officiellement à un seul type de normes, d'autres modalités, plus fluides et latentes, de cette « pluralité des normes ».

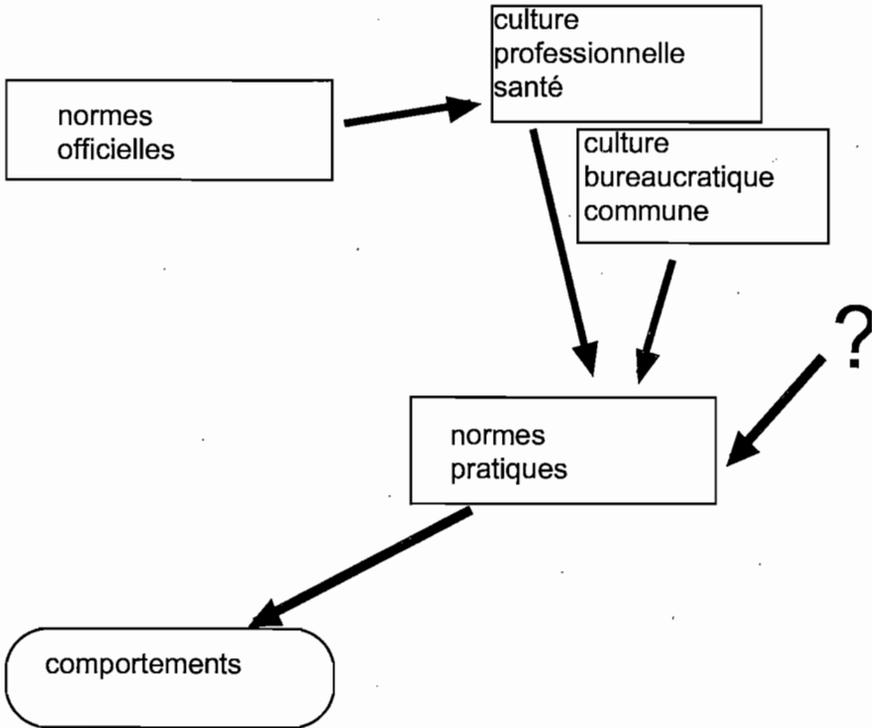


Schéma 3

En utilisant ici le terme de « culture », comme quasi équivalent à « normes pratiques », nous voulons insister sur l'exploration des logiques sous-jacentes aux comportements des personnels de santé, c'est-à-dire de représentations, normes et stratégies relativement partagées par eux. C'est là une utilisation totalement non culturaliste (et donc ni traditionaliste, ni déterministe, ni homogénéisante) du concept de « culture ».

La compréhension de ces normes pratiques nous semble être un point de passage obligé de toute réforme. C'est en effet le seul moyen de pouvoir un jour répondre à cette question : quelles sont, parmi ces normes pratiques, celles qui sont modifiables, et dans quelles conditions ? Sinon, on continuera à ne s'appuyer que sur les normes officielles, pour tenter par tous les moyens de les inculquer encore et toujours aux acteurs administratifs, à coup de « projets », stages, séminaires et autres formations. Le problème est que les « projets », stages, séminaires et autres formations sont depuis longtemps « récupérés » et « détournés » par les normes pratiques existantes, à la fois comme ressources supplémentaires à capter, et à la fois à l'intérieur d'une compétence généralisée en « double langage » qui est sans

doute une importante composante commune aux cultures professionnelles et à la culture bureaucratique, dans l'Afrique contemporaine<sup>7</sup>...

Notre analyse portera dans un premier temps sur la culture bureaucratique commune<sup>8</sup>, en cherchant à comprendre comment s'est mise en place en Afrique de l'Ouest une culture bureaucratique spécifique, variante assez particulière de la culture bureaucratique française « classique ». Puis, en se demandant pourquoi le domaine de la santé, dont la culture professionnelle est en partie préservée en France des traits propres à la bureaucratie, est au contraire en Afrique modelé par les formes qu'y affecte celle-ci, on débouchera, dans un second temps, sur la question de la culture professionnelle qui est propre aux personnels de santé en Afrique, et comment elle se décline et se reproduit au niveau local.

### La culture bureaucratique commune

Notre hypothèse est qu'il n'y a pas en Afrique un modèle de la bureaucratie radicalement autonome, qui renverrait à une quelconque « culture traditionnelle », mais bien plutôt que, sur les bases mêmes de la bureaucratie classique, qui postule une rupture entre public et privé, source d'une « production d'indifférence », s'est opérée en Afrique une dérive historique particulière, héritée de la colonisation, puis accentuée dans la période post-coloniale, que l'histoire propre de la santé en Afrique a importée dans le champ des relations soignants-soignés.

*A la « construction sociale de l'indifférence » typique de toute bureaucratie moderne s'est donc superposée une « construction coloniale et post-coloniale du mépris et du privilège », qui a englobé le secteur de la santé, dans la mesure où les infirmiers et les sages-femmes adoptent à l'égard des usagers les mêmes comportements que les douaniers, les policiers ou les employés d'état-civil.*

---

7. Dans le contexte du développement, la maîtrise de ce double langage est une ressource importante, comme en témoigne l'existence de « courtiers » (cf. Bierschenk, Chauveau & Olivier de Sardan, 2000).

8. Dans une première version de l'approche présentée ici (Olivier de Sardan, 2001), nous parlions, en comparant les deux professions de douanier et de sage-femme, apparemment aux antipodes, et pourtant toutes deux fort décriées dans les représentations populaires pour leur cupidité et leur mépris des usagers, d'une « culture bureaucratique privatisée », en référence à l'informalisation interne de la fonction publique. Mais cette privatisation de fait de la bureaucratie n'est en fait qu'une composante, plus récente, d'une culture bureaucratique plus large, commune à l'ensemble des agents de l'Etat, personnels de santé inclus. De même, nous introduisions dans ce même article la notion de « cultures professionnelles locales », que nous souhaitons ici élargir à la culture professionnelle propre à l'ensemble du secteur de la santé, que ce soit sous des formes générales, ou sous des formes locales.

***La bureaucratie d'interface : le modèle classique et ses variantes***

Nous examinerons successivement un axe structurel (la rupture instaurée par les normes bureaucratiques modernes) et un axe représentationnel (les stigmates populaires attachés à la bureaucratie d'interface).

*La rupture bureaucratique*

La bureaucratie moderne, qui est l'un des piliers principaux de l'État contemporain tel qu'il s'est développé en Europe au cours du 19<sup>e</sup> siècle en particulier, s'est construite par une rupture avec les modes de gestion antérieurs des affaires publiques, autrement dit avec l'État d'Ancien Régime, caractérisé par des systèmes d'allégeance personnelle entre les dignitaires aristocratiques et politiques et leurs clientèles de commis, de suivants et d'hommes de confiance. La vénalité des charges, l'échange généralisé de « services » et le dévouement à un « maître » cèdent la place (peu à peu, car le processus fut long) à des procédures impersonnelles, à des recrutements sur diplôme, à un service de l'État<sup>9</sup>. La fameuse rationalité légale-bureaucratique théorisée par M. Weber ne relève pas tant d'une rationalité technique ou scientifique (qui remplacerait une gestion irrationnelle par une gestion éclairée : ce contresens a souvent été fait) que d'une rationalité procédurale, censée assurer un traitement égal et normalisé des « cas » (des dossiers) quels que soient ceux qui sont concernés. Cette *rationalité procédurale* se fonde sur une rupture forte (et nouvelle) entre la sphère privée et la sphère publique<sup>10</sup>. Le monde de la bureaucratie moderne, celui de la sphère publique en ses formes administratives, a désormais ses propres lois, en un sens opposées à celles qui régissent le monde « normal », extérieur, celui des relations quotidiennes, personnalisées, affectivées, socialisées.

Ce monde bureaucratique a été le plus souvent appréhendé sous sa dimension institutionnelle, comme un « appareil »<sup>11</sup> ou comme une « organisation »<sup>12</sup>, avec ses logiques internes, ses jeux de pouvoir, ses attributs systémiques. Mais ce sera sous une autre dimension, moins fréquemment prise en compte, qu'il sera surtout ici considéré, à savoir les

9. Cf. Dreyfus, 2000.

10. Cf. Sennett, 1979, pour la construction de l'individu et de la sphère privée, qui est évidemment symétrique de la construction d'une sphère publique, et donc de la distinction des deux.

11. L'expression d'« appareil d'état », venue d'Althusser (1970), pourrait être reprise sous condition de ne pas la réduire à ses seules connotations « répressives ».

12. L'analyse des bureaucraties est ainsi devenu un des thèmes chers à la sociologie des organisations (Crozier, 1963)

relations qu'il entretient avec son environnement, et plus particulièrement avec les usagers. Ce que Lipsky (1980) a décrit comme « *street level bureaucracy* », nous l'appellerons « bureaucratie d'interface », pour souligner que c'est aux relations entre agents des services publics et usagers de ceux-ci que nous nous intéressons avant tout. Des secteurs entiers de la bureaucratie n'ont pas d'interface avec les usagers, de même que l'on peut parfaitement considérer le fonctionnement de la bureaucratie sans mettre au centre de l'analyse les relations entre les agents publics et les usagers. C'est au contraire notre choix que de focaliser le propos sur ces relations.

A cet égard, et pour reprendre le titre de l'ouvrage de Herzfeld (1992), si la bureaucratie est une vaste machine « produisant de l'indifférence », au sens général du terme (les dossiers sont traités de façon indifférente), la bureaucratie d'interface importe cette indifférence au coeur du rapport bureaucrate/citoyen, et *transforme en quelque sorte l'indifférence structurelle en une indifférence comportementale*. Le bureaucrate de guichet n'a en face de lui que des cas-types, il est censé n'avoir ni sentiments ni compassion, il applique un règlement, des instructions, des procédures. Pourtant, les comportements ordinaires du bureaucrate, dans la vie quotidienne, hors de son espace de travail, loin des normes qui définissent celui-ci, ne se distinguent en rien de ceux des autres citoyens : il aime les uns, déteste les autres, oscille entre bienséance et grossièreté, selon les rapports d'antipathie et de sympathie qui marquent ses rapports aux uns et aux autres. Dans un monde, celui de la bureaucratie, les normes sont le respect des procédures, et le traitement indifférent de tous, dans l'autre, celui de la vie sociale ordinaire, règnent au contraire les réseaux, les affinités, les liens de proximité, les différences permanentes de traitement à l'égard de tel ou tel.

Certes, ce modèle bureaucratique est d'ordre idéal-typique, et ne sert qu'à mesurer, en un sens, l'écart toujours existant entre la règle et la réalité. Certes, une coupure radicale et permanente entre le comportement public et le comportement privé est impossible. Cette coupure est toujours relative, il y a toujours des « passages », des « interférences », des « chevauchements ». Pour exprimer simultanément la nécessité de cette coupure et en même temps sa relativité, nous reprendrons une métaphore de Goffman<sup>13</sup> : il y aurait entre le comportement privé et le comportement public une « membrane semi-perméable », qui, selon les acteurs ou selon les contextes, laisse plus ou moins passer de « privé » dans le « public »...

Nous pensons que cette métaphore peut être mobilisée avec profit pour tenter de comparer les bureaucraties d'interface africaines et les bureaucraties d'interface européennes. Sur la base de l'existence dans les

---

13. Cf. Goffman, 1961 (cité par Emmett & Morgan, 1987, repris par Wright, 1994).

deux cas d'une membrane semi-perméable entre privé et public, qui est la condition même d'existence d'une bureaucratie, la « membrane » filtre de façon différente en Afrique et en Europe, et elle ne filtre pas les mêmes choses... Ceci est évident si l'on se place maintenant sur un « axe représentationnel », afin de comparer les stéréotypes respectifs de la bureaucratie en Europe et en Afrique.

*Bureaucratie européenne classique et bureaucraties africaines: les stéréotypes communs*

Une longue tradition de dénonciation de la bureaucratie existe en Europe, à travers les écrits formels (presse, littérature...) comme à travers la « petite tradition orale » (blagues, bavardages, « brèves de comptoir »). Courteline la symbolise bien. Le bureaucrate est décrit comme insensible, borné, tatillon, mettant en œuvre sans état d'âme et sans initiative des règlements abscons ou inadaptés. Le monde de la bureaucratie est « kafkaïen ».

En Afrique, écrits formels comme « petite tradition orale » mettent en scène une bureaucratie insensible, incompétente, rapace, cupide, despotique, absentéiste, menteuse, paresseuse<sup>14</sup>.

On voit qu'autour d'un terme partagé (l'« insensibilité du bureaucrate »), les focalisations divergent ensuite : du côté disons européen, l'usager est victime de l'application mécanique des procédures, du côté disons africain il est confronté à l'insécurité et à l'arbitraire. Des deux cotés, il y a un facteur commun, l'indifférence – et donc une certaine forme de « déshumanisation » – mais cette indifférence se décline ensuite selon des lignes de pente différentes, selon une logique de la productivité procédurale mécanique de type « égalitaire » d'un côté (Europe), selon une logique de l'improductivité et de l'arbitraire de l'autre (Afrique). Dans un cas, l'usager est réduit à être un simple numéro, dans l'autre il est « mal » traité, voire traité « comme un animal ».

Voilà pour le côté « imperméable » de la membrane : il ne laisse normalement pas de place, ni dans un cas ni dans l'autre, à une « personnalisation » des rapports, *du moins pour l'usager « anonyme »*, et produit une profonde « indifférence » à l'égard de cet usager anonyme, indifférence typique de la sphère publique. C'est du fait que cette indifférence prend des caractéristiques assez spécifiques en Afrique qu'il faut rendre compte. Toutefois, auparavant, on peut se demander symétriquement ce qu'il en est du côté de la perméabilité. On peut estimer que, en Europe, elle a longtemps été faible (modèle classique), mais que, depuis peu, au modèle

14. On se reportera entre autres au roman d'Achebe « Le démagogue », ou au film de Sembène Ousmane « Le mandat »...

classique s'ajoute (et, en partie, se substitue) un modèle « amélioré », qui « humanise » les comportements de la bureaucratie d'interface. Autrement dit, la membrane laisse désormais passer certains comportements qui viennent du privé, et qui tendent à considérer l'usager comme un client et non plus comme un numéro. Mais ce n'est pas tant du monde privé individuel, relationnel ou domestique, que l'on s'inspire, que du monde privé des affaires. Le service public, tant décrié, s'humanise en se modelant désormais peu à peu sur l'entreprise commerciale<sup>15</sup>. D'autre part, ce processus est impulsé « d'en haut » (*top-down*), il relève d'une démarche managériale de type formel, il est contrôlé par l'encadrement, et tend en fait à modifier peu à peu la norme du public lui-même. En Afrique, la perméabilité de la membrane est assez différente. Non seulement elle est plus forte *en certains domaines*, mais aussi elle relève de l'informel, et correspond tantôt à une forte immixtion du monde privé individuel (sur-personnalisation), tantôt à une privatisation informelle interne du service public (corruption)<sup>16</sup>.

### *Les spécificités des bureaucraties africaines: perspective historique*

La référence aux régimes politiques africains pré-coloniaux comme « explication » de la situation très particulière de l'État africain en général, ou des administrations africaines en particulier<sup>17</sup>, nous semble peu pertinente<sup>18</sup> : *la bureaucratie moderne se crée partout en rupture avec les modes d'administrations antérieurs, et ce fut plus encore le cas en Afrique qu'en Europe*<sup>19</sup>.

---

15. Certes la métamorphose, si tant est qu'elle doive aller à son terme, est loin d'être complète, et de solides secteurs de la bureaucratie d'interface classique subsistent : la bureaucratie d'interface « humanisée » est loin d'avoir gagné la partie...

16. Ce terme est pris au sens large ; plus généralement, la corruption est inséparable de tout un ensemble de « dysfonctionnements internes » des services publics. On trouvera des descriptions et analyses documentées de ces phénomènes dans Blundo & Olivier de Sardan, 2001.

17. On confond trop vite l'État et ses administrations, ce qui cache en fait un manque d'intérêt pour l'administration (pourtant centrale pour toute étude empirique de l'État) et une fascination pour l'État, terme plus noble, mais aussi beaucoup plus flou et polysémique.

18. Cet argument « culturaliste » irrecevable sous-tend en fait l'ouvrage de Chabal et Daloz (1999), par ailleurs fort peu étayé empiriquement.

19. Certes, cette rupture fondatrice de la bureaucratie ne signifie pas pour autant la disparition pure et simple des modes de gestion antérieurs des affaires publiques : on assiste bien souvent à des formes d'« empilement » tant des pouvoirs successifs que de leurs appareils (cf. Bierschenk & Olivier de Sardan, 1998, en ce qui concerne le Bénin post-colonial). Mais la bureaucratie moderne en tant que telle entend, selon ses propres normes, s'opposer à ces formes antérieures (rompre avec elles), même si dans les faits elle doit co-exister malgré tout avec elles.

*La bureaucratie comme création coloniale*

C'est en fait une bureaucratie très particulière qui a été importée de toutes pièces en Afrique par le régime colonial<sup>20</sup>. Le fossé entre administrateurs et administrés, consubstantiel à l'édification de toute bureaucratie, y a en effet redoublé un fossé bien plus profond et radical entre Européens et « indigènes ». Le régime très exceptionnel et dérogoire (au regard des normes mêmes de l'administration française) de l'indigénat, accordant des pouvoirs exorbitants aux « commandants de cercle », et privant de droits élémentaires les administrés, a produit une bureaucratie certes « moderne » mais sous une version « coloniale » quelque peu monstrueuse, mélangeant un ensemble de traits issus du modèle classique importé (organigrammes, procédures officielles, écritures, rapports, etc...) et un autre ensemble de traits « inventés » par la situation coloniale et souvent en contradiction avec les précédents (d'où une schizophrénie dont on trouve diverses traces aujourd'hui)<sup>21</sup>. On se contentera de souligner les trois principaux d'entre eux: le despotisme, le « privilégisme », et le rôle des intermédiaires. Selon nous, ils expliquent encore une partie des comportements des bureaucraties africaines contemporaines.

1. Le despotisme colonial est bien documenté. Ses conséquences sur la construction de la bureaucratie coloniale le sont moins. Et pourtant elles sont évidentes. L'ampleur du fossé entre bureaucrates et usagers « indigènes »<sup>22</sup>, comme les dispositions du code de l'indigénat et les habitudes coloniales dominantes (racisme et paternalisme en proportions variables) ont introduit une très grande marge d'arbitraire et même de violence dans la rationalité procédurale de la bureaucratie classique métropolitaine offi-

---

20. Le constat de cette évidente « importation » de la bureaucratie par la colonisation ne signifie pas ici adhésion à la thèse de Badie (1992) sur l'« Etat importé » et son extranéité fondamentale, qui nie les processus d'hybridation et d'appropriation de l'Etat occidental par les sociétés du Sud, processus qui nous semblent au contraire fondamentaux (nous rejoignons Bayard, 1989 ; 1996, sur ce point), mais qui ont été insuffisamment documentés en leurs formes pratiques.

21. Si le régime de l'indigénat a été supprimé en 1945 grâce à l'action du RDA, les comportements des bureaucrates européens et africains (dits « évolués ») n'en ont pas été pour autant modifiés d'un coup de baguette magique, d'autant que nulle politique volontariste de changement ne fut mise en oeuvre à ce niveau.

22. Le terme même d'« usager » apparaît significativement comme un anachronisme fort, en ce qu'il supposerait que l'indigène administré aurait été le « bénéficiaire » d'un « service » effectué à son profit par le fonctionnaire européen... Selon Brunshwig (1983 : 24-25), les agents européens de l'administration, souvent peu compétents, semblent avoir été pour la plupart motivés par l'« appétit de puissance » et la « recherche de l'intérêt matériel ». Telles ou telles illustres ou moins illustres exceptions, bien réelles, ne démentent pas cette tendance.

ciellement importée « clé en main » dans les colonies<sup>23</sup>. Les conséquences à long terme sont importantes, dans la mesure où, au-delà du mépris souvent affiché de beaucoup de fonctionnaires européens pour leurs administrés, ce sont des générations d'auxiliaires et de « commis » africains qui ont appris auprès des colonisateurs à édifier une barrière entre eux-mêmes et les populations locales, à multiplier les signes affirmant leur statut de privilégiés, à construire leur supériorité par l'affirmation de l'infériorité des autres, à « mal traiter » leurs « administrés », à user de l'arbitraire...<sup>24</sup> Avec l'indépendance, non seulement ces petits fonctionnaires africains accéderont aux responsabilités dans la continuité avec la machine administrative coloniale antérieure (prenant simplement la place des anciens maîtres européens du pays), mais en outre ils permettront, voire parfois favoriseront, la reproduction chez leurs subordonnés de cette « culture administrative » assez particulière héritée de la colonisation (au-delà bien sûr de diverses exceptions). L'indifférence bureaucratique a ainsi pris, avec la bureaucratie coloniale, une forte coloration despotique qu'elle n'a sans doute jamais perdue depuis. On peut dire cela autrement : *alors que, en Europe, la bureaucratie moderne s'est développée plus ou moins parallèlement avec l'émergence de la citoyenneté et de la démocratie; tout au long du 19<sup>e</sup> siècle, elle a au contraire, en Afrique, rimé depuis ses débuts (et jusqu'à aujourd'hui) avec l'inégalité, la violence et le mépris, en l'absence, y compris depuis les indépendances, de véritable tradition civique ou citoyenne égalitaire.* Une caractéristique collatérale doit être soulignée : alors qu'en Europe la bureaucratie s'est construite dans une relative autonomie par rapport au pouvoir exécutif, en Afrique, dès le pouvoir colonial et jusqu'à aujourd'hui, elle a été indissociable de l'arbitraire du pouvoir.

2. Le « privilégisme » (qui recouvre en partie le despotisme) renvoie directement aux innombrables « avantages de fonction » propres à la bureaucratie coloniale : au-delà des salaires doublés grâce aux indemnités, tout était dû aux administrateurs : le logement, la domesticité, les moyens de déplacements, les dons et présents en nature des populations, les services gratuits, les maîtresses... L'écart était d'autant plus grand par

---

23. Le contraste entre l'administration métropolitaine et l'administration coloniale a évidemment été déjà souligné, parfois d'ailleurs pour mettre en valeur l'administration coloniale : Delavignette oppose ainsi « l'administration impersonnelle, irresponsable, dépourvue de commandement » (1939 : 24) que l'on trouve en France et l'administration territoriale des colonies, dotée « d'un principe interne qui lui est propre : l'autorité personnelle de l'administrateur, et, en dernière analyse, la personnalité dans l'art de commander » (1939 : 27), qu'il estime être l'administration de l'avenir, « révolutionnaire et autoritaire » (id : 27)...

24. La défense par les personnels auxiliaires « indigènes » de leurs privilèges face aux populations a souvent été relevée (cf. Delavignette, 1939: 59).

rapport aux fonctionnaires de la métropole que les cadres coloniaux avaient en général une formation nettement inférieure. Le seul fait d'avoir une fonction dans l'administration coloniale donnait accès à ces privilèges, indépendamment de la compétence ou du mérite.

3. Quant aux intermédiaires, ils furent indispensables au fonctionnement de la bureaucratie coloniale, dans la mesure où celle-ci a été caractérisée à la fois par une sous-administration chronique et par un décalage maximal entre les normes et usages locaux et les normes et règles officielles. Faute de ressources humaines, et faute de maîtrise des codes et usages locaux, les bureaucrates coloniaux ont non seulement toléré, mais aussi utilisé systématiquement diverses formes de sous-traitance, là encore loin des règles métropolitaines, faisant la part belle aux auxiliaires, supplétifs, chefs administratifs, courtiers et autres hommes de main ou de confiance. Le « pluralisme des normes » évoqué ci-dessus y trouve sans doute sa source, sinon unique du moins principale, ainsi que la structure « schizophrénique » de l'administration, entre un formalisme procédural surtout rhétorique, scripturaire ou superficiel, et de multiples accommodements oraux négociés par des intermédiaires empressés et omniprésents<sup>25</sup>. Cette importance de la négociation et de l'intermédiation, qui se traduit par de multiples « arrangements », est sans doute à l'origine des premières formes de petite corruption quotidienne, qui sont apparues dès la période coloniale, certes au profit des chefs et de leurs auxiliaires, ainsi que des commis et de leurs supplétifs, mais aussi des fonctionnaires français en poste aux colonies.

« L'incompétence, la malhonnêteté souvent et l'impunité du personnel, le gaspillage du matériel ahurissaient les inspecteurs » (venus de métropole pour évaluer l'administration coloniale ; Brunshwig, 1983 : 24)<sup>26</sup>

### *Legs colonial et innovations post-coloniales*

Il est difficile de faire parfois la part entre le legs colonial (repris tel quel, rappelons-le, par les nouvelles élites arrivées au pouvoir lors des indépendances, elles-mêmes issues de la couche « indigène » des bureau-

25. La nécessité souvent soulignée pour l'administration coloniale de « composer » en fait avec les habitudes et coutumes locales (et donc ainsi *d'innover* par rapport à la rigidité du modèle métropolitain : cf. Delavignette, 1939: 123) passait par ces intermédiaires, ce qui aboutit à la *production* d'une forme originale et instable de bureaucratie.

26. Brunshwig cite entre autres une circulaire du gouverneur de Guinée par intérim qui dénonce les « cadeaux » reçus par les fonctionnaires coloniaux, et leurs « abus d'autorité pour des achats à vil prix » (1983 : 23-24).

craties coloniales) et les variations ou innovations qui ont pris place de 1960 à nos jours. C'est le cas avec le clientélisme (d'affaire, de parti, de faction ou de voisinage), qui a certes prospéré depuis les indépendances, mais que la « situation coloniale » avait déjà largement encouragé.

Le « passage de service » entre les anciens colonisateurs et les nouveaux régimes de parti unique s'est fait, on le sait, « en douceur », sans rupture<sup>27</sup>. Une de ses caractéristiques a été de permettre une promotion ultra-accélérée des anciens « commis » de la colonisation, accédant du jour au lendemain à tous les hauts postes « coloniaux » du nouvel État, et donc, on l'a déjà souligné, au « droit » de pratiquer à leur tour le « despotisme » et le « privilégisme ».

Par exemple, l'expression d'une supériorité méprisante ou arrogante envers l'usager, comme l'extension démesurée des avantages de fonction (formels et informels), hormis les salaires<sup>28</sup>, ont été intégralement reprise par les fonctionnaires nationaux (eux-même encore moins bien formés que leurs prédécesseurs) lors du passage à l'indépendance. Ces traits n'étaient-ils pas le signe d'un véritable « passage de témoin » ? Pourrait-on concevoir une fonction publique nationale souveraine qui n'ait pas droit au même respect, et donc aux mêmes avantages, que les maîtres d'hier ? De ce fait, le décrochage entre « privilèges » et compétences s'est encore renforcé. Les privilèges dus à la bureaucratie coloniale, loin de s'amenuiser, se sont même étendus à l'ensemble de la chaîne hiérarchique. Un tel mécanisme de « reconversion sur-classante »<sup>29</sup> (ne prenant que peu en compte la compétence et l'expérience professionnelle) a en effet joué du haut en bas de la bureaucratie (autour de 1960, de même qu'un instituteur devenait ministre, une dactylo débutante devenait secrétaire de direction, ou un planton devenait policier, etc.). Par la suite, dans les trente premières années des indépendances, les entrées dans la fonction publique se sont certes faites sur la base de qualifications plus adaptées, mais toujours avec « sur-classement » quasi systématique, par rapport aux carrières habituelles dans les bureaucraties européennes (un diplômé bac + 3 frais émoulu accède directement à des fonctions résér-

---

27. Ceci a été souvent noté (cf. par exemple Tidjani Alou 2001: 93). Les seules ruptures se feront (en Guinée, par exemple, ou dans une moindre mesure et plus tardivement au Bénin) par l'importation d'un modèle bureaucratique plus despotique encore, celui des pays dits « communistes ». Il est d'ailleurs significatif que, dans les deux premières décennies des indépendances et en période de guerre froide, même les régimes les plus pro-occidentaux aient emprunté aux pays de l'Est une certaine technologie politique (partis uniques, grands rituels politiques de masse...).

28. Comme les salaires restaient « locaux » et n'étaient pas alignés sur les anciens salaires coloniaux et leurs primes, le décalage entre la faiblesse des salaires officiels et l'ampleur des avantages et privilèges associés à une fonction s'est accru

29. Selon l'expression de M. Tidjani Alou (1992).

vées en Europe à un diplômé bac + 5 doté de dix années d'expérience professionnelle). Dans les administrations, un « ascenseur social » en surchauffe et totalement atypique s'est donc mis en place : il ne fonctionnait pas « aux salaires » officiels (ceux-ci restant extrêmement « sous-développés » en comparaison des homologues européens<sup>30</sup>), mais « aux privilèges » (largement supérieurs à ceux des homologues européens) ; il était largement « décroché » tant des expériences professionnelles moyennes exigées en Europe que de la lente progression typique de la bureaucratie classique ; et il ne donnait au titulaire d'un poste que les hochets du pouvoir ou les simulacres de la fonction, sans environnement fonctionnel. Ce système a fonctionné à plein jusqu'aux années 90, créant une bureaucratie de parvenus, en même temps privilégiés et frustrés, et alimentant tant la morgue des grands « bureaucrates de pouvoir » face aux subordonnés que le mépris des petits « bureaucrates d'interface » face aux usagers.

Enfin, le rôle des intermédiaires n'a fait que croître, jusqu'à être de nos jours une des caractéristiques structurales des administrations africaines.

« Tous les services étudiés fonctionnent grâce à l'appui d'un personnel non-administratif, sans statut bien défini, parfois « bénévole » depuis une vingtaine d'années (...). Ces supplétifs ont, selon notre analyse, un triple rôle. D'un côté ils jouent, semble-t-il, un rôle fonctionnel, en facilitant les démarches des usagers, voire les tâches du personnel : ils contribuent à l'accélération des procédures (au détriment toutefois des usagers qui n'ont pas eu recours à leurs services), ils peuvent protéger leur client, en cherchant à éviter la sanction ou à multiplier ses chances d'obtenir gain de cause ou de faire valoir ses droits, ils permettent aussi la personnalisation des démarches administratives, tout en rassurant le citoyen face à une administration imaginée toute-puissante. D'un autre côté, ils reproduisent la « culture professionnelle locale », avec ses habitudes, ses tours de mains, sa « débrouille »... et ses combines (ils restent toujours là, alors que les fonctionnaires sont, eux, soumis à la valse des mutations), et constituent la « mémoire » du service. Et enfin ils accentuent l'« informalisation » du service public, brouillant encore plus les frontières entre l'administration et le petit business marchand, entre le service public et les services privés, entre l'informalisation autour de l'État et l'informalisation à l'intérieur de l'État. S'ils ne sont pas systématiquement des vecteurs de corruption, ils peuvent néanmoins contribuer à l'euphémisation et à la banalisation des pratiques illicites. » (Blundo & Olivier de Sardan, 2001).

D'autres traits du fonctionnement « réel » des administrations africaines sont sans doute d'introduction plus récente, au moins quant à leur

---

30. Sauf dans les sociétés publiques ou semi-publiques.

échelle. Ainsi en est-il de la dilution de la chaîne hiérarchique, avec l'absence généralisée de sanctions (comme de promotions au mérite), et le « chacun-pour-soi-isme » systématique, qui sape tout travail d'équipe. On peut également ranger au nombre des innovations post-coloniales l'improductivité croissante des administrations et l'absentéisme chronique des personnels, la généralisation de la corruption, ou encore la multiplication de ces enclaves que sont les « projets » de développement suppléant l'État dans nombre de ses fonctions. On aboutit alors à une « double échelle des salaires », entre d'un côté le « secteur public officiel », et de l'autre soit le secteur privé ou le secteur para-étatique des institutions internationales ou des « projets », soit les avantages illégaux ou indus du « service public réel ». Ces phénomènes convergent vers ce qu'on peut appeler la « privatisation informelle » de l'État africain, typique des années 80-90<sup>31</sup>.

De ce fait, au lieu que les bureaucraties africaines, une fois l'indépendance venue, ne s'éloignent de la variante coloniale atypique pour se rapprocher du modèle européen (ce que prédisaient les théories de la modernisation), au contraire l'écart entre les bureaucraties africaines et européennes s'est accru, d'une certaine façon. Ceci est particulièrement évident pour les bureaucraties d'interface<sup>32</sup>. *Au moment où, au sein des bureaucraties européennes, des politiques d'amélioration de la qualité du service se mettaient peu à peu en place, à partir des années 80 et surtout 90 (ces politiques sont cependant loin d'être encore passées partout dans les moeurs...), les bureaucraties africaines d'interface sont restées prisonnières d'un modèle colonial que les innovations post-coloniales ont plutôt contribué à empirer qu'à améliorer (du point de vue en tout cas des rapports avec les usagers).* Clientélisme, privilégisme, « chacun-pour-soi-isme », par exemple, ont convergé, au sein d'un environnement administratif de plus en plus dégradé, vers un mépris de plus en plus général de l'utilisateur anonyme, associé souvent à un « racket » aux dépens de ce dernier, forme la plus courante de la corruption et de la privatisation informelle dans la bureaucratie d'interface<sup>33</sup>.

---

31. Sur ces diverses caractéristiques des administrations africaines, cf. le rapport des enquêtes menées sur la « petite corruption » (Blundo & Olivier de Sardan, eds, 2001) ; sur les rapports ambigus entre « projets » et Etat, cf. Tidjani Alou, 1994.

32. Une analyse des couches supérieures de la bureaucratie africaine serait évidemment différente et mettrait en évidence d'autres phénomènes (cf. pour le Niger Tidjani Alou, 2001:17-19 ; 1996:72).

33. Certes, il a fallu, pour que cette culture bureaucratique commune aux administrations africaines puisse se reproduire quotidiennement, un environnement politique propice, en l'occurrence la crise générale de l'Etat en Afrique, voire sa déliquescence (Olivier de Sardan 2000), dont les principales causes sont bien connues : la quasi banqueroute des Etats et les multiples retards de salaires dans de nombreux pays, les divers effets pervers des politiques d'ajustement structurel, le caractère fictif des budgets, l'irresponsabilité des élites politiques et leur « politique du ventre », la corruption électorale généralisée...

Dans un tel contexte, la « sur-personnalisation » apparaît alors plutôt comme un mécanisme compensatoire, qui seul garantit qu'un service réel soit rendu à l'utilisateur, du moment qu'il est recommandé. La « perméabilité de la membrane » autoriserait ainsi une zone dérogatoire de fonctionnement personnalisé, par une importation épisodique dans la bureaucratie d'interface (le domaine du public méprisant) de relations « humaines » venues de l'extérieur (le domaine du privé chaleureux), ce qui permet tout à coup à une machine ordinairement inhumaine, prédatrice et dysfonctionnelle de devenir ponctuellement, pour un temps et pour quelqu'un, humaine, bienveillante et fonctionnelle. Cette membrane serait alors comme une soupape... Mais c'est un cercle vicieux qui s'installe et s'élargit. Le sort peu engageant fait aux usagers anonymes rend d'autant plus nécessaire la mobilisation des réseaux de faveurs, ce qui accroît encore plus les dysfonctionnements d'une bureaucratie d'interface improductive et démotivée.

Les relations soignants-soignés n'échappent pas à ce cercle vicieux. Pourquoi ?

## **La culture professionnelle de la santé**

Notre propos se déclinera en deux temps. Pourquoi le domaine de la santé relève-t-il en Afrique de la bureaucratie d'interface ? Comment une culture professionnelle spécifique se met-elle en place et se conjugue-t-elle avec la culture bureaucratique commune ?

### ***La santé, en Afrique, relève de la bureaucratie d'interface***

En Europe, la bureaucratie d'interface, dans le domaine de la santé, semble se limiter à l'administration hospitalière. Les soignants, pour leur part, ne sont en rien victimes des mêmes stéréotypes que les bureaucrates. Ils en semblent même à peu près complètement épargnés. Sans doute faut-il y voir une convergence de facteurs multiples :

- La figure du médecin s'est construite dans des relations personnalisées de proximité (médecin de campagne, médecin de famille)
- Le monde de la santé est associé à une forte tradition compassionnelle, à base religieuse (rôle des ordres monastiques), mais aussi laïque (cf. Croix Rouge)
- Le boom de la médecine hospitalière après la 2<sup>e</sup> guerre mondiale est indissociable d'un boom des équipements médicaux, qui donne à l'orga-

nisation bureaucratique du travail dans les hôpitaux la légitimité et la fonctionnalité d'une haute sophistication technique au service des malades quels qu'ils soient

- Depuis les années 60-70 la forte pression de mouvements d'opinion, de groupes de pression, voire de mouvements sociaux, a entraîné une plus grande prise en compte du malade comme personne (*patient-centered medicine*), qui se traduit dans l'organisation même des services

En Afrique, tous ces facteurs « favorables » sont absents, là encore en raison de l'histoire spécifique de la colonisation et des indépendances, tandis que d'autres facteurs jouent au contraire dans le sens d'une intégration des personnels de santé dans le lot commun des bureaucrates d'interface.

- La première forme de médecine fut, en Afrique, militaire, pendant longtemps, par son personnel mais aussi par ses méthodes, avec les services des « grandes endémies », les vaccinations de masse, les quarantaines obligatoires en cas d'épidémies, toutes activités à forte connotation despotique...

- Longtemps (et jusqu'à aujourd'hui dans certains pays comme le Niger), les soignants en contact avec la grande majorité de la population, et effectuant l'ensemble des actes médicaux de premier niveau, ont été des infirmiers, à la formation succincte, sans compétence ni moyens en termes de diagnostics tant soit peu complexes, plus portés à des consultations standardisées et expéditives que les médecins.

- De même, le médecin de famille ou de campagne reste une figure encore largement inconnue.

- Par contre, le développement de la médecine moderne, après les indépendances, dans les années 70-90, s'est fait essentiellement autour des hôpitaux, donc sur un modèle très centralisé, mais sans que ceux-ci aient, de très loin, la technicité et la fonctionnalité correspondantes des hôpitaux du Nord. Dans la mesure où, en outre, les chefs de service fraîchement nommés se sont le plus souvent contentés des attributs et avantages de la fonction sans pouvoir ni vouloir investir dans la réforme ou l'amélioration du service, dans la gestion des personnels, dans la création d'une « culture de service », ou la constitution d'un pôle de compétence collective, on a eu les inconvénients du mandarinat sans en avoir les avantages : ces hôpitaux ne sont plus que des structures bureaucratiques banalisées, dégradées et délégitimées<sup>34</sup>.

- La concurrence importante d'autres prestataires de soins, en particulier hors du secteur bio-médical (« pharmacies par terre », auto-médica-

---

34. Cf. Hahonou, 2001, pour une description du service des urgences à l'hôpital national de Niamey. Cependant le bilan des structures de santé « communautaires » mises en place en particulier au Mali (CSCOM) ou en Côte d'Ivoire (FSUCOM) reste à faire. Malgré certains progrès indéniables ici ou là, il ne semble pas pour le moment de nature à remettre en cause le tableau général.

tion « traditionnelle » ou « néo-traditionnelle », guérisseurs, marabouts et religieux, « médecine chinoise »...), renforce l'agressivité des personnels de santé les moins formés et à la légitimité la moins assise.

- Le mode d'entrée dans la profession a été très différent. Dans un premier temps, les recrutements massifs des années 70-80, avant les crises de l'État et les ajustements structurels, se sont fait le plus souvent dans le cadre de systèmes d'orientation autoritaires, où la notion de « vocation » n'avait guère de sens. Dans un second temps, après les crises, dans le contexte actuel de menace omniprésente du chômage, l'entrée dans une école d'infirmiers n'est, de même, qu'un moyen parmi d'autres d'obtenir un emploi comme un autre.

D'autres éléments entrent aussi en ligne de compte pour expliquer à quel point le soignant en Afrique se comporte comme un bureaucrate ordinaire. Le pouvoir du soignant y redouble le pouvoir du fonctionnaire, et augmente encore le fossé entre le bureaucrate post-colonial et l'usager anonyme, et ceci d'autant plus que les contre-pouvoirs font presque complètement défaut (pas de canaux d'expressions de l'opinion publique, pas de groupes de pression associatifs puissants, ni de mouvements de consommateurs ou de malades<sup>35</sup>, aucune presse sérieuse d'information et d'enquête, absence de journaux télévisés dignes de ce nom). Il n'y a guère que dans les villages dotés d'un dispensaire où le poids du voisinage et des réseaux d'interconnaissance sert de contrepoids au pouvoir de l'infirmier et fait que celui-ci, bien souvent, a un comportement social « normal », non despotique ou méprisant dans ses relations avec ses malades...<sup>36</sup>

De plus, les soignants, comme tous les fonctionnaires, vivent un permanent conflit d'intérêt entre d'un côté un environnement social et familial qui fait pression pour qu'ils « profitent » au maximum de leur fonction et de ses privilèges, et surtout en fassent bénéficier leur entourage, et de l'autre côté un milieu médical non stimulant, non coopératif, non animé, non dirigé, non productif. Les enjeux propres à la santé (souffrance, mort) augmentent d'autant la pression : mais ceci renvoie à la question de la spécificité du domaine de la santé, et à sa culture professionnelle propre.

---

35. A l'exception des familles de drépanocytaires et, plus récemment, des porteurs du VIH : mais ces associations restent confidentielles et fonctionnent plus comme des groupes de pression visant à améliorer la prise en charge d'une pathologie que comme des mouvements réformateurs entendant améliorer l'ensemble du système de santé.

36. Les centres de santé confessionnels, si on s'en tient en tout cas à la réputation bien meilleure que celle du secteur public qui est la leur, semblent aussi échapper à la condamnation générale.

*Une culture professionnelle spécifique*

En effet, au-delà de la participation des personnels de santé à l'« indifférence bureaucratique » générale, on peut aussi poser l'hypothèse d'une « indifférence médicale », intégrée à la culture professionnelle des soignants, modelée et reproduite dans leurs pratiques locales.

Il suffit d'évoquer l'importance du décalage entre d'un côté la formation très académique voire scolaire des soignants en Afrique (médecins, infirmiers, sages-femmes), qui est censée transmettre les normes professionnelles officielles, et de l'autre côté les conditions d'exercice du métier ensuite, qui sont sans rapports avec ce qui a été appris. Non préparés à affronter des malades réels dans des situations réelles, dépourvus des outils diagnostiques et cliniques appris dans les manuels, les soignants débutants éprouvent un « choc de la réalité », générateur de frustrations profondes. Assez vite, nombre d'entre eux baissent les bras, ou simplement se protègent (contre la situation, contre l'impuissance, contre la pression extérieure, contre aussi la souffrance et la mort des autres), par la mise en place de barrières psychologiques ou comportementales entre les malades et eux-mêmes (cf. le chapitre suivant de Y. Jaffré).

On pourrait donc parler d'une « construction médicale de l'indifférence », nécessaire à la survie des soignants dans un environnement particulièrement difficile auquel ils n'ont pas été préparés. Cette indifférence du soignant se confond alors avec l'indifférence du bureaucrate, quand elle ne s'y ajoute pas.

Un autre facteur est sans doute le fait que, partout en Afrique, les syndicats des personnels de santé aient abandonné tout souci d'amélioration de la qualité du service fourni, et soient devenus des fiefs corporatistes centrés sur la seule défense des avantages ou des privilèges catégoriels, prêts à y sacrifier sans hésiter la vie des malades comme en témoignent les nombreuses grèves sans service minimum qui ont eu lieu partout en Afrique.

Enfin, dans la santé, la privatisation informelle de l'administration, évoquée plus haut, prend des formes parfois paroxystiques. Le « syphonage » du public par le privé y atteint des sommets, que ce soit avec la « fuite » des matériels des hôpitaux vers les cliniques, avec les détournements massifs de médicaments, avec l'absentéisme au travail au profit de consultations en ville ou le détournement de clientèle, etc.... Certaines formes de syphonage existent certes en Europe, parfois officialisées ou tolérées (cf. les lits privés dans les hôpitaux) : en Afrique, où elles n'ont guère de limites, elles rendent le secteur public encore plus vulnérable et démuné.

Mais ces caractéristiques propres au domaine de la santé en Afrique ne peuvent à elles seules rendre compte de la culture professionnelle des personnels de santé. Cette culture, en effet, ne se produit et se reproduit qu'à l'échelle locale, celle du dispensaire, de la maternité, du service.

### *Le cas des maternités*

Nous partons de l'exemple des maternités. Toutes nos enquêtes le montrent : les maternités sont, plus encore que les dispensaires et les hôpitaux, perçues comme des lieux de mépris et de racket (ou de corruption, au sens large du terme<sup>37</sup>). Et on retrouve, autour de l'accouchement, l'ensemble des dysfonctionnements relevés quotidiennement dans les centres de santé, mais quasiment « en pire ». En fait, le parcours de la parturiente est aussi un parcours d'obstacles, où l'on peut identifier diverses séquences distinctes, qui sont chacune, de façon plus ou moins aiguë, des lieux de « frictions » entre d'un côté les personnels de santé (sages-femmes, mais aussi matrones, aides-soignantes, infirmières, filles de salle, gardien) et de l'autre les usagers (parturientes, mais aussi accompagnantes et maris) : l'arrivée, l'attente avant l'entrée en salle de travail, la salle de travail, les suites de couches, la sortie. Prenons comme exemple privilégié une séquence particulière, la salle de travail, et un lieu de friction spécifique dans cette séquence, ayant pour pivot le problème suivant : comment accélérer le travail ?

Face à une femme anonyme en travail (en particulier s'il s'agit d'une primipare), suspecte de ne pas « pousser » assez, les sages-femmes adoptent le plus souvent une série de comportements stéréotypés qui sont éloignés tant d'une attitude compatissante que des normes techniques officielles apprises à l'école professionnelle. Elles allient la violence verbale (insultes du type « tu ne faisais pas tant de manières quand tu t'es fait faire cet enfant » ; ou menaces du type « si tu ne pousse pas assez on va te déchirer » ; « si tu ne pousse pas assez, on va t'envoyer à la maternité centrale »<sup>38</sup>), et parfois même la violence physique (pour comprimer énergiquement le ventre<sup>39</sup>), à la proposition quasi systématique (tournant parfois à l'injonction) d'administrer « un sérum », c'est-à-dire en fait une injection par perfusion d'ocytociques (en général Syntocinon, dit « synto »), pour augmenter le rythme et la force des contractions, injection qu'il faut payer à la sage-femme. Autrement dit, les sages-femmes ont comme pra-

37. Sur ce sens large, cf., à propos du « complexe de la corruption », Olivier de Sardan, 1999.

38. La référence, qui est une indication thérapeutique décisive pour réduire la mortalité maternelle, est donc utilisée totalement à contre-emploi, comme menace, dans la mesure où accoucher à la maternité centrale signifie payer au moins 10 fois plus cher l'accouchement, ce qui peut être une catastrophe économique. De plus l'« opération » (la césarienne) est redoutée par les femmes (tant par peur d'une stérilité ultérieure que prédit la rumeur publique, que par peur de l'intervention elle-même).

39. Dans d'autres séquences de l'accouchement, on constate parfois également des violences physiques, comme lorsqu'on exige d'une femme dont le col n'est pas encore suffisamment dilaté qu'elle marche en long et en large dans la cour de la maternité.

tique courante de vendre, à titre personnel, une injection de « synto », bien au-delà des indications normales de ce produit<sup>40</sup>. Ces flacons, les sages-femmes se les procurent en les achetant elles-mêmes, pour les revendre aux « clientes ».

« Extrait du carnet de note d'une élève sage-femme, stagiaire, pendant la nuit du 2 au 3 mai, dans une maternité de Niamey : « Après l'accouchement de leur « passe » (protégée), la sage-femme, la fille de salle et l'infirmière se sont endormies. Après 1 heure du matin, nous (les stagiaires) avons au total 4 femmes en travail (...). A 5 heures 30, accouchement de Mme A d'un enfant de sexe féminin, né vivant, à terme. Cinq minutes après nous observons une vente, par la sage-femme, de synto à une femme en travail. En fait c'est le reste du synto acheté par une autre patiente. Après avoir reçu l'argent du produit, elle place la perfusion à la femme. Il est à remarquer que la sage-femme s'est réveillée uniquement parce qu'elle voulait vendre son synto »<sup>41</sup>.

Parfois le même flacon, dilué, est revendu en plusieurs « doses ». Parfois la sage-femme « place » son produit avec la complicité des filles de salle, plus proches des parturientes. Parfois les « recettes » ainsi obtenues sont « mutualisées », au niveau de l'équipe de garde (qui, dans une maternité, est l'unité pertinente).

« Le manoeuvre dit qu'à chaque sortie de garde (8 heures ou 20 heures) le personnel de garde (sage-femme, fille de salle et infirmière) se partage l'argent qu'il a gagné, à la devanture de la maternité, au vu et au su de tout le monde » (rapport d'enquête de A. Tidjani Alou, Niamey).

Mais dans tous les cas l'objectif est clairement économique : c'est le meilleur moyen d'arrondir le salaire, par exemple de le doubler<sup>42</sup>.

40. Cela n'est pas sans conséquences néfastes en matière de santé publique : alors que la prescription d'ocytocique doit être réservée à des indications très particulières, son administration quasi systématique développe les risques de rupture utérine.

41. Cité in Souley, 2000 : 16-17.

42. Sur Niamey, par exemple, la dose de synto est vendue par les sages-femmes entre 5 000 et 8 000 FCFA. Si l'on estime que le bénéfice est de 4 000 à 7 000 FCFA par flacon (dans la mesure où le même flacon peut servir à plusieurs administrations), on a, pour une moyenne de deux accouchements par équipe de garde, pour 15 jours par mois de service, et même en redistribuant jusqu'à la moitié de la somme aux membres de l'équipe (« bénévoles » ou filles de salles), un « revenu » mensuel supplémentaire allant de 60 000 à 100 000 FCFA, pour un salaire officiel situé entre 50 000 et 90 000 FCFA. Rappelons que les sages-femmes sont en général épouses de fonctionnaires, parfois mêmes de hauts fonctionnaires (cf. l'article pionnier de Jaffré & Prual, 1993, sur les sages-femmes au Niger).

L'« argument de vente », si l'on peut dire, joue sur la vulnérabilité des femmes en couches et leur ignorance des normes médicales : on accepte de payer parce que c'est une prescription de la sage-femme, on accepte aussi de payer pour accélérer le travail, pour soulager l'angoisse, pour souffrir moins longtemps, pour éloigner la menace de l'épisiotomie, et surtout de l'évacuation ou de la césarienne... Ou parce que refuser de payer, c'est accroître les risques.

« Il y a une sœur du gardien qui est venue accoucher à la maternité. L'équipe de garde leur a demandé de donner 5 000 FCFA pour qu'on place un sérum de synto pour accélérer le travail, mais elle a refusé de donner les 5 000 FCFA. Après l'avoir insultée, elles lui ont donné une ordonnance, afin qu'on aille à la pharmacie l'acheter. Ce jour là, cette femme a accouché dans la douleur car elles ne se sont pas occupées d'elle, parce qu'elle a refusé d'acheter leur produit simplement » (rapport d'enquête de A. Tidjani Alou, Niamey).

### *Les cultures professionnelles locales dans le champ de la santé*

Chaque métier a ses compétences techniques et ses normes professionnelles officielles, qu'un système de formation spécifique (cursus professionnel, avec formation initiale, et formation continue) a pour mission d'inculquer. Mais chaque métier est pratiqué de fait, localement, d'une façon quelque peu différente du modèle officiel, tout en incorporant de nombreux éléments de celui-ci, mais mêlés à des habitudes, des routines et des « tours de mains » correspondant à un « savoir-faire » spécifique, à des ajustements liés au site, au fonctionnement particulier de la structure, au système local de gestion, à la nature de la hiérarchie en place, aux relations entre collègues, aux contraintes contextuelles, matérielles, financières, etc. C'est cet ensemble composite que nous appellerons « culture professionnelle locale »<sup>43</sup>.

La culture professionnelle locale des sages-femmes en Afrique est marquée par cet écart considérable, souligné plus haut, entre la formation théorique reçue (souvent de type très scolaire, au pire sens du terme), et les conditions d'exercice « réel » du métier ensuite, dans un contexte de pénurie grave de matériels et de médicaments. Les stages pratiques, en fin de formation, sont souvent un traumatisme. Les stagiaires découvrent le « vrai » métier de sage-femme, loin des schémas aseptisés et intemporels

---

43. On trouvera dans Darré (1997), à propos des pratiques agricoles en France, une approche stimulante de la production de normes par le groupe professionnel local (le même auteur présente les sources théoriques de sa réflexion dans Darré, 1999).

des cours, sans aucun encadrement de leurs enseignants: ce sont elles qui doivent subitement faire l'essentiel du travail, sous la surveillance souvent lointaine de sages-femmes du service, qui les insultent parfois lorsqu'elles les réveillent « pour rien ». Ces stages, et les deux ou trois premières années d'affectation, constituent le lieu essentiel de la socialisation professionnelle, l'espace d'apprentissage de cette culture professionnelle locale. On y découvre comment se débrouiller avec tel ou tel médicament en rupture de stock, et travailler sans doigtiers disponibles, avec un tensiomètre en panne, et l'ambulance qui fait les courses du chef de service. On y apprend les trucs de métier, et aussi les « combines » plus ou moins tolérées. On y fait le tri entre certains gestes indispensables, et d'autres que l'on s'habitue à négliger. On s'y protège peu à peu contre la souffrance et la mort, on s'y défend de mieux en mieux contre les exigences excessives des parturientes et de leurs accompagnants, on s'habitue au dénuement et aux injustices, on en revient de ses illusions initiales, on commence à arrondir les fins de mois.

« Le problème que nous rencontrons ici en stage est l'impossibilité d'appliquer la théorie. Dès que les stagiaires commencent à pratiquer la théorie, les titulaires disent que ce n'est pas ça et cela les met beaucoup dans l'embarras » (F.C.M., élève sage-femme stagiaire, ENSP Niamey).

« Il y a une très grande différence entre ce qu'on nous apprend à l'école et ce qu'on voit sur le terrain. Par exemple, à l'école on nous dit que pour procéder à l'expulsion d'un placenta il faut attendre 30 à 45 minutes après l'accouchement, le temps que ça se décolle, ensuite on procède à l'expulsion complète. Mais là on voit des sages-femmes qui attendent juste le temps de faire la toilette du bébé, environ 10 à 15 minutes, pour procéder à la délivrance, elles l'expulsent de force et les patientes font des hémorragies » (I.A., élève sage-femme stagiaire, ENSP Niamey).

La culture professionnelle locale des sages-femmes, comme sans doute toute culture professionnelle locale, combine trois ensemble d'éléments au moins : (a) des « traces » directes des normes et compétences officielles respectives ; (b) des traces plus indirectes, en ce qu'elles ont été « adaptées » et « trafiquées », on pourrait dire « détournées »<sup>44</sup> ; (c) un ensemble de comportements appris sur le tas, autrement dit de normes informelles produites localement, à la fois d'ordre « technique », d'ordre « relationnel », et d'ordre « économique », y inclus la corruption (on pourrait ici parler de « *coping strategies* », de « débrouilles »).

44. Ce terme n'est pas ici pris dans le sens d'un prélèvement illicite, mais dans celui d'une réorientation ou d'une transformation. Sur les processus de « détournement » classiques dans les opérations de développement, cf. Olivier de Sardan, 1995.

Une culture professionnelle locale quelconque recouvre d'ailleurs souvent divers corps ou statuts, formels ou informels: la culture professionnelle locale d'une maternité associée, autour des sages-femmes, les aides soignantes, les filles de salle, parfois des matrones ou des secouristes, chacun de ces « corps » pouvant à certains égards pratiquer les mêmes actes thérapeutiques, nouer des relations similaires avec les usagers, et développer les mêmes « combines », mais aussi à d'autres égards se répartir les rôles et entretenir des relations hiérarchiques.

Le plus souvent, l'espace privilégié de constitution, d'exercice et de reproduction de la culture professionnelle locale est le service ou l'équipe (une maternité ou une équipe de garde), avec, dans le système actuel de *turn-over* frénétique des administrations africaines, où les chefs de services restent rarement plus d'un an et où la valse des affectations ne s'arrête guère, une « permanence » de cette culture professionnelle locale (c'est-à-dire une mémoire des habitudes, routines, et combines locales) qui est assurée paradoxalement par les petits personnels auxiliaires, souvent « bénévoles », et, eux, stables, car non « affectables » ailleurs.

### ***Combinaisons de la culture bureaucratique commune et de la culture professionnelle de la santé***

C'est évidemment par commodité analytique que nous avons tenté de distinguer ce qui relève d'une culture professionnelle de la santé et ce qui relève de la culture bureaucratique commune. Dans les faits les deux sont imbriqués, enchevêtrés, voire confondus. Par exemple, on pourrait déchiffrer dans l'absence de compassion et de prise en charge des malades par les personnels de santé cette double influence :

- D'un côté, une culture professionnelle spécifique qui a incorporé diverses « défenses » face aux exigences indues des malades ou aux risques d'une prise en charge qui deviendrait vite sans limites, ou face à l'impuissance devant les souffrances ou la mort

- De l'autre côté, une culture bureaucratique commune qui construit l'usager anonyme comme tout à la fois un gêneur, un inférieur, et une proie.

De même, le rapport très particulier au temps que l'on constate chez les sages-femmes relèverait simultanément :

- D'un temps « technique » lié à la culture professionnelle de la santé (rythme des « gardes » nocturnes, temps trompeur du « faux travail », temps plus standardisé expérimentalement de la dilatation, temps normalisé du partogramme, etc.) qui contraste fréquemment avec le « temps vécu » des parturientes

- D'un temps « bureaucratique » lié à la culture bureaucratique commune (le temps illégitime de l'usager est toujours une perturbation du temps légitime de l'agent)

Mais il y a évidemment d'autres éléments qui entrent en ligne de compte, et la question des « normes pratiques » ne peut se réduire aux deux seules composantes ici identifiées, culture professionnelle de la santé et culture bureaucratique commune. Par exemple, le contexte social immédiat peut intervenir: dans un centre de santé rural, villageois, le poids des relations d'interconnaissance (« *face to face societies* ») vient considérablement moduler la culture bureaucratique commune, dans la mesure où l'infirmier, ou la sage-femme, ont comme clients des acteurs pour beaucoup connus, non anonymes.

D'autre part, les normes sociales venant de la société englobante interfèrent aussi, tantôt dans le même sens, tantôt en sens contraire. Les préséances statutaires (âge, genre, condition sociale) sont ainsi parfois respectées, parfois ignorées, dans les interactions entre fonctionnaires et usagers. Tantôt la « membrane semi-perméable » filtre, tantôt elle laisse passer...

## Conclusion

Du côté des malades et de leurs accompagnants, c'est-à-dire du côté des usagers, on a appris depuis longtemps à « jouer » sur les normes pratiques. Des stratégies de « débrouille » (*coping strategies*) liées à la personnalisation se sont depuis longtemps mises en places pour éviter le sort peu enviable du patient anonyme (cf. ci-dessus, chapitres 2 et 4) :

- La fréquentation des seuls centres de soins où l'on a « une connaissance », ou de centres confessionnels
- La construction progressive de relations personnelles avec un soignant au départ inconnu
- Pour ceux qui en ont les moyens, la « corruption » (qui, au-delà de l'aspect monétaire, « crée » de la relation)

Mais beaucoup restent sur le chemin, les plus démunis en général, ceux qui non seulement n'ont pas d'argent, mais qui n'ont pas non plus de relations, de « capital social ». Si l'on veut améliorer leur sort, *ce sont les normes pratiques des personnels de santé qu'il faut modifier, ou du moins certaines d'entre elles.*

Si notre analyse est valide, toute action réformatrice visant à améliorer le sort général des patients anonymes, et donc des plus « pauvres », passe alors par ces deux questions : (a) qui a les capacités à transformer la culture professionnelle (en particulier locale) des personnels de santé, et comment le faire ? (b) comment extraire les personnels de santé, au moins partiellement, de la culture bureaucratique commune ? Nous n'avons pas ici les moyens de répondre à de telles questions. Tout juste pouvons-nous émettre deux propositions, à titre de points de départ.

*Réformer la culture professionnelle ?*

Dans les milieux de la santé, on invoque souvent le « manque de formation » comme cause des dysfonctionnements, et donc le départ en formation comme solution. D'où la pléthore de formations de tous ordres et en tous genres, qui n'ont guère d'impacts sur les attitudes « en situation réelle », et ont surtout pour effet de distribuer des per-diem aux personnels (la quête permanente de per-diem étant une des principales stratégies des fonctionnaires pour « arrondir les fins de mois ») et de désorganiser encore un peu plus les services. Or, le problème principal des « formations » est qu'elles ne portent que sur les normes officielles, et ne concernent donc pas la culture professionnelle locale, effective, qui régit les comportements des personnels de santé, avant et après le temps « à part » de la formation. Les formations apparaissent alors comme des « parenthèses » où l'on discourt gentiment des normes officielles, avant de revenir aux routines habituelles de la vie professionnelle réelle.

Quant à la supervision (ou « monitoring »), également présentée comme une solution raisonnable, elle se heurte soit à des difficultés analogues (le temps du passage du superviseur est alors une simple « parenthèse »), soit à la culture bureaucratique commune (« chacun-pour-soiisme », absence de sanctions et de promotions au mérite, clientélisme, renoncement de la hiérarchie, etc.).

On voit mal par ailleurs comment les cultures professionnelles locales pourraient être modifiées « par en haut » de façon technocratique : on sait les échecs des réformes multiples qui ont été mises en place en Afrique depuis vingt ans, à travers les administrations de la santé ou à travers les « projets ».

*Proposition 1. Dans les conditions actuelles, c'est sans doute sur les lieux de travail, dans les services, en s'appuyant sur les acteurs réformateurs à l'interface entre personnels et usagers (que ce soit par la pression d'usagers ou par l'action réformatrice de certains personnels de terrain) qu'une modification des cultures professionnelles locales est envisageable.*

*Sortir de la culture bureaucratique commune ?*

On peut même se demander si certains remèdes ne sont pas, en ce domaine, pires que le mal, du fait de nombreux effets pervers. La multiplicité des « projets » verticaux, les nombreuses formations en « santé publique », la tenue de statistiques nécessaires au monitoring, la diffusion incessante de fiches et registres épidémiologiques de toutes sortes à rem-

plir, ont ainsi concouru involontairement à renforcer ces dernières années la dominante bureaucratique dans les centres de soins en Afrique.

Dans un autre domaine, la diffusion, pour d'excellentes raisons, des schémas « plaintes-traitements », destinés à favoriser de meilleurs dépistages et diagnostics dans des conditions où les examens de laboratoire font défaut, a sans doute renforcé également une approche bureaucratique de la consultation.

*Proposition 2. Dans les conditions actuelles, toute amélioration de la qualité des soins pour le patient anonyme exige sans doute une débureaucratization des soins plutôt qu'une sur-bureaucratization, une insistance sur la pratique clinique plutôt que sur les schémas de santé publique, et une promotion de la médecine comme « art » et comme éthique spécifique...*

## La configuration de l'espace moral et psychologique des personnels de santé

Y. JAFFRÉ

Lorsqu'on les observe, et plus encore lorsqu'on y est confronté, les dysfonctionnements des services de santé sont accablants. Un monde opaque, irritant, injuste, alors que l'on voudrait le malade et sa détresse respectés. Ici, plus qu'ailleurs, les manquements éthiques sont insupportables. Là où nous avons travaillé, des femmes meurent ; d'autres, faute de soins efficaces, vont souffrir d'horribles handicaps.

Mais si l'on souhaite comprendre les causes d'un tel problème de santé publique, il faut bien sûr différer ses réponses et prendre le temps de les séparer de l'émotion. Et surtout ne pas croire que tout cela puisse s'expliquer par quelques « profondes raisons », des déterminants simples sur lesquels on pourrait agir rapidement et stratégiquement. Poursuivons donc, sans hâte, sur ces questions complexes, proches de la morale et situées à l'intersection de plusieurs disciplines, mais dressons, avant tout, quelques indispensables garde-fous.

Méfions-nous, tout d'abord, d'une forte sollicitation à passer de l'étude descriptive au jugement normatif. En ce domaine où la souffrance est centrale, la tentation est grande « d'instruire à charge » contre les personnels de santé. Cette posture, parfois naïvement endossée par la santé publique – mais aussi par les anthropologues – oscille entre une moralisation simpliste et une « psychologisation » hâtive : « les personnels sont mauvais, paresseux », « ils ne sont pas motivés », etc. Ces raisonnements peu nuancés, qui débouchent sur de récurrentes tautologies – « les personnels ne travaillent pas parce qu'ils ne sont pas motivés » – ne sont d'aucun secours.

A l'inverse, on ne peut se limiter à évoquer exclusivement un jeu de contraintes sociales (salaires insuffisants, manque d'encadrement, etc.). Les pratiques que nous avons décrites (violences, détournements, etc.) sont mises en œuvre individuellement par des acteurs qui, pour le dire

simplement, « savent ce qu'ils font », ou tout au moins « ne sont pas sans le savoir ».

C'est bien pourquoi les comportements de ces personnels de santé ne sont pas uniformes. Certains acceptent des conduites indignes, d'autres les refusent, avec tous les malades, ou avec certains. Les interactions sont donc mouvantes et discontinues. Contraints par un même contexte, ces acteurs ne sont pas de simples objets ballottés au gré de vastes déterminations externes.

C'est dire que la description ne peut se borner à souligner ce qui est majoritaire, ni l'analyse se limiter à une consécution régulière des conduites par des déterminants de divers ordres. Tenter de dire le réel des structures de soins impose de rendre compte des variations observées, et de s'interroger sur la réflexivité des acteurs. Bref, il faut comprendre ce qui incite les soignants à agir comme ils le font, comment ils légitiment leurs attitudes à partir d'un ou plusieurs systèmes de normes, et comment tout cela « se croise » non dans un modèle pré-établi mais dans le mouvement des « vraies vies ».

Interroger ces choix et le regard particulier qu'un sujet porte sur ses actes, c'est, en fait, penser la déontologie : préciser comment, dans un contexte particulier, s'instaure un rapport moral « à soi ». En ce geste, et la préposition le souligne, l'acteur apparaît clivé. Il se juge et évalue ses conduites en fonction de plusieurs appartenances et types d'obligations : des normes collectives, des « mondes sociaux »<sup>1</sup>, et une sensibilité singulière. Il s'agit donc d'intériorité, mais constituée par des débats et des conflits externes bien particuliers.

Résumons autrement. La question ne relève ni d'une psychologie qui raisonnerait à partir de sortes d'invariants anthropologiques (ou « culturels »), ni d'une sociologie qui se bornerait à souligner des déterminants objectifs supposés entraîner d'immuables conduites. Il s'agit plutôt de penser les formes d'une liberté conditionnelle des personnels de santé, une « configuration » au sens qu'Elias donnait à ce terme : « Penser la liberté de chaque individu comme inscrite dans la chaîne d'interdépendance qui lie aux autres hommes et qui borne ce qui lui est possible de décider ou de faire (...) De là, aussi une manière de penser les relations intersubjectives, non pas avec des catégories psychologiques qui les supposent invariables et consubstantielles à la nature humaine, mais dans leurs modalités historiquement variables, directement dépendantes des exigences propres de chaque formation sociale » (Chartier 1985 : xi).

Autrement dit, les situations que décrivent nos enquêtes incitent à deux types d'études, complémentaires quant au traitement des problèmes mais distinctes quant aux procédures d'analyse.

---

1. Que Strauss définit comme des croyances partagées et un ensemble de chaînes gestuelles permettant une certaine coopération (1992).

On peut, tout d'abord, « épilucher » ces données, et pratiquer l'analyse comme on ouvre une matriochka en soulignant les liens entre des séries de questions et de propositions réciproquement emboîtées, et en comprenant comment certains dysfonctionnements trouvent leur sens à être rapportés à de plus vastes ensembles. C'est ainsi qu'une enveloppe après l'autre, un travail d'épidémiologie clinique peut s'attacher à comprendre quelques larges déterminants des systèmes sanitaires : problèmes de disponibilité des médicaments, niveau des salaires, formation technique des personnels, etc. De même, la similarité des conduites observées dans le domaine de la santé et dans d'autres administrations incite à s'interroger sur l'influence de l'histoire, notamment coloniale, sur le fonctionnement des appareils d'État, et sur les « normes pratiques » régissant les conduites des acteurs dans des services publics (cf. ci-dessus l'article d'Olivier de Sardan).

Par ailleurs on peut aussi tenter de rendre compte de ce bruissement particulier qu'est un terrain : un ensemble discontinu de bribes comportementales, de propos énoncés dans de multiples registres : critiques, regrets, souvenirs, ou plaintes pour prendre l'autre à témoin. Et des adresses tout aussi différentes : de chacun à ses proches, des soignants aux patients et inversement, à la cantonade aussi quand on est excédé... Un monde de cris autant que de silences pudiques arc-boutés à la douleur, et que parfois l'on n'ose interroger<sup>2</sup>.

Comprendre au plus proche cet étrange patchwork, c'est tout d'abord identifier les pièces qui le composent : des objets techniques, des identités, des relations de parenté, des sensibilités, etc. C'est ensuite analyser, dans une même synchronie, les rapports entre ces diverses surfaces de sens, repérer des sortes de collisions entre des « plaques sémantiques » circonscrivant des domaines sociaux apparemment hétérogènes. Les vies et les choix des acteurs brassent ces matériaux et se présentent comme des collages qui composent des figures originales de relation à soi et à l'autre. Ils rassemblent singulièrement les éléments d'une forme particulière de cohérence collective<sup>3</sup>.

---

2. Outre des matériaux qui proviennent de notre enquête collective, nous utiliserons d'autres données provenant de travaux entrepris au Mali dans des services de pédiatrie (discours en situation) et d'hémo-oncologie. Nous remercions le Pr. Dapa Diallo pour son accueil dans son service à l'hôpital du Point G (Bamako).

3. Sur ces questions, nous renvoyons aux travaux d'Alphonse Dupront : « N'établisons pas des enracinements sociologiques simplistes où nous ne pouvons que diminuer la complexité de l'histoire. Il faut concevoir plutôt, au plan spirituel, une immense élaboration de notions, de formes, d'idées, une mise en circulation plus ou moins chaotique où la vie collective prend selon son besoin (...) Mais là encore, toute liaison de causalité trop étroite, comme toute assignation de catégories mentales, de notions, voire de principes à une classe déterminée, aboutit à une mécanisation très vite paralysante. Deuxième aspect de cette vérité : les contraires sont donnés à la fois... » (Dupront 1996 : 27, 30).

Il revient à une « micro-anthropologie »<sup>4</sup> de comprendre comment ces vastes déterminations et des normes communes s'articulent avec des conduites singulières, induisent et correspondent à des « psychologies » particulières, modèlent les interactions entre soignants et soignés.

Mais, pour rendre compte de ce foisonnement, il faut l'ordonner. Certains matériaux portent sur les motifs de la qualité défectueuse des interactions entre les soignants et les populations, d'autres sur quelques spécificités des postures morales et psychologiques des personnels de santé travaillant dans ces villes d'Afrique de l'Ouest.

Nous irons dans un premier temps des symptômes au diagnostic en nous interrogeant sur les dimensions élémentaires de la pratique de soins et plus précisément sur l'exercice de la profession ; sur les modalités de la relation aux patients ; et sur les formes du rapport à soi.

Puis, en allant du diagnostic au traitement, les derniers paragraphes proposeront quelques pistes susceptibles d'améliorer les difficultés rencontrées. Sans prétendre à l'exhaustivité<sup>5</sup>, nous aborderons alors trois plus vastes domaines : la construction d'un espace relationnel entre les soignants et les patients, la négociation des contraintes sociales qui pèsent sur les personnels de santé, et enfin la définition d'un espace de sens où chacun puisse se reconnaître.

## **Le contexte professionnel**

Dans la plupart des cas, en Afrique de l'Ouest, l'entrée dans la vie professionnelle confronte à de nombreuses discordances entre ce qui a été enseigné – ou véhiculé par les manuels et les médias – comme vision d'une médecine efficace, et les situations réelles qui obligent à « inventer » d'autres pratiques, bien différentes des normes techniques et des précautions idoines. Pour le dire autrement : quand on commence à travailler, « la vocation en prend un coup ».

Cette délitescence de l'enthousiasme et des savoirs techniques appris est discrète et régulière. Elle peut débiter au plus simple, comme ces fenêtres que l'on doit ouvrir à cause de la chaleur et qui empêchent ensui-

---

4. Qui sur le modèle de la micro-histoire tente de « rendre à l'expérience des acteurs sociaux une signification et une importance face au jeu des structures et à l'efficacité des processus sociaux massifs, anonymes, inconscients, qui ont paru seuls requérir l'attention des chercheurs » (Revel 1996 : 10).

5. Nous ne traiterons ici ni des contre-pouvoirs, ni de la constitution des corps professionnels.

te de respecter l'intimité des malades. Puis c'est un thermomètre ou un tensiomètre qu'on ne trouve plus : alors à quoi bon continuer à prendre les constantes ... Et d'autres situations encore, qui minent jusqu'aux sous-bassements de la formation comme les préceptes d'hygiène et d'asepsie :

« Dix minutes à peine après la sortie du bébé, il y a eu une coupure de courant : une femme au ventre ouvert attachée à une table et reliée à la vie par du matériel électrique attendait. Comme le groupe n'est pas automatique, l'instrumentaliste est sorti du bloc pour aller l'actionner. (...) Quand on sait toutes les précautions qu'on prend avant d'entrer en salle opératoire pour être stérile, on comprend aisément les risques qu'il y a, quand celui qui est chargé de passer les instruments sort pendant au moins cinq minutes, avec tout son accoutrement, pour mettre en marche un groupe électrogène et revenir prendre sa place auprès du reste du groupe » (observation maternité Guedawaye, Dakar).

D'objets introuvables en situations et compromis ingérables, les personnels renoncent peu à peu, perdant le sens des gestes et de leur nécessité. Le laxisme s'introduit par ces seuils qui, au fil des jours, sont franchis discrètement.

On abdique aussi par lassitude, puisque l'entrée dans la vie professionnelle confronte à une grande incertitude quant à la possibilité réelle de soigner. Certes, la vie reste la valeur suprême. Mais la réalité la plus concrète et les « vécus » quotidiens banalisent au contraire la souffrance et la mort, et l'impuissance face à elles. Les contraintes socio-économiques disjoignent le savoir théoriquement acquis de sa mise en œuvre. Même quand on sait ce qu'il faudrait faire, bien souvent on ne dispose pas des produits ou des appareils techniques nécessaires pour le faire. « A longueur de journée, des diagnostics sont posés, mais l'ordonnance ne peut être achetée. Je me sens impuissant, on a fait l'essentiel mais pas l'utile », nous dit un infirmier.

Cette constatation amère souligne que l'économie n'est pas ici qu'une lointaine instance. En l'absence d'un tiers social payant, elle use et brise le vouloir, laissant les personnels face aux difficultés pécuniaires des malades. Et, dans certaines situations d'urgence, les soignants n'ont souvent comme seule solution, s'ils souhaitent rendre la réalité conforme à ce qui fût appris, que de payer pour leurs patients ou de trouver « un arrangement ». Mais qui pourrait sans cesse mettre la main à la poche au profit de ses malades, ou pallier en permanence les règles utiles mais cruelles du recouvrement des coûts ?

« Il m'arrive, bien sûr, de payer le transport des malades (...). Je fais même souvent des bons de caisse (...). On est obligé, dans des situations

graves (...), de faire les premiers soins. Si les parents ne viennent pas, celui qui a fait le traitement en faisant le bon est obligé de payer... A la malienne, on dit qu'on laisse à Dieu, parce qu'ici les gens ont trop pitié... Je le fais à cause de Dieu, et ça passe » (sage-femme, CSCOM, Bamako).

« Nous avons des cas où le malade et ses « accompagnants » n'ont pas d'argent. S'ils n'ont pas de soutiens pour prendre en charge leurs prestations médicales, ils périssent comme ça (...). Par exemple, on a souvent des femmes qui doivent être évacuées rapidement. Quand on leur donne des fiches de référence et qu'on leur dit de partir, elles restent devant nous, disant qu'elles n'ont pas d'argent pour leur transport jusqu'au lieu de référence sanitaire. Comme nous ne voulons pas qu'elles aient des problèmes, si nous avons de l'argent, nous leur donnons le transport de notre poche » (infirmier, CSCOM, Bamako).

Encore et souvent cela se répète, puisque nombre d'actes médicaux, et notamment les évacuations, articulent une décision médicale et des contraintes sociales. L'accouchement, toujours susceptible de se terminer tragiquement, exacerbe cette situation. Tout cela, les soignants le savent. Mais que faire ? Leurs conduites résultent du croisement de lignes de contraintes adverses : la pression de l'urgence médicale, et les difficultés pécuniaires des malades. Il en découle une situation intenable, où il faut choisir entre résoudre personnellement la situation d'un malade, ou bafouer la déontologie.

« Quand le travail a commencé, et qu'ils devaient partir, son mari a dit qu'il n'avait même pas 5 FCFA. sur lui, et qu'il ne peut même pas payer le taxi pour aller au quartier Mali. Ce jour-là, je lui ai donné 5 000 FCFA pour prendre le taxi et je lui ai dit de garder le reste pour les premiers soins... » (sage-femme, CSCOM, Bamako).

Au quotidien, il est impossible d'assumer seul cette interminable tâche. Et puisqu'on ne peut prendre en charge toute la misère du monde, il faut bien se "désintéresser" du sort de ses patients, au moins s'en déprendre, dégager sa responsabilité en renvoyant les familles à la leur.

Outre cette dimension morale de la prise en charge, violemment ou insidieusement, toutes ces difficultés attendent à la cohérence des traitements. De renoncements en suspens d'achats, elles conduisent à une dislocation de l'acte de soin : les propositions thérapeutiques ne seront pas suivies, ce que les professionnels vivent comme de régulières déceptions.

« Voici ce qu'avait dit au médecin celui qui accompagnait l'enfant : "Docteur, nous sommes venus avec l'enfant, il s'est blessé au pied en jouant au ballon. Il faut lui faire seulement les premiers soins, pour que

l'hémorragie s'arrête. Son oncle est major à l'infirmerie du camp militaire. Quand il sera là, il fera le reste du traitement à son domicile". Le médecin a répondu : "Si c'est ainsi, mieux vaut l'amener maintenant chez cet oncle major. Si quelqu'un d'autre doit s'en mêler, nous, nous préférons ne pas le toucher. Il faut que vous nous donniez l'assurance que tout le traitement sera fait ici. Dans le cas contraire, mieux vaut l'amener dès maintenant » (infirmier, CSCOM Bamako).

Bien sûr, dans bien des cas, la consultation est violente pour les malades, mais, pour les personnels, elle est aussi une sorte de constante désillusion. Ils y perdent leur désir de guérir, et ce qui les institue comme des professionnels : la capacité de soigner.

« Ordonnance : 2 850 FCFA. La mère a payé les produits sur le champ. Elle dit qu'elle sera remboursée par son mari, le soir. Elle n'a cependant pas voulu commencer le traitement, c'est-à-dire faire l'injection de Quinimax ordonnée par le médecin. Elle dit que l'enfant n'a rien mangé et risque d'avoir des vertiges s'il faisait l'injection. Il ne pourra marcher pour rejoindre la maison. C'est pourquoi elle préfère attendre le soir » (FSU Abidjan).

Certes, et à juste titre, de nombreux programmes soulignent qu'il serait possible d'agir efficacement avec peu de moyens sur d'importantes pathologies (diarrhées, malnutritions, fièvres). Mais ce raisonnement construit sur le nombre ne coïncide pas avec le vécu des cliniciens qui souhaiteraient traiter chaque pathologie « normalement », avec des moyens ailleurs considérés comme « normaux », y compris les plus complexes, en confirmant ainsi leur savoir, leur statut et leur désir de soigner. Là où la santé publique évoque de possibles résultats malgré le dénuement, les praticiens ressentent la modestie thérapeutique comme un échec et une sorte de déchéance statutaire. Il faut être doté d'un fort capital symbolique, idéologique, moral, et d'une large expérience, pour trouver, *a contrario*, une sorte de fierté à relever le défi de sauver beaucoup de malades avec peu de moyens.

Et c'est ainsi que le « politique » et le « social » modèlent les trajectoires professionnelles et la psychologie des soignants comme une incorporation du découragement. Un infirmier major, qui témoigne de sa lassitude et souligne « qu'il est toujours touché », ajoute ceci : « Le problème c'est la prise en charge. Le traitement commence, il n'y a pas de régularité, ça fait mal. On ne peut pas dire au malade qu'il va guérir, mais le malade pourrait avoir une rémission. On ne peut faire que ce que nous pouvons. » Pouvoir de peu. Dans ce service d'oncologie où il nous reçoit, le savoir sur la maladie ne débouche pas sur un pouvoir de guérir. Tout au

plus permet-il d'anticiper sur ce qui va advenir et qui malheureusement confronte le soignant à son impuissance...

Et puis, disons-le simplement, la vie n'est pas un « film hindou » où les bons et les méchants seraient toujours distinguables facilement, et les puissants toujours suspects. Ne parlons pas de « torts ». Mais la pauvreté est cruelle et conduit aussi les populations à des conduites extrêmes.

« Nous avons reçu un jour un cas ici à la maternité. Je venais de prendre mon tour de garde. Un taxi est arrivé et s'est garé tout juste à côté du parking là-bas. Il y avait une fille et sa tante (...). Le chauffeur nous a alertées pour nous dire qu'il y avait une fille qui a accouché dans son taxi. Quand nous sommes venues, l'enfant était effectivement sorti. Cependant j'ai tout de suite vu qu'il ne respirait pas. On les a fait sortir et sur place, sur une natte et des pagnes, on a vainement tenté de le réanimer. On a continué dans la salle d'accouchement, sans succès. Ma collègue et moi, mais aussi les filles de salle, nous étions presque toutes en larmes. Par contre, la fille et son accompagnante étaient carrément indifférentes ; elles n'exprimaient aucune peine. Nous étions scandalisées... (sage-femme).

Les places sont distinctes, on est malade ou soignant. Mais la violence est souvent la même, celles de vies qui tâchent de survivre ; et les malades, lorsqu'ils seront guéris et retrouveront leurs habits d'électriciens, de policiers ou de douaniers, seront capables des mêmes injustices que les personnels de santé. Mais il est vrai que la mort n'en sera pas l'enjeu.

### **Les cadres de l'interaction**

A juste raison, de nombreuses actions de santé publique souhaitent améliorer la qualité de la consultation en la « centrant sur le patient ». Ce qui précède souligne que le statut de ce dernier est loin d'être si fermement assuré. Il en va de même du cadre de la rencontre entre soignant et soigné, qu'on suppose implicitement limitée dans le temps et fondée sur l'établissement du diagnostic. Bref, une relation thérapeutique avec un début, un travail et une fin... Mais, une fois de plus, ce n'est pas aussi simple. En effet, loin d'être une forme de rencontre invariante et naturelle, la consultation est une construction sociale. Précisons.

Pour celui qui souffre, être pris en charge est toujours une urgence. De ce fait, la douleur s'arroge des droits et autorise une certaine intransigeance de la demande. La maladie permet ainsi que l'on déroge aux princi-

pales règles de bienséance, et notamment que s'entrouvre le verrou de la honte, ce sentiment qui régule les principales conduites sociales d'évitement et de réserve. Comme le dit un patient : « Il n'y a pas de honte à demander des médicaments ou d'autres services à un médecin si c'est dans le cadre de la maladie. Le médecin sait que c'est par rapport à un besoin pour ta maladie que tu lui demandes ça » (A. D., Bamako).

Au singulier, cette demande est légitimement impatiente. Par contre, pour les soignants qui recueillent l'ensemble de ces plaintes, elles apparaissent démesurées tant par leur nombre que par la pression morale et affective qui les caractérisent.

« Nous sommes dans une épidémie de pauvreté généralisée (...). L'ASACOMA couvre une population de 32 000 habitants dont 90 % sont pauvres. (...). Un individu, si tu te mets sous un fardeau que tu ne peux supporter, il va t'écraser » (infirmier, CSCOM Bamako).

« Les gens pensent que le médecin doit leur rendre service gratuitement. Ils se disent que c'est son devoir. Souvent même, on se fait agresser par des malades. Il y a des malades qui viennent nous dire que : « C'est votre devoir de soigner les gens. Qu'est-ce que vous faites de votre serment ? Vous devriez veiller sur les gens ». Et si nous devons traiter tout le monde gratuitement ? Le médecin aussi doit vivre. Mais malheureusement, la population pense que nous devons les traiter gratuitement » (médecin, CSCOM, Bamako).

Enfin cette demande s'accompagne d'une autre caractéristique, sorte d'impératif catégorique oralement transmis et connu de tous en Afrique de l'Ouest, stipulant qu'il faut toujours mener à bien ce qui est débuté. Dans le domaine de la santé comme dans d'autres secteurs de la vie sociale, la règle redoutable qui gouverne les modalités de la prise en charge d'un autre et de ses problèmes peut s'énoncer simplement : « quand on commence, on doit finir, ou alors il ne fallait pas commencer ».

« C'est pourquoi j'ai un poids sur la conscience quand de tels actes se produisent. Je me dis aussi que si je n'avais pas eu pitié de ce monsieur en lui offrant les premiers soins, il allait peut être mourir sans soutien. J'ai pris tous les produits en bon dans la pharmacie pour lui prodiguer des soins. A la fin du mois, ce bon sera coupé sur mon salaire. Je l'ai pris en charge à cause de Dieu. Comme c'est un vieux, il a été renversé par quelqu'un qui ne s'est même pas arrêté, alors j'ai eu pitié de lui et j'ai voulu seulement l'aider. Il est venu faire ses pansements avec moi jusqu'à la guérison. Vous savez, les actions de ce genre ne finissent pas... » (infirmier, CSCOM, Bamako).

Cartographions une nouvelle fois ces lignes. Il suffit de croiser l'importance numérique de la demande et les caractéristiques d'une loi du « tout ou rien » – où s'engager, c'est toujours pour longtemps, et sans savoir ce qui va advenir –, pour comprendre combien cette position des personnels de santé est intenable. Alors, ne pas s'ouvrir au malade, à sa douleur et à son traitement, n'est-ce pas simplement renâcler, parfois renoncer, devant l'ampleur de la tâche qu'il faudrait accomplir ?

### **Les modalités de la relation entre les soignants, les malades et les parturientes**

Une structure de santé devrait avant tout constituer un espace de rencontre entre des soignants et des populations. Nos enquêtes laissent apparaître des lieux inhospitaliers, fait de corruption, de brutalité, d'indifférence, mais aussi d'extrême compassion. Comment comprendre ce paysage de violence, comment comprendre aussi cette espèce de « tourniquet affectif » où l'on passe d'une extrême négligence à la plus touchante commisération ?

### ***La routine et l'inexistence de l'autre***

Comme le soulignait Simmel (1998 : 47) : « La relation qu'on appelle connaissance ne signifie pas qu'on a accès à ce qu'il y a de personnel dans l'individualité de l'autre, mais seulement qu'on a pris note de l'existence de cette personne ». Dans les services de santé, dans bien des cas, cette dimension minimale de la rencontre n'existe pas. Des corps et des cas se succèdent. Tous sont anonymes, englués dans la répétition et la « force de l'habitude ». « C'est devenu une routine », nous disent les sages-femmes, une sorte de régularité qui annihile l'attention et conduit à ne plus prendre conscience de l'existence de l'autre.

« Alors qu'une femme accouchait, une aide-soignante est montée sur la table pour lui faire des pressions : elle appuyait sur son ventre avec force en lui demandant de pousser en même temps. Trois autres l'entouraient et lui tenaient les cuisses bien écartées. La manœuvre tenait le bassin pour ne pas qu'elle salisse la table. Le tout était ponctué de rires et d'échanges animés de paroles. Tout à coup une dispute éclata entre celle qui était en haut, et une autre qui était en bas. Pendant au moins cinq minutes, appuyée sur le ventre de la femme, elle menaçait l'autre et la

traitait de tous les noms, les autres essayaient de la calmer sous les va-et-vient indifférents de la sage-femme. La femme n'en pouvant plus se mit à les supplier : « Ayez pitié de moi, aidez moi » (observation, maternité Guedawaye, Dakar):

« On a reçu une évacuée à qui on devait faire une transfusion sanguine. Après avoir fait son groupage, on réussit à trouver un sachet de sang. Entre temps la lingère était venue causer avec ses copines. Sans arrêter la causerie elle entreprit de faire la transfusion. Elle trouva une veine et plaça la transfusion. Une des aides infirmière s'écria : « Il ne faut jamais faire ça sans voir si les sangs sont compatibles (...) ». Tout ce que répondit la lingère c'est : « Je n'en sais rien, j'étais juste venu parler avec mes copines, autrement je ne serai pas venu dans cette salle » (observation, maternité Guedawaye, Dakar).

Ne concluons pas trop vite. Ces personnes et ces sages-femmes, accueillantes et souriantes en dehors des services, ne sont pas « ontologiquement méchantes ». Plutôt caméléons, accordant sans vraiment y réfléchir leurs conduites à un environnement particulier. Une nouvelle fois, ce « *stand by* affectif » durant leur travail, et la mise en suspension de la personne malade qui en résulte, correspond, en fait, à l'entrecroisement de plusieurs processus.

Il procède tout d'abord de vies qui se côtoient et qui restent étrangères. Bien évidemment, ces proximités physiques détachées de toute connivence sociale ne sont pas spécifiques au domaine de la santé. Mais, parce que les corps y sont au plus proches, dévoilés et touchés, et aussi parce que la maladie confronte à la solitude, ce mécanisme y est plus violemment ressenti, même dans de « bonnes » structures de soins :

« ...Maman s'est rendormie, les mains glacées. La femme de chambre a grommelé parce que j'ai renvoyé le dîner qu'elle apportait à six heures : implacable routine des cliniques où l'agonie, la mort sont des incidents quotidiens » (S. de Beauvoir, 1964).

En ces lieux cohabitent des logiques hétérogènes. Celle des soignants, rythmée par la régularité fastidieuse des gardes et des gestes, et où, malgré la détresse rencontrée, il faut bien vivre... Celle des patients, des parturientes et de leurs accompagnants, pour qui les événements sont vécus dans leurs dimensions humaines, douloureuses et singulières. Discordance structurelle donc, entre ce que vivent les clients et ce que répètent inlassablement les soignants.

« Les gardes de nuit étaient souvent pareilles (...). Nous étions donc cinq ce jour-là, le thé se faisait juste devant la porte de la salle de travail

par un gardien qui nous emmenait nos verres dans la salle (...). Nous étions un peu choqués au début de voir les gens prendre le thé dans la salle de garde si près des femmes qui souffrent, mais nous étions cette fois-ci en train de rire et parler dans la salle d'accouchement (...). Entre la musique, le thé, la boisson, on accouchait une femme par-ci par-là, faisant un toucher vaginal en esquissant quelques pas de danse (...). Un cas nous a tenu en haleine toute la nuit, les deux sages-femmes n'étaient pas d'accord sur le diagnostic, pour l'une c'était un gros siège et pour l'autre une grossesse gémellaire (...). Par un concours de circonstance, la situation se détendit et on se mit à parier : un coca pour le vainqueur... » (observation, maternité Guedawaye, Dakar).

Cet exemple le montre, entre automatisme gestuel et indifférence, l'écart est tenu. La routine conduit ici à une situation de violence où l'insensibilité accompagne le rire. « L'indifférence est son milieu naturel. Le comique exige donc quelque chose comme une anesthésie du cœur » disait Bergson. Mais tout est mêlé, et ces comportements déplacés sont aussi pour ces personnels de santé une protection contre une trop grande implication affective, une « détente »... Malheureusement, au lieu d'être une « soupape » qui permette aux soignants de « tenir le coup », ces sociabilités professionnelles débordent et prennent la place et le temps de toute ouverture relationnelle. Elles l'oblitérent au lieu d'en être une indispensable pause.

Par ailleurs, les mots prononcés dans ces exemples – « grossesse gémellaire », « gros siège » - montrent comment la « mise à distance » (ou la mise en « inexistence ») du sujet malade ou de la parturiente s'effectue aussi par l'usage d'un langage spécifique. On parle de « cas » et non de personnes. Il suffit d'un dialogue autour d'une erreur médicale pour comprendre comment ce mécanisme linguistique vient effacer le drame d'une mort.

Interne : « C'était céphalique... non, le premier était un siège... »

Sage-femme : « C'est Kanté qui l'a sorti, avec la manœuvre de Moriceau »

Interne : « Est mort né ? »

Sage-femme. : « Non, c'est l'autre qui est mort né, un siège complet... »

(observation maternité commune V, Bamako).

Ce langage tenu dans les « staffs » institue une forme de discours qui ne laisse pas de place à la personne malade. Et ces réunions techniques deviennent alors des lieux où, plus que de réfléchir à des « individualités », l'usage d'un certain type de discours « euphémise » les drames et les douleurs. On dit « un siège » et basta, le « cas » est avalisé ! On ne

s'interroge plus sur ses éventuels manquements techniques ou sur la douleur des parents<sup>6</sup>. Pour compatir il faudrait au moins que l'autre soit nommé. « L'organisation de la ligne de conduite de deux participants suppose également de façon implicite que chacun connaisse son identité et celle de l'autre » remarque Strauss (1992 : 49).

Pour clore l'affaire, une fois la parturiente ou le malade effacés par cette désignation « pseudo diagnostique », il ne reste plus qu'une dernière opération dite, cette fois, de « santé publique » : consigner le drame dans un « dossier<sup>7</sup> ». Il devient alors « statistique », un grand nombre anonyme, indispensable pour définir des actions, mais insuffisant pour susciter de l'empathie et une réflexion éthique individuelle.

En fait, la réflexion morale et son aiguillon de remord n'incluent pas l'ensemble des conduites que nous venons de décrire. Dans les propos des personnels, pas plus l'oubli de l'autre que l'absentéisme et la corruption dont résultent bien des dysfonctionnements quotidiens ne sont mis en rapport avec la mauvaise qualité de l'offre de soins. Ces chaînes comportementales ne suscitent aucune réflexion de la part des soignants. Elles sont trop régulières, enchâssées dans les habitudes locales, et apparemment suffisamment éloignées des actes proprement techniques pour qu'on puisse se sentir responsable et affecté personnellement. Le regret et la culpabilité ne se logent qu'au cœur de l'acte thérapeutique, l'erreur commise constituant alors une sorte de discret mémorial liant le professionnel au plus intime de la vie psychique. « Je ne vais jamais oublier » dit, à Bamako, cet assistant d'un autre service :

« J'ai eu à commettre plusieurs erreurs, je vous parle d'un cas. C'est vrai que quand j'étais étudiant, j'ai fait mon stage de fin de cycle. Il m'est arrivé une fois de tuer une dame. Je peux situer ça dans le cas d'une erreur, parce que c'était une dame qui avait accouché, elle était abattue. Comme l'accompagnant de la dame m'avait dit qu'elle ne dormait pas du tout et que ça fait des jours qu'elle est dans cet état, j'ai pensé que c'était un problème de sommeil. Je lui ai injecté directement deux ampoules de

---

6. Ces mécanismes sont constants, et même s'il faut, bien évidemment, nuancer ces rapprochements, ces propos ne sont pas sans évoquer ceux que Hatzfeld (2000 : 99) a recueillis de la bouche des survivants des massacres perpétrés au Rwanda : « Tu n'avais pas pensé que tu pouvais ne pas nous tuer ? » Il répondit : « Non, à force de tuer, on avait oublié de vous considérer (...). Ils avaient enlevé l'humanité aux Tutsis pour les tuer plus à l'aise... ». Traitant du contexte dramatique des camps, Todorov souligne aussi ces techniques de dépersonnalisation, soulignant notamment que « les détenus sont privés de leurs noms et dotés d'un numéro ; or le nom est la première marque de l'individu » (1994 : 192).

7. *A contrario*, sur l'importance « pédagogique » du dossier pour « motiver » les personnels de santé, nous nous permettons de renvoyer à l'expérience marocaine relatée par de Brouwere & Van Lerberghe (1998).

« Diazepan 10 » par les veines, et sur le champ, elle est décédée. Jusqu'à présent, je pense à ça, parce que ça m'a beaucoup marqué. Je suis allé voir le professeur pour lui expliquer. En son temps, c'était le professeur X. Il m'a dit que la pratique médicale c'est ça. Mais ce qui est important là-dedans, c'est de ne plus commettre la même erreur. Sinon, qu'ils ont eux-mêmes fait des erreurs comme ça. C'est la seule erreur qui m'a surtout marqué, et je suis sûr que je ne vais jamais l'oublier ».

Ici se conjuguent l'insistance du souvenir et ces instances où l'on est pardonné, comme par une sorte d'absolution laïque donnée par un pair et un maître, un confident charitable qui sera assez proche pour entendre, et suffisamment dissymétrique pour que la « confession » soit efficace. Mais cet exemple révèle aussi que la faute professionnelle n'est conçue que sous la forme de l'erreur thérapeutique, comme si l'ensemble des tâches professionnelles se limitait à « traiter la maladie ».

### *L'apurement répétitif des erreurs*

Ce peu de souci que l'on accorde à diverses conduites hypothéquant le bon fonctionnement des centres et la prise en charge des malades est favorisé par une appréhension laxiste de la faute et par un mécanisme d'apurement de l'erreur professionnelle qui est constant, tant dans les services de santé que dans les autres administrations.

Ces indulgences modernes, facilement et répétitivement accordées, correspondent sans conteste à une certaine histoire de ces appareils d'État (cf. chapitre ci-dessus). Elles concordent aussi avec une opacité voulue par les corps professionnels : être jugé par ses pairs laisse toujours suinter quelques connivences... Enfin la presse et les associations de consommateurs ne sont encore que de faibles contre-pouvoirs.

Mais ces pratiques d'indulgence sont aussi favorisées par leur enchâssement dans les normes sociales les plus habituelles de disculpation et de longanimité, où, au rythme d'une eschatologie modeste, on supporte longuement et silencieusement : « la Tabaski viendra », dit le proverbe, alors qu'importe si les moutons coupables courent encore...

L'univers professionnel est ainsi concomitant d'une manière locale de traiter la faute qui tempère la violence des réponses immédiates et des demandes de réparation. Cette sorte d'accord sémantique, qui fait fi des statuts et passe les murs des institutions, s'exprime notamment dans l'usage d'un lexique homogène constituant, *a minima*, un large consensus sur le sens d'un mot ou d'une notion, voire d'un sentiment. Par exemple, quelques dispositifs simples, comme celui que l'on nomme les « règlements à l'africaine », constituent une juridiction discrète et quotidienne,

construite autour de quatre termes majeurs : la faute, la sanction, la culpabilité et le pardon.

« C'est ainsi qu'il a choisi la voie du règlement "à l'africaine", à l'amiable : le conseil s'est réuni, et a estimé que A. est quelqu'un de bien, respectueux, bon médecin (rigueur, travail bien fait...), pour cela on a décidé de le garder. Il n'a pas remboursé l'argent » (président d'un comité de gestion, CSCOM, Bamako).

Modeste dispositif, mais qui induit des formes régulières de règlement des conflits grâce à une arithmétique laxiste de la faute (en bambara : *nyangili*) : une sorte « d'absolution répétitive » où chaque faute est pardonnée. Et l'on pourrait appliquer à ces sociétés de proximité les remarques du cardinal Bellarmin à propos de ses contemporains : « Il n'y aurait pas tant de facilité à pêcher s'il n'y avait tant de facilité à absoudre » (cité par Delumeau 1992 : 77). Plusieurs raisons expliquent cela.

Tout d'abord ces « pratiques juridiques » sont mises en œuvre dans des univers professionnels congruents avec d'autres, comme celui de la vie familiale, où le vol est une pratique qui n'est pas disruptive des relations sociales<sup>8</sup>.

Ensuite, dans ces univers urbains qui restent d'inter-connaissance, la sanction « sanctionnerait » tout autant le plaignant. Globalement « comme la langue et les dents, même si l'on se mord, il faut bien vivre ensemble »... et ne pas prendre le risque de se brouiller avec ceux à qui il faudra bien, un jour ou l'autre, demander d'autres services et d'autres soins.

« Fatou avait emmené une patiente un jour, elle était acculée pour 1 000 FCFA pour une injection que la patiente avait déjà faite ; malgré l'intervention de la maîtresse sage-femme en sa faveur, elle déclare avoir été tellement brutalisée par la sage-femme qu'elle a été obligée de céder. Et la femme de poursuivre : d'après les rumeurs, la sage femme avait failli être renvoyé, mais elle est toujours à la maternité » (Pikine, Dakar).

Médicaments détournés : le conseil d'administration ne renvoie que s'il y a récurrence grave. Sinon les coupables sont réaffectés à d'autres services moins "responsabilisants". Issu du même quartier, le CA passe l'éponge sur beaucoup de méfaits (CSCOM, Bamako).

---

8. D'une certaine manière, puisqu'on ne peut se voler soi-même, prendre à quelqu'un peut signifier qu'on le considère comme proche ou inclus dans sa famille. Ce qui explique, en Afrique de l'Ouest, cette régularité des « emprunts » entre les cousines. De semblables pratiques se retrouvent dans divers contextes du bassin méditerranéen (di Bella 1998).

On éloigne, on diffère, on pondère, des intermédiaires viennent excuser le coupable. Le reste est affaire de temps. Pour le meilleur, comme pour le pire, tout se passe comme si la société se refusait à exclure et à bannir l'un de ses membres. On peut tuer un voleur s'il est un étranger (en bambara : *dunan*<sup>9</sup>). Par contre on « réintègre » indéfiniment ceux qui sont inclus dans un quelconque lien, pour diverses raisons<sup>10</sup>.

Sans doute parce que personne n'est jamais supposé absolument maître de son destin. Comme dans un théâtre à l'italienne, en coulisses, les génies et les marabouts sont toujours supposés pouvoir se jouer des vouloirs apparents<sup>11</sup>. Alors puisque l'on n'est jamais entièrement responsable on n'est jamais entièrement coupable. De même, l'appartenance de chacun à divers réseaux d'influence décourage toute plainte. Et puis, d'autres conceptions, encore en vigueur en milieu rural, interprètent aussi l'acte délictueux comme engageant le groupe familial et provenant d'une « mauvaise éducation ». Le fautif n'est pas considéré individuellement. Il appartient à un ensemble dont d'autres membres, au contraire, forcent le respect. Refuser le pardon serait synonyme de vouloir faire porter l'opprobre sur ces « justes ». Et la honte, si l'on éconduisait, par exemple, « un vieux » venu présenter des excuses, serait alors pour soi, d'avoir été si peu magnanime.

Enfin, plus prosaïquement, dans ce monde de négociations continues que sont les sociétés africaines contemporaines, qui un jour, ne s'est pas « débrouillé » ? Et pourquoi pas, puisqu'en l'absence d'État, l'idée même d'un bien commun radicalement distinct de la sommation des biens privés est quasiment inexistante. « Dans ce cadre, “trop bouffer”, prévariquer de façon abusive, n'est condamnable que si l'action pré-

---

9. En langue bambara, le même terme – *dunan* – sert à désigner le convive et l'étranger. Seule varie la marque – *ka* - de l'attribution : c'est un étranger (*dunan don*), c'est « mon étranger » ou mon hôte (*ne ka dunan don*). Comme partout, le statut de convive est privilégié, comme partout aussi des proverbes soulignent l'ambiguïté de cette relation. Mais notons comment la grammaire énonce ici la ténuité du passage entre « un autre » qui risque de ne susciter que de la crainte et de l'indifférence et « les siens » qui, au contraire, peuvent bénéficier d'une large compréhension. Bien des parcours des malades dans les services de santé pourraient être décrits comme cette recherche d'une particule attributive : c'est ma sage-femme (*ne ka sage-femme don*).

10. De mêmes remarques sont faites par Fay (1995 : 24) : « Le voleur, contrairement au prévaricateur statutaire, est un pillard sans statut, conçu comme un « être errant » extrait de tout contexte familial-lignager (...) et il est de ce fait presque légitime de l'éliminer ».

11. Si, comme le soulignent Vernant et Vidal-Naquet (1972 : 43) : « Pour l'homme des sociétés contemporaines d'Occident, la volonté constitue une des dimensions essentielles de sa personne », il s'agit pourtant d'une construction sociale, de « l'avènement de la responsabilité subjective, distinction de l'acte accompli de plein gré et de l'acte commis malgré soi, prise en compte des intentions personnelles de l'agent... ». Ces catégories qui fondent le droit sont loin d'être aussi assurées dans ces contextes ouest-africains.

sente une démesure, eu égard au pouvoir réellement détenu du "rançonneur" » (Fay, 1995 : 23). De là sans doute que, d'un point de vue moral et psychologique, on rencontre plus des formes modernes d'attrition que de componction : on craint d'être découvert plus qu'on éprouve du remord face à son inconduite.

### *Un espace de réponses non-médiatisées aux demandes des malades*

Selon les situations, les pathologies et leurs connotations sociales, selon aussi la durée de la relation entre soignants et soignés, la carence d'un mode relationnel professionnellement et déontologiquement défini conduit à des interactions qui, bien qu'apparemment différentes, relèvent pourtant d'un même processus. Il s'agit de l'inclusion non maîtrisée de jugements sociaux dans la relation thérapeutique, faisant que le climat affectif de cette rencontre dépendra plus des stéréotypes culturels endossés par les soignants que d'une prise en compte de la singularité douloureuse d'une situation de soins.

Décrivons et considérons tout d'abord les matériaux d'enquête que nous venons de présenter. Ils correspondent avant tout à des situations se déroulant dans des centres de premiers recours et des maternités de quartier. Ces structures accueillent le tout venant de la pathologie, et des accouchements, qui, comme nous l'avons souligné, sont toujours des sortes d'urgences.

Dans ces situations, nos enquêtes ne le démontrent que trop, peu de privilèges sont accordés à ceux qui souffrent et qui restent anonymes. Pour ne pas être blâmés, les clients savent qu'ils doivent se conformer à une version extrême des usages sociaux habituels de pudeur et de réserve, et adopter un « style convenable de rapport à la maladie » (Strauss 1992). Ceci est particulièrement vrai pour ce qui concerne l'accouchement, où les cris et les expressions de crainte et de douleur, loin d'être interprétés comme d'éventuels signes d'alarme, sont, au Sahel, proscrits comme socialement inacceptables (Jaffré & Prual 1993).

Pour les personnels, l'accouchement n'est donc pas uniquement abordé selon des critères obstétricaux. Leur perception de cet acte intègre de manière conflictuelle et contradictoire ce qui appartient à un savoir médical et ce qui provient des attitudes sociales les plus banales, péjorant souvent la situation des femmes. C'est pourquoi des injonctions purement techniques et une critique de la sexualité utilisant les stéréotypes sociaux les plus frustrés alternent en de mêmes séquences.

« E. enceinte s'est rendue dans une FSU publique pour une CPN. La sage-femme la reçoit et lui fait un toucher vaginal brutalement. La partu-

riente a mal et crie. La sage-femme lui dit : "Mon doigt est-il plus gros que ce que tu as utilisé pour être dans cet état ?" (observation Abidjan).

Ethiquement, ces insultes sont indignes et l'on peut les juger moralement. Mais ces violences dévoilent aussi le manque d'autonomie de la pratique obstétricale par rapport aux conceptions sociales dépréciant la sexualité et le désir féminin.

Dans cet exemple, des représentations liées au genre gouvernent les conduites de ces sages-femmes qui reprennent à leur compte quelques vils stéréotypes des discours communs. Les soignants bornent leur identité professionnelle à la maîtrise de quelques connaissances et compétences techniques. Ils n'y incluent pas une attitude relationnelle que caractériseraient une neutralité affective, une suspension de tout jugement normatif, voire une indispensable empathie...

Ce mouvement relationnel qui n'est pas médicalement construit emprunte donc au plus commun. Il peut parfois s'agir de pitié envers « une sœur » qui souffre. On peut aussi, comme cela se pratique souvent lors des accouchements « traditionnels », rabrouer les parturientes<sup>12</sup>. Mais ici le nombre et le contexte vident les termes de leurs éventuelles connotations affectueuses. Et si, dans des contextes intimes, il s'agissait ainsi de « piquer » l'honneur de la femme et de l'inciter à plus de réserve et de courage, dans des situations d'anonymat ce geste n'est plus que de violence.

Mais poursuivons la réflexion depuis un autre « terrain ». La prise en charge des pathologies lourdes et chroniques, obligeant à connaître les malades, construit un espace de plus grande compassion et dans ces services on peut observer d'autres conduites et entendre d'autres sentiments affleurer dans les propos des soignants. Mais si les thèmes et les affects diffèrent, on y rencontre la même carence d'un discours « tiers », qui permette aux soignants de soutenir une rencontre avec leurs patients. Écoutons.

Très souvent, dans ces services « lourds », les personnels avouent être « touchés » par la situation des malades. Comme cette infirmière, incorporant la crainte et la souffrance de sa collègue et patiente.

« Les œdèmes au cou... ces gens-là souffrent beaucoup. Tout est gonflé, ça me gêne. Il y a une infirmière, on lui a enlevé le sein, mais elle est

---

12. Il existe une véritable ambiguïté de l'insulte dans les pays du Sahel. Elle peut parfois prendre la place d'un compliment supposé trop dangereux, par exemple pour un nourrisson ; être une simple plaisanterie ; un indicateur implicite de statut social dans le cas des griots ; mais aussi, entre égaux, être utilisée pour entrer en relation. Débutée apparemment de manière involontaire, la dispute est rapidement ritualisée, et de s'être insulté on en devient plus proche.

morte. Elle savait, elle était une collaboratrice. Je n'ai jamais parlé de cela. Après la mort de cette infirmière, j'avais moi-même mal au sein et il a fallu que j'aie fait une mammographie » (infirmière service d'hématologie, Bamako).

Ici tous les propos des soignants concordent pour évoquer leur propre malaise psychologique face à la douleur et au désarroi des malades, comme cette interne du même service qui évoque une femme « disparue » :

« Le cancer du sein, ce n'est pas facile. La dame se plaignait de l'odeur et de la douleur. Elle avait plus de six enfants autour d'elle. Je lui ai dit qu'il y a un autre calmant, que ça va aller mieux. Un soir dans la nuit, ils sont partis de l'hôpital. Des fois, on rentre à la maison, on pleure ... Maintenant je me souviens de sa salle, de son lit. Si je rentre dans la salle pour rien, j'y pense. Si je rentre pour un acte technique, je n'y pense pas ».

Où qu'on la touche, la mémoire souffre, et ces paroles sont à vif. Elles évoquent une architecture sentimentale des services, les dimensions relationnelles de l'acte de soins et leur inclusion dans des sensibilités contemporaines : les formes d'une conscience malheureuse face à l'échec thérapeutique, et parfois les manières actuelles de mourir à l'hôpital<sup>13</sup>.

Ces propos ne sont pas de simples descriptions des difficultés ressenties lors des actes de soins. Il s'agit de véritables ascriptions qui « confèrent la cohérence du récit à la cohésion d'une vie » (Riccœur 1995 : 96). En conjoignant l'action présente au souvenir, ces « entailles » affectives construisent l'identité des acteurs sous la forme d'une réflexivité et d'une évolution, puisqu'ils se modifient en s'évoquant. Mais si les contours de ce « for intérieur » (cf. Haroche 1995) des personnels de santé sont liés à cette manière particulière de parler de soi, ils sont aussi modelés par un contexte particulier. Notamment le fonctionnement de l'hôpital et la forme des liens sociaux en Afrique de l'Ouest font que les interactions entre les soignants et les soignés prennent, une nouvelle fois, la forme d'une cinétique affective où les mêmes raisons et affects qui construisent la relation incitent aussi à s'en déprendre. Mais précisons.

Dans les services, certains actes de soins ou « hôteliers » sont habituellement dévolus aux accompagnants, et deviennent ainsi des sortes de marqueurs de relations de proximité (être comme le fils ou la fille...). Les connotations sociales liées aux tâches débordent la fonction strictement

---

13. Cette question de la mort en Afrique a été étudiée sous un angle culturel par Thomas (1982), mais il reste à produire un travail sur les attitudes contemporaines face à la mort, comme Ariès (1975) le fit pour l'Europe.

technique. Dès lors, quand les personnels de santé doivent effectuer ces actes, ils peuvent très rapidement en endosser la signification affective. C'est ce que souligne un interne de ce même service à propos d'une malade :

« Une femme, elle avait un cancer du sein, elle était en neurochirurgie. Elle était paraplégique. On ne pouvait plus opérer. Il n'y avait personne à côté d'elle, et quand elle faisait sous elle (urines, selles, etc.) je m'en occupais : j'étais comme son fils, et là c'était trop dur... ».

En fait, une fois de plus, pour le pire et le meilleur, ces gestes ne sont pas médicalement ou techniquement construits. Ils sont certes une fonction infirmière, mais ils induisent aussi une forme de rapprochement, l'inclusion dans un espace d'intimité. Espace qui en bambara est nommé *tin* et que l'on dit comprendre de la pitié (*hinè*), de l'espoir (*jigiya*), et la possibilité de demander (*deli*).

Les relations à plaisanterie (*sinankuya*) sont une autre sorte d'embrayeurs de proximité sociale et psychologique. Elles peuvent certes être volontairement manipulées pour produire une relation « utilitaire », mais dans d'autres circonstances elles créent aussi un « vrai » lien, une fraternité lointaine (*balimaya jurujan*). C'est ce que dit simplement un interne : « Avec un même nom, il peut être un frère : je ressens un lien de parenté, et s'il mourait je serais touché et je ferais des bénédictions ».

Entre patients et personnels, le lien affectif ouvre donc directement sur des rôles familiaux, construisant ainsi un espace relationnel comme un « entre deux » instable. Un espace intermédiaire où l'on peut en nommant un malade « père » ou « mère » se conduire envers lui comme s'il l'était véritablement, ou, au contraire, le laisser dans l'indifférence s'il semble trop dissemblable ou si la charge affective et pécuniaire de la rencontre risque d'être trop lourde.

### ***Les techniques « cathartiques » des soignants***

Face à ce risque d'être affecté par les demandes ou la souffrance des patients, les soignants mettent à distance le malade. Et, pour cela, ils utilisent plusieurs procédés, plusieurs modes de production de l'indifférence.

Notamment, les soignants établissent une certaine distance avec les patients pauvres et souvent analphabètes. Affaire d'argent et de corruption sans aucun doute. Mais tout autant, comme s'il fallait de la prestance, l'écriture, et un langage complexe pour ressentir de l'inquiétude, les personnels supposent ces malades ignorants en tout.

« L'autre femme, celle qui a un cancer du sein, comme elle n'est pas instruite, je ne sais pas si elle sait » (interne du service d'hémo-oncologie, Bamako).

Une nouvelle fois, n'allons pas trop vite. Il s'agit bien sûr de distinction et de capital symbolique. Mais, circonstance aggravante, avec ces malades cette distance sociale devient aussi psychologique. Les personnels ne peuvent s'identifier à ces pauvres qui leur paraissent si différents et dont il faut bien, pour vivre, ignorer quotidiennement la présence insistante en tous lieux de la ville. « Pour s'en sortir », il faut apprendre à ne pas voir. La rugosité de la vie érode la pitié envers les démunis. Socialement scotomisés, on les suppose sans conscience de leur mal. Alors, à quoi bon échanger ? Les malades restent en souffrance, comme ces lettres oubliées faute d'un nom ou d'un lieu qui puissent leur assurer un destinataire attentif. Ils portent des demandes et des mots pour personne.

Mais, pour les soignants les plus titrés, c'est le savoir médical, en tant que savoir sur la maladie et non comme un des aspects de la prise en charge d'une personne malade, qui est convoqué comme système de défense contre l'épreuve de la rencontre avec la souffrance et l'échec :

« J'ai compris que cette relation trop intime avec les malades, ça pouvait se retourner contre moi, tout simplement parce que parfois il n'y a pas moyen de trouver les médicaments. A d'autres moments, c'est la maladie qui résiste. Est-ce que je n'ai pas été assez vigilant, ou est-ce la science qui ne sait pas ? Tout cela me touche, j'en ai parlé à mon Maître qui m'a dit qu'il fallait éviter d'avoir des relations trop étroites avec les malades. Par exemple, j'avais l'habitude de faire les anniversaires des malades. Toujours dans les couloirs, je les taquine... Face à la mort, je lis dans les livres, j'essaie d'être sûr de mon diagnostic, c'est peut-être un refoulement ? J'essaie toujours de penser que si le malade meurt c'est à cause de la maladie » (soignant du service d'hémo-oncologie, Bamako).

Et de fait, pour la plupart des soignants, le rapport avec les malades bascule très vite. Face à cette émotion ressentie ils s'attachent à mettre à distance ce qui pourrait les blesser. C'est ce que déclare un interne :

« Maintenant je me suis habitué. Je sais que c'est dur, mais je gère sans panique, sans que personne ne lise rien sur mon visage : maintenant les gens ne peuvent plus savoir en me voyant. Je peux dire que je me suis blindé, mais personne n'est parfait ».

En fait, l'amélioration de la pratique relationnelle est vécue comme un « blindage », et les relations entre les soignants et les soignés sont alors

définies selon l'idée qu'il faut pouvoir dissimuler dans son apparence la vérité du diagnostic et du pronostic.

Bien sûr il faut se méfier de trop vastes synthèses, et entre des personnels qui insultent des parturientes et d'autres qui compatissent, la distance est grande. Mais si les conduites peuvent s'opposer, la question qui les sous-tend reste la même. Il s'agit de « trouver » la bonne distance avec le malade et de construire ainsi un espace relationnel ... ni trop lointain, ni trop proche.

### *Des accroches individuelles*

En fait, même si cela peut sembler paradoxal, nos études soulignent que les malades qui cherchent une relation particulière, et les soignants qui ne peuvent s'attacher qu'à des cas singuliers, s'accordent pour n'imaginer la relation que dans le cadre d'un échange personnalisé. Et cela pour plusieurs raisons.

Tout d'abord parce qu'il s'agit là des modalités les plus fréquentes de la rencontre. Du marché aux services administratifs, rien n'est stable ni communément mesurable. Tout est négociable, objet de marchandage et de tractation. Tout se joue sur la « bonne occasion », et sa propre capacité à séduire, à attendrir, à décider son chaland ou son interlocuteur. Partout la relation se construit comme une stratégie mêlant l'art de plaire, les jeux rhétoriques et pécuniaires, et l'inclusion de l'autre dans une sphère de proximité qui rendrait la parenté responsable d'une éventuelle trahison. « On peut avoir confiance puisque je connais ses parents » est une opinion commune construite comme une mise en gage affective et sociale de la véracité des promesses faites. Une sorte de construction de la fiabilité par l'inclusion réciproque des interlocuteurs dans une relation de sympathie et l'évocation de garants – ses « pères » ou ses « mères » – devant lesquels on ne pourrait mentir sans déroger, sans que « son nom soit gâté ».

La confiance, comme sentiment de sécurité justifié par la fiabilité de son interlocuteur, repose donc sur les personnes, non sur les règles abstraites de fonctionnement des administrations. Aucun « système expert<sup>14</sup> » n'est assez crédible pour qu'on lui accorde foi et faire que les relations sociales puissent être distanciées de leur contexte immédiat. Comme le souligne Giddens (1994 :120), « la confiance dans les systèmes abstraits est la condition de la distanciation spatio-temporelle, et des grandes zones de sécurité dans la vie quotidienne qu'offrent les institutions modernes, par rapport au monde traditionnel. Les routines intégrées aux systèmes

---

14. Giddens nomme ainsi (1994 : 35) « des domaines techniques ou de savoir-faire professionnel concernant de vastes secteurs de notre environnement matériel et social ».

abstraites sont primordiales pour la sécurité ontologique dans le contexte moderne. Cette situation engendre pourtant, également, des formes nouvelles de vulnérabilité psychologique, et la confiance dans les systèmes abstraits n'est pas aussi gratifiante, sur le plan psychologique, que la confiance envers les personnes ». L'alternative permet donc le déploiement de multiples conduites entre deux pôles extrêmes : un rapport personnel qui souvent s'accompagne d'une « petite corruption » mais qui crée du lien social ; et un rapport administrativement construit dont l'efficacité repose au contraire sur la suspension des liens sociaux les plus proches. Entre les deux, de multiples figures, des plus tendres aux plus violentes.

Et c'est bien de cette construction individualisée de la confiance dont parlent nos enquêtes. En l'absence d'un État qui garantisse l'exercice d'un même droit pour tous, d'un tiers social qui assure indistinctement chacun, et d'un système expert fiable permettant une régularité des conduites, la confiance ne peut, même fragilement, que reposer que sur des personnes. Et tout cela, une nouvelle fois, pour le meilleur puisqu'on « négocie » plus humainement avec des personnes qu'avec des institutions froides et indifférentes aux cas particuliers ; et pour le pire puisque rien n'est jamais assuré.

La solidarité soit s'exerce alors dans des ensembles sociaux d'interconnaissances (famille, collègues, etc.), soit dépend de l'aléatoire de la rencontre (la « bonne fortune ») et d'une pitié motivée par des sortes de « signifiants » qui, pour diverses raisons psychologiques et sociales, émeuvent le soignant. Il en résulte des conduites aléatoires et parcellaires, chaleureuses ou indifférentes, selon qu'un « enclencheur affectif culturel » (détresse d'un vieux, d'un parent à plaisanterie, etc.) ou un « signe » plus singulier (« ça me rappelait... ») captent<sup>15</sup> l'affectivité d'un soignant, suscitent sa compassion et confèrent ainsi de l'existence à un malade.

« J'ai eu une femme dont l'accouchement est devenu un peu difficile, parce que le travail a un peu traîné. Mais quand elle a accouché, l'enfant a pu seulement ouvrir ses yeux une seule fois. Après, l'enfant est décédé. Ça m'a fait très mal. C'était la femme de notre gérant. Ça m'a fait mal jusqu'à ce que j'ai pleuré, parce que je ne voulais pas qu'elle perde son enfant, surtout que c'était un garçon, en plus il était comme la photocopie de l'homme. Ça ne m'a pas plu du tout. J'ai même regretté pourquoi elle a accouché avec moi, parce que je ne voulais pas que son enfant meure » (CSCOM commune V, Bamako).

---

15. C'est ce que souligne aussi l'un des interlocuteurs de Hatzfeld (op. cit. 2000 : 182) : « Je ne suis pas sûre de croire ou de comprendre la pitié d'un étranger. Les Tutsis étaient peut-être simplement cachés trop loin de la route, ou peut être n'ont-ils pas montré de visages valables pour ce genre de sentiment ».

« Un jour j'étais de garde, on devait faire un forceps à une femme et elle n'avait pas d'argent, c'était un cas social et j'ai vu sa maman pleurer. Le médecin a demandé deux paires de gants et des médicaments à l'instrumentaliste. J'ai dit que j'avais des gants et que je les lui donnais, alors le médecin s'est rué sur moi : « Pourquoi tu dis ça ? Cette femme ment, etc. » (maternité Guedawaye).

L'usage des outils et des savoirs techniques médicaux sont ainsi inclus dans de multiples jeux affectifs, significations familières et stéréotypes sociaux. Selon les domaines médicaux, ces adents émotionnels et socio-sémantiques diffèrent. Mais tous induisent des sortes de démembrements sélectifs des actes de soins en générant, par exemple, de la violence lorsqu'il s'agit de sexualité, mais aussi de la compassion face à des collègues qui souffrent ... En fait, rien ne permet que s'établisse une équanimité des conduites des personnels et une régularité des soins qui assurent le malade qu'il peut, a priori, accorder créance à un système de santé. Rien, sauf de manière marginale, la cohérence d'un discours religieux auquel patients et soignants se réfèrent communément et qui d'une certaine manière confère au malade une identité minimale et constante, de plus d'emblée accordée, d'être un « frère ». Un référent commun qui modère la dissymétrie des statuts en mesurant les acteurs à la même aune divine.

### *La religion comme discours tiers ?*

De fait, le principal discours qui puisse servir de tiers interprétatif entre les soignants et les patients est celui de la religion. C'est un code commun qui, par exemple, une fois encore pour le pire et le meilleur, donne sens à la douleur en l'appréhendant comme une forme de pardon. « C'est payer pour ses péchés » (*jurumu kafari : ala ka ké jurumukafari*) dit-on au Mali. Et hors l'espoir d'un Dieu, le malheur, la souffrance et la maladie ne pourraient être vécus que sous les aspects d'une fatalité absurde et violente<sup>16</sup>.

---

16. Ceci serait à mettre en rapport avec ce que souligne Giselman (2001 : 72) : « Les choses arrivaient à eux, non pas par eux ou à travers eux, et leur vie était une suite journalière de difficultés imprévisibles centrées sur des problèmes fondamentaux, comme trouver de la nourriture, des vêtements et du travail : et pourtant, l'imprévisibilité même restait une constante ; on supposait qu'elle suivait un modèle, invisible certes, mais un modèle quand même. Rien n'était fortuit, rien n'était accidentel. Dans un univers où, en toute objectivité, le hasard jouait un rôle majeur en raison de leur place dans la structure sociale (rôle économique marginal, manque presque total d'accès aux institutions qui auraient pu leur permettre de transformer eux-mêmes activement les conditions de leur existence), « le hasard » en tant que concept ou notion organisatrice n'intervenait pas du tout ».

Il en va souvent de même pour ce qui concerne le pronostic d'une pathologie, où la religion apparaît comme une forme d'espoir mais aussi comme une limitation du pouvoir de la science et de la technique médicale. Comme si maîtriser l'avenir par des probabilités constituait une sorte d'injure essentielle à la providence.

« A tout moment les malades espèrent le miracle. On leur dit qu'il faut prier, que c'est Dieu qui décide » (major, service d'hémo-oncologie, Bamako).

En Europe, les pratiques scientifiques correspondent largement à une sortie de la religion, à un passage dans un monde où certes les croyances continuent d'exister, mais à l'intérieur de discours et de pratiques qu'elles ne définissent plus. Les contextes où nous avons travaillé nous confrontent à un autre monde, où la religion reste structurante. Elle englobe l'épreuve de la maladie dans une signification (faute, pouvoir divin, pardon, etc.) et induit certaines formes du lien social avec les malades. Peut-être est-ce pour cela que les rapports entre soignants et soignés sont souvent meilleurs – ou ressentis comme tels – dans certaines structures confessionnelles. La religion s'y présente comme un discours partagé qui donne sens à une relation thérapeutique. Comme un tiers, pacifiant une relation duelle, elle incite les uns à une certaine compassion et accorde aux autres le droit d'implorer. De ce fait, les réponses faites aux demandes de soins ne sont pas immédiates – autorisées par le pouvoir de soigner et régies par les humeurs – mais élaborées selon des normes morales communes aux acteurs et définissant des conduites à adopter entre malades et soignants.

Une certaine loi, hors la versatilité des hommes, permet une rencontre, régie par la régularité d'un code stable. C'est pourquoi elle modère les aléas d'une relation où l'on peut « tout gagner » pour peu que l'on émeuve, ou « tout perdre » lorsque des stéréotypes sociaux péjorent les relations avec des « inconnus » et tiennent lieu d'écoute médicale.

### **Construire un espace relationnel**

Les modalités et la qualité des rapports à soi et à l'autre, comme nous venons de l'illustrer en proposant les images contrastées de deux services, dépendent donc largement des caractéristiques des pathologies. Lorsqu'elles sont lourdes et chroniques, le temps de traitement est long, et laisse aux acteurs le temps de se connaître. De même, certaines

mesures comme le fait d'affecter les personnels à des malades et non à des tâches (injections, pansements, etc.) instaure une constance dans la relation. Mais une caractéristique commune lie ces services, et les pratiques tendres ou violentes que l'on peut y observer. Aucun discours ne permet aux soignants de mettre en acte une régularité dans la prise en charge des malades et de construire, malgré les aléas liés à toute rencontre, une relation suffisamment neutre, bonne et distanciée avec les patients.

Le cadre relationnel n'est donc pas construit, pas plus que les interactions entre malades et professionnels ne sont régies par une sorte de code de bienséance médicale instaurant entre eux une relation stable. La médecine n'est abordée par les soignants qu'en fonction de ses ressources cognitives et diagnostiques, et le savoir et le pouvoir de soigner ne sont pas limités par une déontologie qui donnerait sens à leurs actes techniques. Au contraire, les opinions les plus communes gouvernent leurs conduites et, exacerbées par la dissymétrie de la relation de soins, trouvent à s'y exprimer violemment.

Ce pouvoir sur les patients est donc, pour une grande part, sans « garde-fou ». En effet, aucun discours « technique » n'oriente les soignants vers une réflexion sur leurs actes face aux malades et à leurs demandes. Rien n'incite les personnels à analyser et éventuellement à tolérer certains comportements socialement « déviants » en fonction des particularités d'une situation secrétant de la douleur, de l'angoisse et du désarroi. Très largement, à l'intérieur des structures sanitaires, les soignants continuent d'évaluer les conduites des malades et des parturientes en fonction des normes de conduite les plus habituelles. Pour le dire simplement, on ne sépare pas ce que l'on pense en tant que personne, d'un côté, et ce que l'on s'accorde le droit de dire et de faire en tant que soignant, de l'autre. Et sans doute est-ce pourquoi on retrouve dans certains services des soignants qui se comportent comme s'ils étaient des parents des malades, mais aussi les querelles du marché !

Autrement dit, les lieux de soins ne sont pas limités par des sortes de sas affectifs socioprofessionnels, où, en endossant sa blouse le soignant adopterait les prérogatives mais aussi les restrictions qu'impose une fonction : une sorte « d'obligation de réserve » envers ses propres sentiments et ses comportements les plus habituels (cf. dans le chapitre ci-dessus la « membrane semi-perméable »). Aucun discours tiers, en dehors peut-être du religieux, ne permet de médiatiser la relation aux patients et de construire un rapport psychologique et déontologique au malade. Par exemple, les personnels ne décryptent aucunement les plaintes et les conduites parfois inhabituelles de leurs clients selon un code psychologique. Rien n'est évoqué des éventuels « bénéfices secondaires » qu'accorderait la maladie, des « circonstances atténuantes » liées au mal,

des angoisses qui chercheraient à se dire, même sous une forme violente... La relation au malade est vécue au jour le jour, sans être construite ni scientifiquement selon des modèles psychologiques, ni socialement comme accordant des droits à se conduire différemment<sup>17</sup>. Le rapport à la personne malade se déroule en général dans une sorte de *no man's land* sémantique et affectif. Entre les soignants et les patients il n'y a qu'un « *illness* » vide de sens<sup>18</sup>, un entre-deux manquant de significations sociales.

Si l'on s'accorde sur ce diagnostic, il en résulte qu'améliorer la qualité de l'offre de soins implique, outre de plus vastes programmes comme celui de rendre fiable le « système expert » que sont les services sanitaires, de prendre en compte, avec toute la complexité d'articuler ces domaines divers, les différentes formes du travail du soignant : travail de connaissance, de clinique, mais aussi de maîtrise de soi, de réaménagement biographique, ce que Strauss (1992 : 187) nomme le travail sur les sentiments (« *sentimental work* »). Travail qui ne peut que rester ouvert, comme un souci devant s'adapter aux transformations des sensibilités et abordant l'autre comme une question.

Dans les pays du Nord, cette construction de la relation s'est lentement déployée au confluent de deux mouvements. Tout d'abord, elle prend place dans un mouvement charitable où jusqu'en 1870 plus de 12 000 sœurs hospitalières prennent en charge la maladie et le malheur (Borsa & Michel 1985 ; Imbert 1996). Puis, au long de plus d'un siècle, la profession infirmière se laïcise, conservant néanmoins cette matrice religieuse compassionnelle de dévouement envers le malade, mais lui adjoignant de fortes compétences techniques et la disjoignant de ses jugements normatifs (Knibiehler 1984). La psychologie et la psychanalyse en milieu hospitalier vont occuper ce nouvel espace relationnel où l'attention portée à l'autre n'est plus bornée par une morale parfois austère et souvent culpabilisante. Dès lors, à partir des années 1950, les dimensions « affectives » et « humaines » de la maladie et des actes de soins ont pu être, dans la mesure où les équipes médicales le demandaient, largement étudiées et les conduites des cliniciens en partie modifiées afin que les patients puissent exprimer leurs contraintes et leurs direx singuliers (Balint 1960, Israel 1971, Raimbault 1973, Sapir 1972).

Sur notre versant, quels acteurs recueillent les paroles des patients afin que leurs choix et leurs soucis puissent être entendus dans les staffs et inclus dans la prise en charge ?

---

17. Il est impressionnant de voir que ce « B.A.BA » psychologique n'est évoqué qu'à propos des réactions des malades à l'annonce de leur séropositivité, et sans, en général, que cette question ne soit étendue à d'autres situations liées à la maladie...

18. Il est commode de distinguer, sous la notion globale de maladie, entre *disease* (altération biologique observable), *illness* (vécu subjectif du patient) et *sickness* (construction sociale de la maladie).

Parallèlement à ces travaux, une approche ergonomique permettait d'analyser les situations de stress et de « *burn out* » (épuisement professionnel) des soignants et d'améliorer concrètement leurs conditions de travail (Estryn-Behar 1997).

Au Nord, l'hôpital s'est ainsi humanisé depuis une trentaine d'années, en liant les progrès techniques qui permettent d'aménager humainement les traitements avec diverses attentions sociales et psychologiques. Ces préoccupations sont donc récentes, et loin d'être encore partagées par tous. Mais, en Afrique de l'Ouest, disons-le clairement, ces dimensions des pratiques de soins ne sont pas encore réellement prises en compte. Bien peu d'études portent sur les choix architecturaux et ce qu'ils induisent comme parcellisation des tâches. Et que dire de la prévention du stress des soignants, de la pénibilité du travail (maux de dos, troubles du sommeil, etc.), de la réduction d'un insupportable bruit dans les services, des éléments de l'angoisse liée au type de malades traités et entretenue par la vision, l'odeur et l'écoute, des syndromes dépressifs s'exprimant notamment par l'alcoolisme, souvent chez les plus brillants ...

Mais allons au plus court. Trois critères sont retenus pour définir cette sorte de « stress organisationnel » (Aubert & Pagès 1989) ou « d'épuisement professionnel » (Malasch & Pines 1977) des soignants. Le premier consiste en une sorte d'effondrement émotionnel, « on craque ». Le second s'exprime sous la forme d'un « désinvestissement » relationnel. Pour ne plus être affecté par les situations de soins, les soignants mettent à distance les malades et ne peuvent de ce fait développer une relation empathique avec eux. Enfin les professionnels déprécient leur travail et eux-mêmes.

Selon ces mêmes études, cette attitude psychologique se retrouve particulièrement dans certaines situations. Tout d'abord, lorsqu'il existe un fort déséquilibre entre les ressources disponibles et l'importance des demandes. Elle est aussi fréquente dans certains services comme ceux où la mortalité est importante, où une grande incertitude règne quant à l'efficacité des traitements, où les équipes professionnelles sont peu soudées voire conflictuelles, et où le rôle de chacun est mal défini.

Alors, il faut bien sûr se méfier et ne pas « psychologiser » abusivement le social. De plus, certaines conduites apparemment identiques peuvent correspondre à des causes diverses, et l'on est souvent d'autant plus « fatigué » que son statut permet d'éviter toute sanction et réprimande. Mais comment, sous ces « facteurs de risques » d'effondrement professionnel, ne pas retrouver la description des conditions de travail que l'on rencontre dans la plupart des centres de santé ouest-africains ? Comment, si l'on nous accorde ce néologisme, ne pas penser qu'ici c'est toute la profession qui semble « burn-outée », parce que débordée, incertaine et instable ? Progresser, c'est aussi, autant que condamner, savoir prendre en

charge cette souffrance silencieuse, mais qui parfois sourd en les gestes des personnels de santé.

En fait, dans bien des cas, les services de santé se présentent comme des bâtiments dont il reste à construire l'armature humaine. Cette situation résulte en partie des actions de développement qui en accélérant utilement, mais aussi artificiellement, l'essor de certains secteurs accroissent aussi les disjonctions entre des infrastructures techniques, qui correspondent implicitement à l'organisation du travail des pays donateurs, et les sensibilités, conduites et habitus des populations locales. Rétablir une cohérence entre ces lieux et les actes qu'ils doivent abriter nécessite des études. Certes. Mais progresser implique aussi d'améliorer concrètement le cadre de travail des soignants, et de mettre en place des groupes de parole pour les personnels afin qu'ils puissent dire leurs questions et apprennent à prendre en compte les psychologies particulières que génèrent la maladie ou certains états médicalisés (grossesse, etc.).

En ces lieux, l'enjeu est de permettre aux soignants d'établir une relation dont ils soient affectés, mais qu'ils puissent aussi supporter psychologiquement, socialement et économiquement. Il serait bien illusoire de vouloir initier une « écoute » tant que les conditions matérielles de la rencontre et de la prise en charge ne sont pas réunies (salaires versés, prise en charge assurée, etc.). Comme le souligne Castel, il s'agit ainsi de créer « des conditions de possibilité pour qu'il y ait de la psychologie, ou plutôt des interactions qui ne sont plus de l'ordre des déterminations objectives » (Castel & Haroche 2001 : 167).

### **Négocier son autonomie sociale**

La position des personnels de santé est donc inconfortable, conflictuellement située entre le marteau d'une intransigeante demande et l'enclume de l'insuffisance des moyens et des dysfonctionnements organisationnels empêchant de traiter correctement les malades.

En cette discorde se brise une part importante du statut professionnel des soignants et de leur possible déontologie. Mais d'autres ruptures sont externes aux services de santé et confrontent de diverses façons les soignants à leurs « mondes sociaux ».

Au plus simple, il peut s'agir d'empiètements directs et visibles du privé sur le professionnel, comme, par exemple, lorsque certains maris refusent que leur femme assume les gardes de nuit et qu'ils soumettent ainsi les roulements des équipes aux aléas des choix familiaux. Enclave certes modeste, mais qui révèle que l'autorité n'est pas uniquement inter-

ne à la profession. A *minima*, elle est négociée selon diverses normes sociales et professionnelles. Mais poursuivons dans l'inventaire de ces disjonctions qui expliquent le fonctionnement des centres. Prenons du champ, de nouveaux motifs apparaissent. Ils révèlent des acteurs aux vies séparées et contradictoires.

### *La nasse de la dette et du statut*

D'autres contraintes sont, en effet, bien plus despotiques. Elles concernent notamment la constante pression sociale pour tenir des engagements que, le plus souvent, on ne savait pas avoir pris, ou tout au moins pas si « lourdement ».

En ce domaine, les itinéraires biographiques des professionnels de santé sont réguliers. Il s'agit d'histoires de vies comme des pièges sans surprise. Leurs étapes concordent et se résument aisément : progresser, c'est perdre ! Bien sûr, il faut se garder de trop forcer le paradoxe, mais globalement l'accès à la profession se révèle être une nasse puisque, dès lors que l'on a un métier, les charges s'accroissent<sup>19</sup> :

« C'est propre à tout jeune qui accède à un emploi. Moi, j'ai tout un tas de monde chez moi. J'ai des frères, des cousins, des sœurs, des frères de ma femme. Il y a tout un arsenal de monde chez moi. C'est tout à fait normal, parce que je travaille (...). Si je ne le fais pas, je serais condamné par la société. Avant que je gagne ce travail, j'ai été élevé et nourri par quelqu'un. Tu es pris en charge pour faire tes études et tout, une fois que tu as un boulot, ils n'hésitent pas à venir chez toi et tu ne peux en aucune façon les refouler, parce que ce sont de proches parents » (infirmier CSCOM, Bamako).

Et cela d'autant plus que l'accès à une profession, définie avant tout comme une source de revenus, correspond souvent à une stratégie familiale :

« Ma décision a été motivée par la famille qui souhaitait que je trouve du travail pour les aider » (sage-femme, Bamako).

---

19. De semblables remarques sont faites par Marie (1997 : 7) : « On se trouverait ainsi en présence de l'un des effets paradoxaux de la crise : en même temps qu'elle réduit les moyens de la solidarité communautaire (ce qui va dans le sens de l'individualisation), elle rend celle-ci plus que jamais nécessaire mais plus aussi plus exigeante (ce qui va dans le sens de sa remise en cause par ceux qu'elle tend à pressurer dans un climat de tensions grandissantes) ».

Les contraintes sociales liées à l'accès à un travail régulier et rémunéré sont doubles. Au plus immédiat, il s'agit d'honorer pécuniairement ses dettes et, notamment, de rembourser ceux qui permirent d'étudier. Mais, plus encore, il importe de manifester sa reconnaissance affective par des dons et des aides. Et nul débours ne viendra alors combler ce crédit autrefois accordé. On reste indéfiniment débiteur<sup>20</sup>. Sorte de cadet infiniment soumis par l'emprunt, on ne pourra, sauf à prendre le risque d'une rupture violente avec les siens, refuser une demande. Réussir c'est largement savoir à qui l'on doit et à qui l'on rend...

« Si je dis que je ne peux pas prendre en charge mes frères ou la sœur de ma femme, on va me traiter de méchant. On va dire que ce type est méchant. On va dire *mògòjugu a tè mògò fè*. Ils peuvent même arriver à dire *dangaden* (enfant maudit) parce que je ne respecterais pas les paroles des parents (...). De plus, quand tu as des problèmes, les gens ne vont pas t'aider. Tu t'assois et tu vois bien que tes proches parents ne sont pas loin de chez toi, il se passe des choses chez toi et personne ne vient. Même si tu ne dis rien, il y a le remord, le regret qui te rongent intérieurement. Cet isolement est difficile à supporter » (infirmier, CSCOM, Bamako).

La toile des obligations est tissée. Cousue et renforcée par les domaines de la parenté et du magico-religieux, qui, comme de larges structures englobantes aux harmoniques de malédiction, viennent contraindre ceux qui tenteraient d'écrire leur destin sous la forme d'une réussite amnésique et autonome.

Mais d'autres raisons, que Polanyi souligne parfaitement, expliquent encore cet accroissement parallèle des besoins et d'un statut social. « D'abord, parce qu'en n'observant pas le code admis de l'honneur ou de la générosité, l'individu se couperait de la communauté et deviendrait un paria ; ensuite, parce que toutes les obligations sociales sont à long terme réciproques, et qu'en les observant l'individu sert également au mieux ses intérêts, donnant-donnant » (1983 : 75).

Il faut donc alimenter cette économie réticulaire et nouer ainsi des liens qui permettent d'anticiper sur des demandes et de s'assurer d'indispensables services. « Aider » l'administrateur qui un jour pourrait vous accorder une bourse, « graisser » le policier qui pourra vous tirer d'embarras, « comprendre » la secrétaire et ses envies de brochettes qui troublent l'attention qu'elle souhaiterait porter à votre dossier...

---

20. Il y a là quelque chose comme ce que repère Schmitt dans la littérature orale (2001 : 373) : « Dans le système de l'échange des dons, tout don est, en un certain sens, "éternel", car il donne au donateur une sorte de droit perpétuel sur le donataire ; (...) le don est toujours un "cadeau empoisonné" qui poursuit celui qui l'a reçu ; celui-ci, bénéficiaire de la chose reçue (*res*), est comme un accusé (*reus*), qui a le plus grand mal à se libérer ».

Mais, plus encore, dans ces sociétés qui restent d'ostentation, devenir quelqu'un, voire « un grand quelqu'un », c'est, à la forme intransitive, « être capable ». Pour soi et pour les siens on ne peut déroger et souffrir cette injure curieusement empruntée à un français de comédie : être « pingre ». Il faut redistribuer largement, puisque la honte n'est pas de demander mais de ne pas pouvoir donner.

Dans cette économie réelle et qualitative, l'argent n'est pas « la forme pure de l'échangeabilité » (Simmel 1987), et sa valeur d'usage perdure. Elle oblige à donner, et *de facto* contraint à posséder. Cette dimension non uniquement monétaire de l'avoir et de l'échange est à l'origine de bien des pratiques de « petite corruption » qui ne peuvent s'expliquer par une « vénalité spécifique » ou « identitaire » des personnels de santé, mais plutôt par l'obligation d'assumer des rôles et des charges. C'est ce que souligne l'un de nos interlocuteurs :

« Je ne pense pas que c'est parce que le salaire est minime qu'on arrive à corrompre quelqu'un. Je pense que c'est un problème de besoin. C'est suivant le besoin qu'on arrive à corrompre pour avoir quelque chose » (infirmier, CSCOM, Bamako).

Cette avidité à posséder pour « être » touche particulièrement certains groupes sociaux. Principalement les femmes, et notamment celles appartenant aux bourgeoisies urbaines, dont on attend qu'elles s'habillent de riches atours lors des cérémonies, qu'elles puissent donner aux griottes qui chantent leurs noms, qu'elles augmentent la mise pour les dons qui accompagnent les baptêmes et les mariages. Soumises à ces règles autant qu'en jouissant, apparaissent en filigrane les portraits de ces sages-femmes qui doivent tenir leur place, exister parmi leurs pairs, et laisser croire que leur mari « est capable » de leur assurer un tel train de vie. Apparemment moins contraint par ces obligations démesurées, il ne faut pas oublier que l'homme en est souvent l'enjeu : sa femme doit paraître pour ne pas lui faire honte. Et pour cela, il sait parfois fermer les yeux sur l'origine de ces ressources.

Voilà, c'est ainsi, de soutiens implicites en revenus illicites, de toniques en groupes professionnels de baptêmes, qu'une économie « identitaire », interne aux services et constituant les corps professionnels, mine et se joue des réformes abstraites des services de santé.

Alors, partout et pour cela, un profit est prélevé sur la faiblesse : au plus simple par une insupportable pression exercée sur les malades ; au pire par une violence véritable.

Certes, tout comprendre n'est pas tout excuser. Et ces pratiques sont condamnables. Mais on ne pourra expliquer cette forme particulière d'inhumanité que l'on rencontre dans les services de santé sans dévider cet écheveau complexe qui lie la reconnaissance sociale à la redistribution économique.

*Une harmonie socioprofessionnelle comme condition importante de la réforme*

Et pourtant certains résistent, adoptent une autre attitude plus proche des préceptes éthiques préconisés par les programmes de développement. Ceux-la, on les dit plus « honnêtes ». Sans doute. Mais comment comprendre ces contre-exemples, sans doctes propos tautologiques révélant que ces acteurs sont plus honnêtes parce que moralement meilleurs ?

Une première évidence s'impose. Il y a des places où l'honnêteté « rapporte » et concorde avec l'accroissement des revenus. C'est, par exemple, le cas des assistants techniques des diverses coopérations ou des agents des organisations internationales. En ce monde où il serait bien stupide de perdre un bon salaire pour chaparder un tensiomètre, il y a bien quelques anicroches, mais elles restent marginales ou, au contraire, de haute volée. Mieux vaut être un paragon de vertu et assurer ses revenus en dénonçant les prévarications d'autrui, moins légalement pourvu. Rien de très nouveau. Les uns, disposant du pouvoir, élaborent des stratégies pour de complexes réformes ; les autres, pour « s'en sortir », inventent des tactiques et profitent de toutes les occasions<sup>22</sup>. Mais les uns qui impulsent les réformes ne sont pas les autres qui devront les éprouver et les vivre au quotidien<sup>23</sup>.

Ces « autres » sont divers. Tout d'abord, parce qu'ils occupent dans le système de santé des fonctions différentes, tout au moins dans l'ordre visible des structures sanitaires.

Mais les caractéristiques professionnelles qui focalisent l'attention des réformateurs ne concernent que la partie visible des identités des soignants. Certes, point n'est besoin d'investiguer le milieu de vie des personnels pour leur transmettre de nouvelles connaissances. Reste qu'implicitement, en centrant leur action sur la transformation technocratique des services, les politiques et les réformes de santé publique segmentent le plan continu d'expérience des acteurs entre ce qui relèverait du professionnel et ce qui appartient à leur monde social. Anecdote que tout cela ? Pas si sûr.

En effet, si certains apprentissages se limitent à l'acquisition de compétences techniques, d'autres domaines, comme l'amélioration du rapport au malade ou la mise en acte de certaines pratiques d'honnêteté profes-

22. Cf. de Certeau (1980).

23. Qu'il suffise ici d'évoquer la question de l'utilisation cohérente de la pyramide de santé et de ses niveaux de référence. Qui, parmi les coopérants de la santé et leurs proches, ne se rend pas directement chez un spécialiste, bafouant par sa pratique ses discours ? Quand on peut, il vaut mieux pour les siens « brûler les étapes ». Une des caractéristiques des assistants techniques est cette non congruence des discours et des actes. Pour une analyse de l'utilisation correcte de la référence comme étant un facteur de risque, nous renvoyons à Gamatié & alii (1994).

sionnelle, engagé d'autres liens et sont chevillés à l'ensemble social par bien d'autres mortaises.

Preçons donc l'air, sortons des centres et élargissons notre focale : d'autres différences, externes et pour cela plus discrètes, apparaissent. Elles permettent, parmi les agents de santé, d'opérer d'autres tris, selon d'autres critères.

Ces acteurs diffèrent notamment par le type de familles auxquels ils appartiennent. Certains de ces ensembles domestiques vivent selon une cohérence que l'on peut, un peu abusivement, qualifier de « traditionnelle ». Un précédent extrait d'entretien évoquait cette situation où le mode de vie reste, en fait, très largement rural : les parentés sont « extensibles », classificatoires à l'infini, et les charges aussi lourdes qu'impératives et imprévues.

D'autres, par contre, vivent selon les nouvelles règles d'une modernité urbaine. L'exiguïté des logements, les charges, les projets éducatifs, ainsi que de nouvelles sensibilités limitent les dépendants aux plus proches. Monde ni pire ni meilleur, mais simplement, comme le souligne ces propos, mieux accordé aux économies modernes.

« Mon cas est particulier. Je suis dans ma propre concession. J'ai une famille et je vis avec mon mari. J'ai une fille et une bonne. Il n'y a que nous quatre qui partageons la maison, sinon il n'y a personne d'autre » (sage-femme, CSCOM).

De cet autre point de vue, les dysfonctionnements des services de santé apparaissent comme des intrigues sans unité de lieu. Les scènes se déroulent dans les centres, mais elles se trament largement en coulisses, dans cette extériorité familiale. Précisons.

Si les programmes de développement innovent techniquement, ils imposent aussi, dans leurs domaines partiels, des formes de gestions particulières : des sortes d'îlots souvent administrés (tout au moins officiellement) selon les normes du donateur ou du ministère concerné. Cette économie désincarnée, qui implicitement correspond à l'identité d'un acteur qui serait déconnecté de son ensemble familial, se veut, et est parfois, rigoureuse. Mais elle n'est pas forcément en cohérence avec les économies familiales. Elle oblige alors l'acteur à articuler des actions dans des mondes disjoints. Et, par exemple, dans bien des cas, pour un individu, s'inscrire dans une logique gestionnaire drastique, comme le souhaitent les programmes de santé publique, impliquerait qu'il « décroche » de son milieu social, qu'il choisisse une « désaffiliation active »<sup>24</sup> de son collectif social et familial.

---

24. Au sens où Castel décrit ainsi « des situations de décrochage. Cela signifie que les individus ne sont plus inscrits dans des régulations collectives, qu'ils ont perdu leurs assises ou leurs supports et qu'ils se mettent à flotter parce qu'ils n'ont plus de repères » (Castel & Haroche, 2001 : 116).

Ce processus s'observe fort banalement lorsqu'un soignant, « exemplaire et honnête » aux yeux des programmes sanitaires, est socialement disqualifié par ses proches, indexé sous les qualificatifs si douloureux à assumer de « méchant » ou d' « impitoyable », ou, comme on le dit en bambara, de « nègre blanc » (*tubabufin*).

Etre « honnête », c'est souvent prendre le risque d'être, y compris par ses proches, perçu comme celui qui a pris le parti de l'autre lointain (« le responsable du projet », le Blanc...) aux dépens de ses proches. C'est synonyme de refuser de « redistribuer » à ceux à qui pourtant « on doit ». Et puis quelle confiance à long terme accorder à ces programmes qui se succèdent et qui partent aussi vite qu'ils arrivent ?

Alors, souvent, on se soumet à cette économie de « débrouillardise ». Parce que le nombre de personnes à charge impose de trouver d'autres revenus que ceux de son maigre salaire, et qu'on ne peut exister seul, sous l'opprobre de ceux qui sont les plus proches. A l'inverse, parfois, la composition de la famille et l'homogénéité des choix familiaux permettent d'effectuer d'autres choix, plus conformes à ceux qui sont indispensables au fonctionnement des services publics.

En fait, dans bien des cas, **les programmes de santé ou tout au moins leur mode de gestion viennent dissocier les jugements normatifs internes aux programmes des jugements normatifs d'approbation propres aux collectivités d'appartenance.** Adopter « pour de vrai » une gestion préconisée par les programmes de santé publique obligerait à une rupture avec son collectif socio-familial. Qui le peut ?

En fait, tout se passe à la jointure de ces mondes familiaux et professionnels en ces manières de négocier entre des contraintes familiales et des normes professionnelles. Pour certains, il y a une insertion globale dans un système économique dont on ne sait s'il faut le nommer « moderne » ou « occidentalisé » ; pour d'autres l'articulation entre ces deux univers de l'identité ne peut être que conflictuelle.

L'observation des pratiques de gestion confirme cette proposition. En effet, il suffit d'ouvrir les yeux et de regarder les stratégies dont usent les « réformateurs » locaux. Elles consistent principalement à se protéger de leurs proches et à délimiter des espaces d'autonomie professionnelle.

On y voit des techniques simples pour se défendre d'une trop grande pression de la demande, comme, par exemple, le fait d'interposer un secrétariat rigide entre le cabinet et la salle d'attente, ce qui oblige chacun à payer sans pouvoir se prévaloir d'une proximité avec les soignants. On peut aussi instaurer des listes d'attentes, ou des files par ordre d'arrivée. Discrète, mais si nouvelle et radicale « révolution » : attendre..., chacun devenant, dans une file anonyme, équivalent à un autre, sans que la richesse des vêtements, l'âge ou la parenté ne soit un « passe droit » ! Et puis on peut aussi distinguer la gestion des finances du centre ou du pro-

jet de sa gestion personnelle, en confiant la comptabilité à un tiers. Reste enfin à user du « coopérant » pour se protéger : c'est lui qui gère, empêche, oblige, etc. Dans bien des cas, l'expatrié n'a pas de compétences techniques plus fortes, il n'est simplement pas soumis aux mêmes contraintes sociales.

Une nouvelle fois ces « micro-descriptions » frisent l'anecdote. Mais elles tissent fermement le réel des vies des professionnels de santé et arriment leurs libertés à ces pôles contraires. Alors, peut-être ce n'est pas tant, comme en ces incessantes formations de santé publique, les tâches idéales de chacun qu'il faut définir, mais plutôt permettre à chacun d'exprimer ses contraintes afin d'y insérer ce qu'il est actuellement possible de faire. Les « pré-requis » sont sociaux autant que techniques.

### **Construire une identité où l'on se reconnaisse**

#### ***Le sentiment global d'un désenchantement « illocutionnaire »***

Les actes et les jugements moraux ne sont pas, en leur premier usage, descriptifs<sup>25</sup>. Dans leur forme la plus habituelle – comme promettre, prier quelqu'un, donner un conseil –, ils se rapportent, en fait, à une interlocution. Le jugement est accompli en disant quelque chose à quelqu'un. Ils correspondent donc très largement à des actes illocutionnaires : ils ne transmettent pas une information, ils sont supposés engager « la parole » et les actes des locuteurs.

Globalement, en Afrique de l'Ouest, tout au moins en milieu urbain, ce rapport du locuteur à son dire, et la forme de l'engagement qu'il présume, sont aujourd'hui l'objet de questions. Plus encore, d'une suspicion, puisque dans de nombreuses sphères de la vie sociale, la parole n'engage plus celui qui la profère.

Au plus commun des expériences quotidiennes, on ment sans vergogne si l'on s'agit d'emprunter de l'argent, on utilise un double langage dans tous les secteurs de la vie administrative, on vide les rituels de leur sens en réduisant, par exemple, le mariage coutumier à une mascarade pour séduire une jeune fille. Même son nom, son âge ou sa filiation seront changés pour peu qu'une administration le demande. Ces pratiques minent une indispensable relation fiduciaire à l'autre. La vie sociale est abordée comme un immense jeu de stratégie et la parole réduite à un

---

25. Sur cette vaste question, que nous ne pouvons traiter ici, nous renvoyons à Cantosperber (1994).

bavardage dissimulant les véritables enjeux de chacun. Les lieux de sécurité ontologique, où dire c'est vraiment faire, se réduisent à quelques îlots de loyauté : les liens maternels, les frères et sœurs « même père-même mère », certains amis du groupe de discussion (le « grin »)...

Cette situation est d'autant plus déroutante que, ainsi que nous l'écrivions précédemment, la confiance est censée reposer sur des relations personnelles. A la jointure des mondes ruraux et des nouveaux espaces urbains qui rendent anonymes et segmentent les identités, les certitudes vacillent. C'est ce que nous confiait à Bamako une mère désabusée : « maintenant, il n'y a de parenté que de nom ». Et partout on retrouve ce désarroi de personnes désarrimées de leur propre identité par ces mots qui ne « tiennent plus », ne sont plus que des enveloppes vides. C'est ce qu'exprime en une formule lapidaire un jeune marchand de Bamako : « Le manque d'honneur qu'il y a à ne pas tenir sa promesse (*lahidu tiimé baliya*) est du à la non reconnaissance de soi-même (*yérédon baliya*) ».

Ce sentiment d'une dégradation qui est ainsi ressenti correspond, sans aucun doute, au délitement du contrôle social. Phénomène très largement lié au milieu urbain mais aussi aux nouvelles formes d'expressions politiques qui préfèrent souvent la rhétorique à l'action publique<sup>26</sup>.

Au Mali, ce trouble est ressenti par les griottes qui tentent de le combattre par des exhortations morales (*waajuli*). Et c'est ainsi que de nombreuses chansons, comme celles de Sali Sidibé et Wassolo Fanta, évoquent à la fois la corruption mais aussi la nostalgie et l'espoir renouvelé de (re)trouver un homme de parole (*kankelentigi*, litt. le propriétaire d'une seule parole). Un juste dont les actes correspondraient aux dires, un point de certitude<sup>27</sup>.

Ces chansons expriment un mal-être général, mais elles cristallisent aussi des impressions confusément ressenties par tous. En regroupant sous quelques vocables l'ensemble des trahisons et des défections allant du domaine public aux relations amoureuses, ces modestes ritournelles soulignent, mais aussi construisent, une sensibilité contemporaine, un sentiment vécu qui vient se loger au plus intime des rapports quotidiens. De dialogues en assentiments elles ébauchent ainsi une opinion publique.

---

26. C'est ce mécanisme que décrit avec acuité Hanna Arendt : « Poussé au delà d'une certaine limite, le mensonge produit des résultats contraires au but recherché; cette limite est atteinte quand le public auquel le mensonge est destiné est contraint, afin de survivre, d'ignorer la frontière qui sépare la vérité du mensonge. Quand nous sommes convaincus que certaines actions sont pour nous une nécessité vitale, il n'importe plus que cette croyance se fonde sur le mensonge ou sur la vérité; la vérité en laquelle on peut se fier disparaît entièrement de la vie publique, et avec elle disparaît le principal facteur de stabilité dans le perpétuel mouvement des affaires humaines » (1972 : 11).

27. Lors des dernières élections de 2002, l'un de ces chants a d'ailleurs été choisi par un parti politique pour le représenter.

« Maintenant on rencontre beaucoup de voleurs chez nous. Sinon avant, quand on te disait voleur, c'était la fuite (*dugubila*, litt. laisser le village). Tu étais complètement effacé de ta famille et ton nom devenait comme un tas d'ordures. Tu devais complètement disparaître (...), c'était fini pour ta dignité (*dambé*). Aujourd'hui personne, ou presque, ne tient sa promesse (*lahidu*). Il y a encore quand même des gens qui honorent leurs engagements, mais ils ne sont pas nombreux. La plupart des gens sont des trompeurs (...). Ce sont des "gâteurs de promesse" (*lahidu tinyè-naw*) » (commerçant, marché de Bamako).

Et c'est ainsi, aussi, qu'est perçu le monde de la santé et le recouvrement des coûts. Un monde inhumain où l'argent règne et où on ne peut plus « compter » sur personne.

« Chez nous au Mali, s'il t'arrive quelque chose et que tu n'as pas d'argent, c'est tant pis pour toi. Ça veut bien dire qu'il n'y a plus de dignité, plus de solidarité (*nyògòn démé*), plus de pitié (*hiné*). Tout est profit (*fén kò*) (...). Nous sommes pourris ici, surtout le domaine de la santé est carrément foutu. Les gens du gouvernement parlent mais ce sont des sottises, du bruit (*manamana kan*) » (acheteur, marché de Bamako).

Alors, bien sûr, il ne s'agit là que de « l'air du temps », de bribes de discours et de quelques chansons. Tout cela résiste à la mesure et semble bien éloigné de notre sujet. Mais comment, avec ces carcasses de mots qui n'engagent plus celui qui les prononce, construire de la confiance et, pour ce qui concerne notre propos, inciter les personnels à une certaine rectitude de leurs actes ? « On n'y croît plus » entend-on souvent, comme si un clivage s'était produit entre ce qui se dit mais ne correspond pas aux situations réelles, et ce qui est « vraiment » vécu mais ne peut se dire ouvertement, tout au moins officiellement dans le monde des programmes de développement. « Le langage est devenu une fiction par rapport à une réalité quotidienne qui n'a plus de langage » (de Certeau 1974 : 238).

Il s'agit là d'un phénomène global et si le malaise inclut le domaine de la santé il le déborde largement. Il est celui d'une société qui doit réconcilier ses discours et ses pratiques, sauf à risquer que d'autres, plus sectaires, ne donnent l'illusion de le faire en inscrivant les codes sur les corps et en préconisant des justices immédiates<sup>28</sup>. Mais plus modestement il est aussi celui du monde du développement sanitaire qui doit accorder ses actes au réel des situations plutôt que d'essayer de le faire correspondre à des modèles théoriques, abstraitement élaborés en d'autres lieux.

28. Sur ce débat moral et la réflexion qu'une société peut opérer sur ces normes, voir dans un autre contexte Delumeau J. & Wanegfflen T. (1965).

*Une certaine étrangeté à soi-même*

Cette vacuité des mots associée à d'autres contraintes comme le fait de soigner sans trop d'espoir, ou de plus ou moins respecter des modes de gestions qui vont à l'encontre des normes familiales les plus habituelles, configurent aussi une certaine psychologie et conduisent les soignants à vivre « dans la mauvaise foi », sur « le mode d'être ce que je ne suis pas (...), absent à mon corps et à mes actes » (Sartre 1943 : 100). Autre manière de dire que, dans ce monde sanitaire, bien des acteurs se sentent « empruntés ».

Comme nous venons de l'évoquer, cette manière d'éprouver le rapport à soi sur le mode d'une discordance se construit par les contraintes qui viennent effiloche le statut de soignant, par ces mots qui peinent à correspondre aux actes qu'ils décrivent, et par cette continuelle dyglossie qui partage les locuteurs entre une langue française qui articule des connaissances scientifiques et des langues nationales qui disent l'affectivité.

Bref, tout semble hétérogène et inadéquat à soi, comme si les innovations des modes relationnels que propose – ou tente d'imposer – le monde du développement sanitaire se confondaient avec un discours importé et inassimilable, et obligeaient les acteurs à agir dans un monde de normes qui ne peuvent correspondre à leurs choix. « Dire le français ne peut pas faire de quelqu'un un Blanc (*tubabu kan fô, tè se ka môgô kè tubabu ye*) », nous dit une infirmière d'un centre de santé de Kati au Mali.

Ce clivage concerne aussi la fonction de soin, qui, loin de garantir l'identité, parfois la disjoint, et crée une sorte d'étrangeté à soi-même. « Notre travail est celui des Blancs. Mais ce qui est vraiment nous, ce n'est pas ça (*an ka baara ye tubabuw ta de ye. An yèrè ta tè nin ye*) » dit encore un infirmier de ce même centre. Alors, bien sûr, une nouvelle fois prenons garde de ne pas durcir le trait, mais toutes ces caractéristiques tendent à constituer les personnels de santé, non comme des acteurs homogènes, mais comme des être successifs<sup>29</sup>.

Une expression exprime cette rupture. Ce sont « des affaires de Blancs » dit-on fréquemment pour distinguer entre ce qui serait de soi et ce qui serait étranger. Bien sûr, cette distinction est, au sens strict, idéologique : donnant une idée déformée d'un réel complexe qui est plutôt parcouru de failles entre des modes de vie urbain et ruraux, de nouvelles solidarités, d'après solitudes, et de nouvelles formes d'enrichissement et d'accumulation des richesses. Et, ici comme ailleurs, le monde est « gris » plus qu'aussi simplement contrasté entre noir et blanc. Mais cette frontière est

29. Dans un autre contexte et pour une autre époque, Manoni (1950) parle à propos de la psychologie du « colonisé » de « duplicité apparente » qui fait penser à « deux rôles joués par un même acteur ». Voir à ce propos aussi les remarques de Balandier (1971 : 31).

« émiqument » vécue comme séparant variablement des mondes sémantiques que l'on ressent, à tort et à raison, comme étant différents. Tout cela de manière intime puisqu'il ne s'agit pas uniquement de séparer ainsi des contenus de sens mais aussi des manières d'être.

En effet, cette expression souligne aussi la diversité des modalités de rapport à soi : des façons d'être distinctes. Pour reprendre les termes de Gauchet (1998), dans un des mondes, celui de son groupe d'appartenance, on a « incorporé » des normes, on les vit, elles guident les actes et génèrent des affects comme de la honte et de la pitié. Dans l'autre, celui des programmes et des projets, les mots et les propositions restent extérieurs, joués plus que vécus. On parle un code artificiel, pas une langue sensible. Les phrases et les normes glissent sur soi comme l'eau sur les plumes d'un canard. Elles n'engagent pas.

### **Conclusion : des espaces tiers pour une éthique professionnelle**

Certains des éléments du diagnostic que nous venons d'établir restent hors de la portée immédiate de notre thérapeutique anthropologique, et nos modestes simples ne peuvent ni réformer l'État, ni rendre au langage sa crédibilité. Tout au plus, en décrivant au plus juste, pouvons-nous aider à le réformer ou à le construire.

Soyons donc pragmatique, et pour reprendre d'utiles termes de santé publique, identifions des facteurs modifiables et des actions réalistes. Elles peuvent aisément se résumer sous deux vastes rubriques.

Il faut tout d'abord créer les conditions d'un « parler vrai » qui permette aux acteurs de la santé de se dire avec leurs contraintes et leurs espoirs plus qu'annoncer une rhétorique du leurre et de la séduction à destination des bailleurs de fonds. Il donc s'agit de déblayer un espace de réflexion dans le fatras des séminaires et de leurs recommandations amnésiques.

Pour cela, il faut mettre les personnels de santé en confiance afin qu'ils puissent opérer une mutation de leurs paroles et qu'à nouveau elles charrient leur poids de réel : contraintes sociales, salaires, fatigue, déceptions, propositions localement éprouvées, etc. Ces dialogues doivent se construire non pas seulement autour des tâches ou des fonctions des soignants mais englober aussi l'ensemble contradictoire de leurs identités sociales. Par exemple, à partir de quel salaire peut-on assumer ses charges sociales et ne plus être dans l'obligation de « détourner » ? Comment faire pour à la fois soigner le tout venant et respecter une priorité que l'on doit impérativement aux siens, etc. Bref, il faut affronter et traiter les problèmes tels qu'ils existent « en vrai ».

Ici le rôle de l'anthropologue est essentiel. Bien sûr, il n'en sait pas plus sur les pratiques que des acteurs ayant une attitude réflexive sur leur propre condition ou des équipes de santé publique analysant des gestes et des données. Simplement, nos outils qualitatifs nous permettent de mettre en rapport des conduites individuelles avec la totalité d'un service ou d'autres sphères sociales. Nous opérons d'autres connexions, et dans cette indispensable analyse des structures de soins, une part importante de notre travail correspond à une sorte de changement de ponctuation dans les ensembles considérés.

En amont, une autre tâche non moins indispensable est de poursuivre un lourd travail de décapage des discours du développement afin de rendre visible les appréhensions idéologiques de l'autre et de son avenir. Parfois aussi pour démasquer les stratégies sournoises et souvent cupides de ceux qui se cachent sous les oripeaux du « bon cœur », de ceux qui « veulent faire le bien » de l'autre, absolument. Combien de « projets » ne sont que de vagues idées élaborées afin de justifier une expatriation ou un poste !

Mais, pour organiser la « rencontre » entre les soignants et des personnes malades, il faut aussi aider à la construction de cet espace relationnel que nous évoquions précédemment.

Par sa capacité à prendre en charge la douleur, par ses traitements qui guérissent ou permettent des rémissions et qui, en accroissant l'espérance de vie, créent, par exemple, des maladies chroniques qui nécessitent un accompagnement long des malades, la médecine constitue un espace spécifique d'interaction qui se construit très largement en relation avec les possibilités thérapeutiques qu'elle rend disponibles.

Cet espace est nouveau et unique. Et pour cela la relation psychologique avec le malade, dans des services de santé accueillant de nombreux clients anonymes, est à construire. Bien sûr en tenant compte des spécificités culturelles locales, et notamment des langues, de leurs contours sémantiques et des horizons religieux qui s'y lovent. Mais, s'il s'agit ainsi « d'enculturer » la technique, l'innovation relationnelle ne peut aucunement correspondre à un quelconque « retour » vers un supposé « traditionnel ». Certes, quelques soignants populaires, et notamment les guérisseurs qui traitent des maladies « psychologiques », savent manier des systèmes symboliques et habilement manipuler des parentés. Mais rien dans ces pratiques n'est de l'ordre du suivi d'un malade, de l'harmonisation de son traitement avec ses conditions de vie, de la réduction programmée de son handicap, du consentement éclairé avant un choix thérapeutique, de l'annonce d'une fin que le savoir scientifique permet d'anticiper, de la transformation de ce pronostic objectif en un destin singulier...

Pour tout cela, des contre-pouvoirs sont sans aucun doute indispensables. Ils peuvent accélérer l'obtention de droits et faire que s'ouvre

l'information aux clients. De même, des associations de malades peuvent appuyer des revendications spécifiques, et permettre que s'engagent des discussions non médicalisées entre des personnes confrontées à de semblables problèmes. Ce monde associatif doit donc s'organiser, et il le fait.

Mais il faut aussi que la formation des personnels de santé puisse inclure cette dimension affective de l'acte thérapeutique. Non pas uniquement comme « un plus » que l'on pourrait éventuellement ajouter à une consultation sous la forme d'une parole accueillante, mais en situant cette dimension humaine au cœur de la prise en charge thérapeutique. Alors, bien sûr, il faut former, inscrire des disciplines de l'analyse sociale et de l'écoute dans les cursus de formation, initier les étudiants à analyser des problèmes plus qu'à réciter des matières<sup>30</sup>, mettre en place des groupes de discussion dans les services<sup>31</sup>, etc.

Mais il ne s'agit pas uniquement de modes d'écoute. Ces questions ne sont pas que « langagières » et engagent des « supports » qui sont aussi des moyens techniques et financiers. Ces réflexions doivent donc inclure une dimension économique qualitative qui ne peut, nous espérons l'avoir montré, aucunement se réduire à des calculs de taux ou de coût-efficacité auxquels l'économie de la santé souvent se réduit. Sans doute s'agit-il de trouver une voie médiane entre une économie trop entravée par les liens sociaux et conduisant à des formes de petites corruptions souvent violentes mais où l'humain peut encore se dire, et une bureaucratie « idéale » dont l'efficacité repose souvent sur un éloignement des usagers et une nécessaire indifférence aux cas singuliers<sup>32</sup> (qu'il suffise ici d'évoquer la violence produite par la nécessaire initiative de Bamako). Il faut définir des seuils de solidarité compatibles avec les sociétés, l'évolution des structures familiales et les nouvelles formes de salariat.

---

30. Par exemple avec des cours abordant la nutrition ou la santé maternelle, depuis l'endocrinologie jusqu'à l'anthropologie et l'économie...

31. Bien que trop rares, de semblables actions sont anciennes dans un contexte français, voir par exemple Eliacheff-Nassif & Raimbault (1974).

32. Cette question a été abordée par Lévinas (1994 : 96) d'un point de vue moral : « En ce qui concerne l'État et l'oppression du Moi par l'État (...) je ne veux pas protester contre tous les ennuis qu'un individu peut avoir dans un État. Ce serait revenir à l'égoïsme contre lequel la Raison a raison. Le Moi que je défends contre la hiérarchie, c'est celui qui est nécessaire pour faire droit à l'autre. Pour moi, l'élément négatif, l'élément de violence dans l'État, dans la hiérarchie, apparaît même lorsque la hiérarchie fonctionne parfaitement, lorsque tout le monde se plie aux idées universelles. Il y a des cruautés terribles, parce qu'elles proviennent précisément de la nécessité de l'Ordre raisonnable. Il y a, si vous voulez, des larmes qu'un fonctionnaire ne peut pas voir : les larmes d'Autrui. Pour que les choses marchent, pour qu'elles se fassent équilibre, il faut absolument affirmer la responsabilité infinie de chacun, pour chacun, devant chacun (...). La subjectivité est, en conséquence, indispensable pour assurer cette non-violence même que l'État – mais dépassant à la fois la particularité du Moi et de l'Autre – recherche également ».

Mais brisons là, et contenons les rêves qui au moment de conclure viennent se bousculer pour éviter d'être oubliés. Terminons simplement en soulignant que, du plus vaste des relations sanitaires jusqu'au plus intime du débat avec soi, si l'anthropologie ne peut, bien sûr, apporter de parfaites solutions, elle peut cependant permettre aux acteurs – malades et soignants – de s'approprier leurs histoires : dire la maladie avec ses propres mots, parler de sa lassitude, aménager son cadre de travail selon ses propres normes, construire une entreprise de santé qui ait du sens, etc.

Ce travail est délicat et difficilement évaluable. Il risque de ce fait de ne pas beaucoup susciter l'attention des organismes de développement préférant souvent le global, le rapide et le visible, quitte à promouvoir de régulières réformes contradictoires... Et pourtant, ce recueil des demandes oubliées, l'abord des services par ce qui les lie à leur apparente extériorité sociale, l'attention prêtée aux inquiétudes qui ne peuvent se dire qu'à mi-mot sont des tâches indispensables, tout simplement parce qu'on ne construit pas un système de santé avec les ombres de nos illusions, mais avec des acteurs de chair, d'os, de violences, et de douleurs.



## Réformer une éthique sous contraintes ?

Y. JAFFRÉ et J.-P. OLIVIER DE SARDAN

Les études que nous avons menées dans les services de santé de ces cinq capitales d'Afrique de l'Ouest débouchent sur une question opérationnelle qui peut s'exprimer de façon relativement circonscrite : *comment donner un sens partagé et un contenu acceptable, socialement et médicalement, à la relation actuellement « difficile » entre soignants et soignés en Afrique, principalement quand les usagers sont, en ville, des « tout venant », des anonymes, des patients ordinaires ?*

La simplicité d'une telle formule ne doit pas nous tromper. Dès qu'on tente de la penser, elle engage une réflexion sur la possibilité d'instaurer un véritable *service public* qui soit « au service du public », et de promouvoir une déontologie s'appliquant à tous et respectée par tous. Au delà même du seul enjeu de la santé, il s'agit de *favoriser l'émergence d'une morale partagée* qui puisse régir les relations entre les citoyens et les fonctionnaires dans des États africains devenus démocratiques.

Comment pourrait-il en être autrement ? Une réforme tant du système de santé que des conduites des personnels de santé débouche sur de plus vastes problèmes qui touchent aux normes sociales, ainsi qu'à la place du service public dans des pays en voie de développement. Ces questions ne peuvent donc être uniquement appréhendées d'un point de vue « technique ». Elles mêlent le politique, l'idéologique, le social et le culturel au sens large. Evidences peut-être, mais qui rendent par exemple illusoire toute réforme hospitalière ou du système de santé qui ne serait issue que d'une volonté technocratique ou de la seule exigence des bailleurs de fonds étrangers.

Toutefois, on ne peut se contenter d'évoquer ces généralités, ni limiter l'anthropologie à une unique et facile fonction de déconstruction ou de dénonciation de ce qui apparaîtrait comme des « naïvetés » de la santé publique. Il convient aussi de traiter l'enchevêtrement du sanitaire et du

social de façon pragmatique, à des niveaux plus opérationnels que la simple attente de futurs bouleversements sociaux ou politiques...

Certes, lorsqu'il aborde des questions de réformes, l'anthropologue s'aventure hors de ses connaissances ou de ses compétences. Il ne dispose d'aucune « recette » et n'a hélas aucune baguette magique pour transformer le monde au gré de son vouloir ou de ses désirs. *Mais nous pensons que des travaux empiriques tels que ceux que nous avons menés, à travers leur fonction de compréhension de ce qui existe, peuvent aussi permettre d'orienter les réflexions sur ce qui peut être changé hic et nunc, autrement dit à moindre frais et dans un futur proche. Contribuer à éviter que trop de projets sanitaires ne se brisent encore sur les écueils du réel des sociétés ouest-africaines n'est pas une ambition déraisonnable.*

Notre anthropologie, pour « fondamentale » qu'elle soit (nous récusons l'enfermement dans le ghetto d'une « anthropologie appliquée »), ne considère comme en rien déshonorant de ne pas se contenter des seuls échanges érudits dans des cercles académiques, mais au contraire se sent enrichie des débats qu'elle entretient avec des praticiens, y compris en termes de réformes des services de santé. Le dialogue avec ceux que nous nous donnons comme objectif de comprendre est une dimension comme une autre de notre travail, et la collaboration avec ceux d'entre eux qui veulent mettre fin aux dysfonctionnements que nous avons mis en évidence nous semble aller de soi.

Aussi, dans une perspective de réformes concrètes, nous voudrions souligner ici quelques particularités des configurations liant le social, le politique et le sanitaire.

### **Les extensions abusives du pouvoir de soigner**

Dans bien des cas, les violences constatées ne sont pas externes au pouvoir de soigner. Elles correspondent plutôt à des « abus » de ce pouvoir. De nombreuses conduites des personnels de santé se présentent comme des sortes d'excroissances plus ou moins illégitimes de pouvoirs liés de manière consubstantielle au savoir médical, et que, justement, la déontologie, l'éthique, et parfois la collaboration avec d'autres disciplines comme la psychologie médicale (ou demain l'anthropologie ?), ont pour but de limiter.

Précisons certaines de ces manières de mésuser des prérogatives de la fonction médicale.

1) Une première forme, quasi structurelle, du savoir médical est la constante transformation de la demande du patient en une observation et

un diagnostic. Cliniquement, ceci est indispensable. De plus, cette identification d'un mal intimement et confusément perçu est souvent vécu comme un soulagement. Entendre : « je sais ce que vous avez, et dont vous souffrez » est ressenti, de manière rassurante, comme le début du traitement. Nommer, c'est déjà maîtriser le mal, identifier le réel<sup>1</sup>. Cependant, dans bien des cas, par abus de technicité, les mots du malade, qui évoquent l'emprise d'une douleur sur sa vie, ou comment une maladie affecte son identité, sont réduits aux seuls signes utiles pour identifier une pathologie.

« La douleur ainsi « montrée » au malade est moins sa douleur que la douleur du malade définie par le médecin et qui est celle à partir de laquelle il peut travailler. Cette nécessité pour le médecin de construire médicalement la douleur des malades a des implications importantes, ne serait-ce que parce que la construction effectuée ne peut initialement que rentrer en conflit avec la construction du malade et donner lieu à des situations interactives modifiées entre médecins et malades. Essentiellement parce que c'est avec la propre expérience du malade que le médecin construit cette douleur « objective », objet de sa pratique » (Baszanger 1989 : 32).

Comme le soulignait Malraux, la science est le premier discours qui donne une explication sans apporter une signification, et, dans le domaine de la clinique, l'indispensable identification morbide se fait souvent aux dépens de l'écoute de la dimension subjective de la maladie. Le corps est investigué, plus que le malade compris.

Pouvoir et contrainte techniques donc, où chaque pathologie doit avant tout être indexée selon une régularité, et cataloguée selon une nomenclature, plutôt que située dans la dramatique singularité d'une histoire. Il n'est certainement pas indifférent, que, dans la citation ci-dessous évoquant une toute autre réalité, celle d'une consultation spécialisée de pédiatrie dans un grand hôpital français, nous retrouvions des mots précédemment évoqués dans nos enquêtes en Afrique :

« Mais, fait remarquer un malade : « ils ne me touchent même plus ! » Il témoigne par là de son insatisfaction quant à ses relations avec le médecin qui ne manifeste d'intérêt que pour les résultats de laboratoire. Ici le corps souffrant, s'il reste parlant, n'est plus qu'un médiateur direct. Le médecin en fait lire les données par une autre grille que celle de sa perception. Quand au malade, il est exclu de la communication savoir-science, dans la mesure où sa perception à lui et son dire peuvent être ignorés » (Raimbault & Zygouris, 1976 : 8).

---

1. D'où cette force et cette permanence des entités nosologiques populaires, même lorsqu'elles ne sont en rien fondées sur un discours médical, et sont sans pertinence d'un point de vue scientifique (cf. Jaffré & Olivier de Sardan, 1999).

Dans le contexte d'une consultation hospitalière en France, les patients soulignent ainsi que les résultats d'examens sont devenus plus importants que la palpation du corps. Bien évidemment, le contexte d'une consultation de premier niveau en Afrique est tout autre. Dans un cas, il s'agit d'une extrême volonté de réduire les risques d'erreur, associée au recours à des outils diagnostiques complexes ; dans l'autre il s'agit au contraire de la rapidité indifférente d'une consultation, où souvent toute demande d'examens de laboratoire fait défaut, si tant est qu'ils soient possibles.

« Le *doktoor* qui est à la porte « tri » prend ce qu'on met dans les oreilles (stéthoscope), il pose sur sa poitrine, il écoute, il me donne une ordonnance, et puis c'est tout, chaque fois c'était pareil, il ne me disait rien, je n'osais rien lui demander *paske defa tëj kanamam* (parce qu'il a fermé son visage, en sérère), alors chaque fois j'achetais les ordonnances, et le soir j'emmenais mon fils chez le marabout pour qu'il lui fasse du « *motch* », je sais que ça ne soigne pas mais ça soulage » (rapport T. Diouf, Roi Beaudoin, Dakar).

Les environnements sont donc bien différents. Cependant, dans les deux cas, il s'agit d'un rapport entre les soignants et les soignés qui n'est défini par les soignants, maîtres du jeu, que selon ses aspects techniques.

Au quotidien des centres de santé où nous avons travaillé, cet aspect de la pratique médicale s'exerce de manière exacerbée. A la fois parce que chaque patient est quasi automatiquement indexé sommairement sous le nom d'une pathologie, et plus encore parce que le diagnostic, dans bien des cas, n'est pas scientifiquement fondé, et n'ouvre donc pas sur la possibilité d'un traitement efficace. Le malade est catalogué d'une certaine manière pour rien : étiqueté sous un terme alliant le vernaculaire au médical (« c'est du palu »), et en général sans qu'une certification biologique ne vienne attester la véracité du diagnostic.

Privé de possibilité d'examens paracliniques, empêtré dans d'embarassants problèmes de traduction, manquant parfois de connaissances, l'infirmier ou la sage-femme qui consulte (et parfois le médecin) se contente de caricaturer dans sa « consultation » ce que devrait être une démarche clinique cohérente, hors de sa portée. On nomme une « pathologie standard », on prescrit un traitement tout aussi standard, sans vraiment savoir. Presque « pour voir », comme au poker, en espérant que le traitement vienne valider la paresseuse hypothèse diagnostique. La subjectivité du malade est donc obérée pour bien peu de profit thérapeutique.

2) Une seconde forme du pouvoir du médecin est liée à l'aspect « pronostic » du savoir médical. En identifiant la pathologie, le médecin en sait

plus que le patient sur le propre corps de ce dernier. Il y a donc une forme oraculaire du savoir médical, qui anticipe sur un destin qui se joue souvent à l'insu du malade. C'est à partir de cette dissymétrie consubstantielle à l'exercice médical que prend naissance la demande latente ou explicite du malade : « dites moi ce que j'ai... », où peut s'entendre une plus fondamentale question sur ce qui va advenir de sa vie.

Bien sûr, dans certains cas, diverses attitudes de dissimulation peuvent être requises « pour le bien du malade ». Bien sûr aussi, dans d'autres cas, le soignant est bien incapable d'émettre un pronostic. Mais la rétention de l'information va bien au-delà du nécessaire ou du justifiable. Le « secret professionnel » ne légitime souvent qu'une attitude de paresse, voire de mépris, envers des patients que l'on imagine incapables de comprendre, et plus encore de supporter une annonce cruelle, et dont on suppose la vie trop frustrée pour qu'elle mérite d'être informée face à la souffrance et plus encore à la mort.

La consultation, tout autant qu'une situation d'interlocution, se présente donc comme une structure de pouvoir particulièrement exacerbée dans des situations où la différence de statut entre médecin et malade coïncide avec des clivages sociaux qui distinguent entre analphabètes et lettrés, pauvres et nantis. L'autre n'étant pas reconnu comme un interlocuteur doté de facultés cognitives suffisantes, l'information est « retenue », et le dialogue est réduit à sa plus simple expression : la reprise anonyme d'un diagnostic incertain.

Et pourtant, la demande des malades pour bénéficier d'explications sur ce dont ils souffrent, leur futur, et les raisons de la prescription, est bien « réelle ». Simplement l'intériorisation d'un sentiment d'infériorité sociale (où figure en bonne place la crainte de ne pas savoir s'exprimer), largement créé et entretenu par le « pouvoir médical », est telle qu'ils n'osent pas questionner, et moins encore revendiquer un droit de savoir. « On ne m'a rien dit » revient comme un leitmotiv (où il faut aussi sous-entendre : « je n'ai pas osé demander, car à quoi bon... »).

« S'il te plaît, pour l'amour de Dieu, si tu as du personnel soignant, va voir comment va ma femme, je l'ai emmenée depuis 7 h de Dominique (il était 13 h) et depuis lors je ne sais rien d'elle, personne ne veut me renseigner, c'est toujours la même réponse « *xaral rek goorgi* » (attends encore, vieux !), je n'ose même pas m'adresser à quelqu'un ». M. sait que sa fille est entre de bonnes mains, car « recommandée », mais lui ne sait rien, car n'ayant pas de connaissance à Baudouin et n'osant même plus poser de questions car craignant d'être rabroué comme ça a été déjà le cas, et comme il dit : « *mag la* (je suis âgé) » (rapport Niang, Pikine, Dakar).

3) Une troisième forme du pouvoir médical est celui que confère la technique de soin. Bien sûr, certains actes sont invasifs et douloureux.

D'autres peuvent être vécus comme gênants ou humiliants, voire en contradiction avec des valeurs religieuses ou culturelles. Parfois, il n'y a pas d'autres choix que d'accepter la douleur causée par un geste médical, ou de « mettre entre parenthèses » certaines valeurs sociales, contradictoires avec les obligations thérapeutiques. Cependant, dans bien des cas, la pratique médicale pourrait s'adapter et le médecin pourrait au minimum expliquer les obligations gênantes d'un traitement, ou choisir les gestes les moins gênants et violents (comme, par exemple, éviter des touchers vaginaux souvent inutiles et peu pratiqués dans les pays anglophones). En Afrique, comme ailleurs certes, mais aussi beaucoup plus qu'ailleurs, ces remarques faites dans le *British Medical Journal* (cité par Peter 1996) pourraient s'appliquer : « Dans un tiers des interventions, aucun protocole analgésique n'est suivi pour les piqûres, transfusions, poses de drains, poses de points de sutures. Même constat pour les actes chirurgicaux, en particulier les prélèvements de tissus musculaires à fin d'analyse ».

Dans nos exemples, ces problèmes sont exacerbés. La douleur n'est que très rarement prise en compte par les soignants. Pire, elle est parfois infligée sans nécessité. Et pourtant « ne pas nuire » (*primum non nocere*) est la première règle médicale. Mais pour se préoccuper, *a minima*, de ne pas nuire et de soigner à moindre souffrance, et pour s'inquiéter de la qualité ressentie de la relation thérapeutique, il faut se soucier du malade en tant que personne. Si le pouvoir médical procède de l'activité thérapeutique, il ne s'y limite donc pas, et devrait inclure une compétence sociale et relationnelle, celle-là même que le « médecin de famille » d'antan acquérait en Europe par la pratique et sous la pression du contexte de proximité.

Le problème, en Afrique aujourd'hui, est que, d'un côté, la capacité de soigner ainsi que le prestige accordé à la fonction de soignant donnent un pouvoir discrétionnaire aux personnels de santé qu'aucune « société civile » ne vient freiner, et que, de l'autre, rien, en ville tout au moins, ne pousse les personnels médicaux à développer une compétence sociale et relationnelle envers les malades anonymes. Certes, nous avons abondamment décrit dans cet ouvrage la prise en charge « sur-personnalisée » des parents, connaissances et autres personnes recommandées, mais le temps et l'attention qui leur sont consacrés ne le sont justement pas dans le cadre d'une déontologie professionnelle, mais bien au contraire sur le registre d'une immixtion (professionnellement illégitime et ingérable d'un point de vue organisationnel) de comportements « privés » dans le domaine « public ».

### Les technologies relationnelles sont-elles des réponses ?

Cette liaison entre le pouvoir de soigner et la négligence (voire la violence) envers les malades a été perçue par les programmes de santé publique, qui ont, dans différents domaines, tenté d'améliorer la qualité des interactions entre soignants et soignés. Pour cela, diverses disciplines ou techniques ont été mobilisées.

1) Forte de ses instruments statistiques, *l'épidémiologie clinique* s'est attachée à évaluer la qualité de l'offre. A l'évidence, ce travail est indispensable pour améliorer l'ensemble des processus permettant d'améliorer la prise en charge des malades, « identifier des dysfonctionnements dans la délivrance des soins, concevoir des mesures correctives et réaliser un suivi afin de s'assurer qu'aucun problème nouveau n'a été introduit et que les mesures correctives sont effectives » (Durieux 1997: 37). Globalement, il s'agit ainsi d'améliorer la qualité des soins, définie de manière statistique comme « une augmentation de la probabilité des résultats souhaités pour les individus et les populations » (Blumenthal 1996). Mais ces études sont complexes, pour au moins trois raisons.

Tout d'abord, parce qu'elles se veulent opérationnelles et tentent pour cela à la fois d'évaluer des résultats en termes de morbidité et de mortalité, mais aussi d'analyser les processus complexes conduisant à ces situations. Elles oscillent ainsi, souvent conflictuellement, entre un travail statistique de recueil de données et une sorte de sociologie des organisations qui nécessiterait bien d'autres concepts et dispositifs d'enquêtes.

Ensuite parce qu'elles veulent aussi rendre compte du point de vue des consommateurs (Donabedian 1988) afin d'estimer la qualité de l'offre « ressentie ». Ces études se trouvent donc confrontées, comme tout travail anthropologique, aux problèmes des enquêtes qualitatives (qui interroger ? que faire des réponses contradictoires ou ambivalentes ? les opinions recueillies dans un centre de santé sont-elles fiables ? etc.). Bien souvent, ces enquêtes tentent de quantifier tant bien que mal du qualitatif simplifié (à l'excès ?) par les techniques d'enquête, là où la complexité des représentations des acteurs ne peut véritablement produire ce que les commanditaires espèrent : des données chiffrées faciles à lire, débouchant sur la définition d'actions prioritaires, larges, simples et homogènes, alors qu'il conviendrait plutôt de distinguer entre types d'utilisateurs, de prendre en compte la variabilité des contextes, de diversifier les programmes...

Enfin, parce que la résolution des problèmes identifiés engage souvent de plus vastes domaines, comme ceux de la formation, de l'hygiène ou du versement des salaires. Il y a donc souvent un écart irréductible entre les normes théoriquement définies selon des connaissances scientifiques et

ce que permettent d'envisager de manière réaliste les situations et les compétences rencontrées. Pour ne prendre qu'un exemple, au détour d'un rapport de travail un expert soulignait (Bruce 1990 : 28) : « Quand seulement 9 sur 19 agents se lavent les mains avant de faire l'insertion des DIU, l'on peut raisonnablement se poser la question de savoir si leur formation comprenait une appréciation des conséquences sur la santé, ou des besoins de leurs clients ». En fait, ces études inversent l'ordre du réel. Elles définissent des objectifs et tentent de les imposer à des ensembles sociaux complexes. Peut-être faudrait-il mieux partir du possible pour l'améliorer que de risquer de ne point atteindre un souhaitable trop idéal.

2) Les programmes de santé ont principalement délégué à l'éducation pour la santé le soin de combler ces écarts que nous venons d'observer entre ce qui est et ce qui serait souhaitable d'un point de vue sanitaire. A partir d'outils largement empruntés à la psychosociologie, ce secteur de la santé publique a tenté d'organiser la diffusion de « messages sanitaires » en direction des populations, entre autres par l'intermédiaire des personnels de santé. Ces pratiques sont multiples, diverses dans leurs déroulements, et leurs résultats sont difficilement évaluables (Lœvinsohn 1990).

Cette diffusion d'informations portant sur des conduites à risque ou des possibilités préventives ou thérapeutiques est indispensable. D'utiles connaissances se transmettent ainsi. Cependant, tout au moins dans sa forme actuelle, l'éducation pour la santé ne semble pas en mesure de pallier les insuffisances des silences des consultations. Pour le dire simplement, on ne parle pas quand il faut et on ne répond pas aux demandes quand elles s'expriment. On fait « du bruit » à contretemps.

De plus, la forme prise par l'éducation pour la santé dans les structures de soins où nous avons conduit nos observations aboutit à renforcer le pouvoir des soignants et leur sentiment de supériorité sur les usagers. En effet, partout, au cours de séances standardisées, les usagers sont infantilisés. Pour les soignants comme pour les populations, ces activités se présentent le plus souvent comme des corvées dont on se décharge au plus vite. Elles n'ouvrent pas sur des dialogues réels. Pire, elles servent parfois de prétexte pour se dispenser d'informer les malades au cours des consultations elles-mêmes... En fait, il manque, en amont, un vouloir de dialoguer que sous-tendrait une prise en considération de l'interlocuteur.

3) Depuis une quinzaine d'années, l'épidémie de SIDA, parce qu'elle confronte au risque de diffusion de la maladie, a obligé à l'instauration d'un dialogue avec les patients. Et pour cela, diverses techniques correspondant à des formations rapides en *psychologie*, dont celles dites de « *counselling* », sont devenues d'un usage habituel pour annoncer leur séropositivité aux patients.

A la faveur de cette « nouvelle » écoute, les équipes socio-sanitaires et quelques chercheurs en sciences sociales « découvrent » les rudiments d'un savoir que Freud élaborait dans les années 1900 et que, dans les pays du Nord, la psychologie médicale manie depuis plus d'une trentaine d'années (dénégation, déni de réalité, culpabilité, etc.). Tant mieux. Mais il est scandaleux de constater que cette attention portée à l'annonce d'une pathologie, et implicitement à son pronostic, ne s'applique qu'à un profil épidémique particulier, et ne s'est pas étendue à d'autres pathologies. On annoncera avec précaution une séropositivité, mais on laissera la personne qui souffre d'un cancer du foie ou d'un rétinoblastome mourir sans comprendre et sans être aucunement écoutée.

Il est indispensable de se préoccuper, en annonçant un diagnostic, de protéger les proches d'un malade. Mais l'empathie ne peut se limiter à cette attitude préventive et l'accompagnement doit être avant tout orienté par la volonté d'atténuer la douleur et la violence d'un destin. C'est un travail sur soi. Et il ne s'agit pas simplement de réaliser les objectifs d'un programme dont un des volets concerne l'annonce... Malheureusement, autant que les « projets », l'écoute est sélective... et « verticale ». Elle correspond à la standardisation d'un acte plus qu'à l'intériorisation d'un souci de l'autre. Souci qui devrait alors englober toutes les pathologies.

Autour de la question de la mortalité maternelle, d'autres équipes ont tenté de faire exister la « mort maternelle évitable », en suscitant la prise de conscience des conséquences d'une erreur ou d'une faute professionnelle, et donc l'émergence d'une éventuelle culpabilité (de Brouwere & Van Lerberghe 1998).

D'autres encore ont initié des techniques « centrées sur le patient », afin que son identité et ses contraintes ne disparaissent pas au profit d'un simple acte technique (Henbest & Fershen 1992).

Certes la critique est en ce domaine facile, et on peut penser que toute initiative mérite d'être encouragée. Toutes ces questions mêlant le psychologique, le sémiologique et le social sont difficiles à traiter, et chaque méthode peut avoir une efficacité, même limitée. Mais nos enquêtes socio-anthropologiques soulignent que ce qui est *externe aux structures de santé en détermine aussi le fonctionnement*. L'histoire, la parenté, les normes locales façonnent le pensable, le sensible et les interactions avec les malades.

Bref, une réflexion et une amélioration de l'accueil et de l'information des malades ne peut pas uniquement s'appuyer sur des modèles communicationnels et/ou psychologiques, ni se limiter à une vision « interne » aux structures de santé. Elle doit, au contraire s'interroger sur ces multiples supports « externes » aux services de santé et qui à la fois étayent les identités des soignants et composent les « horizons

d'attente »<sup>2</sup> des malades : ce qu'ils peuvent espérer et souhaiter d'une prise en charge.

### **Une relative confiance « malgré tout » dans le système de santé moderne**

Malgré les violents et nombreux dysfonctionnements que nous avons décrits, de notables et visibles « progrès » sanitaires ont été accomplis de la colonisation à nos jours. Et ces avancées ont construit une véritable « demande » des populations envers le secteur public de la santé, notamment pour certaines pathologies infantiles ou aiguës, ou pour des actions qui relèvent des grandes endémies.

Par ailleurs, des techniques opératoires, même lorsqu'elles sont craintes, ont convaincu de leur efficacité, ne serait-ce que par l'aspect « miraculeux » du traitement des hernies, de l'extraction des cataractes, ou de la pratique des césariennes. En fait, même si ces actes restent soumis à des « évaluations » populaires nuancées, parfois justement sévères, ou si certaines pathologies, comme la « jaunisse », ou diverses entités nosologiques populaires, sont considérées comme relevant plutôt des guérisseurs ou de l'automédication « traditionnelle »<sup>3</sup>, le secteur médical moderne bénéficie d'un large « préjugé favorable ». A *minima* il permet de moins souffrir.

Mais cette sorte d'espérance obligée, renouvelée à chaque épisode de maladie, est malheureusement souvent déçue. Il en résulte une profonde ambiguïté dans les rapports des populations (en particulier les couches défavorisées) avec le système de santé moderne. On ne peut qu'y aller, mais on en espérait plus.

Outre qu'il obéit à des raisons strictement économiques, le recours massif aux « pharmacies par terre », forme particulière d'automédication « moderne », souligne cette ambivalence : on accepte un système (la médecine moderne et ses médicaments) sans vouloir ses contraintes diagnostiques, on cherche une efficacité immédiate et l'on se plaint des rechutes, etc. La même ambiguïté s'applique à l'hôpital en milieu urbain, qui est simultanément pour les milieux populaires l'espoir ultime, le dernier recours, parce qu'il n'y a pas d'autres espaces quand tout a échoué, et, en même temps, un « mouvoir » connu comme tel et « renommé » pour ses maltraitances et ses négligences...

---

2. Nous empruntons ce terme à Jauss (1978) qui, dans le cadre d'une sociologie de la réception des œuvres littéraires, désigne ainsi une sorte d'anticipation socialement construite d'une œuvre.

3. Cf. Jaffré & Olivier de Sardan (1999).

Ajoutons à ces caractéristiques que le domaine de la santé reste *discontinu*, notamment parce que la rupture entre les représentations populaires locales exprimées dans les diverses langues maternelles, et les représentations médicales, exprimées dans un français spécialisé, sont importantes. Ces mondes sont certes parfois sécants, mais le plus souvent ils ne font que se côtoyer. Par ailleurs, l'espace sanitaire ouest-africain est fort concurrentiel (guérisseurs traditionnels et néo-traditionnels, automédication traditionnelle, néo-traditionnelle et moderne, cabinets infirmiers informels, phytothérapies diverses, prêtres, prophètes, clercs et sectes intervenant sur la santé, thérapies orientales, etc.), empêchant que l'on puisse ici, à l'instar de l'Europe, parler véritablement de « bio-légitimité » (Dozon & Fassin, 2001). Il faudrait, en effet, plutôt évoquer une constante recherche pragmatique du soulagement ou de la guérison par tous les moyens et donc dans toutes les directions.

Cette « légitimité du pragmatique » peut, selon les circonstances, conduire le malade sur des sentiers fort variés, allant de l'hôpital ou de la « pharmacie par terre » à l'action magico-religieuse ou aux remèdes « de grand-mère ». Dans ces itinéraires complexes qui relèvent d'une quête du « bon médicament », est considéré comme légitime tout ce qui se présente comme efficace, ou que l'expérience personnelle (ou la rumeur) associe à un « mieux être ». Au quotidien, cette attitude est souvent néfaste. Les « ruses du corps » font parfois prendre pour une guérison ce qui n'est qu'une rémission et retardent l'intervention médicale seule susceptible de sauver le malade. D'autres consultations sont trop tardives pour des raisons d'itinéraires complexes, de recours confusément utilisés, d'observance non respectée...

Tout ceci est bien connu, et n'a d'autre but que de rappeler les diverses discontinuités thérapeutiques et sémantiques qui caractérisent cet espace sanitaire ouest-africain. Globalement, l'offre de soins, qui est large et fortement hétéroclite, n'est aucunement régie par une quelconque instance scientifique et/ou politique de vigilance sanitaire. Par exemple, ni l'État ni conseil de l'ordre ne peuvent, dans aucun pays africain, freiner la progression vertigineuse du colportage de médicaments volés ou de contrebande, ou la multiplication des cabinets et officines illégales. Deux conséquences résultent de cette situation.

Tout d'abord, les formations sanitaires publiques n'étant qu'un des multiples recours possibles, les populations les utilisent selon de multiples critères : leurs possibilités économiques et relationnelles du moment, l'évolution de la maladie, la « bonne occasion », les conseils de l'entourage, etc. C'est dire qu'elles s'y présentent souvent à contretemps, les « désertent » dès que disparaissent les symptômes ou qu'aucun soulagement visible ne correspond au traitement, etc. De là, sans aucun doute, une irritation des personnels de santé, même si cet agacement s'accom-

pagne indûment d'un sentiment de supériorité de « ceux qui savent » face à des « ignorants ».

Ensuite, au Sahel, la santé est certes aussi politique, et il est des actions sanitaires qui précèdent des élections, comme il est des campagnes de vaccination « commando » qui marquent des changements de régime. Cependant aucun « bio-pouvoir » n'y gouverne les corps, imposant des normes de conduite ou orientant de véritables choix socio-économiques. En fait, loin d'être contraintes par un « gouvernement des corps », les populations souffrent plutôt d'être laissées à elles-mêmes pour gérer la prévention et le traitement de leurs souffrances. La santé reste idéale, et la demande populaire serait donc plutôt d'être enfin « pris en charge », dans les divers sens que recouvre cette expression, plutôt que d'être « libéré » d'un excès de police sanitaire.... Bref, le pouvoir sanitaire, loin d'être excessif, fait au contraire, en un sens, défaut.

En fait, pour une grande part, le comportement de beaucoup des soignants que nous avons rencontrés résulte des caractéristiques de cet espace sanitaire. Ils dédaignent les malades à cause de leurs pratiques profanes multiples, et de tenaces stéréotypes qui les qualifient d'ignorants, et ils les tancent et parfois les violentent, en usant d'un pouvoir qui n'est que d'apparat. Cette sorte de « *double bind* » social laisse les malades désespérés.

Ces remarques incitent à s'interroger sur ce qui permettrait de rétablir des continuités linguistiques et représentationnelles entre les divers univers sémantiques et sociaux des soignants et des patients. Gageons que ce serait, sans doute, au cœur de la relation thérapeutique, par l'instauration d'un dialogue véritable autour de chaque épisode morbide, dialogue en général refusé par les soignants et souhaité par les soignés, que les comportements des malades pourraient être modifiés, et les usagers des services devenir de véritables acteurs de leur santé (Jaffré 1991). Dialogues qui devraient permettre de prendre en compte l'insertion sociale de la maladie et de son traitement dans la prise en charge du malade

### **Des corps professionnels instables**

Partout, on l'a vu, les liens entre le statut professionnel et les pratiques effectuées sont lâches et instables. Pour une part, l'histoire récente de la santé en Afrique l'explique. Jusque dans les années 1970, les infirmiers étaient souvent seuls responsables des postes de santé. Ils sont, en ville, et maintenant parfois en milieu rural, remplacés par de jeunes médecins. Ils voient ainsi leurs prérogatives thérapeutiques rognées. Le passage du

rural à l'urbain modifie aussi l'autonomie du soignant. Celui qui, en brousse, était « docteur » à part entière (puisqu'il diagnostiquait, prescrivait, traitait, et pratiquait de petites opérations) retrouve dans des structures hospitalières un statut et des tâches d'infirmier. Ici comme ailleurs, nul ne veut déchoir et renoncer à « des avantages acquis » et ces modifications, et les rancœurs qu'elles suscitent, modèlent nombre de rapports de forces entre les corps professionnels de la santé.

Il en est de même avec les sages-femmes, qui disposent d'un savoir et de compétences techniques spécifiques, et admettent mal de se trouver placées sous l'autorité de gynécologues et d'obstétriciens, voire parfois de médecins généralistes moins rompus aux accouchements qu'elles ne le sont elles-mêmes.

« L'autre jour le Dr L. m'a reprochée de prescrire des antibiotiques en suites de couches, je lui ai dit : « Docteur, je mets systématiquement des antibiotiques aux accouchées ici », il me dit « Non, j'ai maintes fois répété ça aux sages-femmes qui sont passées ici », je me suis défendue mais il a dit « Non, il faut à chaque fois que je répète la même chose ». Mais ici les conditions de travail ne sont pas adéquates, des gants, doigtiers non stériles, on travaille avec du matériel rouillé, les femmes prennent les pagnes qu'elles mettent partout et les utilisent comme garnitures, on est obligée de mettre des antibiotiques, les bassins ne sont pas stériles, la malade est dessus, elle est exposée, donc j'ai dit non et je sais pourquoi » (sage femme, Roi Beaudoin, Dakar).

L'institution sanitaire est donc traversée par de multiples pouvoirs. Les uns, les plus visibles, correspondent à des positions hiérarchiques. D'autres, chevillés aux compétences spécifiques et aux passés des professionnels, se présentent comme des points de résistances dissuadant le « fort » de s'attaquer au « faible ». Enfin, ainsi que le montrent nos enquêtes, une extériorité politique, familiale, ou institutionnelle, vient parfois transformer les responsables officiels « en marionnettes » d'autres pouvoirs bien plus vastes.

Certes, aucune organisation ne correspond à son organigramme officiel, mais dans les contextes que nous décrivons ce maillage complexe d'influences diverses bloque toute réorganisation collective du travail, empêche la création d'une « culture de service » fondée sur une fonctionnalité professionnelle éprouvée, et s'oppose à toute procédure « réelle » (et non purement de façade ou cosmétique) de contrôle et plus encore de sanction.

Plus que d'une nouvelle réforme abstraite du système de santé, une harmonisation entre des compétences techniques mieux délimitées et l'instauration d'un ordre hiérarchique cohérent et accepté se joueront dans les services, sur les lieux de travail, là où les professionnels de santé

se confrontent entre eux et aux malades, à partir d'une analyse de l'organigramme « réel », des tâches effectivement accomplies, des divisions « de fait » du travail, des conflits de compétence, des négociations quotidiennes informelles sur les gestes techniques ou les relations sociales au travail.

C'est pourquoi la fonction de « chef de service » devrait inclure des dimensions tant de gestion des personnels que d'animation technique et relationnelle, aujourd'hui le plus souvent délaissées. Actuellement, il n'y a aucun « cahier des charges » explicite propre à une telle fonction, et il faut le charisme exceptionnel de tel ou tel médecin pour, ici ou là, enclencher une dynamique de réforme dans un service, ou même simplement permettre une répartition plus claire des tâches et une organisation plus rationnelle des procédures. Mais si le charisme ne se « routinise » pas, une fois le leader muté tout redevient comme avant...

La santé publique demande aux responsables sanitaires des chiffres afin d'évaluer le fonctionnement et la « productivité » des services. Tout cela est certes nécessaire. Mais ces tâches bien accaparantes sont toutes dirigées vers l'extérieur des services. Il importerait maintenant d'inverser ce flux de papeterie *en recentrant les pratiques de « santé publique » (gestion des conditions de travail, qualité des soins, dialogue éducatif avec les malades, etc.) vers l'intérieur des services*. Mieux vaut des données incomplètes mais de bonnes pratiques qu'un délabrement des services masqué par des données abondantes... et fausses (cf. partogrammes remplis après les accouchements, etc.).

En fait, à partir de ces tâches que nous évoquons, il s'agit, patiemment, au fil des jours, de construire une histoire et une culture d'entreprise qui fasse exister le malade (tout malade) dans un champ médical où « prendre soin » de lui deviendrait une contrainte quotidienne et banale, intériorisée par les soignants.

### **Le déficit déontologique**

Centrer la médecine sur le malade passe nécessairement par un réaménagement éthique. Face à une telle tâche, comme nous l'évoquions précédemment, *la promotion technocratique de la qualité des soins à travers des procédures standardisées semble bien fragile, et même parfois contre-productive : ne s'agit-il pas plutôt de restaurer (ou d'instaurer) la médecine comme un « art » pour combler aujourd'hui le « déficit déontologique » ?*

Ce déficit déontologique correspond tout d'abord à une histoire particulière, qui, pourrait-on dire, s'est déroulée à l'envers ou en miroir de

celle de l'Europe, où la constitution du rapport au malade s'est construite selon deux lignes de force éthiques, l'une religieuse, l'autre laïque. D'une part à partir d'une morale compassionnelle directement issue du giron des préceptes chrétiens<sup>4</sup>, et d'autre part autour cette sorte de vignette emblématique du « médecin de campagne », dépeint par Balzac comme un « développeur » avant l'heure et la mode, et qui annonçait les dignes figures des instituteurs de la troisième république.

A l'inverse, en Afrique, le modèle qui a présidé à l'édification du système de santé au lendemain des indépendances a été celui d'un hospitalo-centrisme lié à l'édification des nouvelles capitales, associé à la création, pour le reste du pays, d'un corps d'auxiliaires de santé faiblement formés, techniciens dont l'action devait se limiter à effectuer des actes monotones et systématiques. Cette orientation sanitaire a conduit à réduire la prise en charge individualisée du malade en tant que personne, en poursuivant d'une certaine façon, mais par d'autres moyens, la logique du modèle colonial<sup>5</sup>.

Cet indispensable détour par l'histoire doit permettre de s'interroger sur ce que pourrait être une sorte de « fondement » pour une éthique professionnelle locale. Plus précisément, la question se pose ici de savoir sur quelles « références incontournables » (« *inescapable frameworks* »<sup>6</sup> : Taylor 1998) fonder une déontologie pratique plus satisfaisante pour les malades et pour les corps professionnels de la santé.

Comment opérer un transfert des catégories morales d'un domaine de validité et d'application à un autre, entre le monde domestique et social et le monde professionnel de la santé, ou entre la santé et les autres services publics ? Quelles sont les variables qui pourraient favoriser au cœur des services la promotion d'une morale de la « compassion » et de la « prise en charge » s'exprimant par une certaine empathie envers l'usager anonyme ?

---

4. Nous renvoyons ici aux remarques de Le Goff (1999) à propos des ordres mineurs et notamment au fait qu'au Moyen-Age les Franciscains et autres ordres mendiants jouaient un grand rôle dans la mise au point et la pratique du nouveau système de bienfaisance : les œuvres de miséricordes ; celles-ci, notamment, accordaient leurs soins aux lépreux.

5. Bado (1996) brosse un impressionnant tableau de la mise en place des « auxiliaires de santé » durant la période coloniale. Il montre fort bien aussi comment, aux dires mêmes du ministre A. Sarraut, cette « médecine » devait permettre de « faire du noir ». Même si la médecine coloniale ne peut être résumée par cette unique formule, on aura compris la difficulté à penser une déontologie selon une aussi cynique économie....

6. Cf. la traduction et le commentaire que Ricœur (1998 : 20) propose de cette expression : « En ce sens il s'agit bien de dégager quelque chose comme des existenciaux de l'existence morale en général, en un sens transhistorique ou anhistorique de l'universalité ainsi portée au jour ».

Quels langages offrent ici des ressources et seront choisis ? Va-t-on se tourner une fois encore vers la religion (Islam, christianisme)<sup>7</sup> ? Le relais peut-il être pris par une morale civique laïque à inventer, analogue (toutes choses égales d'ailleurs) par exemple à celle qui mobilisa les instituteurs de la 3<sup>e</sup> République en France ? Des valeurs issues de telles ou telles formes de solidarité familiales ou vicinales peuvent-elles être mobilisées (mais on sait que la famille comme le voisinage sont autant des lieux de conflits que des espaces de fraternité) ? Les syndicats ont-ils définitivement sombré dans le corporatisme<sup>8</sup>, ou peuvent-ils encore contribuer à une éthique publique ? Que faire des décombres des idéologies de la fin du 20<sup>ème</sup> siècle (pan-africanisme, nationalisme, socialisme) ? Des mouvements sociaux de défense des usagers ont-ils une chance de naître sans être prisonniers d'une logique de pure captation des aides extérieures (facilement accordées à tout ce qui maintenant se réclame de la « société civile » et de ses « ONG ») ? Une réforme est attendue, indispensable, urgente, qui cherche encore comment se dire et mobiliser « ses troupes ».

### Un monde désaccordé

Tout se passe comme si les difficultés de construction et de fonctionnement de cet « espace moral de la santé » renvoyaient de manière plus large à un monde social « désaccordé ».

Pour reprendre des termes marxistes, peut-être trop vite abandonnés, on a le sentiment que l'idéologie, où « les hommes expriment non pas leurs rapports à leurs conditions d'existence, mais la façon dont ils vivent leurs rapports à leurs conditions d'existence » (Althusser 1972 : 240), est profondément décalée par rapport aux infrastructures économiques et sociales, ce qui entraîne toutes sortes de contradictions existentielles.

Disons le autrement, et plus précisément, en empruntant à un autre auteur : il s'agirait d'une forme de « glissement des sphères distributives ». En effet, selon cette hypothèse de Walzer (1997 : 23) : « La société humaine est une communauté distributive. Elle n'est pas que cela, mais elle l'est dans une large mesure : nous nous rassemblons pour partager, diviser et échanger (...). Et cette multiplicité de biens correspond à une multiplicité de procédures distributives, d'agents, et de critères ».

---

7. La meilleure réputation des formations sanitaires à base confessionnelle inciterait à le penser...

8. Le grand nombre de grèves sans service minimum des personnels de santé porte évidemment au scepticisme sur les capacités altruistes des syndicats en leur état actuel...

En fait, l'idée de Walzer est simple. Tout bien social ou tout ensemble de biens sociaux constitue une sphère distributive, à l'intérieur de laquelle seuls certains critères et dispositifs sont appropriés. Par exemple, il y a des choses que l'argent peut acheter, mais pas tout. D'une certaine manière, les mots de prostitution ou de corruption décrivent la vente et l'achat de biens qui, si leur sens était compris d'une certaine manière, ne devraient jamais être vendus ou achetés. Ces termes dénotent des pratiques d'achat et de vente qui ne sont pas légitimes dans la « sphère distributive » où elles sont mises en œuvre. De même, en prenant un exemple dans l'histoire des administrations, nous pourrions soutenir que la constitution des administrations de l'État moderne en Europe a correspondu à l'émergence d'une nouvelle sphère distributive, réglée par des critères de mérite et de compétence, là où avant (pour l'État d'Ancien Régime) régnaient les relations de clientèle et la vénalité des charges. On notera d'ailleurs que du XVIII<sup>e</sup> au XX<sup>e</sup> siècle, la « construction de la bureaucratie » est passée par de longs moments d'instabilité avant que ne réussisse cette sorte de « neutralisation politique du service de l'État » (Dreyfus 2000 : 189). Désormais les charges ne s'achètent plus, et le fonctionnaire est pour l'essentiel indépendant du gouvernement.

On voit les conséquences de tels rapprochements. En effet, tout se passe comme si, dans les contextes d'Afrique de l'Ouest, nombre de sphères distributives n'étaient pas stabilisées, ou tout au moins stabilisées de manière semblable à celle des États modernes du Nord, qui constituent pourtant le modèle normatif officiel (mais non respecté). On constate de permanents empiétements, et d'incessants glissements des « sphères distributives ». Dans le domaine de l'État, en particulier, le clientélisme (distributivité factionnelle) et la vénalité des charges (distributivité marchande) empiètent sans cesse sur les procédures bureaucratiques normales, et sur la répartition des postes selon les compétences (distributivité méritocratique ou « légale-rationnelle » pour reprendre l'expression de Weber).

Au plus large, rien ne semble encore correctement noué entre les nouvelles formes du pouvoir et les mots qui pour les populations sont supposés les nommer. En langue bambara, la démocratie devient le « pouvoir de tous réunis » (*béé jé fanga*). La commune se nomme « là où on réside » (*sigida*), ou « lieu de l'autorité » (*mara yòrò*). Le maire est désigné par les mêmes termes que les anciens chefs (*kafotigi*) ou selon ce qui est le plus visible de ses activités : « celui qui marie » (*furusirila*), etc. Certes, tout ceci n'est pas très éloigné d'un lexique moderne, mais on sent bien aussi à quel point ce vocabulaire est incertain face aux nouvelles réalités politiques, et peut rendre obscur le fonctionnement d'une administration moderne, en ce sens, par exemple, que l'élu n'est pas un citoyen au service des autres, il est celui qui dirige et possède la force...

Les multiples chevauchements entre les processus politiques (jusqu'au

plus haut niveau) et le champ des « forces occultes » (magie, maraboutage, sorcellerie...)<sup>9</sup>, largement attestés en Afrique, sont un autre exemple d'un agencement spécifique des sphères distributives, de leur instabilité.

D'autres exemples concernent plus spécifiquement le domaine de la santé. En effet, les nombreuses innovations institutionnelles introduites depuis trois décennies par les organisations internationales et les bailleurs de fonds (qui, en général, définissent plus les politiques de santé que les gouvernements nationaux) ont contribué en fait à accroître cette porosité et cette instabilité au lieu de les réduire : après une longue phase de médecine coloniale gratuite mais quelque peu « vétérinaire », bâtie sur le modèle « grandes endémies + dispensaires », on a vu émerger les soins de santé primaire fonctionnant sur un modèle de bénévolat communautaire (postulé de l'extérieur) donnant un statut de soignant à des paysannes et paysans sous-formés, avant que l'Initiative de Bamako ne vienne introduire une forme de commercialisation systématique des soins, complétée en principe par une sorte de surveillance « communautaire ».... Le tout dans un champ de quête thérapeutique beaucoup plus large, où logiques magico-religieuses, logiques de pouvoir, logiques familiales, et logiques marchandes s'interpénètrent sans cesse.... On voit là que *les modalités de distribution des biens de santé dans le secteur public sont aussi disparates dans le temps que peu lisibles pour les usagers aujourd'hui*.

*Toute réforme ne devrait-elle pas réduire, clarifier et stabiliser les formes et les normes de distribution des biens de santé, plutôt que d'ajouter encore à la confusion régnante ?*

## Revenir à la réalité des lieux de travail

En Afrique de l'Ouest, quand un « projet » tente de mettre en place des dispositifs institutionnels ou de promouvoir une modification des conduites, c'est avant tout en projetant sur les sociétés africaines non seulement des modèles techniques réalisés ailleurs, mais plus encore les implicites sociaux qui gouvernent ces modèles.

C'est ainsi que les programmes de développement présupposent une stricte différence entre le familial et le professionnel : or il n'en est rien. D'autres secteurs comme la religion ne sont jamais inclus dans la réflexion. On suppose à tort que le « goût du travail bien fait » ou la recherche de l'efficacité professionnelle, voire un dévouement pour son pays, seraient des motivations partagées par les personnels et qui les inci-

9. Cf. entre autres Geschiere (2000).

teraient à travailler « presque pour rien ». Mais qui, dans ces « projets » ou dans ces services de coopération ne touche un salaire confortable, et qui accepterait de s'exiler sans sa famille pour le bien d'un programme ?

En fait, les projets de développement sont élaborés en fonction d'un monde plus imaginé qu'analysé tel qu'il est. Les projets se renvoient les uns aux autres au sein d'une sorte d'intertextualité du développement, et c'est en grande partie pourquoi la mise en œuvre sur le terrain de ces programmes aboutit à de multiples formes d'écart entre les textes et le réel des sociétés, et de « dérives » ou de « détournements » des objectifs et moyens du projet par les acteurs concernés<sup>10</sup>. On pourrait parler de « négociation informelle » à ce sujet, au sens où tout projet est « négocié » dans la pratique par ses opérateurs comme par ses utilisateurs.

Ces processus comportent de nombreux aspects pervers et contre-productifs. Le drainage des meilleurs professionnels de santé vers les « projets » (comme cadres), que ces projets relèvent d'organisation internationales, de coopérations bilatérales ou d'ONG, n'en est pas le moindre. *La « santé publique » apparaît alors comme une filière de promotion sociale et financière, au nom de l'amélioration de la qualité des soins, qui organise une sorte de « fuite des cerveaux », laquelle détériore plus encore, par le même mouvement, cette qualité des soins recherchée...*

La généralisation des « formations », elles aussi visant à améliorer la qualité des soins, aboutit à des effets identiques : elle désorganise les services en même temps que l'absence répétée des soignants ne contribue guère à la délivrance d'un meilleur service thérapeutique ... Que dire alors des Journées nationales de vaccinations, organisées à grand tapage et grands frais, qui sèment une pagaille notoire dans des centres de santé qui n'en avaient vraiment pas besoin... ?

On peut donc se demander *si des négociations formelles avec les acteurs de terrain, professionnels comme usagers, sur les lieux mêmes d'exercice de la profession, loin des séminaires et des cursus de santé publique, mais au cœur des pratiques soignantes, négociations au long cours où seraient simultanément mis sur la table les problèmes de moyens, d'effectifs, de qualification, mais aussi de mépris des malades, de manque de conscience professionnelle, d'absence de sanction, de non suivi des procédures (quand il y en a), de désorganisation des services, d'absentéisme, de corruption, etc..., ne constitueraient pas une approche préférable à cette multiplication des projets en tous genres dans le secteur de la santé.*

Une telle négociation implique évidemment de rompre avec la

---

10. Sur les « dérives » des projets de développement en général, cf. Olivier de Sardan, 1995.

« langue de bois » si fréquente au sein des administrations et dans les interactions avec les bailleurs de fonds. Ce serait à nos yeux la principale réussite de notre étude si elle contribuait pour sa modeste part à la fois à « déminer les implicites » de bien des actions de développement sanitaire et à *instaurer, pour contribuer à une réforme réaliste des comportements, un langage de la vérité, au sein d'une construction négociée de la santé publique, sur la « ligne de front » des soins dispensés aux malades.*

## **ANNEXES**



# Niamey : le complexe sanitaire de Boukoki

H. MOUSSA

Trois sites ont été retenus pour les enquêtes socio-anthropologiques dans la communauté urbaine de Niamey. Il s'agit de Boukoki<sup>1</sup>, Talladjé et Gaweye respectivement situés dans les communes I, II et III qui composent la communauté urbaine. Ce sont tous des quartiers très peuplés habités en grande majorité par des populations relativement pauvres, c'est-à-dire à revenus précaires. Gaweye et Talladjé, anciennement villages autour de Niamey, se trouvent clairement à la périphérie de l'agglomération urbaine et donc assez éloignés du cœur de la ville. Le quartier de Boukoki est quant à lui presque mitoyen du centre de la capitale.

A la fois proche géographiquement mais difficile d'accès, à la fois populaire et peuplé mais aussi habité par des gens relativement aisés, à la fois loti mais aussi dépourvu de tout aménagement d'assainissement, Boukoki représente une sorte de baromètre de la vie de la cité. Les principales voies d'accès au quartier sont la route passant par le complexe scolaire Lako, la route de Banifandou et le pont Wanké. Tous ces passages sont généralement embouteillés et dangereux en période de pluies.

Les infrastructures socio-sanitaires de Boukoki sont un terrain privilégié d'observation des interactions complexes entre des acteurs sociaux aux ressources variées. Et cela d'autant plus qu'au moment de notre enquête le complexe était en train de passer sous le régime de « l'Initiative de Bamako », le recouvrement des coûts.

---

1. Toutes les données issues de ce site ont été recueillies par Aboubacar Tidjani Alou, et toutes les citations (observations et extraits d'entretien) sont extraites du dossier constitué par lui. La supervision de l'enquête a été assurée par Aboubacar Souley.

### **Le quartier de Boukoki**

Boukoki est situé à proximité du stade Général Seyni Kountché dans sa partie Est. Le ravin de Gountouyena réputé être le repaire le plus dangereux des voleurs sépare le quartier du stade. Au Nord, il est limité par les quartiers Bani Fandou I et Banda Bari. Ses limites Sud et Est rapprochent le quartier du centre ville de Niamey, il est proche du grand marché (*habu bene*) et du quartier résidentiel du « Plateau ». Enfin, ce quartier abrite le marché de Katakou qui est l'un des plus importants de Niamey notamment pour ce qui concerne les denrées alimentaires et des matériaux divers recyclés. Il est pour cela le fief de l'informel et de la contrebande. En plus de ce marché, on trouve aussi celui non moins important de bétail. Cette contiguïté avec ce marché et aussi avec l'un des plus grands lycées de la capitale, le lycée Kassaï, fait de Boukoki un passage obligé pour un nombre important de personnes.

Boukoki est l'un des quartiers les plus peuplés de la commune Niamey I avec 25 990 habitants. Sa population est composée de couches socio-professionnelles diverses : des fonctionnaires, des commerçants, des artisans, des paysans, des chômeurs. C'est pourquoi se côtoient à la fois une extrême pauvreté et une relative aisance. Certains habitants s'adonnent, en marge de leurs activités professionnelles, à l'exploitation maraîchère du ravin de Gountouyena. Pour quelques-uns, le jardinage représente un métier.

Le quartier de Boukoki dispose, outre le complexe sanitaire objet de la présente étude, de quelques infrastructures relativement modestes : le centre national antituberculeux (CNAT), un dispensaire islamique, et quelques salles de soins infirmiers. Le CNAT est une structure publique de dépistage et de traitement de la tuberculose. Le dispensaire islamique, situé à environ 200 m du complexe sanitaire de Boukoki, attire aussi un nombre relativement important de malades, surtout en période de grève des agents de santé du secteur public. Les prestations proposées sont essentiellement curatives. Elles sont payantes. Les tarifs sont nettement inférieurs (100 FCFA la consultation) à ceux appliqués dans le secteur privé classique (les salles de soins infirmiers et les cliniques où une consultation coûte respectivement 500 CFA et 3 000 FCFA). Enfin, deux pharmacies (dont l'une est publique) offrent leurs prestations aux habitants du quartier.

## Le complexe sanitaire

Le CSI, le CSMI et la maternité constituent ensemble le complexe de Boukoki. Ces trois centres ont été érigés grâce aux dons que des mécènes ont fait aux populations de ce quartier. Les bâtiments sont en matériaux « durs », mais le complexe a une dotation annuelle en médicaments très irrégulière. Les stocks antérieurs étaient cependant toujours disponibles (au moment de l'enquête) et la commune continuait tant bien que mal à approvisionner le complexe avec des dons provenant de particuliers. La gestion de ces médicaments se fait sans distinction. Quant aux moyens logistiques, ils font défaut et sont aussi souvent fournis par des « bonnes volontés » : l'ambulance de la maternité a été offerte par le *Lions Club* ; le CSI, qui n'en dispose pas, recourt à celle du CSMI, qui tombe assez souvent en panne.

L'hygiène dans chacun de ces centres laisse à désirer. Les fosses septiques ne sont plus vidangées depuis deux années. Les vidoirs de la maternité sont dans leur majorité bouchés. Les dépotoirs cernent d'ailleurs le complexe. L'un des bacs à ordures du quartier est situé à quelques mètres seulement du mur du CSMI. Quand les bennes de la mairie accusent du retard pour le ramassage – ce qui est assez courant –, les immondices traînent sur le sol et barrent souvent le passage aux personnes se rendant au centre.

Le CSI et le CSMI sont dans la même enceinte et sont contigus aux murs qui abritent la maternité. Il y a beaucoup de similarités dans l'organisation et le fonctionnement de ces trois centres. Il n'y a pas par exemple de panneau permettant aux patients de s'orienter à l'intérieur de la structure. Le hall d'attente, la salle de tri et la salle d'accueil représentent les vestibules respectifs du CSI, du CSMI et de la maternité. En dépit de ces similarités dans leur organisation et leur fonctionnement, ces structures sont indépendantes les unes des autres.

Un médecin, des infirmiers, des sages-femmes, des assistantes sociales, des laborantins, des agents d'assainissement constituent *les cadres*. Il y a aussi d'autres agents qui complètent ce groupe: les commis de l'état civil. De par leur statut, ces agents sont extérieurs à la structure sanitaire parce que dépendant de la mairie. Le reste (les aides-soignantes, les filles de salle, les secouristes, les manœuvres, les chauffeurs) forme *le personnel subalterne*.

*Les cadres*

Au nombre d'une quarantaine, ils sont pour la plupart des femmes. Le médecin (la seule de tout le complexe, responsable du CSMI) s'occupe des tâches administratives. Elle s'implique dans le travail proprement médical pour superviser ou pour donner quelques instructions et conseils pratiques aux autres employés. Les techniciens supérieurs (en soins infirmiers ou en soins obstétricaux) ont reçu une formation professionnelle de trois ans post-baccalauréat à l'ENSP (Ecole nationale de santé publique). Ce statut peut aussi s'acquérir à la suite d'un concours qui permet à un agent ayant le niveau bac (ou 3 années de formation après le BEPC) d'effectuer un retour sur les bancs pour une nouvelle formation de trois ans. Il faut ici souligner la similarité des formations, que celles-ci se déroulent après le brevet ou le bac. C'est d'ailleurs sur cela et dans une certaine mesure sur l'ancienneté que se base l'administration pour désigner une sage-femme diplômée d'État comme directrice de la maternité, même en présence d'une TSSO (technicienne supérieure en soins obstétricaux).

Les infirmiers et les sages-femmes sont les plus sollicités et ont, de ce fait, de nombreuses interactions avec les usagers. Les premiers pour divers soins et les secondes pour les accouchements et d'autres tâches (CPN, CNS, PEV) destinées à la mère et/ou à l'enfant. Durant ces activités, il se produit des frictions entre soignés et soignants. Les sages-femmes particulièrement ne sont pas toujours en odeur de sainteté avec les patientes pour plusieurs raisons : attitude répressive, manque de compassion face à la douleur des autres, insultes proférées aux clientes.

D'une manière générale, les uns et les autres ne limitent pas leurs tâches à leurs attributions classiques : les sages-femmes font, outre les accouchements, les consultations en tous genres (consultations post-partum, consultations des nourrissons sains, consultation des femmes qui allaitent), les prescriptions et les soins ; parallèlement certaines infirmières font des accouchements. Quant aux laborantins, en dépit des analyses qu'ils font avec une certaine régularité, ils sont peu visibles et peu évoqués par les patients.

Les agents de l'état civil, pour leur part, s'occupent de l'enregistrement des naissances qui ont lieu à la maternité.

A côté de ces acteurs, les filles de salle ou les manœuvres faisant partie du personnel subalterne font également des soins (pansements, injections, administration des médicaments), orientent les usagers ou se livrent à des activités extra-médicales (vente de produits cosmétiques, de pagnes, d'encens).

*Le personnel subalterne*

Dans leur majorité, ce sont des gens qui n'ont jamais été à l'école. Seuls quelques-uns ont un niveau d'instruction correspondant à l'école primaire. Ils ont intégré la sphère de la santé grâce à un parent « bien placé » ou en passant par un bénévolat particulièrement long et laborieux effectué dans le centre et ayant favorisé leur maintien et/ou leur recrutement.

Parmi ce personnel, seuls les secouristes ont reçu quelques rudiments de formation sur les soins (injections, pansements...) à la Croix Rouge nigérienne. Ils y ont suivi une formation variant de trois mois à trois ans. Par ailleurs, bien que théoriquement chargé des tâches d'entretien, le personnel auxiliaire n'en demeure pas moins au cœur des activités thérapeutiques. Les filles de salle notamment assistent, quand elles ne prennent pas, comme souvent, une part active, à l'accouchement (cf. description de la salle d'accouchement). Ce sont aussi elles qui occupent une place de *relais* entre les parents et accompagnatrices et l'intérieur de la salle d'accouchement. Elles informent continûment les proches de l'évolution de l'état de la parturiente.

Les secouristes, à cause des compétences acquises lors de leur formation, s'occupent généralement des soins : injections, pansements, incisions. En dehors de la salle d'accouchement qui est nettoyée par les filles de salle, toutes les autres salles du complexe sont nettoyées par les manœuvres. Il faut ici souligner que ces derniers s'acquittent de cette tâche avec moins de régularité et d'efficacité. Il s'agit, en effet, plus d'une mise en scène que d'un vrai travail de nettoyage. Le savon et autres produits désinfectants, quand ils sont disponibles, ne sont pas du tout utilisés ou très peu utilisés. D'importants stocks sont mis de côté et destinés à un usage privé. L'ensemble du personnel peut en bénéficier : qui une bouteille d'eau de Javel, qui un paquet de détergent, qui une boule de savon, qui un flacon d'Ajax... Même le matériel servant au nettoyage comme les serpillières ou les balais est le plus souvent partagé entre le personnel qui le ramène à la maison au vu et au su de tout le monde. Dans les propos tenus aux élèves stagiaires de l'ENSP, les travaux de nettoyage sont assimilés à des « corvées » qui leur sont d'ailleurs affectées. Et ils s'en acquittent alors avec plus ou moins de mollesse.

Les manœuvres font aussi office de plantons : ils se chargent de la transmission de la correspondance administrative auprès de la mairie, de l'hôpital national ou de la direction de la santé. Ils peuvent être des coursiers « officieux » pour certains agents. C'est aussi le cas du chauffeur et des gardiens. Le premier, dans ses occupations officielles, conduit l'ambulance pour les évacuations des patients, et surtout pour le transport de la nourriture quotidienne du complexe depuis la cantine centrale de l'hôpital national. Les seconds s'occupent de la surveillance des lieux. Le

gardien chargé du bloc du CSI-CSMI exploite en marge de ses activités un verger à l'intérieur des murs du centre. En outre, il fait des consultations maraboutiques pour une clientèle constituée en partie par des patients fréquentant le complexe.

### **Le CSI (centre de santé intégré)**

Le CSI de Boukoki est un CSI de type I où sont menées des activités essentiellement curatives : consultations des adultes (hommes et femmes) et administration des soins. Il correspond à la désignation classique de « dispensaire ». Le personnel est composé de trois infirmiers (dont deux sont diplômés d'État et un certifié), un manœuvre, et six secouristes (souvent appelés aides-soignants). L'un des infirmiers diplômés d'État est le responsable (le major) du centre. Dans l'organigramme officiel, les consultations sont confiées aux infirmiers alors que les secouristes dispensent les soins (injections, pansements, administration des médicaments) ou s'occupent de l'explication de la posologie.

L'ensemble des salles formant le CSI n'est en fait qu'un bloc rectangulaire unique. Il comprend aussi bien les locaux du CSI que le logement de l'infirmier-major : sur une face, nous avons le service et sur l'autre le logement. Le tout est placé dans une enceinte grande d'environ 900 m<sup>2</sup>, rectangulaire, entourée d'un mur de 2 m de hauteur. Il y a une grande porte à double battants et une petite porte à battant unique. Le logement de l'infirmier-major comprend une pièce principale et deux petites chambres, pour un total d'environ 90 m<sup>2</sup>, avec salle d'eau et cuisine externes. Le bâtiment occupe à peine 200 m<sup>2</sup> de l'ensemble de l'enceinte. Le reste de la cour, très boisé, est mis en valeur par l'infirmier-major qui élève de petits et grands ruminants et des volailles.

Au total, 6 « salles » constituent ce dispensaire : le hall d'attente, la salle de consultations qui est aussi le bureau du major, la salle d'observation, le service du « curatif », la salle des injections, la salle des pansements. Nous allons maintenant décrire plus précisément chaque lieu et en présenter l'utilisation.

#### *Le hall d'attente*

En fait, il ne s'agit pas d'une salle, mais d'une sorte de hall ouvert, d'une vingtaine de mètres carrés, et qui donne accès aux autres « salles » du dispensaire. Le hall d'attente est également l'endroit le plus vaste du

CSI. Il est cerné par un banc en béton sur les trois quarts du pourtour. Il s'agit donc d'un espace où s'asseyent les patients en instance d'être reçus. Sur un côté, se trouvent les escaliers d'entrée. En face deux portes contiguës donnent accès à la salle d'observation et au service curatif. Sur les deux largeurs se trouvent d'une part la salle de consultations qui fait aussi office de bureau du responsable, et d'autre part les salles d'injection et de pansement. Il n'y a pas d'autre mobilier en dehors de ce banc qui ne suffit pas souvent aux patients qui doivent alors s'asseoir à même le sol. On peut dire que c'est le passage obligé. Il constitue une sorte d'anti-chambre à toutes les autres salles.

Les malades entrent en contact avec le dispositif médical à partir de cet espace. En ce lieu, des secouristes ou des filles de salle sont chargés essentiellement de la prise de la température. Mais ce hall d'attente peut aussi dans certains cas être une bibliothèque pour ceux-ci qui trouvent le temps de faire des lectures de journaux, de romans-photos. Le personnel peut encore transformer le hall en réfectoire ou encore y faire un « petit somme » même à des heures de grande affluence des malades.

C'est ce que confirme notre observation : « A 9 h 30, les trois secouristes dorment paisiblement après avoir bien mangé leurs beignets. Au même moment, il y a encore des malades qui continuent d'attendre sagement jusqu'à ce que l'on s'intéresse à eux ».

Le temps d'attente est généralement assez long. Il est d'autant plus long pour les premiers arrivants que ceux-ci viennent longtemps avant l'arrivée des soignants afin d'occuper les « bonnes places », c'est-à-dire celles qui permettent d'être consulté parmi les premiers. L'ordre de préséance est habituellement respecté sauf, bien sûr, si l'on compte dans les rangs des patients proches de certains soignants.

Le hall d'attente est aussi un lieu de commerce où des vendeurs ambulants proposent au personnel diverses marchandises : produits textiles, encens, parfum, cola, poisson...

Les délégués médicaux qui passent dans la structure utilisent cet endroit pour exposer et vanter les vertus thérapeutiques de leurs produits pharmaceutiques. Ils restent en moyenne une trentaine de minutes. A l'occasion, on assiste à une véritable séance de marketing, à l'issue de laquelle des échantillons pharmaceutiques sont distribués à l'auditoire qui est constitué de presque tout l'ensemble du personnel. Les manœuvres, le gardien et l'ambulancier en sont exclus.

Pendant les heures creuses, les agents se retrouvent pour commenter l'actualité du centre (la pathologie d'un des leurs patients, une nouvelle dotation en matériel...) ou celle du pays, qui peut être politique (la sortie médiatique d'une autorité) ou sociale (la prochaine grève des travailleurs,

le paiement des salaires). En réalité, ces heures ne sont jamais tout à fait « creuses ». En effet, il ne manque jamais de malades qui se voient contraints d'attendre. Ceux-ci, quand ils ne viennent pas « en retard », sont le plus souvent conduits en urgence au centre.

Voici encore une scène que nous avons observée : « Un malade franchit le portail du CSI. Le major est du côté de la PMI en train de bavarder avec un collègue et le gardien. Cela est pratiquement une habitude pour lui. Notre malade l'a attendu longtemps sur un banc. En revenant dans son bureau, le major trouve d'ailleurs une bonne dizaine d'autres malades qui l'attendent aussi ».

Enfin, la prolifération des stations de radios privées dans la ville de Niamey concourt également à la négligence des malades dans le hall. L'écoute de certaines émissions très prisées comme « *dandalin soyay* » (le coin des amoureux) ou les débats sur les faits quotidiens (le mariage, le divorce, les baptêmes...) focalisent l'attention du personnel. Celui-ci ne tarit pas de commentaires et se laisse aller à des fous rires sous les yeux des malades, angoissés et perplexes.

#### *La salle des consultations/ bureau du major*

Cette salle représente aussi le bureau du major. C'est une pièce d'environ 20 m<sup>2</sup>. Le mobilier est constitué d'un bureau, trois chaises, et d'un banc. La salle est également équipée d'un réfrigérateur, d'un téléphone et d'un ventilateur. Ces appareils sont en assez bon état de fonctionnement. Le réfrigérateur contient quelques médicaments (des produits injectables essentiellement) mais sert surtout à la conservation de divers aliments (yaourts, glaces...) entreposés par le personnel. L'utilisation du téléphone est une source de conflits courants entre le major et ses collaborateurs. Même quand ceux-ci reçoivent des appels, l'accès du bureau leur est généralement empêché sous prétexte de « bonne gestion ». C'est en réaction à cette situation que l'infirmier adjoint s'est fait confectionner un double de la clef d'entrée malgré l'avis contraire de son supérieur hiérarchique. Ce dernier n'hésite pas toutefois à accepter que certains de ses proches utilisent le téléphone « abusivement », tout autant que lui-même. Les incessantes sonneries interrompent le plus souvent les consultations.

L'infirmier major adjoint : « ...Tu sais, pour le téléphone, je me suis fait faire une clef avec moi, le major aussi en a une. Contrairement à lui, moi je ne téléphone que dans le cadre du service. Je vois tous les jours les circulaires sur la bonne gestion du courant, de l'eau, du téléphone, qui sortent ».

L'infirmière certifiée : « Notre major ne fait jamais de garde. Moi je viens six sur sept et je n'ai même pas accès au téléphone. Ce n'est pas normal pourtant. Il a fallu que M... (le major adjoint) fasse une clé double pour soulager les autres collègues ».

Ces consultations qui doivent théoriquement commencer à 7 h 30 ne débutent réellement qu'à 9 heures, et parfois même au-delà. Deux infirmiers (dont le major) consultent les malades dans cette salle. L'infirmier-major s'occupe essentiellement des tâches administratives ; et ses actes médicaux se limitent à assister son adjoint lorsque celui-ci est quelque peu débordé et surtout à recevoir les patients qui font partie de son réseau de connaissances et qu'il prend habituellement lui-même en charge. La salle de consultation comprend une fenêtre et deux portes. La première, on l'a compris, qui donne sur le hall d'attente, est la principale voie d'entrée. La seconde située sur le côté opposé donne sur une petite pièce que nous n'avons pas eu l'autorisation de voir.

Ce serait le bureau « fétiche » du major, selon certains de ses collaborateurs. Il y entreposerait entre autres des médicaments représentant des reliquats des dotations antérieures et qu'il gère à sa guise. En effet, ces médicaments sont soit vendus aux malades anonymes, soit gracieusement servis aux PAC (parents, amis et connaissances). La stratégie adoptée avec les premiers consiste dans un premier temps à leur délivrer systématiquement une ordonnance à l'issue de la consultation, puis leur proposer par la suite les produits prescrits, afin dit-on de leur éviter le long trajet jusqu'à la pharmacie du coin.

Une jeune fille accompagnée de deux garçons vient en consultation chez le major qui leur prescrit aussitôt une ordonnance. Au moment où les deux accompagnateurs décident de se rendre à la pharmacie pour l'achat des produits, le major les intercepte pour leur proposer l'équivalent du remède prescrit (un injectable) en comprimés. La proposition du major est même défendue par Mme R..., une infirmière certifiée du centre qui s'est d'ailleurs chargée du reste de la transaction en attendant le retour du major qui est allé chercher le produit dans le bureau « fétiche »...

... Le major a vendu des produits à deux reprises aujourd'hui. Il est aidé dans ce commerce illicite par le gardien ou le manœuvre du centre. Ce dernier est toujours installé à côté de l'étalagiste (tablier) situé en face de la PMI. De cette place, il peut repérer les patients qui ont des ordonnances à la main. Très souvent, certains produits parmi les moins coûteux (les seringues par exemple) ou ceux qui sont facilement dégradables (suppositoires, gels...) sont même entreposés chez le gardien.

La salle des consultations est aussi une sorte de lieu d'aiguillage. C'est généralement après avoir passé dans cette salle que les patients se dirigent éventuellement vers les autres salles, qui pour une injection, qui pour un pansement. En l'absence (ce qui est rare) des « protégés » des soignants, communément appelés « passes », les patients y restent peu de temps puisque la durée d'une consultation est relativement courte : en moyenne, deux à trois minutes.

### *La salle d'observation*

La salle d'observation accueille des malades afin de suivre l'évolution de leur état de santé soit pour éviter des complications médicales, soit pour des cas nécessitant la pose d'une perfusion. Pour ce faire, il y a une table de consultation qui sert de lit sur lequel le patient reste allongé durant son court séjour qui n'excède guère une journée. Le patient retenu en observation fait l'objet d'un surcroît d'attention de la part des soignants qui font d'incessants va-et-vient à son chevet. Leur nombre varie selon « la tête du client » ou la gravité de la maladie. Exceptionnellement, les soignants peuvent autoriser la présence d'un parent au chevet du malade. Il faut noter que la salle d'observation mesure à peu près 15 m<sup>2</sup>. Il n'y pas d'agent spécialement affecté à cette salle.

### *Le service « curatif »*

Les patients reçoivent dans ce service les produits pharmaceutiques servant aux premiers soins (SRO, collyre, soins ORL, aspirine, nivaquine). Ces produits sont stockés dans deux armoires qui sont incrustées dans le mur face à la porte d'entrée. Durant l'enquête, il a été relevé que ces produits, quand bien même officiellement gratuits et disponibles, ne sont pas systématiquement remis à tous les malades auxquels ils furent prescrits. Deux agents, une infirmière certifiée et une aide-soignante, s'occupent de ce service. Ici aussi le travail ne commence que vers 9 heures.

### *La salle des injections*

Les patients y sont reçus pour l'administration des « piqûres ». Elle comprend un modeste mobilier : un chariot, un plateau et deux chaises. L'une des chaises est destinée au patient qui reçoit l'injection, assis et présentant sa cuisse ou ses fesses au soignant placé sur la seconde chaise. Quelques produits et instruments médicaux comme du coton, de l'eau

distillée et une dizaine de seringues à usage multiple sont disponibles. Les séances d'injection se font la porte entrebâillée. Ce qui fait que certains patients, les femmes notamment, hésitent un peu avant de défaire leur pagne. Le secouriste dans tous les cas leur rappelle que « ce n'est pas le lieu de perdre du temps ou d'avoir honte car la maladie ne connaît pas la honte et que, de toutes les façons, il y a beaucoup de personnes qui attendent aussi leur tour ».

Outre cette situation, certaines personnes enquêtées parlent de leur appréhension à utiliser ce service à cause du fait que ce sont des secouristes qui y travaillent. On parle des « gens qui n'ont pas la main », qui sont en apprentissage, qui n'ont pas fait d'études infirmières, et qui par conséquent ne peuvent pas piquer correctement. Pour étayer ces opinions, certains évoquent des souvenirs personnels ou des histoires qui leur ont été rapportées, comme ces injections qui s'infectent ou qui entraînent une paralysie d'un membre inférieur.

### *La salle des pansements*

Cette salle est équipée d'un ventilateur et d'un lavabo non fonctionnel. Comme mobilier de bureau, il n'y a que deux chaises et deux tablettes. Les instruments médicaux sont composés de deux plateaux, de quatre pinces, d'une paire de ciseaux. Les produits utilisés – mercurochrome, coton, sparadrap et bandes stérilisées – sont peu nombreux, et toujours en deçà des besoins réels. Cela fait qu'ils sont le plus souvent à la charge des patients. Toutefois, pour certains d'entre eux, même disposer de ces produits est insuffisant puisqu'il faudra encore payer pour faire le pansement.

En dehors d'un secouriste officiellement chargé de faire les pansements, c'est pratiquement tout le personnel qui effectue ce geste, et le fait en fonction de ses intérêts.

«...Tu vois les pansements, je les fais payer à 300 FCFA même s'il m'arrive quelquefois d'en faire sans rien prendre. A travers ces affaires, j'arrive à m'en sortir chaque jour avec une somme qui avoisine les 1 500 FCFA » (le manœuvre du centre).

On y fait également des incisions et des sutures. Pour ces cas, c'est le plus souvent un infirmier qui s'en charge. Ces « mini-chirurgies » se font toujours sans anesthésie. Ce qui ne manque pas généralement de perturber les autres services des environs puisque la douleur fait hurler certains patients, et notamment les enfants.

### **Le CSMI (centre de santé maternelle et infantile)**

Le centre recouvre une superficie rectangulaire d'à peu près 1000 m<sup>2</sup>. Comme au CSI, le mur de l'enceinte est haut de 2 m et l'accès se fait par deux portes côte à côte, l'une à double battants est généralement fermée et l'autre à un seul battant est par contre très souvent ouverte. En entrant, trois bâtiments sont visibles : la maisonnette du gardien, tout de suite à droite, le bâtiment principal de PMI, placé au cœur de l'enceinte, et plus loin, en face de la maisonnette du gardien, le service dit CRENA (centre de récupération nutritionnelle ambulatoire). C'est un grand hangar couvert de tôle ondulée dont seuls deux côtés sont fermés par un grand mur qui monte jusqu'au toit. Le bâtiment principal se présente en forme de « L » et comprenant deux blocs : le premier (partie supérieure du L) abrite des bureaux d'environ 15 m<sup>2</sup> (réservés au médecin, à la major, aux consultations des nourrissons ) ainsi que le laboratoire et le service de vaccination ; le deuxième (partie basse du L) comprend les salles de CPN et le service social.

Couramment, on dit PMI (protection maternelle et infantile) pour désigner le centre de santé maternelle et infantile. Les femmes y vont surtout pour les consultations prénatales (CPN), les consultations des nourrissons sains et les séances de vaccination. C'est le service de santé le plus fréquenté dans le quartier. La distribution des vivres du PAM (programme alimentaire mondial) qui s'y effectuait naguère drainait un nombre plus important de femmes. En effet, pour encourager la participation des mères aux différentes activités touchant la santé maternelle et infantile (CPN, CNS, PEV) d'une part, et d'autre part venir en aide aux enfants malnutris, des vivres (lait, huile, mil, sucre...) étaient fournis aux mères.

Le personnel du CSMI au moment de l'enquête était estimé à 36 agents dont un médecin, 9 infirmiers (5 infirmiers diplômés d'État et 4 infirmiers certifiés), 2 laborantins, un agent d'assainissement, 3 sages-femmes, 4 assistantes sociales et le personnel auxiliaire (manœuvres, secouristes...).

#### *Le hall d'attente*

C'est un long couloir d'une vingtaine de mètres carrés qui sépare le bloc supérieur en deux parties. Sur une aile, il y a les bureaux du médecin et du major ainsi que les salles de consultation de nourrissons ; sur l'autre, il y a le laboratoire et la salle de vaccination. A un bout du couloir, la porte d'accès pour tout le bâtiment ; à l'autre extrémité, le couloir donne sur une autre porte, perpendiculaire, qui conduit aux salles du

CRENA. A environ 5 m de ce dernier couloir, le hall est coupé par un autre qui mène aux salles de CPN-PF.

Le hall proprement dit fait deux mètres carrés de large pour environ 10 mètres de long. Entre les deux portes, se trouvent des bancs en béton. Les murs jusqu'à une hauteur d'environ 1,5 m, le sol, ainsi que les bancs sont recouverts de carreaux. Le ménage et l'entretien sont des tâches assignées aux filles de salles et aux manœuvres. Les premières s'occupent des bancs et des parties des murs recouvertes de carreaux ; les seconds nettoient le sol, les parties des murs non recouvertes de carreaux et le plafond. En pratique, on peut observer que seuls le sol et les bancs sont plus ou moins entretenus. Cela se fait le matin entre 7 heures et 8 heures.

Les patientes arrivent généralement avant cette heure, donc avant les manœuvres et les filles de salle. Une grande partie des usagers est là avant 7 heures, mais toutes les patientes sont en place avant 8 h. Elles s'alignent sur les bancs par ordre d'arrivée. Une fille de salle ou un secouriste procèdent généralement à la distribution des numéros qui indiquent l'ordre de passage dans la salle de consultations. Théoriquement cette répartition tient compte de l'ordre d'arrivée. Mais l'agent qui remet ces numéros déroge le plus souvent à la règle de telle manière qu'il privilégie ceux qu'il connaît. Cela est, comme on peut s'en douter, à l'origine de vives empoignades entre personnel et patients qui tiennent à imposer l'équité.

Après ce qu'ils appellent « entretien et ménage », les filles de salle rejoignent les secouristes pour effectuer la pesée et la prise de la température. Celle-ci se fait avec un seul thermomètre qui fait le tour des enfants sans jamais être essuyé. Ces constantes sont portées dans le carnet de santé. A cette occasion, on exige systématiquement un carnet plastifié. Ce sont les secouristes qui se livrent à la vente de carnets de santé. Un carnet vaut 150 FCFA. Quant à la plastification, elle est assurée par le chauffeur de l'ambulance à raison de 100 FCFA par carnet. Ces transactions (vente de carnets, puis plastification) se font sur place dans la PMI, de façon ouverte et banale, au profit des secouristes (et de leurs commanditaires) et du chauffeur de l'ambulance. Pour la plupart des usagers, si l'achat du carnet paraît justifié, il n'en est pas de même pour la quasi obligation de le plastifier : d'aucuns pensent que ce n'est pas une initiative individuelle du chauffeur, mais un système supplémentaire mis en place par l'ensemble des personnels pour soutirer de l'argent aux patientes.

### *Les salles de consultation*

Quatre box sont destinés à la consultation des femmes allaitantes ou enceintes et des nourrissons sains. Ces pièces sont alignées et leurs portes – qui sont toujours entrouvertes – donnent sur le hall d'attente de sorte

que ceux qui attendent leur tour assistent de loin aux scènes de consultation. Les femmes s'entassent dans le hall en attendant l'arrivée tardive de certains agents et le début du service qui intervient généralement vers 9 h 00. Une infirmière diplômée d'État s'occupe des consultations dans chaque box. Elle est assistée par une secouriste dont la tâche consiste uniquement à maintenir les enfants en équilibre lors de la pesée. Dans chacun des box, on trouve une table métallique servant de bureau, une chaise destinée à l'infirmière et un lit de consultation. Ce lit est rarement utilisé pour les consultations. Par contre, il ne manque jamais un membre du personnel, quel qu'il soit (infirmier, sage-femme, secouriste, manœuvre) ou même un visiteur (ami, parent de l'agent qui consulte), pour l'occuper et bavarder. Tout ceci explique que certains patients aient des difficultés pour exprimer les maux dont ils souffrent.

*Le service des CPN-PF (consultations prénatales et planification familiale)*

Une même salle sert aux tâches de consultations prénatales et de planification familiale. Les premières activités intéressent uniquement les femmes enceintes alors que les secondes concernent les femmes désirant une méthode contraceptive quelconque. Le service des CPN-PF est animé par des sages-femmes. Elles sont assistées par des secouristes ou des filles de salle qui sont chargées des tâches moins techniques comme la pesée et la toise. Au cours des consultations, les sages-femmes procèdent à l'écoute du bruit du cœur fœtal, au toucher vaginal, à la recherche d'anémie et d'albumine, à la distribution des produits contraceptifs.

Les patientes sont reçues sur deux lits (cachés derrière un paravent) pour les consultations et examens dits « intimes » : le toucher vaginal, l'écoute du bruit du cœur fœtal. Les sages-femmes font théoriquement les consultations de façon individuelle (c'est-à-dire qu'une seule patiente est consultée à la fois) mais il peut arriver qu'elles reçoivent ensemble trois ou quatre femmes. Généralement, deux d'entre elles sont prises en charge par des sages-femmes différentes alors que les autres attendent leur tour tout en assistant (malgré elles ?) à l'examen de leurs sœurs. Les sages-femmes s'arrangent pour arrêter les activités (de CPN uniquement) – ayant débuté vers 9 heures – à 10 heures. Cela quand on ne sort pas d'une grève de deux ou plusieurs jours qui aurait « accumulé » le nombre des patientes. Dans ce cas de figure, les sages-femmes se voient forcées de prolonger leurs consultations jusqu'à 11 heures. Les patientes qui ont la malchance de venir après cette heure sont le plus souvent refoulées. Même quand elles sont acceptées, on assiste à une « consultation – éclair » menée de bout en bout dans une atmosphère de grande crispation. Dans leur majorité, les sages-femmes parlent aux clientes d'une façon qui serait

inadmissible en un autre lieu. Elles les réprimandent sans ménagement ou pire les refoulent sous prétexte d'un retard de consultation ou d'une prescription non observée. L'attitude des patientes durant la consultation laisse le plus souvent entrevoir un sentiment d'embarras et de malaise.

Ne pas venir aux consultations prénatales avec la carte d'identité du partenaire (le conjoint ou « l'ami » de la femme) est aussi une faute qui est réprouvée avec la même fermeté. La consultation sur la table (consultation intime) est selon certaines patientes – dires d'ailleurs corroborés par nos propres observations – plutôt cauchemardesque. La pudeur qui empêche une femme d'être détendue (pour se débarrasser de son pagne, pour suffisamment écarter ses jambes, pour répondre à certaines questions embarrassantes ou socialement jugées impudiques...) est un prétexte pour la sage-femme pour se montrer désobligeante, surtout à l'égard d'une célibataire (qui subit d'ailleurs le même traitement dans une salle d'accouchement).

La prise en charge des femmes venant pour le planning familial se fait officiellement (selon l'organisation du centre) durant les après-midi. Toutefois, les sages-femmes font en sorte que certaines d'entre elles s'occupent des consultations de planification familiale pendant le temps consacré aux CPN. Cela leur permet de ne pas travailler l'après-midi. Cette pratique est générale dans tous les CSMI de la capitale. Elles dissuadent par conséquent les candidates à la contraception qui veulent se rendre au centre les après-midi de le faire. Pour les quelques rares patientes qui viennent en dépit de tout, parce qu'elles persistent ou parce qu'elles ne sont pas informées, elles ont peu de chance de rencontrer la sage-femme qui vient en réalité faire acte de présence au service. Elle se rend au centre après l'heure de la reprise du travail et repart avant le moment de la « descente ». La consultation pour le planning familial diffère des CPN par la remise aux patientes des produits contraceptifs et la nature des questions posées. En dehors de l'interrogatoire (lui-même abrégé), aucun contrôle ni examen n'est effectué pour s'assurer que le produit proposé peut s'adapter à l'état sanitaire de la consultante.

### **Le PEV (Programme élargi de vaccination)**

Le bureau du PEV ne se trouve pas dans le bloc principal qui constitue le CSMI. Il est situé à l'écart, sur le même alignement que l'habitation du gardien et le bloc du CSI. Il est entouré par deux hangars en tôle ondulée dont l'un est destiné aux démonstrations culinaires. L'autre constitue le hall d'entrée de ce service. Le personnel est constitué d'un agent d'assai-

nissement et d'un technicien d'assainissement. Ce dernier est le responsable du service. Les principales activités sont la vaccination des enfants et des femmes enceintes et l'imprégnation des moustiquaires. Une séance d'EPS (éducation pour la santé) d'une durée moyenne de quinze minutes est réalisée pour venir en appui à chacune de ces activités et étendre la « sensibilisation » sur les maladies courantes et épidémiques et surtout sur l'hygiène alimentaire et environnementale.

Pendant ces séances d'EPS, on assiste à des espèces de cours magistraux pendant lesquels un des soignants fait un bref exposé sur un thème défini selon un calendrier hebdomadaire mais bien souvent improvisé aussi en fonction des circonstances. Les mères, pour leur part, écoutent en attendant leur tour de restitution de « l'enseignement » suivi. En effet, l'un des agents qui dirige la séance interroge quelques femmes pour s'assurer d'une part de l'intérêt suscité par l'exposé et d'autre part évaluer le degré de compréhension dont font preuve les différentes auditrices. Cette étape est généralement escamotée en raison (d'après le personnel) des effectifs importants de personnes à vacciner après ladite séance.

Le matériel se compose d'un réfrigérateur servant à la conservation des vaccins, de quatre tables, de deux chaises, d'un tabouret, de deux containers, de deux cocottes de stérilisation, de deux seaux (pour l'imprégnation des moustiquaires) et deux bonbonnes à gaz. Cette salle est climatisée.

### *Le service social*

A l'instar du service du PEV, le service social est isolé du grand ensemble constituant le CSMI. Il est situé à l'opposé de l'entrée principale. Le service social, dont le CRENA est l'une des structures, coordonne diverses activités. Elles comprennent des consultations de nourrissons sains, des séances mensuelles de pesée d'enfants sains, des démonstrations diététiques ou éducation nutritionnelle (cf. CRENA), des enquêtes sociales et des visites à domicile (VAD) pour identifier les familles démunies (appelées aussi « cas sociaux ») et des actions d'EPS (éducation pour la santé). L'exécution de ce cahier de charges n'est pas hélas effective. Si les CNS (consultations des nourrissons sains), les pesées et les démonstrations diététiques se font tant bien que mal, il n'en est pas de même pour le reste. Les enquêtes sociales et les VAD (visites à domicile) ne sont plus exécutées en raison d'un manque de moyens (les aides en nourriture, vêtements et le matériel d'enquête). Le travail préliminaire – d'identification des familles démunies – censé créer les conditions de l'amélioration du cadre de vie des enfants issus des milieux défavorisés n'est plus que théorique. Aucun dispositif prévu n'est opérationnel et rien ne semble être envisagé pour remédier à cette situation.

Les vivres jadis donnés par les institutions telles que le PAM (programme alimentaire mondial) ou l'aide attribuée par CARITAS ne sont qu'un lointain souvenir pour les structures sanitaires. Il faut aussi noter l'insuffisance du personnel qui empêche la tenue régulière des séances d'EPS pour la sensibilisation et l'information des mères sur les risques sanitaires encourus par leur progéniture. Le service social est dirigé par une assistante sociale secondée par une aide-assistante sociale et une technicienne d'assainissement.

#### *LE CRENA (Centre de récupération nutritionnelle ambulatoire) et sa cuisine*

Voisin du service PEV, ce centre est essentiellement chargé de faire des démonstrations diététiques aux mères des enfants malnutris. Il tient de ce fait lieu de cuisine. Les démonstrations culinaires visent à initier les femmes à la préparation de mets riches en vitamines et autres nutriments indispensables à la croissance et au maintien de la santé de leurs enfants. Elles concernent les mères dont les enfants ont atteint l'âge de six mois d'une part et d'autre part celles dont les enfants sont identifiés comme étant malnutris. Ceux-ci sont repérés au moment des consultations des nourrissons sains et sont automatiquement « référés au CRENA ». Les séances de démonstrations ont lieu tous les matins (du lundi au vendredi). A la fin de chaque semaine, il est procédé à la pesée des enfants pour évaluer l'effet produit par les éléments nutritionnels dont ils ont bénéficiés.

Bien qu'étant un service social, le CRENA pour mener ses activités exige de chaque mère qu'elle contribue pour 25 FCFA par séance. Cette somme permet l'achat des différents ingrédients nécessaires au menu du jour. Une assistante sociale qui est également la responsable des lieux supervise les séances. Son apport est surtout pédagogique : elle donne les indications nécessaires pour le dosage et l'ordre des assaisonnements pour lesquels une aide assistante sociale est désignée. Celle-ci fait les démonstrations en se servant des différents ingrédients. Pour les diverses corvées (balayer la cour servant de cuisine, laver les marmites, allumer le feu, chercher de l'eau, piler les condiments, et souvent faire la préparation des mets), seules les mères des enfants s'en chargent. A toutes les phases de cette préparation, un accent est mis sur l'hygiène et la propreté des ustensiles. Une séance de démonstration culinaire dure en moyenne trois quarts d'heure. Le CRENA dispose de divers ustensiles de cuisine comme matériel : des marmites, des louches, des bassines, des cuillères...

*Le laboratoire*

Le laboratoire est le premier service auquel on accède avec la salle des pansements (à laquelle il fait face) lorsqu'on entre dans le bâtiment principal de la PMI. Le matériel comprend une centrifugeuse, deux microscopes, un stérilisateur, une lampe à alcool, un minuteur et divers tubes servant aux différentes analyses. Un bureau et deux chaises complètent ce décor. Une technicienne supérieure de laboratoire (responsable du service) et une technicienne de laboratoire, appelées aussi laborantines, sont chargées d'effectuer les différents tests et analyses: examen de selles, culot urinaire, test d'albumine, sucre, sel et pigment biliaire, goutte épaisse, test d'anémie et test d'hémoglobine. Pour les deux premiers examens, les malades sont tenus de venir au service munis de leurs propres flacons (qui sont généralement des petits récipients en verre ou en matière plastique). Les prélèvements sanguins se font avec des seringues stérilisées. Certains patients viennent néanmoins avec leur propre seringue, à usage unique.

*La salle des injections*

Elle se présente comme la salle d'injections du CSI et remplit les mêmes fonctions que celle-ci. Elle est encadrée par la salle des pansements et le bureau du major. Elle fait face à la salle de garde. Le mobilier comprend : un banc, deux grandes armoires et un plateau. Ce sont les secouristes qui sont chargés de faire les injections. Néanmoins, quand il s'agit parfois de « leurs » patients, les infirmiers et sages-femmes quittent leurs services pour venir en salle d'injection effectuer eux-mêmes les piqûres.

*Le bureau du major*

Ce bureau est équipé d'un lit de consultation, d'une table métallique tenant lieu de bureau, d'un fauteuil, de deux chaises, d'une balance, d'un téléphone, d'une armoire. A l'instar du major du CSI, le major du CSMI s'occupe des consultations quand ses adjoints ont un nombre important de patients (enfants et mères malades) à prendre en charge. Là aussi, le major fait l'objet de sollicitation « intense » pour l'utilisation du téléphone. Ce sont les stagiaires filles qui s'en servent le plus fréquemment, notamment au moment des gardes ou des permanences.

## **La maternité**

L'enceinte de la maternité est plus grande que celle des deux autres unités du complexe sanitaire de Boukoki. Six blocs bien distincts et espacés se partagent une superficie d'environ 2000 m<sup>2</sup> : la maisonnette du gardien, le hangar des accompagnants, la chambre de veille du chauffeur de l'ambulance, le bâtiment principal regroupant l'essentiel des services de la maternité, le magasin, la buanderie et les toilettes. Il faut ajouter à tous ces blocs architecturaux bien aérés un grand jardin-verger d'environ 900 m<sup>2</sup> exploité par le gardien et un petit enclos de bétail, œuvre aussi du gardien. Dans un coin de l'enceinte se trouve un incinérateur plus ou moins utilisé.

Le bâtiment principal qui regroupe l'essentiel des services de la maternité est un rectangle d'à peu près 50m sur 15, totalement fermé et couvert, avec des grands couloirs qui forment un H. Un couloir de 2m de long des deux grands côtés et un couloir de largeur équivalente qui divise tout le bâtiment en deux ailes quasiment égales. Ce couloir central contrôle l'accès à tout le bâtiment par deux portes opposées.

La maternité est dirigée par une sage-femme diplômée d'État, qui porte le titre de directrice. Dans l'organigramme officiel, elle est secondée par une autre sage-femme appelée surveillante. Vient ensuite le reste du personnel composé de sages-femmes, infirmières, assistantes sociales, agents d'état civil, filles de salle, manœuvres, chauffeurs et gardien. Les différents lieux d'interaction sont la salle d'accueil, la salle de vaccination, la salle de planification familiale, le service social, le service de l'état civil, la salle de travail, la salle d'accouchement, les salles des suites des couches, la salle d'hospitalisation, les deux salles de la catégorie et le hangar des accompagnatrices.

### *La salle d'accueil*

Elle est située juste à l'entrée de l'aile droite de la maternité. Il y a un mobilier important (deux lits de consultation, un bureau, une chaise, un ventilateur, deux casiers, un tensiomètre, un chariot, trois tambours, un casier métallique...). La salle d'accueil sert d'abord de cadre d'accueil et d'orientation des patientes. De même, ses deux lits de consultations obstétricales accueillent les femmes pour des consultations pré ou post-natales, des consultations des femmes enceintes malades, des consultations des femmes accouchées malades, des consultations des nouveau-nés malades. C'est tantôt une sage-femme, tantôt une infirmière "volante" qui s'occupe de cette salle. Il y a une forte affluence des patientes particuliè-

rement en début de semaine. Ce sont les filles de salle qui s'occupent généralement de l'accueil. Une femme venant pour un accouchement est aussitôt conduite par l'une d'entre elles dans la salle de travail ou la salle d'accouchement selon que l'accouchement est imminent ou non.

### *La salle de travail*

Cette salle dispose de trois lits pour accueillir les femmes en travail qui restent en observation en attendant l'accouchement. L'équipe de garde – constituée de l'infirmière et de la sage-femme – suit l'évolution du travail à travers l'observation de la dilatation du col, la prise de température. Faute de tensiomètre ou de thermomètre, il peut arriver que l'on fasse une prise de tension ou de température peu fiable parce que faite à la main. Durant le bref séjour de la future mère, chacun (sages-femmes ou infirmières) selon son humeur, sa curiosité, sa disponibilité, vient faire tantôt un toucher vaginal, tantôt une prise de température.

Lorsqu'il y a une grande affluence des parturientes et qu'il manque de place dans la salle d'accouchement, certaines femmes accouchent dans cette salle, souvent sans aucune assistance sauf celle, non médicale, de leurs accompagnatrices. Cela n'est possible bien sûr qu'à l'insu du personnel occupé ailleurs dans la salle d'accouchement.

### *La salle d'accouchement*

Durant les accouchements, l'accès de cette salle est formellement interdit aux personnes extérieures au service, notamment les accompagnatrices de la future accouchée. Une partie du personnel subalterne, comme l'ambulancier, le gardien, les manœuvres, n'y a pas non plus théoriquement accès. Mais cela n'est que discours. Toutes ces personnes font des irruptions dans la salle, tantôt pour remettre une commission à un agent (sage-femme, infirmière), tantôt pour signaler une visite privée.

Selon les organigrammes, une sage-femme, une infirmière, une ou deux filles de salle et à certaines périodes, quelques stagiaires (deux ou trois) s'occupent des accouchées à l'intérieur de cette salle. C'est à la première que reviendrait la tâche de faire accoucher les femmes. Les autres joueraient des rôles secondaires, les stagiaires se bornant à observer ou à relever les constantes (température, tension....) alors que les filles de salle ne sont pas autorisées, du moins officiellement, à pénétrer dans la salle. Leurs tâches consistent à nettoyer la salle après les accouchements, à laver le bébé, à placer des garnitures à l'accouchée. Or la réalité qu'on observe est toute autre. En effet, les filles de salle restent tout au long de l'accouche-

ment. Elles participent directement à l'accouchement d'une femme. Par exemple, elles aident la sage-femme à prendre appui sur le ventre d'une parturiente dont l'expulsion de l'enfant est difficile. Elles peuvent aussi aider la sage-femme à maîtriser (en lui tenant les mains ou les jambes) une parturiente « agitée ». En outre, les filles de salle sont toujours promptes à féliciter les parturientes (*Barka, Irkoy ma funandi* : « Félicitations, que Dieu lui prête longue vie »). Leur attitude est d'autant plus apaisante pour les parturientes qu'il s'instaure un climat de confiance de part et d'autre.

Cependant, cette attention des filles de salle n'est pas désintéressée. Elles reçoivent en effet des gratifications modestes, allant de 100 FCFA à 500 FCFA, de la part des accouchées ou de leurs proches, accompagnatrices, parents, amis. Elles sont les premières à annoncer la « bonne nouvelle » à ces derniers restés dehors. Ces filles de salle jouent également un rôle d'intermédiaire dans « l'arnaque » dont sont victimes certaines parturientes. Ce sont elles en effet qui mettent ces dernières en contact avec le personnel soignant pour la vente de certains produits médicaux non indispensables comme le syntocinon. C'est ce qui explique que les femmes appellent ce mode d'accouchement « sérum ». En effet, il semble qu'aucun accouchement ne se passe sans administration à la parturiente d'ocytociques.

La récente tradition de la maternité veut que toute future parturiente se présente au personnel avec une importante provision d'argent allant de 2 000 FCFA à 10 000 FCFA. Cette somme servira à l'achat sur place, dans la salle d'accouchement ou de travail, de la paire de gant ou du doigtier dont le prix varie entre 1 000 FCFA et 2 000 FCFA, de fils pour une éventuelle suture et/ou de la perfusion de Syntocinon qui coûte entre 4 000 FCFA et 7 500 FCFA. Celles qui viennent sans prendre ces dispositions somme toutes classiques subissent tantôt la menace de référence dans un autre centre, tantôt la négligence du personnel.

Néanmoins, dans la large liste des « anonymes » c'est-à-dire les clientes qui n'ont ni parents, ni amis ou connaissances dans le corps médical, on dénombre certaines personnes qui résistent aux exigences de ce ténébreux système. Cette résistance se manifeste sous diverses formes. Beaucoup de femmes avisées préfèrent par exemple venir avec tout leur matériel au complet qu'elles achètent ailleurs à moindres frais. D'autres achètent les gants mais refusent le principe même de la pose de la fameuse perfusion et préfèrent attendre tout le temps qu'il faut pour accoucher « naturellement ». D'autres encore choisissent de ne se rendre à la maternité qu'après avoir accouché dans l'ambiance familiale, à la maison. C'est pour cette raison que nous avons observé, lors des enregistrements des naissances (côté service état civil), un nombre important de déclarations d'accouchements à domicile. Pour les intéressées (les parturientes), « aujourd'hui, qu'il y ait assistance médicale ou non lors d'un accouchement, les risques encourus sont tout compte fait les mêmes ».

Par ailleurs, il faut noter la banalisation de la douleur. Si pour la parturiente l'instant de la délivrance est un moment d'incertitude (elle craint généralement pour sa vie), l'attitude qu'affiche le personnel est fort discordante, due peut-être à la routinisation des gestes, douloureux pour les parturientes. On raconte des anecdotes, on rigole ; bref l'accouchement se dilue dans la banalité des activités quotidiennes normales des personnels. Il est alors facile de voir de la désinvolture et de la brusquerie dans les gestes des sages-femmes. On a tendance à croire que la compassion est un sentiment complètement méconnu des sages-femmes.

Selon certaines femmes rencontrées dans la cour du centre, le personnel de la maternité, et particulièrement les sages-femmes, sont des personnes sans aucune pitié pour les femmes venant accoucher qu'elles considèrent d'ailleurs comme des animaux. Elles ne les respectent pas du tout. On t'arrache le bébé des entrailles, disent-elles, avec une sérénité qui frise le mépris et la cruauté.

En outre, pour bien faire marcher son commerce, le personnel ne lésine pas sur les moyens et ne manque pas d'imagination. Quand on ne réussit pas à faire subir l'épreuve de la perfusion à la parturiente, on crée les conditions d'une déchirure du périnée. On se donne alors la chance d'écouler des fils de suture. L'achat est en pareil cas incontournable puisqu'il se déroule dans un contexte d'urgence qui ne laisse aucun choix à l'accouchée.

### *Les suites de couches*

Elles se situent dans l'aile opposée à celle qui abrite la salle d'accouchement, d'accueil ou de travail. C'est un ensemble de deux salles mitoyennes avec chacune deux portes. Chaque salle est séparée en deux box communiquant par une porte. Les suites des couches accueillent les parturientes bien portantes. Les box sont équipés de cinq lits dont les draps sont rarement propres. Le plus souvent ils sont tâchés de sang. Seul le passage d'une autorité administrative ou d'une personne (non malade) étrangère à l'établissement et s'intéressant de près à son fonctionnement oblige le personnel à changer les draps ou à donner un coup de balai. Un berceau est prévu pour le bébé à côté de chaque lit. Mais il n'est jamais utilisé. Fort simplement parce que aussi bien pour les soignants que pour les parturientes, isoler un enfant dans un berceau s'oppose radicalement aux usages sociaux. La ventilation n'est plus en marche et les périodes de forte canicule éprouvent beaucoup les occupants (les mères et leurs bébés) et leurs visiteurs : des salles se dégagent des odeurs nauséabondes.

Pour y faire face, les usagers recourent à de l'encens acheté sur place auprès des filles de salle ou apporté du domicile.

Pendant les heures de service, seuls sont visibles les parturientes et leurs nourrissons. Par moments, une fille de salle, une infirmière ou une sage-femme fait irruption qui pour s'enquérir de façon intéressée de la santé des occupants, qui pour rappeler telle ou telle indication thérapeutique, qui pour introduire un visiteur. En dehors de ces cas de figure, les parturientes ne revoient presque jamais les soignantes. Les filles de salle se rapprochent le plus possible des parturientes. Elles caressent l'espoir d'avoir auprès de ces dernières, de leurs accompagnatrices ou de leurs visiteurs, de quoi s'acheter de la « cola ». Les suites des couches connaissent une grande animation entre 12 h 30 et 15 h, et entre 18 h 30 et 20 h. C'est pendant ces moments que parents, amis et connaissances convergent pour rendre visite aux nouveaux-nés et à leurs mamans. On y vient rarement les mains vides. Les femmes apportent généralement de la nourriture alors que les hommes donnent aux accouchées de l'argent pour « l'achat du savon, l'achat de la glace ».

Enfin, il peut arriver que des altercations opposent le personnel (subalterne particulièrement) à la parturiente et ses visiteurs, à cause des heures de visite que ces derniers ne respectent pas. Certains viennent avant l'heure de visite et d'autres longtemps après, pendant que d'autres encore veulent tout simplement prolonger la durée de la visite. De l'avis des manœuvres et des filles de salle, cela entraverait aussi le travail d'entretien à leur charge.

### *La salle d'hospitalisation*

A l'instar des salles des suites des couches, la salle d'hospitalisation comprend cinq lits où sont gardées des femmes malades en pré-(menace d'avortement) ou post-partum (anémie). La directrice et une autre sage-femme « volante » traitent les cas gynécologiques. A l'opposé des suites des couches, cette salle a quelque peu meilleur aspect, plus propre et moins nauséabonde.

### *Les chambres de « la catégorie »*

Elles sont au nombre de deux et sont généralement occupées par des parturientes ayant un standing plus élevé que la moyenne. En atteste d'ailleurs l'équipement qui affiche en plus du traditionnel lit et du casier, une table, un climatiseur et une salle d'eau (composée d'un lavabo, d'une douche et d'un W.C). Ici les frais de séjour vont au-delà du prix habituel-

lement payé pour les suites de couches. Les occupantes font l'objet d'une attention particulière de la part du personnel soignant. Il faut néanmoins relever que les chambres de « la catégorie » sont rarement utilisées à 100%. Bien souvent, elles sont vides et servent de salle de convivialité ou de lieu de repos pour certains soignants.

### *Le service de l'état civil*

Ce service est chargé de l'enregistrement des naissances ayant lieu dans la structure. Quatre agents détachés par la mairie se relaient pour recevoir les parturientes au moment de leur sortie de la maternité. Ces agents arrivent aux alentours de 9 heures. Les parturientes sont toujours tenues d'être munies de la carte d'identité du père de l'enfant, d'une somme de 2 100 FCFA (collectés par la surveillante) représentant les « frais du lit » ou les frais d'hospitalisation et du carnet de la mère et de l'enfant. Les agents d'état civil présents dans la structure sont dans leur ensemble assimilés au personnel médical, si bien que dans leur majorité les patientes ou leurs accompagnateurs ignorent leur vrai statut. Même les délégués médicaux tiennent compte de leur effectif pour procéder à la distribution des échantillons de médicaments lors de leur passage dans le centre. En face de certains visiteurs, ils ne se contentent pas seulement d'enregistrer les naissances. A l'instar des filles de salle, les agents d'état civil « accueillent » et indiquent, quand il le faut, le chemin aux nouvelles arrivées.

Il peut aussi arriver qu'ils « mettent leur grain de sel » dans l'entretien qui a lieu entre une praticienne et une parturiente qui vient d'être libérée. Durant ce genre d'entretiens, ce sont les questions touchant à l'allaitement et aux consultations post-partum qui sont abordées. On vante les vertus de l'allaitement maternel, des consultations de nourrissons sains, de la vaccination ou encore de la planification familiale. A certains moments où le personnel est débordé, les agents d'État civil sont sollicités pour expliquer les indications thérapeutiques et/ou posologiques. Il n'y a pas de hiérarchie explicitement établie à l'intérieur de ce groupe qui se conforme plutôt aux usages du centre. Tout comme les sages-femmes, les infirmiers ou tout autre agent du centre, les commis de l'état civil obéissent aux instructions de la directrice.

### *Le hangar des accompagnatrices*

Avant d'accéder au bâtiment principal, on passe par le hangar des accompagnatrices. C'est un grand toit d'environ 20 m<sup>2</sup>, construit en maté-

riaux solides et dont seules deux de ses façades sont protégées par un mur. Il est conçu pour le séjour des accompagnatrices qui y passent le plus clair de leur temps pendant la durée de l'hospitalisation de leur malade ou de leur parturiente. Les accompagnatrices disposent des nattes (ramenées de la maison) qui leur servent de couchette ou de siège. Ces accompagnatrices sont tenues de balayer le hangar et la cour du centre tous les matins. Le nettoyage des sanitaires qui est également une tâche qui leur est affectée suscite souvent des vives tensions car les groupes ne sont pas homogènes. Il faut noter que pour une seule patiente on peut compter deux accompagnatrices.

Et c'est comme cela, à Niamey, que les actes et les lieux s'interpénètrent pour construire le tableau véritable de ce que les livres de santé publique, les programmes officiels et les bailleurs de fonds nomment la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle.



# Conakry : le centre de santé public de Gbessia-port

Y. DIALLO et M. CAMPÉL CAMARA

## Présentation du quartier

Le site magnifique de Conakry est une presqu'île de 34 kilomètres de long et de un à six kilomètres de large sillonnée par un axe routier. L'aéroport de Gbessia se trouve au cœur de la ville. Lorsque vous venez du port maritime et du quartier des Ministères, à l'extrême pointe de la presqu'île, et que, juste avant d'arriver à l'aéroport, vous quittez l'axe principal et vous vous dirigez vers la mer par une rue étroite, encombrée de piétons, à un kilomètre, sur votre droite, vous trouverez le centre de santé de Gbessia-Port. D'après le directeur communal de la santé de Matoto, cette distance à l'axe principal, conjuguée à l'absence de taxis la nuit et à des problèmes d'insécurité, explique que peu d'accouchements soient effectués la nuit dans cette structure sanitaire.

Le centre de santé de Gbessia-Port est situé dans la commune de Matoto, il dessert, théoriquement, dans un rayon de cinq kilomètres, les quartiers densément peuplés de Gbessia-Port 1, Gbessia-Port 2, Gbessia-Centre et Dar-es-Salam soit une population de 41 400 habitants.

Les quartiers actuels se sont superposés à d'anciens territoires. Le premier village de Gbessia, fondé par les Baga, se situait au bord de la mer et s'étendait sur une vaste zone. Les descendants baga et susu des chefs de ce village sont les notables actuels du quartier<sup>1</sup>. La population est essentiellement susu et baga auxquels s'ajoutent des Peuls (quartier de Dar es Salam) et des Malinkés.

---

1. Par exemple, le président du comité de gestion du centre de santé est le fils d'un ancien chef du village et lui-même est conseiller communal.

Les habitants de Dar-es-Salam sont les plus assidus au dispensaire. Les malades des quartiers voisins de Dabondi et Gbessia Mosquée se rendent relativement peu dans le centre. D'après la chef du centre de santé, cette sous fréquentation est due à la pauvreté de la population et à une fausse information préalable diffusée par un notable du quartier qui aurait annoncé à ses concitoyens, au moment de l'ouverture du centre de santé, la gratuité des soins.

L'enquête auprès des familles démunies des quartiers entourant le centre de santé a révélé l'existence de quartiers denses, sans équipements, où l'habitat est dégradé, avec des taux d'occupation très élevés.

Voici la description d'une concession dans le quartier de Gbessia-Port :

L'habitat est ancien, vétuste, exigu. Les murs sont en banco. Les maisonnettes sont d'une hauteur très faible. On peut toucher le toit. Les tôles des maisons sont renforcées de pneus, jantes et pierres. Une vieille baignoire sert de citerne à eau au milieu de la cour. Une ferraille rouillée se trouve dans la cour. Des ustensiles de cuisine sales, remplis d'eau et de restes alimentaires, envahis de mouches, jonchent le sol. Les enfants sont pieds nus, deux femmes et un homme ont le torse nu. La porte de la maison du père est protégée par un rideau vieux, sale et confectionné de plusieurs tissus. La plupart des portes sont en bois, rongées vers le bas (Campel M. Camara).

## **Le centre de santé de Gbessia-Port**

### *L'histoire du centre de santé*

L'ancien dispensaire de Gbessia fut transformé en 1991 en centre de soins de santé primaires ; il fut rénové en 1993 dans le cadre du projet PRISCO (Projet de réhabilitation des infrastructures sanitaires de Conakry) financé par la BAD (Banque africaine de développement).

### *L'architecture du centre de santé*

Le centre de santé est situé dans une cour clôturée par un mur. Il comprend un bâtiment principal à un étage et une annexe. A l'étage, se trouvent la maternité et le bureau de la chef du centre. Au rez-de-chaussée se déroulent les activités préventives et curatives. L'annexe est occupée par les bureaux de la direction communale de la santé, la salle de soins et le cabinet dentaire. Dans la cour, sous un auvent, s'effectuent les préparations culinaires pour les enfants dénutris.

Le centre de santé aurait besoin d'une rénovation. Des problèmes d'étanchéité se posent, la peinture est à refaire.

### *La fréquentation du centre de santé*

D'après les statistiques sanitaires établies par la direction régionale de la santé de la ville de Conakry, le centre de santé de Gbessia arrive en tête pour le nombre de consultations curatives sur l'ensemble des 18 centres de santé publics de la capitale<sup>2</sup>.

L'affluence des malades est grande au milieu de la matinée, faible aux autres heures de la journée. Cette structure est un lieu de sociabilité principalement pour les soignantes. Le hall du centre de santé où les malades attendent pour l'accueil est appelé par Mayéni, venue en consultation, « le lieu de repos des travailleurs » : pour cette patiente il s'agit donc d'un espace conçu pour les soignants et non pour les malades.

Le centre de santé est aussi le théâtre d'activités extra médicales. Quelques matrones, surtout des bénévoles, y pratiquent un petit commerce. Elles vendent des Fanta, Coca-cola ou jus de gingembre, des poissons fumés, des écharpes, des chemises...

Des vendeurs extérieurs à la structure déambulent dans le centre de santé. Les hommes proposent des produits manufacturés (ventilateurs, parfums, déodorants...), les femmes offrent du poisson fumé ou frais, des aliments divers (*atiéké*, bananes, arachide, *to* ...). C'est auprès de ces vendeuses que les soignants se ravitaillent au cours de la journée lorsqu'ils ont faim : petit déjeuner et « en-cas » à midi.

Voici une scène observée le mercredi 3 novembre 1999 :

A 13 heures, la chef de centre quitte son bureau ; elle se joint à un groupe de quatre femmes qui conversent sous le hall : deux filles de salle, une sage-femme et une vendeuse de jus de fruit. La chef de centre achète une bouteille de Fanta et de la banane grillée qu'elle se met à consommer dans le vacarme des causeries et des rires (Campel M. Camara).

### *Les recettes du centre de santé*

Les recettes du centre de santé sont en chute libre depuis 1992 lorsque le centre de santé est devenu autonome un an après son ouverture<sup>3</sup>. En

2. Direction régionale de la santé de la ville de Conakry, rapports du 1<sup>er</sup> semestre 1998 et du 1<sup>er</sup> semestre 1999.

3. Au départ en 1991, un stock de médicaments a été mis gratuitement à la disposition du centre de santé et le recouvrement des coûts a été instauré. Après épuisement du stock,

1992, les recettes s'élevaient à plus de 37 millions de francs guinéens et en 1998, elles sont tombées à un peu plus de 16 millions.

La chef du centre pense que la fréquentation a baissé en raison de l'ouverture de cabinets clandestins dans les quartiers voisins et de la surtarification pratiquée par les agents. Le président du comité de gestion incrimine les supervisions, la sur-tarification, la vente parallèle de médicaments, les ruptures d'approvisionnement de médicaments, l'augmentation du prix des médicaments à la P.C.G. (pharmacie centrale de Guinée) et à la cellule des médicaments essentiels, qui diminue la marge bénéficiaire des centres de santé.

En fait, la privatisation de la clientèle étant importante dans ce centre de santé, les recettes enregistrées ne reflètent pas les activités réelles des soignants car une partie des recettes est détournée à leur profit .

### *Le comité de gestion*

Un comité de gestion a été mis en place dès l'ouverture du centre de santé. Il fonctionne avec le président, le trésorier et la chef du centre de santé. Le vice-président, le chargé de la jeunesse et la chargée des femmes ne sont pas actifs.

Le président du comité de gestion se plaint que le comité de gestion n'ait pas de réel pouvoir face aux directives du Ministère de la santé et que ses membres ne perçoivent aucune prime de motivation.

« Au moment de la création du centre de santé, il a été établi que le centre de santé est une affaire de la population. Nous sommes propriétaires du centre de santé. Le principe voudrait que nous soyons effectivement propriétaires. En principe, l'État envoie des travailleurs que nous gérons dans le centre de santé. Mais nous avons constaté que nous ne sommes pas les véritables gérants des recettes... On nous parachute des instructions... Nous n'avons pas d'autorité sur l'administration du personnel... Au point de vue des recettes nous ne sommes pas les maîtres d'œuvre. On nous donne des instructions, le Ministère de la santé nous dit que le centre de santé ne doit pas excéder la dépense de 50 000 FG<sup>4</sup> par mois. Nous demandons l'autorisation pour engager les dépenses au directeur communal de la santé. Nous ne nous sentons plus propriétaires des centres de santé. Beaucoup de membres du comité de gestion se sont retirés, c'est parce que ce sont des fonctions bénévoles... On a crié sur tous les toits qu'il faut

---

le comité de gestion a commencé à acheter les médicaments essentiels auprès de la cellule des médicaments essentiels mise en place par le programme des soins de santé primaires.

4. 50 000 FG représentent environ 20 000 FCFA avec une fluctuation de la parité car le franc guinéen suit le cours du dollar.

motiver les membres du comité de gestion, mais ça ne va pas... A la fin du mois, pendant que le personnel médical se bat pour récupérer ses primes et salaires, les membres du comité de gestion n'ont rien ».

Le président du comité de gestion exprime très clairement les malentendus entre les comités de gestion des centres de santé et le Ministère de la santé dès le lancement de la nouvelle politique des soins de santé primaires.

## **Le personnel du centre de santé**

### *Ses caractéristiques*

Dans ce centre, comme dans les autres centres de santé publics de la capitale, le personnel est pléthorique et pourtant les quarante-cinq agents retenus proviennent d'une sélection opérée en 1991 à partir des 106 agents du précédent dispensaire. En 1995, le personnel fut formé aux soins de santé primaires.

Lors de l'enquête socio-anthropologique de novembre 1999 à janvier 2000, trente-huit soignants titulaires ont été recensés dont quatre médecins, une pharmacienne, sept sages-femmes, neuf agents techniques de santé<sup>5</sup>, neuf aides de santé<sup>6</sup>, un préparateur en pharmacie au point de vente des médicaments, un technicien de santé publique<sup>7</sup> au laboratoire, une laborantine, trois filles de salle dont deux à la nutrition, une à la CPC (consultation primaire curative), deux matrones à la maternité. A ce personnel s'ajoutent dix contractuels qui comprennent le gardien et les agents de maintenance. Le gardien est pris en charge par le centre de santé. Les autres contractuels ont été engagés par la commune mais ils ne sont plus payés et ils continuent à travailler sans salaire. Les stagiaires comprennent deux médecins et dix-huit agents techniques de santé. Ils

---

5. Les agents techniques de santé (ATS) sont des infirmiers de la hiérarchie C formés sous la deuxième République dans les écoles de santé de Labé, Kankan et N'Zérékoré en trois ans.

6. Les aides de santé sont des infirmiers d'Etat de la hiérarchie B. Certains ont suivi, sous la première République, pendant trois années, le premier niveau de la faculté de médecine. Ayant échoué au concours d'admission au deuxième degré, ils ont été engagés dans la fonction publique. D'autres ont été formés à l'école nationale de santé de Kindia actuellement fermée. Le corps des aides de santé est appelé à disparaître.

7. Les techniciens de santé publique ont été formés en santé publique au début de la seconde République à l'école de santé de Kindia, dans le cadre du programme PEV/SSP/ME. Leur niveau est supérieur à celui des ATS, ils sont rattachés à la hiérarchie B. Leur formation est actuellement arrêtée.

travaillent par roulement dans tous les services à l'exception du point de vente. Leur stage est théoriquement de trois mois mais certains sont des stagiaires de longue durée. Le personnel est majoritairement féminin. Parmi les titulaires, on compte cinq hommes pour trente-trois femmes.

### *Ses pratiques*

La chef du centre se plaint des pratiques de son personnel : négligence, incompetence, privatisation de la clientèle, sur-tarification.

« Le personnel est pléthorique, ce qui pose des difficultés pour canaliser les agents. Il est difficile de faire respecter les principes. Bon nombre d'entre eux se passent de l'ordinogramme. A mon retour de Dakar, j'ai trouvé que les habitudes ont changé. Chaque agent compose avec ses propres clients. Les principes de travail ne sont plus respectés. La sur-tarification et le rançonnement sont devenus monnaie courante. La plupart des agents ne maîtrisent pas encore le monitoring. Ils ne peuvent pas faire un monitoring fiable s'ils ne sont pas assistés par les médecins. Et pourtant ils participent aux séances de monitoring depuis 1992 ».

Le président du comité de gestion partage le point de vue de la chef du centre : privatisation de la clientèle, non respect des horaires, sur-tarification. Sa critique est encore plus radicale.

« Et le personnel est là pour nous ennuyer. Le personnel de la santé aussi est là, c'est un handicap !... Chacun veut travailler pour soi... Le malade paye le tarif plein mais le tarif plein ne rentre pas (dans la caisse du centre)... Les détournements sont préjudiciables au fonctionnement du centre de santé, ça chasse les malades. Prenons en exemple l'accouchement à la maternité, le tarif normal c'est 3 000 FG. Mais généralement on perçoit au niveau des parturientes des sommes allant de 5 000 à 15 000 FG, des fois jusqu'à 20 000 FG. Nous avons motivé les populations, nous avons dit : quand vous allez à la maternité, vous ne devez payer que 3 000 FG. Mais les gens qui viennent là sont effrayés, intimidés par le personnel. Quand on leur dit, il faut payer 15 000 FG sinon ton enfant ne sort pas, la parturiente est obligée de payer... Il y a la sur-facturation. Les populations souffrent beaucoup. Le personnel ne vient pas à l'heure... Un malade qui a souffert toute la nuit et qui, de bonne heure, s'installe à attendre le personnel qui ne vient qu'à partir de 10 heures ou même 11 heures !... Il n'y a pas de sanctions. Il y a trop de femmes parmi le personnel qui ne cherchent que l'argent... La vaccination qui devrait être gratuite se fait à 500 FG... Il faut une refonte totale du système ».

*L'impossibilité de sanctionner le personnel*

Dans ce centre, comme dans les autres, il existe peu de possibilité de sanction vis-à-vis du personnel fonctionnaire. De plus, dans cette structure, la responsable se trouve confrontée à une crise d'autorité après un an d'absence à l'étranger pour y recevoir une formation en santé clinique. Elle déclare être obligée de continuellement surveiller son personnel.

« C'est au point de vente, à la maternité et à la consultation primaire curative que je risque d'avoir le plus de problèmes. Au point de vente et à la maternité, pour voir s'il n'y a pas eu de sur-tarifcation et si certains patients ne sont pas venus réclamer leur argent après s'être rendus compte des tarifs officiels. Dès que je fais deux jours sans contrôler ces deux services, je risque au troisième d'y trouver des problèmes. Quant à la consultation primaire curative, c'est l'intimité des malades qui est violée ».

La chef de centre est impuissante à sanctionner son personnel.

« Le médecin du service fait entrer plusieurs malades en même temps et maintient la porte ouverte. J'ai tout fait ; elle n'arrive pas à changer. Les autorités m'ont dit de laisser car sa mutation pourrait réduire la clientèle, vu ses relations dans le milieu ».

Le président du comité de gestion avoue aussi son impuissance.

« La sur-tarifcation nous embête, nous souffrons de cela, mais le personnel est là... des fois on menace, on fait des réunions, on les menace mais on ne peut pas l'arrêter ».

*L'insatisfaction des soignants*

A l'unanimité, les soignants, toutes catégories confondues, déplorent la faiblesse de leur salaire qui ne valorise pas leurs années de formation et d'expérience. Ils se déclarent déçus de leur situation qui ne correspond pas à leurs aspirations de jeunesse.

« ... Je m'attendais à ce que ces nombreuses années de formation m'assurent un bien-être à travers une rémunération qui soit à la hauteur de mes peines. Mais mon salaire est, de loin, insuffisant et ma prime faible... J'ai une grande charge parce que toute ma famille ne compte que sur moi et nous sommes très nombreux » (Dr G.S., 41 ans, femme médecin, chef du centre).

« Je suis déçue de la faiblesse de mon salaire et de mes primes qui ne ressemblent qu'aux revenus des enseignants » (Dr J.K., femme médecin).

« Je m'attendais à ce que mon travail me procure un bon salaire qui aurait favorisé ma réalisation au plan matériel. Mais je suis complètement déçue sur ce plan... Mon salaire et ma prime ne couvrent pas mes besoins, vu le coût de la vie. Je suis aussi souvent déçue et frustrée suite aux ruptures répétées de médicaments » (Dr K.D., 43 ans, pharmacienne).

« Mon ambition était d'être médecin. C'est mon échec au concours d'accès au second degré de la faculté de médecine qui a mis fin à mon rêve... J'ai été mutée au dispensaire de M. et je me suis spécialisée sur le tas en gynéco-obstétrique... Les dispensaires dans lesquels j'ai travaillé n'étaient pas bien équipés. Le matériel était si rudimentaire que j'ai beaucoup désappris. D'autre part, le travail dans les dispensaires était trop routinier par rapport aux qualifications d'une sortante du premier degré d'une faculté de médecine... Au plan des attentes, je pense que ma qualification et mon ancienneté devraient me valoir une situation professionnelle plus grande. Je ne comprends pas le fait que je sois encore sage-femme, vu mon diplôme et mes vingt-deux ans d'expérience. Aussi, je suis loin d'être satisfaite de mon salaire qui ne couvre pas le besoin d'une mère de famille. Ma prime aussi est faible (5 000 FG) de sorte que je joins difficilement les deux bouts car je partage les charges familiales avec mon mari » (F.Y., 47 ans, sage-femme d'État).

« Je m'attendais à un bien-être financier et matériel à partir de mon travail mais je suis déçue à tout point de vue... Je suis déçue par le fait que je ne participe pas à des séminaires de formation qui me permettraient d'être initiée aux nouvelles méthodes d'analyse. Après vingt-six ans de service, je ne touche pas encore 200 000 FG... J'aimerais maintenant préparer une bonne retraite mais mon salaire ne le permet pas. Je ne bénéficie aussi d'aucune prime. Je considère un tel bilan comme une grande déception » (A.B., 49 ans, aide de santé).

Deux tontines existent parmi le personnel titulaire, dont les cotisations semblent élevées (50 000 et 100 000 FG par mois) pour des soignants qui déplorent, à juste titre, la faiblesse de leur salaire. D'après les intéressés, les tontines financent les cérémonies familiales, l'achat de meubles, les vacances des enfants et permettent aux épouses d'aider leur mari à assumer les charges familiales.

## Qu'observe-t-on dans les principaux postes de travail ?

### *L'observation au poste d'accueil*

Lorsque les malades entrent dans le hall du bâtiment principal, ils peuvent découvrir, à leur gauche, une pancarte cassée où sont inscrits les droits et les devoirs des malades et, à leur droite, la pancarte des tarifs en bonne position. Ils se dirigent alors vers le bureau d'accueil installé dans le hall. Un malade, M.C. définit l'accueil de la façon suivante : « C'est ici que tu paies l'argent avant de rentrer ».

Voici ce qui a été observé le jeudi 4 novembre 1999 au bureau d'accueil.

A 7 heures 30, deux patientes attendent le personnel de l'accueil. A 8 heures, les deux malades se précipitent vers les agents de l'accueil qui arrivent, les saluent, leur expliquent les maux dont elles souffrent. L'un des agents leur demande d'attendre l'arrivée des préposés à la vente des carnets. A 8 heures 45, le bureau de vente des carnets est enfin ouvert, les deux patientes s'y dirigent, achètent un carnet bleu et reviennent au poste d'accueil enregistrer leur plainte.

De 8 heures 45 à 9 heures, l'affluence des malades augmente. Tous les bancs sont occupés et certains malades sont debout. Un seul agent travaille, le second se déplace régulièrement de sorte que sa chaise reste vide la plupart du temps. La soignante de l'accueil note la plainte des malades dans leur carnet, les oriente vers les différents services, déshabille et pèse les enfants, reçoit et oriente les patients recommandés vers le soignant qu'ils recherchent. Elle réclame 200 FG pour noter l'identité du malade et ses plaintes dans le carnet et 500 FG pour la vaccination des enfants<sup>8</sup> dont les parents n'ont pas respecté le calendrier vaccinal. Elle ne demande pas d'argent aux malades recommandés.

A 9 heures 07, le second agent vient occuper sa chaise tout en consommant un bol de *tô*. Trois filles de salle vêtues de blouses aux rayures bleues sont assises sur un banc parmi les patients. Elles interceptent certains malades et les conduisent directement dans le service qui les concerne moyennant 500 ou 1 000 FG et leur évitent ainsi l'attente au poste d'accueil. Elles guident aussi les personnes recommandées et aident leurs parents, amis ou voisins malades, à se faire soigner rapidement et à moindre coût. La seconde femme en poste à l'accueil intercepte aussi des patients tenant une ordonnance pour leur vendre des médicaments ou les orienter vers un détenteur qu'elle connaît. Six cas se sont produits entre 9 heures 07 et 9 heures 55.

---

8. Ces actes, d'après le règlement, sont gratuits.

A 10 heures 02, une fille de salle d'une cinquantaine d'années retire un sac du tiroir du bureau et étale des écharpes en soie rose sur la table. Trois filles de salle, deux sages-femmes et une stagiaire viennent observer les marchandises, discutent du prix jusqu'à dix heures dix minutes sans rien acheter.

A 10 heures et demi, l'affluence est importante, cinq garçonnets du primaire de neuf à quatorze ans, vêtus de leur tenue kaki, se présentent à l'accueil. Chacun tient un cahier de visite délivré par l'école. Les plus grands élèves engagent une discussion avec l'agent en poste qui leur demande d'acheter un carnet.

– Alsény : « Mais nous ne prenons pas de carnets d'habitude, c'est pourquoi on nous a donné le cahier de visite... ».

– L'agent : « Je n'ai pas de temps à perdre, si vous n'achetez pas de carnet, quittez devant moi ! ».

Les élèves sans argent sont repartis à l'école. Alsény et Thierno s'en vont acheter un petit carnet bleu au point de vente.

Pendant ce temps, les malades qui attendent manifestent une certaine impatience. A 10 heures 35, après avoir discuté avec les élèves, l'agent reçoit une parente malade et deux patients recommandés, elle remplit leur carnet et les accompagne. A son retour, à 10 heures 41, elle trouve à l'accueil un homme bien habillé tenant une mallette qui demande à voir une soignante de la maternité. Elle l'accompagne et revient huit minutes plus tard. Elle remplit les carnets de quatre nouveaux patients. Elle est interrompue par deux sages-femmes et une fille de salle qui sont venues parler avec elle du déroulement d'une cérémonie de mariage. Les patients qui ne veulent pas attendre se débrouillent en demandant l'aide des filles de salle qui moyennant 200, 500 ou 1000 FG, les guident dans les divers services. A 10 heures 54, l'agent fait écouler le peu de patients qui restent tout en bavardant avec des collègues.

A 11 heures 25, les deux élèves restant s'approchent de l'accueil. Thierno présente le carnet de santé.

– L'agent : « Où sont les 200 FG ? ».

– Thierno : « Je les ai utilisés pour acheter le carnet ».

– L'agent : « Ce n'est pas ça, je parle de ce que tu dois payer ici ».

– Thierno : « Je n'ai plus rien ».

– L'agent : « Alors si tu n'as rien, je ne peux rien faire pour toi. Nous, ce n'est pas l'école qui nous gère ».

Seul Alsény qui avait encore 200 FG est reçu à l'accueil.

Entre 11 heures et demi et 13 heures, sept hommes arrivent. Cinq accompagnent leur femme. Ils se sont arrêtés à mi-chemin dans le hall, ont remis l'argent à leur épouse. Deux malades sont entrés directement dans le bureau de la consultation sans s'adresser aux agents de l'accueil. Les patients se raréfient, remplacés par les soignants et les vendeurs. Les agents sont assis sur les bancs, les vendeuses, debout, vendent divers ali-

ments : arachides, patates cuites, bananes, *atiéké*, ignames, poissons frais, jus de gingembre. Certains soignants achètent et consomment des aliments, d'autres demandent à l'agent de l'accueil si tel ou tel patient ne les a pas réclamés.

A 13 heures 30, les agents de l'accueil sont partis, la remplaçante n'est pas arrivée. De 14 heures à 15 heures des patients viennent retirer leurs examens de laboratoire, d'autres discutent du prix des examens qu'ils projettent d'effectuer le lendemain.

A 15 heures 30, l'agent de l'accueil de l'après-midi arrive, dépose son sac et sort. Elle revient un quart d'heure plus tard. Elle reçoit quatre patients sans carnet, qu'elle oriente vers la salle de soins. Elle rentre à son domicile à 17 heures 20.

L'observation à l'accueil brosse d'emblée les grands traits de la situation au centre de santé. Les usagers du centre de santé sont essentiellement des femmes et des enfants. L'affluence est importante trois heures par jour entre 8 heures 30 et 11 heures 30. Les malades savent qu'en dehors de ces heures ils risquent de ne pas être pris en charge. Le jour de l'observation, une vacance de deux heures se produit entre le départ des agents du matin et l'arrivée de l'agent de l'après-midi. Le personnel est régulièrement en retard. Il suffit en fait qu'une catégorie de soignant soit en retard pour pénaliser les malades. Dans l'observation ci-dessus il s'agit du retard des agents qui vendent les carnets. Le personnel travaille peu. Ainsi l'agent de l'accueil de l'après-midi aura été présente moins de deux heures ; ses collègues du matin 5 heures 30. Pendant le temps de travail, les soignants discutent avec leurs collègues de problèmes extra professionnels, s'absentent pour régler leurs affaires personnelles ou pour accompagner les malades qui jouissent de faveurs sans se soucier des autres malades qui attendent. Les malades sont tolérants vis-à-vis du comportement du personnel d'accueil sauf à un moment donné où l'enquêteur note l'expression d'une impatience contenue.

Des actes normalement gratuits sont facturés, comme le remplissage des renseignements sur le carnet de santé, la vaccination, sauf pour les malades recommandés. Les élèves qui n'ont pas d'argent sont renvoyés sans pitié bien qu'ils viennent de la part de l'école.

Les filles de salle servent de médiatrices pour faciliter l'accès aux soins de leurs connaissances et des personnes plus fortunées qui peuvent les rémunérer pour le service rendu.

Il existe un double circuit. Les malades ordinaires passent par le service de l'accueil. Les malades qui connaissent des soignants ou qui ont de l'argent court-circuitent ce poste.

La vente parallèle de médicaments au profit des soignants est ouvertement pratiquée.

*L'observation à la consultation prénatale (CPN)*

A 7 heures 30, ce samedi 6 novembre 1999, une fille de salle lave la pièce au moyen d'une serpillière qu'elle trempe dans de l'eau sans détergent. De 7 heures 45 à 8 heures 15, quatre patientes jettent un coup d'œil dans la salle et s'en retournent. A 8 heures 31, deux sages-femmes arrivent dans la salle et enfilent leur blouse rose. Quatre patientes se précipitent dans la pièce et prennent place sur le banc. Un agent ramasse les carnets, l'autre note les consultations dans le registre, demande les plaintes, vérifie la tension, le poids, la taille et fait passer les femmes enceintes derrière le rideau où elle les consulte à tour de rôle. Après la consultation, les patientes sont orientées vers le point de vente. Les agents d'autres services viennent régulièrement peser leurs malades dans ce bureau.

A 9 heures, le personnel est au nombre de six personnes. Un agent ramasse les carnets dans lesquels on voit des billets de 500 FG<sup>9</sup> et les dépose sur la table. Un autre soignant enregistre les renseignements, deux consultent et deux autres circulent dans les autres services à la vaccination ou au laboratoire pour faciliter le circuit des patients qu'ils favorisent ou pour retirer les résultats des examens.

La demi-heure qui suit, cinq patientes demandent après « tantie B. » et trois autres après « tantie Y. ». Certaines transmettent des recommandations, écrites ou le plus souvent orales, de la personne qui les envoie. Quatre de ces cinq patientes n'ont pas payé les 500 FG. Elles ont attendu leur tour sur un banc tandis que celles qui sont recommandées, accompagnées d'un agent, sont examinées en priorité.

A 9 heures et demi, le personnel est composé de neuf agents (dont trois sages-femmes) avec l'arrivée de trois autres soignantes. La salle est comble. Certaines patientes sont assises, serrées sur le banc, la plupart sont debout. Des soignantes sont assises sur la paillasse. La salle est si pleine que les patientes situées à l'extrémité gauche de la salle voient les femmes que l'on examine nues derrière le rideau. On entend les instructions de la sage-femme : « Enlève le pagne... »... « Qu'est-ce que tu attends ? »... « Ecarte les jambes ».

Trois filles de salle pénètrent dans la salle à 10 heures 10. Une d'entre elles propose l'achat d'ensembles, jupe et veste, pour 60 000 FG, une autre réclame la tontine, la troisième informe qu'une patiente s'est fait voler son porte-monnaie dans le centre de santé. La plupart des soignantes du service continuent à discuter avec les filles de salle pendant une demi-heure. Durant cette période, la sage-femme qui assure l'intérim du chef de la CPN se consacre à trois activités : consulter trois patientes, se mêler de la discussion, chahuter les stagiaires au sujet de leurs relations amoureuses : « Quand est-ce que ton type là va t'épouser ? ». Et à une autre : « Une fille comme toi qui ne

---

9. La consultation prénatale, d'après la réglementation, est gratuite.

gagne pas l'argent des hommes ! C'est différent du temps où j'étais demoiselle ». Sa troisième activité est de sortir très régulièrement récupérer la recette du jus de gingembre que son fils de onze ans vend pour elle dans le hall.

A 11 heures, l'affluence est toujours grande : cinq patientes sont serrées sur le banc, six sont debout, deux sont en train d'être examinées, deux sages-femmes consultent, une autre ramasse et enregistre les carnets, soudain la voix d'une patiente s'élève : « Mais moi j'ai trop duré ici ! Pourquoi même celles qui m'ont trouvée ici sont examinées avant moi ? ». « Attends, tu passeras tout de suite » lui répond l'agent qui ramasse les carnets.

Les agents chahutent et plaisantent beaucoup avec les patientes. Entre 10 heures 40 et 11 heures 50, la responsable du jour reçoit la visite de deux mères venues la remercier du bon suivi de leur grossesse et l'informer du déroulement de leur baptême et du nom de leur enfant ; chacune de ces informations a été l'occasion de plaisanteries prolongées. La sage-femme joue sur la parenté à plaisanterie avec plusieurs autres femmes venues se soigner. Elle dit à une patiente : « Vous, les Camara, vous êtes trop peureux ! » Les rires fusent.

Mais il arrive aussi que le personnel crie et fasse honte aux patientes. A midi, une stagiaire apostrophe une femme enceinte : « Comment tu peux monter sur la bascule avec des chaussures ! Descends vite ! ». La même stagiaire interpelle une autre femme une heure plus tard : « De quoi tu souffres ? Je suis pressée. Parle vite. Comme vous ne vous fatiguez pas de faire des enfants ! ».

A 14 heures, les consultations continuent mais l'affluence diminue, une stagiaire conteste l'âge d'une patiente au moment du remplissage de son carnet. Une sage-femme renvoie une patiente dont elle ne comprend pas la langue en attendant l'agent susceptible de la comprendre. La sage-femme responsable conseille aux femmes enceintes de porter des habits amples. Des femmes recommandées viennent régulièrement demander après « tantie M. », « tantie Y. » ou « tantie B. » A 14 heures 30, les soignants sont plus nombreux que les femmes enceintes réduites à trois. Deux patientes qui ont fini d'être consultées plaisantent avec les agents, elles achètent du jus de gingembre qu'elles boivent avec le personnel. A 15 heures, il n'y a plus de femmes à consulter. Deux sages-femmes sont dans le bureau. L'une compte la recette de son jus de gingembre, l'autre ne fait rien. Des patientes, que la première avait recommandées dans d'autres services, viennent dire : « Merci, tout s'est bien passé » ou « Il m'a bien accueilli »... C'est à 15 heures 30 que la dernière sage-femme ferme le bureau et quitte les lieux.

L'entretien des locaux est insuffisant, il se fait à l'eau et sans détergent, par suite du manque de budget de fonctionnement. Le matériel fait défaut. Ainsi les malades des autres services viennent se faire peser à la consultation prénatale.

Le personnel est abondant mais peu productif. L'activité de soins n'occupe qu'une partie du temps des agents. La relation soignant-soignée s'inscrit dans tout un contexte de relations sociales entre collègues, entre les soignants et les usagers habituels, femmes enceintes, malades recommandés. Il existe différents types de recommandations : recommandation transmise par écrit ou oralement, présence d'un agent du centre de santé. Les observations à la consultation prénatale saisissent sur le vif la nature des relations qui lient les soignantes et les patientes. La connivence, les plaisanteries coexistent et alternent avec l'humiliation, le non respect de l'intimité. La langue parlée par le malade, lorsqu'elle n'est pas connue du soignant, empêche la communication.

### *L'observation à la consultation primaire curative (CPC)*

Au centre de santé de Gbessia existent trois consultations primaires curatives. Nous allons décrire l'une d'entre elles. Elle est fréquentée par les enfants et les adultes, hommes et femmes, pour toutes les maladies et, de plus, elle assure des consultations gynécologiques et traite les maladies sexuellement transmissibles.

Ce service comprend deux infirmières titulaires et deux infirmières stagiaires qui sont sous la direction d'un médecin. Le personnel est uniquement féminin.

Le mercredi 10 novembre 1999, le bureau est ouvert à 7 heures 49 par une fille de salle qui balaie la pièce mais les activités de consultation ne commencent qu'à 8 heures 30 avec l'arrivée du médecin. Une stagiaire collecte les carnets (dans chaque carnet 500 FG ont été placés<sup>10</sup>) et les dépose sur la table. Le médecin remplit les carnets et consulte derrière le rideau qui dissimule un lit. Une fille de salle, de 70 ans environ, assise sur la paillasse, récupère des tubes d'urine qu'elle range. L'affluence est grande dans ce service. Les deux bancs, au dehors, sont remplis, l'intérieur de la pièce aussi. Deux patientes sont assises sur des chaises. Une malade est dissimulée derrière le rideau. Quatre agents de santé et cinq patients sont debout.

A 8 h 45, la doctoresse achète du *tô* qu'elle consomme, petit à petit, chaque fois qu'elle a un moment de répit. Elle est très mobile et va de son bureau au lit caché derrière un rideau où elle effectue des consultations gynécologiques. Derrière un second rideau, deux autres infirmières consultent, sur un petit lit, les hommes et les enfants.

---

10. Officiellement le paiement se fait sur la base d'un forfait pour un épisode morbide qui inclut la consultation et le coût des médicaments. Le malade ne paye qu'une seule fois au point de vente des médicaments et n'a donc pas à payer lors de la consultation.

Dans la pièce, on peut entendre le contenu des conversations entre les soignants et les patients. Les activités sont intenses entre 9 heures et 11 heures 45. Pendant cette période tous les agents sont occupés ; le médecin consulte et remplit les carnets, deux infirmières consultent également. La fille de salle accompagne certaines patientes au point de vente et indique à d'autres le service de vaccination. Elle vérifie aussi à la maternité s'il n'y a pas de femmes venues pour accoucher. Le personnel continue de ramasser les carnets, de les remplir et d'assurer les consultations. Personne ne se réfère à l'ordinogramme. La gynécologue est souvent appelée à la maternité où elle suit aussi les femmes en travail et les accouchées. La fille de salle continue à recevoir des tubes d'urine qu'elle dépose au laboratoire. Le médecin donne régulièrement des explications aux patientes sur la posologie des médicaments. A d'autres, elle dit d'acheter des médicaments et de revenir pour qu'elle leur explique la posologie. Tous les patients sont des femmes à l'exception d'un petit garçon et de deux hommes adultes.

On constate une grande familiarité entre le médecin et les patientes. A midi, la doctoresse reçoit en cadeau trois pagnes wax d'une mère venue la remercier pour son assistance lors de sa grossesse qui lui dit : « Tantie B., voici ta part de ce que j'ai eu au moment du baptême de mon enfant que j'ai accouché ici avec toi. Tu m'as vraiment beaucoup aidée ». Le médecin prend les pagnes et déclare à l'observateur : « Vous voyez l'importance du bienfait ? Ce matin une première femme est venue me donner des pagnes indigo ». Elle sort les pagnes du tiroir de son bureau et les montre à l'enquêteur. Elle remercie la dernière venue en ces termes : « Toi aussi, je te remercie. Tu as été reconnaissante. Et le baptême, ça s'est bien passé ? ». La visiteuse répond affirmativement avant de quitter le service dix minutes plus tard.

A 12 heures 20, une autre mère, suivie de son époux, vient souffler le nom de son bébé, non baptisé encore, dans l'oreille du médecin afin que le dossier de l'enfant soit complété. Le médecin dit de nouveau à l'observateur : « Vous voyez la confiance qui existe entre mes patientes et moi ? La femme qui vient de sortir me souffle le nom de son enfant avant même le baptême ! ». Le médecin rit et plaisante souvent avec les patientes. Elle dit à l'une d'elles : « Tu es enceinte encore ? » Cette fois, c'est un garçon et il sera mon mari ! ». Et à une autre : « Viens ici, la peureuse ». Son intervention est suivie d'éclats de rires. Mais il arrive aussi qu'elle crie sur certaines personnes comme sur cette femme : « Mais tu as combien pour les médicaments ? Alors si tu ne peux pas dire ce que tu as, sors d'ici ». La patiente quitte le service très gênée. Certaines malades viennent de loin. D'après le médecin : « Ces femmes habitaient dans le quartier et elles l'ont quitté après leur mariage ». Elle ajoute : « Plusieurs de mes patientes me rendent visite à domicile et contribuent à toutes mes affaires sociales : baptême, mariage ».

Entre 8 heures et 13 heures 45, la fréquentation des hommes est très faible dans le service. Deux maris accompagnent leur épouse, quatre garçons de 5 à 17 ans viennent se soigner et un jeune de 25 ans rend visite au médecin. A 13 heures 50, quatre filles de salle s'entretiennent avec le médecin de sujets divers : baptême, tontine..., tout en consommant des sandwiches et du Fanta. Entre temps, des malades achètent des médicaments avec le médecin : deux patientes discutent pour obtenir un rabais du prix. Une a payé 4 000 FG, une autre 3 000 FG, deux ont versé chacune 6 000 FG et une dernière a promis de revenir le lendemain avec de l'argent.

Le médecin reçoit aussi des femmes qui viennent pour planifier leurs naissances. Entre 13 heures 30 et 14 heures, trois femmes sont venues pour ce motif : une habite le quartier, elle est âgée de 15 ans à peine, une autre, âgée de vingt ans, réside à Dar- Es- Salam, une dernière de 27 ans arrive de Guinée forestière. A 14 heures, une seule patiente attend et un quart d'heure plus tard, il n'y a plus personne. L'enquêteur interrompt alors les observations pour les reprendre trois-quarts d'heure plus tard. A son retour dans la salle, il surprend les quatre soignantes du service en train de compter de l'argent et remarque leur gêne. Des billets froissés sont posés sur la paillasse. Ce retour impromptu trouble les soignantes. Aussitôt l'argent est remis dans un sac sans que le comptage soit achevé. A 14 heures 50, le médecin reçoit une femme dont l'enfant est malade. Après consultation, la doctoresse déclare à la mère que son enfant ne souffre que de malnutrition, elle lui donne des conseils nutritionnels et l'oriente vers le service de la nutrition.

A 15 heures 10, le personnel s'apprête à partir. Chacune arrange son sac, enlève sa blouse. La fille de salle lave les gants et les doigts au robinet avec du savon et les sèche avec un morceau de tissu propre.

Le médecin par ses soins, son accueil, ses plaisanteries, ses recommandations auprès d'autres services comme la vaccination, s'attache une clientèle, d'où une fréquentation plus importante des patients dans cette consultation que dans les autres. Mais si les soignants travaillent davantage, ils y trouvent leur intérêt : tarification de la consultation, cadeaux des malades, vente parallèle de médicaments.

Il existe une pénurie de gants et de doigts et l'asepsie est insuffisante.

#### *L'observation au bureau du programme élargi de vaccination (PEV)*

Ce service s'occupe de la vaccination et est tenu par six agents de santé dont trois aides de santé, deux agents techniques de santé et un stagiaire (le seul homme du service).

Le mercredi 17 novembre, à 8 heures, une fille de salle ouvre le bureau qu'elle balaye pendant une dizaine de minutes. Elle met la cocotte sur un réchaud à gaz et stérilise les seringues. La fille de salle sort de la pièce trois-quarts d'heure plus tard avec l'arrivée de deux agents du service.

Une infirmière s'installe au bureau d'enregistrement et une autre à celui de la vaccination. Trois femmes entrent dans la salle à 9 heures 03. Toutes sont venues pour la vaccination de leur enfant. L'agent au premier bureau ramasse les carnets contenant 200 FG, enregistre, vérifie les rendez-vous et renvoie les mères au second bureau où les enfants sont vaccinés. La vaccination des trois enfants prend fin cinq minutes plus tard. Quatre autres mères leur succèdent. A 9 heures 11, une de ces mères est enregistrée au premier bureau. Elle pose 200 FG, passe au second bureau et fait vacciner son enfant deux minutes plus tard. Les trois autres femmes en font autant.

Les deux infirmières invitent les mères à déshabiller leurs enfants. Elles renvoient les mères qui se sont trompées sur les dates de rendez-vous, font tomber quelques gouttes d'effergan dans la bouche de certains enfants vaccinés. Mais à d'autres mères elles ordonnent l'achat de sirop de paracétamol pour administrer à leur enfant vacciné. Elles donnent aussi des conseils aux mères : « Ne lavez pas votre enfant aujourd'hui » et les informent des effets secondaires des vaccins : « Il se peut que votre enfant ait de la fièvre suite à la vaccination. Ne vous inquiétez pas. Ce sont des réactions normales ». Elles vérifient aussi le nombre de vaccins pris par chaque enfant.

A 9 heures 29, il n'y a plus de patientes dans la pièce. L'agent au bureau d'enregistrement sort pour revenir six minutes plus tard avec l'argent de la tontine à laquelle elle participe avec des soignants d'autres services. A 9 heures 38, une infirmière du service arrive et dit : « Ah ! Je suis en retard, hein ! Le problème de véhicule est difficile ». Elle enfle sa blouse et s'installe au bureau de vaccination. Celle qui y était rejoint celle de l'enregistrement. Cette dernière sort de la salle laissant sa collègue ranger les fiches de consultation dans les casiers. A ce moment, une femme de 55 ans demande à voir l'agent du bureau de vaccination. L'infirmière suit la femme au dehors et revient seule en disant : « Elle est venue pour demander de l'argent ; elle est si envieuse qu'elle ressemble à une sorcière ». La soignante qui rangeait les fiches au premier bureau ajoute : « C'est toujours comme ça ». Les deux collègues se mettent à rire.

A 9 heures 43, une femme enceinte accompagne une autre femme dans le même état qu'elle et annonce : « Je viens accompagner celle-ci pour qu'elle se fasse vacciner ». Un agent demande : « Où est le carnet ? ». L'accompagnatrice réplique : « Elle vient de la part de J.K. (le médecin de la CPC) ». L'infirmière répond : « Ah bon ! Donc installe-toi ». La femme s'assoit et est vaccinée sans carnet et sans argent. La patiente et son accompagnatrice repartent cinq minutes plus tard.

A 9 heures 50, le stagiaire du service vient informer ses collègues du décès de son neveu. Le personnel lui adresse ses condoléances et l'invite à ne pas travailler aujourd'hui. Entre temps, l'infirmière ramasse les carnets dans lesquels elle tire discrètement l'argent qui s'y trouve. Mais il arrive que certaines femmes donnent l'argent à part et le carnet à part. Ce qui, apparemment, gêne le personnel.

A 10 heures 05, un homme demande comment prendre un vaccin contre le tétanos. L'agent du bureau de vaccination lui donne des indications sur la périodicité des vaccins et l'invite à y joindre du bristopen. A 10 heures 07, une femme s'informe des tarifs de la vaccination. La soignante lui répond que tout dépend du nombre de vaccins. La femme s'en va aussitôt. A 10 heures 16, l'agent de l'enregistrement sort de la pièce pendant que les deux autres parlent de maison à louer. Il n'y a plus de patiente. A 10 heures 19, une femme de 60 ans entre dans la salle et prend place sans rien dire. Au même moment arrive un agent du cabinet dentaire qui demande à amener une de ses protégées pour la vaccination et s'en retourne.

Les soignants des autres services envoient souvent des patients à vacciner. Entre 10 heures et 11 heures, il y eut cinq cas de ce genre, un homme et quatre femmes qui n'avaient ni carnet, ni argent. Le personnel du service pose des questions sur le nom, le nombre d'enfants (vivants et décédés), le nombre de vaccinations antérieures.

Les trois infirmières du jour se sont regroupées à 11 heures et demi pour lever certaines confusions dans le remplissage des carnets. Elles se sont référées aux fiches de consultation dans lesquelles figure la situation de tous les enfants et femmes enceintes vaccinés dans le service. La vérification prend fin une demi-heure plus tard avec l'arrivée de quatre mères qui viennent faire vacciner leurs enfants. Chacune des mères dépose son carnet et de l'argent. Deux ont payé 200 FG, les autres 500 FG. Les enfants sont vaccinés entre 12 heures 03 et 12 heures 07. Une soignante accompagne les mères au service de la nutrition pour faire peser et mesurer les enfants.

A 12 heures 20, une femme vient se faire vacciner mais demande d'abord le prix. Un agent entraîne la femme au dehors où les deux femmes se mettent d'accord sur un certain montant. Dans l'ensemble les coûts de vaccinations varient : 200 FG pour les clients réguliers, 500 FG pour les clients irréguliers, 1000 FG pour quelques hommes inconnus du personnel.

A 12 heures 29, une infirmière déclare : « F. me dit que les médicaments que j'ai placés à son niveau n'ont pas été vendus mais elle ne fait que les utiliser. Elle ne fait que prendre les péni pour injecter avec. Maintenant, je ne dirai plus rien, quand les médicaments vont finir, elle me fera un compte-rendu de tous les médicaments ». L'agent du bureau

de vaccination demande : « Quels sont les médicaments qui te restent ? Quels sont d'ailleurs les médicaments que tu as ? ». Sa collègue répond : « J'en ai plusieurs hein ! J'avais dépensé 40 000 FG au marché pour acheter de la pénicilline, de la gentamicine, de la navidoxine supposée et du sérum glucosé. Plusieurs des nôtres en ont pris avec moi. Mais d'autres aussi se sont fâchés contre moi pour ne pas les avoir informés que je possédais des médicaments. Mais il n'y a pas que moi qui en détiens ; d'autres aussi en ont acheté : F., Dr Y., Mme S., tous en ont ... ».

La causerie est interrompue à 12 heures 49 avec l'arrivée de six femmes dont cinq pour la vaccination de leur nourrisson et une femme enceinte venue pour la CPN. L'infirmière de l'enregistrement dit à une des patientes : « Tu as blanchi hein ! Il faut bien manger et prendre aussi des vitamines ». Les enfants sont vaccinés à tour de rôle. La soignante du bureau des carnets commence la consultation de la femme enceinte à 12 heures 54 sur la table de consultation et lui demande : « Tu as combien pour les médicaments ? ». La femme enceinte répond : « 7 500 FG ». L'infirmière prend l'argent, sort de la salle à 12 h 59 pour revenir trois minutes plus tard avec des médicaments dont deux ampoules de Paluject<sup>11</sup>.

La soignante de la vaccination recommande à une patiente de respecter le prochain rendez-vous. Celle préposée aux carnets enchaîne à l'attention de l'enquêteur : « Nous avons assez de difficultés avec les femmes. Elles ne respectent pas les rendez-vous. Nous avons plusieurs fiches dont les dates de rendez-vous sont expirées pour des femmes qui sont à deux cents mètres d'ici mais qui ne viennent pas. Les plus éloignées, celles de Dar es Salam, sont plus régulières. Celles qui ne viennent pas, nous les recherchons à travers les recherches actives. Mais elles nous demandent si nous n'avons rien d'autre à faire que de les rechercher. Elles nous disent de les attendre au centre. C'est quand elles viennent d'accoucher qu'elles sont sérieuses car elles sont contentes à ce moment. Mais quand l'enfant a deux ou trois mois, elles ne viennent plus. Certaines confient leurs enfants à d'autres femmes qui les amènent... ».

A 13 heures et quart, la femme enceinte est toujours couchée sur la table de consultation. L'infirmière lui fait une injection de Paluject en intraveineuse. Elle lui recommande de continuer à se reposer. A 13 heures 22, la malade se lève et dit : « Je viens demain avec les 3 000 FG ». C'est à ce moment que le bureau est fermé. Les agents remarquent que les patientes ne viennent pas nombreuses à partir du quinze du mois.

Nous voyons à travers les propos d'une infirmière comment s'organise le commerce parallèle de médicaments. Une soignante du service consul-

---

11. Le paluject ne fait pas partie des médicaments essentiels disponibles au point de vente.

te une femme enceinte alors que ce n'est pas son travail. Le bénéfice de toutes ces activités parallèles de soins et de vente de médicaments échappe au centre de santé.

### *L'observation de jour à la maternité*

La maternité comprend la salle d'accouchement, la salle de travail, la salle des accouchées et le bureau qui sert aussi de poste de garde. La salle d'accouchement est dans le prolongement de la salle de travail. Il faut passer par la salle de travail pour y accéder.

La salle de travail est une pièce de huit mètres sur cinq éclairée par des fenêtres. Il fait un peu chaud à l'intérieur. L'unique ventilateur au plafond<sup>12</sup> ne tourne pas. Ce mercredi 24 novembre 1999, la pièce dégage une odeur nauséabonde. Les accompagnatrices sortent régulièrement pour cracher au dehors. L'enquêteur précise que dans cette pièce se trouvent cinq lits et un lavabo dont l'intérieur est sale et dégage aussi une odeur. Les gens crachent sans cesse par la fenêtre. L'odeur de ces crachats fait qu'on ne peut pas approcher le nez des vitres.

Le personnel est commun à la maternité, à la consultation prénatale, à la consultation primaire curative (A) et au planning familial. Deux sages-femmes sont affectées au planning familial et trois sages-femmes à la consultation prénatale. Pendant la journée, deux soignants sont de garde à la maternité mais n'y restent pas en permanence, les autres vaquent dans les services cités. Quand une parturiente arrive au centre de santé, de la part d'une soignante avec laquelle elle a tissé une relation pendant la grossesse au cours des séances de CPN, elle est conduite à la maternité sous la responsabilité de la soignante en question encadrée par les deux agents du jour. Les filles de salle assurent l'entretien des lieux et elles officient en qualité de matrones pendant les accouchements.

La salle dite des accouchées est également spacieuse (huit mètres sur cinq environ) mais elle est plus aérée et plus propre. Elle contient cinq bons lits métalliques dont quatre ont des matelas neufs et bien entretenus. Un des lits n'a pas de matelas. A l'entrée de la pièce, à gauche, se trouve un robinet. Cette salle ne sert qu'à recevoir des malades soumis à des soins intensifs ou mis en observation. C'est dire qu'il n'y a pas de salle des accouchées en réalité (du moins pendant le jour). Les accouchées et les parturientes sont toutes dans la même salle de travail toujours fermée.

---

12. Il y a trois ventilateurs pour les salles de la maternité qui sont tous en mauvais état. Il n'existe que deux climatiseurs pour tout le dispensaire dont un, en mauvais état, au point de vente. Le seul climatiseur en bon état de toute la structure sanitaire est situé dans le bureau de la chef du centre de santé.

Pour une parturiente et deux accompagnatrices que nous avons rencontrées : « Cela est une stratégie que les agents de santé initient afin que les accouchées payent les frais avant de sortir. La salle de travail est donc plus sûre que la salle des accouchées qui se trouve le long du couloir ».

Le bureau ou salle de garde est séparé de la salle de travail par un petit couloir qui sert d'antichambre aux deux pièces. C'est une pièce de quatre mètres sur quatre qui n'a ni chaise, ni table mais un lit. Un petit buffet est placé à côté de la fenêtre. Le dessus de ce buffet sert de table à la sage-femme pour écrire. « Si ta femme accouche, c'est ici que tu payeras l'argent » dit Mohamed S., venu en consultation au centre de santé, pour désigner le bureau des sages-femmes.

A 7 heures et demi, une parturiente pénètre dans la salle de travail suivie d'une stagiaire. Dans la salle de garde, une autre stagiaire est à côté d'une femme enceinte venue pour une consultation prénatale dans le bureau de la maternité et non à la CPN. Dans la salle dite des accouchées, un soignant et le gardien<sup>13</sup> tentent de placer une perfusion à une fillette d'un an et demi. Aucun des deux agents ne porte une blouse. La mère de l'enfant est assise au chevet du lit. Un sérum de lactate Ringer est suspendu au trépied du lit. La petite malade est visiblement fatiguée, très maigre, la peau froissée ; sa tête est grosse et son ventre un peu ballonné.

A 7 heures 50, la stagiaire quitte le bureau et laisse la femme enceinte dormir jusqu'à 8 heures 20, heure à laquelle la patiente rentre chez elle. La parturiente se trouve seule dans la salle de travail. Elle est couchée sur le côté, torse nu. La stagiaire qui était près d'elle vient également de sortir. La porte est rabattue.

A 8 heures 25, dans la salle dite des accouchées, le gardien et l'agent continuent toujours à rechercher la veine de la fillette pour la perfusion. L'agent s'y essaie sans y parvenir. Il passe l'aiguille au gardien qui ne réussit pas non plus. Trois minutes plus tard, l'agent reprend de nouveau l'aiguille sans succès. A 8 heures 40, les deux soignants sortent de la salle. A 8 heures 42, une sage-femme et une fille de salle reviennent dans la salle de travail. La parturiente est toujours couchée. Aucune parole n'est échangée. La tension n'est pas prise, il n'y a pas de partogramme. A 8 heures 56, une autre sage-femme et une stagiaire viennent se joindre aux deux premières. Du banc de la véranda, par la porte ouverte, on peut voir la parturiente torse nu. A 9 heures 03, une femme entre dans la salle de travail, elle tient une boîte de coca-cola et un sandwich ; elle les offre à la parturiente qui les refuse. Elle sort au dehors où elle consomme le sandwich et la boisson à côté du mari de la parturiente. Au même

---

13. Le gardien a reçu en Sierra Leone une formation en santé durant deux années, il n'a pas obtenu le diplôme de fin d'études.

moment, une autre stagiaire se présente à la porte de la salle de travail avec un homme d'environ 36 ans à qui elle dit : « Attends-moi ici ». Le gardien aussi arrive avec un homme de 28 ans qu'il invite à attendre à la porte. Le gardien entre dans la salle de travail d'où il ressort à 9 heures 10 pour repartir avec l'homme qui l'attendait. A 9 heures 21, les quatre agents quittent la maternité pour se diriger vers les autres services.

Entre 9 heures 22 et 9 heures 49, il n'y a aucun soignant présent, la parturiente est de nouveau seule, toujours couchée, elle respire fort. Le bureau est vide. Les deux accompagnateurs de la parturiente sont au dehors.

A 9 heures 50, dans la salle dite des accouchées, la fillette malade et sa mère somnolent serrées l'une contre l'autre. Le gardien revient, tente de nouveau le placement de la perfusion et réussit au bout de quatre minutes. Entre temps, l'enfant qui somnolait pousse un petit cri et se rendort quand le gardien finit de placer l'aiguille de la perfusion. Le gardien se tient debout à côté du lit. La mère se réveille et se met à raconter : « J'ai commencé par chez docteur S. C'est de là que la chef du centre nous a dit de venir ici depuis hier afin que l'enfant soit suivi sous sa responsabilité ».

A 10 heures 10, un homme d'une soixantaine d'années et une femme de 50 ans environ amènent une malade âgée de 40 ans dans la salle dite des accouchées. Ces trois personnes sont accompagnées par un soignant de la consultation curative. L'agent tient une bouteille de sérum glucosé et un appareil pour la perfusion. La patiente, d'après l'infirmier, souffre de paludisme. A 10 heures 11, les accompagnateurs font coucher la malade sur un lit. Le soignant suspend une bouteille de sérum glucosé au trépiéd et le gardien introduit l'aiguille dans la veine de la patiente et déroule la gaine pour le passage du sérum. A 10 heures 29, la chef du centre vient demander si l'enfant malade dort, sa mère répond : « Oui, elle dort ». La chef du centre repart aussitôt. A 10 heures 30, le gardien et les autres agents sortent de la salle. Le gardien revient dix minutes plus tard avec une ampoule de quinimax et une ampoule de becozyme. Au moyen d'une seringue, il ajoute le quinimax au sérum de la femme et le becozyme à celui de la fillette.

A ce moment, une autre femme enceinte arrive dans le couloir qui mène à la salle de travail. Elle est précédée par la stagiaire de garde. La femme enceinte marche rapidement, torse nu. A 10 heures 33, elle entre dans la salle de travail. Sa mère qui l'accompagne pénètre aussi dans la salle de travail. A 10 heures 37, la stagiaire dit à la première parturiente : « Madame, lève-toi maintenant. Marche un peu dans la chambre et dans l'antichambre ». La femme s'exécute. A 10 heures 48, la première parturiente est appelée dans la salle d'accouchement. Elle entre aussitôt et la porte est fermée. De la salle de travail, on entend un agent dire :

« Efforce-toi ! Monte de toi-même ! Voilà ! ». A 10 heures 52, une autre voix se fait entendre : « Efforce-toi ! Pousse ! Pousse ! ». Un grand cri de douleur retentit à deux reprises.

Le calme revient. A 11 heures 09, une fille de salle ouvre la porte et appelle l'accompagnatrice qui se précipite avec un seau contenant des habits et un savon. La fille de salle demande à l'accompagnatrice : « Mais tu es venue avec les frais d'accouchement ? ». Elle répond : « Non, mais son mari est là ». La fille de salle ajoute : « Va donc lui dire de donner 15 000 FG<sup>14</sup> ». L'accompagnante va consulter le mari et revient avec les 15 000 FG qu'elle remet à la fille de salle. A 11 heures 14, les deux femmes retournent dans la salle d'accouchement et referment la porte. A 11 heures et demi, l'accouchée et la nouveau-née sont installées sur un lit de la salle de travail. La seconde parturiente fait à son tour des va et vient. Elle marche dans la salle de travail et dans l'antichambre en grinçant des dents.

A 11 heures 39, tous les agents sortent de nouveau pour se rendre dans les autres services. Dans la salle de travail, il n'y a que la parturiente qui continue à marcher. L'accouchée et son enfant sont couchés sur le même lit. Il n'y a pas de berceau alors que des berceaux neufs sont entreposés dans le magasin. A 11 heures 54, la sage-femme de garde revient avec une femme enceinte qu'elle consulte sur le lit de son bureau. Elle prend sa tension et lui dit : « Allons en bas, tu vas te peser ». Les deux femmes ressortent cinq minutes plus tard.

A 12 heures 08, la sage-femme réapparaît dans son bureau avec une nourrice dont elle consulte l'enfant sur le lit. Elle touche la poitrine et les côtes de l'enfant, regarde sa langue et lui prescrit une ordonnance quatre minutes plus tard. La sage-femme repart encore dans les autres services. Dans la salle de travail, la parturiente a arrêté sa marche. Elle est couchée et s'agite sous l'effet des contractions. A 12 heures 13, les deux patientes de la salle dite des accouchées continuent à prendre leur sérum. La femme qui souffre de paludisme somnole. Son accompagnatrice dort. La fillette et sa mère dorment aussi. Il n'y a aucun soignant.

A 12 heures et quart, la stagiaire de garde revient dans la salle dite des accouchées, constate que tout le monde dort et se dirige vers la salle de travail. La stagiaire annonce à l'accompagnatrice de l'accouchée : « Je crois que vous pouvez sortir maintenant hein ! ». L'accouchée se lève tandis que l'accompagnatrice prend le bébé et le seau<sup>15</sup>. Les deux femmes franchissent la salle et atteignent le couloir à 12 heures 20. L'accompagnatrice demande au mari qui attendait : « Viens tenir ta femme ! Viens la tenir ! J'ai l'enfant et le seau ». A 12 heures 23, ils sortent de la maternité.

14. Le tarif officiel est 3 000 FG.

15. Les futures accouchées apportent un seau où seront placé le placenta (qui est emporté par la famille) et les pagnes souillés.

A 12 heures 29, la sage-femme de garde change de tenue et quitte aussitôt le service pour son domicile. A 12 heures 37, la stagiaire appelle la parturiente dans la salle d'accouchement. La parturiente entre dans la salle, sa mère revient à la véranda. La stagiaire demande à la fille de salle d'installer la parturiente et de lui faire une injection. La fille de salle s'exécute et la stagiaire referme la porte aussitôt. A 12 heures 59, la fille de salle ouvre la porte et demande à la mère de venir. Elle lui déclare : « Donne-moi les habits et le savon et prépare 15 000 FG. Ta fille a accouché d'une jolie fille ». La fille de salle reçoit le seau contenant les habits et un morceau de savon. Elle referme la porte. La mère de l'accouchée revient à la véranda et trouve que son gendre est arrivé. Elle lui annonce : « Ta femme a accouché d'une fille, on dit de payer 15 000 FG ». Le mari déclare : « Donc je vais partir et je reviens ». Sa belle-mère ajoute : « Ne dure pas ». Le mari s'en va à 13 heures 09.

A 13 heures 19, l'accouchée est installée sur un lit de la salle de travail. Son enfant est placé à côté d'elle. Cinq minutes après la grand-mère vient prendre le nourrisson. La stagiaire et la fille de salle sortent du service à 13 heures 27.

Dans la salle dite des accouchées, la femme et la fillette malades continuent toujours à prendre le sérum. La fillette dort, sa mère, la femme malade et son accompagnatrice viennent de se réveiller. Il n'y a toujours aucun soignant. La mère de la fillette surveille l'aiguille de la perfusion. A 13 heures 40, la stagiaire, suivie de la fille de salle, demande à l'accompagnatrice si son gendre n'est pas de retour. Cinq minutes plus tard ce dernier arrive, très pressé. La stagiaire lui dit : « C'est ce que tu as dit, que tu ne dures pas ? ». Le mari ne répond pas et tend trois billets de 5 000 FG à la stagiaire qui prend l'argent.

A 13 heures 59, la stagiaire remplit le carnet du nourrisson, le remet au père et lui dit : « Vous pouvez rentrer ; comme les gens de la vaccination sont déjà partis, vous viendrez demain pour vacciner l'enfant ». Le mari prend le seau, la grand-mère prend l'enfant et ils s'en vont avec l'accouchée<sup>16</sup> à 14 heures 06.

A 14 heures 12, la stagiaire change de tenue et rentre à domicile. A 14 heures 30, sa remplaçante enfle sa blouse et ressort aussitôt.

Le sérum de la femme vient de finir alors qu'aucun agent n'est présent. Son accompagnatrice va appeler un stagiaire qui arrive à 14 heures 40 pendant que le point de pénétration de l'aiguille commence à enfler. Il tire l'aiguille, place un coton au point d'impact et dit à la femme : « Plie le bras et repose-toi d'abord avant de rentrer ». Le stagiaire demande : « Et l'enfant, qui la suit ? ». La mère répond : « C'est I. (le gardien) ». A

---

16. Dans ce cas, comme dans le précédent, l'accouchée n'a pas pu se laver.

14 heures 47, le stagiaire sort de la pièce. Deux minutes plus tard, la malade et son accompagnatrice s'en vont aussi.

Une jeune fille de dix-neuf ans pénètre dans la salle dite des accouchées. Elle est la tante maternelle de la fillette. La nouvelle venue regarde l'enfant et s'assoit sur le lit le plus proche. Les deux femmes se mettent à parler de la maladie de la fillette puis du mariage de la jeune fille.

A 14 heures 53, le sérum de l'enfant est fini. La visiteuse va chercher l'agent des soins qui arrive à 14 heures 58. Il tire l'aiguille, met un-coton et invite la mère à tenir le coton et à plier le bras de l'enfant. L'infirmier retourne à son service sept minutes plus tard. A 15 heures 10, la mère met son enfant au dos et s'en va, suivie de sa jeune sœur. La remplaçante de la première stagiaire qui est sortie depuis 14 heures 30 ne revient qu'à 15 heures 45. Elle prend place au bureau. De 15 heures 45 à 18 heures, elle ne reçoit aucune patiente et l'essentiel de ses activités a consisté à faire des va-et-vient entre le bureau, la salle d'accouchement et la salle des soins au rez-de-chaussée.

Les femmes en travail et les accouchées sont regroupées dans une seule salle. La prise en charge des malades, des parturientes, des accouchées est très déficiente. Le partogramme n'est pas rempli, la tension n'est pas prise, la perfusion n'est pas enlevée à temps. Le fait que le personnel ne soit pas spécifiquement affecté à la maternité ne facilite pas la prise en charge des femmes. Cette situation est aggravée par la disposition spatiale des services puisque l'ensemble des services est situé au rez-de-chaussée alors que la maternité se trouve à l'étage.

Le personnel effectue des actes pour lesquels sa compétence n'est pas officiellement reconnue. Il existe « une déresponsabilisation » des soignants. Les parturientes sans relations sont négligées. Elles sont laissées entre les mains des filles de salle et des stagiaires qui s'absentent pour aller dans les autres services. La sage-femme de garde fait des consultations CPN dans son bureau et consulte un nourrisson alors qu'il existe d'autres services pour cela et par contre elle rentre chez elle en laissant une femme sur le point d'accoucher entre les mains de la stagiaire. Après l'accouchement et le paiement surfacturé les femmes sont rapidement renvoyées. Lors des observations, les femmes ayant accouché sont restées moins de deux heures après l'accouchement en observation, ce qui peut entraîner des complications que dénonce le président du comité de gestion.

« Le lundi passé là, ma fille a accouché au CS et j'étais trop fâché parce qu'elle a été abandonnée, disons. Elle a accouché à onze heures moins et on l'a libérée avant midi. Quand la sage-femme a fini de récupérer les 13 500 FG qu'on lui avait dit de payer, elle l'a laissée avec une matrone. Cette dernière a dit qu'elle va à un baptême et a libéré l'accou-

chée à midi moins. A domicile elle a commencé à saigner à flot, finalement elle a piqué une crise. Difficilement on l'a récupérée. Je suis allé crier là-bas en disant qu'on doit garder les accouchées au moins jusqu'à 18 heures. Quand les sages-femmes finissent de percevoir l'argent, elles abandonnent les accouchées avec les matrones pour descendre à la CPN. Les matrones aussi les abandonnent pour descendre se débrouiller à intercepter les malades »...

### *L'observation de nuit à la maternité*

A 20 heures, le samedi 18 novembre 1999, la sage-femme principale est couchée sur le petit lit dans la salle de garde. Deux filles de salle sont allongées sur une natte. L'une, âgée de 55 ans, est affectée le jour à la consultation prénatale et l'autre, âgée de 46 ans, relève du planning familial. Une mère est assise dans un fauteuil avec son nourrisson. Pendant ce temps, dans la salle de travail, une femme enceinte, torse nu, est étalée sur un lit. Son accompagnatrice, une femme de 30 ans, est assise près d'elle. Un stagiaire dort sur un lit. A 20 heures 13, le stagiaire prend un seau d'eau et sort de la maternité. A 20 heures 21, l'accompagnatrice fait ses prières sur la véranda et retourne dans la salle de travail six minutes plus tard. A 20 heures 40, le stagiaire revient et s'assoit sur un des bancs de la véranda. A 21 heures 02, un autre stagiaire arrive pour, dit-il, veiller à côté du stagiaire qui est de garde. Ce dernier stagiaire est du PEV (programme élargi de vaccination) et ne porte pas de blouse. Il s'isole sur un des bancs de la véranda et commence à dormir à partir de 21 heures 10.

A 21 heures 22, un homme d'environ 57 ans salue le stagiaire de garde : « Bonsoir ». Le stagiaire répond : « Bonsoir ». L'homme poursuit : « Je viens pour prendre une injection ». Le stagiaire réclame l'injection et l'ordonnance. L'homme explique : « Je n'ai pas d'ordonnance. D'habitude, c'est O. (l'agent des soins ) qui me fait mes injections. Mais il est rentré. Je suis habitué à prendre ce médicament. Je n'ai plus besoin d'ordonnance pour le prendre. Je le connais trop ». L'homme tend une ampoule de gentamicine injectable. Le stagiaire prend l'ampoule et invite l'homme à le suivre dans la salle d'accouchement. Il fait son injection sur une des chaises de la salle d'accouchement. L'homme part à 21 heures 26.

La sage-femme et les deux filles de salle dorment toujours dans la salle de garde. C'est le mois de carême et elles ont déclaré que la coupure du jeûne les fatigue. A 21 heures 30, la parturiente et son accompagnatrice demandent au stagiaire de leur laisser éteindre l'ampoule de la salle de travail car elles ont envie de dormir. Le stagiaire répond : « Mais cette salle est un passage qui mène à la salle d'accouchement. On ne peut pas éteindre les ampoules ici ».

La femme enceinte explique à l'enquêteur : « Je suis venue de Bambeto depuis 10 heures du matin. Dès que je suis arrivée, on m'a dit de rester, que je vais accoucher sous peu de temps. Je suis partie à la maison pour informer mon mari et je suis revenue avec une accompagnante. Je suis au neuvième mois mais je sais que le jour de l'accouchement n'est pas arrivé encore. Depuis le matin je suis là, je ne sens aucun signe et je n'ai aucune douleur ».

A 21 heures 36, la femme enceinte sort et se dirige vers les toilettes d'où elle revient quatre minutes plus tard et se couche. Le stagiaire est allongé sur un lit, l'accompagnatrice sur un autre, tout est calme. A 21 heures 48, la femme enceinte se lève et se dirige de nouveau vers les toilettes. A 22 heures 55, elle sort des toilettes et revient dans la salle de travail.

La sage-femme maîtresse appelle le stagiaire : « Bon ! Viens ici. Moi, j'ai envie de me coucher maintenant ». Le stagiaire part aussitôt vers elle et revient à 23 heures 45 avec une gourde contenant du jus de gingembre et un panier de riz. La sage-femme éteint la lumière de la salle de garde, réveille les deux filles de salle qui partent installer leur natte dans la salle de travail. La sage-femme referme la porte de la salle de garde.

A minuit, l'une des filles de salle éteint les ampoules de la salle de travail, referme la porte et toutes les deux se couchent. A minuit 10 minutes, le stagiaire de garde fait sortir une natte sur la véranda. Il l'étale et s'allonge. Dix minutes plus tard, le gardien arrive, habillé d'une blouse blanche et d'une large culotte. Il tient un poste radio. Le gardien se couche à côté du stagiaire sur la natte. Les deux hommes se mettent à converser. Le gardien parle d'un village de Sierra Leone et de la guerre qui sévit dans ce pays. Le stagiaire évoque la vie difficile des stagiaires et le fait que la récente grève n'aura aucun effet positif sur leurs conditions de travail.

A minuit 59 minutes, une autre femme enceinte arrive suivie de son mari. Les deux arrivants saluent et la femme dit au stagiaire : « Je viens me faire consulter parce que j'ai mal au dos. Du dos, les douleurs s'irradient vers les hanches avec assez de violence ». Le stagiaire réveille les deux filles de salle et réclame le carnet de la femme. A part le remplissage du mois d'octobre, rien d'autre ne figure dans le carnet. La patiente affirme être au huitième mois de grossesse mais rien ne permet de savoir les consultations prénatales suivies. Le stagiaire lui fait remarquer : « Il n'y a rien dans ce carnet. On ne peut pas savoir ce que tu as fait et ce que tu n'as pas fait. Où tu as eu ce carnet ? ». La femme répond : « Je l'ai acheté avec tantie K. , une de nos voisines de Dar es Salam. Elle est sage-femme à Donka. C'est elle qui me suit à domicile depuis le début de ma grossesse, si je suis venue ici, c'est parce qu'elle a voyagé ». Le stagiaire lui demande : « Est-ce que tu es vaccinée ? ». La patiente répond : « Oui, elle m'a vaccinée chez elle ». Le stagiaire demande le nom de la malade qui répond : « Je m'appelle Fanta ».

A 1 heure 08, une des filles de salle décide : « Comme elle a mal au dos et aux hanches, cessez de discuter maintenant, on va l'examiner ». Elle invite la patiente à entrer dans la salle d'accouchement. Fanta suit les deux filles de salle dans la salle d'accouchement. Le stagiaire reste au dehors. A 1 heure 12, les deux filles de salle ordonnent à Fanta de se déshabiller. La patiente s'exécute et les deux filles de salle se contentent de l'observer parce qu'elles ne savent manipuler aucun appareil. Le stagiaire, en tant qu'homme, n'a pas le droit de participer à de telles consultations dans la salle d'accouchement. Donc les deux filles de salle n'ont fait que toucher le ventre et vérifier la hauteur utérine. A 1 heure 17, elles invitent Fanta à s'habiller et appellent le stagiaire pour lui dire : « Tu vois si tu peux lui faire une injection. Elle a toujours mal au dos ». A 1 heure 19, le stagiaire appelle le mari de Fanta et lui déclare : « Tu dois payer 5 000 FG dont 2 000 FG pour la consultation et 3 000 FG pour que je lui fasse une injection de novalgine. Ceci va calmer les douleurs ». Le mari répond : « J'ai déjà payé 3 000 FG pour le taxi. Je ne peux payer que les 2 000 FG pour la consultation ». Le stagiaire dit : « Dans ces conditions, elle n'aura pas d'injection ». Le mari ajoute : « Non, elle ne peut pas en avoir parce que je n'ai plus d'argent ». Le mari paie les 2 000 FG pour la consultation et dit à sa femme : « Retournons - nous à la maison jusqu'au retour de tantie K. ». A 1 heure 23, le couple quitte le service, les deux filles de salle se recouchent et le stagiaire se retire sur un des bancs de la véranda.

A 1 heure 26, le gardien descend les escaliers et va vers le point de vente. Il prépare des sachets de comprimés pour le lundi suivant. Une voiture blanche est stationnée en face du point de vente. Un jeune d'une vingtaine d'années dort dans la voiture. La portière gauche arrière est ouverte et laisse voir les jambes du jeune homme à l'extérieur du véhicule. Ce jeune serait le frère du gardien qui l'a autorisé à venir passer la nuit dans la cour. De 1 heure 30 à 2 heures, tous les agents de la maternité dorment. Le gardien fait des va-et-vient dans la cour depuis 1 heure 54. Il traverse souvent la cour, du portail à l'annexe.

A 2 heures 07, une voiture Toyota Tercel se gare dans la cour. Une femme enceinte, Mariama, sort, soutenue par deux hommes. A 2 heures 11, le gardien et la sage-femme sortent dans le couloir pour observer l'arrivée de ces trois personnes. Mariama marche très lentement avec des signes visibles de douleur. Les deux hommes l'encouragent. L'un lui dit : « C'est bon pour toi ». A 2 heures 12, ils arrivent devant la salle de travail. La sage-femme dit à Mariama d'entrer et aux deux hommes d'attendre. La sage-femme tient la parturiente par le bras et une fille de salle la supporte de l'autre côté. Elles traversent la salle de travail pour entrer dans la salle d'accouchement. La fille de salle se retourne pour fermer la porte. Le gardien descend les escaliers et se dirige vers le point de vente. Les deux accompagnateurs conversent :

– Le premier : « Comment tu peux amener ta femme jusqu'ici ! Tu imagines de M. T. à Gbessia ! »

– Le mari : « Ma femme a grandi dans ce quartier. C'est dans le centre de santé qu'elle a fait ses huit enfants. C'est ici qu'elle a été suivie en CPN ».

A 2 heures 41, la sage-femme ouvre la porte et sort de la salle. Cette dernière est aussitôt suivie par une fille de salle qui l'interroge : « Mais comment on va faire ? ». La sage-femme répond : « Mais elle est à terme, parce qu'elle est à cinq centimètres. Mais comme l'enfant n'est pas bien présenté, nous serons obligées de la référer sur Donka<sup>17</sup> ». Les soignantes se dirigent vers les accompagnateurs qui se lèvent aussitôt.

– La sage-femme demande : « Qui est le mari de cette femme ? ».

– Le mari : « C'est moi. Il y a quoi ? ».

– La sage-femme : « Rien, mais votre épouse doit être évacuée sur Donka. L'enfant n'est pas bien positionné. Ne retardez donc pas ».

A 2 heures 44, les deux soignantes se retournent dans la salle d'accouchement et reviennent deux minutes plus tard soutenant Mariama qui s'appuie sur leurs épaules. Les deux hommes vont à leur rencontre et prennent la relève pour soutenir la parturiente. Le groupe poursuit très lentement la traversée du couloir et la descente des escaliers. Mariama et son mari montent à l'arrière de la voiture. L'autre homme prend le volant. Le véhicule franchit le portail à toute vitesse. Il est 2 heures 51. Le trajet s'effectua en vingt minutes dans un silence total.

A 3 heures 25, Mariama, après avoir reçu une injection, accouche sans problème. Le prix demandé par la matrone est de 40 000 FG. Après négociation, le mari réussit à diminuer le prix à 30 000 FG.

La nuit, le devant de la scène est occupé par les filles de salle, les stagiaires, le gardien. Le stagiaire de garde, pour des raisons culturelles, n'est pas autorisé à consulter les femmes enceintes. La consultation est assurée par les filles de salle qui ne semblent pas avoir la compétence requise, mais elles ne réveillent pas la sage-femme et s'octroient la légitimité de consulter la malade. De connivence avec le stagiaire, elles facturent abusivement leur superficielle consultation et proposent un médicament que la malade ne peut payer.

Les soignants exercent d'autres actes que ceux de leur fonction. Le stagiaire de garde ne consulte pas la femme enceinte venue en urgence mais fait une injection à la place de l'infirmier du service des soins, et sans ordonnance, dans la salle d'accouchement. Les filles de salle consultent les malades. Le gardien prépare les sachets de médicaments à la place du pharmacien.

---

17. Donka est le CHU le plus proche de Gbessia.

Le confort des soignants prime celui des malades. Le stagiaire refuse d'éteindre la lumière de la salle de travail à la demande de la parturiente. Cette lumière est éteinte par les filles de salle lorsqu'elles décident de dormir.

### *L'observation au point de vente des médicaments*

Ce service s'occupe de la vente des médicaments, des carnets et des contraceptifs (ovules, pilules, D.I.U., dispositif intra-utérin). Il est divisé en deux bureaux. A un des bureaux, par une petite fenêtre, sont vendus les médicaments, les patients restant dehors. A partir de l'autre bureau, par une seconde petite fenêtre, sont délivrés, contre paiement, les carnets de santé neufs.

A 8 heures 30, ce samedi 13 novembre 1999, une matrone ouvre le bureau et se met à balayer. A 8 heures 33, un agent du service, M., préparateur en pharmacie, arrive, salue la matrone, ôte sa veste qu'il suspend au porte-manteau. A 8 heures 37, cet agent sort du bureau pour ne revenir que dix minutes plus tard. A 9 heures, il ramasse les carnets des neuf patients qui attendent dans le hall assis sur le banc, il retourne dans la pièce et s'installe à un des bureaux. Il ouvre la petite fenêtre et les patients s'y précipitent. Il dit aux patients : « Retournez-vous, j'ai pris vos carnets et je vais vous appeler un à un ». Les patients s'exécutent et il les appelle un à un jusqu'à épuisement des neuf personnes. Il s'installe au second bureau où il vend quatre carnets puis il revient occuper le premier bureau. Certains patients y ont déposé leurs ordonnances prescrites dans les carnets. A ces patients, l'agent dit : « Reprenez tout et attendez-moi, j'irai les ramasser ». Les patients reprennent leurs carnets. M. sort et ramasse les carnets. De retour à son poste, il interroge la matrone : « N., docteur D. (la pharmacienne) n'est pas venue d'abord ? ». La matrone répond : « Non, elle n'est pas venue. Mais est-ce qu'elle viendra aujourd'hui ? Vous savez qu'on est samedi ». L'agent ajoute : « Ah ! Les femmes là, c'est toujours comme ça ».

A 9 heures 15, l'agent reçoit le trésorier du comité de gestion avec lequel il parle de baptême. M. lui explique : « Ah ! Je ne sais comment je vais faire parce que je suis seul ici aujourd'hui. Et je ne peux plus m'absenter pour ce baptême ». Les deux hommes entrent dans le magasin où ils discutent à voix basse pendant dix minutes.

La matrone quitte le service à 9 heures 27. A 9 heures 30, deux soignants se présentent. L'un est stagiaire et est venu faire la monnaie d'un billet de 5 000 FG, l'autre est un agent du cabinet dentaire, il achète les médicaments d'un patient dont il tient le carnet. A 9 heures 40, la matrone

revient dans le service. M. lui demande : « Tu n'as pas vu I. (le gardien) ? ». La matrone répond : « Non, je ne l'ai pas vu, il n'est pas venu aujourd'hui ». L'agent ajoute : « Va chez lui, tu vas demander à sa femme qu'il vienne me remplacer ici. Je dois partir à un baptême ». La matrone s'en va à 9 heures 45.

L'agent fait la monnaie pour le stagiaire, vend un médicament à l'agent du cabinet dentaire. A 9 heures 49, il s'intéresse aux patients, il sort de la pièce, ramasse les carnets, revient au bureau et les appelle. Les patients sont au nombre de onze. M. finit avec eux à 10 heures 12. Après, il se tourne vers le second bureau où il vend sept carnets bleus à six femmes et à un homme et un carnet rose à une femme enceinte. A 10 heures 20, un stagiaire du service du planning familial vient acheter une bouteille d'un litre de solution de chlorexidine pour une patiente. Deux minutes plus tard, un stagiaire du service des soins se présente pour acheter le même produit. Les soignants achètent ce médicament soit pour désinfecter leur matériel de travail, soit pour leurs patientes qui s'en servent pour la toilette intime. A 10 heures 30, la matrone revient informer M. : « I. n'est pas chez lui ». L'agent dit au trésorier du comité de gestion : « Donc toi, il faut partir en notre nom, voici ma contribution ». Il tire 2 000 FG du tiroir qu'il donne au trésorier qui, aussitôt, s'en va.

L'agent continue à vendre des médicaments et des carnets. Il sort régulièrement de la pièce, ramasse les carnets, retourne au bureau et appelle les patients un à un. Quand M. appelle un nom, il annonce le montant des frais de médicaments : « Mohamed S. 2 000 FG ! Ali C. 1 500 FG ! Ibrahima C. 2 500 FG... ». L'agent explique aussi la posologie des médicaments aux patients et demande à certains leurs plaintes avant de leur délivrer les médicaments. Ce jour, il a expliqué la posologie à tous les patients et redemandé les plaintes à cinq d'entre eux entre 9 heures 40 et 10 heures 30.

Pendant ce temps, l'infirmière du poste d'accueil est venue trois fois acheter des médicaments pour des patients dont elle tient les carnets à la main. Un médecin achète à deux reprises des médicaments. Un agent s'informe si ses médicaments sont vendus. M. l'intercepte à la porte. Il l'invite à sortir au dehors avec lui et il revient seul quatre minutes plus tard. A 10 heures 40, un stagiaire transmet la commission d'un médecin qui demande du papier. M. lui remet deux feuilles de format A4.

A 10 heures 42, un autre homme questionne l'agent : « Et le baptême d'aujourd'hui, tu n'iras pas ? ». M. répond : « Je suis seul, j'ai été obligé de déléguer B. ». Au même moment, la fille de salle âgée de la consultation curative frappe à la porte, passe la tête par l'embrasure de la porte, salue en arabe et continue en français : « Nous, nous parlons même l'arabe hein ! » et elle se retourne. A 10 heures 59, M. reçoit une femme qui lui explique : « C'est chez toi que je suis venue comme ça, je suis malade ». M. lui répond : « Attends, je vais t'accompagner. Deux minutes

plus tard, ils se dirigent vers la consultation curative. L'agent revient seul à 11 heures 04. A 11 heures 10 la femme rejoint M. et lui dit : « C'est fini hein, je rentre ». M. lui remet 2 000 FG. Il continue la vente des médicaments jusqu'à 11 heures 16, celle des carnets jusqu'à 11 heures 19.

C'est à ce moment que le gardien arrive, bien habillé d'un pantalon et d'une chemise neuve de très bonne qualité. Au cou, il porte une chaîne en plaqué or. Il est chaussé de beaux souliers. Il tient une mallette apparemment pleine. Le gardien salue. L'agent répond à sa salutation et lui demande : « Mais où tu étais tout ce temps ? J'ai même commissionné quelqu'un chez toi ». Le gardien répond : « Grand frère, j'ai commencé par le marché parce que je n'ai pas eu le temps hier ». M. dit : « D'accord, je comprends, mais il fallait dire à ta femme que tu ne viendrais pas tôt ». L'agent cède sa place au gardien qui entre vider son sac au magasin avant d'occuper le bureau des médicaments. A 11 heures 23, M. change de tenue, enfle sa veste et dit : « A demain ».

Le gardien I. continue à vendre les médicaments jusqu'à 11 heures 28. Il est appelé au dehors par une malade et il la recommande en s'adressant à la matrone : « N. ! Va dire à docteur S. d'examiner celle-là de ma part ». Les deux femmes partent à 11 heures 35, pour revenir six minutes plus tard. La matrone prend place sur la paillasse, la patiente reste au dehors à attendre le gardien. A 11 heures 58, le gardien rejoint la femme.

A 12 heures 06, une fille de salle ramasse les cartons vides du service. I. revient à 12 heures 17, suivi d'un garçon de treize ans qui lui explique : « C'est mon père, le comptable de la DCS (Direction communale de la santé) qui me commissionne pour venir prendre les médicaments ». L'enfant tient un carnet bleu. Le gardien prend le carnet et lui dit : « Reviens demain. Ces médicaments-là ne sont pas disponibles aujourd'hui ». Le petit repart à 12 heures 19 et I. monologue : « Je ne peux pas lui donner parce que je ne sais pas si son père a donné l'argent au frère (l'agent qu'il remplace). Il n'a qu'à attendre l'arrivée du frère ».

A ce moment, le téléphone sonne. Le gardien décroche le combiné et répond : « Restez à l'écoute ». Il appelle une soignante du PEV (programme élargi de vaccination) et lui dit : « C'est pour toi, un appel téléphonique ». La femme prend le téléphone, I. continue la vente. A 12 heures 25, deux filles de salle arrivent. L'une dit au gardien : « I., il faut nous payer maintenant. Nous avons fini de faire ton travail. Nous sommes samedi, on ne devrait pas rester ici au-delà de midi. Regarde, il est midi passé ». I. tire 2 000 FG du tiroir du bureau et le remet aux deux femmes.

A 12 heures 31, une autre fille de salle vient confier un gobelet et deux bols qu'elle a achetés. Le gardien les prend et les range dans le magasin. A ce moment, le médecin d'une des consultations curatives interpelle le gardien : « Mais I., occupe-toi des patients là ! Ou bien, tu veux que je t'aide à ramasser les carnets? ». I. reprend la vente à

12 heures 37 pour arrêter à 12 heures 56, quand il finit d'écouler les patients qui attendent et quand la matrone commence à laver la salle. Avant de se lever, le gardien plaisante la matrone : « N., c'est-à-dire que tu veux nous chasser ? ». C'est à 12 heures 57 que le point de vente arrête ses activités.

Le préparateur en pharmacie manifeste son autorité vis-à-vis des patients en organisant à sa guise la délivrance des médicaments.

Les activités sociales priment sur l'obligation de travail. La pharmacienne ne vient pas travailler ce samedi, le préparateur se fait remplacer par le gardien pour se rendre à un baptême. Le gardien fait le travail des pharmaciens, les filles de salle font son travail contre une rémunération. Le gardien est une cheville ouvrière de la vente parallèle de médicaments.

Malgré le chevauchement des activités, la polyvalence des agents, le centre fonctionne à partir des connivences, des solidarités, des réseaux de relations entre les soignants.

## **Le circuit de quelques malades dans le centre de santé**

### *Le circuit d'une malade recommandée*

Damayé, 60 ans, arrive au centre de santé, à bord d'un taxi, à 11 heures 10, le mardi 16 novembre 1999. Au seuil du portail, elle demande à une femme si c'est ici le centre de santé de Gbessia. Celle-ci lui répond : « Oui, c'est ici, grand-mère ». Damayé continue : « Ma fille, tu connais celle qu'on appelle tantie B. ? ». La femme répond : « Non, je suis étrangère ici, demande aux femmes qui sont à la porte là » (le personnel d'accueil). A 11 heures 17, Damayé entre dans l'enceinte du centre de santé, s'arrête à l'accueil, salue les agents de ce poste et leur demande : « Mes filles, vous connaissez tantie B. ? ». Une soignante se lève et indique du doigt : « Tu vois cette porte là ? C'est là-bas ».

A 11 heures 21, Damayé pénètre à la consultation prénatale où elle demande encore tantie B. Une soignante lui explique : « Tu t'es trompée de porte, c'est là-bas ». Damayé parvient à la consultation primaire curative à 11 heures 22, elle frappe à la porte et une stagiaire lui dit : « Reste sur le banc, c'est là-bas qu'on doit attendre ». Damayé réplique : « Je viens voir tantie B., on m'a dit de venir ici. C'est de la part de ma fille Rama ». La doctoresse surnommée Tantie B. entend le nom Rama pendant qu'elle consulte une patiente derrière le rideau et elle s'informe : « C'est qui ? Qui demande de moi ? ». La stagiaire répond : « C'est une certaine vieille ».

Damayé ajoute : « C'est ta mère, la mère de ta copine Rama ». Le médecin dit : « Donnez-lui de la place, c'est notre mère ». Une des stagiaires se lève et Damayé prend place à 11 heures 28. Tantie B. ajoute : « Mère Damayé, je viens hein ? ». Damayé répond : « D'accord ».

Quatre minutes plus tard, Tantie B. arrive souriante, dit bonjour à Damayé et demande des nouvelles de Rama. Damayé explique : « Elle va bien, c'est moi qui suis malade. Ma tension là continue à me fatiguer. Il y a trois jours que je fais des vertiges. Ma fille m'a dit aujourd'hui de venir te voir ». Le médecin dit : « Ah ! Rama, il y a longtemps que je ne la vois pas. Elle m'a complètement abandonnée. Si tu n'étais pas venue, je n'allais pas savoir qu'elle est là, surtout que les gens voyagent trop maintenant. Ses enfants vont bien ? ». Damayé répond : « Très bien, ils sont tous à l'école maintenant ». Tantie B. poursuit : « Au moins, elle s'entend avec son mari maintenant, comme il y a très longtemps que je n'ai pas de ses nouvelles ? » Damayé commente : « Je crois qu'ils ont fini par s'accepter, comme les enfants sont nombreux maintenant ». La doctoresse commente : « Ah ! Je crois, que nous les femmes, c'est la présence des enfants qui nous apaise ».

Il est 11 heures 42, le médecin dit à Damayé : « Bon, je vais te consulter maintenant et on va voir après. Viens par là ». Damayé se dirige vers la table de consultation derrière le rideau. Le médecin prend le tensiomètre, vérifie sa tension et revient au bureau trois minutes plus tard. Elle sort une ampoule injectable du placard et explique à Damayé : « Excuse-moi, je vais te faire cette injection parce que ta tension est élevée. Cette piqûre la fera descendre ». Elle l'injecte et l'invite à se reposer. Elle retourne au bureau à 11 heures 47. La malade reste couchée jusqu'à 11 heures 59 puis elle sort et dit au médecin : « Ma fille, je crois que ça commence à aller. Je vais rentrer maintenant ».

Le médecin consulte les femmes assises sur une chaise et les bébés sur la table du bureau ou sur les genoux de leur mère. Pendant que Damayé se repose sur la table de consultation, elle ne procède à aucun examen qui eut obligé les patientes à se déshabiller.

La doctoresse arrête ses consultations, acquiesce à la requête de Damayé, lui prescrit sur un bout de papier une ordonnance de Tenstaten injectable en intramusculaire avec des seringues. Elle prend un autre morceau de papier où elle écrit une lettre à Rama et dit à Damayé : « Ca, c'est l'ordonnance, cet autre papier est une lettre. Tu remettras les deux à Rama, elle comprendra de quoi il est question ». Tantie B. sort 1 000 FG de la poche de sa blouse et les remet à la visiteuse. Damayé la remercie et quitte le service à 12 heures 06.

Arrivée à l'accueil, Damayé dit aux deux agents : « Je l'ai vue hein ! Je vous remercie beaucoup. Je m'en vais ». Les soignantes répondent : « Au revoir grand-mère ». Damayé quitte l'accueil à 12 heures 09 et sort de l'enceinte du centre de santé deux minutes plus tard.

Nous voyons comment fonctionne la recommandation au sein de la pratique curative. Damayé est mieux accueillie, une stagiaire se lève pour lui permettre de s'asseoir dans la salle de consultation sans attendre à l'extérieur. L'attente est moins longue. Damayé reste se reposer sur la table de consultation au détriment de la consultation des autres malades. Elle ne paie rien et reçoit encore 1000 FG de la part de la doctoresse.

### *Le circuit d'une malade non recommandée*

Fatou, 29 ans, est enceinte de sept mois. A 9 heures 8 minutes, ce vendredi 12 novembre 1999, elle arrive au portail de l'entrée principale accompagnée de son mari, un homme de 34 ans environ. A 9 heures 11, le couple pénètre dans le hall. La femme prend place sur un banc, le mari reste debout. L'affluence est grande. Les quatre bancs du hall sont occupés, certains malades sont debout, deux soignantes sont au poste d'accueil, l'une reçoit les carnets, l'autre pèse et mesure la taille.

A 9 heures 15, Fatou s'approche et explique : « Je suis venue pour mon rendez-vous du mois à cause de ma grossesse qui doit être à sept mois ». L'infirmière qui récupère les carnets roses de suivi de grossesse lui demande de payer 200 FG. Le mari qui se tient debout à côté sort deux billets de 100 FG et lui remet. La deuxième soignante appelle Fatou la pèse et mesure sa taille. Elle dit : « 1 mètre 60 et 57 kilo. » L'infirmière qui a reçu le carnet note ces précisions.

A 9 heures 18, Fatou et son mari quittent l'accueil pour le bureau du planning familial où la patiente est immédiatement reçue à 9 heures 19 par la sage-femme principale. Fatou présente son carnet et une des stagiaires lui demande de payer 500 FG. Fatou fait appel à son mari qui donne les 500 FG et se retire du bureau. La sage-femme invite Fatou à rester assise sur le banc afin de ne pas fausser la mesure de la tension. Fatou sort de la pièce et va s'installer à côté de son mari pendant dix minutes avant d'être appelée à 9 heures 29. La sage-femme lui dit : « Va derrière le rideau, déshabille-toi et couche-toi sur la table ». La sage-femme prend le tensiomètre, note la tension, prend un doigtier, lui fait un toucher vaginal puis l'invite à se relever et à s'habiller. Fatou se lève, s'habille et les deux femmes retournent au bureau six minutes plus tard. La sage-femme remplit son carnet et précise : « Tu reviendras le mois prochain. Mais n'oublie pas de te vacciner ».

Fatou sort de la pièce à 9 heures 37, rejoint son mari et le couple se dirige au service du PEV, programme élargi de vaccination. Ils arrivent à 9 heures 38 et attendent assis sur le banc. A 9 heures 41, le carnet de Fatou est ramassé, elle est aussitôt appelée et l'agent lui dit : « Tu dois payer 500 FG pour la vaccination ». La patiente sort et dit à son mari :

« On me demande de payer 500 FG ». Le mari réplique : « Comment cela ? Retournons-nous d'où nous venons ». Fatou et son mari vont au planning familial à 9 heures 43. Le mari dit à la sage-femme : « Mais docteur, je ne comprends rien, j'ai payé 200 FG à l'entrée, j'ai payé 500 FG ici et on dit de payer encore 500 FG pour la vaccination, c'est ce que je ne comprends pas ». A l'instant même, la sage-femme se lève et accompagne le couple au PEV et dit à l'agent du service : « Mais toi aussi, tu sais que cette femme vient de mon service où elle fait toutes ses consultations et tu lui dis de payer 500 FG. Vous aussi, vous devez faire la différence maintenant entre les gens qui font tout chez nous et d'autres personnes ». La soignante répond : « Non, vous n'avez pas besoin de vous fâcher Madame, je m'en occupe tout de suite ». La sage-femme réplique : « Ce n'est pas que tu t'en occupes, elle ne payera que 200 FG, on est d'accord ? ». L'agent répond : « On est d'accord, Madame, vous pouvez vous en aller ». La sage-femme quitte brusquement la pièce à neuf heures quarante-sept minutes. L'agent appelle la patiente en disant : « Fatou, viens te vacciner ». Fatou s'installe, l'agent la vaccine et lui dit : « Comment tu peux aller dire ce que je t'ai dit à une autre ? Tu veux me mettre en mal avec mes collègues, surtout avec celle que tu as appelée ? Tu m'aurais dit de te faire un rabais, tout se serait limité entre nous ».

La patiente ne dit plus rien, elle prend son carnet et sort de la pièce à 9 heures 51. Elle trouve son mari dans la salle d'attente qui lui demande : « Comment ça s'est passé ? ». Fatou répond : « Je n'ai payé que 200 FG, vous ne connaissez pas les gens-là ». Le mari dit : « Tu ne devais même pas payer ces 200 FG ». Fatou se justifie : « On ne peut rien parce que c'est nous qui avons besoin d'eux ». Le couple quitte la salle d'attente à 9 heures 53 et franchit le grand portail à 9 heures 55.

Fatou et son mari sont facturés abusivement à chaque étape : à l'accueil, pour la consultation prénatale, pour la vaccination. La sur-tarification varie en fonction du malade, s'il est régulier ou non.

La protestation du mari permet de réduire le coût de la vaccination normalement gratuite de 500 à 200 FG. La réflexion désabusée de l'épouse montre la limite de la contestation et l'inégalité de la relation entre soignants et malades. Cet exemple illustre les rapports d'autorité qui existent entre les soignants.

### *Circuit d'un pauvre.*

Alia est arrivé dans l'enceinte du centre de santé à 10 heures le vendredi 26 novembre 1999. Il est très gros, vêtu d'une vieille chemise ample et d'une culotte. Il porte une bande au pied gauche. Il marche lentement,

et boîte faiblement sous l'effet de la douleur. Il n'achète pas de carnet, ne passe pas non plus par l'accueil, il se dirige vers le service des soins où il arrive cinq minutes plus tard.

Alia y trouve une stagiaire en train de panser la plaie d'un enfant. Deux patients attendent. Le major du service écoute un petit poste radio. Alia salue et prend place sur le banc. Le pansement de l'enfant finit à 10 heures 10. Son accompagnateur qui était au dehors vient payer 500 FG. A 10 h 12, le second patient paye 200 FG au major et se fait injecter par le stagiaire. A 10 h 15, le troisième patient paie 1 000 FG pour le pansement d'une très grande plaie. Le pansement de ce dernier finit à 10 h 21 et le pied est bandé.

A ce moment, Alia dit au major : « Je viens aussi pour le pansement de ma plaie qui a trop duré sans guérir. J'ai mis beaucoup de médicaments, mais ça ne va pas encore ». A 10 h 22, le major lui demande son carnet. Le patient répond qu'il n'en a pas parce qu'il n'a pas d'argent.

– Le major : « Pour faire le pansement des plaies de ce genre, il faut 1 000 FG ».

– Alia : « Laisse tomber ça, moi je n'ai rien ».

– Le major : « Si tu n'as rien, on ne pourra rien faire pour toi ».

– Alia : « Toi aussi, ne fais pas ça ».

– Le major : « Je suis au sérieux ».

A 10 h 26 le major sort de la salle, la stagiaire sort aussi trois minutes plus tard. Alia reste assis jusqu'à 10 h 35 avant de sortir à son tour de la pièce. Il va supplier le major assis sur un banc dans la cour à l'ombre d'un arbuste.

A 10 h 39, le major se déplace vers le hall et Alia quitte les lieux au même moment. Alia reprend la direction du grand portail où nous l'avons précédé. C'est là qu'il nous dit son nom et son âge et ajoute qu'il suppliait le major sous l'arbre mais que ce dernier n'a rien voulu entendre. A 10 heures 41, il quitte en boitant l'enceinte du centre de santé.

Cet exemple illustre l'exclusion brutale des soins par manque d'argent.

### *Circuit d'une non pauvre*

C'est à 11 h 07, le jeudi 11 novembre, que Fadima, 11 ans, arrive au centre de santé à bord d'une voiture Renault 12 que son père conduit. La voiture est de couleur bleu ciel, relativement vieille mais très propre. Son père est un homme d'environ 47 ans, vêtu d'un tee-shirt Lacoste jaune et d'un pantalon jean tout neuf et chaussé de souliers bien cirés. L'homme tient une petite mallette de la main droite et un téléphone cellulaire à la

main gauche. Fatima est habillée d'un tee shirt blanc en soie et d'une jupe en tergal plissée à carreaux.

La voiture s'immobilise en face de la salle de soins. Fatima et son père entrent dans la salle des soins à 11 heures 09 sans passer par l'accueil et ils ne disposent pas non plus de carnet. Quand ils font leur entrée dans la pièce, le père dit : « Bonjour docteur, bonjour tout le monde ».

De concert, les trois agents répondent à la salutation ainsi que les quatre patients qui attendent sur un banc à l'intérieur de la pièce. Le major dit à un des stagiaires qui occupe une chaise : « Donne la place au Monsieur ». Le stagiaire se lève précipitamment et dit : « Prenez place ». Le père répond : « Merci, mais je ne veux pas m'asseoir. C'est ma fille qui a une grande plaie qu'elle nous a cachée pendant tout ce temps. Maintenant, vous voyez que la plaie est devenue très profonde. C'est aujourd'hui que sa mère m'a parlé de cette plaie quand elle l'a vue hier ».

Il est 11 h 11, tout le monde se tourne du côté de la fillette pour voir la plaie au-dessus du talon que son père expose. Le major commente avec un sourire : « Ha ! Les enfants sont comme ça, hein ? Il faut toujours les surveiller. Bon, attendez qu'on finisse avec ce patient qui est sur la table (qu'une stagiaire soigne) ». Un des stagiaires plaisante avec la fillette : « Une jolie fille comme toi, comment tu peux cacher une plaie ? D'ailleurs une jolie fille n'a jamais de plaie. Tu risques de ne pas avoir de mari ». La fillette gênée réplique : « Je ne veux pas de mari ». Le stagiaire ajoute : « C'est vrai ça ? Tu ne veux pas de mari ? Je ne suis pas sûr ». A 11 heures 14, quand le patient descend de la table, le major dit : « Bon, elle peut venir maintenant. C'est fini ici ». Le major fait monter la fillette sur la table et la rassure : « N'aie pas peur hein ! Ça ne fera pas mal ». Le père lui recommande : « Docteur, il faut bien faire, hein ! Même si ça lui fait mal, il faut que la plaie soit propre ». Le major quitte son bureau où enregistrerait les activités du service et se consacre aux soins de la plaie de Fadima qui, aussitôt, commence à pousser de petits cris. Les deux stagiaires inactifs observent le major à l'œuvre. Les patients venus avant Fadima continuent d'attendre sur le banc. Le père, gêné des cris que pousse sa fille, déclare : « Docteur, il faut bien nettoyer, moi d'ailleurs je vais sortir pour être au dehors ».

L'homme quitte les lieux à 11 heures 16. Le major nettoie la plaie, y met un liquide violet, fait sortir une bande avec laquelle il attache la plaie et fait appeler le père de Fadima à 11 heures 20 en disant : « Vous pouvez venir, c'est fini ». Le père revient très souriant et commente : « C'est bien ça ... Ca t'apprendra désormais à ne plus entretenir et cacher une plaie de ce genre. Vraiment, je suis content. Et ça va continuer. Quand est ce que nous allons revenir ? ».

Le major répond : « Après-demain ». Le père continue : « C'est bien ça, on ne manquera pas ». Il sort un billet de 1 000 FG qu'il remet au

major. Ce dernier le remercie et l'accompagne jusqu'au niveau de sa voiture suivi de Fadima à 11 heures 23. La voiture sort aussitôt de l'enceinte.

L'apparence aisée de la famille de la blessée fait que, en plus des soins, des égards particuliers sont manifestés. Le major, en personne, soigne, et non les stagiaires. Une chaise est proposée au père. La fillette est soignée avant les malades qui attendaient. Le major raccompagne le père jusqu'à sa voiture. A partir de ces observations prises sur le vif, la différence de traitement entre les pauvres et les non pauvres est caricaturale.

### *La prise en charge d'une urgence*

Aliou, 30 ans, arrive au centre de santé le lundi 8 novembre à 13 heures 06 à bord d'un taxi. Sa tête est posée sur les genoux de son épouse, âgée de 25 ans. Son grand frère, un homme d'environ 40 ans, est assis à côté du chauffeur de taxi. Quand le taxi s'immobilise devant le hall, le grand frère ouvre brusquement la portière du taxi, dit à l'épouse d'attendre avec le malade. Il se dirige vers le poste d'accueil et demande après un travailleur du centre de santé. Les soignantes qui conversaient le fixent attentivement, et l'une d'elles lui dit de s'informer à l'intérieur. L'homme entre et les deux agents continuent leur conversation. Une dizaine de patients attendent dans le hall où sont également présents deux vendeuses d'arachide, une vendeuse de bananes, un vendeur de jus de gingembre, trois filles de salle et deux stagiaires. Aliou est toujours couché sur les genoux de son épouse à l'intérieur du taxi. Il tremble et est à demi inconscient. Son épouse touche à tout moment son front avec la paume de sa main. La plupart des occupants du hall observent la scène en soulevant la tête. Certaines personnes qui passent à côté du taxi y jettent coup d'œil et continuent leur chemin.

A 13 heures 15, le frère du malade n'est pas encore revenu. Le chauffeur de taxi demande à l'épouse du malade : « Mais où est parti ton beau-frère ? Moi j'ai envie de continuer mon chemin, je dois travailler ». L'épouse répond : « Moi, je ne sais pas, je crois qu'il cherche un de nos parents qui travaille ici mais que je ne connais pas ». Le chauffeur s'impatiente : « En tout cas, il n'a qu'à se presser parce qu'il m'a déplacé pour vous déposer et non pour garer ici pendant toute la journée. D'ailleurs, si vous n'étiez pas peul, je ne serais pas venu jusqu'ici. Surtout à ce prix, 1500 FG de K. à ce coin éloigné de la route ! ».

A ce moment, le frère ressort, se dirige rapidement vers le véhicule en disant avec précipitation : « Je ne l'ai pas trouvé ici... Je ne sais pas si nous n'allons pas continuer à Donka. Comme je ne connais personne d'autre ici. Ou alors, qu'allons nous faire ? ». Une des femmes de

l'accueil demande à haute voix : « Mais qu'est-ce qu'il a ? ». Le frère du malade répond : « C'est mon frère qui est gravement malade, c'est son épouse qui est partie me chercher au marché en disant que son mari fait une forte fièvre la nuit et est tombé deux fois en syncope. Depuis le matin, il est tombé une fois et son corps continue à chauffer. Ne sachant que faire, sa femme est venue chez moi ce matin pendant que j'étais allé au marché. Elle est partie ensuite me chercher au marché. Nous sommes venus chercher un frère qui travaille ici mais on nous a dit qu'il n'est pas venu aujourd'hui ». La soignante de l'accueil conclut : « Maintenant qu'il n'est pas là, il faut faire descendre le malade ».

A 13 heures 20, le médecin d'une des consultations curatives demande ce dont il s'agit. L'agent de l'accueil explique : « C'est cet homme qui a une urgence, je lui ai dit de faire descendre le malade ». Le médecin réplique : « Mais ne lui dites pas de faire descendre le malade. N'attendez pas. Un cas d'urgence ! Aidez-le à faire descendre le malade et conduisez-le à mon bureau ». Les deux agents de l'accueil (suivis de deux stagiaires) se précipitent sur le véhicule. Un stagiaire ouvre la portière, retire Aliou qui ne peut pas se tenir debout. Il est porté sur les épaules des stagiaires suivis des deux femmes de l'accueil. Le taxi s'en va.

Une des soignantes de l'accueil demande au frère du malade : « Vous avez acheté un carnet ? ». Le médecin qui sortait de son bureau pour vérifier si le malade arrive rétorque : « Ce n'est pas le moment, faites entrer le malade ! ». Les deux stagiaires conduisent Aliou dans le bureau du médecin, à la CPC. Le malade est placé sur un lit, derrière le rideau. Les deux stagiaires sortent de la pièce, le frère du malade est debout, son épouse assise sur une chaise.

A 13 heures 22, le médecin prend le tensiomètre, vérifie la tension et la note sur un bout de papier. Elle contrôle les battements du cœur. Elle prend le thermomètre et vérifie la température. Elle exerce une pression sur le ventre du malade avec la main, d'abord au niveau du nombril, ensuite au niveau des côtes. Elle ouvre l'œil gauche du patient et revient au bureau demander au frère du malade : « Depuis quand il a commencé à être malade ? ». Le frère répond : « Sa femme m'a dit que c'est hier ». Le médecin dit de nouveau : « Est-ce qu'il vomissait ? ». Le frère demande à sa belle-sœur qui répond par l'affirmative. La doctoresse rassure les deux accompagnateurs : « Vous ne devez pas avoir peur, ça va passer. C'est le palu qui le fait souffrir. Mais vous avez bien fait de l'amener à temps, parce qu'il arrive que le palu fatigue beaucoup plus ».

Le médecin prescrit une ordonnance qui comporte six ampoules de quinimax, quatre seringues de 5 CC et un sérum glucosé. Le médecin recommande au frère d'aller vite chercher ces médicaments. Ce dernier se dirige vers le point de vente à 13 heures 27 et revient trois minutes plus tard avec les médicaments à l'exception du sérum glucosé qui n'est pas

disponible au point de vente. Le médecin sort un sérum de son placard, y dilue deux ampoules de quinimax, monte le perfuseur, attache la bouteille du sérum avec un morceau de bande qu'elle lie à une barre de fer de la fenêtre. Elle fait entrer l'aiguille du perfuseur dans une veine du bras, déroule une gaine rouge afin de libérer le sérum et reprend sa place au bureau à 13 heures 40. La doctoresse reste assise pendant six minutes sans rien faire. Une stagiaire collecte les carnets des autres patients (dont l'affluence a diminué) et les range sur le bureau du médecin.

A 13 heures 46, le médecin se lève, vérifie l'écoulement du sérum et le point de perfusion avant de reprendre, cinq minutes plus tard, la consultation des femmes qui attendent. La doctoresse examine sept patientes et retourne surveiller la perfusion à 14 heures 17. Elle dit à Aliou : « Tu transpires hein, tu es réveillé maintenant ? Ca commence à aller hein ? ». Les deux accompagnateurs se dirigent vers le malade et le frère dit : « Je peux te chercher à manger ? ». Aliou répond : « Je n'ai besoin que d'oranges ou du Fanta, j'ai soif. » L'accompagnant quitte les lieux pour revenir à 14 heures 30 avec une bouteille de Fanta et un sandwich.

Le médecin chahute l'épouse du malade en pular : « Tu commences à être contente maintenant ? Tu avais peur hein ! ». Elle rit et l'épouse esquisse un léger sourire en plaçant la main devant la bouche. Le médecin dit au malade : « Si tu dois boire le jus, tu dois donc te relever très doucement et pas entièrement ». Aliou se redresse doucement, aidé de sa femme qui place l'oreiller sous ses épaules. L'épouse tient le jus que le malade boit à petites gorgées. Elle enveloppe le sandwich dans un de ses pagnes. Aliou finit de boire le jus à 14 heures 43. Le médecin déroule la gaine du perfuseur afin d'augmenter le débit d'écoulement du sérum et retourne à sa place. Le malade transpire, les deux accompagnateurs sont assis et calmes, le médecin s'absente plusieurs fois de son bureau. A 15 heures 31, le frère du malade dit au médecin : « Docteur, comment on va faire maintenant ? Le sérum tire vers la fin. Le malade est visiblement rétabli ». Le médecin répond : « On va attendre que le malade finisse de prendre le médicament... (hésitation). En fait vous ne me devez que le sérum... Le reste dépend de vous ».

A 15 h 50, le médecin serre la gaine, enlève le sparadrap qui immobilisait l'aiguille du perfuseur, retire l'aiguille, met du coton au point de perfusion et plie le bras du patient. Le malade se relève, l'accompagnateur demande : « Docteur, maintenant, le sérum, c'est combien ? ». Le médecin répond : « Comme le sérum ne m'appartient pas, il se vend à 2 500 FG ». L'accompagnateur donne les 2 500 FG et y ajoute 1 000 FG en disant : « Ces 1 000 FG, c'est pour vos sacrifices. Vous nous avez beaucoup aidés. Nous vous remercions ». La doctoresse ajoute : « De rien, c'est mon travail hein ! ». Le frère, l'épouse et Aliou remercient un à un la soignante. A 16 heures 05, ils disent : « Au revoir docteur » et quittent le

bureau. Ils sortent de la pièce, se dirigent silencieusement vers le portail et empruntent à pied la route qui mène au pont.

Les accompagnateurs ne comptaient que sur l'intervention d'une de leurs connaissances pour une prise en charge de l'urgence. Heureusement, la présence d'un médecin compétent sauve la situation. Il mobilise les agents au service du malade, quitte à bousculer la procédure habituelle. Il vend à titre personnel le sérum, et accepte volontiers une gratification.

La prise en charge des malades est très variable selon les circonstances et les soignants disponibles.

## **Conclusion**

Le centre de santé de Gbessia se caractérise par une « privatisation » poussée de la clientèle. Ainsi, presque chaque soignant se fait prescripteur, pratique des injections, vend des médicaments, ce qui entraîne un chevauchement des activités et des compétences, et une polyvalence des espaces. Cette situation profite au personnel mais au détriment des recettes du centre de santé.

Cette « privatisation » assure une fréquentation du centre en fidélisant une clientèle. Les malades, suivis par un soignant qu'ils connaissent, peuvent être correctement pris en charge. Par contre, ils peuvent être négligés s'ils n'ont pas de soignant attiré ou si leur soignant est absent. La qualité de la prise en charge du malade devient aléatoire : humeur, bon vouloir, absence ou passage inopiné d'un soignant comme dans le cas de l'urgence qui a été décrit.

La sur-tarifification et le système des faveurs excluent les plus démunis de l'accès aux soins de santé primaires qui est pourtant la vocation première des centres de santé de la capitale.

Lors de notre enquête, la direction du centre de santé de Gbessia-Port souffrait d'une crise d'autorité. Une rivalité opposait la chef du centre et la doctoresse responsable d'une des consultations curatives. La chef du centre et le président du comité de gestion étaient très lucides sur la situation du centre de santé mais ne pouvaient ni la contrôler, ni la changer.

# Bamako : la santé communautaire, et le centre de Sabalibougou<sup>1</sup>

A. BORÉ, Y. JAFFRÉ et Y. TOURÉ

L'histoire ou la légende disent que le territoire de Sabalibougou aurait appartenu à des Traoré de Kalabankoro. Avec leur autorisation, une communauté mossi, venue de l'ex-Haute-Volta, aurait défriché et habité ce lieu. C'est ainsi que le quartier sera baptisé « *mossikin* », « le quartier des Mossis », par les Bamakois, et « *heremakon* », « en attendant le bonheur », par les Mossis. Mais ce fût la violence qui vînt, en 1974, lors du premier conflit entre le Mali et la Haute-Volta. Le quartier y trouva son nom. En effet, le nom Sabalibougou (de *sabali*, patience, tolérance, et *bugu*, habitation) aurait été prononcé par le gouverneur de Bamako pour inciter ses concitoyens à garder leur calme. Bien sûr, d'autres versions circulent, mais on s'accorde sur le fait que ce quartier s'est développé dans une situation conflictuelle et qu'il semble poursuivi par cette fatalité. Comme le dit un notable : « Depuis le jour où l'on a prononcé le nom de Sabalibougou, le conflit a commencé ».

Mais, outre l'histoire, un quartier, c'est aussi ce qui l'entoure et le limite. Approchons par ce qui l'englobe. Bamako, tout d'abord, la capitale qui comprend six communes. Parmi celles-ci la commune V, l'une des plus peuplées. Enfin, Sabalibougou, l'un de ses sept quartiers<sup>2</sup>, zone d'habitat en partie « spontané » et qui n'est pas encore entièrement viabilisée. En fait, depuis 1995, ce quartier est divisé en deux parties. La première correspond à un quartier résidentiel d'architecture moderne – les

---

1. L'enquête à Sabalibougou a été effectuée par A. Boré, sous la supervision de Y. Touré, qui a coordonné les recherches menées à Bamako. Le présent texte s'appuie sur les rapports respectifs de A. Boré et de Y. Touré

2. Ces sept quartiers sont : Badalabougou, Quartier Mali, Torokorobougou, Bacodjicoroni, Sabalibougou, Kalabancoura et Daoudabougou.

« 300 logements » – qui est habitée par de hauts cadres du public et du privé. L'autre secteur, par contre, est pauvre et insalubre.

Quelques chiffres aussi pour s'y repérer. Sabalibougou a une superficie de 41 km<sup>2</sup> pour une population estimée aux alentours de 49 500 habitants. Les jeunes de 1 à 13 ans avoisinent 40 %. L'augmentation démographique est rapide avec un taux de croissance annuel de 11,8 %.

Des communautés variées – Bambara, Peul du Ganadougou, Sarakolé, Sonrhay, Dogon, Dafing, etc. – résident à Sabalibougou. Mais, si les origines sont diverses, la précarité de leur situation est commune. Ce quartier abrite, en effet, de nombreux manœuvres, des ouvriers et des pauvres : mendiants, aveugles, lépreux, et autres malades. Leurs habitations en banco, anarchiquement construites, sont délabrées et exiguës, favorisant une grande promiscuité. A l'opposé, les quelques fonctionnaires et agents salariés qui vivent ici apparaissent comme des privilégiés ou des spéculateurs installés dans l'espoir de bénéficier de terrains à usage d'habitations lors d'un hypothétique futur lotissement. Enfin, Sabalibougou ne dispose que de très peu d'équipements collectifs : une fontaine publique alimentée par un système d'énergie solaire...

L'environnement médical se caractérise par la présence de plusieurs types d'offre de soins, allant des tradipraticiens aux centres de santé modernes.

Les premiers, dont de nombreuses femmes, exercent au marché ou à domicile. Ils consultent et prescrivent des médicaments qu'ils vendent directement ou que l'on trouve dans les « pharmacies par terre »<sup>3</sup>.

Plus officiellement, le quartier compte trois centres de santé communautaires (CSCOM), deux pharmacies et plusieurs dépôts et points de vente de médicaments. Enfin, il faut signaler la présence proche du centre de santé de référence de la commune V, comprenant une importante maternité, situé dans le Quartier Mali, à l'est de Sabalibougou.

### **Le centre de santé communautaire (CSCOM) de Sabalibougou 1**

Un CSCOM correspond à une aire de santé, et celle-ci regroupe 15 000 habitants. Fort logiquement, Sabalibougou qui compte plus de 45 000 habitants a été divisé en trois aires de santé. L'aire de santé n° 1, objet de notre étude, excède un peu ces chiffres et regroupe une population estimée à environ 20 000 habitants répartis au sein de 3 795 ménages. Plus précisément, les données des services de santé révèlent quelques caractéristiques de cette collectivité.

3. Cf. Jaffré 1999.

Enfants de moins d'un an	711
Femmes enceintes théoriques (FET)	867
Estimation des femmes en âge de procréer (FAP)	1 596
Hommes approximatifs	9 070
Femmes approximatives	8 272
Total	20 516

Sous ces modestes données sourdent les préoccupations des praticiens de santé publique : nombre d'accouchements prévisibles, pathologies infantiles à prendre en charge, nombre de vaccinations, etc.

Mais, avant d'agir, il faut bâtir des infrastructures et pouvoir accueillir correctement les patients. C'est pourquoi, tant pour pallier les difficultés économiques de l'État que pour donner aux populations un pouvoir dans la gestion de leur santé, il est stipulé que les CSCOM doivent être « l'œuvre des communautés de base ». Celles-ci doivent être informées des projets, sensibilisées aux actions, et doivent adhérer de leur plein gré à l'association qui aura en charge la construction et de la gestion du centre de santé. Programme ambitieux et courageux, certes. Mais il reste à comprendre ce que ce vocabulaire « volontariste » recouvre comme pratiques réelles, comme jeux d'acteurs, comme conflits. Bref, il faut décrire comment ces projets se réalisent et fonctionnent « réellement ». C'est pourquoi nous allons maintenant étudier dans quelles conditions l'association a été mise en place, et comment s'est édifié ce centre de santé.

## **L'association de santé « communautaire » : ASACOSAB 1**

### *La construction du centre*

L'idée de mettre en place une association de santé communautaire qui aurait pour objectif de construire et de gérer un centre de santé ne correspond pas à une initiative des habitants de Sabalibougou. Comment d'ailleurs cet accord unanime pourrait être possible ? L'initiative est venue d'un professeur de l'École de Médecine. Bien informé de la politique sanitaire nationale, il a incité l'un de ses anciens étudiants à mener des investigations dans le quartier afin de trouver les notables et les personnalités à convaincre. Ce « courtier »<sup>4</sup> s'est tout d'abord adressé à une

4. Sur les « courtiers en développement », cf. Bierschenk, Chauveau, Olivier de Sardan (eds), 1999.

de ses anciennes connaissances : un entrepreneur qui, vivant au sein d'un groupe régional particulier et étant engagé dans un mouvement religieux « fondamentaliste », n'était pas socialement inséré dans le quartier...

En fait l'intérêt de cet entrepreneur pour ce projet sanitaire est plus simple et bien plus pragmatique. Il est l'un des rares propriétaire d'une voiture : « une grosse Mercedes » ! Et, singularité, prestige et confort obligent, il est constamment sollicité pour transporter des malades vers des centres de santé. C'est donc avec plaisir qu'il accepte la proposition du jeune médecin qui le déchargera de cette obligation de transport et, qui plus est, lui apportera localement un certain prestige puisqu'on lui propose de devenir le président de la future association de santé.

Dès lors, puisque les postes sont répartis, il faut assurer son pouvoir plutôt que de le mettre en jeu. C'est pourquoi on informe peu les populations et on développe, par contre, son réseau d'influence. Avec des voisins, les fidèles d'une mosquée qu'ils viennent de créer, et quelques notables qu'ils gagnent à leur cause, nos deux « entrepreneurs sanitaires » tiennent quelques réunions d'information et mettent en place une association dont la première assemblée constitutive a eu lieu le 16 juin 1991. Un bureau directeur de huit membres est constitué avec pour mission principale d'engager les procédures pour l'obtention d'un récépissé et la recherche de partenaires. Le 9 juillet 1991 l'association obtient son récépissé. Elle transforme une vieille bâtisse, appartenant au chef de quartier, en un centre de santé qui est ouvert pour la première fois en mai 1992.

En attendant d'avoir des partenaires, les membres du comité directeur et le médecin cotisent pour acheter le premier matériel nécessaire à son fonctionnement. Des actions sont ensuite engagées pour trouver des partenaires. Grâce à l'entregent du professeur de médecine, le premier bailleur sera la coopération française pour un premier financement d'environ 3 500 000 FCFA. Cette somme permettra d'ouvrir une unité de maternité, d'embaucher du personnel et d'acquérir du matériel.

Le centre va se développer grâce à l'octroi par la mairie de la commune V d'un espace sur lequel sera bâti un centre de santé digne de ce nom. Cette opération est menée à bien avec l'appui du FNUAP pour un montant global de 28 891 308 FCFA. Le nouveau centre est inauguré le 5 juillet 1994.

Contrairement aux principes officiellement édictés, la participation communautaire a été minime, voire insignifiante. Estimée dans un premier temps à 25 %, la quote-part part de la communauté a été réduite à 10 %, puis à quelques sommes glanées ici et là auprès de quelques personnes aisées. Même l'apport humain a été finalement rémunéré par une institution, la COFESFA, qui a été la maîtresse d'œuvre de l'ouvrage.

*Le fonctionnement de l'association de santé communautaire (ASACO)*

Comme toutes les associations de santé communautaire, l'ASACO-SAB est gérée par des instances et des organes statutaires : une assemblée générale, un conseil d'administration et un comité de gestion.

Dans les textes, l'assemblée générale est l'instance suprême. Elle doit regrouper l'ensemble des chefs de famille possesseurs de la carte d'adhésion. Elle élit en son sein le président et les autres membres des conseils d'administration et de gestion. Elle adopte les rapports d'activités du président et les rapports financiers du trésorier général.

Pratiquement, l'assemblée est un lieu où les débats sont souvent houleux. Mais ces confrontations n'ont que rarement pour enjeux les problèmes de santé des populations ou les problèmes techniques quotidiennement rencontrés. De telles questions n'ont été évoquées qu'à l'occasion du licenciement de certains personnels.

De même, les discussions autour des questions financières n'ont pas pour principale préoccupation de réduire les coûts et faciliter ainsi l'accès aux soins des populations. Globalement leur objet est « économique » et consiste à trouver les moyens pour accroître les bénéficiaires du centre.

Enfin, l'analyse des documents et procès verbaux des assemblées précédentes fait apparaître que les enjeux sont aussi de pouvoir. Bien des débats ont comme unique raison la volonté de renverser l'équipe en place. On assiste alors à des joutes oratoires vides de sens auxquelles personne ne prête attention, et ce d'autant plus que beaucoup de participants n'ont été invités à participer que pour voter pour celui qui leur a payé la carte d'adhésion...

On comprend alors pourquoi ces cartes ne sont achetées et distribuées qu'à la veille des assemblées générales de renouvellement. Par exemple, jusqu'en août 1999, le centre n'avait vendu que 68 cartes d'adhésion. Mais le jour de l'assemblée générale, 134 cartes étaient régulièrement acquises. Ce chiffre ne variera pas jusqu'en décembre 2000, date d'un renouvellement du conseil d'administration, où il progressera jusqu'à 183.

Ceci explique aussi, tout au moins en partie, la désaffection pour ces cartes. Le nombre de personnes possédant cette marque d'adhésion se situe entre 3 et 8 % des populations de l'aire de santé. Par contre les consultations, bien que faibles et irrégulières, dépassent une couverture de 20 % de cette même population. La conclusion est simple : fort pragmatiquement, on se rend dans les centres de santé pour y être soigné quand on est malade. On y cherche un service et une compétence, pas une responsabilité qui de toutes manières est accaparée par les plus aisés et les plus influents.

La deuxième instance de l'ASACO est le conseil d'administration. Il est dirigé par un président assisté d'un vice-président et comprend sept

autres personnes dont les trésoriers, le secrétaire aux affaires sociales et les commissaires aux comptes. Ce conseil est supposé être l'instance de décision et de contrôle entre deux assemblées dont il exécute les décisions et à laquelle il rend compte. En fait, son président dirige aussi le comité de gestion. De même, le trésorier du conseil d'administration est aussi le trésorier du comité de gestion dont le médecin chef est statutairement un membre de droit... Bref, les appellations varient, mais le pouvoir ne repose que sur quelques personnes. En fait, cet embrouillamini administratif et ce cumul des fonctions rendent difficile toute gestion et surtout tout contrôle. De 1992 à 1997, l'ASACOSAB a été présidée par quatre présidents : deux opérateurs économiques et deux enseignants.

### **Le centre de santé**

Le CSCOM, situé à 500 m du marché et à 100 m d'une rue bitumée qui divise le quartier en deux, est d'un accès facile. Il est construit « en dur » et alimenté en énergie par des plaques solaires. Diverses activités sociales se sont implantées à ses entours : étals de toutes sortes, vendeuses de brochettes et de sandwiches...

Son plan est standard et comprend l'unité de consultation, de soins, d'injections et d'observation, la maternité, la pharmacie, et un laboratoire non encore équipé. La maternité, qui constitue le bloc le plus important, se subdivise en salle de consultation, de travail, et suites de couches.

Ces unités sont pourvues d'un équipement minimum (tables, lits, pèse-bébé, etc.) permettant leur fonctionnement.

Un hangar, construit en face du centre, sert de salle d'attente et de « classe » pour les séances d'animation en promotion de la santé. La logistique se résume en une radio de communication (RAC) et une moby-lette. Il n'y a pas d'ambulance.

### **Les personnels du CSCOM**

Le premier médecin, initiateur du CSCOM, n'a pas eu l'occasion d'assister à son ouverture officielle. Ayant fait la preuve de son dévouement et de ses capacités d'initiative, il bénéficie d'une bourse de stage. Il confie le centre à un de ses camarades de promotion. A son retour, il tente de récupérer sa place. Trop tard, puisque son remplaçant a signé un

contrat d'embauche avec l'ASACO... Après quelques mois d'exercice, le bureau de l'ASACO recrute un infirmier, un gardien et une matrone, puis plus tard, un gestionnaire et une sage-femme.

Mais, au début de notre enquête, ce deuxième médecin est déjà parti, renvoyé par l'ASACO pour des motifs que nous évoquerons plus tard. Le médecin suivant, comme le précédent, ne restera qu'un mois. Admis au concours d'entrée à la fonction publique, il opte pour celle-ci aux dépens des CSCOM peu sûrs pour assurer une carrière. Il laissera le centre sans médecin jusqu'à la fin de notre enquête qui a duré huit mois. Pendant ce temps, l'intérim est assuré par l'infirmière.

Cette infirmière d'État est une femme d'une trentaine d'années, mariée, et diplômée de l'École secondaire de la santé. Auparavant, elle a travaillé comme stagiaire à l'hôpital Gabriel Touré et à l'hôpital du Point G, puis dans une clinique privée, puis encore pour une ONG. En l'absence de médecin, son rôle est essentiel. Elle a la confiance du bureau de l'ASACO et de la population qui reconnaît en elle une ancienne basketteuse et une coiffeuse qui n'hésite pas à offrir ses services à ses collègues et à ses patientes. Elle a bénéficié d'une bourse de stage, offerte par la coopération française juste à la fin de notre enquête.

La sage-femme est la troisième technicienne du CSCOM. Après avoir exercé dans le centre de santé des jeunes musulmans d'un quartier de Bamako, elle est embauchée par l'ASACOSAB 1 en 1998. Comme toutes les femmes du centre, elle mène de petites activités lucratives comme la teinture, le commerce de pagnes et de tissus...

Elle est assistée par deux matrones dont l'une est encore bénévole et l'autre a été recrutée après quelques années de bénévolat. Celle-ci avoue avoir appris son métier « sur le tas ». Quant à la première, elle a suivi, tout comme l'aide-soignant chargé des soins infirmiers, une formation à la Croix-Rouge malienne.

Ces bénévoles et ces stagiaires provenant généralement de cette « Croix-Malienne » sont nombreux. Ils composent un groupe d'élèves infirmiers, d'étudiants ou de secouristes en quête d'expérience et soucieux d'embauche. Les étudiants prennent des gardes et remplacent le médecin. D'autres, jeunes filles et femmes sans formation, cherchent à « se faire la main » et un peu d'argent en aidant les matrones. Ces bénévoles et ces stagiaires agissent donc comme le personnel salarié. Au su de tous, ils effectuent des actes de soins et participent à toutes les activités professionnelles et sociales du centre, et en particulier aux « tontines » des femmes. Ils se considèrent comme des agents du centre.

En fait, l'absence d'un médecin et la pléthore de main-d'œuvre conduisent l'ensemble du personnel à « dépasser » ses sphères de compétence. Puisque l'infirmière fait fonction de médecin, les aides-soignants vont accomplir des tâches d'infirmier. Durant les gardes de nuit, les

matrones remplacent la sage-femme, et ces moments sont particulièrement propices à tous les écarts : chantage, augmentation des prix des consultations et des actes.

Les personnels non-soignants « débordent » aussi de leur fonction, et, par exemple, la gérante, comptable de formation, occupe pratiquement un rôle de pharmacienne et de vendeuse de tickets de consultation. En fait, cela arrange tout le monde, et personne n'occupe réellement son poste.

### **Quelques types de dysfonctionnements au quotidien**

Un premier type de conflit est de l'ordre d'une disjonction, et provient de l'extériorité des projets. En effet, le personnel du CSCOM est complété par des agents d'organisations non gouvernementales (ONG). Ces agents ne dépendent pas du médecin chef. Ils ne sont responsables que devant leurs employeurs.

C'est le cas du projet de nutrition pour les enfants de 0 à 5 ans. Financé sur des fonds canadiens, le projet emploie deux agents qui animent des séances de démonstration de préparation d'aliments enrichis et prend en charge les frais d'ordonnance des enfants malnutris.

Les animateurs de ce Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle (CREN) soulignent que 33 % des enfants de Sabalibougou sont malnutris et que cette carence est ici la troisième cause de mortalité infantile. Leurs activités consistent à identifier ces enfants et à organiser trois fois par semaine des séances de démonstration culinaire ayant pour thème la préparation de bouillies, de soupes et d'autres plats enrichis destinés aux enfants. En contrepartie d'une cotisation modique de 25 FCFA ces préparations sont consommées après chaque séance.

Mais les discours éducatifs sont stéréotypés et peu adaptés au contexte socio-sanitaire local. Bien des femmes n'ont pas les moyens de se procurer les ingrédients nécessaires à la préparation des aliments. De plus, les difficultés de survie de toute la famille ne permettent pas de se consacrer uniquement à l'alimentation des enfants. En réalité, plus qu'une information, les mères trouvent dans le projet un moyen de pallier provisoirement quelques difficultés.

C'est encore le cas de l'Association Malienne pour la Conservation de la Faune et de l'Environnement (AMCFE), qui, comme son nom ne l'indique pas, s'occupe de prévention du SIDA et des MST dans trois quartiers de la commune V. Sa cible principale est constituée des « filles libres<sup>4</sup> » et des chauffeurs de minibus et voitures de transport (SOTRAMA), qu'il s'agit de sensibiliser sur le SIDA et les MST.

---

4. L'expression « filles libres » est un euphémisme pour désigner les prostituées.

Les explications sont suivies avec attention. Des soupirs traduisent la peur, ou des regrets, notamment lorsque les animateurs évoquent “les matchs de foot non protégés”. Cependant, les perdiems que reçoivent les auditeurs et les auditrices ne permettent pas de statuer sur leur intérêt réel pour les conseils prodigués. Par ailleurs, l’absence de suivi ne permet pas non plus de savoir si ce qui est proposé est réellement appliqué.

Il y a enfin la présence d’une équipe de recherche en épidémiologie appliquée qui travaille sur une nouvelle méthode de prévention du paludisme chez la femme enceinte.

Certes, notre enquête n’a pas révélé de problèmes majeurs entre ces différents animateurs techniques. Les agents des ONGs, comme les chercheurs, viennent faire leur travail et ne s’intéressent pas à la gestion du CSCOM. Toutefois, aucun rapport d’activités ne se retrouve dans les archives du centre, ce qui laisse supposer une collaboration pauvre entre ces diverses instances sanitaires.

Un second type de désaccord oppose le médecin au comité de l’ASACO. En effet, le premier souhaite étendre son autorité sur l’ensemble des personnels soignants ou administratif. Au contraire, pour le bureau de l’ASACO, le médecin et tous les autres agents relèvent de l’autorité du bureau. Précisons les modalités de ce conflit.

Comme nous l’avons évoqué précédemment, le CSCOM comporte sept unités correspondant, en fait, aux diverses activités de soins : consultation, maternité, soins et injections, accouchement, pharmacie, perfusions. Chacune de ces salles est dirigée par un chef d’unité qui doit rendre compte de son travail au médecin-chef. Seule exception, la gérante de la pharmacie est directement soumise au trésorier général de l’ASACO. Elle recueille les recettes des différentes unités (frais d’accouchement, prix des soins infirmiers et perfusion) qu’elle verse quotidiennement au trésorier ainsi que les recettes de la pharmacie et des tickets de consultation.

Le médecin dépend de ces revenus puisqu’il exprime ses besoins au trésorier qui effectue les dépenses, en rapport avec le président du comité de gestion... qui est aussi le président du conseil d’administration et de l’ASACO. Ces deux personnalités sont donc les véritables gérants financiers du centre. Le médecin-chef n’est qu’un responsable théorique des actes techniques. Responsabilité rognée, puisque beaucoup d’actes médicaux sont posés en son absence ou à son insu, souvent aussi au domicile des personnels ou à celui des patients. De plus, la plupart des agents techniques - et c’est pourquoi ils sont en poste - sont des protégés des élus locaux. Et puis, la manœuvre et le gardien relèvent aussi du comité de gestion qui assure leurs salaires. En fait, si nul ne conteste l’autorité du médecin, c’est parce qu’elle ne peut s’exercer avec rigueur sur ses agents.

Les documents comptables – livre journal, livre de caisse – reflètent cette situation. Ils sont mal tenus et, par exemple, il n’y a ni fiches de

stock ni fiche d'inventaire. Ce désordre dans l'établissement des documents comptables témoigne de la conflictualité des rapports entre les personnels techniques et les élus de l'ASACO, conflits qui naissent très souvent du flou des textes administratifs et d'ambitions individuelles pas toujours avouées.

En fait, le pouvoir est « bicéphale ». Il oppose la technique à la gestion et au contrôle du personnel et des revenus financiers.

C'est ainsi que le CSCOM de Sabalibougou 1 a connu sept médecins en moins de sept ans. Si, comme nous l'évoquions précédemment, certains ont abandonné leur service pour intégrer la fonction publique, la plupart a été révoqué par le conseil d'administration. Aux uns on a reproché de vouloir contrôler la gestion et les ressources financières du CSCOM. D'autres ont été soupçonnés de tenir une pharmacie parallèle. Un autre encore a été remercié parce qu'il ne voulait pas se soumettre à un conseil d'administration qui le trouvait hautain, et un peu trop « toubab » (ayant des manières de « Blanc »), et donc pas « assez bon médecin »...

En fait, les critères implicites des élus sont simples : un bon médecin ne revendique pas pour son salaire, il ne s'intéresse pas à la gestion du CSCOM, il n'a de préoccupation que pour ses malades. Parfois, le « bon médecin » est aussi celui qui permet de détourner discrètement des fonds. Ceux qui soulignèrent les exactions de certains membres du conseil d'administration l'apprirent à leurs dépens<sup>5</sup>. Ce fût, par exemple, le cas d'un médecin qui après avoir adressé une lettre au président de l'ASACO vit son intérim suspendu et confié à l'infirmier. Ayant refusé d'obtempérer, les forces de police furent requises. Le dossier serait parvenu jusqu'au niveau du Président de la République, lequel aurait désigné un inspecteur de la santé pour trouver une solution au conflit. Mais avant son intervention, l'inspection du travail, saisie par l'ASACO, avait jugé légal le licenciement avec solde de tout compte.

Un troisième type de conflit est politique. En effet, le conseil d'administration n'est pas homogène et les oppositions qui le parcourent trouvent leurs sources dans les appartenances partisans de ses différents membres. Ainsi, puisque le conseil municipal est dirigé par un maire appartenant à un groupe<sup>6</sup> de l'opposition, toutes les manœuvres sont bonnes chez le parti majoritaire pour tenter de contrôler « à la base »

---

5. Voici, entre autres, les griefs d'un médecin qu'on peut lire dans sa lettre ouverte adressée au président de l'ASACO le 27 mars 1994. Il y évoque « des détournement des biens du centre ; une spéculation sur l'argent du centre ; un non respect des statuts et du règlement ; pas d'assemblée générale, pas de réunion mensuelle du comité de gestion ; un mauvais traitement du personnel technique ».

6. Le maire à l'époque était un militant du Congrès National d'Initiative Démocratique (CNID) parti opposé à l'Alliance pour la Démocratie au Mali (ADEMA), parti au pouvoir depuis l'avènement du multipartisme au Mali.

divers secteurs stratégiques, dont celui de la santé. Ces querelles politiques conduisirent à la fermeture du centre et à la suspension de tout le personnel à l'exception du gardien et des membres de l'association des chasseurs chargés de surveiller les lieux. Diverses intrigues permirent ensuite de changer le conseil d'administration au profit du parti majoritaire. Le 03 juillet 1997, un bureau est mis en place avec à sa tête un instituteur issu du sérail du parti au gouvernement, l'ADEMA. Deux jours après cette prise de pouvoir, visibilité oblige, et grâce aux réseaux politiques, un nouveau centre, construit avec l'appui du FNUAP<sup>7</sup>, est inauguré...

Pour prévenir cette instabilité qui reflète celle de la commune, où le parti majoritaire s'est effrité autour de la désignation du nouveau maire, certains habitants vont se regrouper au sein d'une « Alliance des Intègres pour le Développement de la Commune » (AIDC). A l'instigation de cette alliance, le nouveau président, élu en décembre 1999, présente sa démission et une assemblée générale de remembrement est convoquée le 16 juin 2000... Le jeu reste ouvert, et signifie simplement qu'ici comme ailleurs la santé n'est pas qu'une affaire de soins. Elle est aussi un enjeu important des politiques locales.

### **L'accès aux soins des populations**

Pour de nombreuses personnes, le CSCOM est un lieu politique, qui est passé des mains d'un groupuscule socio-religieux à un autre socio-politique. Cela n'est pas à leur goût.

Il est cependant difficile d'établir un rapport direct entre les conflits que nous venons d'évoquer et la fréquentation du centre par les populations. En effet, entre 1996 et 1998, 18 à 32 % de la population ont eu recours aux services du centre de santé pour les consultations externes, les accouchements et les consultations prénatales, dépassant ainsi de 8 à 10 % les prévisions. Par contre, durant cette même période, l'association gestionnaire (l'ASACO) n'a enregistré que 2 à 3 % d'adhésion.

Très banalement, les statistiques soulignent le lien entre la fréquentation du centre par les populations et la présence d'un médecin. Cette tendance s'accroît lorsque ce soignant est stable dans ses fonctions. Les populations prennent alors confiance et se rendent aisément au centre pour les consultations externes.

---

7. La construction du centre aurait coûté 28 891 308 FCFA entièrement couverts par le FNUAP.

Cependant d'autres facteurs peuvent dissuader les populations de fréquenter le centre de santé. Parmi ceux-ci, l'accueil, le prix, et la qualité « ressentie » des prestations sont déterminants. Nous allons maintenant décrire comment ces facteurs se déclinent en de modestes pratiques quotidiennes.

Le CSCOM reçoit en moyenne 21 malades par jour. Selon les personnels de santé, la plupart souffrent de « paludisme » et de « d'infections respiratoires ». Le centre effectue également environ un accouchement par jour. Voyons comment ces malades et ces parturientes sont reçus au centre de santé.

Le patient doit suivre un parcours précis. Il commence par l'achat d'un ticket auprès de la gestionnaire, qui est aussi la gérante de la pharmacie. Le malade peut ensuite se diriger vers le hall d'attente, en face de la salle de consultation du médecin. Muni de son numéro d'ordre d'arrivée, il attend, parfois assis sur un banc. Lorsque vient son tour, le médecin l'invite à entrer dans la salle de consultation, où se trouvent aussi l'infirmière, des étudiants stagiaires et des bénévoles. En l'absence de médecin, c'est l'infirmière titulaire qui dirige la consultation. Le patient doit ensuite aller à la pharmacie pour se procurer, auprès de la gérante, les médicaments prescrits. Il se dirige ensuite dans la salle de soins, et plus souvent encore, dans la salle de perfusion. Après le traitement, il quitte le CSCOM.

Mais il arrive que certains malades ne suivent pas ce parcours idéal. C'est notamment le cas des malades qui n'ont pas d'argent pour payer les médicaments, ou quand des femmes venues avec des enfants doivent d'abord présenter l'ordonnance à leurs maris. Certaines prennent soin de faire noter le prix des médicaments avant d'aller à la maison et de revenir plus tard avec l'argent nécessaire. D'autres, par contre, « brûlent les étapes » de cet itinéraire. C'est le cas des protégés : parents, amis et connaissances du personnel de santé. Très souvent ils ne payent pas le ticket ou se le font payer par les agents pendant qu'on les introduit directement dans la salle de consultation. Ils se dirigent ensuite tout aussi directement dans la salle de soins. En fait, ces patients sont traités comme des parents des soignants et, à ce titre, le personnel est censé prendre en charge les frais.

Ces deux types de parcours conduisent à s'interroger sur l'équité dans l'accès au CSCOM. En effet, pendant que certains patients arrivés très tôt, doivent attendre, d'autres, arrivés plus tardivement et souvent hors d'un contexte d'urgence, « passent » directement. Qui pis est, ces privilégiés prennent souvent leurs aises, tant chez le médecin que chez les infirmiers, prolongeant ainsi le temps d'attente des visiteurs du commun !

Un autre parcours est celui des femmes enceintes et des parturientes. Pour des raisons d'urgence, ces dernières sont le plus souvent directement admises dans la salle de travail, soit par les matrones, soit par la sage-femme pendant les jours ouvrables. Après leur accouchement, elles sont conduites dans la salle de suites de couches où elles peuvent se reposer

deux heures ou plus, selon leur état. Dans tous les cas, elles ne sont libérées qu'après le paiement des frais d'accouchement et éventuellement des médicaments administrés. Les sommes demandées varient entre 1 000 et 1 500 F CFA selon qu'il s'agit d'une adhérente ou non. Cependant, les parturientes interrogées affirment avoir payé au moins 4 000 F CFA.

Enfin, il y a le parcours des consultations prénatales (CPN). Ces femmes arrivent au centre à partir de 8 h, souvent avec leur panier de ménagère, pour pouvoir se rendre ensuite au marché. Elles prennent place sur des bancs métalliques ou en bois placés devant la maternité. Tour à tour, elles sont appelées par les matrones qui contrôlent leur tension, mesurent le poids et enregistrent les noms des femmes enceintes, avant de les laisser aller dans le bureau de la sage-femme. Elles terminent leur parcours au dépôt pharmaceutique, si nécessaire.

Ces parcours montrent que l'accueil des visiteurs est avant tout réglé par des préoccupations pécuniaires. Il est certes indispensable de générer des ressources, et à juste titre le premier contact des malades avec la structure de soins est la vendeuse de tickets. Cependant, dans un service de santé, l'accueil et le « tri » des malades ne peuvent se limiter à une démarche comptable. Or la gestionnaire ne se soucie ni de la maladie ni de l'état des malades. Ce dernier est considéré comme une source de revenus et non pas comme une personne souffrante. Si le malade peut payer le ticket, il pourra accéder aux soins, s'il ne le peut pas, son parcours s'arrêtera là. Et, pendant qu'il effectue ces démarches, il peut observer des « protégés » qui superbement ignorent la vendeuse de ticket et se dirigent directement chez le médecin...

Ces pratiques expliquent aussi la désaffection des populations pour une adhésion au CSCOM. Celle-ci pourrait pourtant être avantageuse pour les malades. Ainsi, la consultation varie de 300 F CFA pour les adhérents à 600 F CFA pour ceux qui ne le sont pas. De même les adhérents ne payent pas les soins infirmiers. Mais qui respecte vraiment ces règles ? Ceux qui connaissent des personnes dans le centre ne déboursent pas, d'autres paient à tempérament, d'autres enfin ne comprennent pas les raisons du traitement et sélectionnent les médicaments qu'ils vont acheter...

En fait le fonctionnement réel du centre infirme les utopies « communautaires » qui présidaient à sa création, et le CSCOM de Sabalibougou 1 autant qu'un centre de santé est le théâtre d'affrontements largement politiques. Est-ce une exception ou peut-on en déduire quelques règles plus générales ?

### Santé communautaire et notabilités

Ce que nous venons de décrire n'est qu'un exemple de ce qui se joue réellement sous des politiques de santé qualifiées en Afrique de l'Ouest de « communautaires » : des collectivités organisées prendraient en charge leurs besoins de santé....

Bien sûr, l'utopie est parfois nécessaire pour se fixer des objectifs. Mais il faut aussi comprendre le réel des conduites, cet écart entre les mots et les choses qui, paradoxalement, fait dire à certains (Diakité & al.1995) que les communautés sont les grandes absentes de la politique de santé communautaires au Mali. Faut-il modifier les stratégies sanitaires pour qu'elles s'adaptent aux processus observés ? Faut-il au contraire ne pas surseoir à ces programmes<sup>8</sup> et laisser régulièrement des « associations de santé communautaires » et leurs centres voir le jour ? Ayant toute réponse, si l'on s'accorde sur qui précède, il faut comprendre quels sont les réels acteurs sociaux initiateurs de ces associations chargées de gérer les centres de santé.

Pour découvrir quelques indispensables régularités, nous ouvrirons maintenant la réflexion à d'autres centres, comme ceux de Daoudabougou (ADASCO) et de Niamakoro (ANISACO).

À Daoudabougou, la mise en place de l'association de santé communautaire (ADASCO) est l'œuvre de deux politiciens membres du parti unique dissout après le coup d'État<sup>9</sup> de mars 1991. Durant leur « traversée du désert », ils pensent trouver dans les associations de santé communautaire un moyen de conquérir un nouvel électorat. Ils progressent discrètement et contactent un homme apprécié par les habitants du quartier, propriétaire d'un véhicule qu'il n'a jamais hésité à utiliser pour conduire des malades et des parturientes à l'hôpital. Ne serait-ce que pour mettre fin à ces dérangements nocturnes, nos anciens politiciens savent qu'il ne refusera pas de diriger une association qui se propose d'ouvrir un centre de santé dans le quartier. Ils ne se sont pas trompés. L'intéressé épouse leur idée. Le chef de quartier et son conseil auxquels ils exposent leur plan avec un argumentaire fondé sur l'immensité du quartier et l'éloignement du premier centre de santé communautaire adhèrent également à leur projet. Les conditions sont alors réunies et l'association de santé communautaire de Daoudabougou (ADASCO) voit le jour avec à sa tête l'honorable bienfaiteur du quartier.

---

8. Voir à cet effet le rapport de l'étude du groupe « Pivot Santé » : « La santé communautaire au Mali: aspects juridiques, réglementaires et économie politique », mai 2000.

9. Il s'agit de l'Union Démocratique du Peuple Malien (UDPM) de Moussa Traoré et de ses organes, à savoir l'Union Nationale des Femmes du Mali (UNFM) et l'Union Nationale des Jeunes du Mali (UNJM).

En assemblée générale, le rôle des deux politiciens est apprécié à sa juste valeur. Ils sont ainsi réhabilités et peuvent reprendre leurs activités politiques avec la bénédiction de celui qu'ils ont propulsé à la présidence d'une association qu'ils ont créée de toutes pièces.

A Niamakoro, l'idée de la création d'un centre est venue d'un infirmier. Les fonds acquis par le choix d'une retraite volontaire anticipée lui ont permis d'ouvrir un cabinet de soins. Ayant du mal à le gérer, il décide de le transformer en centre de santé communautaire. Il contacte son ami et logeur, lui aussi membre de l'ex-parti unique, ainsi que sa femme, qui est appréciée dans le quartier. Ils réunissent d'autres amis et créent l'ANIASCO qui est la deuxième association de santé communautaire de Niamakoro. Notre infirmier en devient l'administrateur tandis que son logeur en assure la présidence et son épouse la trésorerie et un poste de matrone. Mais cette « réussite » sera brève. Obligé de recruter un médecin, notre administrateur s'empare des recettes du centre avant de fuir. Il n'a jamais été inquiété, mais le centre est longtemps resté logé dans une maison délabrée. La promesse du Chef de l'État d'un appui financier pour la construction d'un centre plus vaste et moderne réveille les querelles. Le premier président, aujourd'hui défunt<sup>10</sup>, explique que les militants du parti gouvernemental estiment qu'il ne doit plus gérer l'association puisqu'il appartient à un parti de l'opposition. Actuellement, la construction de ce centre est terminée. Le premier président de l'ASACONIA a juste eu le temps d'organiser son inauguration avant de rendre l'âme.

Au delà de ces cas particuliers, et si l'on prend aussi en compte ce qui se passe dans les autres capitales, certaines régularités peuvent être notées.

Tout d'abord, certains habitants du quartier travaillent comme « bénévoles » dans les centres et associations, espérant ainsi être embauchés plus tard dans ces structures.

Un autre groupe d'acteurs est constitué par des notables, chefs de quartier, fonctionnaires retraités, qui s'identifient plus ou moins aux centres de santé, qu'ils ne quittent presque jamais. Ils occupent, en général, les postes de président ou de trésorier. Ils se vivent comme indispensables au fonctionnement du centre et insistent souvent sur leur engagement moral : « Nous, les membres du comité de gestion nous n'avons qu'une motivation qui est morale. Nous sommes fiers d'assister et d'aider la population » (cf. le rapport d'Y. Diallo, 2000 :74). Bien sûr quelques avantages sont ainsi acquis : « Le chef de centre me donne le transport. Et si je tombe malade, ou mes amis, ou mes connaissances, nous sommes pris en charge. C'est valable pour tous les membres du comité de gestion ».

---

10. Le bruit court que sa mort est imputable à une attaque sorcière de ses adversaires pour obtenir le poste de président de l'ANIASCO...

Les membres des comités de santé sont le plus souvent recrutés parmi des leaders politiques de base, des chefs et des notables traditionnels, et des animateurs des associations locales. Rien de surprenant ni de scandaleux à cela : la santé est un enjeu des politiques locales. Simplement, nous sommes loin d'une illusoire émanation « démocratique » et spontanée et d'une non moins illusoire « communauté égalitaire ». Soulignons que l'on gagnerait en efficacité en l'abordant lucidement comme tel. Cette approche permettrait notamment de s'interroger sur la nécessité de ces organes de gestion et sur la mise en place de véritables instances de « contre-pouvoirs » (presse, justice, syndicats, etc.).

### **Les procédures de recrutement des personnels**

Au Mali, les centres de santé communautaire (CSCOM) sont des organismes de droit privé. Le recrutement de leur personnel obéit donc aux règles et procédures nationales consistant à ouvrir les postes vacants par voie de presse, à recueillir les candidatures, et à organiser des tests de recrutement selon des termes de références bien précis.

En fait, dans bien des cas, le recrutement du médecin se fait « sur le tas ». Ainsi, lorsqu'un médecin se désiste, un autre peut prendre directement sa place. Certains peuvent céder leur fonction à un de leurs camarades de promotion, parfois sans même en informer les membres de l'association.

Une fois recrutés, ces médecins organisent leur équipe : infirmiers, sage-femme et aides-soignants. Pour cela, ils font appel à ceux qu'ils ont connus lors de leurs stages dans les différentes structures sanitaires de la place. Ils peuvent aussi se voir suggérer, voire imposer, un agent par le bureau de l'ASACO. L'agent ainsi proposé est très souvent une fille, une nièce, un frère, en tout cas un proche des membres du bureau. Par exemple, la manœuvre de l'ASACOSAB est une cousine du président ; à Niamakoro, la matrone est l'épouse du président. On pourrait multiplier les exemples qui montrent que les méthodes qui sont utilisées pour accéder à l'ASACO sont les mêmes pour accéder au CSCOM.

Ces choix influent sur le fonctionnement quotidien des centres. En effet, dans les CSCOM, les médecins sont salariés et sont placés sous l'autorité du président du CSCOM. Comme nous l'évoquions précédemment, cette situation est source de conflits.

Lorsque les personnels sont des « protégés » des responsables des ASACO, ils ont tendance à se croire tenus de surveiller le médecin chef, pour lequel ils n'ont, dans ce cas, pas beaucoup d'égard. Par contre, lorsque ces personnels sont recrutés par les soins du médecin, la tendance

s'inverse et ils peuvent refuser de répondre aux injonctions des responsables associatifs, notamment sur des sujets sensibles comme la gestion des stocks et le prix des consultations et soins prodigués. Bien des conflits naissent de cette ambiguïté opposant un pouvoir « politique » et gestionnaire à des compétences techniques. Par exemple, certains médecins sont accusés par les responsables de détourner les biens du centre, de tenir une pharmacie parallèle, et même de pratiquer des avortements clandestins dans le centre. Inversement, la rigueur d'autres médecins dans la gestion du personnel est perçue comme une attitude hautaine. Leur souhait d'avoir un salaire à la mesure de leur rendement les fait apparaître comme des hommes voraces n'ayant souci que d'eux-mêmes.

A leur tour, ces médecins accusent les responsables de l'ASACO de ne pas respecter les textes fondamentaux des ASACO et de gérer l'association comme leur famille...

Dans d'autres capitales, les procédures sont différentes, puisque le personnel technique (médecins, infirmier) est nommé par l'État. Mais faut-il choisir entre des procédures légales et autoritaires (tout au moins en apparence) et des choix « de proximités » familiales et professionnelles ? Une nouvelle fois, la question ne se pose sans doute pas en ces termes. Simplement, peut-être vaudrait-il mieux évaluer l'équipe constituée sur ses résultats et la réalité de ses pratiques plutôt que de trop se préoccuper de son mode de recrutement. Peut-être aussi faudrait-il se souvenir du proverbe bambara soulignant « qu'on ne met pas deux lames dans un même fourreau ».

### **Des populations pragmatiques**

Les populations ne s'intéressent pas particulièrement à la gestion des centres de santé. Elles ignorent les procédures de mise en place des comités, et ne savent pas non plus qui les représente au sein de l'ASACO. La mévente des cartes d'adhésion témoigne de ce désintérêt.

Cette attitude n'est pas liée à la fréquentation des centres de santé communautaire, qui par contre dépend étroitement de la présence d'un médecin et d'un personnel compétent. A Niamakoro, par exemple, on a noté une multiplication par 10 du nombre de consultations lorsqu'un médecin y travaillait. Les consultations dans ce centre sont passées de 20 ou 30 à plus de 300 par mois. A Daoudabougou, où la présence d'un médecin est constante, le nombre mensuel des consultations varie autour du même chiffre, et atteint même les 500 visites en période d'hivernage lors de la recrudescence du paludisme.

L'absence de médicaments dans la pharmacie du CSCOM ne dissuade pas les populations de venir. L'essentiel tient à une bonne consultation et un bon diagnostic. Le médicament pourra toujours être acheté dans une autre pharmacie, même sous une forme générique.

Une des raisons de cette attitude est la composition de la clientèle des CSCOM, presque uniquement des femmes enceintes et des enfants en bas âge, deux catégories précieuses et « à risques » aux yeux des populations, notamment lorsqu'on n'arrive pas à diagnostiquer ce qui les afflige ou que les médicaments traditionnels ne sont pas parvenus à circonscrire le mal. Bref, ici comme ailleurs, les malades « votent avec leurs pieds » et cherchent une prise en charge efficace plus que des discours idéologiques.

### **Partir des choses telles qu'elles sont...**

En l'absence d'un système de soins assuré par l'État, les populations sont appelées à s'organiser pour gérer leurs affaires de santé. Cette préoccupation pour son propre bien être et cette obligation de « compter sur ses propres forces » est indispensable, sans doute. Il faut cependant dire les choses comme elles sont. Tout d'abord, les associations constituent des arènes politiques reflétant des oppositions locales et nationales. Elles servent donc à bien d'autres fins que celles qui se limitent à évoquer le « bien être de tous ». De même, la « bicéphalie » qui oppose un pouvoir médical à une légitimité politique est souvent préjudiciable au fonctionnement de ces centres de santé. La concorde entre ces acteurs n'est pas la règle. Enfin, les discours évoquant des « mobilisations communautaires » ne sont souvent que des arguments rhétoriques indispensables pour obtenir des financements de bailleurs extérieurs. Ces propos ne reflètent donc aucune « mobilisation » ou « volonté collective » unanime.

A l'inverse, on ne peut souscrire à des analyses excessives soutenant que la politique de santé communautaire ne profite jamais qu'aux couches sociales favorisées et aux grandes firmes pharmaceutiques (Hureiki 1999).

Le partage est plus instable. Certaines actions de « mobilisation sociale » permettent de parler de santé et d'indispensables normes de conduites collectives. Il suffit ici d'évoquer l'hygiène ou la prévention. De même, il n'y a sans doute rien de scandaleux à ce que des préoccupations politiques guident des actions de santé. N'est-ce pas aussi se préoccuper du bien de la cité ? Enfin on ne peut éviter, ici comme ailleurs, certaines contradictions entre des possibilités thérapeutiques et des contraintes économiques...

Espérons plutôt que l'on puisse parler un peu plus « vrai », afin d'aborder ces questions sérieusement, sans être embarrassé par des discours idéologiques divers, qui ne peuvent permettre d'analyser les difficultés rencontrées et de les résoudre.



## Bibliographie

- Akenzua, G. & al., 1981, « Maternal and child care in rural areas : the role of traditional birth attendants in Bendel State of Nigeria », *Journal of Tropical Pediatrics*, 27 : 210-14.
- Althusser L., 1970, *Idéologie et appareils idéologiques d'État*, La Pensée, n° 151, juin 1970.
- Althusser L., 1972, *Pour Marx*, Paris, Maspero.
- Amat-Rose, J.-M., 2000, « Santé et tropicalité en Afrique subsaharienne : un système multirisque », in Gruénais & Pourtier (eds), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, La Documentation française, numéro spécial, n° 195.
- Arendt H., 1972, *Du mensonge à la violence*, Paris, Calmann-Levy.
- Ariès P., 1975, *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Age à nos jours*, Paris, Seuil.
- Aubert N. & Pagès M., 1989, *Le stress professionnel*, Paris, Klincksieck.
- Augé M., 1986, « L'anthropologie de la maladie », *L'Homme*, 26 (1-2) : 81-90.
- Badie, B. 1992, *L'État importé*.
- Bado J.-P., 1996, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*, Paris, Karthala.
- Bailey F. G., 1971, *Les règles du jeu politique. Etude anthropologique*, Presses Universitaire de France, Paris.
- Balandier G., 1971, *Sociologie actuelle de l'Afrique Noire*, Paris, PUF.
- Balint M., 1960, *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot (première édition anglaise 1957).
- Banque mondiale, 1993, « Investir dans la santé », Washington.
- Banque mondiale, 1990, « Rapport sur le développement dans le monde 1990 », Washington.
- Baszanger I., 1989, « Douleur, travail médical et expérience de la maladie », *Sciences Sociales et Santé*, 7 (2) : 5-34.
- Bayart, J.F., (ed), 1996, *La greffe de l'État*, Paris, Karthala.
- Bayart, J.F., 1989, *L'État en Afrique. La politique du ventre*, Paris, Fayart.

- Beauvoir (de) S., 1964, *Une mort très douce*, Paris, Gallimard.
- Becker H., Geer B., Hughes E., Strauss A., 1961, *Boys in white. Students culture in medical schools*, Chicago, Chicago University Press.
- Bella (di) M.P., 1998, *Vols et sanctions en Méditerranée*, Amsterdam, Editions des Archives Contemporaines.
- Berry, S., 1993, *No condition is permanent. The social dynamics of agrarian change in Sub-Saharan Africa*, Madison, University of Wisconsin Press.
- Bierschenk, T., Chauveau, J.P. & Olivier de Sardan, J.P. (eds), 2000, *Courtiers en développement. Les villages africains en quête de projets*, Paris, Karthala.
- Bierschenk T. & Olivier de Sardan J.-P., 1997, « ECRIS : Rapid collective inquiry for the identification of conflicts and strategic groups », *Human Organisation*, 56 (2) : 238-244.
- Bierschenk, T. & Olivier de Sardan, J.P. (eds), 1998, *Les pouvoirs aux villages : le Bénin rural entre démocratisation et décentralisation*, Paris, Karthala.
- Blaise P., 2000, « Remettre la relation au cœur de la méthode clinique, une priorité pour améliorer la qualité des soins », *Lettre du RIAG* : 6-13.
- Blumenthal D., 1996, « Quality of care, what is it ? », *New England Journal of Medicine*, 335 : 891-894.
- Blundo G. & Olivier de Sardan J.-P., 2001, « La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest », *Politique Africaine*, 83, 2001 : 8-23.
- Blundo, G. et Olivier de Sardan, J.P., 2001, « Sémiologie populaire de la corruption », *Politique Africaine*, 83: 98-114.
- Blundo, G. et Olivier de Sardan, J.P. (eds), 2001, « La corruption au quotidien en Afrique de l'Ouest. Approche socio-anthropologique comparative (Bénin, Niger, Sénégal) », Marseille, Rapport de recherche (Union européenne et DDC).
- Bonnet D. & Jaffré Y., (eds), sous presse; *Les maladies de passage. La construction sociale des notions de transmissions, hygiènes et préventions en Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- Borsa S. & Michel C.-R., 1985, *Les hôpitaux en France au XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Hachette.
- Bourdieu P., 1980, « Le capital social. Notes provisoires », *Actes de la recherche en sciences sociales*, pp.2-3.
- Brouwere (de) V. & Van Lerberghe W., 1998, *Les besoins obstétricaux non couverts*, Paris, L'Harmattan.
- Bruce J., 1990, « Eléments fondamentaux de la qualité des soins : un schéma simple », The Population Council, Bureau régional pour l'Afrique francophone et lusophone, Travaux et documents n°1.
- Brunet-Jailly (ed), J., 1997, *Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- Brunet-Jailly, J., 2000, « La politique publique en matière de santé dans

- les faits en Afrique de l'Ouest francophone », in Gruénais & Pourtier (eds), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, La Documentation française, numéro spécial, n° 195 : 191-203.
- Brunschwig, H., 1983, *Noirs et Blancs dans l'Afrique noire française*, Paris, Flammarion.
- Canto-Sperber M., 1994, *La philosophie morale britannique*, Paris, PUF.
- Castel R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard.
- Castel R. & Haroche C., 2001, *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi*, Paris, Fayard.
- Certeau (de) M., 1974, *La culture au pluriel*, Paris, Christian Bourgois.
- Certeau (de) M., 1980, *L'invention du quotidien* (vol I), Paris, UGE.
- Chabal, P. & Dalloz, J.P. (eds), 1999, *L'Afrique est partie ! Du désordre comme instrument politique*, Paris, Economica.
- Chartier R., 1985, « Formation sociale et économie psychique : la société de cour dans le procès de civilisation », préface à *La société de cour* (Elias N.), Paris, Flammarion.
- Chauveau, J.P., Le Pape, M. & Olivier de Sardan, J.P., 2001, « La pluralité des normes et leurs dynamiques en Afrique », in Winter (ed), *Inégalités et politiques publiques en Afrique. Pluralité des normes et jeux d'acteurs*, Paris, Karthala.
- Chesnais, F., 1997, *La mondialisation du capital*, Paris, Syros.
- Chillio L, (sous presse), « Médicaments et prévention en milieu populaire songhay-zarma (Niger) » in Bonnet & Jaffré, (eds) *Les maladies de passages, la construction sociale des notions de transmissions, hygiènes et préventions en Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- Coser, L.-A., 1965, « The Sociology of Poverty », *Social Problems*, 13 : 140-148.
- Crozier, M., 1963, *Le phénomène bureaucratique*, Paris, Seuil.
- Crozier M., 1989, *L'entreprise à l'écoute*, Interéditions, Paris.
- Darré, J.P., 1997, *L'invention des pratiques en agriculture*, Paris, Karthala.
- Darré, J.P., 1999, *La production de connaissance pour l'action. Arguments contre le racisme de l'intelligence*, Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- Delavignette, 1939, *Les vrais chefs de l'empire*, Paris, Gallimard.
- Delumeau J. & Wanegfflen T., 1965, *Naissance et affirmation de la Réforme*, Paris, PUF.
- Delumeau J., 1992, *L'aveu et le pardon. Les difficultés de la confession XIII<sup>e</sup>-XVIII<sup>e</sup> siècle*, Paris, Fayard (première édition 1964).
- Diakité B.-D., Diakité D., 1995, « Les centres de santé communautaires le sont-ils réellement ? Le cas de Niamakoro », Bamako, INRSP.
- Dioubate, Y., Sangare, M., 1999, « Les déterminants des recours aux soins de santé à Conakry : Analyse selon le niveau de vie des ménages »,

- Conakry, D.R.S.V.C., RAPE, 56.
- DNSI, 1996, « Enquête démographique et de santé 1995-1996 », Bamako, Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées.
- Donabedian A., 1988, « The quality of care : How can it be assessed ? », *Journal of the American Medical Association*, 260 (12) : 1743-1748.
- Dozon J.-P. & Fassin D. (éds), 2001, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland.
- Dreyfus F., 2000, *L'invention de la bureaucratie. Servir l'état en France et en Grande-Bretagne et aux États-Unis (XVIII<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle)*, Paris, La Découverte.
- Drulhe M., 1996, *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*. Presses Universitaires de France, Paris.
- Dupront A., 1996, *Qu'est-ce que les Lumières ?*, Paris, Gallimard.
- Durieux P., 1997, *Evaluation, qualité, sécurité dans le domaine de la santé*, Paris, Flammarion.
- Ela J.-M., 1994, Afrique. *L'irruption des pauvres*, Paris, L'Harmattan.
- Eliacheff-Nassif C. & Raimbault G., 1974, « Problèmes relationnels des étudiants en médecine dans un service de pédiatrie », *Archives Françaises de Pédiatrie*, 31 : 451-462.
- Elias N., 1985, *La société de cour*, Paris, Flammarion.
- Emmett, I. & Morgan, D., 1987, « Max Gluckman and the Manchester shop-floor ethnographies », in Frankenberg (ed), *Custom and conflict in British society*, Manchester, Manchester University Press.
- ENCOMEC 1994, « Résumé final sur les résultats de recherche sur la réforme politique et la pauvreté en Guinée », Cornell Food and Nutrition Policy Program (CFNPP), New York, Cornell University.
- Estryng-Behar M., 1997, *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Reconnaissance, analyse et prévention*, Paris, ESTEM.
- Etard, P., 1995, « Etude de la mortalité maternelle dans le quartier de Bankoni à Bamako », Bamako, INRSP.
- Fall, A.S., 1994, « Et si l'insertion urbaine passait par l'investissement dans des réseaux sociaux ? Réseaux formels et informels de solidarité et de dépendance dans les quartiers de Dakar », in Lavigne Delville & Jacob (eds), *Les associations paysannes*. Paris, Karthala : 293-303.
- Fassin, D., 1996, « Exclusion, underclass, marginalidad », *Revue Française de Sociologie*, XXXVII : 37-75.
- Fassin D., 1996, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF.
- Fay C., 1995, « La démocratie au Mali ou le pouvoir en pâture », *Cahiers d'Etudes Africaines*, 137 : 19-53.
- Freidson, 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot (édition anglaise 1970).
- Gamaté Y., Prual A., Wolo J., Huguet D., 1994, « Are pædiatric wards in

- developing countries only places to dies ? », *Journal of Tropical Pediatrics*, 40, 1 : 54-57.
- Gauchet M., 1998, « Essai de psychologie contemporaine. Un nouvel âge de la personnalité », *Le Débat*, 99 : 164-181.
- Geremek B., 1976, *Les marginaux parisiens aux XIV<sup>e</sup> et XV<sup>e</sup> siècles*, Paris, Flammarion.
- Geremek, B., 1987, *La potence ou la pitié. L'Europe et les pauvres du Moyen Age à nos jours*. Paris, Gallimard.
- Geschiere P., 2000, « Sorcellerie et modernité : retour sur une étrange complicité », *Politique Africaine*, 79, 17-32.
- Giddens A., 1994, *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan.
- Giselnan M., 2001, *Connaissance de l'Islam*, Paris, Karthala.
- Goffman E., 1991, *Les cadres de l'expérience*, Paris, Editions de Minuit.
- Goffman E., 1961, *Encounters*, Indianapolis, Bobbs-Merill.
- Hahonou, E., 2001, « Service des urgences. Les interactions entre usagers et agents de santé à l'hôpital national de Niamey (Niger) », *Working Papers on African Societies*, 51 (Berlin: Das Arabische Buch).
- Hannerz V., 1983, *Explorer la ville*, Paris, Éditions de Minuit.
- Haroche C., (éd.), 1995, *Le for intérieur*, Paris, PUF.
- Hatzfeld J., 2000, *Dans le nu de la vie. Récits des marais rwandais*, Paris, Seuil.
- Henbest R. J. & Fehrsen G. S., 1992, « Patient-centeredness: is it applicable outside the West ? Its measurement and effect on outcomes », *Family Practice*, 9 (3) : 311-317.
- Herzfeld, M., 1992, *Production of indifference. Exploring the symbolic roots of Western bureaucracy*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Hirschman A. O., 1995 (a), *Défection et prise de parole*, Fayard, Paris.
- Hirschman A. O., 1995 (b), *Un certain penchant à l'autosubversion*, Fayard, (L'espace du politique), Paris.
- Hours B., 1985, *L'État sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, Paris, L'Harmattan.
- Hureiki J., 1999, « Jeux sanitaires en milieu touareg et mercantilisme occidental », in Bourgeot (ed), *Horizons nomades en Afrique sahélienne. Sociétés, développement et démocratie*, Paris, Karthala.
- Imbert J., 1996, *Les hôpitaux en France*, Paris, PUF.
- Israel L., 1971, *Le médecin face au malade*, Bruxelles, Charles Dessart.
- Ityavyar, D.A., 1984, « A Traditional Midwife Practice , Sokoto State, Nigeria », *Social Science and Medicine*, 18 (6) : 497-501.
- Jaffré Y., 1990, « Education et santé » in Fassin & Jaffré (eds.), *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses/AUPELF : 50-66.
- Jaffré Y., 1991, « Anthropologie et éducation pour la santé », *Cahiers Santé*, 1 : 406-414.
- Jaffré Y., 1996, « Les traits discrets de la santé et de la prise en charge du

- malade dans un village du Mali », *Prévenir*, 30 :115-121.
- Jaffré Y., 1999, « Les services de santé pour de "vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) », *Bulletin de l'APAD*, 17 : 3-17.
- Jaffré Y., 1999, « Pharmacies des villes, pharmacies "par terre" », *Bulletin de l'APAD*, 17: 63-70.
- Jaffré Y. & Olivier de Sardan J.-P., 1996, « Tijiri, la naissance sociale d'une maladie », *Cahier des Sciences Humaines*, 31 (4) : 773-795.
- Jaffré Y. & Olivier de Sardan J.-P. (eds), 1999, *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques en Afrique de l'Ouest*, Paris, PUF.
- Jaffré Y. & Olivier de Sardan J.-P. (eds), 2001, « Les dysfonctionnements des systèmes de soin. Rapport du volet socio-anthropologique. Enquêtes sur l'accès aux soins dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest », Marseille, Rapport de recherche (Projet Santé urbaine UNICEF-Coopération française).
- Jaffré Y. & Prual A., 1993, « Le corps des sages-femmes », entre identités professionnelle et sociale », *Sciences Sociales et Santé*, 11(2) : 63-80.
- Janowitz B., Lewis J.A., Burton N, Lamptey P. (eds), 1984, *Santé reproductive en Afrique sub-saharienne : les questions et les choix*, Research Triangle Park : Family Health International.
- Jauss H. R., 1978, *Pour une esthétique de la réception*, Paris, Gallimard.
- Jewkes, R., Naeemah, A. & Zodumo, M., 1998, « Why do nurses abuse patients ? Reflections from South African Obstetric Services », *Social Science and Medicine*, 47 (11) : 1781-1785.
- Knibiehler Y ., 1984, *Cornettes et blouses blanches*, Paris, Hachette.
- Le Goff J., 1999, *Saint-François d'Assise*, Paris, Gallimard.
- Lévinas E., 1994, *Liberté et commandement*, Paris, Fata Morgana.
- Lewis, O., 1963, *Les enfants de Sanchez. Autobiographie d'une famille mexicaine*, Paris, Gallimard.
- Lewis, O., 1969, *La vida, une famille porto-ricaine dans une culture de pauvreté : San Juan et New York*, Paris, Gallimard.
- Lipsky, M. 1980 *Street-level bureaucracy: dilemma of the individual in public services*, New-York: Russel-Sage Foundation.
- Lœvinsohn B P., 1990, « Health education interventions in developing countries : a methodological review of published articles », *International Journal of Epidemiology*, 19, n°4 : 788-794.
- Lund, C., 1998, *Law, power and politics in Niger*, Hamburg, Lit Verlag.
- Malasch C. & Pines A., 1977, « The burn out syndrome in the day care center », *Child Care Quarterly*, 6, 100 : 61-62.
- Manoni O., 1950, *Psychologie de la colonisation*, Paris, Seuil.
- Marie A. (ed.), 1997, *L'Afrique des individus*, Paris, Karthala.
- Ollivier B., 1995, *L'acteur et le sujet. Vers un nouvel acteur économique*, Desclée de Brouwer.

- Olivier de Sardan J.-P., 1995, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Karthala.
- Olivier de Sardan J.-P., 1999, « Les représentations des maladies : des modules ? » in Jaffré & Olivier de Sardan (eds), *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris, PUF : 15-40.
- Olivier de Sardan, J.P., 1999, « A moral economy of corruption in Africa ? », *The Journal of Modern African Studies*, 37(1) : 25-52 (repris in R. Williams, ed., *Explaining corruption*, vol 1 : *The politics of corruption*).
- Olivier de Sardan, J.P., 2000, « Dramatique déliquescence des États en Afrique », *Le Monde Diplomatique* (février 2000).
- Olivier de Sardan, J.P., 2001 « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest », *Autrepart*, 20: 61-73.
- Olivier de Sardan, J.P., Moumouni, A. & Souley, A., 2000, « L'accouchement, c'est la guerre. Accoucher en milieu rural nigérien », *Afrique Contemporaine*, 195: 136-154.
- OMS, 2000, « Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 », Genève, OMS.
- OMS-FNUAP-UNICEF, 1993, « Les accoucheuses traditionnelles ». Déclaration conjointe, Genève OMS.
- Ouattara, F., 1999, « Savoir vivre et honte chez les Senufo Nanerge (Burkina Faso) », Marseille, EHESS, Thèse de doctorat.
- Padioleau J.G., 1986, *L'ordre social. Principes d'analyse sociologique*, Paris, L'Harmattan.
- Paugam, S., 1991, *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF.
- Peter J.-P., 1996, « Connaissance et oblitération de la douleur dans l'histoire de la médecine », in Héritier (ed), *De la violence*, Paris, Odile Jacob : 367-396.
- Polanyi K., 1972, *La grande transformation. Aux origines politiques et économiques de notre temps*, Paris, Gallimard (édition anglaise 1944).
- Raimbault G., 1973, *Médecins d'enfants (onze pédiatres, une psychanalyste)*, Paris, Seuil.
- Raimbault G. & Zygoris R., 1976, *Corps de souffrance, corps de savoir*, Lausanne, L'Age d'Homme.
- Revel J., 1996, « Présentation », in Revel (ed), *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*, Paris, Gallimard / Le Seuil.
- Ricœur P., 1995, *Réflexion faite. Autobiographie intellectuelle*, Paris, Editions Esprit.
- Rowntree, B.S., 1901, *Poverty. A study of town life*, Londres.
- Sainsaulieu R., 1987, *Sociologie de l'organisation et de l'entreprise*,

- Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.
- Salem, G., Cadot, E. et Fourmet, F., 2000, « Villes africaines et santé : de la jeunesse des vieilles endémies, à l'émergence de nouvelles épidémies », in Gruénais & Pourtier (eds) *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, La Documentation française, numéro spécial, n° 195 : 60-70.
- Sapir M., 1972, *La formation psychologique du médecin*, Paris, Payot.
- Sartre J.-P., 1943, *L'être et le néant, Essai d'ontologie phénoménologique*, Paris, Gallimard.
- Sayad, A., 1999, *La double absence*, Paris, Seuil.
- Schmitt J.-C., 2001, *Le corps, les rites, les rêves, le temps. Essais d'anthropologie médiévale*, Paris, Gallimard.
- Sennet, R., 1979, *Les tyrannies de l'intimité*, Paris, Seuil.
- Simmel, G., 1971, « The poor », in Levine (ed.), *Georg Simmel : On Individuality and Social Forms*, Chicago, The University of Chicago Press : 150-178.
- Simmel G., 1987, *Philosophie de l'argent*, Paris, PUF.
- Simmel G., 1998, *La parure et autres essais*, Paris, Editions Maison des Sciences de l'Homme.
- Souley A., 1998, « Angozama da mai biki : accoucher en milieu rural hausa du Niger (Tahoua-Maradi) », Marseille, Mémoire de DEA (EHESS).
- Strauss A., 1992, *Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme*, Paris, Métailié.
- Strauss A., 1993, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.
- Sundari, T.K., 1992, « The untold story : have the headline care system in developing countries contribute to maternal mortality ? », *International Journal of Health Services*, 22 : 513-528.
- Taylor C., 1998, *Les sources du moi. La formation de l'identité moderne*, Paris, Le Seuil.
- Thomas L.-V., 1982, *La mort africaine. Idéologie funéraire en Afrique Noire*, Paris, Payot.
- Tidjani Alou, M., 1994, « Les projets de développement sanitaire face à l'administration publique au Niger », *Santé Publique* (4): 381-382.
- Tidjani Alou, M., 1992, « Les politiques de formation en Afrique francophone. Ecole, État et société au Niger », Bordeaux, Thèse de doctorat (Université de Bordeaux I).
- Tidjani Alou, M., 2001, « Globalisation: l'État africain en question », *Afrique contemporaine*, n° spécial décentralisation.
- Todorov T., 1994, *Face à l'extrême*, Paris, Seuil.
- UNICEF, 1997, « La situation des enfants dans le monde », Genève, UNICEF.
- UNICEF, 1999, « L'initiative de Bamako, plus de 10 ans après : 1987-

- 1999 », Bamako, Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées/UNICEF.
- Vangeenderhuysen C. & Mounkaïla N., 1996, « Enquête multicentrique MOMA sur la mortalité et la morbidité grave au cours de la grossesse », Niamey, Ministère de la Santé Publique.
- Vernant J.-P. & Vidal-Naquet P., 1972, « Ebauches de la volonté dans la tragédie grecque », in *Mythe et tragédie en Grèce ancienne*, Paris, Maspero : 41-74.
- Walzer M., 1997, *Sphères de justice. Une défense du pluralisme et de l'égalité*, Paris, Seuil.
- Weber M., 1971, *Economie et société*, Paris, Librairie Plon.
- Wellmann B., Richardson R. J., 1987, « Analyse des réseaux sociaux. Principes, développements, productions », in : Actes du séminaire « Un niveau intermédiaire, les réseaux sociaux », IRESO-CNRS, Paris.



# Table des matières

Avertissement .....	5
---------------------	---

## PREMIÈRE PARTIE

### PRÉSENTATION ET RÉSULTATS

<b>1. Pourquoi et comment de telles enquêtes sur un tel sujet ? .....</b>	<b>9</b>
<i>Y. Jaffré &amp; JP. Olivier de Sardan</i>	
La gravité de la situation et les échecs successifs .....	9
Notre perspective opérationnelle.....	10
Notre histoire scientifique .....	12
La méthodologie.....	14
<b>2. Dossier : Le centre de santé à base communautaire de Sagbé à Abidjan .....</b>	<b>19</b>
<i>C. Konan Bla</i>	
Présentation du quartier .....	19
Le FSU COM de Sagbé .....	20
Le dispensaire .....	24
La pharmacie .....	31
La maternité .....	33
Conclusion .....	46
<b>3. Un diagnostic socio-anthropologique : des centres de santé malades.....</b>	<b>51</b>
<i>Y. Jaffré &amp; JP. Olivier de Sardan</i>	
Tendances communes et variantes. ....	51
Quelques logiques transversales.....	85

## DEUXIÈME PARTIE

## DESCRIPTIONS ET CONSTANTES

<b>4. Un environnement inhospitalier .....</b>	<b>105</b>
<i>A. Souley</i>	
Les parcours des usagers .....	106
La mauvaise qualité de l'accueil et des soins.....	127
En guise de conclusion .....	152
<b>5. Pauvreté et maladie.....</b>	<b>157</b>
<i>Y. Diallo</i>	
Des problèmes complexes de définition de la pauvreté .....	159
Le vécu de la pauvreté.....	164
Une typologie de la pauvreté.....	179
Les recours aux soins des pauvres hors des centres de santé publics ...	182
La fréquentation des centres de santé publics ou communautaires par les pauvres .....	195
L'exclusion par le déficit en capital social et culturel .....	205
Les réponses et la « débrouillardise » des pauvres.....	208
Conclusion.....	215
<b>6. Quel façonnement organisationnel des centres de santé en Afrique de l'Ouest .....</b>	<b>217</b>
<i>Y. Diallo</i>	
Le modèle messianique .....	218
La gestion néo-patrimoniale.....	224
La gestion par « le laisser faire ».....	230
Conclusion.....	235
<b>7. « Contexte » et « Gombo » dans les formations sanitaires .....</b>	<b>237</b>
<i>M. Koné</i>	
La politique de recouvrement des coûts.....	237
Corruption, racket, clientélisme et faveurs dans les formations sanitaires urbaines en Afrique : un mal nécessaire ?.....	240
Des moments, lieux et acteurs privilégiés .....	242
Un univers sémiologique riche et diversifiée selon les pays.....	247
Une pluralité de formes et de normes.....	249
Conclusion.....	260

## TROISIÈME PARTIE

**EXPLICATIONS ET PROPOSITIONS**

<b>8. Pourquoi le malade anonyme est-il si « mal traité » ?</b>	
<b>Culture bureaucratique commune et culture professionnelle de la santé</b> .....	265
<i>JP. Olivier de Sardan</i>	
Préalable : normes et comportements.....	269
La culture bureaucratique commune.....	272
La culture professionnelle de la santé.....	283
Conclusion.....	292
<b>9. La configuration de l'espace moral et psychologique des personnels de santé</b> .....	295
<i>Y. Jaffré</i>	
Le contexte professionnel.....	298
Les cadres de l'interaction.....	302
Les modalités de la relation entre les soignants, les malades et les parturientes.....	304
Construire un espace relationnel.....	319
Négocier son autonomie sociale.....	323
Construire une identité où l'on se reconnaisse.....	330
Conclusion : des espaces tiers pour une éthique professionnelle..	334
<b>10. Réformer une éthique sous contraintes ?</b> .....	339
<i>Y. Jaffré &amp; JP. Olivier de Sardan</i>	
Les extensions abusives du pouvoir de soigner.....	340
Les technologies relationnelles sont-elles des réponses ?.....	345
Une relative confiance « malgré tout » dans le système de santé moderne.....	348
Des corps professionnels instables.....	350
Le déficit déontologique.....	352
Un monde désaccordé.....	354
Revenir à la réalité des lieux de travail.....	356

**ANNEXES**

<b>Niamey : le complexe sanitaire de Boukoki</b> .....	361
<i>H. Moussa</i>	
Le quartier de Boukoki.....	362

Le complexe sanitaire.....	363
Le CSI (Centre de Santé Intégré).....	366
Le CSMI (centre de santé maternelle et infantile) .....	372
Le PEV (Programme élargi de vaccinations .....	375
La maternité.....	379
<b>Conakry : le centre de santé public de Gbessia-port .....</b>	<b>387</b>
<i>Y. Diallo &amp; M. Campel Camara</i>	
Présentation du quartier.....	387
Le centre de santé de Gbessia-Port .....	388
Le personnel du centre de santé .....	391
Qu'observe-t-on dans les principaux postes de travail ?.....	395
Le circuit de quelques malades dans le centre de santé .....	419
Conclusion.....	428
<b>Bamako : la santé communautaire, et le centre de Sabalibougou.....</b>	<b>429</b>
<i>A. Boré, Y. Jaffré &amp; Y. Touré</i>	
Le centre de santé communautaire (CSCOM) de Sabalibougou 1..	430
L'association de santé « communautaire » : ASACOSAB 1 .....	431
Le centre de santé.....	434
Les personnels du CSCOM.....	434
Quelques types de dysfonctionnements au quotidien .....	436
L'accès aux soins des populations.....	439
Santé communautaire et notabilités.....	442
Les procédures de recrutement des personnels .....	444
Des populations pragmatiques .....	445
Partir des choses telles qu'elles sont... ..	446
<b>Bibliographie.....</b>	<b>449</b>

Achévé d'imprimer en mai 2003  
sur les presses de la Nouvelle Imprimerie Laballery  
58500 Clamecy  
Dépôt légal : mai 2003  
Numéro d'impression : 304181

*Imprimé en France*

Dans les centres de santé publics d'Afrique de l'Ouest, les malades sont trop souvent mal reçus, mal traités et mal soignés par les personnels de santé. C'est ce que démontre de façon irrécusable cet ouvrage. Pour la première fois, un tel constat est fait publiquement sur une base empirique solide, sans complaisance mais aussi sans polémique. Bien que, depuis une trentaine d'années, les réformes des systèmes de santé et les formations destinées aux soignants se soient succédées, l'insatisfaction des populations reste grande.

En s'appuyant sur des enquêtes socio-anthropologiques menées simultanément pendant huit mois dans cinq capitales (Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar, Niamey), ayant permis de constituer un corpus de plus de mille entretiens enregistrés et de plus de cinq cents séances d'observations systématiques, le livre s'attache à décrire la réalité quotidienne des interactions entre les soignants et les populations. Il rompt ainsi avec la « langue de bois » des institutions de développement, des responsables politiques et des programmes de santé publique.

Mais loin de condamner sans appel les personnels de santé, les auteurs entendent au contraire les aider, par ces analyses, à réformer de l'intérieur leurs pratiques, au niveau de la « ligne de front » clinique. Pour contribuer à cette nécessaire modification des comportements « à problèmes » des infirmières, infirmiers, sages-femmes, médecins et auxiliaires de santé, les descriptions précises et convergentes qui sont données de la situation, telle qu'elle existe « pour de vrai » dans les centres de santé et les maternités, débouchent sur des analyses historiques, sociales et psychologiques permettant de mieux comprendre les faits observés. Ce livre ouvre ainsi un débat nouveau, qui devrait désormais être incontournable, tant dans les domaines de l'anthropologie du développement et de l'anthropologie de la santé que dans celui de la santé publique.

*Yannick Jaffré, ancien maître de conférence à la Faculté de médecine du Mali, après une vingtaine d'années de pratique en Afrique dans les domaines du développement et de la recherche anthropologique, a rejoint le laboratoire en sciences sociales du SHADYC (EHESS-CNRS, Marseille), où il collabore à la formation doctorale, notamment en anthropologie de la santé. Il est aussi chercheur associé à l'UR de socio-anthropologie de la santé de l'IRD. Parmi de nombreuses publications, il a co-dirigé avec J.-P. Olivier de Sardan La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest (PUF).*

*Jean-Pierre Olivier de Sardan, directeur d'études à l'EHESS, directeur de recherche au CNRS mis à disposition de l'IRD et membre du SHADYC (EHESS-CNRS, Marseille), est actuellement en poste à Niamey, dans un laboratoire nigérien de sciences sociales, le LASDEL, dont il est un des fondateurs. Il a publié, entre autres ouvrages, Anthropologie et développement (Karthala), et a co-dirigé, avec T. Bierschenk et J.-P. Chauveau, Courtiers en développement. Les villages africains en quête de projets (Karthala).*

**Collection dirigée par Jean Copans**



9 782845 863736

ISBN : 2-84586-373-X