

Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS)

Sociologie, Histoire, Anthropologie et Dynamiques Culturelles (SHADYC)

Thèse pour l'obtention du grade de Docteur

En

Anthropologie Sociale

Présentée par

Fatoumata HANE

Emergence de la fonction soignante.

Reconfigurations professionnelles et politiques publiques autour de la prise en charge de la tuberculose au Sénégal.

Thèse dirigée par Laurent VIDAL
Directeur de recherche à l'IRD

Soutenue Publiquement le 18 Avril 2007

MEMBRES DU JURY

Bernard HOURS, Directeur de recherche à l'IRD

Raymond Massé, Professeur d'Anthropologie, Directeur du département d'Anthropologie de l'Université de Laval (Rapporteur)

Philippe MSELLATI, Directeur de recherche à l'IRD (Rapporteur)

Irène THERY, Directrice d'Etudes à l'EHESS

Laurent VIDAL, Directeur de recherche (Directeur de Thèse)

Jean François WERNER, Chargé de recherche à l'IRD

Sommaire

REMERCIEMENTS	7
INDEX DES SIGLES	8
RESUME	9
INTRODUCTION GENERALE	10
PREMIERE PARTIE : DES PROFESSIONS DE SANTE A LA PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE AU SENEGAL. CADRES D'ANALYSE ET AXES METHODOLOGIQUES.....	16
CHAPITRE I : LES PROFESSIONS DE SANTE : ANALYSE DES SAVOIRS ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN CONTEXTE	18
<i>Introduction.....</i>	18
SECTION I : DE L'ANTHROPOLOGIE DE LA MALADIE A L'ANTHROPOLOGIE DE LA SANTE	18
SECTION II : LA QUESTION DU SAVOIR DANS LA CONSTRUCTION DES PROFESSIONS DE SANTE	22
SECTION III : PRATIQUES EN CONTEXTE	27
1- <i>La négociation</i>	28
2- <i>La sociologie du travail</i>	29
<i>Conclusion.....</i>	32
CHAPITRE II : POLITIQUES PUBLIQUES ET SYSTEME DE SANTE AU SENEGAL...33	
<i>Introduction.....</i>	33
SECTION I : PROFESSIONNELS ET NON PROFESSIONNELS COMME RESULTANT DES POLITIQUES GLOBALES	33
1- <i>les Politiques d'Ajustement Structurel (PAS) et l'ouverture de la santé aux « bénévoles »</i>	33
2- <i>Place des centres et postes de santé comme résultant de la politique des Soins de Santé Primaires (SSP) : l'émergence des ASC</i>	35
3- <i>La politique de décentralisation administrative de 1996</i>	39
4- <i>Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) :</i>	40
SECTION II- STRUCTURES DE SANTE ET UNITES DE TRAITEMENT	42
<i>Conclusion.....</i>	47
CHAPITRE III : LA PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE AU SENEGAL	49
<i>Introduction.....</i>	49
SECTION I : LA TUBERCULOSE MALADIE « SOCIALE »	50
SECTION II- LA TUBERCULOSE, PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE	54
SECTION III- LA PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE AU SENEGAL : LE PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (PNT).....	59
<i>Conclusion.....</i>	65
CHAPITRE IV : METHODES, REFLEXIONS AUTOUR DES RAPPORTS ENTRE ANTHROPOLOGIE ET MEDECINE.....	67
<i>Introduction.....</i>	67
SECTION I : LA CONSTRUCTION DE L'OBJET.....	67

SECTION II : LES TECHNIQUES UTILISEES	69
1- <i>Les différentes étapes</i>	69
2 - <i>Les lieux d'enquête</i>	70
3- <i>Les documents écrits</i>	71
4- <i>Les observations : apports et enjeux</i>	72
5- <i>De l'intérêt des entretiens</i>	75
SECTION III : ENQUETER DANS LE MILIEU MEDICAL	79
1- <i>Images médicales de l'anthropologie</i>	80
2- <i>Statuts de l'anthropologue dans le champ médical</i>	82
a- Implication dans le cadre d'un essai clinique	82
b- L'expérience des restitutions	85
SECTION IV : CONTRAINTES METHODOLOGIQUES ET DEONTOLOGIE	87
<i>Conclusion</i>	89

DEUXIEME PARTIE : DEVENIR SOIGNANT. PROCESSUS ET CONTEXTE DE PROFESSIONNALISATION DES PERSONNELS DE SANTE90

CHAPITRE V : LA CONSTITUTION DES SAVOIRS : DE LA SOCIALISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE.....92

<i>Introduction</i>	92
SECTION I- LA CONSTRUCTION DES SAVOIRS CHEZ LES PROFESSIONNELS DE SANTE (MEDECINS, INFIRMIERS ET ASSISTANTS SOCIAUX)	93
1- <i>Les cursus de formation initiale et la place de la tuberculose chez les professionnels de santé</i>	93
a- Les médecins	93
b- Le personnel paramédical : infirmiers d'Etat et assistants sociaux	95
c- La diversité de cursus des infirmiers : les écoles privées de formation	98
2- <i>Les formations continues</i>	99
a- Les formations continues existantes	100
b- L'accès aux formations continues	103
c- La formation continue comme moyen d'accès à des postes de responsabilités	104
d- Les avantages économiques de la mobilité professionnelle	105
e- Enjeux sociaux de la formation professionnelle	107
SECTION II : DES SAVOIRS A LA SOCIALISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	108
1- <i>Des savoirs en décalage avec la réalité de l'exercice médical dans les structures de santé</i>	108
2- <i>Les facteurs de déqualification</i>	111
<i>Conclusion</i>	117

CHAPITRE VI : LES NON PROFESSIONNELS DANS LES STRUCTURES DE SANTE ET LES FONDEMENTS DE LA FONCTION SOIGNANTE.....119

<i>Introduction</i>	119
SECTION I : LES NON PROFESSIONNELS : COMMENT ACCEDÉ-T-ON A UN POSTE DANS LES STRUCTURES DE SANTE QUAND ON N'A AUCUNE QUALIFICATION ?	120
1- <i>La diversité des profils : entre ASC et stagiaires</i>	120
2- <i>le rôle des réseaux dans le recrutement et dans la promotion</i>	127
3- <i>L'alternative à l'absence d'accès aux formations : l'apprentissage sur le tas</i>	129
SECTION II : PROFESSION ET FONCTION SOIGNANTE : TYPOLOGIE DE L'ENGAGEMENT	133

1- Définition des postes, nature du travail.....	134
2-La part du savoir « profane » dans l'apprentissage d'une profession.....	137
SECTION III : STRUCTURATION ACTUELLE DE LA FONCTION SOIGNANTE DANS LES STRUCTURES DE SANTE AU SENEGAL.....	140
SECTION IV : PROFESSION OU FONCTION SOIGNANTE AU SENEGAL ?.....	147
Conclusion.....	150

TROISIEME PARTIE : ETRE SOIGNANT. PRATIQUES AU QUOTIDIEN ET CONSTRUCTIONS IDENTITAIRES152

CHAPITRE VII : ENTRE NORMATIVITE ET NEGOCIATION : LA DIFFICILE APPLICATION DES NORMES DE PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE.....155

Introduction.....	155
SECTION I : NORMES, DIRECTIVES ET RECOMMANDATIONS.....	156
1- Comment sont produites les normes ?.....	159
2- Les modalités de diffusion des normes.....	161
3- La légitimité de la personne qui énonce la norme.....	162
SECTION II : LES EFFETS DES CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES SUR LA DIFFUSION DES NORMES.....	163
1- Les supervisions sont- elles des cadres normatifs pertinents ?.....	165
2-Quand la norme contient les éléments de sa non application.....	166
SECTION III : CULTURE PROFESSIONNELLE ET NORMES PRATIQUES.....	169
1-Les effets contre-productifs de la normativité.....	169
2-Entre normes professionnelles et normes pratiques : émergence de la culture professionnelle.....	170
SECTION IV : PRATIQUES DES SOIGNANTS : LES TENTATIVES DE LEGITIMATION DES ECARTS	173
1- L'expérience suffit-elle pour justifier les écarts aux normes ?.....	174
2- L'application des normes... entre routine et négligence.....	176
SECTION V : LA DIFFICILE APPLICATION DES NORMES : LES NEGOCIATIONS SOIGNANTS- SOIGNES.....	178
1-La négociation interindividuelle.....	179
2-Négociation à distance.....	181
3- L'usage des registres sociaux.....	182
Conclusion.....	183

CHAPITRE VIII : LES INTERACTIONS ENTRE SOIGNANTS : LES FORMES D'EXPRESSION DE L'AUTORITE DANS LES STRUCTURES PUBLIQUES DE SANTE185

Introduction.....	185
SECTION I : RAPPORTS AVEC L'AUTORITE : POUVOIR ET AUTORITE DANS LES INSTITUTIONS HOSPITALIERES.....	186
SECTION II : LA PERCEPTION DE L'AUTORITE.....	188
1- Entre médecins, infirmières et stagiaires.....	188
2- Les limites aux applications des procédures.....	191
a- Quand le relationnel prend le dessus sur les normes professionnelles.....	191
b- Les formes de contestations de l'autorité.....	192
SECTION III : STRUCTURATION DES RAPPORTS HIERARCHIQUES DANS LES CENTRES DE SANTE	194

SECTION IV : RELATIONS ENTRE SOIGNANTS DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE	197
1- <i>Le manque de confiance et les accusations d'incompétence</i>	199
2- <i>Les conflits</i>	200
3- <i>L'indifférence ou la collaboration superficielle</i>	201
4- <i>Les stratégies de légitimation professionnelle</i>	202
5- <i>Le conflit d'intérêt</i>	204
Conclusion.....	205

CHAPITRE IX : CONSTRUCTION IDENTITAIRE DES SOIGNANTS : CULTURE DE SERVICE ET DELEGATION DES TACHES.....206

Introduction	206
SECTION I : CULTURE PROFESSIONNELLE, CULTURE DE SERVICE, CULTURE SOIGNANTE : LE CONTEXTE DE LA PROFESSIONNALISATION	207
1- <i>Le décalage entre formation théorique et pratique sur le terrain : la désillusion professionnelle</i>	210
2- <i>La création des espaces et des moments « hors normes » : comment le non officiel devient toléré ?</i>	212
3- <i>Entre démotivation et absentéisme : la délégation des tâches comme alternative à la productivité des structures sanitaires</i>	214
SECTION II : DE L'INTEGRATION DES NON PROFESSIONNELS PAR LA DELEGATION DES TACHES	217
1- <i>Que délègue t-on et à qui ?</i>	218
2- <i>Des tâches déléguées aux statuts construits</i>	221
SECTION III : LA CONSTRUCTION IDENTITAIRE ET LA QUETE DE LA RECONNAISSANCE SOCIO-PROFESSIONNELLE DES SOIGNANTS NON PROFESSIONNELS	223
1- <i>De l'absence de sanction et des erreurs non « assumées »</i>	226
2- <i>De la responsabilité des soignants</i>	228
SECTION IV : PERCEPTION DES INNOVATIONS DANS LA SANTE, INFLUENCE DE LA CULTURE DE SERVICE SUR LES COMPORTEMENTS DES ACTEURS.....	229
Conclusion.....	232

QUATRIEME PARTIE : DISCOURS ET ATTITUDES DES SOIGNANTS AUTOUR DE LA TUBERCULOSE.....234

CHAPITRE X : ENTRE REPRESENTATIONS ET PRATIQUES : STIGMATISATION ET BANALISATION AUTOUR DE LA TUBERCULOSE.....236

Introduction	236
SECTION I : LA CONSTRUCTION DES REPRESENTATIONS	237
1- <i>les stigmatisations</i>	237
2- <i>L'expérience de la maladie : entre vécu de la maladie et perceptions</i>	241
SECTION II : LES SAVOIRS MEDICAUX A L'EPREUVE DES REPRESENTATIONS	243
SECTION III : PRATIQUES DES SOIGNANTS	247
1- <i>Interactions soignants- soignés dans les différents services (consultation, labo, unité de traitement)</i>	248
a- La consultation.....	248
b- Le laboratoire	250
c- Les unités de traitement, lieu de différentes interactions	251

2- <i>Les messages donnés aux patients : les contraintes en actes</i>	255
SECTION IV : CONTRAINTES ECONOMIQUES ET SOCIALES DE LA TUBERCULOSE.....	262
1- <i>la tuberculose, facteur de déconnexion sociale</i>	262
2- <i>Implications économiques de la tuberculose</i>	265
SECTION V : LA PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE : UNE AUTRE VISION DES	
INTERACTIONS SOIGNANTS - SOIGNES	268
1- <i>En quoi les maladies chroniques modifient-elles les interactions soignants- soignés ?</i>	269
2- <i>Interactions entre patients : les maladies créent du lien social</i>	273
a- les malades, acteurs de la prise en charge de la tuberculose	273
b- Quand l'amitié naît dans la maladie.....	275
Conclusion :.....	277
CHAPITRE XI- ETRE EXPOSE A LA CONTAGION : PERCEPTIONS DES RISQUES ET	
STRATEGIES DES ACTEURS.....	279
Introduction	279
SECTION I : PERCEPTIONS DU RISQUE DE LA CONTAGION : ENTRE BANALISATION ET CRAINTE	
.....	280
SECTION II : REGLES MEDICALES ET DISPOSITIF ORGANISATIONNEL DE GESTION DES RISQUES	
DE CONTAGION DANS LE SYSTEME DE SANTE.....	285
1- <i>Des failles des dispositifs organisationnels</i>	287
2- <i>Attitudes des soignants face au risque : astuces ou stratégies réelles ?</i>	289
a- <i>La mise à distance, moyen de protection privilégié dans les structures de santé</i>	289
b- <i>De quelques astuces pour se protéger</i>	291
c- <i>La réalisation régulière d'examens médicaux</i>	292
d- <i>Le refus de faire son travail</i>	293
SECTION III : LES ATTENTES DES PERSONNELS DE SANTE EN MATIERE DE GESTION DES	
RISQUES DE CONTAGION :	294
1- <i>L'argent est-il garant de protection ?</i>	295
2- <i>Les demandes de formations</i>	297
3- <i>La disponibilité des mesures de protection</i>	298
SECTION IV : LE DENI DU RISQUE, UN MOYEN DE SE MAINTENIR DANS LA STRUCTURE DE	
SANTE.....	299
1- <i>De quelques expériences de contagion chez les personnels de santé</i> :.....	303
2- <i>Négligence ou paradoxe ? Quand les représentations bousculent les normes</i>	304
Conclusion : <i>Prise de conscience réelle des risques ou sentiment abstrait d'un danger ?</i>	
.....	307
CONCLUSION GENERALE : LA FONCTION SOIGNANTE : UNE NOUVELLE	
APPROCHE DES SYSTEMES DE SANTE ?	308
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	316
ANNEXES	335
<i>Annexe 1 : Carte des sites d'investigation</i>	336
<i>Annexe 2 : Fiches de traitement et de suivi</i>	337
<i>Annexe 3 : Informations recueillies lors de l'enregistrement du malade</i>	338
<i>Annexe 4 : Fiche d'un rapport d'activité des unités de traitement</i>	339
<i>Annexe 5 : Exemple de rapport de supervision d'un poste de santé</i>	340
<i>Annexe 6 : Questionnaire de l'étude sur l'Amélioration de l'Observance du traitement de</i>	
<i>la tuberculose au Sénégal</i>	345

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement Laurent Vidal pour avoir accepté d'encadrer ce travail avec beaucoup de patience et de compétence. Sa disponibilité, ses conseils et la confiance qu'il m'a accordée m'ont permis de mener à bien cette thèse dans les meilleures conditions.

Je remercie particulièrement Bernard Hours, Raymond Massé, Philippe Msellati, Irène Thèry et Jean François Werner pour avoir accepté de faire partie de mon jury.

Cette thèse n'aurait pu voir le jour sans la bourse de soutien de trois ans que m'a allouée le Département Soutien et Formation des communautés Sud (DSF) de l'IRD. Que ses responsables soient ici remerciés.

J'ai pu bénéficier d'excellentes conditions de travail dans mon laboratoire d'accueil, l'UR 002 « Acteurs et Systèmes de santé en Afrique » de l'IRD. Je remercie sincèrement Marc Eric Gruénais, Anne Juillet, Houria Boussaïd, Anne Attané et Fatoumata Ouattara pour leur soutien sans faille.

J'aimerais par ailleurs exprimer ma reconnaissance à Karine Delaunay dont la contribution importante dans cette thèse s'est manifestée par des commentaires et des suggestions fort judicieux et appréciés.

Je tiens à remercier Abdou Salam Fall qui a guidé mes premiers pas dans la recherche et qui continue à me témoigner soutien et confiance.

La collaboration avec Christian Lienhardt et Sylla Thiam m'a permis d'élargir mon champ de recherche. Je les remercie de m'avoir associée à leur projet de recherche et du bénéfice scientifique que j'ai pu en tirer.

L'expérience de Françoise Bouchayer sur l'étude des professions de santé fut en outre d'une aide précieuse. Ses relectures et conseils m'ont permis de mieux penser ma démarche.

Je remercie mes parents, mes amis et mes proches pour leur soutien sans faille tout au long de ce travail.

Je ne saurais terminer sans exprimer ma gratitude à tous les acteurs de santé : responsables d'organismes nationaux et internationaux, les personnels de santé et les malades qui m'ont accueillie dans leurs structures et accepté de répondre à mes questions.

Index des sigles

AMI	Assistance Médicale Indigène
ASC	Agent de Santé Communautaire
BAAR	Bacille Alcoolo- Acido - Résistants, dénomination courante des examens de crachats par les personnels de santé
BK	Bacille de Koch
BCG	Bacille Calmette et Guérin
CHU	Centre hospitalier et universitaire
CTO	Centre de Traumatologie et d'Orthopédie
DAHW	Association Allemande d'Aide aux lépreux
DASS	Direction de l'Action Sociale et Sanitaire
DOT'S	Directly Observed Treatment Short course
DERF	Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation
ENDSS	Ecole Nationale de Développement Social et Sanitaire
EPS	Etablissement Public de Santé/ Education Pour la Santé
IB	Initiative de Bamako
IDE	Infirmier d'Etat
IDR	Intradermoréaction
IEC	Information Education Communication
ISS	Institut Santé Services
LHL	Landsforeningen for Hjerte og Lungesyke
LNR	Laboratoire National de Référence
MSP	Ministère de la Santé
OCCGE	Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAS	Politiques d'Ajustement Structurel
PNT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
SNGE	Service National des Grandes Endémies
SSP	Soins de Santé Primaires
TB	Tuberculose
TDO	Traitement directement Observé
UICMR	Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires
UNICEF	United Nation for Children and Education Fund
USAID	United States Agency for International Development

Résumé

Diverses publications en Europe et en Afrique ont traité de la profession médicale. Centrés sur la description des catégories professionnelles ou sur la construction de la médecine, ces travaux se sont très peu intéressés à la diversité des groupes professionnels et de leurs interactions. Au Sénégal, la médecine ne s'est pas construite progressivement : elle a hérité d'un patrimoine fort, calqué sur le modèle occidental que les acteurs n'ont pas su reproduire. Parallèlement, les réformes et les politiques sanitaires ont ouvert la voie à l'irruption d'agents non professionnels dans le champ sanitaire. L'implication de ces derniers dans les activités médicales jusque-là réservées aux professionnels de santé a contribué à la redéfinition des contours et contenus de la profession médicale. La structuration actuelle des personnels de santé et les conditions d'exercice de la médecine sont marquées par le principe de délégation des tâches à des agents au profil très diversifié, dénaturant le sens de la profession. Ces agents non professionnels posent des actes de soins, occupent des fonctions, bref exercent le métier de soignant et aspirent à être reconnus comme tels. Dans le contexte de la prise en charge de la tuberculose au Sénégal, le concept de profession médicale semble peu opératoire. Nous assistons davantage à l'émergence d'une fonction soignante se structurant autour d'un savoir-faire pratique issu de l'expérience. En combinant approches anthropologiques, analyses des sources historiques et sociologie des professions médicales, ce travail offre un autre regard sur la construction des professions de santé à travers les prises en charge d'une maladie stigmatisante, en particulier la tuberculose.

Mots clés : Profession médicale, fonction soignante, tuberculose, structures de santé, politiques publiques et sanitaires, professionnels de santé.

Introduction générale

Longtemps inspirée des approches en ethnomédecine, l'anthropologie médicale s'est attachée à décrire des pratiques culturelles liées au traitement des maladies. Ainsi, tous les systèmes médicaux différents du modèle biomédical étaient alors qualifiés de médecines traditionnelles. Cette dichotomie s'effacera progressivement quand on se rendra compte que les malades ne recouraient pas exclusivement à un seul système médical.

Plus tard, au début des années 1980, à la suite des travaux d'A. Zempleni et M. Augé, l'anthropologie de la maladie, qui étudie les causes du mal, décrivant ainsi des systèmes de représentations de la maladie s'ajoutera progressivement à l'anthropologie médicale. La démarche privilégiée par l'anthropologie de la maladie est de décrire les dimensions sociales des états de santé. Elle a ainsi contribué à la connaissance des processus sociaux à l'œuvre dans la gestion de la maladie. La maladie, son étiologie ainsi que les moyens de la soigner deviennent l'objet principal de l'anthropologie de la maladie.

Cependant, le pluralisme médical mis en évidence par les anthropologues ainsi que les mutations des systèmes de santé participent à la redéfinition de nouveaux objets. Les transformations structurelles découlant des crises économiques et sociales que connaissent les systèmes de santé offrent un nouveau terrain de recherche à l'anthropologie de la santé. Ces espaces professionnels, de même que le savoir médical deviennent des objets anthropologiques à part entière. Notre problématique s'inscrit ainsi dans cette anthropologie des systèmes de santé en Afrique où les politiques publiques et sanitaires ont bouleversé la configuration des institutions sanitaires héritées de la médecine coloniale. Nous avons privilégié une analyse de la structuration des systèmes de santé au Sénégal à partir des modalités de prise en charge d'une pathologie afin de décrire les effets des politiques publiques et sanitaires sur les professions de santé.

Dans cette perspective, notre idée de départ était d'analyser les processus de construction des savoirs et les pratiques des professionnels de santé face à la tuberculose. Cette réflexion découlait du constat de la rareté des études anthropologiques en Afrique de l'Ouest portant spécifiquement sur la tuberculose et faisant l'articulation entre savoirs et pratiques professionnelles autour de cette maladie. Elle s'inscrivait dans une problématique plus large développée dans le cadre d'un projet de recherche sur « l'expérience des professions

médicales face à la tuberculose, au paludisme et à la prévention : une étude comparative Sénégal/ Côte d'Ivoire »¹ où nous avons la charge du volet tuberculose. Il s'agissait donc pour nous de décrire les modalités d'élaboration des connaissances sur cette maladie, les mécanismes d'acquisition, de transmission de ces connaissances ainsi que la manière dont elles sont actualisées dans les pratiques quotidiennes des professionnels de santé. Cette démarche s'inscrit ainsi dans le prolongement des réflexions initiées en histoire de la santé en Afrique. En analysant les conditions de production des sciences médicales dans les rapports entre le Nord et le Sud, ces réflexions mettent l'accent sur l'émergence de la médecine tropicale. Par ailleurs, elles mettent en relief l'évolution des recrutements et des formations des professions médicales et paramédicales mais aussi « les modalités d'affirmation identitaire de ces corps professionnels » (Mbaye, 2002 ; Illife, 1993 ; Bado, 1996). Ces travaux ont pu ainsi documenter « *l'établissement et le fonctionnement des institutions et réseaux (formels ou informels) au sein desquels le savoir médical est produit* » (Delaunay, 2005 :19). Sur cette base, nous avons alors opté pour une grille d'analyse inspirée de la sociologie des professions, afin de mieux cerner les enjeux autour de la définition des termes de « profession », de « métier », de « professionnalisation » dans le cadre de notre problématique relative aux savoirs et pratiques des professionnels de santé au Sénégal.

Cependant, les structures de santé sont constituées d'une diversité de corps professionnels et de métiers mais aussi de non professionnels de plus en plus impliqués dans des activités médicales et aspirant à être reconnus comme des professionnels de santé. Au fil des contacts avec le terrain, notre question de départ s'est considérablement modifiée dans la mesure où nous étions confrontée à des groupes non professionnels qui n'avaient pas suivi de formation académique, qui n'avaient pas les mêmes trajectoires professionnelles que les soignants professionnels mais qui, pourtant, occupaient les mêmes fonctions.

Dès lors, nous nous sommes intéressée à la professionnalisation de ces soignants non professionnels, notre question principale étant de savoir comment se définit et se structure la fonction soignante dans le contexte actuel des structures de santé en Afrique en partant de l'exemple de la prise en charge de la tuberculose au Sénégal. Partant, nous formulons l'hypothèse que le processus de construction identitaire des soignants non professionnels

¹ Projet coordonné dans son ensemble par Laurent VIDAL (IRD, Dakar) au Sénégal par Abdou Salam FALL (IFAN) et par Dakouri GADOU en Côte d'Ivoire. Ce projet de recherche, financé par le programme PAL+ du ministère français de la recherche, a débuté en novembre 2001 et a pris fin en décembre 2004. Il a fait l'objet d'une publication : Vidal L., Fall A.S. & Gadou D. (sous dir.), 2005. Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques. Paris, L'Harmattan (coll. « Logiques sociales ») 329 p.

remet en cause les conditions classiques d'émergence de la profession médicale. L'analyse anthropologique portera donc sur l'organisation des différentes professions médicales et leur structuration dans la durée. Ensuite, il conviendra de détailler les trajectoires professionnelles personnelles des soignants. De l'organisation institutionnelle d'un métier à la formation de ses représentants, il sera alors possible de se pencher sur les transformations des activités des soignants, professionnels et non professionnels. La réflexion portera sur la nature des relations établies au sein des équipes soignantes, susceptibles de se bâtir autour de la fonction officielle (médecins d'un côté, infirmiers de l'autre...) et des fonctions construites (Agents de Santé Communautaire, bénévoles, aides, etc.).

De plus, notre choix s'est trouvé renforcé par le constat selon lequel les modalités de la prise en charge de la tuberculose ont créé de nouvelles occupations débordant du cadre strictement médical, que les professionnels déléguaient aux agents non professionnels. Malgré la technicité croissante de la santé marquée par les avancées médicales importantes et un renouvellement constant des savoirs, nous avons remarqué que dans la prise en charge de la tuberculose, les savoirs spécialisés issus des apprentissages sont très peu sollicités.

Nous avons alors adopté une démarche consistant à décrire la complexité des situations professionnelles, pour en dégager des caractéristiques générales permettant de proposer un modèle d'analyse adapté au contexte des structures de santé au Sénégal.

Compte tenu de notre problématique relative à la construction de la professionnalité autour de la tuberculose, nos réflexions nous suggèrent donc un ensemble de questionnements autour desquelles se structure notre travail de thèse dont la question centrale peut être posée de la manière suivante : peut-on parler de profession médicale au Sénégal au regard de la diversité des profils des acteurs professionnels et non professionnels effectuant des activités médicales, et posant des soins ? Autrement dit, comment peut-on définir un soignant dans le contexte actuel des structures de santé au Sénégal ? Comment s'opère le processus de construction identitaire, tant au niveau des unités de traitement que lors des interactions entre les différents acteurs de la structure ou du système de santé ? Quelle est la nature du travail effectué ? Quels sont l'intérêt et les effets de la formation (continue) sur les pratiques des personnels de santé ? Comment des agents sans aucune qualification arrivent à se construire une identité de soignant et à être reconnus par leurs responsables à travers la prise en charge d'une maladie, la tuberculose ?

Dans cette perspective, notre problématique combine théories sociologiques et analyses anthropologiques et s'inscrit dans une démarche interactionniste. En effet, l'analyse interactionniste, notamment à travers la « grounded theory », semble pertinente pour saisir les pratiques des acteurs au quotidien dans les unités de traitement de la tuberculose, l'influence de la culture de service sur le façonnement identitaire ou encore les négociations au quotidien aussi bien dans les rapports entre soignés qu'avec les malades. D'une manière plus large, cette analyse permet de lire les effets de la structuration du système de santé sur les pratiques des soignants.

Dès lors, les objectifs que nous nous fixons dans cette thèse sont principalement :

- De saisir le poids des savoirs et politiques historiquement constitués dans le quotidien de la prise en charge de la tuberculose au Sénégal ;
- D'étudier les liens entre la formation des professionnels de santé et leurs pratiques face à la tuberculose au Sénégal ;
- D'analyser et de décrire les modalités concrètes de professionnalisation à partir des pratiques au quotidien des personnels de santé (professionnels ou non) face à la tuberculose au Sénégal

Dans cette thèse, nous avons par ailleurs pour ambition de montrer que l'observation et l'analyse des modalités de prise en charge d'une maladie particulière, ici la tuberculose, permet de repenser la problématique et la définition de la profession médicale appliquées aux conditions d'exercice de la médecine en Afrique. Ainsi, à partir de la description du fonctionnement des unités de traitement de la tuberculose, des interactions entre les différents soignants (professionnels et non professionnels), des rapports de ces derniers avec les malades, de la nature du travail et du statut réel occupé nous proposerons une réflexion plus générale sur les conditions d'émergence de la fonction soignante.

Ce cheminement théorique décrit, cette thèse se structure autour de quatre parties allant des éléments de portée générale à la description des discours et comportements des soignants professionnels et non professionnels chargés de la prise en charge de la tuberculose. Dans la première partie, nous retracerons les analyses menées en anthropologie de la santé et sociologie des professions, tout en affirmant notre position théorique : redéfinir les contours de la profession médicale et proposer ainsi les caractéristiques de la fonction soignante. Cette grille d'analyse s'articulant dans les pratiques des soignants, une présentation du système

sanitaire ainsi que des institutions nationales de prise en charge de la tuberculose s'avère nécessaire. De plus, cette présentation permettra de décrire les politiques publiques et sanitaires qui ont concouru à la structuration professionnelle actuelle des structures de santé. Ces dernières étant encore peu investies par l'anthropologie au Sénégal, nous présenterons les enjeux d'une démarche ethnographique, mais aussi les contraintes éthiques et déontologiques de certaines méthodes. Nous pourrions ainsi interroger la pratique anthropologique face à ces nouveaux objets.

La deuxième partie pose la problématique des conditions et modalités d'accès à la fonction soignante chez les soignants professionnels et non professionnels. Il s'agit d'expliquer et de décrire les processus de professionnalisation allant de la socialisation professionnelle à l'affirmation identitaire à travers les différentes formes d'engagement dans l'activité médicale. Nous pourrions ainsi dégager les caractéristiques structurantes de la fonction soignante au Sénégal, justifiant par là même la construction d'un modèle alternatif à celui de la profession médicale.

Dans la troisième partie, les contextes de la professionnalisation seront interrogés afin de saisir la manière dont se construisent les identités des soignants aux prises avec les normes professionnelles, les jeux de pouvoirs et les quêtes de légitimité. En effet, nous allons montrer, à partir de l'analyse des interactions quotidiennes entre soignants, comment fonctionnent les jeux de positionnement qui constituent *in fine* les ressorts de la fonction soignante.

Nous affirmons qu'il se crée de nouveaux métiers autour de la prise en charge de la tuberculose du fait des aménagements qu'elle impose au système et des nouvelles stratégies de traitement comme le Traitement directement observé (TDO) notamment. La quatrième et dernière partie examinera les spécificités de la prise en charge des maladies chroniques et stigmatisées sur les conduites des soignants. En effet, les discours et attitudes des soignants seront interrogés en même temps que nous décrirons les effets de la maladie sur les interactions. Les perceptions des soignants étant très peu questionnées, nous verrons comment elles influencent leurs pratiques et conditionnent leur rapport aux malades, aux structures et aux autres soignants.

Un tel découpage se justifie dès lors que nous estimons que la fonction soignante est un processus se déclinant dans la construction des savoirs lors de la socialisation et se

poursuivant dans les contextes d'expression de ces savoirs et dans la pratique quotidienne des acteurs, théâtre du façonnement des identités professionnelles. De ce point de vue, la prise en charge de la tuberculose constitue un exemple pertinent permettant de décrire la structuration actuelle des espaces professionnels de santé au Sénégal.

Première Partie :
Des professions de santé à la prise en charge de la tuberculose au
Sénégal.
Cadres d'analyse et axes méthodologiques

L'anthropologie de la santé s'intéresse de plus en plus aux institutions sanitaires longtemps considérées comme des espaces à part, sous le contrôle de la profession médicale.

Pourtant, ce mode de fonctionnement est aujourd'hui remis en cause par l'introduction des politiques globales de santé. Ces politiques concernent aussi bien les programmes nationaux de prise en charge d'une pathologie que les politiques publiques et sanitaires initiées depuis les années 1980. Elles ont entraîné des mutations importantes à différents niveaux : d'abord sur la structuration du système de santé avec un découpage sanitaire et des systèmes de hiérarchisation de niveaux de prise en charge complexes. Ensuite, chez les usagers l'introduction de la tarification rend l'accès à la santé de plus en plus problématique. Enfin, ces politiques ont participé à la redéfinition des professions de santé. En effet, les réformes qu'ont entraîné ces politiques publiques et sanitaires ont constitué un facteur de restructuration professionnelle au sein du système de santé. Elles ont favorisé l'émergence d'agents non professionnels collaborant avec les professionnels dans l'espace sanitaire. Ces derniers devaient provisoirement aider à faire face au déficit en personnel qualifié mais vu leur rôle dans le système de santé, ces agents non professionnels nourrissent de nouvelles ambitions : devenir soignant. La tuberculose constitue alors un moyen pertinent pour repenser les rapports entre politiques publiques et configuration professionnelle dans le système de santé au Sénégal. C'est ce que nous allons démontrer dans les trois chapitres qui suivent. Ils présentent les politiques et système de santé mais aussi les arguments théoriques et méthodologiques sur lesquels s'appuient ce travail de thèse.

Chapitre I : Les professions de santé : Analyse des savoirs et pratiques professionnelles en contexte

Introduction

L'entrée par la maladie suggère généralement une réflexion sur les représentations, alors que l'analyse des modalités de prise en charge s'impose dès lors que l'on veut étudier les savoirs et pratiques des soignants (Vidal & al., 2005). En effet, le mode de gestion d'une pathologie, telle que la tuberculose, renseigne sur des éléments de portée générale allant de l'analyse du fonctionnement des systèmes sanitaires à des descriptions plus fines sur les cultures organisationnelles à l'échelle des services de soins qui semblent orienter les pratiques professionnelles.

L'étude de la prise en charge de la tuberculose se prête à plusieurs modèles explicatifs développés en anthropologie de la santé, en sociologie du travail ou encore en sociologie des professions. Le but de ce chapitre est de proposer un cadre d'analyse permettant de saisir la manière dont se construisent les savoirs dans le système de santé et de suggérer une grille de lecture des pratiques en relation avec ces savoirs à travers l'exemple de la tuberculose. Pour ce faire, nous allons d'abord situer notre propos dans la diversité des champs de recherches en anthropologie de la santé et en sociologie des professions médicales. Ensuite, nous décrirons les caractéristiques de la tuberculose justifiant l'intérêt pour l'anthropologie de privilégier l'entrée par cette pathologie dans l'analyse du fonctionnement des structures de santé, en général et au Sénégal, en particulier.

Section I : De l'anthropologie de la maladie à l'anthropologie de la santé

Différents moments théoriques ont marqué le développement de l'anthropologie de la maladie, lesquels ont contribué à l'émergence d'une anthropologie de la santé de plus en plus axée sur les systèmes de santé. Les anthropologues ont d'abord porté leur attention sur les représentations de la maladie, celles-ci devenant de fait une thématique privilégiée de la discipline. Au sujet des sociétés non occidentales, ce sont en premier lieu les pratiques dites traditionnelles de gestion de la maladie, et plus particulièrement les conceptions magico-religieuses, qui ont été l'objet de descriptions et d'analyses en termes de modèles étiologiques servant de théories explicatives aux pratiques thérapeutiques. Les théories de Rivers (1924) et d'Evans Pritchard (1937) mettaient en avant le lien étroit entre religion et interprétation du mal. Progressivement, et notamment sous l'impulsion des travaux de M. Augé (1986), cette

conception opposant le magique au rationnel occidental a cédé le pas à une anthropologie de la maladie s'attachant à considérer l'ensemble des dimensions sociales de la confrontation individuelle et collective à la maladie et au malheur, mettant en rapport corps biologique et corps social (Bonnet, 1999). Dès lors, sans que ni leurs objets ni leurs méthodes ne se recouvrent, anthropologie et sociologie étaient en mesure de dialoguer (Augé et Herzlich, 1984) dans la commune perspective « *[d']étudier la représentation sociale de la santé et de la maladie* », c'est-à-dire « *[d']observer comment cet ensemble de valeurs, de normes sociales et modèles culturels est pensé et vécu par des individus de notre [ou de toute] société, [d']étudier comment s'élabore, se structure, logiquement et psychologiquement l'image des objets sociaux que sont la santé et la maladie* » (Pierret, 1984 : 3).

Parallèlement, l'anthropologie médicale a commencé à investiguer les articulations entre les représentations populaires et les conceptions de la médecine. J. Janzen (1995) et J. Benoist (1996) ont ainsi montré que, ce qui est déterminant pour comprendre les logiques des acteurs sociaux, ce sont les réponses thérapeutiques mobilisées par l'individu et/ou son groupe d'appartenance. Dans cette perspective, ces auteurs ont privilégié l'étude des itinéraires thérapeutiques décrivant la pluralité des recours dont disposent les individus face à la maladie, mobilisés conjointement ou successivement par le malade et son réseau de parents ou de connaissance agissant en tant que « groupe organisateur profane de la thérapie ». De telles recherches ont montré que ces pratiques, centrées, selon ces auteurs, sur la quête de sens, n'opèrent pas un cloisonnement étanche entre ce qui relèverait du médical (ou moderne) et ce qui relèverait du traditionnel.

Pour autant, la notion de « pluralisme médical » telle que définie par J. Benoist entend réintroduire, en référence à la prégnance du « social », des sortes de déterminants culturels dans la constitution des itinéraires thérapeutiques tels que les analyse J. Janzen. Il explique : « *le défi lancé par la multiplicité des choix, des conduites, des traitements adaptés simultanément ou en série par un même individu ne peut être relevé par une approche centrée sur le sujet, strictement individuelle, interactionniste, et qui ne retienne que la stratégie des choix afin d'accéder à leur logique. Une herméneutique des itinéraires conduit à une interprétation cognitive qui néglige l'incorporation des conduites de soins dans le social. Car le pluralisme médical est largement le résultat de rapports sociaux qui transcendent les conduites individuelles. Ils exercent des pressions sur les choix ; ils orientent, favorisent ou pénalisent les décisions. Ce serait un grave aveuglement que de ne laisser qu'une part congrue au social, alors qu'il est englobant et inclusif, et c'est à travers lui qu'on accède au sens du désordre des comportements* » (1996 :7). Dans le sillage de ces débats, B. Good

(1998) proposera une approche basée sur une épistémologique interprétative du discours médical pour saisir les représentations et pratiques influençant les systèmes conceptuels auxquels se réfèrent les sciences médicales.

Ces approches persistent ainsi souvent à opposer des représentations sociales ou culturelles de la maladie aux savoirs médicaux, en considérant qu'elles se conçoivent dans un champ extérieur à la médecine. Dans cette perspective, J.P. Olivier de Sardan et Y. Jaffré proposent d'analyser des conceptions ou savoirs populaires comme relevant d'un registre autre que médical. Elles se construisent, selon ces auteurs, à partir des bribes de savoirs locaux, des éléments de physiologie populaire constituant ainsi des représentations profanes. Ils considèrent que les chercheurs en sciences sociales, à force de chercher de la signification cachée, ont fini par confondre métaphore et signification réelle et sont ainsi trop souvent tombés dans le « piège du sens » : la société entière n'est pas toujours mise en jeu derrière la maladie, le désordre du corps ne correspond pas forcément à un désordre social. Ils proposent d'orienter l'analyse des représentations sur une « logique de la nomination » des symptômes en tenant compte des contextes afin de saisir la totalité des savoirs populaires dans leur intégralité et leur complexité. Constatant que nombre de maladies sont en fait souvent considérées comme prosaïques, naturelles (couramment appelées "maladies de Dieu"), ils montrent que savoirs et expériences des spécialistes et des non-spécialistes forment ensemble des conceptions populaires définies comme des « *représentations globalisantes, classant les expériences singulières de l'affection à partir de caractéristiques communes dans un nombre relativement restreint d'entités nosologiques populaires* » (1999 : 59). L'évolution théorique que connaît l'anthropologie de la maladie va favoriser le développement d'une anthropologie de la santé interprétée par certains auteurs dont M. Augé et F. Laplantine (1986) comme une rupture paradigmatique avec la conception anglo-saxonne de la discipline.

Désormais, l'analyse de ces processus de co-construction des conceptions de la maladie pénètre les structures de soins du système médical pour la saisir jusque dans le contexte de la relation thérapeutique elle-même. Si ce développement est particulièrement manifeste dans les travaux d'anthropologie suscités par la prise en charge du sida (Vidal, 1996 ; Gruénais & Vidal, 1994), c'est dans les travaux de sociologie que l'on semble trouver les prémices d'une telle démarche avec l'analyse des interactions entre soignants et malades, de l'institution hospitalière (Parsons, 1949; Carricaburu & Menoret, 2004).

L'anthropologie s'intéresse ainsi désormais aux dimensions institutionnelles et politiques de la santé publique aussi bien qu'aux conceptions et aux pratiques relatives à la maladie. Telle que la propose R. Massé, cette anthropologie de la santé porte une attention spécifique aux

modalités de penser la maladie et de la soigner, c'est à dire aux « *conceptions populaires et professionnelles, aux causes des problèmes de santé, à la nature des traitements [...], aux thérapeutes qui appliquent ces traitements, aux processus par lesquels les individus recherchent de l'aide et aux institutions qui régissent l'espace socioculturel de la santé* ». (1995 : 20). Autrement dit, comme le souligne D. Bonnet « *l'approche anthropologique ne se satisfait plus d'une étude holiste des représentations mais s'inscrit majoritairement dans l'analyse des pluralités des interprétations et des pratiques sociales des individus et des groupes au sein d'un système de santé qui est devenu lui-même objet d'étude* » (1999 : 6). Les systèmes de santé et particulièrement l'activité médicale se sont donc progressivement intégrés aux observations et réflexions de l'anthropologue qui s'intéresse aussi bien aux professions médicales qu'aux itinéraires thérapeutiques pluriels des malades, et aux interactions entre soignants et soignés comme aux savoirs sur la maladie qui s'y construisent, s'y diffusent et y sont appropriés (Freidson, 1984 ; Gobatto, 1999 ; Janzen, 1995 ; Vidal, 1996, 1999 ; Vega, 2000 ; Arborio, 2001 ; Rubbers, 2003).

Notre travail s'inscrit dans la perspective de ces études en essayant de saisir les pratiques médicales dans le cadre de la prise en charge d'une pathologie particulière, la tuberculose. Nous proposons de prolonger la réflexion en essayant de définir les contours de la profession médicale en prenant en compte le contexte du système de santé sénégalais aux prises avec des logiques et contraintes économiques, politiques et sociales. Notre questionnement s'enrichit du fait que les structures sanitaires ne mettent pas seulement en présence des soignants et des soignés (plus ou moins leur entourage) mais aussi différents profils de soignants, entretenant eux-mêmes des liens plus ou moins étroits ou plus ou moins distanciés avec l'institution médicale proprement dite comme avec les savoirs qui y sont construits et les pratiques qui y sont normées. Comme l'a montré D. Fassin, la santé n'est plus seulement le fait d'interactions entre malades et thérapeutes, c'est aussi un lieu d'expression de savoirs qui met en jeu des rapports de pouvoirs entre différents acteurs en quête de légitimité (1992 et 1996). En effet, l'ingérence des politiques publiques dans la gestion de la santé a eu comme conséquence, entre autres, l'émergence de non professionnels qui s'occupent de tâches jusqu'alors exclusivement réservées aux seuls professionnels. De ce point de vue, nous estimons qu'il y a une transformation ou tout au moins une redéfinition de l'identité de soignant impliquant une nouvelle grille de lecture des métiers et professions de la santé.

Ces questions ont commencé à être abordées par l'anthropologie de la santé en Afrique. Mais elles ont plutôt été appréhendées comme partie prenante des dysfonctionnements du secteur sanitaire que cette anthropologie a eu tendance à se donner pour objet d'investigation. En

effet, les études pionnières menées en Afrique subsaharienne ont porté sur l'analyse des dysfonctionnements dans les centres de santé (Olivier de Sardan et al., 2003), déclinant différentes « situations- problèmes » relevant d'un large éventail : « *style de management improvisé et mode d'organisation rigide ; 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 les uns à l'endroit des autres ; contrôle autonome d'espaces sectoriels de travail ; gestion clientéliste ; déficit de communication entre professionnel et clientèle, etc.* » (Fall, 2003 : 217). Dans ce cadre, l'implication d'agents non professionnels dans la dispensation des soins est présentée comme un élément déstructurant de l'activité médicale et comme étant à l'origine des écarts comportementaux. Or nous constatons qu'en dépit de ces dysfonctionnements, le système de santé fonctionne « grâce » à ces non professionnels. De notre avis, il faut considérer le fait que les agents non professionnels occupent une place centrale dans le quotidien du système de santé et il convient donc d'analyser comment ils participent d'un service public confronté aux attentes des usagers. D'un point de vue du fonctionnement réel des structures de santé, ce qui apparaît comme des dysfonctionnements, relèverait alors d'un style de gestion d'un système de santé ayant à composer avec des politiques publiques et sanitaires données, et n'ayant pas les moyens de son renouvellement professionnel.

La profession médicale s'étant imposée comme le principal acteur des systèmes de santé en développant un savoir spécifique sur la maladie et la classification ou la nomination des états en découlant, voyons comment celle-ci traite de la question des savoirs en fonction des évolutions de la sociologie des professions de santé.

Section II : La question du savoir dans la construction des professions de santé

S'il est un domaine où le savoir, en tant que corpus constitué de connaissances, occupe une place centrale c'est bien la santé, et plus particulièrement le processus de construction de la profession médicale. Les systèmes de santé ne sont pas seulement des lieux de définition de professions autour d'une activité. Ils sont aussi des lieux de production et de dispensation de connaissances qui se diffusent dans un environnement sanitaire de plus en plus complexe avec l'accroissement de la technicité et la présence d'intervenants d'horizons de plus en plus divers.

Or, le savoir médical s'est distingué du savoir rationnel scientifique (même s'il y puise sa légitimité en termes de rigueur) du fait de sa capacité à produire et à contrôler des

connaissances, mais aussi d'autres types de savoirs qualifiés alors, de « profanes », de « traditionnels » par l'analyse anthropologique notamment. J.P. Olivier de Sardan parlera de savoirs « locaux » en faisant le constat qu'il n'y a pas de système étiologique ou thérapeutique permanent ; les savoirs des guérisseurs ne sont ni standardisés ni stabilisés. En Afrique, les connaissances correspondent plus à des « savoirs en miettes », des ensembles flous, bricolés. Elles ne sont pas organisées comme dans les médecines savantes traditionnelles de type indien ou chinois (point également relevé par J. Illiffe). Parmi les travaux d'historiens², nous retiendrons particulièrement celui de J. Illiffe (1993) qui, en proposant une biographie collective des médecins en Afrique de l'Est, remet en cause le modèle professionnel dominant élaboré par les auteurs américains et anglo-saxons. Selon cet auteur, la non pertinence de la théorie des professions médicales dans le contexte africain est due au fait que la médecine, et par conséquent la profession médicale, n'est pas quelque chose de pensé et conçu par les africains, il s'agit d'un concept importé et imposé. La médecine traditionnelle africaine, très peu formalisée, n'est pas reconnue comme le fondement de la pratique actuelle. En outre, la médecine en Afrique n'a pas su s'autonomiser vis-à-vis de l'Etat ; celui-ci assurant aux médecins une formation, un emploi ainsi qu'une protection par rapport à l'exercice des tradithérapeutes. En traitant ainsi de la construction de la profession médicale en Afrique de l'Est, J. Illiffe démontre que la science médicale constitue un savoir importé, dont l'institutionnalisation comporte des spécificités par rapport au modèle occidental dominant, et dont la légitimité doit composer avec d'autres savoirs moins standardisés, sur ce que D. Fassin appelle le « marché de la santé ». Si les travaux d'historiens abordent la question du positionnement des « auxiliaires indigènes » dans le système médical colonial, ils évoquent trop rarement les processus d'intégration et de reconfiguration dans le système professionnel des Etats indépendants.

Par ailleurs, un autre trait distinctif de ces savoirs sont leurs processus d'acquisition et de transmission. Les savoirs profanes, des guérisseurs notamment, relèvent d'une révélation, d'un héritage ou d'une acquisition auprès d'un « maître » (Fassin, 1992, Vidal, 2004). Même si ce dernier modèle de transmission des savoirs s'apparente aux processus initiaux de formation à la médecine, celle-ci a su créer des institutions, dispenser des connaissances à la fois théoriques et pratiques qui lui ont conféré la légitimité de désigner et de soigner les états de maladie et de santé. Concernant la médecine et les savoirs y afférents, il y a eu un

² Certains historiens se sont intéressés en Afrique au développement des professions médicales et aux relations entres pouvoirs sanitaires, politiques, économiques et religieux (M'Bokolo, 1982 ; Vaughan, 1991 ; Bado, 1999).

processus assez long de construction de la science médicale qui a fini par s'imposer comme seule apte à définir et à soigner des états de maladie comme le montrent diverses études historiques et sociologiques (Foucault, 1963). Dans le cas spécifique des maladies infectieuses par exemple, A. Contrepois analyse les transformations des pratiques médicales qui ont accompagné l'émergence et le développement de la théorie des germes en France pendant quatre décennies. Il s'agit, selon lui, de comprendre « *ce qui constitue progressivement la « clinique des maladies infectieuses » qui suppose l'élaboration de concepts et de pratiques cliniques et de laboratoires originaux : nouveaux gestes, nouveau matériel, qui bouleversent, au cours de cette période la vie et l'image du praticien* » (2001 : 20). Le développement de cette théorie a changé les conceptions sur la tuberculose jusque-là considérée comme héréditaire et incurable. L'identification du bacille de Koch confirme son caractère contagieux avec comme corollaire les tentatives d'éradication de la maladie grâce aux campagnes d'hygiène et de vaccination et les mesures d'isolement des malades.

Ce détour sur l'autonomisation de la science médicale par rapport aux autres savoirs vise à comprendre ce qui constitue la spécificité des professions médicales. En effet, la profession médicale s'est non seulement construite mais se définit aujourd'hui à partir d'un savoir spécialisé et d'un apprentissage long. Elle exerce un contrôle sur son accès, réservé à une certaine élite, avec la création de facultés et la mise en place d'un ordre des médecins, « symbole de corporations » (Foucault, 1963). Elle s'est dotée d'un monopole légal de son activité et a pu assurer l'autonomie du contenu de son exercice et de son contrôle. De manière générale, E. Freidson disait de la profession qu'elle est « *la compétence attribuée sur la base d'un savoir spécialisé, et la délégation faite par la société aux membres d'un groupe pour exercer en toute autonomie l'activité sociale* » (1984 :243). Ces théories s'inscrivent dans une perspective d'identification de modèles professionnels à partir de leurs caractéristiques, qui sont comme le dit J.M. Chapoulie « *des représentations sociales des rôles et de l'organisation des professions, parfois dénommé « modèle professionnel » parce qu'il structure les aspirations d'un certain nombre de corps de métiers* » (1973 :89). Elles s'appuient sur un « idéal type » professionnel détenu et partagé par un groupe. Elles s'opposent ainsi aux développements pionniers de T. Parsons (1949) qui s'inscrivaient dans une perspective fonctionnaliste. Leurs recherches visent à définir les processus de construction des professions, à savoir leur fonctionnement ou la constitution des groupes professionnels. Ces travaux vont inspirer une diversité de théories qui donneront lieu à l'émergence d'une sociologie des professions médicales axée sur les modèles professionnels et les processus de professionnalisation (Freidson, 1984). D'un autre côté, ces travaux se distinguent des études

interactionnistes (Hughes, 1971 ; Strauss, 1992) qui se sont intéressées aux relations de face à face dans la perspective d'une anthropologie des pratiques quotidiennes dans les institutions hospitalières. Ces études ont ainsi contribué à l'identification de catégories telles que les « semi- professions » et les « segments » émanant de la division du travail au quotidien.

De fait, au sein des travaux consacrés à différents groupes professionnels (les cadres, les avocats, les bibliothécaires), la sociologie a montré que, tout en éclairant le processus de construction des professions en général, les professions de santé ont un statut et ont connu un processus de constitution distincts des autres métiers et occupations. Le travail sociologique a ainsi contribué à la compréhension de l'évolution de la médecine comme constituant un terrain contesté où les médecins, une fois établis, luttent pour maintenir leur domination professionnelle. Leur succès dans ces luttes a eu un fort impact sur la mise en forme des systèmes de santé dans nombre de leurs aspects, des interactions médecin- malade à l'organisation et la distribution des soins, du niveau macro-social au niveau local. E. Freidson (1984) a ouvert la voie à la réflexion sociologique sur les professions médicales, laquelle s'est poursuivie, en Europe et aux Etats-Unis, par différentes parutions sur les catégories professionnelles qui composent le système de santé (entendu dans le sens de système thérapeutique dont la mission est de guérir de la maladie). Ainsi, les médecins (Arliaud, 1987 ; Aïach, 1992), les infirmières, aussi bien dans une perspective historique que dans l'analyse des pratiques actuelles avec notamment le développement de la médecine palliative (Saliba et al. 1993, Véga, 2000), les aides soignantes (Arborio : 2001) ont fait l'objet de descriptions.

Par ailleurs, les théoriciens de l'interactionnisme, en montrant les limites d'un modèle général des professions révèlent leur caractère fragmenté et le fait qu'elles ne sont pas toujours prestigieuses (Becker, 1962 ; Hughes, 1971 ; Strauss, 1992) ; ils proposent plutôt de considérer les pratiques quotidiennes dans les milieux professionnalisés.

Deux éléments essentiels justifient ces références théoriques en anthropologie et en sociologie en Europe : d'abord, ces théories visent à concevoir une grille de lecture des espaces professionnels nous permettant ainsi de mieux analyser les situations relevées en Afrique et plus particulièrement au Sénégal. Ensuite, les études en anthropologie de la santé en Afrique portant sur la structuration professionnelle des systèmes de santé en mutation et plus spécifiquement sur la tuberculose sont très rares.

Au sujet de l'Afrique, parmi les contributions essentielles consacrées à l'analyse de la profession médicale (notamment Chiffolleau, 1997 ; Gobatto, 1999 ; Rubbers, 2003) figurent

des analyses sur la détention et la protection d'un savoir ou d'une expertise socialement valorisés, et celle de la position des détenteurs de tels savoirs dans les organisations. Cependant, si ces études abordent les motivations sous jacentes au choix de la profession médicale ainsi que les évolutions et transformations locales de l'exercice de la médecine, elles tendent à négliger les aspects relatifs aux contenus des savoirs de ces professionnels de la santé pour privilégier la description des processus de constitution d'une profession autonome dans les pays en développement. Elles ne donnent donc guère d'éléments sur l'évolution des connaissances accompagnant les réaménagements qu'a connus cette profession, nous renseignant aussi fort peu sur le contenu des formations reçues. De plus, ces études ne se sont guère intéressées aux transformations de l'activité médicale induites par les contraintes économiques et politiques du système de santé.

D'une manière générale, les études menées tant en Afrique qu'en Europe se penchent sur des groupes professionnels reconnus. Or, notre travail entend analyser des contextes de soins où cohabitent des professionnels et des catégories d'agents de santé sans qualification et sans statut professionnel qui, présents dans les structures de santé, sont en quête de professionnalisation.

Dans cette perspective, l'étude de A.M. Arborio, menée sur les aides soignants en France nous paraît intéressante à plus d'un titre. En effet, la description que fait l'auteur à propos des conditions d'émergence et de construction de ce groupe professionnel éclaire le processus de structuration de la professionnalité parmi les « agents communautaires » des structures de santé sénégalaises. Tout en ayant acquis une reconnaissance professionnelle *via* la création d'un corps propre avec une formation académique, un statut, les aides soignants sont encore dans l'impossibilité de se définir un « territoire » où exercer en toute autonomie et une activité dont ils auraient le contrôle. Autrement dit, les caractéristiques de la profession que sont l'autonomie et le contrôle se trouvent dès lors remises en cause. Ce faisant, les aides soignants français se retrouvent dans une situation comparable à celle des soignants non professionnels sénégalais, pénétrant des domaines d'activités délaissés par les professionnels mais non définis et dont ils finissent parfois par avoir le monopole. Ils exploitent des « zones d'incertitudes » comme dirait M. Crozier à propos des acteurs engagés dans des institutions avec pour objectifs d'accéder ou de détenir un pouvoir (1977). Pour M. Crozier, les acteurs, en fonction de leur marge de manœuvre, se saisissent des opportunités qui leur sont offertes plutôt qu'ils ne suivent un plan de carrière bien établi. Il explique ainsi que : « *c'est grâce aux zones d'incertitudes issues de la complexification des relations de pouvoir et parfois de l'éclatement des formes de transaction institutionnelle que les individus autonomes peuvent*

ainsi jouer leur propre partie dans les espaces laissés vacants à l'intérieur des jeux institutionnels légitimes. Mais c'est aussi parce que les projets collectifs qui sous tendent ces jeux légitimes ne prennent que très rarement en compte les aspirations individuelles qu'ils sont contraints de pratiquer cette contrebande stratégique dans un univers fortement structuré par des "contraintes" économiques externes » (1977 : 225).

De notre point de vue, en Afrique, depuis la mise en place des politiques d'ajustement structurel et les réformes des politiques publiques de santé qui les ont accompagnées, il est très difficile d'étudier le modèle professionnel sans tenir compte des bénévoles, Agents de Santé Communautaire (ASC) et autres agents non qualifiés : ces agents, tout en se situant « à la périphérie » de la profession, occupent une place centrale dans le fonctionnement du système de santé. Dans un récent article étudiant les pratiques professionnelles en Afrique de l'Ouest A. S. Fall et L. Vidal développent l'idée d'un « *affaiblissement des signes et pratiques de professionnalisation des soignants, allant de pair avec l'émergence d'une culture – que l'on spécifiera comme étant "de service" ou "organisationnelle" » (2006 : 2).* Ils expliquent l'émergence de cette « culture soignante » par la présence de non professionnels avec comme conséquences l'effritement de la pratique médicale qui perd de sa finesse, la routinisation des pratiques qui réduit l'innovation et l'inventivité. Nous proposons d'approfondir cette réflexion en envisageant un renouvellement de la « profession » soignante axé sur un modèle hybride valorisant un savoir pratique, des compétences techniques mais marginales et l'expérience. Les savoirs pratiques étant entendus, ici, comme l'ensemble des connaissances acquises tout au long d'un cursus professionnel, au cours de formations ou tout simplement à partir d'un apprentissage sur le tas, par expérience, sur le terrain, au cours de la confrontation avec la pathologie ou les malades.

Section III : Pratiques en contexte

D. Fassin, en traitant de la question du savoir, nous apprend que « *le savoir n'existe pas en tant qu'abstraction ; il ne se donne à lire que dans les pratiques où il intervient et souvent même dans le décalage entre le discours sur le savoir et la mise en pratique du savoir » (1995 : 190).* Les savoirs sur la santé et la maladie prennent corps dans des pratiques et s'élaborent dans des contextes qui les influencent, les modifient et les transforment, d'où la nécessité d'interroger les processus de négociation de l'exercice à l'œuvre dans les contextes des structures de santé.

La profession médicale allie un savoir théorique issu d'un apprentissage académique et des savoirs pratiques issus de l'expérience que l'on pourrait qualifier d'apprentissages pratiques, même si par ailleurs cet apprentissage pratique fait aussi partie de l'apprentissage académique. Cet apprentissage pratique, dans bien des cas, arrive à prendre le dessus sur le savoir formel, particulièrement dans le contexte actuel des structures de santé au Sénégal où ce sont des agents non professionnels qui occupent le devant du fonctionnement concret du champ sanitaire. Leur implication dans l'activité soignante remet en question les fondements classiques de la profession médicale à savoir un socle de connaissances maîtrisé grâce à la formation, un raffinement dans les gestes médicaux, le contrôle sur l'activité. Dans leurs pratiques, se mêlent des techniques professionnelles tirées au mieux d'un apprentissage sur le tas et de références profanes. La réflexion sur la pratique et le savoir médical nécessite que l'on se penche sur l'activité des groupes professionnels que l'on veut étudier. Cela suppose par conséquent de décrire leurs activités, la nature des tâches effectuées afin de voir comment ces savoirs évoluent ou se redéfinissent dès lors qu'ils s'expriment dans des cadres d'exercice bien particuliers.

1- La négociation

A. Strauss a étudié l'espace professionnel de la structure de santé comme un monde composé de « segments » porteurs chacun de conceptions différentes quant à la spécificité de leurs pratiques et de leurs activités centrales, porteurs aussi d'identités différentes. Dans une perspective interactionniste, A. Strauss montre que la négociation est au cœur des interactions entre individus partageant un même champ d'action tout en ayant des intérêts divergents. Ce processus de négociation se retrouve quelle que soit la structure ou l'espace de travail.

Au Sénégal, d'un point de vue organisationnel, les structures de santé tentent de reproduire le modèle idéal de fonctionnement de l'hôpital tenu par des professionnels ainsi que les rapports hiérarchiques entre différentes catégories professionnelles qui s'y sont construits. Or, nous sommes en présence de différents types de structures de santé : l'hôpital, certes, avec son mode de fonctionnement hiérarchique structurant les interactions entre professionnels, et entre professionnels et soignés ; mais aussi des centres de santé calqués sur ce modèle, sans pour autant le reproduire du point de vue de leur fonctionnement. Dans ces structures périphériques, les infirmiers incarnent la figure locale du médecin, leurs attributions sont très proches pour ne pas dire qu'elles se confondent à celle du médecin. A cela s'ajoute l'émergence d'agents peu ou pas qualifiés, dispensant aussi des soins. Les structures de santé

apparaissent donc comme des lieux de négociation permanente d'activités au quotidien dans un espace mettant en jeu des stratégies de pouvoir et des quêtes de légitimité entre différents acteurs. Cette négociation autour de la répartition des tâches à l'intérieur d'un service s'organise autour des cultures organisationnelles locales où les normes professionnelles s'expriment. Le positionnement des agents sans qualification dans le système de santé semble subordonné à leur capacité de négociation de tâches à accomplir ou d'espaces de soins qu'ils peuvent occuper. Le glissement dans les fonctions, rôles et attributions, que J. Ben-David nomme « hybridation des rôles »³, qu'induit cette forme d'organisation managériale met en avant le rôle moteur du principe de délégation dans l'émergence des cultures professionnelles locales à l'intérieur des services, puis à l'échelle des structures mais aussi dans le façonnement de l'identité soignante.

2- La sociologie du travail

C. Dubar et P. Tripier ont décliné les différentes acceptions du concept de profession. Parmi celles-ci nous retiendrons la définition selon laquelle la profession désigne « *une occupation par laquelle on gagne sa vie* » ; *c'est l'exercice d'une activité rémunérée que celle-ci soit indépendante, salariée, servile ou libérale. Elle est aussi « ensemble de personnes exerçant un même métier » ; comprise ainsi, la profession est proche de la corporation ou de « groupes professionnels désignant l'ensemble de ceux qui ont le même nom de métier ou le même statut professionnel »* (1998). Cette définition de la profession rejoint celle proposée par la sociologie des professions médicales et insiste sur les notions de savoirs spécialisés, de pouvoir, d'autonomie et de contrôle.

Parallèlement aux théories sur la profession formellement constituée, se développent, depuis quelques années, des problématiques relatives à la professionnalisation (Chapoulie, 1973) autour desquelles la sociologie des professions et celle du travail se retrouvent. En effet, l'émergence de nouveaux métiers, favorisée par le développement industriel et la rupture avec le taylorisme, a motivé la conduite de recherches sur des groupes ayant un statut « non défini » ou hybride au départ et qui cherchent à se professionnaliser. Au regard des situations relevées dans les structures de santé au Sénégal, ces travaux de sociologie du travail portant sur la construction des métiers et leurs transformations en profession offrent une grille d'analyse assez pertinente au sujet de l'évolution du métier de soignant, particulièrement au

³« Le processus selon lequel une personne du rôle A se met à réaliser les objectifs du rôle B peut être ainsi qualifié » (1997 : 60).

regard de notre problématique, relative à la professionnalisation des groupes non professionnels.

L'analyse des processus de constitution d'une profession a pris appui sur les concepts de professionnalisation et de professionnalité prenant en compte milieux et conditions de travail (Mathieu, 2000 ; Malochet, 2004 ; Dubar, 2000 ; Paradeise, 1998 ; Bernoux, 1999). Ces auteurs considèrent que « *la construction de la professionnalité des individus implique l'articulation de trois processus :*

- *le processus de formation initiale et continue des compétences par l'articulation des diverses sources de celles-ci, [c'est-à-dire] savoirs formalisés, savoir-faire, expérience ;*
- *le processus de construction et d'évolution des emplois et de leur codification des systèmes d'emploi;*
- *le processus de reconnaissance des compétences, résultat du jeu des relations professionnelles »* (Dubar, 2000 :160).

Cette approche paraît pertinente dès lors que l'on s'intéresse à des groupes dont la professionnalisation, doit puiser à d'autres sources que celles définies par les théoriciens classiques de la profession. La professionnalité est un processus qui définit les conditions générales de la professionnalisation avec laquelle elle pourrait se confondre, et qui désigne « *le processus selon lequel, un corps de métier tend à s'organiser sur le modèle des professions établies* » (Chapoulie, 1973 :89). Au Sénégal, les groupes non professionnels qui nous intéressent, se définissent par rapport aux groupes professionnels qu'ils aspirent à intégrer. Autour des questions de professionnalité et de professionnalisation gravitent des statuts mal définis et des fonctions brouillées par l'activité réellement exercée dans les structures de santé. Les soignants ajustent leur position en fonction des tâches qui leur sont attribuées non pas par les organigrammes officiels mais à partir de la répartition du travail à l'échelle des structures et à l'intérieur des différents services.

Les non professionnels, en fonction des rôles assumés du fait de la délégation des tâches, sont dans des dynamiques, des interactions contribuant au façonnement d'une identité de soignant. Cette situation est entretenue par les tentatives de formalisation légale de leur statut par un éventuel recrutement. Les soignants non professionnels confortés par cet espoir tentent de se façonner une « identité professionnelle » dont C. Dubar dit qu'elle « *se construit par projection dans l'espace de pouvoir hiérarchique impliquant des reconnaissances de "responsabilités", structurantes de l'identité* » (2000 : 236). Dans les organisations que sont les structures de santé au Sénégal, les soignants non professionnels, effectuant des tâches devenant routinières vont finalement maîtriser un savoir « spécialisé » spécifique à la prise en

charge d'une maladie, mais suffisant pour leur permettre de s'impliquer dans des activités de soins afin d'acquérir un ensemble d'attitudes caractéristiques des professionnels. De ce point de vue, nous pouvons avancer l'idée selon laquelle la gestion d'une pathologie est structurante de l'identité de soignants chez les groupes non professionnels. Elle participe du façonnement identitaire des soignants non professionnels dans la mesure où leur processus de professionnalisation s'amorce et se construit progressivement au fil de l'expérience de la maladie. Cette construction identitaire se joue dans un cadre interactionniste, impliquant d'autres acteurs de la santé (professionnels et malades), approche développée par E. Hughes (1958) et A. Strauss (1992) à partir des notions de carrières et de dynamiques professionnelles. Selon cette approche, les groupes professionnels sont des construits sociaux constitués autour d'un métier.

Dans notre travail, étudier la gestion de la tuberculose au Sénégal sous les angles de la sociologie du travail et des professions revient à analyser l'influence du milieu et de la pratique sur la construction d'une identité de soignant. En effet, l'influence du milieu de travail sur l'activité professionnelle est au cœur de notre questionnement quand on sait que la culture de service ainsi que la confrontation quotidienne avec la pathologie conditionnent les attitudes des personnels de santé. L'espace de construction et de reconnaissance des identités est indissociable des espaces de légitimations des savoirs et compétences, donc du milieu de travail qui constitue le lieu d'expression de ces identités. Plus les soignants non professionnels adopteront des comportements et intérioriseront les valeurs des soignants professionnels, plus ils seront capables de se créer une identité de soignant se rapprochant de celle de ces professionnels. C'est ce qui justifie notre recours à la sociologie du travail. Nous allons nous appuyer sur les approches développées par R. Sainsaulieu (1977) dont l'ouvrage propose de s'intéresser à la manière dont les identités collectives peuvent être façonnées et transformées par l'expérience au travail. La perspective dégagée par cet auteur peut éclairer notre propos sur la construction de la fonction soignante au Sénégal en considérant le façonnement puis la transformation des identités des groupes non professionnels dans le système de santé. Selon Sainsaulieu l'identité n'est rien d'autre que « *la marque d'appartenance à un collectif, à un groupe, ou une catégorie, qui permet aux individus d'être identifiés par les autres mais aussi de s'identifier eux-mêmes en face des autres* » (1991 : 111). Il poursuit en soulignant que « *ce sont les caractéristiques objectives des situations socio-professionnelles (par intériorisation individuelle des normes sociales) qui déterminent et structurent les positions sociales dans le champ professionnel* » (Op. cit. 118). Dans la même veine, C. Dubar définit de manière générale l'identité comme « *le résultat [à la fois stable et provisoire, individuel et collectif,*

subjectif et objectif, biographique et structurel,] des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions (Op. cit. : 109). En comparant ses travaux à ceux de R. Sainsaulieu, C. Dubar va étudier l'identité en rapport avec la crise du travail ce qui lui permet d'introduire la notion de socialisation professionnelle en tant que processus de formation des identités. Dans les structures de santé, il semblerait que ce soit une crise des professions de santé qui est à l'origine de la formation des identités de soignants dont le processus de socialisation se fait au quotidien en fonction des tâches effectuées. La socialisation professionnelle prend appui sur la maîtrise progressive d'un savoir pratique.

Conclusion

Une telle revue de la littérature nous paraît indispensable pour définir un cadre théorique nécessaire à l'analyse et la compréhension des éléments structurants des espaces professionnels ainsi que des modes de fonctionnement des institutions sanitaires au Sénégal. Notre cadre théorique repose donc sur des théories sociologiques et sur le concept de profession médicale. Concept qui permet, certes d'analyser les savoirs et pratiques des professionnels de santé mais qui nous semble réducteur dès lors que nous intégrons les groupes non professionnels à notre analyse. Ainsi, pour aborder la question de l'implication de plus en plus marquée des soignants non professionnels dans le fonctionnement au quotidien des structures de santé, nous substituons la notion de fonction soignante à celle profession médicale.

En étudiant cette fonction soignante, nous montrons ainsi la pertinence d'un modèle alternatif à l'analyse des groupes en présence dans le champ de la santé. Cette fonction soignante permet ainsi d'intégrer des acteurs dont la présence dans le système de santé se confond avec l'histoire de la construction des professions médicales au Sénégal. Parlant de la mutation des institutions hospitalières, A. Strauss écrivait « *lorsque les organisations et les institutions se développent, se structurent, se désintègrent ou se modifient radicalement d'une façon ou d'une autre, les vies personnelles de leurs membres deviennent plus sinueuses, plus aléatoires mais en même temps plus dangereuses et plus passionnantes* » (1992 : 84).

Comme nous allons le montrer dans le chapitre qui suit, les structures de santé n'ont cessé d'évoluer et de se transformer au gré des différentes politiques publiques et sanitaires. Ces dernières ont joué un rôle majeur dans la structuration professionnelle des structures de santé au Sénégal.

Chapitre II : Politiques publiques et système de santé au Sénégal

Introduction

Si la santé a longtemps été considérée comme un univers exclusivement réservé aux professionnels médicaux et paramédicaux, elle s'est finalement ouverte à des agents non professionnels, processus qui, on l'a dit, est au cœur de notre problématique. Cette ouverture s'est opérée à la faveur des politiques publiques qui ont ainsi contribué à la constitution d'un espace sanitaire déprofessionnalisé. Aussi nous nous proposons d'engager la réflexion à propos des effets des politiques publiques sur le renouvellement des professions de santé. Toutefois, nous voulons aussi souligner que la prise en charge d'une maladie telle que la tuberculose constitue un espace d'étude privilégié des effets de ces politiques globales sur les positionnements des agents, en référence à la profession et à la fonction soignantes : elle laisse apparaître, sans doute plus que d'autres, la mise en échec d'un système de santé jusque là tenu par des professionnels. Dans ce chapitre nous procéderons à la description de ces différentes politiques pour définir le type d'agents qu'ils ont contribué à faire émerger. Ensuite, nous présenterons les différentes composantes du système de santé, les interactions entre structures, ce qui nous permettra de situer la place des unités de traitement de la tuberculose dans ce système.

Section I : Professionnels et non professionnels comme résultant des politiques globales

De prime abord, depuis l'accession du Sénégal à l'Indépendance jusqu'à l'adoption des programmes d'ajustement structurel, il existe un vide sur le fonctionnement du système de santé laissant penser à une évolution linéaire. Or sa configuration découle d'un environnement économique marqué par une crise sans précédent. Aussi, une brève description du contexte politique et économique du Sénégal s'impose pour comprendre le rôle des politiques globales dans la structuration du système actuel de santé mais aussi l'émergence de nouveaux acteurs dans la santé.

1- les Politiques d'Ajustement Structurel (PAS) et l'ouverture de la santé aux « bénévoles »

A la fin des années 1950, avec l'adoption de la loi Cadre, le Sénégal, comme les autres Etats nouvellement indépendants, devait assurer la santé de sa population. Jusqu'en 1967, soit

pendant une période qualifiée par M.C. Diop (2004) de « période de quiétude », l'Etat sénégalais parvint à assurer les fonctions qui lui étaient dévolues. A partir de 1968, le pays fut touché par quatre années consécutives de sécheresse. Il dut en outre faire face à la fin du financement français de la filière arachidière, entraînant la baisse de la productivité et du pouvoir d'achat des ruraux. Ces deux événements constituèrent un tournant socio-économique décisif qui affecta le fonctionnement de l'Etat, aboutissant, à des réformes qui touchèrent tous les secteurs de l'administration. En dépit d'une période d'accalmie de 1974 à 1979 (Touré, 1985) durant laquelle l'Etat augmenta son train de vie, l'économie sénégalaise n'échappera pas à la détérioration du secteur moderne, l'effritement du tissu industriel et l'extension du secteur informel. C'est ainsi qu'à la fin des années 1970, pour restaurer les déséquilibres macroéconomiques, le Sénégal se vit contraint d'adopter des réformes qui, globalement, ont marqué le passage de l'Etat-providence à la privatisation de nombreux secteurs publics. De manière générale, le poids de la dette et des dépenses militaires affaiblissant la marge de manœuvre de l'Etat, celui-ci réduisit considérablement les budgets des secteurs pourtant dits sociaux. Le gouvernement adopta un plan de stabilisation (1978- 1979) puis un plan de redressement financier couvrant la période de 1980 à 1984. Ces plans, impulsés sous l'égide des institutions financières internationales (FMI et Banque Mondiale), ont été conduits dans le cadre des politiques d'ajustement structurel, qui, bien qu'ayant permis de corriger certains déséquilibres macro-économiques, ont profondément affecté les conditions de vie des sénégalais. En effet, plusieurs études (Diop, 2004 ; Hibou, 2000 ; Seck, 1997, *etc.*) révèlent, au regard de la situation sociale, un approfondissement de la pauvreté conduisant les ménages à arbitrer leurs dépenses en défaveur de la santé et de l'éducation pendant que les infrastructures sanitaires se dégradaient.

Mais « *les programmes d'ajustement structurel mis en œuvre au Sénégal n'ont pas seulement signifié le dessaisissement des institutions de l'Etat de leur pouvoir de décision en matière de politique économique, ils ont aussi contribué à saper les capacités intellectuelles et morales de l'administration. [...] Le Sénégal a vu ses acquis en ressources humaines et en capacité administrative fondre progressivement au rythme des politiques restrictives et de la restructuration de la fonction publique* » (Daffé & Diop, 2004 : 110). De fait, dans le secteur de la santé et de l'éducation, les réductions budgétaires ont également eu comme conséquence majeure une réduction de moitié des salaires des fonctionnaires et le non remplacement des postes des agents à la retraite ou en affectation, bref un recul de l'emploi dans la fonction publique. Les réformes économiques, ainsi que l'arrêt des recrutements dans la fonction publique, vont dès lors bouleverser le profil professionnel des agents dans la santé. En effet,

l'Etat, principal pourvoyeur d'emplois, se trouve, d'un côté, confronté à une pénurie de personnels qualifiés mais, d'un autre côté, il doit faire face à la nécessité de limiter le recrutement de personnel. Actuellement, dans le domaine de la santé, le déficit en personnel est estimé à 3 000 agents tandis que la capacité de recrutement de l'Etat est limitée à 250 agents par an. Aussi, pour pallier le manque de personnel dans les structures de santé, l'Etat va-t-il autoriser à partir de 1982, les structures de santé de l'époque (hôpitaux et dispensaires) à employer des « bénévoles » (non rémunérés), à charge, pour ces structures, de les former.

Certes, le recours à des agents non statutaires n'est pas totalement inédit. Ainsi, un rapport sur le fonctionnement de l'hôpital Aristide Le Dantec à la veille de l'indépendance révèle, à l'occasion d'une grève du personnel local, l'existence d'un important volant de « personnel dit bénévole », « probablement 120 environ » – leur nombre, « variable », « n'ayant jamais pu être recensé » – ayant « acquis, empiriquement certes, pour la plupart, mais d'une façon satisfaisante, une formation technique valable » et à qui pouvaient donc « être confiées des tâches, même de routine » [Archives du Sénégal, Fonds de la Vice-Présidence, dossier n°346, Hôpital Le Dantec, 1959]. Mais, si cette situation « durait depuis des années », la politique d'alors consistait à adopter des « mesures d'assainissement », soit par régularisation de ce personnel, soit par licenciement (dont la grève est une opportunité). Par contraste, les Politiques d'Ajustement Structurels ont conduit à consacrer très officiellement la présence de « bénévoles » sans qualification dans les structures de santé, notamment au niveau des dispensaires, puis dans les hôpitaux, afin d'en assurer le fonctionnement ordinaire – des bénévoles qui espèrent évidemment, pour ceux qui sont encore présents, se voir engagés comme fonctionnaires ou salariés.

2- Place des centres et postes de santé comme résultant de la politique des Soins de Santé Primaires (SSP) : l'émergence des ASC

Au moment des indépendances, l'offre médicale de soins se limitait aux structures héritées de l'investissement colonial. Il s'agissait de dispensaires et quelques hôpitaux concentrés à Dakar, alors capitale de l'Afrique Occidentale Française (AOF) et qui en comptait trois. Progressivement, d'autres structures hospitalières (une par région) furent construites. Globalement, « *dans les dispositifs sanitaires des nations nouvellement indépendantes, une certaine tension se manifeste au cours de la décennie 60 entre les modèles curatif et préventif hérités de la période coloniale. Les hôpitaux ne sont accessibles qu'à la fraction de la*

population vivant dans les villes ou leurs alentours ; pour la majorité les seules structures disponibles sont des dispensaires, le plus souvent dépourvus de soignants et de médicaments » (Fassin : 2000, 139). L'hospitalo-centrisme rendait donc l'accès aux soins très difficile pour la plupart de la population.

En 1977, les gouvernements des pays du Sud se sont fixés un objectif commun avec l'OMS : « la santé pour tous en l'an 2000 ». Compte tenu de l'inadéquation de l'offre de soins et de la répartition inéquitable des ressources de santé entre les pays et à l'intérieur même des pays, dès 1978, la conférence d'Alma-Ata définissait une politique de soins de santé primaires (SSP) afin d'aider les pays à se rapprocher de cet objectif (OMS, 1978). Les SSP sont considérés à la fois comme un niveau de soins et une approche globale de politique sanitaire et de prestations de services fondés sur les principes suivants : « *l'accès universel aux soins et une couverture sanitaire en fonction des besoins ; l'engagement à garantir l'équité en matière de santé dans le cadre d'un développement orienté vers la justice sociale ; la participation communautaire à la définition et l'exécution des programmes de santé ; l'adoption d'approches sectorielles de santé* » (OMS, 2003). L'application des SSP a été à l'origine d'une réforme du système de santé : le premier échelon des services de santé a dès lors été appelé à se développer, ceci selon une approche participative, tandis que les activités hospitalières devaient se réorienter, en complément des services de ce premier échelon, vers plus de technicité. Le renforcement du processus de mise en œuvre de la politique des soins de santé primaires s'est traduit, près de dix ans plus tard, par l'appel à la décentralisation des soins et l'opérationnalisation des districts préconisées par l'OMS lors de la réunion de Lusaka en 1985, le district sanitaire étant institué en « *clé de voûte* » des systèmes de santé (Gruénais, 2001) lors de la conférence d'Hararé en 1987. Pour autant, dans la plupart des pays africains ayant adopté la politique des SSP, la « participation communautaire » s'est limitée à la création de comités de santé. En 1987, dix ans après les SSP, la « participation communautaire » a pris une nouvelle tournure : face à l'incapacité de l'Etat de faire face aux dépenses de santé, l'Initiative de Bamako (IB) a prôné le recouvrement des coûts par la tarification des prestations de soins jusqu'alors délivrés gratuitement. L'objectif de la tarification au moins officiellement est donc de générer des ressources afin de financer le fonctionnement des structures et des activités sanitaires. La participation communautaire est essentiellement économique. Elle a pour objectif notamment d'améliorer la qualité, l'efficacité et l'équité des soins. Cette participation des ménages constitue 11% des dépenses de santé selon le Ministère de la Santé (DERF, 2006).

Si l'Etat contribue au fonctionnement des structures de santé par le paiement des salaires de ses fonctionnaires, pour l'essentiel, s'agissant des centres et postes de santé, ce sont les comités de santé qui assurent la plupart des frais de gestion et même de recrutement de bon nombre d'agents (communautaires). Ils prennent en charge également les frais de maintenance des locaux et des instruments de travail. Ces avoirs proviennent en majorité des prestations offertes par la structure (vente de tickets de consultation, de médicaments, frais d'hospitalisation, d'exams).

Au nom de la participation, les individus ne font cependant pas que payer leur santé : ils prennent aussi part aux décisions de santé à travers leurs représentants, à savoir les membres des comités de santé. En effet, au titre de « la participation communautaire », des comités de santé censés représenter les populations ont été mis en place en vue d'une co-gestion des recettes financières générées par les activités des structures publiques de santé. Officiellement, les comités de santé ont été créés en 1987 en même temps que l'adoption de l'Initiative de Bamako. En ce qui concerne son mode de création et son fonctionnement, nous reprenons, les propos de M.S., Président du comité de santé d'un centre de santé de Dakar : *« Le bureau du comité est composé de 4 personnes : le président, le vice-président, un trésorier et son adjoint, il y a aussi 3 commissions : environnement, social et éducation-formation et 3 commissaires aux comptes. Ce bureau est élu par les représentants des Associations Sportives et Culturelles légalement constituées dans la zone de couverture soit du poste de santé, soit du district ou du centre de santé. Il y a également les imams et délégués de quartier qui en font partie. Nous devons tenir deux fois par an une assemblée générale de bureau pour rendre compte de nos activités. Mais dans ce centre de santé, ça se fait une fois dans l'année. Tous les 2 ans se tient l'assemblée générale de renouvellement, les membres du bureau sont éligibles deux fois. C'est sur cette base que le comité de santé a été mis en place. La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) distribue les médicaments au niveau du District qui les revend aux postes de santé, les prix sont majorés de 20% pour payer les dépositaires, les activités de gestion, les cas sociaux et le bénéfice est reversé aux comités de santé comme fonds de solidarité. Le comité de santé centralise toutes les doléances émises par la partie médicale et qui cadre avec le fonctionnement du centre et le comité de santé est tenu de les exécuter. En dehors du bureau du comité de santé présenté tout à l'heure, il y a une cogestion composée du médecin chef de district, du major, le gestionnaire et les chefs d'unité. Ce comité vote le budget, prend les grandes décisions, le comité de santé s'exécute en fonction des priorités et du budget. Le comité de santé, outre ses rôles de sensibilisation, de formation, d'éducation des malades à travers des actions comme les*

causeries [j'avoue que nous en avons fait deux seulement], recueille les recettes, gère la partie financière de tous les services.

Les petites dépenses peuvent être prélevées sur caisse d'avance, ce sont toutes les dépenses inférieures à 30.000 frs Cfa. Quand elles sont supérieures à cette somme, elles sont émises par chèque, le chéquier est détenu par le médecin chef et le président de comité de santé est consignataire. Les chèques sont émis en fonction des factures proforma. Le trésorier ne gère pas les chèques, il remplit seulement les fiches de dépenses journalières. Le comité a aussi un personnel dont il gère la dépense, ces gens sont payés sur les recettes du comité de santé ».

Dans ce domaine, l'expérience du Sénégal est présentée comme pionnière – même si on sait que la participation communautaire a été initiée dans le cadre du développement agricole, notamment avec la création des premières caisses villageoises au Niger –. En effet, comme l'écrit D. Fassin, « *l'institution et l'institutionnalisation des comités de santé, support de la participation des habitants de Pikine⁴, a servi de modèle pour l'extension à l'ensemble du Sénégal au début des années 80 et pour la discussion dans les instances internationales, sur les formes de contribution des populations à la prise en charge de leur santé* » (1989 : 207). Dès 1967, c'est-à-dire bien avant l'adoption des soins de santé primaires, un groupe de notables de Pikine avait pris l'initiative de participer à l'encadrement d'une campagne nutritionnelle et de contribuer financièrement à la mise en place de l'Institut de Pédiatrie Sociale. Ces actions résultaient davantage d'entreprises individuelles mais allaient servir de modèle pour la création et la généralisation des comités de santé. En 1975, un poste de soins sera créé à partir d'un financement assuré par la contribution des patients. Puis suivront les postes de santé dans les quartiers spontanés en même temps que se constitue le premier comité de santé élu par les notables. A partir de 1978, ce sont tous les postes de soins de la ville, à commencer par l'important centre de santé de Dominique à Pikine, qui sont intégrés dans le mouvement de création des comités de santé. A l'heure actuelle, un comité de santé existe officiellement dans chacun des postes et centres de santé du Sénégal. Ils ont pénétré les pratiques ordinaires des acteurs et leurs stratégies, qu'ils soient prestataires ou usagers. Cependant, les comités de santé sont très vite devenus des enjeux de pouvoir et reproduisent les logiques politiques des quartiers, comme le montrent D. Fassin et al. (1989).

⁴ Commune de la région de Dakar, Pikine a été créé à la fin des années 1950 à la faveur des opérations de « déguerpissements » des populations des bidonvilles du centre ville (Fass, Parc à Mazout, Taïba Grand Dakar, etc.) leur permettant un accès régulier à la propriété et des installations sur des terrains achetés aux propriétaires coutumiers. Elle regroupent près de la moitié de la population de la capitale, sa population étant estimée à 1.096.830 habitants en 1999 (Ministère de l'Economie et des Finances : 2000).

Cette stratégie sanitaire dont on espérait qu'elle viendrait à bout des problèmes de la santé en Afrique présente très vite des limites. Dans différents pays, des études menées sur cette stratégie sanitaire tendent toutes à montrer qu'elle n'a pas eu les effets escomptés, l'équité demeurant un vœu pieux (Ridde, 2004). L'Initiative de Bamako s'est principalement réduite à une politique du médicament (approvisionnement des structures et vente), les recettes générées par les prestations de service ne servant guère à améliorer la qualité des soins ou à aider les indigents mais plutôt à payer les salaires des employés. L'accès aux soins de santé reste tout aussi problématique pour la majeure partie de la population. Les structures de santé tendent à devenir des entreprises dont la productivité est mesurée à l'aune des recettes tirées des prestations de services sans tenir compte de la qualité des soins. C'est dans ce contexte qu'apparaît la catégorie des Agents de Santé Communautaire (ASC), au titre de personnel de soutien (balayeurs, gardiens, vendeurs de tickets), émanant du recrutement effectué par les « représentants de la communauté » qu'incarnent les comités de santé. La présence de ces ASC est renforcée par la loi de décentralisation administrative de 1996, lorsque les comités de santé et les mairies reçurent la prérogative de créer des structures et de recruter du personnel. Ces ASC remplacèrent les bénévoles recrutés lors de la mise en place des PAS. Ainsi que le disait un président de comité de santé, « *le bénévolat n'existe plus, les ASC ont été l'alternative* ». Les rares bénévoles que l'on retrouve dans les structures de santé y sont donc depuis plus de vingt ans. Cependant, précisons que si les ASC et les bénévoles ont les mêmes profils, les postes qu'ils occupent dans le système de santé ne sont pas similaires. En effet, les ASC doivent théoriquement remplir des fonctions de soutien alors que les bénévoles étaient plutôt recrutés pour effectuer des soins après un apprentissage rapide sur le tas. La décentralisation de l'offre de soins à travers la mise en œuvre de la politique de Soins de santé Primaires (SSP) s'est trouvée renforcée par la décentralisation administrative où les collectivités locales ont la charge de répondre aux besoins de santé de leurs administrés.

3- La politique de décentralisation administrative de 1996

Sur la base de la loi numéro 96-06 du 22 mars 1996 portant Code des collectivités locales, l'État opère un transfert de certaines compétences dont la santé, aux collectivités locales (Loi n° 96-07 du 22 mars 1996 portant sur le transfert de compétences). Par cette décentralisation, les pouvoirs publics entendaient accroître les responsabilités des régions, des communes et des communautés rurales, pour répondre localement à la demande de santé des populations. La décentralisation administrative territoriale et locale fut ainsi approfondie en 1996 par la

promulgation de lois qui ouvraient de nouvelles perspectives à la décentralisation des services de santé. Celle-ci vise le transfert de compétences en matière de santé aux collectivités locales, afin de rationaliser et d'optimiser la conception et l'exécution de la politique de santé. La réforme institutionnelle portant sur le renforcement de la politique de décentralisation est entrée en phase d'opérationnalisation depuis 1997. Elle s'est traduite par un transfert aux collectivités locales (régions, communes et communautés rurales) des responsabilités relevant de neuf domaines de compétence de l'Etat dont la santé. Ces collectivités locales ont désormais la capacité de gérer et d'équiper des centres et postes de santé au niveau de leur localité, bien que leur gestion relève ensuite à la fois de l'Etat et d'un comité de santé ; mais elles ont aussi la capacité de recruter du personnel pour travailler dans ces structures bien que l'Etat y affecte également des fonctionnaires. Autrement dit, ces structures fonctionnent à la fois avec des fonctionnaires et du personnel contractuel, ce personnel comprenant à la fois des agents qualifiés et des agents non qualifiés. La politique de décentralisation a institutionnalisé la contractualisation dans le système de santé. Les mairies aussi bien que les comités de santé peuvent recruter des professionnels (médecins et agents paramédicaux), mais aussi des non professionnels (techniciens de surface, aides).

Ces politiques s'insèrent dans des programmes de développement sanitaire orientant les stratégies et politiques en matière de santé.

4- Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) :

A la suite de ces politiques de décentralisation, l'adoption d'un plan décennal de développement sanitaire et social (PNDS 1998-2007) définit les orientations majeures de la politique de santé avec pour objectif, vague et ambitieux, « l'amélioration de l'état de santé des populations ». Selon le ministère de la santé, « *le PNDS a permis de mettre en chantier plusieurs réformes à la fois législatives et institutionnelles touchant principalement les hôpitaux, les médicaments, les pharmacies. Il prévoit d'autres initiatives dans des domaines aussi importants que le système d'information sanitaire, le financement de la santé, la réorganisation du Ministère de la Santé, la coordination des interventions et l'intégration des activités* » (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2004). La mise en œuvre de ce plan aboutit, en 1998, à la réforme hospitalière des Centres hospitalo-Universitaires, les transformant en Etablissements Publics de Santé. Elle est adoptée par l'Assemblée Nationale le 12 février 1998 sous forme de deux lois complémentaires. Le but de cette réforme est d'améliorer les performances des hôpitaux sur le plan de la gestion et de la qualité des soins.

Cette réforme est soutenue par un cadre juridique qui implique la responsabilité de l'Etat, des populations, des prestataires de soins et des assureurs. Par conséquent, elle introduit une nouvelle stratégie économique et manageriale de gestion hospitalière, caractérisée par deux principes fondamentaux : d'une part, la séparation de la fonction de production de soins de celle de son financement et, d'autre part, la libération du management hospitalier de l'autorité administrative centrale qui n'exerce désormais qu'un pouvoir de tutelle. Ce cadre juridique érige l'hôpital public en Etablissement Public de santé (EPS) jouissant d'une autonomie de gestion administrative et financière. La réforme tient compte de la récente loi sur la décentralisation qui donne aux collectivités locales de nouvelles prérogatives en matière de gestion des établissements de soins. Avec cette réforme, de nouveaux services sont créés dans l'hôpital : un service de soins infirmiers et un service administratif et financier. En outre, un agent comptable est nommé dans chaque hôpital de même qu'un contrôleur de gestion.

Théoriquement, cette réforme devrait assurer aux usagers : « *la disponibilité permanente d'un service, le traitement de toutes les urgences, le respect des tarifs accessibles, la prise en charge des personnes démunies : le refus de l'exclusion, la mise en place d'un système informatisé pour chaque malade hospitalisé, l'institution d'une charte de malade, la représentation des usagers dans le conseil d'administration de l'hôpital* » (MSP : 2005).

Cependant, cette réforme, basée sur l'autonomie de gestion de ces structures, posera, entre autres problèmes (ce qui, du reste, retardera son application), celui du statut du personnel paramédical. Ces réaménagements ont été à l'origine de tensions entre syndicats de santé et autorité de tutelle. Ces tensions concernaient spécifiquement ce statut, auquel se greffaient d'autres revendications, comme le recrutement des contractuels du Programme de Développement Intégré de Santé que le PNDS remplace, et celui des personnels communautaires ou encore le statut de l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Sociale qui doit être érigé en institut. Ces tensions se sont accrues en 2003, avec l'instauration d'un système de « motivations » : résultant d'une redistribution par l'Etat des recettes générées par le recouvrement des coûts (aussi bien par les structures étatiques que municipales), elles ne sont pourtant versées qu'aux seuls fonctionnaires (du niveau central au niveau périphérique). Les personnels communaux ont initié des mouvements de grève s'étant traduits par le blocage du Système d'Information Géographique (SIG), la rétention des informations sanitaires et l'organisation régulière de sit-in.

En résumé, dans les centres et postes de santé publics nous sommes en présence de personnels ayant à la fois des profils différents et des tutelles différentes. A côté d'un personnel qualifié,

affecté par l'Etat *via* le Ministère de la santé, et de la fonction publique, ou bien recruté par des communes, travaillent des contractuels sans qualification particulière et recrutés par les comités de santé au titre de personnel de soutien. Ces derniers relèvent de la catégorie administrative des Agents de Santé Communautaires (ASC). Au niveau des hôpitaux, les professionnels cohabitent également avec des personnels non qualifiés : il s'agit, à ce niveau, de « stagiaires » qui n'ont bénéficié que d'une formation basique à la Croix Rouge ou qui n'ont pas terminé leur cursus de formation professionnelle dans les écoles de santé comme l'ENDSS et n'ont, par conséquent, pas de diplômes ; mais certains « stagiaires » n'ont en fait aucune notion de santé et ne peuvent se prévaloir que d'un capital social influent (sur lequel doivent également compter ceux disposant de quelque formation initiale).

La diversité des catégories professionnelles dans le système de la santé au Sénégal constitue une réalité intéressante à étudier. Certes, les professionnels que sont les médecins et les infirmiers constituent les figures centrales du système de santé, ceci sur le modèle du processus de professionnalisation calqué sur le modèle occidental et marqué par la création de la faculté de médecine et l'école des infirmiers d'Etat. Mais ce système a été modifié par les politiques économiques et sanitaires. Dans l'incapacité de recruter le personnel qualifié dont le système sanitaire a besoin, l'Etat s'appuie, d'une part, sur les communes dont les domaines de compétences s'étendent désormais à la santé, d'autre part, sur les comités de santé pour pallier le manque de personnels. Coexistent ainsi, au bas de la pyramide sanitaire, et donc à l'échelon local, d'une part de fonctionnaires, d'autre part de bénévoles et de contractuels (ASC) recrutés par les communes et les comités de santé. Il en résulte que le champ médical, structuré par des professionnels, s'ouvre à des personnels non qualifiés, par qui ne naissent pas seulement de nouveaux métiers, autour de tâches négociées au quotidien avec les professionnels : dès lors que repose en réalité sur eux l'essentiel du fonctionnement au quotidien des structures, leur implication tend à redéfinir les conditions de construction des professions de santé, ne serait-ce que du point de vue des modalités d'acquisition et de transmission du savoir.

Cette structuration globale est particulièrement visible dans des services « spécialisés » comme les unités de traitement de la tuberculose.

Section II- Structures de santé et unités de traitement

L'offre de soins publics au Sénégal se décline en trois types de structures distinctes : les hôpitaux, les centres de santé et les postes de santé. Les hôpitaux se situent au sommet de la

pyramide sanitaire. Ils ont une structuration complexe parce que combinant une organisation administrative et une organisation médicale. Avec la réforme de 1998, les hôpitaux nationaux se sont transformés en Etablissements Publics de santé devant tirer leurs moyens de fonctionnement en partie, à partir d'une participation plus accrue des usagers. Cette réforme a créé le système de classement des hôpitaux (Etablissements publics de Santé Hospitaliers de premier niveau, de deuxième niveau et de troisième niveau). Suivant sa localisation, ses caractéristiques techniques ou administratives particulières, tout établissement public de santé hospitalier est dénommé Centre Hospitalier National, Centre hospitalier Régional ou Centre Hospitalier Communal. Le nombre le plus important de ces structures se retrouve dans la seule région de Dakar, où l'on dénombre sept hôpitaux parmi les 19 que compte le Sénégal. Ces hôpitaux nationaux constituent le niveau le plus élevé de la pyramide sanitaire. Ces hôpitaux sont sous la tutelle du ministère de la santé par la voie de la direction des établissements de santé, sauf l'hôpital Principal de Dakar qui reste sous la tutelle du ministère des forces armées. Les hôpitaux se retrouvent au niveau régional dans chacune des régions du Sénégal. Ils sont sous la tutelle de la « Région Médicale » qui, sur les plans stratégique et technique, est chargée de la planification, de l'évaluation, de la gestion, de la coordination et de la supervision de l'action sanitaire sur toute l'étendue géographique d'une région. Au Sénégal, on compte 10 hôpitaux régionaux intégrés à la région médicale et 2 hôpitaux départementaux. En matière de couverture hospitalière, le Sénégal est loin des normes de l'OMS qui recommande un hôpital pour 150.000 personnes, la norme y étant d'un hôpital pour 517.000 personnes. Les établissements hospitaliers sont d'équipement et de valeur très inégaux. Dans la capitale, les hôpitaux du CHU ont des possibilités très hétérogènes. Ils reçoivent surtout les indigents et fonctionnent dans des conditions difficiles. L'hôpital de Grand Yoff est plus petit en terme de capacité mais possède un plateau technique satisfaisant. L'hôpital Principal, établissement public séculaire à statut particulier est l'hôpital de référence du Sénégal. Hôpital d'instruction des Armées, il est servi par un corps de médecins hospitaliers militaires, aidé par des assistants techniques français. Son plateau technique est très performant. Il possède un service d'urgence ouvert sur la ville 24h sur 24 et un département d'anesthésie-réanimation moderne. Un appareil de résonance magnétique nucléaire doit y être installé en 2006. Les coûts des consultations y sont très variables entre 2.000frs et 15.000frs CFA. Quant aux autres prestations, particulièrement les opérations ou certains examens plus compliqués, les prix deviennent assez élevés, et inaccessibles à la majorité de la population. Au niveau du personnel, on retrouve à la fois des catégories médicales professionnelles (médecins, infirmiers, anesthésistes, chirurgiens) allant du

professeur en médecine au technicien de surface, et du personnel administratif chargé de la comptabilité, du secrétariat. S'ajoute aussi un nombre croissant de contractuels recrutés par les comités de gestion.

A la suite des hôpitaux, se trouvent un autre type de structure correspondant aux centres de santé, c'est le niveau périphérique, appelé aussi « district sanitaire ». Il s'agit du niveau opérationnel pour l'exécution des activités de mise en œuvre de la politique nationale de santé. Le Sénégal est découpé en 56 districts sanitaires chargés de la mise en œuvre des programmes et actions de santé à assises communautaires. Chaque district couvre une zone géographique correspondant à un département administratif avec une population desservie estimée entre 100 000 à 150 000 habitants. Chacun dispose d'un médecin et d'une équipe-cadre de district et compte au moins un centre de santé ainsi qu'un réseau de 10 à 25 postes de santé comme infrastructures de soins primaires et secondaires de référence. Au total, dans les différents districts à travers le pays, les centres de santé sont au nombre de 60 tandis que l'on dénombre 828 postes de santé publics (82%) et privés. Couvrant chacun une zone de responsabilité permettant à la population d'accéder à des soins continus, ces postes de santé constituent la structure de base où s'exécute l'ensemble des programmes de développement sanitaire. Ils représentent le premier niveau de contact des populations avec le système de santé et sont dirigés par des infirmiers. Ces postes de santé disposent d'infrastructures qui leur sont propres (le dispensaire et la maternité) et en polarisent d'autres : 1776 cases de santé et maternités rurales créées et gérées par les populations. Ces cases de santé devaient être les lieux d'exercice des agents de santé communautaires et des matrones, mais elles ont tendance à disparaître à cause du manque de personnel et des contraintes structurelles (manque de matériels, de médicaments, *etc.*).

Si cette hiérarchisation des niveaux de prise en charge répond à un souci de décentralisation de l'offre de soins, celle-ci est loin d'être respectée. Théoriquement, il existe un système organisé de référence faisant que chaque niveau, du poste de santé à l'hôpital, est associé à un champ de compétences. Quand la prise en charge s'avère difficile, sinon impossible à un niveau, la référence vers la structure située en amont dans la pyramide sanitaire, disposant en principe d'un plateau technique plus important et d'un personnel plus qualifié, s'impose. Ceci implique un travail de collaboration qui devrait permettre aux différents niveaux de se répartir le travail et les demandes de soins ; l'articulation devant fonctionner comme un tri. Le service de tri, rappelons-le, permet, dans les structures de santé, une orientation vers un autre service ou une prise en charge sur place selon la nature de la maladie, sa gravité et le plateau

technique nécessaire à sa prise en charge. Dans la pratique, ce système de référence ne marche pas vraiment du fait du manque de moyens (ambulance ou personnel), de l'indisponibilité de ces moyens qui sont utilisés à d'autres fins ou tout simplement parce que les malades vont directement au centre de santé ou à l'hôpital. Comme l'explique M.-E. Gruénais, « *ce sont parfois les recours aux structures de soins les plus centralisées et situées au plus haut de la pyramide sanitaire qui sont privilégiées par la population en première intention, comme au Sénégal [...] où il apparaît que les ménages ont une capacité de financement non négligeable et recourent massivement aux hôpitaux, y compris pour les maux les plus bénins* » (2001 : 71).

Le système de santé est composé, comme nous l'avons dit plus haut, de structures d'importance et de constitution différentes selon leur position dans la pyramide sanitaire et les missions qui leur sont dévolues. L'hôpital se distingue du centre de santé par les services qui le composent, les infrastructures, le type de personnel. De la même façon, le centre de santé est différent du poste de santé de premier recours. Certains hôpitaux sont spécialisés dans la prise en charge des maladies infectieuses et des affections pulmonaires : c'est le cas de l'hôpital de Fann qui est la référence pour la prise en charge des maladies infectieuses et qui abrite le premier service de pneumo-phtisiologie.

Les postes de santé dispensent des soins de base. Ils comportent un service de consultation générale assuré par un infirmier d'Etat, un service de vaccination et une maternité qui peut être sous la direction d'une sage femme ou d'une matrone. Certains postes de santé disposent également d'une unité de soins (pansement et injections) gérée par un ASC. Ces ASC, nous l'avons dit, sont théoriquement recrutés pour l'entretien des locaux de la structure de la santé, ainsi que la vente des tickets ou des médicaments. Néanmoins, ils sont souvent mis à contribution par des personnels de santé débordés et surchargés de travail. Les ASC se reconvertisent ainsi en soignants.

Entre les hôpitaux et les postes de santé, se situent les centres de santé qui doivent assurer un ensemble de prestations de soins correspondant au « paquet minimum d'activités » du district sanitaire. Les unités de prestations de services sont constituées par la consultation générale assurée par des infirmiers (le tri) et des consultations privées assurées par des médecins, la maternité, le laboratoire, le cabinet dentaire, la pharmacie, les salles d'hospitalisation d'une capacité variable de 6 à 14 lits selon le centre de santé, l'unité de traitement de la tuberculose également appelée PNT, le service de vaccination et la pédiatrie ainsi que les unités de soins (pansement et injections). Dans certains centres de santé, des spécialistes en gynécologie ou

en cardiologie assurent des vacances une fois par semaine. Contrairement aux hôpitaux, les centres et postes de santé sont le lieu d'opérationnalisation des différents programmes nationaux (Programme élargi de vaccination (PEV), Santé de la reproduction, tuberculose, paludisme, etc.). Chacune des structures brièvement présentées peuvent disposer d'une unité de prise en charge de la tuberculose, dénommées unités de traitement ou, dans le langage courant, « PNT ». Cependant, on retrouve principalement ces unités dans les centres de santé. En effet, en ce qui concerne les postes de santé, la décentralisation du traitement de la tuberculose vers les postes de santé n'est pas généralisée et n'a débuté, assez timidement que depuis 1998. Le nombre de postes de santé qui disposent d'une unité de traitement ou tout simplement qui assurent le suivi des malades reste donc faible. Dans certains postes de santé où le traitement est décentralisé, l'unité de traitement est souvent confondue avec le service de consultation, les malades étant reçus par l'infirmier chef de poste aidé d'un ASC qui compte les médicaments et remplit les fiches. Il existe également des postes de santé dans lesquels les unités de traitement fonctionnent avec un seul ASC qui est chargé de la distribution des médicaments et du suivi des patients. Il dispose d'un bureau ou simplement d'un coin d'espace dans le hall du poste de santé. Dans ce cas de figure, l'unité de traitement est constituée d'une table en dessous de laquelle sont rangés dans une caisse en carton les stocks de médicaments. La mise sous traitement se fait sans aucune intimité, dans un hall qui sert aussi, précisons-le, de salle d'attente aux malades et aux mères venant pour la vaccination de leurs bébés. L'endroit est bruyant, entre les cris des enfants et les discussions des soignants et des accompagnateurs : la communication soignant- soigné se fait difficilement sachant que l'ASC est souvent interpellé par un autre soignant ou une connaissance.

Quant à l'hôpital, hormis le service de pneumo-physiologie où sont hospitalisés les malades dont l'état général est fortement dégradé, les activités de suivi et de traitement des patients tuberculeux se limitent à la distribution des médicaments antituberculeux aux accompagnateurs des malades hospitalisés. Le vendeur en pharmacie n'a aucun rapport avec les malades, ce sont les accompagnateurs qui s'y présentent avec un bon de commande émis par le médecin qui se charge du suivi du traitement. Les malades n'ont pas de fiche de suivi et ne sont pas enregistrés, ces services ne sont par ailleurs pas supervisés par le PNT. Les internes font le suivi du traitement lors des visites journalières. On ne peut, par conséquent, pas parler d'unité de traitement en tant que service dont la mission est la prise en charge des tuberculeux.

Néanmoins, dans tous les centres de santé, il existe un service de prise en charge de la tuberculose : c'est le niveau opérationnel du programme national. Son personnel est constitué par un agent qualifié ayant au moins le statut d'agent sanitaire, qui assure le rôle de chef de service et de responsable de traitement (d'un point de vue théorique) et du personnel d'aide. Ce personnel d'aide est constitué d'agents de santé communautaire affectés dans le service sur demande du responsable ou sur décision de leur « tuteur » par le biais du médecin chef. En fait, une grande diversité de catégories professionnelles assurent la fonction de responsable d'unités de traitement. Selon le centre, il s'agit d'un infirmier, d'une assistante sociale, d'un pharmacien, d'un agent sanitaire. Leur travail consiste à mettre les malades sous traitement et assurer leur suivi. Ils sont secondés par des ASC dont le rôle est de rechercher les perdus de vue et d'aider au comptage des médicaments ; dans certains cas, ils s'occupent également des injections destinées aux malades en retraitement. Ces services fonctionnent de manière autonome et cloisonnée par rapport aux autres services des structures de santé, reproduisant ainsi le mode de fonctionnement de l'unité centrale de coordination des activités de lutte contre la tuberculose, le PNT en l'occurrence. Les seuls services avec qui les unités de traitement entretiennent des rapports de collaboration, sont les laboratoires qui interviennent indirectement dans le suivi du traitement par la réalisation des examens de contrôle au cours du traitement.

De manière générale, les unités de traitement sont des espaces isolés dans les structures de santé. Elles sont souvent situées au fond de la cour avec une certaine distance les séparant des services centraux. Dans les structures où l'espace est réduit, des lieux de prise en charge sont aménagés afin d'être strictement réservés à la prise en charge de la tuberculose. Cette ségrégation spatiale des unités de traitement, semble participer de la stigmatisation dont sont autant victimes les malades que les personnels de santé qui y travaillent.

Conclusion

La résolution de l'OMS de faire accéder en l'an 2000, tous les habitants du monde, à la santé restera un vœu pieu. En effet c'est dans les pays en développement, notamment ceux d'Afrique subsaharienne, dont le Sénégal, que l'on retrouve les taux de mortalité et de morbidité les plus élevés, les infrastructures sanitaires défailtantes et les conjonctures économiques les plus défavorables à l'amélioration de l'accès aux soins.

Comme dans la plupart des pays africains, le système de santé au Sénégal, mis en place avec la médecine coloniale, se structure de manière pyramidale telle que préconisée par les

politiques sanitaires. Cette structuration recèle des faiblesses quant à l'organisation des recours d'un palier à un autre et l'accès des usagers aux soins.

En outre, loin d'atteindre leurs objectifs de qualité et d'équité dans l'accès aux soins, les politiques sanitaires et publiques ont contribué à une restructuration professionnelle des structures de santé. En effet, elles ont réintroduit les bénévoles et permis la présence d'agents de santé communautaire qui s'engagent dans des tâches devant être le fait de professionnels.

Nous le verrons dans le chapitre suivant, l'implication de ces agents se trouve complexifiée dans la prise en charge de la tuberculose du fait du confinement des unités de traitement et de l'isolement du PNT par rapport aux autres programmes. La situation et la configuration des unités de traitement dans le champ sanitaire montrent que celles-ci constituent des univers fermés où interagissent de manière régulière et pendant une certaine durée soignants et soignés. Le fonctionnement au quotidien des services avec une telle organisation participe à la professionnalisation d'agents non qualifiés. Cette professionnalisation prend alors des allures de spécialisation basée sur des compétences avérées, uniquement valables dans le champ spécifique de ces services de soins et par rapport à une pathologie bien déterminée.

Chapitre III : La prise en charge de la tuberculose au Sénégal

Introduction

Dans la préface de l'ouvrage de A. Contrepois, A.M. Moulin écrivait : « *il y a quelques années, les maladies apparaissaient comme une réalité désormais identifiée sans ambiguïté au laboratoire mais comme une réalité en voie d'extinction. La syphilis s'était évanouie, croyait-on, avec les obsessions sexuelles de nos aïeux, la tuberculose rappelait le temps révolu de la dame aux Camélias. L'OMS n'était elle pas sur le point d'en proclamer l'éradication ? La mention de leur rémanence dans les pays en voie de développement soulevait l'indignation, comme une survivance insupportable* » (2001 : 9). L'éradication de la maladie était tellement réelle avec la découverte des antibiotiques dans les années 1950 qu'elle participa à « *la métamorphose de la phthisiologie, spécialité qui s'est construite par excellence autour de la tuberculose, en pneumologie* » (Bret, 2004 : 54). Cependant l'objectif d'éradiquer la tuberculose est loin d'être atteint, Gandy et Zumla (2002), en parlant de « *new tuberculosis* » montrent qu'un ensemble de facteurs contribue à la réémergence de la tuberculose : l'infection à VIH, les difficultés d'accès dans les structures de santé et l'apparition des résistances aux antituberculeux. Bien qu'au début des années 1980, l'intérêt pour la tuberculose dans les pays industrialisés ait presque totalement disparu, ceci n'a pas duré, notamment avec la réémergence de la maladie dans ces pays et son caractère endémique dans les pays en développement comme en attestent les nombreuses études de l'épidémiologie, de la médecine clinique et de la bactériologie mais aussi l'adoption de stratégies nouvelles de lutte contre la maladie.

Notre propos est de montrer à travers les caractéristiques de la tuberculose, l'intérêt qu'elle présente pour l'anthropologie. Ainsi, après avoir décrit les spécificités de la tuberculose, nous présenterons la situation actuelle de la maladie au Sénégal. Nous montrerons ensuite l'évolution des modalités de sa prise en charge ayant conduit à la création d'un programme national de lutte contre la tuberculose dont la mission principale est la coordination des activités de lutte contre cette maladie dans les districts sanitaires et la mise en application des normes internationales.

Section I : La tuberculose maladie « sociale »

De par ses manifestations comme du fait de la particularité de sa prise en charge et plus généralement des représentations autour de la maladie, la tuberculose, plus que les autres affections, est définie comme une maladie « sociale ».

En Europe, dans la littérature au 19^{ième} siècle, la tuberculose apparaissait comme une maladie « romantique » et héréditaire qui touchait les « êtres sensibles » (la dame aux Camélias, Frédéric Chopin, *etc.*). Avec la découverte des germes et l'affirmation du caractère contagieux de la maladie, l'image de la tuberculose change profondément. « *On voit souvent dans la tuberculose une maladie de la pauvreté et du dénuement : vêtements trop minces, corps malingres, chambres glaciales, absence d'hygiène, nourriture insuffisante, etc.* » (Sontag, 1989 : 26). L'amaigrissement – symptôme de la maladie – témoigne de la manière dont la tuberculose marque le corps mais il apparaît également comme le reflet de la précarité des conditions de vie qui favorise sa diffusion et que l'expérience de l'infection accentue. En tant que « *maladie de la misère et du taudis* » (Adam & Herzlich : 2002, 17), érigée au rang de « *fléau social* » au 20^{ième} siècle (Herzlich & Pierret, 1984 ; Faure, 1994), la tuberculose véhicule des représentations qui semblent conserver la mémoire des interprétations hygiénistes du 19^{ième} siècle, portées notamment par Villermé ou Bertillon, concernant l'impact des conditions de vie des catégories pauvres sur leur état de santé. De ce fait, et c'est encore aujourd'hui le cas, la tuberculose demeure un marqueur des inégalités sociales, les groupes sociaux les plus touchés vivant souvent dans une certaine précarité (Packard, 1989 ; Farmer et al., 1991).

Dès lors, si les conceptions de la maladie se sont profondément transformées avec la révolution pastoriennne et si la détermination des causes de tuberculose est à l'origine de la mise sur pied des principes de lutte du 20^{ième} siècle, ceux-ci allient le médical et le social. La création des sanatoriums, d'abord réservés à une classe sociale bourgeoise, fut ensuite relayée par la mise en place de dispensaires de quartiers et de l'instauration de l'hygiène sociale, dont l'action consistait à mener des campagnes de prévention pour contrôler la maladie. Cette stratégie socio-sanitaire est encore prégnante : « *Nés dans la lutte antituberculeuse, les liens entre sanitaire et social, la médecine de secteur, le recours à la propagande, à l'éducation sanitaire, au dépistage systématique, à l'isolement sont des réalités ou des tentations que l'on retrouve aujourd'hui face au Sida, dans la lutte contre l'alcoolisme ou le tabagisme* » (Faure, 2004 : 1167). En Afrique, les principes de lutte contre la tuberculose s'inspireront de cette démarche hygiénique même si jusqu'aux années 1970, la tuberculose n'avait guère de place

dans la lutte contre les grandes endémies. Les efforts étaient plutôt concentrés à la lutte contre la maladie du sommeil, le paludisme ou la lèpre. Les moyens de diagnostic des mycobactéries n'étaient pas toujours fiables. Les protocoles thérapeutiques n'étaient pas bien codifiés, les médicaments étaient peu efficaces, le traitement était de très longue durée, parfois se résumait à des sels d'or dont l'approvisionnement n'était pas toujours assuré⁵. Bien qu'il n'y eût pas de sanatoriums construits au Sénégal, le système de prise en charge de la tuberculose, telle que définie en France, fut transposé dans cette colonie d'AOF et porté par la même idéologie que celle qui prévalait lors de la création des sanatoriums. Les mesures de lutte contre la tuberculose, en plus de l'isolement des malades, comportaient aussi bien des stratégies de désinfection que des conseils d'hygiène. Ceux-ci devaient notamment être diffusés par les infirmières visiteuses qui avaient entre autres comme mission « d'éduquer » les familles et les malades et de leur donner un ensemble de recommandations pour éviter la propagation de la maladie.

Cette dimension sociale du système de prise en charge médicale de la tuberculose est plus particulièrement analysée par F. Lert. La lecture qu'elle propose, éclaire la structuration actuelle de la prise en charge de la tuberculose ainsi que les dynamiques professionnelles qui en découlent. L'auteur s'attache à analyser l'émergence des systèmes socialisés de santé ayant présidé à la mise en place de la lutte contre la tuberculose. Elle affirme que le caractère novateur du système de prise en charge de la tuberculose tient « à sa spécialisation, à sa fonction essentiellement préventive et à la nature à la fois médicale et sociale de ses activités » (Lert, 1982 : 2074). Pour rompre la transmission de la maladie, il s'agissait d'agir sur les conditions de vie des malades, ce pour quoi les savoirs médicaux étaient très peu mis à contribution. Cette démarche se focalisant sur une pathologie et « un repérage des catégories sociales définies par des critères biologiques » ne sera pas appréciée des médecins, « peu enclins à participer à un système basé sur un savoir autre que la seule clinique, peu intéressant dans la mesure où il repose surtout sur des techniques de prise en charge sociale » (*op.cit.*, 2078). Le caractère non médical d'une partie importante des activités de la lutte contre la tuberculose et le fait que celles-ci se soient développées à l'extérieur des structures de santé, lieux majeurs de valorisation des savoirs médicaux, expliquent le

⁵ Pendant longtemps, la tuberculose a été le parent pauvre des politiques de santé. Les efforts de lutte étaient consentis sur d'autres pathologies (J.P. Bado, 1999) du fait de la rareté supposée des malades dépistés. Rappelons qu'au Sénégal, d'après les rapports annuels du « service central de la santé », la tuberculose était considérée comme un fait rare jusqu'en 1924. On parlera alors de maladie sporadique au regard du nombre de cas jusque vers les années 1935, date à laquelle sera installé à la Polyclinique, actuel Institut d'Hygiène sociale, un service de dépistage et de traitement de la tuberculose. En 1934, 88 cas ont été déclarés contre 97 en 1933.

désintérêt porté par les médecins à l'égard de cette pathologie. A l'évidence, la découverte du pouvoir thérapeutique des antibiotiques n'a guère modifié, dans le long terme, cette configuration.

Les constats effectués dans les structures de santé au Sénégal montrent en effet que les professionnels que sont les médecins se sont très peu intéressés à la lutte contre la tuberculose. Quant aux infirmiers, ils s'en sont très vite détournés en la déléguant à des agents non qualifiés mais jugés à même de véhiculer des messages sanitaires. L'idée prônée par Calmette d'instaurer « *un système de visite à domicile assuré non par des professionnels mais par des moniteurs appartenant à la même classe sociale que les malades et qui pourraient faire passer dans leur groupe les normes hygiéniques un peu comme l'indigène converti par le missionnaire* » (Lert, *op.cit.*, 2077) semble trouver son prolongement dans le fait qu'aujourd'hui des ASC et « relais communautaires » sont envoyés dans les familles, étant également considérés comme appartenant à la même condition sociale que les malades. L'implication des assistants sociaux dans la prise en charge de la tuberculose se justifie également par cette intervention dans le milieu de vie des malades. Mieux outillés d'un point de vue professionnel, ils jouent le rôle de ces anciennes infirmières visiteuses. Même si l'isolement n'est plus recommandé par les autorités sanitaires, la mise sous traitement des tuberculeux s'accompagne encore aujourd'hui, dans la plupart des structures de santé, de la diffusion de messages suggérant une mise à distance du malade.

En outre, la tuberculose est une maladie dont le traitement s'inscrit dans une certaine durée (8 mois), exposant d'autant plus régulièrement les représentants de la médecine au risque d'être confrontés à des problèmes fort peu médicaux. En effet, un soignant est souvent désarmé quand un patient lui parle des problèmes d'ordre social auxquels il est confronté tels que l'incapacité à payer ses frais de déplacement pour venir chercher ses médicaments ou à s'assurer le petit-déjeuner après la prise des comprimés, faute, par exemple, de pouvoir travailler. Ces contraintes liées au traitement pèsent sur les malades et renforcent la stigmatisation. La tuberculose est une maladie qui, du fait de son caractère transmissible d'un individu à un autre et ses manifestations externes comme la toux, continue à susciter de la peur et de la stigmatisation dans la population. Malgré l'efficacité reconnue des antituberculeux, cette stigmatisation est susceptible de rejaillir sur les professionnels de santé, d'autant qu'ils ont peur de la contagion. Ainsi leurs attitudes d'évitement, de mise à distance des malades quel que soit le moment du traitement⁶ sont guidées par ces perceptions de la

⁶ Le seuil de contagiosité du malade s'effrite au bout de quinze jours de traitement.

tuberculose comme maladie grave, dont il faut se méfier et dont la prise en charge est donc « risquée » du fait des contacts répétés avec les malades sans protection efficace.

Parallèlement, les professionnels de santé jugent la lutte anti-tuberculose inintéressante en termes de perspective de carrière. De fait, la prise en charge de la tuberculose n'a pas vraiment évolué ; c'est un milieu qui n'est pas innovant, les stratégies de lutte actuelles s'inscrivant très directement dans la lignée des politiques élaborées dès 1921, avec l'instauration de la vaccination au BCG à la naissance et, depuis les années 1950, en matière de traitement, avec la découverte des antibiotiques. Certes, des essais cliniques sont réalisés pour réduire la durée du traitement ou le nombre de médicaments par la combinaison des molécules. Mais ce sont les mêmes molécules et les mêmes protocoles qui sont utilisés pour tous les nouveaux patients avec seulement quelques ajustements en fonction du poids. Cette situation installe une routinisation de la pratique des soignants du fait des choix thérapeutiques limités pour ne pas dire inexistantes, qu'il s'agisse de la mise sous traitement des nouveaux cas ou du suivi des patients en cours de traitement.

L'apparition des tuberculoses résistantes et la prévalence de la co-infection au VIH sont certes venues rompre ce cadre routinier. Mais, ce qui est proposé pour limiter ces résistances et qui peut apparaître comme une innovation, le Traitement Directement Observé (TDO), ne fait que réactualiser la tension entre les dimensions médicales et sociales dans la prise en charge de la tuberculose. En effet, nous savons qu'un des principes du TDO est de s'assurer que le malade prend régulièrement ses médicaments, dans le cadre d'un traitement long de huit mois, obligeant ainsi les soignants à adopter une attitude relativement inhabituelle pour eux, celle de vérifier que le patient prend bien son traitement. Plus remarquable, lorsque la possibilité est offerte au malade de choisir un médiateur dans son entourage ou de recevoir son traitement des mains de l'ASC de son quartier et qu'il s'agit donc d'identifier dans l'entourage du patient une personne en mesure de constater la prise effective des médicaments, le principe du TDO déplace l'intervention et l'adaptation du travail des soignants d'un registre « technico-médical » à un registre nettement « social ». On assiste alors, comme dirait R. Castel (1995), à une « déterritorialisation » de la prise en charge thérapeutique qui se déplace des centres de santé vers les domiciles des patients. Un tel mode de prise en charge laisse une place considérable à la négociation, aux marchandages dans les rapports entre soignants et soignés.

Au regard de cette situation, nous nous proposons d'analyser les effets de la structuration et donc du mode de fonctionnement du système de santé sur les pratiques des soignants en posant l'hypothèse suivante : l'absence de perspectives de carrière dans la gestion de la tuberculose amplifie la démotivation des personnels qualifiés qui se détournent de plus en

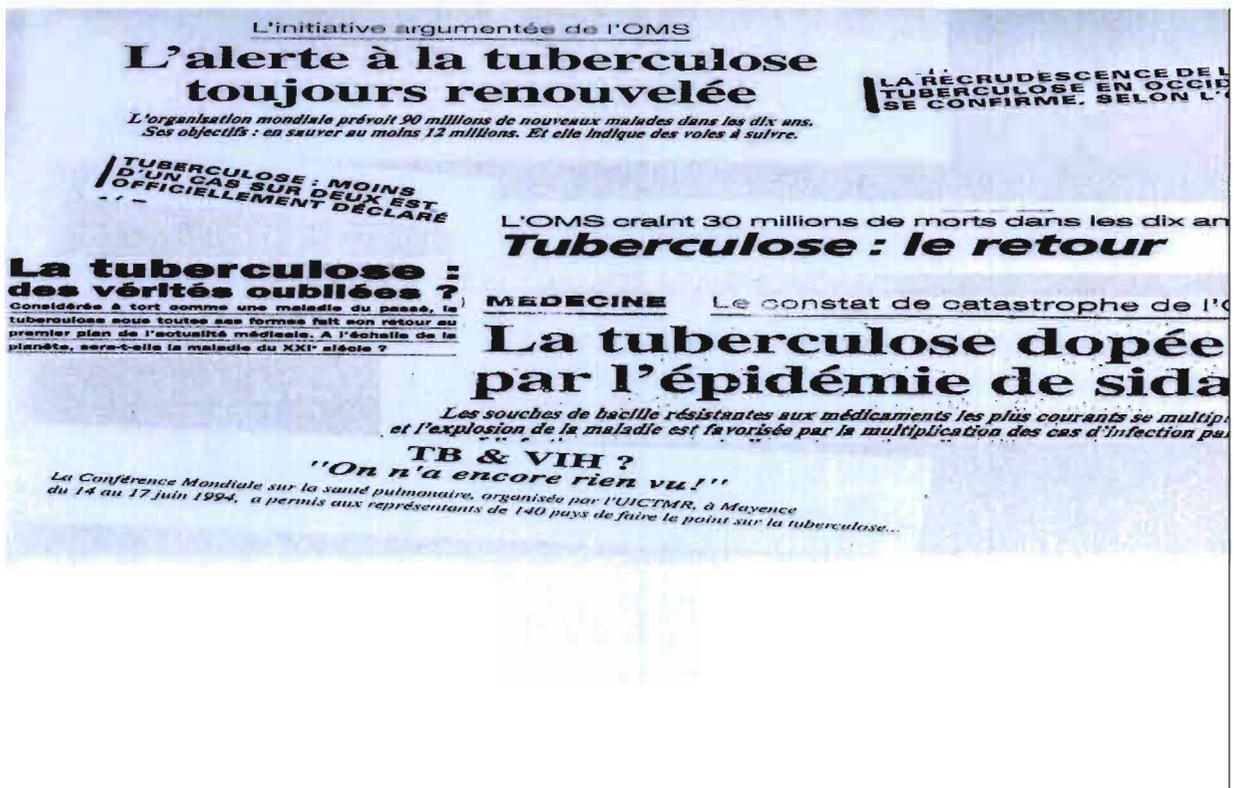
plus de cette maladie ; ceci rend d'autant plus visible le positionnement des agents non qualifiés qui occupent par défaut cet espace de soins, trouvant là un terrain favorable à leur reconnaissance dans la structure de santé.

Section II- La tuberculose, problème de santé publique

Malgré les réformes et l'adoption de différentes politiques sanitaires, la situation sanitaire reste désastreuse comme dans la plupart des pays du Tiers-monde (Tantchou, 2006). Au regard de la situation économique et sociale du Sénégal, les données produites par la direction de la prévision et de la statistique ainsi que celles de l'OMS convergent pour montrer une situation sanitaire peu reluisante. La santé de la population du Sénégal demeure précaire malgré les progrès réalisés. Le rapport 2000 de l'OMS sur la santé dans le monde classe le Sénégal à la 151^{ème} place sur un total de 191 pays pour ce qui est du niveau de santé de sa population. Malgré la baisse de la mortalité infantile (de 86 pour mille en 1992 à 64 pour mille en 1999) et l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance (elle était estimée en 1988 à 47 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes, et respectivement 51 ans et 53 ans en 1998), les taux de morbidité et de mortalité restent toujours élevés. Les causes en sont dominées par les maladies infectieuses, parasitaires endémiques et émergentes liées à l'environnement ainsi qu'à l'état de pauvreté de la population⁷. Comme partout ailleurs, la tuberculose est en forte recrudescence et tue annuellement près de 4% des malades au Sénégal. Les données épidémiologiques lui confèrent un statut de « problème de santé publique », l'OMS estimant que la tuberculose tue deux millions de personnes chaque année dans le monde. L'épidémie de sida et l'émergence de bacilles multirésistants aux antibiotiques contribuent à aggraver l'impact de cette maladie, considérée par l'OMS comme responsable d'une épidémie mondiale de plus en plus dangereuse et comme une urgence sanitaire au niveau planétaire. Cette organisation estime qu'entre 2000 et 2020, près d'un milliard de personnes seront nouvellement infectées et que 200 millions d'entre elles développeront la maladie, dont 35 millions mourront de tuberculose, si aucune amélioration n'est apportée dans le contrôle de cette infection (OMS, 2005). 80 % de tous les patients tuberculeux dans le monde vivent dans 22 pays. Les pays concentrant le plus grand nombre de patients sont l'Inde, suivie de la Chine, de l'Indonésie, du Pakistan, de Bangladesh et puis, bien sûr, des pays d'Afrique. La tuberculose est une maladie en nette progression en Afrique. Selon les données de l'OMS, 1,5 millions de personnes seraient touchés et 540 000 meurent chaque

⁷ <http://healthinternetwork.org>. Consulté le 20-09-2006

année de cette maladie⁸. La recrudescence de cette affection, dont on prédisait l'éradication, s'expliquerait par l'apparition du sida, dont elle est la première infection opportuniste et le développement des souches résistantes aux antituberculeux. Mais ses facteurs d'expansion viendraient aussi des mouvements de population, de la dégradation des conditions de vie et de l'accroissement de la pauvreté. Depuis quelques années, on note sur le plan international un regain d'intérêt pour la lutte contre la tuberculose. En 1993, déjà, l'OMS la qualifiait « d'urgence mondiale » et appelait à une plus grande mobilisation de ressources pour relancer la lutte antituberculeuse.



(In Voisin, 1995 :147)

Ainsi de nouveaux mécanismes de financement ont été mis en place pour améliorer la lutte contre la tuberculose dans les pays à faibles revenus dans le cadre du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, créé lors du sommet du G8 en 2000. Le programme « Halte à la tuberculose »⁹ (2006-2015), qui prend appui sur la stratégie DOTS

⁸ Chiffres avancés, en 2005, lors de la 55^{ième} assemblée des ministres africains à Maputo,

⁹ Ses objectifs sont de poursuivre l'extension d'une stratégie DOTS de qualité et son amélioration (1) ; de lutter contre la co-infection TB/VIH, la tuberculose TB-MR (médicalement résistante) et de s'attaquer à d'autres défis (2) ; de contribuer au renforcement des systèmes de santé (3) ; d'impliquer tous les soignants(4) ; de donner aux personnes atteintes de tuberculose et aux communautés la capacité d'agir (5) ; de favoriser et promouvoir la recherche (6). (WHO, 2006. Aide- mémoire N° 104).

adoptée depuis 1995, est la dernière initiative conçue dans le but de réduire de moitié la prévalence et la mortalité par tuberculose. Comme d'autres pays, le Sénégal est concerné par cette stratégie. Les enquêtes épidémiologiques révèlent une situation alarmante : sur l'ensemble du territoire national, 6 000 à 7 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année même si le taux de co-infection TB/ VIH (8% des Personnes Vivant avec le VIH, (PVVIH) sont tuberculeux) reste faible comparé aux pays d'Afrique australe par exemple, où il tourne autour de près de 50%. Malgré la mise en place d'un programme national de lutte depuis plus de deux décennies et l'existence de traitements à l'efficacité reconnue et accessibles gratuitement, les résultats du programme national restent en deçà des objectifs nationaux et internationaux (80% des malades dépistés). On note au contraire une augmentation progressive des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif. Les localisations pulmonaires sont les plus fréquentes et représentent 90% du total des nouveaux cas de tuberculose. Les cas de retraitement représentent 8,5% du nombre total des malades tuberculeux cependant que les taux de guérison (avec traitement terminé) tournent autour de 70% (variant entre 48,7% et 73% selon les régions). Les taux de perdus de vue (malades qui interrompent leur traitement avant son terme) connaissent une baisse sensible. Ils sont passés de 25% en 2001 à 18% en 2002. Ces derniers accroissent non seulement les risques de transmission de la maladie mais ces abandons favorisent aussi le développement des résistances, (Thiam & al., 2005).

Les régions les plus urbanisées concentrent les taux les plus élevés de cas notifiés. Même s'il faut tenir compte du fait que la population est très inégalement répartie sur le territoire, il semblerait que les contextes économiques et sociaux expliquent ces variantes. La population urbaine (résidant dans les communes) compte pour 41% de l'ensemble, plaçant le Sénégal parmi les pays les plus urbanisés d'Afrique sub-saharienne. Cette situation résulte de l'explosion démographique mais surtout de la baisse de la production agricole qui a favorisé les migrations des zones rurales vers les centres urbains. La croissance urbaine accompagne dès lors les problèmes de dégradation des conditions de vie, d'accroissement de la pauvreté et d'élévation du taux de chômage. Depuis la dévaluation du franc CFA, en janvier 1994, le chômage s'est accru et concerne plus d'un quart de la population active dans les villes. Cette population a une structure par âge très jeune, avec 50% ayant moins de 16 ans. L'Indice du Développement Humain (IDH) du PNUD situait le Sénégal au 155^{ème} rang sur 175 pays classés en 2006. Plus que les autres régions, Dakar, du fait de sa situation géographique et de ses activités économiques, concentre la majorité de la population urbaine (54%). Bien que concentrant la majorité des infrastructures sanitaires (8 districts sanitaires, 11 centres de santé,

119 postes de santé, 32 structures parapubliques et 7 hôpitaux nationaux), la région dakaraise demeure confrontée à d'importants défis en matière de santé. L'accès aux services de base (éducation, santé, eau potable, électricité, infrastructures collectives) est de plus en plus difficile pour la majorité de la population.

Cette dégradation des conditions de vie, amplifiée dans les quartiers dits « flottants » ou spontanés, dont l'existence résulte de processus de relégation à la périphérie des villes des populations pauvres, offre un terrain favorable au développement de certaines maladies dont la tuberculose.

La tuberculose est une maladie infectieuse provoquée par un micro-organisme (bacille) nommé *Mycobacterium tuberculosis*. Ce bacille pénètre habituellement dans le corps humain par inhalation dans les poumons. A partir de la localisation pulmonaire initiale, il se multiplie et gagne d'autres parties du corps via le système sanguin, le système lymphatique, les voies aériennes, ou par propagation directe à d'autres organes. La tuberculose peut toucher n'importe quelle partie du corps même si sa forme pulmonaire est la plus fréquente et concerne plus de 80 % des cas. C'est la seule forme de tuberculose qui soit contagieuse. La contagiosité d'un cas de tuberculose est déterminée par la concentration de bacilles à l'intérieur des poumons et leur propagation dans l'air environnant. Les patients qui ont une tuberculose pulmonaire et chez qui, les bacilles sont si nombreux qu'on peut les voir au microscope à l'examen direct des crachats (*cas à frottis positifs*), sont les cas les plus contagieux.

Lorsqu'il tousse, rit ou éternue, le patient tuberculeux contagieux expulse dans l'air des gouttelettes microscopiques contenant des bacilles. Ces gouttelettes sèchent rapidement et deviennent des particules infectieuses qui peuvent rester en suspension dans l'air pendant plusieurs heures. Toute personne entrant dans la pièce où il se trouve, peut inhaler ces particules infectieuses. Si les bacilles s'installent dans les poumons de la personne qui les inhale et commencent à s'y multiplier, l'infection se produit alors. La force de l'exposition aux bacilles est liée à la proximité et à la durée du contact avec un cas contagieux (par exemple, ceux qui vivent sous le même toit). Les bacilles sont rapidement détruits par les rayons solaires et leur concentration dans l'air est réduite par une bonne ventilation. En dehors d'un contact proche et prolongé avec un cas contagieux de tuberculose, le risque d'être infecté à l'occasion d'un seul contact avec un malade est très faible.

En ce qui concerne le diagnostic, une toux de plus de trois semaines est « suspecte », particulièrement quand le patient a des crachats striés de sang et éprouve des difficultés à respirer. Si cette toux est accompagnée de perte d'appétit et de poids, de sentiment de malaise

et de fatigue, des sueurs et de la fièvre, elle doit faire l'objet d'un diagnostic de tuberculose par analyse des crachats et souvent une radiographie pulmonaire.

Les directives officielles du PNT ne font pas mention de l'usage de la radiographie dans le diagnostic de la tuberculose, la priorité étant donnée à la clinique (recueil des signes par l'interrogatoire) et aux examens de laboratoire consistant à regarder au microscope un échantillon de crachats (recherche de Bacille Alcoolo Acido Résistants (BAAR) dans les crachats) étalé sur une lame de verre et coloré selon la méthode de Zhiel- Nielsen. En fait, l'usage de la radiographie en première intention est non seulement considéré comme inutile par les responsables du programme, qui estiment qu'il n'existe pas de preuve visuelle suffisante, voire convaincante de l'existence de la maladie. De plus, il est jugé néfaste dans la mesure où il rend la démarche diagnostique plus coûteuse et pourrait donc empêcher certains patients d'accéder au traitement (Werner, 2005). Selon eux, le diagnostic et le suivi de l'évolution de la maladie sous traitement devraient reposer uniquement sur la clinique et la mise en évidence ou non de bacilles tuberculeux par l'examen de crachats. Cet examen est d'ailleurs considéré par les institutions sanitaires internationales comme le moyen le plus sûr et le plus rentable d'identifier les cas contagieux dans les pays à faibles revenus (Enarson & al. 2000). Au Sénégal, trois échantillons de crachats sont recueillis pour la détection : le coût de cet examen varie entre 500 et 2000 Fcfa selon la structure de santé.

En conséquence, l'usage de la radiographie pulmonaire est indiqué seulement dans deux cas de figure :

- la tuberculose dite à microscopie négative (c'est-à-dire avec des examens de crachats négatifs) lorsque, après la mise en route d'un traitement présomptif au vu des seuls signes cliniques, on ne constate pas une amélioration de l'état de santé du patient¹⁰,
- les patients tuberculeux VIH+ en raison du fait que 50% d'entre eux présentent des localisations extra pulmonaires.

Au Sénégal, le traitement officiel de la tuberculose instauré depuis le 2 Janvier 2002 est le suivant : en première intention pour les nouveaux cas chez les adultes et les enfants de plus de 10 ans : 2 RHZE / 6 EH et en deuxième intention pour les retraitements (rechute, échec de traitement...) : 2 SRHZE / 6 RHZE¹¹. Chez les enfants de moins de 10 ans selon les formes

¹⁰ La tuberculose à microscopie négative n'est pas considérée comme un problème de santé publique, dans la mesure où les patients ne sont pas contagieux (ils ne crachent pas de bacilles) et/ ou ils sont peu nombreux. Selon le Dr. Ndir, ancien responsable du PNT, sur une période de dix ans (1991-2000) le taux maximum au niveau national a été de 18,6 % et pour 2001 de 13,7 %.

¹¹ R : Rifampicine, H : Isoniazide ; Z : Pyrazinamide ; E : Ethambutol ; S : Streptomycine ; EH : Ethambutol+ Isoniazide. Le chiffre avant indique le nombre de mois de prise de ces comprimés par le patient

(commune ou miliaire- méningite) 2 RHZ / 4 RH ou 2 RHZS/ 10 RH sont les traitements préconisés. Dans le cas de tuberculose associée au VIH chez l'adulte, le schéma est 12 EHZ avec antiprotéases et 2 RHZE/ 10 RHZE sans antiprotéases.

Les chiffres plus haut présentés montrent une situation épidémiologique préoccupante malgré la mise en place depuis près de deux décennies d'un Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT) qui est la structure centrale chargée de l'organisation de la lutte contre la tuberculose.

Section III- La prise en charge de la tuberculose au Sénégal : le Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT)

De manière générale, avant la création de l'Organisation Mondiale de la Santé, il n'y avait pas de lutte efficace et universellement reconnue contre la tuberculose dans le monde (O. Diop, 1990). La vaccination par le BCG est la mesure prophylactique la plus importante mais elle ne s'applique qu'aux enfants. Les nouveaux-nés le reçoivent à la maternité et les enfants plus grands sont vaccinés à domicile par les infirmières visiteuses qui surveillent en même temps les familles de tuberculeux. Le traitement des malades consistait, jusqu'en 1944, en moyens qui paraissent aujourd'hui dérisoires : huile de foie de morue, préparations créosotées, révulsifs et toniques... puis choline, enfin sels d'or, plus toxiques qu'actifs. La collapsothérapie est en vogue jusqu'à la deuxième guerre mondiale : le « pneumothorax artificiel » consistant à injecter périodiquement de l'air dans la plèvre pour comprimer le poumon malade et mettre ainsi au repos les lésions sous-jacentes. Ces soins ne sont assurés que dans les grandes villes comme Dakar, à titre ambulatoire, au dispensaire antituberculeux, à l'institut d'hygiène sociale ou à l'hôpital où le pavillon des tuberculeux est distinct de celui des autres contagieux.

Avec la création de l'OMS en 1947, de nouvelles bases techniques ont été instituées. Ainsi, entre juillet 1947 et 1954, il y eut la mise en place d'un système de dépistage par radiographie de masse, une intégration des campagnes de masse, la mise en place d'une coopération entre OMS et UNICEF.

- En 1969, une section tuberculose est créée au sein de l'Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies. Au Sénégal, le projet « Sénégal 19 »¹², créé en 1968, devait assurer, grâce à des équipes de dépistage décentralisées, une couverture nationale. L'objectif était alors d'assurer le traitement

¹² Projet né d'un accord de partenariat entre l'OMS, l'UNICEF et l'état du Sénégal.

gratuit des patients, la vaccination par le BCG et des activités de surveillance épidémiologiques de l'infection tuberculeuse. A partir de 1973, la vaccination se généralise et le BCG est inclus dans le PEV (Programme élargi de vaccination).

- En 1973 devant l'insuffisance des moyens financiers, l'obstination à continuer les traitements traditionnels, l'OMS recommande la formation de personnel qualifié.
- En 1983, la 36^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé demande à tous les Etats membres surtout aux pays en voie de développement d'intensifier leurs efforts dans l'extension à l'ensemble de la population de l'accès au diagnostic, au traitement et aux services de prévention.

Rappelons qu'au Sénégal, avant 1972, la lutte antituberculeuse ne reposait sur aucune structure spécifique, la direction de la Santé était seule à s'en occuper. Elle était décentralisée et divisée en trois groupes :

- La clinique phtisiologique de Fann qui était pratiquement le seul service de tuberculeux avec 450 à 500 malades par an pour 125 lits ;
- Les centres régionaux de traitement de la tuberculose en ambulatoire dont un à Dakar : l'Institut d'Hygiène Sociale (IHS) situé en bordure de la Médina (premier quartier africain de la ville). Le service le plus important était celui de pneumo-phtisiologie avec deux médecins. Il était chargé du dépistage et du traitement d'une grande partie des tuberculeux.
- Les centres de vaccination au BCG. Il y en avait un dans chaque région au niveau des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), soit 67 en tout.

Dans ces structures, le dépistage était d'abord clinique : seuls les malades présentant une expectoration seront pris en compte. Trois recherches de BK dans les crachats sont alors pratiquées et seuls les malades aux examens positifs, perçus comme des foyers de dissémination sont traités. La radiographie ou la radio photo n'étaient pratiquées qu'exceptionnellement. Par ailleurs, seuls quelques cas sociaux sont hospitalisés (un malade sur 10), les autres sont pris en charge en ambulatoire. Les malades habitant la ville de Dakar seront traités par le centre de pneumo-phtisiologie, et les habitants de la périphérie sont adressés au dispensaire dont ils dépendent, celui-ci ayant la charge de les traiter. Ces dispensaires sont malheureusement souvent dépourvus de médicaments et le centre de pneumo-phtisiologie ne dispose que d'une quantité limitée de produits (de quoi traiter 60

malades par mois alors que ce chiffre est souvent dépassé)¹³. Le malade était ensuite réexaminé au bout de 3 mois et une nouvelle recherche de BK était pratiquée. Il a été dépisté 1250 tuberculeux (375 à Dakar, 925 en périphérie) en 1979 et 1050 (dont 300 à Dakar et 750 en périphérie) en 1980.

Aujourd'hui cette situation a évolué notamment avec la création, en 1985 du Programme National contre la Tuberculose (PNT), supervisé par l'UICITMR (Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires) et financé à 50% par le gouvernement sénégalais, 30% par l'UICITMR et 20% par une association norvégienne de lutte contre la tuberculose, la Landsforeningen for Hjerte Lungesyke (LHL). La seule manière d'atteindre ces objectifs a été d'intégrer le PNT aux services de santé existants. Le dépistage et le traitement peuvent être effectués dans les diverses formations médicales et les mesures de lutte peuvent être exécutées par le personnel paramédical dans la mesure où il est bien formé et régulièrement supervisé (Peycru, 1997).

Le PNT relève du niveau central de prise de décision, constitué par les structures administratives et les services techniques de référence nationale. Ce niveau central comprend le cabinet du ministre et les services qui lui sont rattachés, les directions nationales¹⁴. Ce niveau central est l'organe de décision politique et l'instance d'appui technique et stratégique des régions. La direction de la santé comprend les structures suivantes : le service national chargé de la Santé de la reproduction, le service national des Grandes endémies, le service national de l'Hygiène, le service national pour l'Alimentation et la nutrition, la division des Soins de Santé primaires, la division de la Santé mentale, la division de la Santé bucco-dentaire, la division des Cliniques, cabinets privés et médecine traditionnelle et le Programme national de lutte contre le SIDA. Enfin, les programmes gérés par le service national des grandes endémies comprennent le programme national de lutte contre le paludisme, le programme Elargi de vaccination, les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, la lèpre, la bilharziose, la cécité, l'onchocercose et le programme national d'éradication du ver de Guinée.

¹³ Le traitement standardisé (en 1980) est : Streptomycine : 1g/j pendant 2 mois, 6j/7 puis 1g/j pendant 1 mois 3j/7 et TB1 ou Trécator : 2cp/j pendant 1 mois 3j/7 et INH : 2cp/j pendant 15 mois. La rifampicine, hors de prix, est peu utilisée.

¹⁴ Autour du ministre se coordonnent le cabinet et cinq directions techniques : la direction de la santé, la direction de l'administration générale et de l'équipement, la direction de la pharmacie et du médicament, la direction des Etablissements de santé et la direction des Etudes de la Recherche et de la Formation. Divers services sont rattachés au Ministère (cellule d'appui et de suivi ; Inspection de la santé ; Laboratoire National de Contrôle des Médicaments ; Service National de l'éducation pour la santé ; Cellule d'Appui aux Mutuelles, IPM et Comité de santé).

Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose au Sénégal (PNT) est un démembrement de la Division des Maladies Transmissibles, qui dépend de la Direction de la Santé du Ministère de la Santé et de la Prévention. Il est dirigé par une Unité Centrale de Coordination avec à sa tête un Coordinateur National, assisté d'un Superviseur National, du Responsable du Laboratoire National de Référence et d'un Directeur de l'Approvisionnement et des Finances. Ils sont tous fonctionnaires de l'Etat du Sénégal. Le PNT emploie également un personnel de soutien constitué d'un technicien de laboratoire, d'une aide laboratoire, d'une secrétaire et de deux chauffeurs. Au niveau des régions, le Médecin Chef (secondé par un adjoint) a, parmi ses attributions, la coordination des activités de lutte contre la tuberculose. Il désigne un Superviseur qui est responsable de la supervision des activités du PNT dans la région. Dans les districts, la responsabilité du PNT incombe au Médecin Chef alors que le fonctionnement est sous la responsabilité du superviseur des soins de santé primaires et du responsable du centre de traitement.

L'unité centrale du PNT regroupe une unité administrative de gestion, de contrôle et de formation, un laboratoire national de référence et un magasin. L'unité administrative s'occupe de la coordination et de la planification des activités liées à la prise en charge de la tuberculose. Elle assure également la formation des médecins, infirmiers, assistants sociaux et agents sanitaires, la supervision des activités, la commande des médicaments, la collecte et l'analyse des données, la gestion des informations et des activités de recherche. Cette unité centrale organise une supervision une à deux fois par an dans chaque centre de santé. C'est toute l'équipe de l'Unité Centrale qui mène ces activités de supervision dans les différents services des centres de santé. Le travail du Coordinateur porte alors sur la consultation, le Superviseur National a la responsabilité des unités de traitement et le Responsable du Laboratoire de Référence assure la supervision des laboratoires, tandis que le Directeur de l'approvisionnement contrôle les stocks de médicaments et de matériels. Dans la pratique, c'est généralement le Superviseur National accompagné du Superviseur de la Région médicale qui prend en charge ces différentes supervisions dans les unités de traitement et au laboratoire.

Le laboratoire, quant à lui, sert à la formation des techniciens de laboratoire¹⁵, au contrôle de qualité des lames¹⁶ et à la recherche des résistances primaires et secondaires¹⁷. Il s'agit, en

¹⁵ La formation comporte un stage initial qui se fait au PNT ou dans une autre région pendant 2 semaines et un recyclage qui regroupe pendant une semaine les techniciens d'une même région.

¹⁶ Il se déroule à 2 niveaux. Une partie des lames positives (environ 80%) des centres de santé est envoyée chaque année au laboratoire du PNT ainsi qu'un échantillon de lames négatives (égal au nombre de lames

effet, de surveiller les résistances du bacille de Koch (BK)¹⁸ aux médicaments afin de mettre en place des unités opérationnelles de diagnostic et de traitement de la tuberculose sur l'ensemble du territoire national, et de les standardiser. Il existe pour ce faire une vulgarisation et une harmonisation des techniques de laboratoire en ce qui concerne la bacilloscopie, depuis plusieurs années. En 2001, on comptait 68 centres de traitement répartis entre les différentes régions. De même 76 laboratoires collaborent avec le PNT sur l'ensemble du territoire.

Les activités du PNT dans les structures de santé concernent essentiellement la formation d'agents de santé pour le diagnostic et le traitement de cas détectés. Il est à constater que ce programme a fonctionné pendant longtemps en vase clos avec à sa tête des médecins militaires. La mise en œuvre des activités du PNT, au niveau opérationnel, est fortement dépendante de l'organisation interne du centre de santé ou du poste de santé où elles s'exercent. Le PNT chapeaute l'organisation de la prise en charge de la tuberculose au Sénégal. Il a pour rôle de faire appliquer les normes et recommandations des organismes internationaux et du ministère de la santé et d'élaborer des directives par exemple en matière d'homogénéisation des protocoles thérapeutiques mais il ne pratique ni traitement, ni diagnostic.

A ce titre, le PNT a également pour rôle de maintenir un système d'information efficace permettant l'évaluation des performances des unités et des agents de santé en matière de dépistage et de traitement. Il est également chargé de promouvoir l'information et l'éducation des malades, de leur entourage et de la population générale : il s'agit des manifestations de sensibilisation dans les quartiers avec diverses associations oeuvrant dans la santé, l'utilisation des médias pour une diffusion des messages nationaux de prévention et aussi la

positives) pour un contrôle des résultats. Le second contrôle de qualité se fait lors de la supervision où des lames sont choisies au hasard pour être relues.

¹⁷ Le laboratoire effectue des mises en culture depuis 1995 et des antibiogrammes depuis 1996 sur des prélèvements de nouveaux cas provenant des différents centres de santé pour la surveillance des résistances primaires (C'est la résistance à un ou plusieurs antituberculeux développée par un malade qui n'a jamais été mis sous traitement auparavant). Les résultats sont enregistrés au PNT. Par contre les résultats des résistances secondaires n'ont pas encore été rendus publics.

¹⁸ En ce qui concerne les résistances primaires, des antibiogrammes (tests de sensibilité) sont effectués de manière systématique sur toutes les cultures positives. Les prélèvements proviennent de nouveaux cas de tuberculose (jamais traités) issus de tous les centres de santé (donc hors hôpitaux et médecins privés). Cependant l'échantillon n'a jamais été représentatif car les centres de santé n'envoient pas tous les prélèvements. La résistance primaire est un indicateur d'évaluation du programme. En 1999 cette surveillance avait trouvé un taux de 1,4% de multi-résistance primaire à la rifampicine et à l'isoniazide. Ce taux était de 10% pour l'isoniazide seule et de 17% pour la streptomycine (ces 2 derniers taux étaient les mêmes qu'au niveau international). La recherche des résistances secondaires est effectuée sur les cas de retraitement. Les prélèvements sont envoyés au laboratoire du PNT et c'est la Responsable actuelle qui s'en occupe. Les résultats ne sont pas encore disponibles.

mise à contribution de musiciens, d'acteurs, *etc.* qui se tiennent généralement une fois par an lors de la Journée Mondiale contre la tuberculose.

Enfin, le magasin assure l'approvisionnement en médicaments et matériels de laboratoire. Il est dirigé par le directeur de l'approvisionnement et des finances qui gère les stocks et fait les commandes pour tout le pays. A l'exception de Dakar qui a son propre stock au PNT, le ravitaillement des régions se fait par l'intermédiaire des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) ou celles des Régions Médicales (dans les régions où il n'y a pas de PRA). Ces pharmacies régionales passent leurs commandes tous les semestres auprès du PNT pour un besoin courant de 6 mois et une réserve de 3 mois à chaque fois. Les Districts se ravitaillent au niveau des régions tous les 3 mois pour un besoin courant de 3 mois. La commande des médicaments et matériels de laboratoire se fait deux fois par an à l'UICMR qui gère les achats de médicaments et de matériels sur le budget alloué par la LHL.

En outre, d'un point de vue institutionnel, à l'échelle du système de santé et dans le contexte sanitaire marqué par les politiques budgétaires, cette perception de la tuberculose comme maladie de la pauvreté s'est trouvée renforcée par le fait que malgré les mesures de réduction des dépenses de santé accompagnant les PAS et l'introduction de la tarification avec la politique de recouvrement des coûts, la tuberculose s'est distinguée par la gratuité des traitements grâce à l'apport de financements internationaux et nationaux. Au Sénégal, par exemple, la LHL a été pendant longtemps le seul bailleur de fonds du PNT. Depuis 1998, l'État contribue au financement du Programme, à hauteur de 102 millions FCFA¹⁹ chaque année : 80 millions sont destinés à l'achat de médicaments et 22 millions au fonctionnement. Le Budget alloué par la LHL est d'environ 500 millions FCFA²⁰ (qui est utilisé pour la formation, les recherches opérationnelles, l'éducation communautaire et une partie des médicaments et matériels de laboratoire). Cette association envisage de se retirer d'ici quelques années. D'autres bailleurs de fonds sont intéressés par le projet : la DAHW (ONG allemande de Lutte Contre la Lèpre) et l'USAID. En 2006, L'USAID a mis 800 000 dollars US à la disposition du PNT pour appuyer la formation. De même, l'OMS et la Banque Mondiale ont décidé d'appuyer le volet VIH-Tuberculose du programme. C'est ainsi que la Banque Mondiale a dégagé un budget de 200 000 dollars US et l'OMS 25 000 dollars US.

Cette autonomie financière du programme national de lutte contre la tuberculose fait qu'il ne constitue pas une priorité dans la budgétisation des besoins nationaux de santé. Du fait de sa

¹⁹ Environ 160.000 euros

²⁰ Environ 760.000 euros

relative autonomie financière, due aux financements extérieurs et aux nouveaux partenariats tels que le fonds mondial, le PNT figure au nombre des programmes privilégiés, comme celui du Sida et plus récemment du paludisme. Cependant, cette « richesse » extérieure suscite de l'amertume chez les personnels qui travaillent dans les unités de traitement des structures de santé qui constituent pourtant le niveau opérationnel du programme. Elle est un des éléments à l'origine de la démotivation des agents travaillant dans la prise en charge de la tuberculose pour qui l'unité centrale du PNT apparaît comme un « club fermé » réservé à une certaine élite qui profite des avantages du système de financement au détriment de ceux qui travaillent sur le terrain.

Dans leurs rapports aux structures publiques de santé, les gestionnaires des programmes nationaux veillent au respect des principes édictés par les institutions sanitaires internationales en matière de prise en charge, ce qui ne va pas sans accentuer le caractère vertical du fonctionnement de ces programmes. Ils sont perçus comme extérieurs et distants par les personnels de santé qui ne comprennent pas toujours leur rôle. Ceci tend à se prolonger dans le fait que le niveau opérationnel du PNT est constitué par des unités de traitement, c'est-à-dire des services à part entière au sein des centres de santé.

Conclusion

Les données épidémiologiques sur la tuberculose dans les pays en développement comme le Sénégal lui confèrent un statut de problème de santé publique. Cependant, l'intérêt de l'anthropologie pour cette maladie tient à ses caractéristiques et aux modalités particulières de l'organisation de sa prise en charge. Celle-ci est d'autant plus complexe qu'elle se situe à la fois dans le champ médical et dans le domaine social. Cette dimension sociale de la prise en charge conduit à observer finement la répartition concrète et quotidienne des tâches et des activités entre catégories de soignants, comme entre professionnels et non professionnel.

En outre, la tuberculose a ceci de pertinent dans l'étude des processus de professionnalisation qu'elle contraint tout particulièrement à penser ce que ces répartitions suscitent en termes de négociations de compétences. D'un côté, la gestion de la tuberculose nécessite l'existence ou l'activation d'un tronc commun d'attitudes et de savoirs partagés par les personnels au sein des unités de traitement, quel que soit leur statut. D'un autre côté, apparaissant susceptible de susciter peu d'intérêt de la part des professionnels de santé, elle peut d'autant mieux être un espace de valorisation de compétences extra-médicales contribuant au positionnement d'acteurs non professionnels dans la sphère médicale. Par ailleurs, si la configuration actuelle du PNT affecte les rapports entre soignants, et entre soignants et soignés au sein des unités de

traitement, ainsi qu'au sein des structures de santé, l'existence du PNT et son fonctionnement « protègent » les unités de traitement de certains dysfonctionnements structurels tels que les ruptures d'approvisionnement en médicaments ou l'absence de supervision. Par contre, la prise en charge de la tuberculose, du fait des représentations de la maladie et de la faible médicalisation et / ou technicité de sa gestion, rend particulièrement visible le rôle des non professionnels dans le système de santé.

La définition d'un cadre théorique, la présentation du système de santé ainsi que la description du mode de prise en charge de la tuberculose au Sénégal nous amène à soulever un certain nombre de questions relatives à la démarche anthropologique et à l'implication d'une telle démarche dans le milieu médical.

Chapitre IV : Méthodes, réflexions autour des rapports entre anthropologie et médecine

Introduction

L'anthropologie s'est détournée, pour une part, des terrains « anciens » (les sociétés dites exotiques et des phénomènes comme le religieux, la magie, *etc.*) pour s'intéresser à de nouvelles problématiques telles que la santé et se pencher sur des institutions comme l'hôpital ou les professions. Etudier ces nouveaux objets nécessite certes l'application de la démarche méthodologique classique en anthropologie à savoir l'immersion, les entretiens, les observations en tenant compte des contraintes spécifiques que nous déclinerons plus tard. L'étude de la tuberculose dans les centres urbains s'est effectuée à partir d'une démarche qualitative. Celle-ci suppose l'utilisation de procédés participatifs impliquant tous les acteurs qui interviennent dans la prise en charge de la tuberculose dans le processus de collecte et d'interprétation des informations et données recueillies. Dans ce chapitre, nous allons présenter les différentes techniques mises à contribution afin de cerner les enjeux de chacune d'elle. Nous discuterons ensuite de la nécessité pour le chercheur de négocier sa place dans un milieu encore fermé aux incursions « des profanes ». Enfin, cette implication du chercheur interroge la pratique anthropologique et nous amène à poser la question à savoir « jusqu'où doit-on aller ? ».

Afin d'apporter des éléments de réponse à cette question, il est nécessaire de rappeler le choix de notre objet de recherche, les postures que celui-ci nous a imposé afin de décrire les inquiétudes et contraintes auxquelles nous étions confrontées lors de notre travail de terrain.

Section I : La construction de l'objet

Rappelons que notre participation au projet de recherche sur les professions médicales, dont nous faisons état précédemment, est à l'origine de cette thèse. Ayant en charge le volet tuberculose au Sénégal, nous avons mené les enquêtes de terrain dans six structures de santé. Le travail de collecte de données s'est donc effectué par rapport à des objectifs de recherche bien déterminés. Et, c'est dans ce cadre que nous avons pu concevoir un projet de recherche sur la construction des savoirs et les pratiques des professionnels de santé face à la tuberculose et ainsi obtenir une bourse de thèse. Nous nous sommes donc attachée à concilier les objectifs de recherche relatifs au projet, et nos questionnements personnels qui se sont précisés au fil de notre enquête de terrain. Ceux-ci nous ont principalement orientée vers une analyse des professions de santé en nous intéressant au contexte et processus de

professionnalisation d'agents non qualifiés, sur qui repose le fonctionnement du système de santé et qui fondent leur quête de légitimité sur des critères tels que la maîtrise de savoir-faire et savoir-être professionnels. Notre problématique a donc évolué d'une anthropologie de la santé à une sociologie des professions médicales en Afrique ainsi que nous avons tenté de le montrer dans le premier chapitre.

Parallèlement à cette évolution dans la problématique, il nous a été proposé de prendre part à un projet sur « L'amélioration de l'observance du traitement de la tuberculose au Sénégal »²¹. Au sein de ce projet de recherche pluridisciplinaire, la contribution des anthropologues se situait en amont de l'intervention pour identifier les facteurs qui influencent le suivi du traitement et en aval de celle-ci pour évaluer qualitativement l'essai randomisé mis en place par les épidémiologistes.

Il s'agissait d'un projet de recherche opérationnelle pluridisciplinaire comprenant une étude socio-anthropologique sur les déterminants de l'observance du traitement de la tuberculose, menée conjointement avec l'enquête épidémiologique et dont les résultats ont servi de base de discussions sur les stratégies à mettre en place pour améliorer l'observance des traitements dans le cadre d'un essai clinique randomisé²².

S'il nous a été initialement demandé d'identifier les facteurs bloquant de l'observance des traitements de la tuberculose, la participation à ce projet nous a permis plus largement de réfléchir aux conditions de mise en place du DOT'S au sein des unités de traitement aux profils plus diversifiés que ceux que nous avons jusque là fréquenté.

Ces justifications théoriques quant à la délimitation de notre objet de recherche faites, nous allons d'abord décliner les méthodes utilisées, des images de l'anthropologie dans le milieu médical, des questions épistémologiques que suscitent les techniques de collecte telles que l'observation participante, l'immersion de manière générale ainsi que les contraintes découlant de l'application de ces techniques dans les institutions sanitaires au Sénégal.

²¹ Projet financé par le programme Pal+, coordonné par le Dr. C. LIENHARDT, et qui a duré de Janvier 2002 à Mai 2005.

²² Ces stratégies ont été développées à travers un paquet d'activités qui comporte : le renforcement des compétences des personnels de santé (1), l'amélioration de la communication entre soignants et soignés (2), la décentralisation du traitement vers les Postes de Santé (PS) avec l'implication des Agents de Santé Communautaires (ASC) et des relais communautaires (3), l'application du Traitement Directement Observé (TDO) pendant au moins la phase intensive (2 mois) (4) et la supervision des PS par l'équipe cadre du district (5).

Section II : Les techniques utilisées

Travailler sur une maladie suppose que soient interrogés des savoirs et savoir-faire, des interactions, des perceptions et représentations de la maladie. Il s'avère de ce point de vue indispensable d'identifier les institutions qui la gèrent, les acteurs qui s'en occupent (aussi bien au niveau institutionnel qu'au niveau opérationnel), les techniques de prise en charge, les normes et recommandations qui régissent l'activité des différents acteurs. Ainsi, nous avons procédé par plusieurs étapes successives ou parfois simultanées dans la production des données.

1- Les différentes étapes

Notre travail de recherche s'est déroulé en plusieurs étapes alternant enquêtes de terrain, revue documentaire et analyse des données. Cette démarche est d'autant plus importante qu'elle est source des connaissances qui seront produites après analyses, comme le remarque V. Hernandez lorsqu'elle affirme : « *le travail de terrain consiste à élaborer des instruments interprétatifs permettant d'aborder les significations des pratiques et des discours qui sont communiqués* » (2005 : 187). Nous allons donc décliner ici les différentes étapes qui ont marqué notre enquête de terrain.

Nous avons procédé de novembre 2001 à janvier 2002 à une revue de la littérature sur la tuberculose. Puis de février à octobre 2002 nous avons collecté des données dans quatre structures de santé dont un CHU, selon des durées variables d'un mois et demi à trois mois par structure en fonction de la taille et de la qualité des données que nous avons obtenues. De novembre 2002 à mai 2003 nous avons profité de notre venue à l'EHESS à Marseille pour nous documenter et commencer à analyser ces premières données pour ainsi préparer notre deuxième passage sur le terrain. De juillet 2003 à décembre 2004, nous avons achevé nos enquêtes dans deux structures de santé initialement identifiées avant de faire un deuxième passage dans celles déjà visitées lors d'un premier passage pour approfondir certains points et obtenir des données sur le déroulement de l'intervention sur l'amélioration du traitement de la tuberculose. De janvier 2005 à août 2005, notre séjour à Marseille a été l'occasion de mener des recherches aux archives du Pharo pour saisir l'influence des moyens passés de lutte sur les pratiques actuelles des acteurs mais également de trier et analyser nos données. De septembre 2005 à février 2006, nous avons continué ce travail d'analyse tout en effectuant des enquêtes

complémentaires sur la construction de la notion de profession chez les soignants. Arrêtons nous sur les apports des ces différentes techniques (recherche documentaire, observations et entretiens) à notre problématique, avant de décliner les contraintes que posent ces méthodes en milieu médical.

Précisons qu'au fil du temps et des passages répétés sur le terrain, nous avons eu une vision plus claire de notre objet de recherche : les hésitations et tâtonnements s'étaient dissipés. De ce fait, ces techniques ont évolué, les observations ainsi que les entretiens sont devenus plus ciblés et, dans certaines structures, les observations ont été privilégiées. Dans les cas où nous avons déjà rencontrés nos interlocuteurs, nous avons davantage usé des entretiens que des observations.

2 - Les lieux d'enquête

Initialement, nous avons choisi de travailler sur six structures de santé. Nous y avons ajouté deux centres de santé et quatre postes pour les besoins de notre collaboration avec le projet de recherche opérationnelle de C. Lienhardt. L'extension des lieux d'enquête, ainsi que l'intégration des postes de santé ont été importantes à plus d'un titre : d'abord, elles nous ont permis d'avoir accès à des situations plus variées présentant des expériences différentes selon les aires géographiques. Ensuite, l'intégration des postes de santé dans l'analyse de la décentralisation d'une offre de soins permettait de voir à différents niveaux de la pyramide sanitaire, la manière dont se met en place la prise en charge décentralisée d'une pathologie.

Nos enquêtes se sont déroulées en milieu urbain : à Dakar, qui concentre les taux les plus élevés de cas de tuberculose ; à Tambacounda, une ville de l'intérieur du Sénégal, distante de 465 kilomètres au Sud-Est de Dakar ; dans les régions de Thiès et Saint- Louis, situées respectivement à 75 et 260 Kilomètres de Dakar (Cf. Annexe 1). Nos observations reposent sur une présence allant de quinze jours à trois mois par structure de santé. Quinze structures sanitaires ont été visitées : huit centres de santé (dont un à Tambacounda, un à Saint-Louis et un à Thiès), un hôpital (situé à Dakar) et six postes de santé. Les centres de santé constituent l'unité de base du Programme national de lutte contre la tuberculose. Cependant, avec la décentralisation progressive du traitement, les postes de santé sont en passe de devenir le premier recours pour le traitement de la tuberculose d'où l'intérêt de les intégrer à notre champ de recherche. Quant à l'hôpital, situé au sommet de la pyramide sanitaire, il fonctionne comme la structure de référence en cas de complications. Précisons tout de même que nous n'avons pas procédé de la même manière dans toutes ces structures. En fait, les six structures

de santé, dont celle de Tambacounda et l'EPS, ont été visitées dans le cadre du projet sur « l'Expérience des professions médicales » alors que les autres répondaient aux besoins de l'intervention épidémiologique. Les objectifs n'étant pas les mêmes, les méthodes ont différé. Nos enquêtes dans les centres de santé de Thiès et Saint-Louis ainsi que dans les postes de santé ont été plus courtes (quinze jours). Dans les postes de santé par exemple, nous nous sommes surtout intéressé à la mise en place des unités de traitement, au profil des soignants désignés pour prendre en charge les malades, aux rapports avec les centres de santé, avec les responsables de l'étude.

3- Les documents écrits

Parmi les outils de collecte de données que nous avons mobilisés, en plus des procédés classiques en anthropologie que sont les observations et les entretiens, nous avons utilisé un ensemble de sources écrites. Nous avons mobilisé différentes ressources documentaires selon leur intérêt par rapport à notre thématique afin de connaître et de se familiariser avec la terminologie spécifique aux institutions étudiées. Il ne s'agit certainement pas de maîtriser des savoirs techniques mais tout simplement d'avoir une connaissance minimale des procédures de traitement, de diagnostic, des normes, bref d'en connaître suffisamment pour pouvoir interroger les pratiques quotidiennes des acteurs.

Nous avons ainsi pu consulté trois types de sources écrites :

- Les rapports des organismes de santé tels que l'OMS, le PNT, le ministère de la santé (Programme National de Développement Sanitaire) et les documents produits par les structures de santé (Plans Opérationnels, monitoring et rapports trimestriels d'activité) ne permettent pas seulement de faire le point sur la situation épidémiologique de la tuberculose au Sénégal selon les régions. Ils nous renseignent également sur les contraintes de gestion du programme, les formations dispensées, les normes de prise en charge, les procédures standards de diagnostic et de mise sous traitement, la gestion des supports (fiche de suivi et de commande) ;
- Les archives médicales, consultées à la Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Dakar et au Pharo à Marseille permettent de retracer l'organisation du système sanitaire et son évolution, les principes de lutte contre la tuberculose depuis la période coloniale jusqu'à la création d'un Programme national. Relativement peu utilisée dans les travaux en anthropologie de la santé, cette forme de recherche documentaire a ceci

de pertinent qu'elle confère une profondeur historique tant aux événements structurant le système de santé qu'aux pratiques actuelles ;

- Les thèses de médecine et pharmacie constituent une source documentaire privilégiée pour reconstituer l'histoire de la prise en charge d'une pathologie. Tout d'abord, elles permettent d'appréhender l'évolution du savoir médical et son élaboration. Elles sont également le reflet des attentes des futurs praticiens, et des exigences académiques. Elles offrent une connaissance de la tuberculose d'un point de vue médical (localisation et forme) ainsi que des procédés thérapeutiques. Les sujets traités dans les thèses consultées à l'Institut de Santé et Développement (ISED) à Dakar concernent la gestion du programme national, les coûts liés à la prise en charge de la tuberculose.

En définitive, cette recherche bibliographique nous a familiarisé avec la terminologie propre à la médecine et à la tuberculose ainsi qu'avec les contenus de la prise en charge de cette pathologie. Ainsi, nous avons pu consulter les thèses de médecine et de pharmacie soutenues entre 1930 et 2004 principalement à Dakar mais également en France²³, afin de comprendre l'évolution de la prise en charge, les stratégies de traitement, les connaissances biomédicales sur la tuberculose.

L'ensemble de cette littérature offre des informations intéressantes pour identifier les normes établies, soit un préalable nécessaire à leur comparaison avec les pratiques courantes, celles-ci permettant d'interroger les logiques de réception et de reproduction de ces normes par les personnels de santé dans leurs conduites au quotidien.

Après cette première phase de recueil de données, nous avons procédé à nos enquêtes de terrain par observations et entretiens indispensables à la démarche ethnographique. Les observations, comme nous le verrons, ont été d'un grand apport dans la production des données.

4- Les observations : apports et enjeux

Pour étudier le lien entre savoirs et pratiques dans la prise en charge de la tuberculose nous nous sommes appuyés sur une approche empirique, une analyse des pratiques inspirée de la « grounded theory » dont Strauss dit qu'elle « *ne fait que découvrir des conditions*

²³ Disponibles au Pharo, à Marseille qui est l'école de médecine militaire et tropicale et qui formait les premiers médecins coloniaux. Elle continue à assurer des formations continues aux médecins en exercice. Ainsi à Dakar, 21 thèses ont été consultées à la faculté de médecine, 26 à l'ISED et 7 à Marseille, au Pharo.

pertinentes, mais montre également la façon dont les acteurs se meuvent dans les espaces-temps de contraintes et d'opportunités, en répondant à ces conditions en mouvement et aux conséquences de leurs actions. Il y va de la responsabilité du chercheur de saisir le jeu de cette interaction » (Strauss, 2003 : 365). Etudier le processus de professionnalisation des soignants dans les unités de traitement, c'est identifier dans leurs pratiques quotidiennes ce qui relève du professionnel et ce qui est de l'ordre du « profane ». L'observation implique, comme préalable, que le chercheur puisse s'intégrer au groupe qu'il se propose d'étudier. Dans le cadre précis de cette recherche elle permet de décrire les pratiques des professionnels de santé d'une part et, d'autre part, les comportements des malades à travers leurs interactions. A ce propos, C. Ghasarian disait de l'observation qu'elle « *permet en effet d'observer directement le comportement plutôt que de l'envisager à travers des récits indirects. En étant présent, le chercheur peut voir ce qui se passe du point de vue des gens lorsque ceux-ci se préparent pour un événement, se conforment aux règles ou les brisent* » (2002 : 9). En effet, dans sa démarche, l'observateur rassemble des données en prenant part à la vie quotidienne du groupe ou de l'organisation qu'il étudie. Dans les structures de santé, les unités de traitement, les laboratoires ainsi que les services de consultation ont été les lieux privilégiés de nos observations.

Dans les différentes structures mentionnées, nous étions soumise au même rythme de travail que les personnels de santé, nous pliant aux contraintes organisationnelles, assistant aux monitoring et réunions, et même aux gardes quand nous y étions autorisée. En effet, quand on travaille sur la tuberculose, ce sont certes les unités de traitement qui sont les lieux privilégiés d'observation mais à notre sens, il est indispensable de s'intéresser à certains services tels que la consultation où se fait le diagnostic et le laboratoire, lieu de confirmation du diagnostic. En plus de leur rôle important dans le dépistage de la tuberculose, l'étude des différents services fournit des éléments importants pour saisir le mode d'organisation des structures de santé, les interactions, les conflits, les dysfonctionnements, les stratégies de positionnement des acteurs. Nos notes étaient consignées dans des cahiers au fur et à mesure de nos observations quand le cadre le permettait, ou en fin de journée dès que nous sortions de la structure. A l'hôpital, nous nous installions dans la bibliothèque ou dans le bureau des médecins au moment où ils étaient en salle de garde. Ces cahiers de terrain ont été d'un apport non négligeable d'autant que c'est sur la base des notes prises que les entretiens ont été structurés.

Dans les différents services, nous avons pu effectuer des séquences d'observation participante afin de mieux saisir les comportements et les pratiques des acteurs au quotidien, de comprendre leur logique d'action. En fait de participation, dans les unités de traitement, nous

nous sommes impliquée dans le travail des soignants en aidant au remplissage des fiches ou au comptage des médicaments. Par contre, dans les autres services, comme la consultation par exemple, notre contribution se limitait au remplissage des registres sous la dictée des responsables de service. Concernant ces positions particulières du chercheur qui est à la fois observateur et acteur du point de vue de la participation, elles seront interrogées de manière plus approfondie par la suite.

Ces formes d'implication ont certes facilité notre intégration dans les équipes soignantes qui nous invitaient à prendre part aux réunions, au monitoring²⁴, aux formations, aux visites des patients à domicile en qualité d'«observateur».

En définitive, l'enquête par observation produit une grande quantité de données qui sont analysées de manière séquentielle. Ainsi, nos observations ont porté sur la prise en charge de la tuberculose à travers le suivi et la mise sous traitement des malades. Mais notre présence prolongée dans les centres de santé visait, à partir d'une analyse institutionnelle, à décrire les pratiques quotidiennes des soignants confrontés à une pathologie. Dans les postes de santé, elle a permis d'apprécier la mise en œuvre de la décentralisation, ses effets sur le système et la perception qu'en avaient les personnels de santé impliqués dans ce nouveau processus. Cependant, elles ne suffisent pas toujours pour comprendre le jeu des acteurs qui ne se définit pas seulement au sein des services de santé mais s'exprime aussi dans les rapports de sociabilité à l'extérieur.

A côté de ces observations in situ, nous avons pu participer aux moments de sociabilité entre soignants. Par exemple, assister aux cérémonies où la plupart des collègues se rencontrent (participer au mariage de la sœur de l'aide soignante, regarder les tissus avec elles lors du passage des commerçants, etc.). Ainsi que l'écrit J. Peneff : « *vie politique, travail médical, mondes des enseignants ou des jeunes lycéens sont des univers particulièrement fermés, qui nécessitent des méthodes spécifiques de levée de barrages et de secrets* » (2005 :11). En effet, ces observations hors structures relevaient de ces processus de « levée de barrages ». Elles nous ont permis d'avoir des informations de qualité et ne pas s'arrêter au tableau lisse que l'on veut nous montrer et de modifier l'image que les soignants avaient de nous. Ces observations facilitent également la familiarisation avec les acteurs et les espaces de soins, la

²⁴ Le monitoring est l'évaluation semestrielle des activités des centres et postes de santé. Chaque service présente ses résultats (nombre de malades reçus, traités, problèmes, propositions de solutions pour le prochain semestre, etc.), les finances sont également discutées à partir du rapport des membres du comité de santé et du gestionnaire comptable de la structure. Ces réunions semestrielles regroupent les médecins chefs, l'équipe cadre du district, les responsables des différents services et les membres du comité de santé.

description de leur structuration et de leur fonctionnement au quotidien ainsi que le repérage des décalages par rapport aux normes de prise en charge d'une maladie.

Cependant, dans notre enquête de terrain, nous ne nous sommes pas limitée à l'usage d'un seul outil de collecte ; en effet, aux observations, nous avons ajouté les entretiens aussi bien structurés autour d'un guide d'entretien, qu'informels.

5- De l'intérêt des entretiens

Technique de recueil de données plus connue dans le milieu médical que l'observation participante, l'entretien se présente comme un échange, une conversation structurée. Cette technique qualitative fonctionne selon le degré de saturation c'est-à-dire que la collecte de données s'arrêtera à partir du moment où le chercheur notera une certaine récurrence dans les réponses et la répétitivité des informations. Dès lors, ce qui apparaît comme important n'est pas le nombre de sujets interrogés mais plutôt la valeur et la profondeur des informations recueillies.

Nos entretiens se sont donc déroulés avec différents membres du personnel des structures de santé : médecins, infirmiers, assistants sociaux, responsables de traitements, agents sanitaires, aides-soignants, agents de santé communautaire, agents de laboratoire (techniciens supérieurs de laboratoire, aides etc.), membres de comités de santé, *etc.* Ces personnels ont des tâches de consultation, de diagnostic, de soins, de conseils ou d'accompagnement. Les responsables des programmes de santé aussi bien du PNT, de l'OMS (Organisation mondiale de la santé), de la LHL (organisme norvégien, principal bailleur du PNT) que de l'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (UICMR) qui participe à la formation continue des médecins et à la recherche opérationnelle menée par les programmes nationaux, ont été aussi interrogés. Chargés de mettre à disposition du niveau opérationnel les directives internationales en matière de lutte contre la tuberculose, ces acteurs restent incontournables pour comprendre l'orientation des politiques sanitaires et la coordination des actions de santé en matière de tuberculose. Des patients ont également été rencontrés dans le but d'avoir leur appréciation sur la maladie et son traitement, sur les services qui leur sont offerts, sur leurs rapports avec les personnels de santé.

L'intérêt porté à ces différentes catégories se justifie par le souci de prendre en compte l'éclairage de tous ceux qui sont impliqués dans la prise en charge de la tuberculose aussi bien au niveau institutionnel qu'opérationnel sans oublier les malades qui sont à la base de cette prise en charge. Ainsi, au total, environ 216 personnes ont pu être interrogées comme le

montre, en détail, le tableau suivant. Certaines de ces personnes ont été revues deux ou trois fois pour approfondir des questions ou discuter de thématiques non abordées lors de notre premier passage, telles que leur définition de la fonction de soignant ou de la notion de profession rapportée au contexte des structures de santé au Sénégal.

Catégorie	Nombre
Responsables (OMS, LHL, PNT, MS)	13
Professeurs	3
Assistants	3
Médecins CHU	6
Médecins CS	12
Pharmaciens	3
Superviseurs SSP (Soins de santé primaire)	6
Infirmiers	18
Assistants sociaux	5
Agents d'hygiène	2
Responsables de traitement	14
Techniciens de laboratoires	15
Aides- soignant	12
ASC	20
Membres du comité de santé	6
Patients et accompagnateurs	70
Relais	8
Total	216

Les entretiens semi structurés sont privilégiés dans notre démarche. L'entretien est une conversation dirigée, où le chercheur laisse s'exprimer un informateur sur son sujet et utilise des reformulations, des relances pour amener l'interviewé à apporter des précisions dans ses réponses. Ces entretiens semi-structurés avec les responsables de lutte contre la tuberculose, les personnels de santé, les patients mais également les accompagnateurs ou les membres des familles des malades renseignent sur la manière dont est perçu le malade et dont la maladie est vécue. Ces entretiens ont été réalisés à l'aide de guides d'entretien dont les thèmes généraux s'articulent, en fonction de l'informateur, autour de l'organisation du travail dans les structures de santé, les interactions soignants- soignés, la perception du risque, la gestion de la communication au niveau des personnels de santé et au niveau de la famille.

Durant ces différents entretiens, lorsque les conditions s'y prêtaient, nous avons utilisé un dictaphone pour nous assurer d'une saisie fidèle des propos de nos enquêtés. Mais, dans les cas où cet outil s'est révélé inhibiteur, ou tout simplement dans le cas où son usage nous était refusé par les enquêtés, nous lui avons substitué la prise de notes qui est parfois moins perturbatrice, même si elle n'est pas exempte de limites (Vidal, 1996). En effet, le fait de

prendre des notes en même temps que l'on fait un entretien ne permet pas d'approfondir certaines questions, cela suppose donc de pouvoir revoir l'informateur ce qui n'est pas toujours possible. Il y a également des gestuelles qui peuvent être révélatrices (mine de dégoût) et qui nous échappent, notamment quand il s'agit de porter une appréciation sur le fonctionnement du système ou des rapports avec le programme national.

Parallèlement à ces entretiens nous avons mis à contribution d'autres procédés de collecte d'information. Dans cette catégorie, on pourrait intégrer les récits de vie, les entretiens informels et les études de cas.

Technique surtout utilisée avec les malades, les récits de vie collectés se sont articulés autour de l'épisode de la maladie. Ils visaient à comprendre comment les individus traduisent et mettent en pratique les normes institutionnelles émanant des personnels de santé. Ne s'appuyant sur aucun guide d'entretien, les récits de vie permettent de se raconter. Il était demandé aux malades de relater leur expérience de la tuberculose, de l'apparition des symptômes au moment où se faisait la rencontre avec le chercheur. Il s'agit de récits personnels, d'événements racontés par l'acteur (malade, membre de l'entourage du patient, *etc.*) et qui visent la compréhension des logiques individuelles de construction des savoirs relatifs à la tuberculose. Ces récits de vie ont été utiles pour retracer le vécu des malades, leurs différentes interactions avec les soignants tout au long de leur traitement, de saisir les événements survenus et qui ont forgé leur perception de la tuberculose. Ils ont également été mis à contribution avec les soignants pour comprendre les modes d'accès à la profession.

Dans le déroulement des observations et des entretiens, sont apparus des personnes et des profils qui ont été plus amplement étudiés par des études de cas. Dans le cadre de cette thèse, l'étude de cas a été utilisée pour analyser les modalités différenciées d'accès à la profession soignante et les mécanismes pour s'y maintenir. Elle renseigne donc sur le processus de socialisation dans le milieu médical et permet de retracer les trajectoires des personnels de santé.

Quant aux entretiens informels, ils ont été des recours et parfois des compléments précieux. La difficulté d'organiser des entretiens formels avec des acteurs occupés, méfiants ou simplement réticents induit souvent l'obligation de susciter des occasions d'interactions plus souples pour obtenir des informations. En effet, nous proposons de les aider en leur passant les instruments quand ils font des prélèvements ou dans l'élaboration des rapports. Ces moments étaient mis à profit pour discuter de sujets ne pouvant être directement abordés lors

d'entretiens formels comme les rapports entre soignants, la perception du PNT, l'accès à la fonction de soignant et les stratégies chez des Agents de Santé Communautaire (ASC) et autres agents peu formés pour y rester. Un autre moyen était de discuter de manière anodine, de poser des questions pouvant paraître banales sans prendre de notes, en s'efforçant de retenir le maximum d'informations et de consigner quelques mots clés dans le cahier de terrain. Dans le cas des terrains encore sensibles comme les structures de santé, cette question relative au fonctionnement des structures de santé se trouve complexifiée par la maladie, le rapport à la hiérarchie (point que nous développerons dans le chapitre VIII), ainsi il n'est pas facile d'avoir une information précise avec le seul usage des entretiens semi-structurés. Les structures de santé restent des terrains sensibles dans la mesure où l'anthropologue négocie toujours son statut, n'étant pas toujours accepté, alors que de ses attitudes dépendent son maintien et son retour dans ces espaces de soins.

Une fois nos entretiens réalisés et transcrits, nous avons procédé à l'analyse des données. Pour ce faire nous avons utilisé de procédures manuelles dont les principales restent les analyses contextuelles et de contenu.

L'analyse de contenu vise le traitement et l'interprétation des données recueillies. Nous avons identifié les mots et idées clés contenus dans les discours des différents acteurs interrogés pour avoir des analyses différentielles selon les thèmes généraux des entretiens individuels, des études de cas et des autres formes de recueil de données. Cette technique nous a également aidé à reformuler nos hypothèses. En effet dans notre relation itérative avec notre terrain, une telle démarche se révèle intéressante dans le processus de recueil de données mais également dans la précision et le recadrage de l'objet de recherche.

Quant à l'analyse contextuelle, elle renseigne sur la manière dont les individus réagissent à la maladie ; comment ils l'interprètent, ce que deviennent les pratiques des professionnels de santé dans des contextes différents. Il est généralement admis que le contexte de l'action détermine les comportements, une description élaborée du champ de l'action est alors utile pour identifier les éléments qui agissent sur la construction des savoirs et des pratiques dans la prise en charge de la tuberculose. Ainsi, nous avons pu inscrire l'analyse des pratiques des soignants dans le cadre plus large des dynamiques que connaît le système de santé, les politiques sanitaires.

Section III : Enquêter dans le milieu médical

De plus en plus de recherches usant de démarches ethnographiques ont été conduites aussi bien dans le domaine des représentations des maladies que sur l'organisation même des systèmes de santé longtemps considérés comme des milieux fermés aux « profanes ». Nous n'en citerons que quelques unes, notamment E. Goffman (1968) sur les asiles, A. Strauss (1992) sur l'hôpital ou encore J. Peneff (1992) sur les urgences. Néanmoins, pour s'immerger dans le champ sanitaire, certains chercheurs ont dû endosser un statut professionnel entrant dans la structuration professionnelle des hôpitaux. C'est le cas notamment de J. Peneff qui s'est fait engagé comme brancardier au service des urgences d'un hôpital pour étudier les comportements des professionnels de santé et leurs interactions avec les malades. Plus récemment, en sociologie des professions médicales, A. Vega (2000) et A. M. Arborio (2001), ayant une expérience médicale en tant qu'infirmières, ont également utilisé les biographies et l'observation participante pour analyser les conditions d'émergence et de professionnalisation de métiers de la santé : les infirmières pour la première et les aides-soignantes pour la seconde.

Si ces études montrent bien les enjeux des observations et des méthodes qualitatives, elles font très peu état des contraintes découlant de l'application de ces techniques de collecte, de la nécessité d'adopter une posture à la fois d'engagement et de distanciation par rapport à l'objet de recherche. Elles ne questionnent pas ou peu le rapport entre situation de terrain et production de connaissances. Dans un autre registre, des auteurs comme Peretti-Wattel et als. (2003) ont mis l'accent sur les biais (respect du secret médical, choix des patients par les médecins, faible disponibilité des patients, etc.) que peuvent comporter des enquêtes auprès de malades au sein des structures de santé.

Néanmoins on note, de plus en plus, un intérêt des anthropologues à décrire les situations d'enquête (Althabe (1990), Olivier de Sardan (1995), Ghasarian (2002), Leservoisier (2005)) à la fois comme source de connaissances et comme éléments de réflexion sur la pratique anthropologique. En effet, « *la réflexivité, tout en étant une procédure d'objectivation de la recherche est une condition de production de connaissances* » (Leservoisier, 2005 : 6). Néanmoins, souvent interprétée comme une forme de narcissisme, cette réflexion sur la pratique peut constituer, à notre sens, une porte d'entrée à une analyse plus large sur l'adaptation des méthodes anthropologiques à de nouveaux objets.

1- Images médicales de l'anthropologie

L'anthropologie reste une discipline très peu connue chez les personnels de santé. Cette méconnaissance était doublée d'une nette incompréhension quand nous avons exprimé notre choix de travailler principalement sur les activités des personnels de santé et non sur les patients (auxquels nous nous sommes par ailleurs intéressés), dont les représentations apparaissent comme un objet légitime de l'anthropologie.

Notre présence devenait quasiment inopportune, ou gênante, dès lors que nous nous intéressions aux logiques médicales, aux connaissances des normes de prise en charge, aux rapports avec les institutions. L'étonnement, et parfois l'agacement à peine dissimulé, face à notre présence quotidienne dans les lieux d'enquête étaient révélateurs de la perception développée par les soignants à l'endroit des enquêtes anthropologiques. Ils se sentaient surveillés, parce que nous avions aussi bien des lettres d'introduction du PNT que du ministère de la santé nous autorisant à travailler dans les structures de santé. Nous sentions une certaine méfiance surtout dans un des centres où la rumeur avait circulé que nous venions faire un rapport sur le centre, ce qui nous avait valu le surnom de « Mme rapp' ²⁵ ». Il fallait donc en notre présence s'efforcer de dissimuler tout ce qui pouvait ternir l'appréciation que nous étions supposée devoir porter : par exemple, se laver les mains après avoir fait une injection, s'efforcer de discuter avec le malade ou éviter de recevoir un commerçant dans le bureau où nous nous trouvions. Tout ceci peut paraître anecdotique mais confirme la nécessité de participer à différents moments de sociabilité en vue d'une meilleure immersion dans ce genre de terrain.

Dans certaines structures comme l'hôpital, les interactions entre anthropologue engagé sur la scène médicale et corps soignant traduisent toute la difficulté de travailler avec des acteurs ayant sensiblement les mêmes niveaux d'instruction que le chercheur et gérant par ailleurs des positions de pouvoir et de légitimité. En effet, les professeurs nous laissaient prendre part aux visites journalières des malades, ce que les jeunes médecins ou Faisant Fonction d'Interne (FFI)²⁶ ne comprenaient pas. Quant aux infirmières et aides soignantes, elles estimaient que nous voulions prendre leur place, que nous cherchions à nous faire embaucher, ce qui expliquait, de leur point de vue, l'« excès de zèle » dont nous leur paraissions faire preuve.

²⁵ Diminutif moqueur pour désigner celle qui écrit un rapport sur le centre de santé.

²⁶ Les FFI sont des étudiants en médecine ayant validé six années d'études médicales et assurant le travail d'un interne. Ils exercent dans les services des CHU où ils sont recrutés pour une durée de six mois renouvelables afin de pallier au manque de médecins internes. Le recrutement de ces FFI se fait par le chef de service.

D'un autre côté, le souci récurrent des personnels de santé était de comprendre l'absence d'échantillonnage – au sens statistique du terme – qui, *in fine*, soulève le problème de la « représentativité » des groupes de personnes rencontrées. Cette mise en cause de la rigueur du travail peut alors se muer en une contestation de l'objectivité de la démarche, donc du chercheur qui la porte. De ce point de vue, la présence régulière et relativement longue du chercheur dans la structure interroge (« vous êtes obligés d'être toujours là ? ») paraît d'autant plus incompréhensible qu'elle porte sur un nombre limité de professionnels, n'étant donc pas exhaustive, alors que, dans le même temps, « tout » paraît observé et « tout » semble évoqué avec les soignants. En d'autres termes, l'objet semble bien trop large (les savoirs et les pratiques) pour être exploré à partir d'un groupe déterminé et restreint de soignants.

Ces interrogations concernaient aussi le choix des malades : passé l'étonnement face à la volonté de ne rencontrer que quelques malades par structure, certains responsables ont souhaité orienter notre choix, tel ce médecin-chef qui s'est proposé de « sélectionner des cas intéressants pour nous ». En fait, les malades « pré-sélectionnés » sont parmi ceux qui développent des résistances aux traitements anti-tuberculeux ou ne respectent pas leur traitement. Le médecin estimait donc pertinent d'essayer d'en identifier des facteurs dans leurs comportements. Des attentes réelles dans ce sens nous ont été plusieurs fois exprimées. Cette confusion est compréhensible si l'on s'en tient aux objectifs des deux études dans lesquelles nous étions impliquée. Dès lors que nous travaillions sur la tuberculose, les personnels de santé pensaient que nous pouvions les aider à comprendre pourquoi les malades arrêtaient leur traitement avant son terme, pourquoi ils ne voulaient pas être pris en charge dans les postes de santé de leur localité, pourquoi il y a autant de malades dans une même famille bref, de les aider à résoudre les problèmes de prise en charge de la tuberculose, de leur donner des réponses sur les perceptions et représentations de la tuberculose chez les populations.

Il convient ici de ne pas ignorer la situation où le soignant se montre très réservé devant la proposition d'enregistrement pour des raisons moins « avouables » : nous pensons à un soignant - que des collègues accusent de détourner des médicaments et que les malades tuberculeux critiquent pour son refus de délivrer les remèdes à ceux qui doivent effectuer un voyage – qui s'est montré à la fois réticent face à l'enregistrement et désireux d'imposer les questions auxquelles il accepterait de répondre. S'il n'est pas nécessaire de revenir sur la pertinence pour l'anthropologue de l'enregistrement, il importe ici de ne pas ignorer le risque réel de créer, y compris donc chez ceux ayant « accepté » son utilisation, une inhibition pouvant prendre la forme d'une autocensure : attitude qui se révèle au chercheur quand son

interlocuteur lui demande d'éteindre son magnétophone avant de « divulguer » certaines informations.

2- Statuts de l'anthropologue dans le champ médical

Dans des terrains dits sensibles, l'anthropologue doit pouvoir s'introduire dans le milieu et ensuite s'y maintenir : cela est souvent subordonné à l'image que ses interlocuteurs ont de lui. Images à partir desquelles ils lui attribuent des rôles et souvent un statut. Ces attributions dépendent de sa capacité à négocier une place, négociation qui passe souvent par l'acceptation et même parfois par la participation au jeu des acteurs hors milieu médical.

Par ailleurs, l'entrée par une maladie n'est pas sans contraintes. Dans le cas de la tuberculose, le chercheur se retrouve dans une sorte de confinement dans un espace de soins. Il est obligé d'expliquer et de justifier sa présence dans d'autres services : sur le terrain, le chercheur est souvent dans la négociation perpétuelle de son statut. Dans le cas de relations conflictuelles entre services s'occupant de tuberculose -souvent le laboratoire et l'unité de traitement- le chercheur apparaît comme un « pion » du responsable de traitement qui vient pour apprécier le travail des techniciens de laboratoire souvent contesté. La présence d'un chercheur reste encore diversement appréciée dans les structures de santé. De plus nos différentes « casquettes » renforçaient la confusion sur notre statut tant à notre niveau que chez nos interlocuteurs. Cette confusion se retrouvait également dans la définition de notre objet de recherche. Il faut dire que ces différentes postures nous ont, certes, permis de recueillir des données sur divers aspects de la tuberculose mais nous ont surtout conduit à réfléchir à deux aspects fondamentaux de notre implication dans ces projets de recherche. De notre point de vue, il paraît intéressant d'interroger de manière plus globale l'intervention de l'anthropologue dans le milieu médical, comme d'ailleurs son implication dans la mise en place et le suivi d'un essai clinique.

a- Implication dans le cadre d'un essai clinique

L'anthropologie est de plus en plus mise à contribution par les sciences médicales, particulièrement l'épidémiologie pour analyser les comportements « déviants » des patients mais aussi pour saisir les savoirs « populaires » et identifier les différents recours face à un problème de santé. Comme le montre D. Fassin « *la fonction marginale et la vision culturaliste qui caractérisent le regard généralement porté sur l'anthropologie sont*

particulièrement nets lorsqu'il s'agit d'expliquer pourquoi un programme ne réussit pas comme prévu et qu'on fait appel à des obstacles culturels » (1989 : 7). Ainsi, conjointement à l'étude sur l'expérience des professions médicales face à la tuberculose, il nous a été demandé d'étudier les déterminants de l'observance du traitement de la tuberculose dans le cadre de l'essai clinique plus haut évoqué. Partant de l'hypothèse selon laquelle la qualité de la relation soignant- soigné influençait l'adhésion au traitement de la tuberculose, nous avons pu décrire des situations et des problèmes pouvant entraver l'observance.

Cette première phase était menée en même temps que l'enquête épidémiologique dont le but était de faire une analyse de la situation de la prise en charge de la tuberculose à Dakar. Elle a concerné divers acteurs dont les médecins du privé, les médecins de CHU, des techniciens de laboratoire mais aussi les responsables d'unités de traitements dans les centres de santé. Compte tenu de nos approches différentes, cette première phase aura duré trois mois chez les épidémiologistes, alors qu'il nous a fallu près d'un an pour prétendre à des données de qualité. A la suite de cela il a été organisée une restitution de nos résultats aux acteurs ainsi qu'aux institutions impliquées dans la lutte contre la tuberculose (Ministère de la Santé, Région Médicale, PNT, etc.). Lors de cette réunion il fallait également décider de l'intervention à mettre en place. Notre participation devait donc évidemment s'arrêter là.

Dans cet essai composé d'un ensemble de cinq activités, il était prévu non seulement d'agir sur les relations soignants- soignés à travers l'amélioration de la communication avec la diffusion de messages clairs, mais aussi sur l'implication d'un médiateur. Celui-ci est identifié et choisi par le malade dans le cadre de l'application du TDO, dans les centres de santé où l'intervention devait être testée. Ensuite, l'essai devait être évalué de manière quantitative et qualitative, utilisant la démarche anthropologique et faisant état des situations « avant – après », mais également en comparant zones tests et zones témoins.

Dans le cadre de cette collaboration, les apports de l'anthropologie à l'amélioration de l'observance du traitement de la tuberculose ont pu être démontrés avec l'identification et la description d'éléments structurants de l'organisation de la prise en charge de la tuberculose qui influençaient négativement le suivi du traitement. A titre illustratif, nous pouvons citer le déficit relationnel dans l'accueil et la communication entre soignants et soignés, ou encore le rançonnement des malades par les personnels de santé. A la suite de cela, nous nous sommes retrouvée involontairement liée à ce projet jusqu'à la fin, car il n'était pas prévu au départ que nous participions à la supervision et à l'évaluation de l'intervention.

Ce point sur notre implication amène une réflexion sur la mise en place de recherches interdisciplinaires, sur la manière dont chaque discipline aborde un problème de santé. En

effet, l'analyse d'une action de santé publique d'un point de vue qualitatif visait à étudier la question de l'introduction d'une innovation dans le milieu médical, et de voir les mécanismes d'appropriation, de sélection ou de détournement de l'intervention par les acteurs sur le terrain. Notre participation à ce projet nous a également permis de mener des enquêtes en milieu rural et par conséquent d'obtenir des données complémentaires sur la gestion de la maladie, une vision plus large de la prise en charge de la tuberculose selon les zones d'étude et de disposer ainsi d'une base de comparaison pertinente.

La position de l'anthropologue dans ce type de recherche à dominante épidémiologique n'est pas toujours évidente à comprendre pour les collègues médecins. Alors que notre préoccupation est de documenter une problématique et de proposer des modèles interprétatifs à partir d'un nombre limité de cas et pendant la longue durée que nécessite la mise en place de nos outils méthodologiques, nous devons en même temps faire face aux « urgences » des épidémiologistes. Nous avons un terrain et un objet commun mais pas la même façon de l'aborder. L'intérêt de l'anthropologie réside dans le fait qu'elle permet de saisir et de comprendre les logiques intrinsèques, les motivations sous-jacentes des acteurs à partir d'analyses empiriques alors que les épidémiologistes sont plus attirés par la « loi du nombre ».

Nos rapports avec le personnel de santé, de même que notre position dans les différentes structures de santé nous ont amené à réfléchir à la perception des anthropologues, aux contraintes découlant des méthodes utilisées. Pour ce faire, nous allons partir des images médicales de l'anthropologie présentées précédemment pour discuter les problèmes d'ordre éthique et déontologique que peuvent poser des méthodes telles que l'observation participante, et préciser les limites à se fixer dans certains contextes.

Toutefois, au fil de nos différents passages dans les structures de santé, ces images que les personnels de santé ont du chercheur se sont transformées. En effet, lors de notre deuxième passage sur la terrain, l'essai clinique randomisé conçu par les épidémiologistes avait commencé et nous étions alors souvent interpellée pour répondre à des questions que les formations faites par les responsables de projet n'avaient pas suffi à élucider. Pourquoi tel centre et pas tel autre ? Comment s'est fait le choix des postes où le traitement est décentralisé ? Quelques fois aussi les personnels de santé exprimaient des plaintes : « *c'est trop de travail toutes ces fiches à remplir en plus du travail habituel !* » ou nous racontaient les tensions entre les personnels de santé qu'a pu créer cette intervention. Par exemple, l'intéressement versé aux responsables de traitement pour leur implication dans l'intervention a suscité de la convoitise et de la jalousie chez certains professionnels de santé et ont parfois

débouché sur des conflits entre le chef de la structure et ces personnes ou entre responsable de traitement et ASC. Nous étions alors tantôt perçue comme un relais auprès des coordonnateurs, tantôt comme un formateur surtout quand se préparaient les supervisions. Les relations étaient alors plus cordiales surtout quand nous précisions que nous n'étions pas dans l'équipe de l'intervention et que nous travaillions dans des programmes différents. C'est ainsi que nous avons pu recueillir leurs perceptions de cet essai clinique.

Au troisième passage, c'est-à-dire au moment où nous participions à l'évaluation qualitative de l'intervention, nous apparaissions comme un superviseur, quelqu'un qui vient juger leur travail. Les objectifs n'étaient pas clairement compris par tous. Nous n'avions pas les capacités d'évaluer leur travail, nous nous limitions à comparer les types de prise en charge avant/ après et entre centres tests (abritant l'intervention) et témoins (où il n'y avait pas d'intervention). Certains responsables de traitement sont allés jusqu'à nous proposer de faire un classement pour savoir qui s'occupait le mieux de « ses » malades. De ces différentes positions et des images qu'on lui attribue, le chercheur se voit définir un statut qui se négocie souvent au gré des interactions.

b- L'expérience des restitutions

D'une étude portant sur les dysfonctionnements dans les centres de santé dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003), les anthropologues ont hérité du reproche qu'ils ne voyaient que le « côté négatif des choses », ceci alors que les personnels de santé trouvent leurs services performants. « *Sociologue ! Il faut vous méfier d'eux (...) ils mettent leur nez partout ! Ils écrivent sur tout, même sur des choses banales, le déroulement des supervisions par exemple !* » : il était notamment reproché à cette étude le non respect de l'anonymat lors de la présentation des résultats – cette remarque prenait valeur d'avertissement pour la nôtre : « *quelqu'un qui est aux USA et qui connaît un peu les centres de santé sait de quel soignant on parle en lisant le rapport !* » constatait à cet égard un médecin-chef. Le mot d'« espion » peut aussi être prononcé dans certains cas notamment lors des restitutions quand nous relations des situations problématiques auxquelles nous avons assisté et sur lesquelles nous n'avions pas réagi.

Ces réactions nous amènent à effectuer la précision suivante : elles ont participé de notre décision de ne citer ni les noms des structures où nous avons travaillé, ni, *a fortiori*, ceux des soignants ou patients avec lesquels des entretiens ont été réalisés (Vidal et al, 2005). Ce qu'ils expriment, par leurs gestes et leurs discours, et que nous nous attachons à comprendre doit

rester la principale préoccupation du chercheur : pour ce faire, nous estimons qu'il n'est d'aucun intérêt d'associer ces attitudes et paroles à des lieux ou des personnes nommément identifiées²⁷. En revanche, lorsqu'il est utile de savoir que l'on évoque un centre de santé ou service hospitalier, un médecin ou un agent de santé d'une autre catégorie professionnelle, cela sera précisé.

Les restitutions participent du processus de validation des données recueillies mais constituent aussi des moments de recueil de données. Elles ont été fondamentales dans notre démarche parce qu'au-delà du fait que ces restitutions avaient pour but de valider nos informations, elles nous ont aussi permis de corriger les interprétations et de recentrer notre collecte d'informations. Elles ont également en partie conditionné la poursuite de nos observations et enquêtes au sein des structures. Compte tenu de la méfiance que les soignants ont des anthropologues, il nous a fallu mener ces restitutions avec un certain tact d'autant que notre retour dans les structures était subordonné au déroulement de ces restitutions de même que le passage prévu d'autres collègues dans le cadre du même projet ; ceci parfois très explicitement par exemple dans le cas d'un médecin chef qui nous avait clairement dit que le démarrage de toute autre étude se ferait seulement après notre restitution.

D'un autre côté, arriver à discuter des problèmes ou des dysfonctionnements dans la prise en charge d'une maladie, sans que ceux qui sont directement impliqués dans celle-ci ne se sentent visés, n'est pas tâche facile. Même si nous avons tenu à garder l'anonymat des soignants concernés, il était impossible à l'auditoire de ne pas identifier les responsables d'unités de traitement ou les techniciens de laboratoire puisqu'ils s'occupent exclusivement de tuberculose et sont, même s'ils ont des aides, responsables de l'activité dans ces services. Les réactions des responsables d'unité de traitement ont alors épousé deux modalités. Certains ont fait des restitutions des espaces de revendications pour une meilleure prise en compte de leur activité et en profitaient pour exprimer des demandes telles que la mise à disposition de locaux, de personnels plus qualifiés, de recyclage, *etc.* D'autres, se sentant jugés, ont plutôt tenté de se justifier par rapport aux pratiques « déviantes » décrites.

²⁷ Ajoutons que cet anonymat nous a été d'autant plus aisé à respecter que nous avons pu, lors des restitutions dans les structures de santé, discuter directement avec les personnes auprès desquelles les données avaient été recueillies.

Section IV : Contraintes méthodologiques et déontologie

Un certain nombre de contraintes relatives à nos méthodes ont été notées et méritent qu'on s'y arrête. Par rapport à l'observation participante, l'instrumentalisation du chercheur dans son terrain est certes banale en anthropologie mais très peu problématisée et interrogée. En effet, dans les unités de traitement, dès lors que nous avons aidé, pendant un moment de l'enquête, au remplissage des fiches de traitement ou à l'enregistrement des malades dans les registres ou encore à la distribution des médicaments, les personnels de santé n'hésitaient pas à se décharger de cette tâche qui nous était, ensuite, assignée de fait. Cependant, après les restitutions, certains informateurs se sont sentis trahis, parce qu'ils nous mettaient en position de se confondre à eux sans qu'on ne corrige les écarts constatés, on se contentait de poser des questions.

Parallèlement, dans le contexte actuel des structures de santé où, de plus en plus d'agents se forment sur le tas, certains soignants estimaient qu'étant donné notre niveau d'études, nous pouvions d'autant mieux profiter de notre présence régulière dans les structures de santé pour apprendre quelques gestes médicaux. Par contre, dans les services comme la consultation ou le laboratoire, il nous a fallu expliquer en quoi notre présence pouvait être utile à l'étude la prise en charge de la tuberculose.

Dans les services de consultation et au CHU, les soignants ont assujéti notre présence à quelques préalables comme le port de la blouse, ce qui n'est pas sans poser quelques contraintes : les malades nous identifiaient alors à des personnels de santé et n'osaient pas critiquer les prestations de soins tandis que pour les personnels de santé nous apparaissions comme les représentants du Programme national de lutte contre la tuberculose. De plus, certains personnels de santé nous appelaient « docteur », ce qui répondait aussi au souci de nous catégoriser, de nous insérer dans un groupe.

Cependant, il convient de préciser qu'il y a évidemment sur ces questions relatives à la participation ou à l'implication, des limites à ne pas franchir, notamment la réalisation d'actes techniques comme poser des perfusions, faire des injections, conduire la consultation d'un malade ou faire des prescriptions. Or, le fait de se voir quasiment confier une unité de traitement peut favoriser toutes sortes de dérives, des glissements peuvent très vite s'opérer, surtout quand le refus de jouer les remplaçants peut être source de conflits. Le chercheur se doit donc de fixer des limites à son implication en rappelant toujours au soignant que ce n'est pas fondamentalement son rôle de jouer les remplaçants. Cela découle souvent de la connaissance supposée ou réelle du chercheur sur une maladie, connaissance généralement

théorique et acquise lors de la recherche documentaire. En effet, lorsque le chercheur manifeste une certaine maîtrise de la terminologie médicale et des normes techniques, il lui est demandé d'aider à la prise en charge des malades : par exemple, face à un malade qui souffre d'effets secondaires, on lui demandera un avis sur la démarche à adopter. De plus, il faut pouvoir éviter les dérives telles que le fait de se voir absorber par un travail qui n'est pas le sien, ce qui risquerait d'occulter des questions pouvant être fondamentales et qui mériteraient d'être posées pour saisir les logiques qui sous-tendent les actions des acteurs.

A ce niveau, on peut tout de même se poser quelques questions sur notre pratique : A-t-on le droit d'assister aux consultations ? Si l'avis du malade est rarement demandé, est-ce parce que l'on est présenté tantôt comme un stagiaire, tantôt comme un sociologue ? Qu'est-ce qui légitime le fait que l'on soit dans ces salles de consultations alors qu'on dénonce l'absence d'intimité et de confidentialité dans ces services ? Sommes-nous tenus aussi au secret médical comme le personnel de santé ? Doit-on avoir accès aux dossiers des malades ? Ce sont autant d'interrogations qui n'apparaissent que trop rarement dans les écrits en anthropologie de la santé mais qui constituent la base d'une réflexion sur l'éthique dans la démarche anthropologique. Pour répondre à ces préoccupations, nous nous sommes donc engagée à ne pas interférer dans les consultations auxquelles nous assistions, mais aussi à respecter le secret médical en fonction de la déontologie professionnelle propre à notre discipline. Nous nous sommes également engagée à ne divulguer aucune information qui puisse remettre en question l'anonymat de nos informateurs. Nous avons par ailleurs, refusé de répondre aux sollicitations des soignants tels que poser des actes de soins comme faire des injections ou des perfusions, bref tout acte susceptible de nuire aux malades.

Mais revenons aux contraintes plus haut évoquées. Pour ce qui est des entretiens, deux principes peuvent être relevés. Du fait des images qu'on nous attribuait, après les entretiens avec les personnels de santé, nous avons souvent noté une certaine gêne vis-à-vis du chercheur ou une crainte « d'être allé trop loin » dans les déclarations. Chez les malades, le fait que les entretiens se déroulent dans les services de santé est inhibiteur, souvent les réponses vont dans le sens qu'ils estiment attendu par le soignant (confondu avec le chercheur). Il y a également la difficulté de restituer les résultats de nos travaux dans une structure de santé quand on travaille spécifiquement sur une pathologie. L'un des inconvénients à travailler sur des maladies dont la prise en charge se fait dans un service « spécialisé », réside dans la difficulté à respecter totalement l'anonymat, surtout que le service est souvent assimilé à la personne qui en est responsable.

Conclusion

La position du chercheur dans le milieu médical est susceptible de modifier son regard sur l'objet de recherche et d'influencer les conditions de production de connaissance. « *The quality of the fieldwork will benefit if the fieldworker learns to regard himself, together with his work, as a problem* » écrivent Jongmans et Gutkind (in Leservoisier, 2005:12).

Ainsi, la réflexion sur l'implication du chercheur dans un terrain et sur les limites à ne pas franchir est certes à la confluence du déontologique, de l'éthique et du méthodologique : mais elle est aussi, en elle-même, une exigence trop souvent occultée dans les écrits anthropologiques sur la santé en Afrique. Pourtant, le champ sanitaire constitue un univers avec ses règles et ses hiérarchies où la description des pratiques passe par une initiation au langage, et la capacité à négocier une place dont dépendent la production et l'analyse des données recueillies.

Par ailleurs, nous pouvons affirmer que l'anthropologie, en tant que discipline, connaît des mutations tant au niveau de la définition de ses objets d'étude que de sa démarche. En posant les institutions sanitaires et le savoir médical comme objets, l'anthropologie investit des objets communs [ou jusque là exclusivement étudiées par] à d'autres disciplines telles que l'épidémiologie, et s'ouvre à l'interdisciplinarité. Cependant, cette interdisciplinarité s'exprime souvent en termes de demandes sociales auxquelles les chercheurs sont souvent obligés de répondre. Cette position et cette fonction sociale du chercheur suggèrent une réflexion plus large sur le métier d'anthropologue ainsi que sur les implications des connaissances produites par les anthropologues dans le milieu médical.

Deuxième Partie :
Devenir Soignant.
Processus et contexte de professionnalisation des personnels de
santé

La socialisation est un concept fondamental en sciences sociales, particulièrement étudié dans le champ de la sociologie, de la psychologie et de la psychologie sociale. Elle permet à un individu de s'intégrer à un groupe dont il a acquis ou adhéré aux valeurs. Cependant, cette conception de la socialisation, développée entre autres par Piaget, prend appui sur les théories du développement de l'enfant et ne tient pas compte du fait que le mode d'intégration dans un milieu professionnel correspond à une forme de socialisation.

La distinction faite par Berger et Luckman (1966) entre la socialisation primaire et la socialisation secondaire va permettre d'intégrer le monde professionnel dans l'analyse de la socialisation. La socialisation secondaire consiste en une acquisition des savoirs et des rôles directement ou indirectement enracinés dans la division du travail. Nous estimons que ces théories de la socialisation renvoient au processus de la professionnalisation des soignants aussi bien des professionnels que des non professionnels. En effet, il est admis que les professions établies ou reconnues, telles que les médecins ou les infirmières, accèdent au cours de leur formation, à la culture de leur groupe professionnel d'appartenance. Cependant, au regard du contexte des structures de santé, nous nous posons un certain nombre de questions : le comportement des soignants professionnels peut-il être conforme aux images qu'ils avaient de leur métier dans le contexte actuel des structures de santé ? Qu'en est-il des soignants non professionnels qui n'ont pas bénéficié d'apprentissages formels ? Comment se fait le mode d'intégration dans les groupes professionnels quand on n'a aucune qualification ? Le processus ainsi que les contextes de cette professionnalisation nous semblent indispensables à étudier dans la mesure où ils permettent de saisir comment des manières d'être et des savoirs professionnels sont acquis et mis en œuvre dans le comportement au quotidien des acteurs de la santé. Cette description des processus de professionnalisation nous paraît essentielle pour saisir la complexité de la configuration professionnelle dans les structures de santé et ainsi poser les bases de notre analyse sur la fonction soignante.

Chapitre V : La constitution des savoirs : de la socialisation des professionnels de santé

Introduction

Les structures publiques de santé au Sénégal se caractérisent par la présence d'une diversité d'acteurs professionnels n'ayant ni les mêmes formations, ni les mêmes trajectoires socioprofessionnelles. Cependant ce mode de structuration du système de santé n'est pas un fait nouveau. Un détour par l'histoire de l'implantation de la médecine coloniale révèle que la mise en place des niveaux différenciés de qualification relatifs à la maîtrise de savoirs théoriques et pratiques spécialisés sur la pathologie exotique africaine répondaient à des exigences de régulation professionnelle des personnels de santé. En effet, les médecins (européens, formés au Pharo) se distinguaient des assistants médecins indigènes, aussi appelés médecins auxiliaires, recrutés parmi les infirmiers sachant lire et écrire. C'est un an après la création de l'Assistance Médicale Indigène (AMI), le 8 janvier 1905, que le corps d'aide-médecins vit le jour. Pour seconder les médecins coloniaux par des auxiliaires plus qualifiés que les infirmiers, la métropole a d'abord eu recours aux "aides médecins indigènes". Ce corps fut créé en 1906 par Roume, alors gouverneur général de l'AOF. En vertu d'un arrêté fédéral, dans chacune des colonies, les postulants étaient recrutés parmi les infirmiers et les élèves du niveau du certificat d'études primaires. Formés en trente mois dans l'hôpital de la capitale de la colonie, selon un programme fixe, ils étaient ensuite affectés et faisaient carrière dans les services publics de l'assistance médicale indigène (Lapeysonnie, 1988 ; Bado, 1996). Ces questions de structuration des professions marquèrent la médecine coloniale et s'étendirent bien après les indépendances aux autres catégories professionnelles, les infirmiers notamment. Les premiers infirmiers étaient des tirailleurs formés sur le tas et choisis sur la base de leur obéissance au médecin. Plus tard en 1912, avec la création de l'hôpital de Saint-Louis apparut le corps des infirmiers indigènes constitué du personnel recruté localement et formé sur le tas à l'hôpital. Cependant, le rôle de ces infirmiers s'étant accru avec la construction de nouvelles structures de soins, une école de formation professionnelle fut mise en place à Rufisque en 1922. En fonction des rôles qu'ils furent amenés à jouer, cette formation ne cessa, jusqu'à la création de l'ENDSS, de se redéfinir. La redéfinition des enseignements dispensés aux infirmiers d'état visait à prendre en compte les évolutions du contenu de la profession qui, au-delà de la réalisation de soins infirmiers, hérita de l'exercice de l'activité médicale dans les structures de santé situées au bas de la hiérarchie de la

pyramide sanitaire à savoir les centres et postes de santé (Thiam, 2001 ; Mbaye, 2002). Ces travaux décrivent assez bien le processus de mise en place de la médecine et donc de la formation du personnel médical dans les anciennes « colonies », comme ce fut le cas pour le Sénégal. Cependant, ils se sont très peu penchés sur la reconfiguration actuelle des systèmes professionnels des Etats indépendants. Il semble que l'on soit dans une situation paradoxale de reproduction de ce modèle sanitaire qui commence à montrer ses limites dans les contextes actuels des systèmes de santé.

Nous souhaitons ici saisir la structuration actuelle du personnel dans le milieu sanitaire au Sénégal, ceci en nous intéressant particulièrement aux processus de professionnalisation des différentes catégories professionnelles. Afin de rendre compte de ses dynamiques, nous allons procéder non pas seulement à un récapitulatif des formations régulant l'accès aux professions et aux promotions mais aussi à une analyse descriptive des mécanismes en jeu dans la socialisation professionnelle.

Section I- La construction des savoirs chez les professionnels de santé (médecins, infirmiers et assistants sociaux)

Les professionnels de santé (médecins, sages-femmes, infirmiers et assistants sociaux) accèdent à la fonction soignante par les voies « classiques » (concours direct pour la formation, puis recrutement par la fonction publique), après avoir suivi un apprentissage plus ou moins long (selon la catégorie professionnelle à laquelle ils aspirent appartenir) dans une institution universitaire ou un institut public de formation aux métiers de santé. La formation initiale sanctionnée par un diplôme constitue un gage de compétence. Elle est la preuve de l'aptitude à l'occupation de postes et le symbole d'appartenance à un corps professionnel. Décrivons ce processus de formation des professionnels de santé.

1- Les cursus de formation initiale et la place de la tuberculose chez les professionnels de santé

a- Les médecins

La première école de médecine en AOF fut créée en 1918 à Dakar sous la direction de A. Le Dantec, elle formait des médecins africains (appelés médecins auxiliaires) d'abord dans le but de seconder les médecins européens. Le 24 février 1957 fut officiellement fondée l'Université de Dakar dans laquelle fut intégrée l'Ecole de Médecine. Mais c'est seulement en 1962 que celle-ci se transforma en Faculté où sont formés des médecins pendant une durée d'au moins

sept ans après le baccalauréat. Actuellement, l'accès à la faculté de médecine se fait après l'obtention d'un baccalauréat scientifique pour les élèves âgés d'au plus 20 ans sur orientation d'une commission facultaire d'orientation présidée par le doyen. Cette commission opère une sélection des demandes qui sont classées par ordre de mérite. Cette sélection se fait d'une manière élitiste et la faculté de médecine, pourtant la seule au Sénégal qui compte deux universités, a réussi jusque là à se préserver des effectifs pléthoriques que connaissent les autres facultés (lettres et sciences humaines, sciences juridiques notamment). L'enseignement comporte deux années, correspondant au premier cycle avec en première année, un tronc commun de médecine générale et de chirurgie dentaire. Il est composé de cours en sciences fondamentales qui sont reconduits en deuxième année mais auxquels s'ajoutent les sciences humaines, la sémiologie médicale et chirurgicale, ainsi qu'un stage hospitalier de deux mois. Le deuxième cycle dure quatre ans avec des enseignements de bio-clinique général et des stages d'initiation à la pathologie médico- chirurgicale et aux fonctions hospitalières. C'est en quatrième année que se fait l'enseignement de la pathologie et de la thérapeutique ainsi qu'une formation clinique consistant en une participation à l'activité hospitalière dans les services du C.H.U. de Dakar ou dans les établissements conventionnés (le centre d'appareillage, par exemple). Le troisième cycle dure un an. Il allie enseignement théorique et formation pratique, et se termine par la soutenance d'une thèse qui consacre la fin des études ainsi que l'obtention du titre de « docteur ».

A la Faculté de Médecine, l'enseignement théorique de la tuberculose concerne essentiellement les étudiants de 4^{ème} et 6^{ème} années. Le volume horaire consacré à la tuberculose est de 6 heures en 4^{ème} année dans le module de pathologie médicale et de 2 heures en 6^{ème} année de médecine dans le module de thérapeutique. L'apprentissage pratique commence à partir de la 3^e année d'étude de médecine, au cours de stages en milieu hospitalier. Le stage dans le service de pneumologie du CHU de Fann concerne essentiellement des étudiants de 6^e et 7^e année. Mais tous les étudiants de 6^{ème} année ne passent pas en Pneumo-phtisiologie lorsqu'ils doivent effectuer le choix du service de Médecine, où réaliser leur stage de 3 mois ; de même, seuls quelques rares étudiants de 7^e année choisissent ce service pour un stage interné de 6 mois. Ainsi, la majorité des étudiants arrivent au terme de leur cursus sans effectuer un stage au niveau du service de pneumologie. Ce n'est que dans le cadre de leurs stages ruraux d'une durée de 3 mois que les étudiants de 7^{ème} année commencent à se familiariser avec les différentes activités de lutte antituberculeuse. Ils occupent alors le poste de médecin adjoint dans un centre de santé et effectuent des consultations au cours desquelles ils sont confrontés au dépistage des patients

tuberculeux mais aussi au suivi thérapeutique lors de la survenue d'effets secondaires que les responsables d'unité de traitement sont inaptes à gérer.

Si l'on suit Carricaburu et Menoret : « *tout autant que la compétence technique, ce qui fonde et organise l'activité médicale, ce sont les exigences et les normes qui sont transmises lors des études de médecine* » (2004 : 28). Force est de constater que mise à part leur expérience de pratique rurale, dont l'organisation doit s'inspirer du guide du Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT), les étudiants sont au cours de leur cursus universitaire et dans leur pratique très peu confrontés à une prise en charge de la tuberculose conforme aux directives du PNT. Qu'en est-il des catégories paramédicales ?

b- Le personnel paramédical : infirmiers d'Etat et assistants sociaux

Selon E. Freidson, le terme paramédical « *s'applique aux métiers relatifs à l'administration des soins qui tombent finalement sous le contrôle du médecin* » (1984 : 58). Parmi eux, nous avons choisi ici de ne nous intéresser plus particulièrement aux infirmiers, en considérant, d'une part, leur place centrale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sénégalaise et, d'autre part, la charge qui leur revient en matière d'application des programmes nationaux dans les centres de santé. A tous les niveaux du système de santé (hôpital, centre de santé, poste de santé), ils jouent des rôles centraux. A l'hôpital, l'exclusivité de la réalisation des activités de soins leur revient, ils y occupent aussi des postes administratifs : ils assurent, par exemple, la fonction de major dans les services gérant ainsi les gardes du personnel (médecins et infirmiers) ainsi que les besoins divers en fournitures ou en matériels. Dans les centres de santé, ils assurent les consultations, le service des hospitalisations, activités qui leur reviennent également dans les postes de santé dont ils sont les « chefs » en même temps qu'ils gèrent la structure et le personnel. Ils sont l'équivalent du médecin et sont appelés « docteur » par les usagers.

Concernant les programmes nationaux, ceux sont eux qui supportent les activités y afférant. Dans le cadre de la tuberculose par exemple, les gestionnaires des programmes souhaitent avoir dans toutes les unités de traitement un Infirmier d'Etat comme responsable même si cela reste encore un idéal (nous y reviendrons plus tard).

Le futur infirmier diplômé d'État (IDE) est recruté par voie de concours au niveau du brevet de fin d'étude moyenne (BFEM), mais dans la réalité les candidats aux études infirmières sont à 90%, titulaires du Baccalauréat, certains ayant même suivi une ou deux années de cours à l'université. La durée des études conduisant au diplôme d'État est de trois ans à l'École

Nationale des Infirmiers et Infirmières d'Etat, créée en 1951. La nécessité de réorienter leur formation vers la prise en charge des problèmes de santé des populations remonte à 1967 avec l'introduction d'une année de santé publique. En effet, face aux responsabilités grandissantes de ces infirmiers dans les structures sanitaires et pour contrer l'insuffisance des médecins, l'État du Sénégal avait alors décidé d'adapter localement la formation des infirmiers qui relevait initialement de la France. Une troisième année dite de « santé publique » fut donc ajoutée au programme de l'École Nationale des Infirmiers et Infirmières d'État (ENIIE). Cette innovation a permis l'introduction de certaines matières comme la médecine tropicale, l'éducation pour la santé, la santé publique et l'animation rurale, afin de permettre à l'Infirmier chef de poste (ICP) d'assurer les soins et la gestion d'une structure de santé dans un poste de santé rural, isolé. Le diplôme d'infirmier d'État a néanmoins continué d'être délivré par la France jusqu'en 1974.

Au début des années 1990, avec la révision des programmes de formation des écoles relevant du Ministère de la santé, l'ENIIE procéda à l'adaptation de son programme en introduisant, dans la formation des futurs professionnels infirmiers, un module de santé communautaire avec un volume horaire très important alloué aux soins de santé primaires. Ce changement répondait au souci de pallier les lacunes identifiées dans l'exercice professionnel des infirmiers et de répondre aux objectifs de la politique sanitaire nationale en vigueur à savoir les SSP (Thiam, 2001). L'ENIIE entreprit également de renforcer l'enseignement concernant des notions comme l'épidémiologie, l'hygiène, l'éducation, la communication, les statistiques et la démographie. Toutefois, ce réajustement pédagogique n'avait pas fait l'objet d'une étude préalable des besoins au sein des professionnels exerçant sur le terrain. D'après les évaluations faites par le ministère de la santé ainsi que les mémoires sur la catégorie des infirmiers, l'enseignement de ces notions reste d'ailleurs superficiel et les études réalisées dans les structures de santé révèlent des lacunes dans l'articulation entre savoirs théoriques et exercice professionnel. Suite au regroupement des écoles de formation professionnelle relevant du Ministère de la santé, et la création en 1992 de l'École Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS), une nouvelle analyse du programme de formation des infirmiers réalisée par l'équipe enseignante de la section « infirmier » a démontré que les enseignements restent toujours principalement orientés vers les besoins hospitaliers, alors que 75% des diplômés sont immédiatement affectés en milieu rural comme chefs de poste. En conséquence, on observe qu'il existe toujours une demande sans cesse renouvelée pour un renforcement des connaissances dans divers aspects de la pratique infirmière et dans la prise en charge des pathologies, point que nous développerons plus tard.

En ce qui concerne la place de la tuberculose dans la formation des infirmiers à l'ENDSS, l'enseignement théorique y concerne les élèves de la section « infirmière d'Etat » : il était dispensé en 3^{ème} année jusqu'en 2001. Depuis 2002, seuls les élèves de la 2^{ème} année sont concernés. L'enseignement y est effectué selon le guide du PNT mais le volume horaire de 4h consacré à la tuberculose sur les 24h consacrées à la pneumologie, ne permet pas d'aborder tous les aspects relatifs au dépistage et au traitement de la tuberculose. Durant ces quatre heures sont évoqués ce qu'est la tuberculose, comment elle se transmet ainsi que ses signes cliniques. L'apprentissage pratique de la prise en charge de la tuberculose est censé s'effectuer dans le cadre des stages hospitaliers et ruraux mais, en réalité, aucun d'entre eux ne s'effectue dans des unités de traitement.

Dans les unités de traitement, nous avons également retrouvé un autre corps professionnel : les assistants sociaux. Notre attention s'est donc portée sur ces assistants sociaux qui sont souvent désignés par les médecins chefs de centre de santé comme responsables de traitement du fait de leur aptitude supposée ou réelle à gérer les problèmes sociaux inhérents à la prise en charge des patients atteints par cette pathologie : *« la tuberculose est une maladie sociale, par conséquent ces assistants sociaux ont plus de compétences que les autres soignants pour la gérer »*, comme l'affirmait un médecin adjoint. Ces assistants sociaux sont également formés à l'ENDSS depuis 1992, suite à une restructuration de l'Ecole Nationale des Assistants et Educateurs Sociaux (ENAES), dont la mission est devenue celle d'assurer la formation des travailleurs sociaux spécialisés. Elle dure trois ans après le bac et les matières enseignées sont, entre autres : la psychologie sociale, l'éducation sanitaire, l'hygiène, la législation sociale, etc. Précisons que ce corps de métier a été créé en 1960, sous la tutelle du ministère des affaires sociales. Cependant, les structures d'aides sociales publiques étant inexistantes ou non fonctionnelles par manque de budget, ces travailleurs sociaux se retrouvent exclusivement dans les structures de santé, où ils sont parfois sollicités pour effectuer des tâches extra-sociales relevant de l'exercice médical, notamment la gestion d'une unité de traitement de la tuberculose. Plus couramment, dans les unités de traitement, tout comme les infirmiers, des assistants sociaux sont chargés des procédures de suivi thérapeutique (mise sous traitement, suivi).

c- La diversité de cursus des infirmiers : les écoles privées de formation

A côté de la structure publique qu'est l'ENDSS, existent et se développent de plus en plus d'écoles privées de formation de personnels paramédicaux. La profession infirmière est très hétérogène, elle est composée de différentes catégories professionnelles : des infirmier/ères d'Etat, des agents sanitaires et des infirmiers brevetés. Ces derniers ont le même statut que les agents sanitaires, lesquels étaient en fait les premiers infirmiers brevetés formés à l'école des agents sanitaires de Saint-Louis. Celle-ci fut créée en 1946 et recrutait des élèves titulaires du Certificat d'Études Primaires Élémentaires pour une formation théorique et pratique d'une durée d'un an.

Mais depuis la fermeture de cette école, cette formation n'existant plus, ce corps d'agent sanitaire tend à disparaître. Il est remplacé par celui des infirmiers brevetés formés dans les écoles privées notamment l'ISS. L'Institut Santé Services (ISS) demeure le plus important du fait qu'il est pionnier dans ce secteur de formation privée. Il permet ainsi la formation initiale de futurs agents mais intervient aussi dans la formation continue de certaines catégories de personnels notamment les agents sanitaires qui deviennent des infirmiers brevetés ou les agents de laboratoire aspirant au statut de techniciens.

En 1997, s'est donc ouverte à Dakar la première école privée qui forme des agents de santé pour une durée de trois ans après le Brevet de Fin d'Etudes Moyennes (BFEM), ainsi que des infirmiers et des laborantins : l'Institut Santé Service (ISS). Dans le cadre de la formation continue, cet institut propose des cours aux agents sanitaires et techniciens ayant un Certificat d'Etudes Primaires mais avec quelques années d'expérience dans la santé, ceci à la demande de leur chef de service. Ces formations sont essentiellement financées par la Direction de l'Action Sociale et Sanitaire même si l'école n'est pas reconnue comme une structure officielle de formation d'agents de santé. Le coût mensuel de ces différentes formations varie entre 25000frs Cfa et 35000frsCfa²⁸. En 2005, l'école comptait près de 200 élèves. Le corps professoral est composé de médecins et de techniciens de santé. L'école forme donc des infirmiers qui peuvent se présenter au concours national au même titre que les élèves sortants de l'ENDSS et obtenir le grade d'Infirmier d'Etat (IDE).

Les infirmiers ont un cours théorique sur la tuberculose. Le directeur des études de l'Institut affirme à ce propos : *« pour la tuberculose on ne sort pas du contenu de ce qui est dit dans le guide du PNT. Les professeurs chargés de faire les cours sur les pathologies tropicales, ils*

²⁸ Entre 40 et 55 euros.

insistent sur cette maladie. Ce sont des médecins qui sont chargés de ce cours, on a même un pneumologue, le médecin chef du centre de santé de Ouakam, il donne des cours ici ». Cependant, quand on sait que nombre de médecins ne se réfèrent pas au manuel du PNT et ne sont pas toujours au fait des changements que peuvent connaître les protocoles, on peut penser qu'il y aura une inadéquation entre la connaissance pratique et la prise en charge de la tuberculose.

Si cette formation initiale contribue à apporter des savoirs médicaux nécessaires à leur activité dans le système de santé, ces savoirs sont tout de même entretenus ou remis à jour par les formations continues. Ces dernières sont davantage axées sur les modalités de prise en charge d'une pathologie mais comme nous allons le voir elles sont d'un apport certain au niveau des orientations des trajectoires professionnelles des soignants. De manière générale, le ministère de la santé et de la prévention a élaboré, en 1996, un plan national de formation (PNF) qui intègre les besoins de formation initiale et continue, notamment du personnel infirmier constitué d'infirmiers diplômés d'État, d'infirmiers brevetés et d'agents sanitaires afin de pallier au déficit de personnel soignant. Mais nous verrons que celui-ci n'est que partiellement suivi et n'aura pas les effets escomptés.

2- Les formations continues

Les formations continues visent à acquérir des qualifications permettant d'accéder à un certain niveau de hiérarchie dans la profession et peuvent s'accompagner d'une ascension économique et sociale. L'importance des formations continues n'est plus à démontrer particulièrement dans le domaine de la santé du fait de la technicité croissante que connaît ce secteur. De plus, avec les nouvelles avancées de la médecine concernant les normes de traitement et les nouvelles thérapies, les connaissances des professionnels de la santé doivent sans cesse être mises à jour. Ces mises à niveau ne se font pas systématiquement lors de la formation initiale. Dans le cas de la prise en charge des pathologies, il reste du ressort des programmes nationaux d'organiser des sessions de formations continues à l'intention des personnels de santé afin d'opérer ces mises à niveau ou des recyclages. Précisons ici que nous ne nous intéresserons qu'aux formations continues proposées dans le cadre de la prise en charge de la tuberculose.

a- Les formations continues existantes

Créé à la demande de l'OMS en 1967 (décret n°67-12-32), l'Institut Santé et Développement (ISED) ouvre la porte à la formation post-universitaire de médecins de santé publique. L'enseignement y était théorique et s'adressait aux étudiants en dernière année de médecine, aux pharmaciens et techniciens de santé publique. En 1982, un Certificat d'Etudes Spéciales (CES) de santé publique est établi. Au fil des démarches administratives pour la reconnaissance du diplôme par les autorités universitaires, le terme « santé publique » sera remplacé par « santé et développement ». La formation compte plusieurs modules, dure deux ans et est sanctionnée par un diplôme après la soutenance d'un mémoire. Cette formation ouvre à la prise de responsabilité par le médecin dans la gestion des districts ou régions sanitaires. Elle donne assez souvent lieu à la réalisation d'un mémoire sur la tuberculose ; nous avons ainsi pu consulter 31 mémoires sur la prise en charge de cette pathologie, soutenus entre 1994 et 2000 dans le cadre de différents modules : planification, administration et gestion des services de santé, Economie de la santé, Information Education Communication (IEC), Science du comportement. Ces mémoires portent sur la structuration et l'évaluation du PNT ou traitent, au niveau d'un district sanitaire, des aspects épidémiologiques de la tuberculose (prévalence), de sa prise en charge en général, du coût de fonctionnement du PNT ou encore de la planification d'activités d'IEC.

L'ISED propose aussi des formations pouvant varier de cinq jours à six mois à l'attention des cadres et des techniciens de santé dans le domaine de l'élaboration de Programme de Développement Sanitaire (PDDS et PRDS) et, au niveau des districts sanitaires, de la gestion prévisionnelle des médicaments dans le cadre de l'Initiative de Bamako. Ces formations sont soutenues par les différents programmes nationaux de santé ainsi que par les institutions internationales : OMS, UNICEF, USAID, UICTMR S'agissant de la tuberculose, sur le plan national, la formation des médecins revient à cette dernière institution. En dix ans, vingt médecins ont été formés au Bénin pendant quinze jours, dans le cadre du cours international organisé annuellement par l'UICTMR. A ceux-ci s'ajoutent trois médecins formés au Japon (H. Rieder : 2004). Le responsable de la formation au sein de cet organisme la décrit ainsi : *« l'UICTMR organise une fois par an un cours en s'appuyant sur l'expérience d'un pays dans lequel le programme fonctionne bien. Ce cours a lieu pendant trois semaines et réunit entre 20 et 25 médecins francophones d'Afrique, Madagascar, Haïti pour expliquer les principes de lutte contre la tuberculose. Cette formation s'adresse aux médecins travaillant dans la tuberculose au niveau central ou régional, dans les hôpitaux ou les Centres Hospitaliers*

Universitaires (CHU). Les médecins qui y participent sont pris en charge par différents organismes aussi bien que par les Organisations Non Gouvernementales (ONG) impliquées dans la lutte antituberculeuse, par le budget national du pays ou par les coopérations bi ou multilatérales. Ce cours est reçu une fois, le même médecin ne peut pas venir deux fois. On identifie avec les responsables de [chaque] programme [national] les personnes qui ont besoin de cette formation théorique. On fait également d'autres cours sous forme d'ateliers en réunissant un fois par an les responsables de programmes nationaux pour discuter d'un sujet particulier comme le problème spécifique que pose la tuberculose dans les grandes villes par exemple ».

L'unité centrale du Programme national de Lutte contre le tuberculose organise aussi elle-même des formations en direction du niveau périphérique, c'est-à-dire destinées aux agents affectés dans les unités de traitement, en premier lieu desquels les responsables de traitement. Ces formations durent trois jours et s'adressent en fait aux différents prestataires des structures de santé, ayant au moins le niveau d'aide infirmière. Pour les infirmiers et les aides infirmiers, elles portent sur les protocoles thérapeutiques, sur les procédures diagnostiques – notamment la reconnaissance des symptômes – sur la mise sous traitement mais aussi sur l'administration des supports de gestion (registres de traitement, confection des rapports trimestriels, élaboration des fiches de commandes de médicaments basée sur ces rapports). En ce qui concerne les techniciens de laboratoire, ils sont formés aux techniques de coloration, d'étalement des crachats et de lecture des lames, ainsi qu'aux procédés de recueil et de conservation des crachats comme à la tenue du registre où sont consignés les résultats. Le but de ces formations est de les initier à la prise en charge d'une pathologie particulière et d'harmoniser leurs pratiques. A cet effet, le responsable du laboratoire national nous explique : *« je forme les techniciens de labo pendant trois jours. Je commence par leur montrer comment faire les préparations pour la coloration. C'est important parce qu'il faut un bon dosage des produits pour la coloration et la lecture. Ensuite le deuxième jour on commence la coloration, l'étalement et le troisième jour, on procède à la lecture. Mais c'est très difficile parce qu'il y a des gens qui ont été formés plusieurs fois et qui n'arrivent pas à faire les préparations et d'autres qui, une fois dans leurs labos, ne respectent pas les dosages »*. Nous reviendrons ultérieurement (en troisième partie de la thèse) sur le non respect des normes et ses raisons. On retiendra ici que le PNT a ainsi formé de 1998 à 2000, 1248 paramédicaux (infirmiers, techniciens de laboratoire, agents sociaux...).

Dans le cas d'une pathologie comme la tuberculose, dont la prise en charge se fait dans des services « spécialisés » tels que les unités de traitement, la formation aux activités de mise

sous traitement, de suivi et de gestion du service devrait être un préalable à l'affectation de professionnels de santé. En théorie, ce préalable existe. Mais, dans la réalité des structures de santé, c'est plutôt l'inverse qui est observé. Les professionnels de santé y exercent pendant quelques années (deux ans en moyenne) et bénéficient ensuite d'une formation continue dispensée par les gestionnaires du programme national. Par ailleurs, tous les responsables d'unités de traitement n'ont pas accès à ces formations, du fait des enjeux de pouvoir et de positionnement, ou encore des intérêts économiques qu'elles comportent. Prenons l'exemple de cet infirmier, affecté dans une unité de traitement depuis un an environ et qui explique : *« c'est parce qu'il y avait beaucoup de problèmes dans ce service que j'ai été affecté ici, l'ancien responsable faisait ce qu'il voulait, rançonnait les malades. Mais depuis que je suis là, je n'ai pas reçu de formation spécifique. J'ai le manuel que je regarde de temps en temps. Sinon je vais voir le superviseur national de temps en temps qui me « donne des cours ». Le prix du transport ne m'est même pas remboursé, je paie de ma poche pour aller au PNT. Au début j'y allais une fois par semaine pour 1H30, mais il y a des semaines où il [le superviseur national] n'a pas le temps [à me consacrer] c'est ce qui fait que ces cours durent depuis trois mois ».*

Pourtant, il est avec un collègue, infirmier, qui dit être le chef de service. Formé à deux reprises, il ne touche à rien et s'absente souvent. L'infirmier poursuit, en parlant de son collègue : *« tu ne le vois même pas. Il passe de temps en temps mais c'est pour discuter. Le major également a été formé alors qu'il ne travaille pas au PNT, tu ne sais pas comment se font les choix ici ».* De ces propos, on retient le fait que l'accès à la formation ne paraît pas répondre à une logique clinique, puisque ceux qui sont effectivement formés ne travaillent pas dans les unités de traitement, et paradoxalement ceux qui y exercent éprouvent quelques difficultés pour bénéficier de ces formations. Cette tendance est confirmée et peut être généralisée d'autant qu'elle ressort de manière significative dans plusieurs entretiens et au cours des discussions informelles.

Malgré l'appui ou l'intérêt que les responsables du programme national semblent porter à la formation de cet agent, ils sont incapables d'infléchir les décisions des autorités de la structure qui leur impose du personnel à former. Cette situation pose explicitement le problème de l'accès aux formations continues : comment se fait le choix des agents pouvant en bénéficier ?

b- L'accès aux formations continues

Nos observations et l'analyse des entretiens nous confortent dans l'idée que la formation est une ressource importante dans l'évolution des carrières et le façonnement identitaire des agents qui y ont accès (bien évidemment elle n'est pas la seule, comme nous le verrons dans la troisième partie). Du fait de ses enjeux non négligeables, l'accès à la formation continue est l'objet de négociations entre responsables de structure ou ministères qui décident du choix des agents et personnels de santé bénéficiaires. Ces choix ou arbitrages sont parfois source de discordes, voire de conflits. Au sein des structures de santé, les responsables sont souvent accusés de favoriser certains de leurs agents. Ces accusations créent des tensions au sein du personnel, ceux qui se sentent lésés réagissant parfois par la rétention des données, « le verrouillage du service ». A ce propos, un responsable d'unité de traitement raconte : *« quand il y a une formation ou même une réunion de coordination, je ne suis pas au courant, ce sont d'autres personnes qui y vont et parfois, ils vont présenter des résultats qu'ils n'ont pas faits, qui sont le fruit de mon travail. Maintenant je rentre avec le registre, je l'emporte chez moi comme ça ils ne pourront pas concevoir de rapports dans mon dos »*.

Au niveau central, les gestionnaires de programme ne peuvent décider seuls du choix des agents qui bénéficieront de formations. Ils sont obligés de négocier. Comme le dit ce superviseur national : *« les structures nationales n'ont pas de relations hiérarchiques mais plutôt des relations fonctionnelles avec les autres structures, elles ne peuvent ni affecter, ni enlever, elles ne peuvent que suggérer »*. Malgré leur position dans les sphères de prises de décision, les programmes nationaux n'ont aucun pouvoir de coercition sur les structures de santé qui constituent leurs unités fonctionnelles. Un médecin, ancien responsable du programme expliquait son impuissance à influencer sur les décisions des chefs de structure en disant : *« dans un centre de santé, j'ai demandé à ce qu'on change le technicien de laboratoire, parce qu'il est nul mais rien n'a été fait. C'est toujours lui qui est chargé de la bascilloscopie et pourtant j'avais demandé son remplacement il y a plus de cinq ans »*.

Les formations mettent à nu les relations de pouvoir pouvant se jouer entre les gestionnaires de programmes et les responsables de structures de santé. Les autorités des structures de santé imposent aux responsables du programme en question, les agents qu'elles veulent former et ce quel que soit leur rôle ou leur implication dans les activités du programme. L'ancien coordonnateur du PNT poursuit dans cette logique : *« pour la formation, on nous envoie la liste, telles personnes, tel district etc. Tu peux avoir dans un labo deux personnes où l'une a*

été formée et l'autre te dit qu'il faut qu'elle soit formée. Ceux qui ne sont pas formés sont plus nombreux mais leur problème n'est pas facile à régler. On peut refuser de prendre certaines personnes qui ont déjà été formées mais ce n'est pas facile à gérer d'autant plus que nous ne décidons pas. Un autre problème c'est que les gens qui sont formés ne sont pas seulement responsables du traitement, tu vois un major qui a fait toutes les formations mais ne s'occupe pas du traitement, on est obligé de refaire une formation aux « vrais » responsables mais tous n'ont pas le niveau requis ».

De ces propos, il ressort que la formation pose des problèmes aussi bien au niveau national qu'au sein des structures de santé entre les personnels. Problèmes amplifiés par le fait que le niveau de qualification s'impose comme un facteur prépondérant de l'accès à la formation continue. En effet, celle-ci est ouverte à des agents qui ont déjà un niveau de qualification égal au moins à celui d'un aide infirmier. La conséquence immédiate de cette situation est qu'au sein des structures sanitaires, en ce qui concerne la tuberculose, on est en présence, d'un côté, de professionnels de santé « surformés », qui ne mettent pas nécessairement les connaissances acquises lors de ces formations à profit dans leurs activités quotidiennes, et d'un autre côté de professionnels très peu ou pas du tout formés, mais qui effectuent réellement les activités de prise en charge.

« Quand il y a une formation tu n'es même pas au courant, tu ne vois pas un collègue pendant quelques jours, tu demandes et on te dit qu'il est en formation. Quand tu entends parler [d'une formation] c'est parce que ceux qui sont dans l'entourage du docteur n'en veulent pas ou que ce n'est pas bien payé » nous dit une aide infirmière. On devine aisément que l'information relative aux possibilités de formation n'est pas livrée à tous les agents : ils n'ont pas accès de façon égalitaire à l'information sur les opportunités mêmes de formation. Nous avons en effet pu faire le constat que ceux qui reçoivent l'information sur ces formations (y ayant donc accès) sont souvent dans le réseau du responsable de la structure ou ont des « entrées » au ministère de la santé qui centralise les propositions des bailleurs ainsi que les requêtes des agents de santé. Une telle compétition dans l'accès aux formations et l'opacité entretenue dans la régulation de cet accès, révèlent la combinaison pour les personnels de santé d'enjeux proprement professionnels, d'intérêts financiers et de valorisations sociales.

c- La formation continue comme moyen d'accès à des postes de responsabilités

L'un des intérêts des formations continues réside dans le fait qu'elles participent à la construction de carrières professionnelles. De ce point de vue, les perspectives de carrières

dans la santé sont plus importantes pour ceux qui, grâce à la formation continue, acquièrent des connaissances leur permettant de prétendre à des postes de responsabilité. L'accès à des postes de cadres (major, superviseur.) dépend certes de l'expérience définie selon l'ancienneté mais aussi des formations suivies, synonymes de savoirs accumulés et de compétences reconnues.

En accédant à un poste plus élevé dans la hiérarchie, l'agent de santé acquiert un nouveau statut et souvent un titre symbolisant l'incorporation de savoirs et de savoir-faire issus de la formation continue. L'analyse des trajectoires socioprofessionnelles des personnels de santé illustre ces processus d'évolution des statuts parmi les professionnels, dont témoignent ces propos d'un agent de santé : *« j'étais agent sanitaire, mais j'ai fait une formation de technicien de santé, puis j'ai suivi toutes les formations des programmes de santé ; maintenant je suis superviseur de soins de santé primaires : j'ai plus un rôle d'évaluateur, je fais partie de l'équipe cadre du district. C'est pour cela que je ne suis jamais là, je vais aux réunions, je supervise les postes de santé ».*

Ce qui ressort de cet exemple, c'est que la promotion ainsi décrite valorise les postes administratifs au détriment des postes au contact des malades. Parallèlement, le contrôle de l'activité des « anciens collègues » peut être perçu comme gratifiant pour le superviseur mais dérangeant pour l'agent de santé qui n'aurait pas évolué dans sa carrière. En outre, la souplesse dans le temps de présence dans les structures de santé que génère l'occupation de tels postes semble être appréciée positivement dans la mesure où les contraintes organisationnelles liées au temps de présence (déposer une demande de permission pour s'absenter, par exemple) sont visiblement contournées et justifiées par la nécessité de « faire du terrain ».

Parallèlement à ces aspects professionnels, des intérêts économiques influencent les demandes de formations.

d- Les avantages économiques de la mobilité professionnelle

La formation continue, comme nous l'avons dit, marque l'évolution des carrières des professionnels de santé. Elle est perçue comme un changement de catégorie professionnelle donc de reclassement salarial. Prenons l'exemple d'un agent sanitaire, de classe D dans la grille salariale du ministère de la fonction publique et qui perçoit un salaire net mensuel de

70.000 frs CFA²⁹ : avec un statut de Technicien de santé, il devient fonctionnaire de classe B avec un salaire d'environ 130.000 frs CFA³⁰ auxquels s'ajouteront quelques indemnités (déplacement et risque, etc.). Notons que ces rémunérations restent faibles au regard du coût économique de la vie et aux fortes pressions sociales auxquelles est confronté le travailleur. Il s'agit par exemple d'aider ses proches à travers une participation financière aux cérémonies. En outre, selon la position dans la fratrie, les rôles sociaux sont très importants. En effet, les aînés doivent souvent assurer les dépenses quotidiennes dans des familles généralement nombreuses. S'il n'arrive pas à assurer ce rôle de pourvoyeur de ressources, il peut être marginalisé et perdre l'autorité de fait lié à son rang dans la fratrie.

En outre, certains postes de responsabilité induisent souvent la participation à des séminaires ou à des réunions synonymes de perdiems. Les sessions de formation, en plus des perspectives de carrière et donc de revalorisation du statut du soignant qu'elles ouvrent, sont aussi des occasions de distribution de ressources complémentaires, la participation à celles-ci étant alors aussi le moyen d'y accéder. Les propos de ce médecin responsable de programme vont même plus loin, faisant du perdiem une motivation première : *« Il faut peut-être parler de l'histoire des perdiems. Dans les années 1970 les gens perdaient jusqu'à une journée pour discuter de perdiems et ça c'est typique au Sénégal. Je ne sais pas, les gens dès qu'ils venaient dans une réunion, la discussion commençait et tu perds une journée pour ça. C'est devenu une telle chose, il y a des gens qui font la chasse aux perdiems ça je ne vous le cache pas. Chaque fois quand il y a une formation ce sont eux qui partent et ils vont uniquement pour ça. D'ailleurs pour les maintenir les gens ne paient pas les perdiems au début sinon ils disparaissent. C'est tellement connu que maintenant c'est après la formation que les perdiems sont payés ».*

Ainsi, les demandes renouvelées de formations des personnels de santé ne répondraient pas seulement à un souci de mobilité professionnelle mais seraient aussi des moyens de capter des ressources financières venant compléter le salaire de base. Prenons l'exemple de la formation sur « La place de la négociation dans l'application du TDO dans les unités de traitement », à destination des responsables de traitement dans les centres et postes de santé. Cette formation dura une journée et réunit 41 personnes. Le montant des perdiems variait de 17.500frsCFA³¹ pour ceux qui venaient des structures de Dakar où se tenait la formation, à 35.000frs CFA. Pour les ASC, cette somme correspondait à un peu plus de leur salaire mensuel et pour les

²⁹ Environ 110 euros.

³⁰ Environ 200 euros.

³¹ 25 euros

agents sanitaires et les infirmiers, respectivement la moitié et le quart de leurs revenus mensuels. Ces perdiems ont été distribués à la fin de la journée pour éviter que les agents ne quittent la session de formation avant la fin pour vaquer à leurs occupations. Ils profitent souvent de leur passage à Dakar pour régler des problèmes administratifs, faire des courses ou encore rendre visite à des parents.

e- Enjeux sociaux de la formation professionnelle

Au delà de ces enjeux professionnels et financiers, la formation continue participe indirectement de la revalorisation sociale de l'agent. En effet, en accédant à un poste plus élevé dans la hiérarchie, le professionnel de santé bénéficie des avantages de sa nouvelle position : dans certains cas avoir un logement de fonction au sein de la structure, disposer d'un véhicule (ambulance ou voiture de service) pour les déplacements professionnels.

« Dans ce centre de santé, c'est la superviseur que j'admire, elle était sage femme mais elle a fait des formations. Maintenant elle est superviseur en santé de la reproduction, elle est toujours bien habillée [...] mais en fait elle a de l'argent, elle vit seule, elle n'est pas mariée, elle n'a pas d'enfant, elle n'a pas de charges ... » nous racontait une aide soignante. La plupart des soignants dont le statut professionnel relève d'une promotion acquise par l'enchaînement des formations, se distinguent souvent de leurs collègues par leur apparence. Ils ne mettent pas de blouse (même s'ils en ont une, elle est rangée dans une armoire ou accrochée à une penderie) et essaient de montrer une certaine aisance matérielle ou financière qu'ils laissent transparaître dans l'habillement et les parures. Leur statut doit se refléter dans l'apparence et les caractères modestes sont souvent critiqués. Ce statut leur permet souvent de faire bénéficier leur famille ou leurs connaissances, de certains privilèges dans la structure de santé, comme l'obtention rapide d'une consultation gratuite.

En définitive, la formation professionnelle est un moteur important de l'évolution des carrières des professionnels de santé. L'acquisition de nouveaux statuts participe du positionnement et de la redéfinition des rôles et tâches des divers professionnels présents dans le champ de la santé mais aussi de l'entretien du statut social hors structure de santé. Néanmoins, tous les professionnels de santé ne sont pas engagés dans ces dynamiques de repositionnement, de construction de carrières. Certains ne doivent leur avancement dans la hiérarchie qu'à leur ancienneté, prise en compte dans le reclassement indiciaire des fonctionnaires. C'est le cas de cet agent sanitaire en service depuis plus de trente ans dans un centre de santé du Sénégal. Il n'a jamais bénéficié de formation et n'en a jamais fait la

demande non plus. Il assure ses gardes un jour sur trois au service de consultation. L'unité de traitement de la tuberculose lui a été confiée depuis deux ans, mais il cherche à se faire remplacer parce qu'il trouve que la gestion du PNT est difficile : en attendant, il la gère comme il peut. Il assure la distribution des médicaments tous les jours entre 9h30 et 13h, avec généralement une longue pause entre 10h30 et 12h où il va prendre son petit déjeuner au marché ou chez lui.

Cet exemple n'est pas un cas isolé. En effet, certains professionnels de santé se contentent de trouver un poste. Ils ne cherchent pas à s'investir pas dans une carrière. D'aucuns attribuent cette attitude aux motivations ayant prévalu au choix du métier et parlent d'absence de vocation : on se forme dans la santé pour échapper au chômage. Une fois en poste, on se limite à faire le strict minimum. Pour d'autres, par contre, ce sont les contextes d'exercice de l'activité médicale qui ne favorisent pas toujours la réalisation d'une belle carrière. Les conditions de travail annihilent les ambitions de carrière. En découvrant la réalité du fonctionnement des structures de santé, les professionnels de santé finissent par perdre leur professionnalisme. Que ce soient les formations initiales ou les formations continues, elles ne se font pas dans les contextes d'exercice des professionnels de santé. Ces derniers sont contraints d'adapter les savoirs acquis lors de ces formations à leur pratique quotidienne. En effet, ces savoirs très éloignés des conditions réelles d'exercice se retrouvent remis en cause ou redéfinis, dès lors que les professionnels se retrouvent dans la réalité des structures de santé.

Section II : Des savoirs à la socialisation des professionnels de santé

1- Des savoirs en décalage avec la réalité de l'exercice médical dans les structures de santé

A la fin de leur formation, les jeunes diplômés déposent un dossier d'intégration au ministère de la fonction publique pour rejoindre le corps des fonctionnaires. Une fois recrutés, ils sont ensuite affectés dans les différentes structures du pays. Certains médecins seront envoyés dans les districts sanitaires où ils assureront la fonction de médecin adjoint ; d'autres se retrouveront dans un service hospitalier où ils peuvent par ailleurs suivre une spécialisation. Tous les sortants n'étant pas intéressés par la fonction publique, d'autres encore intégreront les structures privées (clinique, cabinet de consultation privée, etc.). Ces recrutements ne se font pas toujours tout de suite après la formation. Selon les catégories professionnelles concernées, les diplômés attendent en moyenne un à deux ans avant de se voir recrutés par la

fonction publique. Cependant, malgré le niveau de salaire que d'aucuns jugent bas, être fonctionnaire demeure la principale aspiration des soignants, la fonction publique assurant la sécurité de l'emploi et des avantages en terme de couverture sociale.

Les infirmiers sont quant à eux affectés dans les postes de santé en tant que chef de poste ou dans les centres de santé et hôpitaux où ils intégreront les équipes de soins infirmiers. Les assistants sociaux se retrouvent dans le service social des centres de santé et des hôpitaux, service qui n'existe pas toujours. Le médecin chef décidera alors de leur affectation dans un service. Au niveau central de décision, ces affectations doivent tenir compte des besoins à l'échelle du pays, mais ceci n'est jamais respecté. La région de Dakar concentre la majorité des professionnels de santé, alors que certaines régions souffrent de manque de personnels. A Kédougou, par exemple, ville située à 702 Km au Sud de la capitale, il n'y a pas de gynécologue et malgré les offres des autorités locales en terme d'avantages et de salaire (800.000cfa)³², le poste reste à pourvoir. Toujours dans le Sud du pays, des postes de santé sont fermés faute d'infirmiers. La forte demande du privé exacerbe cette situation. Souvent les fonctionnaires exercent ou font des vacations dans les structures privées, ce qui leur permet d'avoir des revenus assez importants.

La formation et surtout la professionnalisation des soignants se parfait au fil de l'exercice quotidien de leur métier dans les structures de santé. Les lieux et les conditions d'exercice d'une profession ou d'un métier participent du processus de professionnalisation des soignants. C'est la combinaison des savoirs, savoir-faire et expériences acquis au cours de ce processus que nous définissons comme le « modèle de compétence » des soignants. Comme l'écrit F. Bouchayer « *le rôle du soignant ne saurait être approché comme étant le simple produit d'une compétence acquise lors de la formation initiale et d'une légitimité conférée par le titre et par le poste. Il s'élabore aussi largement sur la base de l'expérience et de l'implication dans des situations de travail...* » (2002 : 54). Les compétences professionnelles ne sont que partiellement acquises lors du cursus académique et s'affinent sur le terrain pour devenir un « tronc commun » d'attitudes intériorisées et maîtrisées par un individu qui s'expriment dans un contexte bien déterminé.

Après avoir reçu une formation plus ou moins longue, parfois ponctuée par quelques stages en fin de cursus dans les structures de santé, les professionnels de santé découvrent souvent que les enseignements reçus traitent de situations d'exercice idéales, très éloignées de la

³² 1200 euros

réalité. Ils possèdent un corpus de connaissances médicales théoriques, mais il leur reste à se construire une expérience qui va se forger tout au long de leur exercice. Cependant, les savoirs acquis lors des formations sont souvent en décalage avec la réalité du terrain. Dans le cas de la prise en charge d'une pathologie comme la tuberculose, les écarts sont particulièrement visibles chez les médecins qui n'ont pu bénéficier d'enseignements tenant compte des recommandations du programme national. Au service de pneumologie du CHU, l'apprentissage pratique dispensé ne prend pas en compte les différents aspects de la lutte antituberculeuse édictée par le PNT, la tuberculose y étant traitée comme une simple affection pulmonaire (parmi d'autres). Ainsi, l'enseignement théorique n'est toujours pas effectué selon le guide du PNT, surtout en ce qui concerne les protocoles thérapeutiques et le dépistage. Par exemple, pour le dépistage, certains médecins - notamment dans les hôpitaux et ceux qui effectuent un stage dans les centres de santé - demandent le test à la tuberculine (Intradermoréaction : IDR), alors que le PNT préconise l'examen bactériologique des crachats. C'est ainsi que les paramédicaux repèrent les nouveaux médecins des anciens dans les centres de santé. Un responsable d'unité de traitement disait : *« si tu vois un médecin demander une IDR, c'est qu'il est en stage rural ou c'est son premier poste. Ces décalages ont des conséquences sur le diagnostic de la maladie parce que ce test est souvent en rupture dans les pharmacies. Donc le malade va perdre du temps à essayer de le trouver ou il va dépenser beaucoup d'argent pour se rendre à l'hôpital où il peut le trouver, à Fann par exemple »*. Plus tard, sur les conseils des responsables de traitement, ces médecins vont progressivement s'habituer à prescrire la bascilloscopie.

S'agissant des infirmiers, ils auront appris ce qu'est la tuberculose en tant que maladie infectieuse mais ils ne savent pas forcément reconnaître ses symptômes et ses manifestations. Ils se retrouvent à la consultation générale, au cours de laquelle ils sont amenés à dépister les tuberculeux. Face à la diversité des manifestations de la maladie, ils prescrivent différents traitements. Ils apprendront à reconnaître les symptômes auprès des médecins. *« Ici tout le monde dépiste, même ceux qui ont été formés par le Dr A. C'est elle qui leur a appris comment reconnaître les symptômes et quand ils doivent demander des BAAR devant un cas suspect »*.

Les professionnels affectés dans les unités de traitement sont d'autant plus déçus que la prise en charge de la tuberculose est davantage fondée sur des connaissances basiques plus techniques que des savoirs formels. Lorsque ces infirmiers et assistants sociaux sont envoyés dans les unités de traitement de la tuberculose, ils vont d'abord se former sur le tas auprès d'une personne jugée qualifiée, ayant l'expérience de la tuberculose. Ce n'est que par la suite

qu'ils pourront bénéficier d'une formation continue proposée par le PNT : « *J'ai formé au PNT, le vieux D. qui est au cabinet dentaire, B. , un des infirmiers d'Etat, A. qui est à la pharmacie et N. une des assistantes sociales. Donc il y a au moins cinq personnes qui peuvent gérer le PNT en cas d'absence du responsable de traitement* » nous explique le major d'une des structures où nous avons travaillé. Nous avons remarqué que certains de ces professionnels essaient de parfaire leurs connaissances en se référant au Manuel du PNT, en lisant régulièrement les notes d'information sur les posologies, les changements de protocoles. Ce manuel est mis à disposition de toutes les unités de traitement. Il est d'autant plus utile que la formation à la prise en charge de la tuberculose ne se fait en moyenne chez la plupart des professionnels que deux ans après leur affectation dans ces services.

Ces illustrations montrent que la formation initiale fournit un corpus de connaissances théoriques qui s'enrichit lors des formations continues contribuant à développer chez les professionnels de santé des compétences marginales qui s'enrichissent avec l'expérience. Précisons tout de même que ces compétences ainsi que l'expérience s'acquièrent aussi chez ces professionnels de santé par un apprentissage sur le tas. Comme nous l'avons vu dans l'exemple ci-dessus, les infirmiers et assistants sociaux sont sous la coupe d'un agent plus expérimenté qui leur inculque les gestes et les attitudes à mobiliser pour la prise en charge des malades.

En plus des écarts entre savoir théorique et réalité professionnelle, dans le cas spécifique de la prise en charge d'une pathologie comme la tuberculose, un ensemble d'éléments entretient chez la plupart des professionnels cette désillusion dont la conséquence devient un manque d'investissement dans la pratique. En effet, les modalités de prise en charge d'une pathologie peuvent influencer sur la socialisation professionnelle d'un individu. De notre avis, l'organisation de la prise en charge de la tuberculose fait intervenir des pratiques que nous déclinons comme des facteurs déqualifiants pour les professionnels de santé.

2- Les facteurs de déqualification

Divers éléments participent de la déqualification des professionnels de santé (nous parlons ici uniquement des infirmiers et des assistants sociaux, les médecins n'étant pas responsables d'unités de traitement). Nous étudierons, parmi ces facteurs de déqualification, ceux qui paraissent déterminants dans le cas de la tuberculose à savoir les affectations, les routines ainsi que l'influence de la dimension sociale de la maladie sur l'organisation de la prise en charge.

- Les affectations

Recrutés comme fonctionnaires, les professionnels de santé sont envoyés dans différentes structures de santé du pays. Une fois dans celles-ci, leur affectation à un service est effectuée par le médecin chef. Ainsi, certains se retrouvent à des postes dont ils ne veulent pas. L'affectation des professionnels, infirmiers et assistants sociaux dans une unité de traitement se fait généralement après quelques années dans la structure. Ceux qui y sont affectés sur leur demande propre sont rares. Il s'agit d'assistants sociaux et d'agents sanitaires qui, ayant du mal à se faire une place dans le dispositif, demandent une affectation dans ce service dès que ce poste devient vacant. Requête à laquelle accèdent facilement les autorités du centre de santé d'autant plus que le poste de responsable de traitement n'intéresse guère des professionnels de santé. L'affectation dans certains cas correspond à une sanction disciplinaire. Les unités de traitement ont longtemps servi à la mise en application de ces sanctions. Elles étaient synonymes de « mise au frigo », là où les agents étaient oubliés. L'isolement géographique dans les structures de santé et le peu de contrôle exercé par la hiérarchie font qu'on y envoie les professionnels ayant commis des fautes graves.

B. est agent sanitaire. Il s'occupait de consultations mais il revendait des médicaments aux malades, il avait sa petite pharmacie et prescrivait le traitement qu'il avait à disposition. Il était violent et il lui arrivait de rudoyer les malades. Il confectionnait également de faux certificats médicaux qui lui ont valu d'être envoyé en prison. A sa sortie de prison, il a été affecté à l'unité de traitement où il est resté depuis dix ans. Il ne prend part à aucune réunion du centre et il ne bénéficie d'aucune formation. Il n'avance pas non plus en grade parce qu'il est toujours mal noté par le médecin chef lors de l'évaluation annuelle des agents de santé.

Cette perception de l'unité de traitement comme lieu de sanction demeure d'autant plus forte que dans certains centres, c'est la « voie de garage » des soignants ne présentant aucune « utilité » pour la structure, comme ce vieil assistant social à deux ans de la retraite, malade et refusant d'anticiper son départ à la retraite. Il a été envoyé au « PNT » où il se présente tous les matins. Sa principale activité est d'écouter la radio en attendant la fin de la matinée, moment du partage des recettes tirées de la prescription et de la réalisation de BCG, ou encore des dons en espèce faits par certains malades aux soignants à la fin du traitement pour leur exprimer leur reconnaissance.

De telles situations sont rendues possibles par l'isolement des unités de traitement et l'absence de contrôle par les autorités. Celles-ci découlent du mode de fonctionnement des unités de traitement. En effet, la plupart des médecins chefs n'étant pas impliqués dans la gestion des

activités du PNT dans les centres de santé, les unités de traitement constituent l'interface entre le PNT et le centre de santé. Il y a un rapport de subordination directe au PNT même si celui-ci n'a pas les moyens d'imposer le choix d'un agent dans les unités de traitement. Le responsable de l'unité de traitement répond directement des performances et contre performances de la structure de santé en matière de tuberculose. Comme le déplorent des médecins chefs, les représentants du PNT ne les associent pas à leur supervision : ils viennent directement dans l'unité de traitement, travaillent avec le responsable sans leur rendre compte de leurs activités ou de leurs évaluations. Les médecins chefs en retour, jouent l'indifférence : ils y affectent un agent peu apprécié et « ignorent » les unités de traitement qu'ils ne fréquentent pas.

Cette scène à laquelle nous avons assisté dans une unité de traitement semble, à notre avis, révélatrice de l'absence de contrôle hiérarchique et de son corollaire, la forte autonomie des agents et le mode de fonctionnement particulier de ces espaces de soins. Le médecin chef y passe un matin et fait des remontrances au personnel en ces termes :

M.C : mais D. il paraît que la dernière fois, c'est une femme que personne ne connaît dans le service qui donnait les comprimés aux patients

D : c'est une amie qui était venue me voir, je n'étais même pas là !

M.C : oui mais pourquoi donne t-elle des médicaments ?

D : c'est parce qu'elle n'est pas polie, elle aurait du rester à sa place, je ne lui ai jamais demandé de me remplacer

M.C : bon que ça ne se reproduise plus ! il se tourne alors vers la responsable de l'unité de traitement pour lui dire : « de toute façon, c'est toi, F. la responsable de l'unité donc tu dois être en mesure de gérer le service ! ».

De ce dialogue, il apparaît que le contrôle sur l'activité au sein des unités de traitement est entièrement du ressort des responsables. Souvent isolées du reste de la structure, on note dans ces unités, une banalisation de certains actes comme le fait de distribuer les médicaments. Il y a également une facilité dans l'apprentissage des activités dans la mesure où le personnel arrive à se faire remplacer par n'importe quelle personne, étrangère à ces unités de traitement et n'exerçant pas le métier de soignant.

Chez la plupart des professionnels de santé, particulièrement les infirmiers, l'affectation dans ces unités de traitement n'est guère appréciée car la routine inhérente à la prise en charge de la tuberculose ne favorise pas l'expression des compétences acquises lors des formations.

- Les routines

« Avec le PNT je n'apprends rien alors qu'au service des hospitalisations où j'étais à chaque fois que j'ai un malade j'apprends des choses nouvelles. C'est toujours de nouveaux

malades ; alors qu'ici c'est la routine, tu fais toujours les mêmes choses » nous dit une infirmière. La prise en charge de la tuberculose introduit une routinisation de fait, qui laisse peu de place à l'innovation et la mise à contribution de savoirs élaborés. En particulier, on note très peu de changements dans le traitement des malades. Exceptionnellement pour les malades qui souffrent d'effets secondaires, un autre traitement sera ajouté ou le traitement de la tuberculose sera suspendu puis réintroduit molécule par molécule. Mais on observe généralement la reproduction au quotidien des mêmes gestes pour tous les malades. Les seuls gestes techniques qui leur rappellent leur métier d'infirmier sont les injections aux malades en retraitement. Même si, dans l'idéal, le programme national de lutte contre la tuberculose souhaite avoir des professionnels à la tête des unités de traitement, l'affectation des infirmiers et même des assistants sociaux dans ces espaces de soins s'est révélée très vite inopérante du fait du peu de perspective de carrière et de la routine. En effet, nombreux sont ceux qui font observer que le PNT n'offre aucune possibilité d'avancement hiérarchique alors même qu'il ne donne ni motivation financière, ni indemnité de risque. Suivre la formation du PNT n'est pas suffisante pour accéder aux postes de responsabilités. Cette situation crée de la démotivation chez ces professionnels de santé estimant que ni les savoirs accumulés au cours de leur cursus, ni leur expérience dans d'autres services ne sont utilisés de manière efficiente dans la prise en charge de la tuberculose.

La conséquence immédiate de cette démotivation des professionnels de santé est l'amorce d'un processus de déqualification que les sociologues du travail définissent comme le développement de formes d'organisation du travail réduisant à un minimum le nombre de personnel qualifié et/ou confiant aux professionnels des activités qui ne font appel qu'à une partie de leurs compétences seulement.

Cette déqualification, au delà des routines, est exacerbée par les perceptions de la tuberculose qui s'étendent également sur l'activité professionnelle. Pour les professionnels de santé, être responsable « PNT » n'est pas valorisant. La stigmatisation associée à certaines maladies, dont la tuberculose, n'épargne ni les personnels qui en ont la charge, ni les activités professionnelles qui y sont liées. « *La première fois que j'ai dit que je m'occupais des lépreux ma tante m'a dit il faut pas dire ça, il faut dire que tu es dermatologue. Je lui dis je ne suis pas d'accord. Je suis allé dans un ville à l'intérieur du Sénégal, on me présentait, M. c'est le docteur de..., les gens qui me présentaient, hésitaient et moi je continuait en disant oui je suis le docteur des lépreux. Si tu n'as pas cette fierté, ça te mine le moral et tu ne travailles plus correctement...* » nous raconte un Médecin responsable du programme de lutte contre la Lèpre. Nous évoquons cette maladie du fait de ses représentations communes avec la

tuberculose. La lèpre tout comme la tuberculose apparaît comme une maladie honteuse. Ce sont des pathologies qui continuent de générer de la peur et de l'angoisse chez les personnels de santé. Cette perception de la tuberculose influe sur la représentation de l'activité et donc de la profession. En effet, dès lors que les personnels sont souvent assimilés aux postes qu'ils occupent et au travail qu'ils mènent, pour eux comme pour leur entourage, travailler dans les unités de traitement de la tuberculose demeure dévalorisant. « *A chaque fois qu'on affecte quelqu'un ici, il pleure, il est vrai que la maladie leur fait peur mais pour certains c'est un poste sanction, où il n'y a rien, c'est pour les punir qu'on les met là* » nous explique un agent sanitaire. De plus, tous comme les malades, les personnels de santé des unités de traitement sont marginalisés. Du fait du cloisonnement des unités de traitement, leurs responsables ne sont pas toujours associés au fonctionnement global des structures : ils ne participent pas aux réunions, ils sont souvent exclus des dynamiques organisationnelles des structures de santé.

De ces descriptions, nous pouvons avancer l'idée selon laquelle la marginalité de la maladie, du fait de son potentiel de stigmatisation élevé, induit également une marginalité de la fonction de responsable d'unité de traitement ou de spécialiste de la maladie. Dans cette perspective, G. Malochet étudiant la socialisation professionnelle des gardiens de prison confirme l'idée que « *la socialisation d'un métier dévalorisé pose autant, voire davantage de problèmes dans l'intégration dans les cadres d'une profession établie* » (2004 :170).

Cette conception de la tuberculose découle des perceptions sociales de la maladie qui a des effets sur la vie sociale et économique des individus, effets dont il faut tenir compte lors du suivi des patients. La prise en charge de la tuberculose s'appuie sur une dimension sociale, que nous décrirons dans le paragraphe suivant, que les catégories professionnelles médicales n'entendent pas ou ne peuvent pas assumer. Ces professionnels de santé sont désarmés face aux malades confrontés au rejet par leur entourage, à des difficultés financières pour suivre leur traitement. Ils ne se voient pas non plus intervenir dans la vie domestique des patients, à travers des visites à domicile pour évaluer les risques liés aux conditions de vie et proposer des solutions ou donner des règles d'hygiène sociale. Les assistants sociaux se sont vus attribuer ce rôle.

- La dimension sociale de la prise en charge de la tuberculose

La prise en charge de la tuberculose comporte un volet social qui semble avoir motivé l'affectation d'assistants sociaux dans les unités de traitement. Fonction qu'ils cumulent par ailleurs avec leur mission première qui consiste à identifier les cas sociaux et à assurer leur

prise en charge par la structure à l'aide des ressources générées par les prestations délivrées aux autres patients. Leur présence dans les unités de traitement se justifie par le fait que la plupart des malades souffrant de tuberculose sont souvent confrontés à des difficultés économiques et sociales : ils entrent dans la catégorie des cas sociaux. Les assistants sociaux doivent donc leur fournir une aide psychologique et quelque fois un soutien financier ou alléger leur démarche de soins en cas de complications au cours du traitement, en leur facilitant l'accès à la consultation chez le médecin chef de centre sans avoir à payer le prix de la consultation qui, rappelons le, est trois fois plus élevé que celui d'une consultation générale.

Cependant ces assistants sociaux éprouvent quelques difficultés à remplir ces missions. D'abord, en ce qui concerne la prise en charge économique, ils doivent s'appuyer sur les comités de santé qui n'accèdent pas toujours à leur demande. Ces comités de santé estiment que les tuberculeux, du fait de la gratuité de leur traitement, ne contribuent pas aux recettes de la structure de santé et par conséquent ne doivent pas bénéficier de celles générées par les prestations aux autres malades.

Ensuite les assistants sociaux s'investissent dans des activités médicales auxquelles leur formation ne les prépare pas et se détournent ainsi de leurs missions premières de prise en charge psycho-sociale. En effet, dans la prise en charge des malades, ils sont confrontés soit à la gestion des effets secondaires, soit à la prise de décision médicale. Dans le premier cas, pour le traitement des effets secondaires par exemple, ils n'ont pas le droit de prescrire des ordonnances médicales et doivent envoyer le malade à la consultation. Plusieurs d'entre eux passent outre cette règle et prescrivent des traitements parce qu'ils les auront expérimentés ou auront vu ceux prescrits par les infirmiers. De plus, dans le cas de tuberculose à microscopie négative, les assistants sociaux doivent requérir l'avis du médecin avant d'entamer un traitement alors que les infirmiers peuvent, envoyer les patients passer une radiographie des poumons, et décider du traitement sur la base de cette radiographie.

Ces situations créent des tensions autour des stratégies de positionnement professionnel entre assistants sociaux et infirmiers lorsque ces assistants sociaux sont dans les unités de traitement. Tensions exacerbées quand ces assistants sociaux ont bénéficié de la formation dispensée par le programme national. C'est le cas notamment de cette assistante sociale, M.B, affectée dans un centre de santé depuis 1994 comme responsable de l'éducation sanitaire. Mais ce volet n'étant pas très développé, elle approche le major qui s'occupait en même temps du suivi et du traitement des tuberculeux, pour se faire une place dans la structure de santé. Selon elle, son intérêt pour la tuberculose vient du fait que « *la tuberculose est une*

maladie sociale et que ce n'est pas du ressort des infirmiers de s'en occuper, d'ailleurs ils n'aiment pas s'en occuper». Elle sera donc formée sur le tas à la prise en charge de la tuberculose dont elle s'occupera pendant un an et demi avant de bénéficier, sur sa demande, de trois formations successives à deux ans d'intervalles chacune. Lors de la première session, elle a suivi la formation en même temps que le major et un infirmier chef de poste. Quand le major a été affecté, elle a hérité de la gestion de l'unité de traitement et suivi les autres formations. Ce qui n'est pas du goût des infirmiers et autres responsables de services qui, par moment sont confrontés aux malades mais ne semblent pas assez outillés pour prendre en charge leur préoccupation. Ainsi que l'affirme cette infirmière d'Etat : « quelque fois, je remplace M.B quand elle n'est pas là mais je ne suis pas formé, je me « débrouille » seulement ». De même, dans ce centre de santé, la gestion des commandes de médicaments est centralisée à la pharmacie, ce qui décharge l'assistante sociale de l'élaboration des fiches de commandes. La pharmacienne a décidé de ne plus s'occuper des commandes en médicaments antituberculeux parce qu'elle n'a pas été formée à cela, contrairement à l'assistante sociale. « C'est l'assistante sociale qui a été formée au traitement pas moi la pharmacienne alors que dans les autres districts ce sont les pharmaciens qui s'occupent du traitement. C'est elle qui a aussi été formée pour faire les commandes de médicaments mais c'est moi qui le fais, elle dit qu'elle ne sait pas le faire ! Mais cette fois je vais la faire baver parce que je ne vais pas faire la commande ! C'est une manière de lui dire d'assumer entièrement sa responsabilité car c'est elle qui a été formée » dit la pharmacienne. Certaines formes de partage ou d'organisation des tâches dans la prise en charge de la maladie peuvent déboucher sur des tensions du fait de l'implication de représentants d'une catégorie professionnelle non médicale dans la gestion d'une pathologie. Là, il apparaît que la question de l'accès à la formation est l'objet de convoitises. La revendication d'une formation vise à avoir des prérogatives. La responsable de traitement ayant bénéficié de formations ne doit pas se décharger d'une partie de ses activités surtout que d'aucuns pensent qu'elle accapare la gestion de la tuberculose et ne cherche nullement à impliquer les agents qualifiés qui pourraient constituer une menace pour sa fonction.

Conclusion

En définitive, les professionnels de santé détiennent un savoir théorique issu de l'apprentissage et renforcé par les formations continues. C'est un corpus de connaissances dont on ne maîtrise pas la totalité mais qui s'enrichit de l'expérience résultant des contacts

répétés avec les pathologies, les soignants et les malades. Or, ces savoirs finissent de plus en plus par s'effriter du fait des conditions d'exercice, des contextes marqués, comme nous l'avons vu, par des enjeux de pouvoir ainsi que par l'intervention des politiques dans le domaine de la santé. Ces politiques sanitaires ont facilité l'irruption d'agents non professionnels qui concurrencent ces professionnels dans leur exercice. Face à la complexité des situations, à la diversité des profils des personnels de santé, nous estimons que l'analyse par les professions ne suffit pas pour rendre compte de la configuration professionnelle des soignants. Cette dernière résulte à la fois d'un système sanitaire calqué sur le modèle occidental, hérité de la colonisation et des politiques publiques et sanitaires. Nous nous sommes donc proposé d'analyser l'influence de la médecine coloniale et les effets des politiques publiques et sanitaires sur la définition actuelle des professions de santé au Sénégal à travers l'exemple de la tuberculose

Ces précédentes descriptions ne concernant qu'une partie des agents présents dans le champ de la santé, à savoir les professionnels. Nous nous sommes aussi intéressé aux non professionnels qui se sont retrouvés dans les structures de santé à la faveur des politiques sanitaires, engagés, tout comme les professionnels dans des activités de soins. Le prochain chapitre se propose donc de décrire le processus de professionnalisation de ces groupes non professionnels, ainsi que leurs caractéristiques et leurs manières de s'intégrer dans le système de santé.

Chapitre VI : Les non professionnels dans les structures de santé et les fondements de la fonction soignante

Introduction

Depuis les années 1980, sous les effets conjugués des politiques d'ajustements structurels et des politiques sanitaires, on assiste à l'effritement du modèle professionnel basé sur l'emploi d'agents ayant des compétences reconnues par un diplôme. En effet, aux côtés des personnels qualifiés, travaillent des agents qui n'ont au contraire reçu aucune formation, si ce n'est un apprentissage sur le tas au fil de leur insertion dans une structure de santé.

Se développe dès lors un modèle hybride de profession, intégrant des agents n'ayant ni diplôme, ni connaissance en matière de santé mais qui, pour certains, développent par la force de l'expérience et des compétences avérées. Ces non professionnels s'imposent dans des champs d'activités pour lesquels ils n'avaient pas été originellement recrutés, devenant ainsi indispensables au fonctionnement global du système de santé. Ils rappellent ainsi, les bénévoles recrutés à tour de bras pour remplacer les grévistes à l'hôpital Le Dantec en 1953, dont une partie fut régularisée par recrutement. Ce constat paraît entériné, sinon légitimé, aujourd'hui par les institutions sanitaires internationales telles que l'OMS. Dans son dernier rapport sur les personnels de santé, cette organisation les définit en ces termes : *«health workers are all people engaged in actions whose primary intent is to enhance health »* (2006). Cette définition très large englobe à notre sens aussi bien les catégories professionnelles « classiques » (médecin, infirmier, sage femme, aide soignant, etc.) que des non soignants à savoir le personnel administratif (gestionnaire, comptable et secrétaire par exemple) et des groupes non professionnels de la santé tels que les ASC, les stagiaires ainsi que les quelques bénévoles qui existent encore. L'objectif de ce chapitre est de décrire et analyser la manière dont se construisent les manières d'être professionnelles dans un contexte sanitaire marqué par cette pluralité d'acteurs.

Ainsi, nous identifierons les caractéristiques des non professionnels, en tant que personnels non qualifiés par opposition aux groupes professionnels que nous avons précédemment décrits. Ceci nous permettra de saisir les processus de professionnalisation afin de comprendre les procédés et les stratégies de quête de légitimité et de reconnaissance des acteurs en présence dans le milieu médical. Partant, nous pourrions suggérer une nouvelle approche dans l'analyse de la construction des professions médicales au Sénégal.

Section I : Les non professionnels : Comment accède-t-on à un poste dans les structures de santé quand on n'a aucune qualification ?

Nous désignons par « non professionnels », l'ensemble des agents non qualifiés engagés dans des activités de soins, formés par les bénévoles, les stagiaires et les agents de santé communautaires n'ayant pas les mêmes profils, mais occupant des positions similaires et ayant les mêmes aspirations.

1- La diversité des profils : entre ASC et stagiaires

Voyons le cas d'un ASC illustrant assez bien un mode d'accès à la fonction de soignant, ainsi que les motivations et les stratégies mobilisées pour se maintenir à un poste. Il présente les caractéristiques d'un type de non professionnels qui, mis en lumière avec d'autres situations, nous permet de dégager la diversité de profils des agents non qualifiés de la santé.

D. est ASC dans un centre de santé de Dakar depuis cinq ans. Elle fait partie du personnel communal, affectée par la mairie. Elle habite chez le maire du quartier où est implanté le centre de santé qui se trouve être le mari de sa sœur. Elle a été recrutée comme contractuelle par la mairie qui l'a affectée dans le centre de santé où elle a été envoyée directement au service du PNT. Après quelques mois de travail, les responsables de la mairie rompirent les contrats de tous les agents ainsi recrutés (elle n'était pas le seul agent dans ce cas). Ils n'avaient plus de contrat mais elle put bénéficier de l'appui du médecin chef du centre de santé qui lui demanda de rester à son poste. Elle travailla ainsi sans contrat pendant six mois, au bout desquels elle se fit embaucher par le comité de santé.

D. n'avait jamais travaillé auparavant. Son travail d'ASC a été sa première activité professionnelle. Elle vivait à l'intérieur du Sénégal avec son mari et c'est à la suite de son divorce qu'elle emménagea à Dakar chez sa sœur, entre autres dans le but de trouver un travail. Elle n'a jamais suivi de formation et son niveau d'instruction est bas. Elle sait à peine lire et écrire. Envoyée au centre de santé, elle est affectée à l'unité de traitement où elle travaille depuis cinq ans. Elle n'a fait aucun autre service. Elle ne savait rien faire et donc a appris sur le tas à faire les injections. D. impute son incapacité à diriger l'unité de traitement de la tuberculose à sa paresse parce que selon elle ce n'est pas compliqué de distribuer des médicaments et de tenir un registre. Elle a pu rester dans l'unité de traitement parce que c'est un service où il manque du personnel du fait de la crainte de la maladie mais aussi à cause du comportement du responsable de service : *« c'est un service où personne ne veut travailler*

parce que les gens ont peur ; trois femmes se sont succédées ici, elles ont toutes fui ; je suis la seule à être restée ici pendant tout ce temps. Et puis, le responsable de l'unité de traitement, B., a des troubles psychiques, il lui arrive de rester des mois sans venir ici. Mais quand il est là, il a des comportements de malade mental. Un jour il affûtait son couteau ici mais je n'ai même pas cillé. Je pense qu'au-delà du fait que les gens ont peur de la contamination, ils ont peur des gens qui travaillent dans ce service. Ils sont tous un peu dérangés. F. l'assistant social par exemple, il a un comportement bizarre ; il n'arrête pas de cracher quand il est là et puis il ne touche à rien, d'ailleurs, il ne voit même pas bien à cause de son glaucome. Il devrait être à la retraite mais personne n'ose lui demander de rester chez lui. C'est l'ami du médecin chef (ils étaient dans la même chambre à l'université), c'est pour cela que quand il lui parle, il ne l'écoute pas, il fait ce qu'il veut » nous explique t-elle.

D ne s'occupe pas vraiment des malades, son travail consiste uniquement à compter des comprimés et les mettre dans des sachets remis aux malades. Elle n'a aucun rapport avec eux et ne leur parle pas. Quelque fois, il lui arrive de se retrouver seule dans le service et dans ces cas là, elle est obligée de prendre en charge les malades, c'est-à-dire les enregistrer, leur donner leur traitement et remplir les carnets (qu'elle leur vend deux fois plus que le prix du marché). Elle avoue avoir eu peur quand on lui a dit qu'elle serait en contact avec des tuberculeux. Elle a fait un test tuberculinique et un BCG. Elle affirme rester à ce poste dans le centre de santé parce qu'il n'est pas facile de trouver du travail, surtout quand on a aucune qualification.

De cet exemple, il apparaît que les modalités d'accès au métier de soignant d'agents non professionnels reposent sur des recrutements clientélistes. Ils sont ensuite envoyés dans des services où les tâches qui leur sont confiées ne nécessitent pas la mise en œuvre de savoirs techniques ou de compétences particulières. Cependant, ce cas de figure, même s'il est le plus couramment observé dans les centres de santé, connaît des variantes à l'hôpital où ceux qui sont désignés comme « stagiaires » ou « aides » correspondent aux ASC en termes de tâches. La comparaison du profil d'un ASC et d'un stagiaire permettra, à notre sens de rendre compte de la diversité des stratégies d'insertion, les motivations sous-jacentes au choix de la santé ainsi que les effets de la présence de ces non professionnels dans le système de santé.

Précisons que si les ASC et les aides n'ont pour la plupart aucune formation, ceux qui sont appelés stagiaires ont, soit suivis un cursus professionnel d'infirmier mais n'ont pas eu le diplôme, soit ont eu une formation sur les soins infirmiers ou un domaine « proche » des soins comme le secourisme. Ces derniers, en cas de recrutement, sont souvent prioritaires. Voyons d'abord l'exemple de cette stagiaire dans un service hospitalier qui raconte :

« Je suis dans le service depuis mars 2001, j'ai fait des études de soins infirmiers et de secourisme à la Croix Rouge, j'y suis allée avec un niveau BFEM et j'ai fait deux ans de formation en secourisme. A la sortie, j'ai déposé une demande de stage ici comme aide soignante. Mais j'ai dû attendre 2 mois avant d'avoir une réponse. C'est l'école qui m'avait mis en rapport avec l'ancien chef du personnel mais puisqu'il devait partir à la retraite, il m'avait demandé d'attendre que le nouveau soit installé. Quand celui-ci est arrivé, je me suis présentée à lui. Il me faisait marcher mais un jour ils avaient besoin de stagiaire, ils m'ont donc donné une blouse et m'ont demandé de commencer. C'est comme ça que je suis arrivée dans cette division en stage. J'avais demandé 3 mois de stage mais j'ai travaillé pendant 6 mois sans rémunération. Je voulais arrêter mais on m'a dit qu'il y a des gens qui sont restés pendant 3 ans sans rien avoir. Quand le chef du personnel m'a demandé d'arrêter je lui ai dit que je voulais une attestation de stage. Je suis allée voir un parent, le colonel D. qui est le directeur d'un hôpital à Dakar. Il m'a demandé si je voulais rester dans cet hôpital, j'ai dit oui. Il connaît bien le directeur de l'hôpital il l'a appelé devant moi qui a à son tour appelé le chef de personnel. Mais pour le recrutement on m'a dit d'attendre parce qu'il y a des gens qui ont fait plus de 4 ans dans l'hôpital sans avoir été embauchés. Il faut d'abord que les premiers venus soient embauchés avant que nous ne le soyons. Lors du dernier recrutement, 10 stagiaires ont été embauchés, on attend le prochain ».

Ce que l'on peut noter de prime abord ce sont les modes d'accès des ASC et agents sanitaires basés sur le clientélisme ainsi que la précarité de leur statut : leurs employeurs pouvant décider de rompre unilatéralement les contrats tacites qui les lient à ces non professionnels. A cela s'ajoute le fait que la durée de la période de bénévolat (moment pendant lequel ils travaillent sans salaire) est la même. Nous pouvons penser qu'il s'agit peut-être d'un facteur de découragement ou un moyen de tester leur engagement.

De manière générale, à partir de ces exemples, nous pouvons affirmer qu'un faisceau d'éléments politiques, économiques et sociaux au rang desquels se retrouvent l'influence du politique dans la structuration professionnelle des structures de santé, les motivations personnelles ainsi que l'acceptation d'exercer dans des espaces jugés dangereux, dénature la configuration professionnelle dans le système de santé au Sénégal.

- **Quand le politique envahit la santé**

Les politiques sanitaires dont nous avons fait état dans la première partie de ce travail ont eu comme effet de favoriser la présence de bénévoles, « stagiaires » et autres ASC dans le champ de la santé. En effet, la santé relevant désormais d'une compétence décentralisée aux mairies

et communes, celles-ci, en plus de construire et d'équiper des structures sanitaires, recrutent du personnel qualifié (médecins, infirmiers, etc.) mais aussi du personnel dit de soutien. Les bénévoles sont constitués des agents recrutés lors de la mise en œuvre des Politiques d'Ajustement Structurel (PAS) mais que l'on retrouve de moins en moins puisque le recrutement de ce type d'agent s'est arrêté avec la mise en œuvre de la politique de décentralisation et la création des comités de santé. Ils sont remplacés par les ASC. Ces derniers, recrutés dans le quartier abritant le centre de santé, théoriquement au nom de leur engagement dans le mouvement associatif, devraient officiellement se limiter à des activités dites de soutien : nettoyage des centres de santé, gardiennage, vente de tickets et de médicaments pour la gestion des recettes. La plupart d'entre eux ont très vite délaissé ces tâches pour se livrer à la réalisation d'actes de soins.

Ces agents de santé communautaires, de même que les stagiaires [catégorie que l'on retrouve uniquement dans les structures hospitalières], très peu ou pas du tout diplômés, sont recrutés sur des bases clientélistes ; ils sont engagés dans les structures de santé grâce à leur capital social que P.Bourdieu définit comme « *étant constitué par l'ensemble des "relations" qu'un individu peut mobiliser pour sa réussite scolaire ou sociale* ». Sans qualification ni formation aucune, les personnels non qualifiés pénètrent dans différents services au hasard de leurs réseaux d'interconnaissances ou d'entregent. Dans les centres de santé, la plupart des agents de santé communautaire et, dans les hôpitaux, la majorité des « stagiaires », ainsi que les aides sont recrutés grâce aux liens qu'ils entretiennent avec une personne influente exerçant ou non dans la structure. Dans notre exemple précédent, le fait que l'ASC soit la belle-sœur du maire de la commune où elle exerce n'est pas étranger à son recrutement.

- **Les motivations** : pourquoi la santé ?

L'analyse des motivations qui président au choix de la santé est à replacer dans le contexte économique et social plus général de la quête d'emploi chez les jeunes au Sénégal. Différentes études (Marie et al. 1997, Antoine et al. 2001) montrent que dans bien des secteurs de vie les diplômés ont du mal à trouver un emploi. Même si les individus sans qualification ont théoriquement davantage de difficultés à s'insérer dans la vie économique, ils y arrivent tout de même en faisant preuve d'inventivité dans leur « conquête de places » (Marie, 1997 : 8). Pour ce qui est des ASC et des stagiaires, ils font intervenir leurs réseaux de connaissances dans leur quête d'emplois. Ils acceptent des emplois précaires qui leur permettent de survivre tout en entretenant « *l'illusion de l'accès à un véritable emploi salarié permanent* » (Antoine et al., 2001 : 30). Aussi quand on les interroge sur les raisons qui les

ont poussé à travailler dans la santé, les agents de santé, répondent que c'est en fonction des opportunités qui se présentent à eux. Il leur est plus facile d'avoir une place dans ce secteur qui semble plus ouvert à l'influence des réseaux du fait de la multiplicité des pôles de recrutement. « *Je n'ai pas le choix, je ne trouverai pas du boulot ailleurs* » revient souvent dans les discours. Cette situation trouve son explication dans le fait que de plus en plus de jeunes hommes ou femmes sont obligés de travailler pour, d'une part subvenir à leurs besoins et d'autre part, contribuer aux dépenses de leur famille.

La crise économique a fortement éprouvé le pouvoir d'achat des ménages où les jeunes héritent de rôles sociaux jusque là dévolus aux aînés. Le poids social est d'autant plus fort que malgré le fait qu'ils se sentent exploités, ces non professionnels ont un statut à entretenir : « *ils travaillent dans le centre de santé ou à l'hôpital* » diront non sans fierté leurs familles. Pris dans ces contraintes sociales, ils usent de divers moyens pour se maintenir dans la structure de santé. En effet, l'arrêt du travail, qui signifie le retour au chômage et par conséquent la dépendance vis-à-vis d'un aîné ou du père de famille serait catastrophique pour l'ASC ou le stagiaire ainsi que pour sa famille. De sa position, il peut faire profiter les membres de sa famille et ses connaissances de consultations gratuites, de médicaments pris à crédit à la pharmacie et avec le maigre salaire il peut assurer quelques dépenses personnelles. Chez les jeunes, comme le montrent P. Antoine et al., l'accès à l'emploi marque l'entrée dans la vie adulte dont le statut est d'autant plus fragilisé par la probabilité de se retrouver à nouveau très rapidement au chômage.

Cependant, chez certaines femmes, la quête d'autonomie financière survenant particulièrement après une rupture dans la vie sociale (divorce) répond à un souci de se prendre en charge. Le fait d'être mariée leur assurait une inscription dans la vie sociale et économique, leurs maris ayant en charge la satisfaction de leurs besoins. La rupture contraint ces femmes à migrer dans les zones urbaines et à essayer de s'insérer dans le monde du travail. Elles se retrouvent dans un processus « d'individualisation » de plus en plus marqué dans les grandes villes africaines (Marie & al. 1997). Paradoxalement, si les jeunes sont pris dans des contraintes de la solidarité familiale, ils aspirent d'un autre côté à se réaliser en tant qu'acteur autonome » et s'affirmer en tant qu'individu. « *En conséquence, ils affrontent la nécessité d'avoir à compter d'abord sur soi, d'élargir ainsi le champ ouvert à leurs initiatives personnelles, d'utiliser leur capital social communautaire à des fins personnelle, de gérer les compromis plus ou moins hybrides qu'ils passent entre projets personnels et obligations vis-à-vis de l'entourage, tout en s'insérant activement dans l'espace social global* » ainsi que l'écrit A. Marie (op. cit.: 9).

Par contre chez les stagiaires, la volonté de travailler dans la santé au-delà d'une quête d'autonomie financière, semble être un moyen de réaliser un rêve d'avoir un poste dans la santé malgré une formation au rabais ou l'absence de diplômes. L'acceptation d'un poste de stagiaire permet d'acquérir une expérience qu'ils pourront faire valoir dans d'autres structures pour se faire recruter.

- **L'investissement d'espaces délaissés ou « dangereux » dans la quête de reconnaissance professionnelle**

Si l'on tient compte des caractéristiques des acteurs (nationaux versus étrangers, soignants professionnels versus non professionnels), on assiste à des modes difficiles d'accès à l'emploi, toutes choses étant égales par ailleurs. L'acceptation de mener des activités délaissées par les autochtones apparaît comme un moyen d'insertion économique. Ainsi que le décrit G. Kponhassia (2003) en parlant des jeunes ivoiriens qui, confrontés à la crise, arrivent à entretenir leur statut social en travaillant comme « laveur de salons » ou « Diallo » ou encore « chauffeur de woro-woro », emplois jusque-là assurés uniquement par des étrangers. Ces arbitrages dans le choix des secteurs d'activité se retrouvent localement dans le système de santé. Les professionnels de santé se détournent de certains espaces et de certaines activités que des non professionnels, dans leur quête de reconnaissance, ont tôt fait de s'accaparer. Un moyen sûr de rester dans une structure de santé est d'accepter d'occuper un poste dont personne ne veut et c'est le cas des unités de traitement de la tuberculose ou du service des maladies infectieuses dans les hôpitaux. Dans les centres de santé, ces groupes non professionnels arrivent à pénétrer facilement des espaces de soins stigmatisés et délaissés où les tâches sont jugées dévalorisantes par les professionnels. Les unités de traitement suscitent de la peur chez les soignants qu'ils soient professionnels ou non professionnels. Il arrive que des non professionnels, malgré leur quête d'emploi, dès qu'ils y sont affectés, renoncent tout simplement au poste comme il est relaté dans le premier exemple où l'ASC affirme être la seule à rester dans ce service à la suite des trois premiers recrutés. Par contre, une fois dans ces services ces agents non professionnels peuvent ne s'investir que très peu dans la prise en charge de la maladie. Ils n'adoptent pas un comportement volontaire, ne prennent aucune initiative et se limitent à des tâches qui ne nécessitent pas la mobilisation de savoirs spécifiques (compter les comprimés). Ils ont trouvé un travail et c'est ce qui compte, l'investissement ou plutôt l'engagement personnel passant au second plan.

En outre, les formes de prise en charge développées à l'endroit de certaines maladies favorisent l'émergence de nouveaux corps de métiers propices à l'intégration d'acteurs non qualifiés. Dans les centres de santé, le rôle des non professionnels dans les unités de traitement consiste en des activités non médicales, comme la recherche de perdus de vue, ou dans un service de vaccination à regrouper les mères pour les séances de sensibilisation, ou pour leur apprendre la préparation de quelques plats dans le cadre de programmes de récupération nutritionnelle. On peut penser qu'il s'agit là d'une forme de spécialisation notamment pour les soignants qui n'ont reçu aucune formation initiale et qui se retrouvent dans les unités de traitement de la tuberculose pour leur apprentissage. Ceci est d'autant plus vrai que la prise en charge de la tuberculose ne permet pas de développer des compétences nécessaires pour s'occuper d'autres maladies. Dans un des centres de santé étudiés, l'aide du responsable de traitement a été affectée dans l'équipe de garde mais elle y a très vite été retirée du fait d'erreurs dans les actes techniques. Dans un autre centre de santé, alors que le service devait être restructuré du fait du recrutement de personnels qualifiés (des assistants sociaux notamment), l'ASC a été affecté au standard parce qu'il ne pouvait travailler dans aucun autre service de soins.

Néanmoins, s'il apparaît que la plupart des non professionnels cherchent à s'insérer dans les interstices du système de santé, tous ne sont pas dans ce cas de figure. Certains ASC se limitent à leur rôle de personnel de soutien même s'il arrive qu'ils soient quelques fois sollicités pour la réalisation d'actes médicaux techniques. Nous pouvons citer l'exemple de ce balayeur dans un centre de santé qui nous explique : *« je suis le seul à pouvoir poser une sonde urinaire dans cette structure, même l'ancien médecin chef ne savait pas le faire donc elle m'appelait quand il le fallait. Je venais le faire mais je m'arrêtais là, je n'ai jamais cherché à pratiquer des soins. Je suis recruté pour faire un travail, nettoyer les différents bureaux et la cour, je m'arrête à cela, mon rôle n'est pas de soigner les malades »*. Ces situations sont assez rares mais elles nous confortent dans l'idée que, comme les professionnels, les non professionnels n'ont pas tous les mêmes aspirations professionnelles. Le fait de travailler dans la santé ne représente rien d'autre qu'une occupation. Chez les « stagiaires » qui sont surtout des femmes, cette situation est plutôt rare aussi parce qu'elles sont impliquées dans des soins infirmiers, elles sont recrutées sur un profil d'aide infirmière. Les tâches correspondant à ces statuts relèvent des activités dites hospitalières : laver le malade, le faire manger, etc. sont déléguées aux accompagnateurs. Les stagiaires qui s'investissent très peu sont ceux qui n'ont aucun niveau de formation et qui attendent d'être

initiés par les infirmières. Ils sont en période d'apprentissage. C'est le cas notamment de A. dont l'activité consiste à aller déposer les prélèvements effectués par les médecins au laboratoire de l'hôpital et de récupérer les résultats d'analyse. Elle s'arrête là : elle ne fait ni injections, ni perfusions. Quand elle n'a rien à faire (ce qui arrive souvent), elle va discuter avec ses copines dans les autres services.

Le dénominateur commun à tous ces non professionnels reste qu'ils se sont tous retrouvés dans le système de santé grâce à des réseaux relationnels parfois très éloignés de ce secteur au sein desquels ils disposent d'appuis forts.

2- le rôle des réseaux dans le recrutement et dans la promotion

De ces exemples, il apparaît que les réseaux sociaux constituent un recours important pouvant faciliter le maintien dans la structure en attendant un hypothétique recrutement. Le réseau désigne les relations de sociabilité et de solidarité tant interpersonnelles qu'intergroupe qui, non codifiées et non institutionnelles, se développent au sein des groupes et des organisations ou les relie. N. Elias avance l'idée que les réseaux de relations sociales « *sont un mouvement perpétuel, tissant et défaisant inlassablement des relations. C'est effectivement ainsi que l'individu issu d'un réseau de relations humaines qui existait avant lui s'inscrit dans un réseau de relations humaines qu'il contribue à former* » (1991 : 23). Ces réseaux sociaux constituent la trame des modes d'intégration des individus dans les différentes organisations sociales, telles que les structures de santé, par exemple. Souvent, les acteurs ayant un certain pouvoir dans le système de santé sont dans des rapports de réciprocités, d'échange de faveurs entre eux. Dans la régulation de l'accès aux fonctions, ceci crée une sorte de cercle vicieux d'arrangements et de faveurs qui finit par prendre le dessus sur la reconnaissance du mérite, de l'ancienneté ou même des diplômes. En effet, dans de telles conditions, des individus ayant les mêmes niveaux de formation n'ont pas les mêmes chances d'accès à l'emploi.

Tandis que certains statuts sont liés à l'acquisition de diplômes (médecins, infirmiers et sages femmes), « *la légitimation d'autres fonctions, comme celle d'aide-soignant est plus incertaine* » ; *précisément ce sont ces postes qui « le plus habituellement [...] s'acquièrent grâce à divers réseaux de connaissance* » (Jaffré, 1999 : 6). Comme nous l'évoquions précédemment, certains de ces stagiaires ont le profil des infirmières professionnelles sauf que n'ayant pas réussi aux examens de sortie, ils se retrouvent à occuper les mêmes fonctions que les agents sans formation à l'hôpital, les aides. C'est le cas de L. qui, après le bac, a été admise à l'ENDSS où elle suivra une formation d'infirmière de trois ans. Elle n'a pu se présenter au concours national parce qu'elle était malade. Elle sort de sa formation sans

diplôme. Un parent proche, infirmier d'Etat réussit à la faire recruter en tant que stagiaire dans un service hospitalier. Elle a pu acquérir au cours de sa formation des compétences et elle manifeste un engagement (elle tient bien le registre de garde, respecte les prescriptions des malades, prépare le chariot pour les médecins avant les visites journalières, etc.) dans ce qu'elle fait, ce qui lui vaut d'être appréciée aussi bien par les autres infirmières que par les médecins qui lui confient des actes de soins. Malgré l'absence de qualification certifiée par un diplôme, ses capacités professionnelles font que ses supérieurs infirmières et médecins cherchent un moyen de la faire recruter comme fonctionnaire.

Cette situation n'est pas spécifique aux structures de santé. De manière générale, les études portant sur les administrations publiques en Afrique révèlent une gestion personnalisée des services ; services qui sont eux-mêmes assimilés aux individus qui y travaillent. Des stratégies d'accaparement marquent alors les prestations publiques qui deviennent de fait des services privés. Dans ce cadre, l'acquisition d'un poste répond plus à des logiques clientélistes qu'à la maîtrise de compétences réelles. Comme le dit D. Darbon « *les affinités et les connivences identitaires l'emportent sur la communauté de formation, de pratiques et de trajectoires professionnelles* » (2001 : 31). Par ailleurs, ce qui ressort des analyses sur les modalités des recrutements des stagiaires et de leur mode d'insertion dans la structure c'est le fait que ces réseaux sociaux contribuent à l'exploitation d'une main d'œuvre à moindre coût (précisons que ces stagiaires reçoivent 25000frs CFA³³ à titre d'indemnités de transport) en leur faisant miroiter un hypothétique recrutement. En attendant, ces non professionnels sont confinés dans un statut de précarité les rendant plus corvéables. Ces stagiaires doivent donc être patients et accepter quelques fois de travailler presque gratuitement pendant une durée relativement longue (4 à 10 ans en moyenne parmi ceux rencontrés dans le cadre de ce travail. Nous en avons côtoyé d'autres qui sont restés vingt ans bénévoles sans être recrutés) pour être finalement recrutés comme aide soignante, catégorie qui se situe au bas de la hiérarchie des professions de santé.

Cette situation révèle le fonctionnement réel du système de santé longtemps considéré comme un espace hautement professionnalisé, qui en réalité fonctionne grâce à la présence d'individus peu qualifiés qu'il faut bien « caser » quelque part. Dans les structures de santé, des non professionnels sont recrutés et s'y maintiennent grâce à la mobilisation de leur capital social appelé dans le langage courant « bras long ». Les effets pervers des politiques sanitaires publiques ont été la porte ouverte au recrutement d'agents sans aucune qualification : elles ont

³³ Environ 39 euros

participé à la normalisation voire à la légitimation des pratiques de recrutement clientélistes déjà perceptibles dans le milieu des professionnels. Cependant, certains non professionnels une fois insérés dans le système de santé grâce à leurs réseaux, essaient de s'y maintenir en se rendant indispensable. Ainsi L., est la seule dans son service à effectuer correctement les tâches d'infirmières. Lorsqu'elle a été affectée au service « porte » pour jouer les « hôtesse »³⁴ et guider les malades dans les différents services de l'hôpital, les médecins ainsi que les infirmières se sont insurgés et lui ont demandé de rester dans le service en attendant de voir si « quelqu'un parmi les administrateurs viendraient l'y chercher de force ». Elle est jugée comme étant le « meilleur élément » parmi les jeunes infirmières et les aides. Cette stagiaire a, dans sa quête de reconnaissance professionnelle, su puiser dans les ressources du professionnalisme pour se rendre indispensable.

En définitive, la présence d'un personnel administratif dans le milieu hospitalier ainsi que l'instauration d'une politique de cogestion dans les centres de santé censée jouer le rôle de contre pouvoir à la « domination » de ces professionnels de la santé, n'ont fait qu'exacerber les enjeux de pouvoir dans le champ de la santé. Les professionnels de la santé (médecins et infirmiers) n'ont plus le contrôle de l'exercice de l'activité médicale. Leurs besoins sont recensés par les comités de gestion qui peuvent leur faciliter le recrutement de personnels qualifiés ou qui, au contraire leur envoient des non professionnels. Ils ont le choix entre les garder ou les refuser, au risque de devoir faire face à la surcharge de travail créée par la pénurie de personnels. Par exemple, dans un centre de santé, le comité de santé va privilégier l'achat de matériels de soins, la motivation financière des personnels de santé plutôt que le recrutement de personnels qualifiés.

Ces non professionnels dont l'ambition est de devenir soignant professionnel vont essayer de se former au contact des professionnels. Nous allons ici étudier les modalités et le contenu de cet apprentissage dans le cas spécifique de la tuberculose afin de décrire son importance dans l'acquisition et la transmission des savoirs liés à la prise en charge d'une pathologie.

3- L'alternative à l'absence d'accès aux formations : l'apprentissage sur le tas

Compte tenu du nombre de bénévoles, stagiaires et ASC (plus de 25% du personnel dans le système de santé) et de leur rôle dans le système de santé, l'apprentissage sur le tas est essentiel dans le fonctionnement et le processus de socialisation dans lequel sont engagés les non professionnels. Comme en témoignent les propos de cet infirmier, responsable de

³⁴ Appellation donnée par les gestionnaires de l'hôpital.

structure : *« On a du personnel dans ce centre de santé mais la plupart n'est pas qualifié. Ils ont tous été engagés par la commune au temps de l'ancien maire de Dakar, Mamadou Diop. Mais ce sont des gens sans formation qui ne savent même pas écrire, même pour faire une demande de permission, ils te demandent de le leur faire ! On essaie de les former sur le tas, et aussi avec l'expérience, ils acquièrent certaines compétences ».*

L'apprentissage sur le tas, mode privilégié de professionnalisation des groupes non professionnels, consiste en l'appropriation et la reproduction de gestes et manières d'être des professionnels, responsables de service. C. Dubar disait de la formation sur le tas que *« c'est la capacité à produire des résultats issus de l'expérience et de la maîtrise de l'activité de travail »* (2000 :156). Les non professionnels doivent acquérir des compétences pour se maintenir dans leur rôle de soignant et prétendre intégrer une catégorie professionnelle. Ils n'ont – pour la plupart – pas de formation initiale et ne peuvent prétendre à une formation continue organisée par les bailleurs ou les responsables de programmes nationaux, du fait de la faiblesse de leur niveau d'instruction et du coût de ces formations. Celles-ci sont essentiellement ouvertes aux agents de santé appartenant à une catégorie professionnelle constituée et reconnue. L'apprentissage sur le tas, qui leur est plus accessible, constitue leur seul recours. Il vise la maîtrise de savoirs techniques et non à proprement parler des savoirs médicaux qui les légitiment. Ces savoirs techniques s'appuient sur l'assimilation et la capacité de reproduction de gestes techniques. M. De Certeau, parlant des gestes dans la préparation culinaire, explique : *« l'agir du geste se décompose en une suite ordonnée d'actions élémentaires, coordonnées en séquences de durée variable selon l'intensité de l'effort requis, organisée sur un modèle appris d'autrui par imitation, reconstitué de mémoire (je l'ai vu faire ainsi) ou établi par essais et erreurs à partir d'actions voisines (j'ai fini par trouver comment faire). L'habileté à adapter le geste aux conditions d'exécution et la qualité du résultat obtenu constituent l'épreuve de mise en pratique et en évidence d'un savoir faire précis »* (1994 : 285).

L'apprentissage sur le tas semble plus découler du tâtonnement et porte sur des micro-savoirs nécessaires à la prise en charge au quotidien d'une pathologie. Il s'agit, par exemple, de recevoir un nouveau malade, de lui donner le traitement adapté selon son poids, de pouvoir donner des conseils sur la nécessité de suivre le traitement ou encore de préciser la durée d'un traitement. Cet apprentissage est basé sur l'observation- imitation et permet de développer un savoir-être et un savoir-faire professionnel. Ainsi, l'agent apprend à partir de ce qu'il voit faire mais aussi de ce qu'on veut bien lui montrer. En effet, l'apprentissage sur le tas porte sur des gestes simples : comme savoir différencier les comprimés, savoir peser un malade et lui

donner un traitement adapté à son poids. Le caractère routinier inhérent à la prise en charge de la tuberculose permet aux agents non professionnels, une fois qu'ils ont réussi à différencier les comprimés, à se familiariser avec les différents gestes, à les reproduire au quotidien. La répétition des gestes facilite la transmission et l'assimilation des savoir-faire. La professionnalisation passe par l'assimilation et la maîtrise de gestes routiniers. Il faut reconnaître que l'apprentissage sur le tas d'un métier est mal aisé au début : il est fait de tâtonnements et d'erreurs. Puis, au fil du temps, les gestes vont s'affiner pour être progressivement plus élaborés. Ce qui est essentiel dans ce type de formation, c'est qu'elle valorise davantage les compétences techniques que les connaissances théoriques. L'apprentissage sur le tas s'impose ainsi comme la seule alternative pour les non professionnels dont niveau d'instruction est très bas. Il est d'autant plus valorisé par les non professionnels que c'est la maîtrise d'un geste qui détermine le positionnement professionnel. Comme l'écrit Y. Jaffré : *« les fonctions ne sont pas spécifiquement attribuées à des segments de la profession médicale, mais sont « poreuses » et franchissables, pour peu, qu'en apparence, on assimile les techniques qui en sont l'apanage. Ce faisant, les gestes ne sont plus les prolongements de réflexions thérapeutiques mais, vides de sens, correspondant plutôt au mime de conduites, dès lors effectuées sans les précautions qui devraient s'y attacher »* (2003 : 352).

Dans un des centres de santé visités, nous avons pu constater l'évolution de l'attitude d'un agent de santé promu responsable d'unité de traitement « grâce » à un concours de circonstances. Au début, il parlait d'une voix inaudible, ses gestes semblaient mal assurés quand il donnait les médicaments : il ouvrait tous les pots, regardait bien les comprimés, se grattait la tête, hésitait dans le remplissage des fiches, ne parlait pas des manifestations de la tuberculose et ne nommait pas la tuberculose dans ses échanges avec les malades. Au bout de quelques mois, son attitude avait changé, il semblait plus rassuré. Son discours était devenu plus audible, il discutait avec les malades, il n'hésitait pas à montrer le registre de traitement aux responsables de la structure et commençait à élaborer les rapports de commandes de médicaments. Quand l'agent de santé commence à maîtriser les procédés de prise en charge des malades, il se sent plus en confiance et acquiert progressivement une certaine assurance dans sa pratique au quotidien. Comme le disent L. Thévenot et A. Desrosières : *« le métier repose sur l'expérience professionnelle et la connaissance du terrain »* (1988: 43). Ces deux caractéristiques du « métier » ne sont pas transmises a priori lors des différentes formations, mais s'acquièrent progressivement dans les structures de santé, à travers le contact avec les malades et la confrontation avec la pathologie.

Au sein des unités de traitement, les non professionnels, pour se maintenir à ces postes, essaient d'acquérir des connaissances techniques leur permettant de se rendre indispensables au fonctionnement quotidien du service. Ils finissent en outre par capitaliser de véritables savoirs sur la maladie. Les non professionnels impliqués dans les services de santé arrivent à développer des « manières d'être » professionnelles à partir de leur implication dans la prise en charge d'une pathologie. Dans le cas de la tuberculose, du fait de ses caractéristiques, certes communes à la plupart des maladies chroniques, il se crée de nouveaux corps de métier dont l'identité et la reconnaissance professionnelle relèvent de l'accaparement d'un espace de soins et la maîtrise de la dimension sociale et affective de ces maladies.

Le développement des compétences ainsi que l'expérience marquent le processus de professionnalisation que nous désignons ici comme l'ensemble des attributs, des gestes et caractéristiques partagés à la fois par les catégories professionnelles et certains agents non professionnels. Or, certains agents de santé communautaire voyant leur rôle s'accroître dans le fonctionnement d'une structure, demandent à bénéficier de formations continues pour prétendre à un recrutement, soit par la fonction publique soit par les communes mais ceci est un fait marginal que nous avons rarement constaté.

Cependant, l'apprentissage sur le tas tel qu'il s'organise concrètement ne favorise pas le développement de compétences en gestion ou en organisation parmi les non-professionnels. Ces derniers sauront mettre sous traitement des malades mais ne pourront ni élaborer des fiches de commande, ni gérer les stocks de médicaments ou de supports. Cette « formation » étant faite par un professionnel de santé ayant en plus une certaine expérience de la prise en charge d'une pathologie, celui-ci ne délivre souvent pas l'intégralité des savoirs et savoir-faire nécessaires à la gestion aussi bien technique qu'administrative des unités de traitement. Comme nous avons pu l'observer dans un de ces services, les supports distribués lors d'une formation sont gardés par la responsable de traitement. Quand bien même ils affirment le contraire, nous avons remarqué que les personnels de santé formés ne font pas souvent de feed-back aux agents à qui ils délèguent leurs tâches, et qui s'occupent réellement des malades. Ils acquièrent les connaissances et les compétences, mais pas le corpus théorique de savoirs nécessaires à la pratique médicale dans sa globalité.

Des rôles et statuts des soignants non professionnels, nous proposons de dégager les fondements de la fonction soignante dans le contexte actuel des structures de santé au Sénégal.

Section II : Profession et fonction soignante : typologie de l'engagement

De manière générale, on peut noter que les compétences acquises par les professionnels lors de leur cursus s'expriment très peu dans la prise en charge de certaines maladies comme la tuberculose. Le niveau de formation correspond rarement aux activités exercées ; certains agents de santé ont l'impression de travailler moins que ce pour quoi ils étaient formés. Ils estiment que dans la prise en charge de la tuberculose, les savoirs accumulés lors de leur formation sont très peu mis à contribution. Ce constat favorise chez certains le délaissement des activités médicales. Les tâches administratives occupent de plus en plus les professionnels dans le cadre d'une démarche de santé publique visant à promouvoir la « qualité des soins » basée, entre autres, sur des évaluations des performances des structures de santé. Comme le souligne un médecin : « *je laisse les consultations au médecin adjoint. Moi je m'occupe de la conception* ».

D'un autre côté, le système de santé et particulièrement la prise en charge de la tuberculose sont de plus en plus basés sur des agents qui n'ont ni statut officiel reconnu, ni diplôme mais qui tenteront de se former au contact du terrain pour atteindre un certain niveau de professionnalisme. Ces non professionnels, par la force de l'expérience et la routinisation des pratiques, ont développé des compétences certaines pour s'occuper de la gestion au quotidien des malades. Si pour les professionnels, les postes qui leur sont attribués apparaissent comme peu valorisants et inintéressants pour la poursuite de leur carrière professionnelle les non professionnels y voient une aubaine pour s'insérer dans la structure de santé. De notre avis, les maladies chroniques et stigmatisantes, plus que les affections « ordinaires » et courantes, facilitent la légitimation de la présence de non professionnels dans les services de prise en charge. La tuberculose, la lèpre, le sida par exemple remettent en cause le mode de fonctionnement des structures sanitaires aussi bien d'un point de vue économique, social que politique, car comme l'affirme P. Bataille « *les malades vivent de moins en moins leur maladie dans les structures hospitalières...* »³⁵. La prise en charge de ces pathologies implique la mise en place de dispositifs particuliers, notamment la disponibilité des traitements hors des structures de santé et donc un déplacement de la prise en charge des professionnels à des non professionnels (bénévoles, famille, malade lui-même). Celle-ci peut encore entraîner le réaménagement organisationnel des espaces de soins, par exemple de recevoir les malades l'après-midi en dehors des heures de grande affluence. En impliquant un

³⁵ Communication orale présentée le 09 Mars 2005 à Marseille au séminaire sur les maladies chroniques organisé par l'IFR Shessam.

membre de la famille dans la prise en charge du malade, les réadaptations du TDO déplacent la prise en charge thérapeutique dans l'univers domestique. Ainsi, l'activité de suivi ou de supervision du traitement revient à des individus extérieurs au champ médical, avec comme corollaire la déprotection des professions de santé qui conçoivent difficilement leur exercice en dehors des structures de valorisation qui constituent le système de santé.

Cette situation pose la problématique de la définition des professions de santé. De plus en plus confrontées à des pathologies mêlant des problèmes médicaux et sociaux, ces professions sont amenées à redéfinir leur activité. Particulièrement dans le cas des non professionnels, leur quête de reconnaissance professionnelle est motivée par leur maîtrise de gestes et de comportements professionnels. Ils s'inscrivent ainsi dans un processus de professionnalisation qu'il est important de saisir à partir de la nature des tâches effectuées.

Nous considérons la professionnalisation dans cette thèse comme le processus de constitution, d'acquisition et de développement de compétences techniques, de savoir-faire et de savoir-être. Cette acception est, à notre sens, plus large et nous permet de rendre compte de la diversité des constructions identitaires des soignants au Sénégal. Le processus ainsi que les contextes de cette professionnalisation permettent de saisir comment des manières d'être et des savoirs professionnels sont acquis et mis en œuvre dans le comportement au quotidien des acteurs de la santé, tant « professionnels » que « non professionnels ».

1- Définition des postes, nature du travail

Au sein des unités de traitement l'organisation du travail semble aller de soi si l'on se réfère à l'organigramme officiel des structures de santé. Sur les organigrammes affichés dans les salles d'attente, ou le bureau du médecin chef ou encore à la salle de consultation, on peut voir que les relations hiérarchiques sont bien définies : les tâches et attributions de chaque catégorie professionnelle sont établies et les statut et rôle de chacun semblent clairs. Il s'agit d'organigrammes généraux et théoriques expliquant la répartition des fonctions selon les statuts, ils ne concernent par conséquent que les professionnels. Au niveau des différents services composant la structure de santé, ces organigrammes sont inexistantes et la répartition des tâches est fonction du chef de service et des personnes qui y exercent. Or, compte tenu des dynamiques organisationnelles, se produit un décalage entre organigramme officiel et organigramme réel à l'échelle de la structure de santé. Comme l'affirme A. Strauss : « *Les règles qui régissent les activités des divers professionnels tandis qu'ils accomplissent leurs tâches sont loin d'être exhaustives ou clairement établies* » (1992 :92). Ceci implique la

nécessité d'une négociation continuelle et participe aux brouillages de frontières d'action entre différents acteurs, exacerbé dans le contexte des structures de santé au Sénégal par la diversité des trajectoires professionnelles, un accès inégal aux ressources, des enjeux de positionnement professionnel et des conflits où chacun tente de tirer son épingle du jeu.

Le décalage entre statut et fonction participe à une redéfinition des postes, dont l'un des principes majeurs paraît fondé sur la délégation des tâches des professionnels aux non professionnels. Comme le montre Hughes (1996), chaque profession³⁶ comporte en effet une part d'activités jugées dégradantes, qualifiées de « sale boulot », qui sont déléguées au personnel situé au bas de la hiérarchie. Dans le cas de la prise en charge de la tuberculose, l'observation des conduites du personnel soignant dans les unités de traitement montre que ces lieux constituent des « espaces d'action », comme dirait E. Friedberg (1997), où les domaines de compétences se négocient sur les lieux de travail au-delà des normes et règles. Cette négociation est d'autant plus accentuée que la prise en charge de la tuberculose se caractérise par la réalisation de peu d'actes techniques. De manière quelque peu caricaturale, il s'agit de donner des comprimés à des malades et de leur prescrire au cours du traitement des examens bactériologiques pour les contrôles de deuxième, cinquième et huitième mois. A cela s'ajoute la tenue des supports : enregistrement des malades dans le registre et mise à jour des fiches de traitement. Parallèlement, la prise en charge de la tuberculose s'accompagne de fait d'un volet social, que tous les agents ne sont certes ni aptes ni prêts à gérer, et qui suppose de s'inscrire dans une approche emphatique : rassurer le malade sur l'issue du traitement et la curabilité de la maladie, pouvoir discuter de ses problèmes sociaux et réussir à instaurer une relation de confiance avec lui. Bref, cette dimension sociale de la prise en charge se décline en une série de « postures » auxquelles les professionnels de santé ne sont pas préparés lors de leur formation et qui ne nécessitent pas, par ailleurs, la mobilisation d'importantes connaissances théoriques. Cet aspect social est souvent laissé à la charge de non professionnels et inclus dans les activités de « recherche de perdus de vue » ou « visite à domicile ».

Dans ce contexte, le « sale boulot » faisant l'objet de délégation ne comprend pas seulement des activités jugées proprement dégradantes mais aussi, dans des configurations variables selon les professionnels et les structures, un ensemble d'actes « routiniers » ou considérés comme « ennuyeux » bien qu'ils puissent directement toucher à la relation thérapeutique.

³⁶ Telle que définie par Freidson (1984)

La définition et la réalité du poste de responsable d'unité de traitement vont nous permettre d'illustrer en quoi ces services de soins facilitent, plus que d'autres, la professionnalisation des agents non professionnels. Les responsables d'unité de traitement sont théoriquement chargés de la mise sous traitement et du suivi des malades. Celle-ci inclut également la visite au domicile des malades ayant interrompu leur traitement avant son terme pour en saisir les raisons et les amener à revenir poursuivre leur traitement afin de limiter la transmission de la maladie. En ce qui concerne le suivi du traitement, il se fait tous les jours pour les malades sous TDO et selon une durée variable de quinze jours à deux mois dans le cadre du traitement en ambulatoire. Il consiste à remettre au malade ses médicaments ou de l'observer avaler sa prise du jour. En même temps, il faut tenir à jour sa fiche de suivi (Cf. Annexe 2) en indiquant par une croix ou par un long trait (si le traitement se fait en ambulatoire) qu'il s'est effectivement présenté. Outre la mise à jour des fiches de suivi (Cf. Annexe 2), les responsables de traitement doivent confectionner les rapports trimestriels de leur activité (Cf. Annexe 4), dont le dépôt au niveau du programme national leur permet de passer et de disposer de leurs commandes de médicaments. Pour la réalisation de ces activités, il se font seconder par un agent de santé non qualifié qui les aide dans leur exercice. Ceux-ci sont chargés d'accueillir les malades, ou plutôt de les introduire dans le bureau du responsable de traitement en les appelant par ordre d'arrivée. Ils s'occupent également de leur servir à boire quand ils doivent prendre leurs médicaments sous supervision sur place, de compter les médicaments pour les dotations à leur remettre dans le cas du traitement en ambulatoire, ou pour le week-end si c'est le TDO qui est appliqué.

La description des tâches des responsables d'unité de traitement vise à montrer que l'exercice d'une profession implique la mise en œuvre de savoirs non institués, non formalisés qui se développent dans les situations quotidiennes de travail spécifiques à la prise en charge de chaque pathologie. Dans le cas de la tuberculose, ces savoirs se révèlent en termes d'attitudes à adopter vis-à-vis des patients. Ce sont des attitudes de bienveillance, de relation d'aide, d'empathie ou au contraire d'indifférence, de violence et de mépris. Ce sont aussi de gestes qui n'ont rien de médicaux et qui participent de la professionnalisation du soignant. Ce sont ces savoirs non techniques se déclinant en postures, gestes et comportements que nous qualifions de profanes.

2-La part du savoir « profane » dans l'apprentissage d'une profession

« Quand j'arrive le matin, je lave le seau d'eau, je change l'eau puis je récupère les carnets des malades selon leur ordre d'arrivée. Puis quand la responsable d'unité de traitement est prête, j'appelle les malades. Elle me montre les médicaments que je dois leur donner et je leur sers à boire dans les verres qu'ils apportent. Sinon, je discute avec eux notamment ceux qui ont des problèmes, qui pleurent parce qu'ils sont rejetés par leur famille ou ceux qui ne respectent pas leur traitement » nous raconte une aide qui a été recrutée comme fille de salle mais qui aujourd'hui seconde la responsable de traitement. Les gestes ici énumérés ne nécessitent pas d'apprentissage particulier car tout le monde sait les faire. Quant à la capacité à écouter les autres, elle ne s'apprend pas nécessairement non plus. Or, dans la prise en charge de maladies stigmatisantes et/ou chroniques (tuberculose, sida, diabète...), la capacité d'écoute du soignant pèse souvent de façon significative sur la capacité du patient à suivre son traitement. Plus largement, le caractère social de ces maladies fait que leur prise en charge nécessite la mobilisation de compétences qui ne relèvent pas stricto sensu du registre médical : il s'agit du travail de réconfort et de soutien des malades, soit, précisément, des activités comportant une part de « profane ». D'après nos observations, il apparaît que les professionnels de santé travaillant dans les unités de traitement (agents sanitaires, assistantes sociales, pharmacien, infirmiers selon le centre de santé), dans la plupart des cas, se détournent de ces tâches que nous pouvons appeler « sociales », valorisant au contraire les tâches administratives telles que la confection des rapports trimestriels ou la participation à des séminaires. Dans les centres de santé par exemple, où ils sont responsables d'unité de traitement, les assistants sociaux (à qui revient cette fonction parce que cadrant avec leur formation) délèguent ces activités sociales au personnel de soutien. Ils s'installent dans une attitude généralement attribuée aux médecins et infirmiers qu'est la distance vis-à-vis du malade. La dimension relationnelle, affective, propre à leur métier est reléguée au second plan ou disparaît parfois. Ce qui nous conduit à affirmer un dépérissement de la profession d'assistant social.

Ce constat est renforcé par le fait que les non professionnels dont l'objectif est de devenir soignant professionnel vont d'abord investir ce volet social puis, avec l'expérience, acquérir des savoirs-faire et développer des compétences réelles de traitement de la tuberculose et de suivi des patients. Ils s'inscrivent dans une démarche de socialisation que R.K. Merton définit comme *« le processus par lequel un individu apprend et intériorise les valeurs du groupe*

auquel il veut appartenir » (1998 [1957] : 61). La socialisation devient alors un processus de construction, d'évolution, de changement d'identités en fonction des diverses sphères d'activité ou des différents champs d'action qui structurent la vie de l'individu et dont il doit apprendre à devenir acteur. Ainsi, les agents non professionnels investissent le volet social que comporte la prise en charge de la tuberculose, ceci à des degrés variables selon leur disponibilité et leur promptitude à effectuer le « sale boulot ». Certains peuvent ainsi développer des relations de proximité avec les malades et arriver à des résultats satisfaisants quant au suivi du traitement.

Ce processus d'incorporation de nouvelles tâches pour conforter son influence, caractéristique des stratégies de professionnalisation de groupes non statutaires (Ruellan :1993), tout en prenant appui ici sur les relations nouées avec les malades, ne privilégie pas moins la quête de reconnaissance dans le cercle des professionnels. Prenons l'exemple de cet agent de santé qui travaille dans un poste de santé dans un quartier à Saint-Louis : *« Je suis chargée de rechercher les perdus de vue, je connais tout le quartier. Quand je vais chez le malade, je sais comment lui parler, je le prends en aparté et je lui dis tout simplement "tu sais ce qui m'amène ici, donc si tu ne veux pas que tout le monde sache que tu es malade, tu as intérêt à revenir te traiter. Sinon, la prochaine fois, je viendrai avec l'ambulance et à force de poser des questions tout le quartier découvrira ta maladie" »*. Recruté par le comité de santé, cet agent habite le quartier depuis toujours et connaît les habitants de la zone de couverture de la structure de santé³⁷. Prenant appui sur cette proximité, il joue sur la honte des malades ou leur volonté de cacher la maladie de crainte d'être rejeté pour obtenir le résultat qu'attendent de lui les responsables de la structure : ramener les malades ayant interrompu leur traitement avant terme. De cet exemple, il ressort que l'agent de santé s'inscrit davantage dans une logique d'identification à la catégorie des infirmiers dont l'image paraît plus valorisante que celles des autres professionnels présents dans les centres de santé. En proférant des menaces à l'endroit des malades interrompant leur traitement, il privilégie le « résultat » tel qu'il est valorisé et valorisable dans la structure de santé, auprès des professionnels de santé, l'infirmier responsable de traitement et le médecin chef de centre de santé. La fréquence de telles attitudes nous conduit à réfléchir sur le contenu « social » mais aussi sur les objectifs poursuivis dans l'investissement des activités des non professionnels. Il apparaît que la valorisation des non professionnels à l'intérieur de la structure passe par une reconnaissance

³⁷ Cette interconnaissance se retrouve plus facilement dans les villages ou dans les « quartiers ethniques » en ville (Rufisque, Cambérène, Guet Ndar à Saint-Louis, etc. par exemple sont des quartiers de pêcheurs, donc majoritairement habités par les Lébous), que dans les centres urbains où l'anonymat est plus marqué.

de leur activité à l'extérieur, c'est-à-dire les résultats obtenus dans l'exercice de tâches à l'extérieur.

En fait, comme nous l'avons déjà souligné, ces agents non professionnels voient dans la réalisation de ces activités une « aubaine » pour intégrer la structure. Certains d'entre eux vont progressivement se détourner de ces tâches sociales pour s'intéresser à la maîtrise de gestes techniques dans le but de faciliter leur insertion professionnelle.

« Moi j'ai été recruté comme ASC, je travaillais avec le responsable de traitement pour la recherche de perdus de vue. C'est pour cela que l'on m'a donné cette mobylette d'ailleurs. J'y vais généralement quand il me le demande mais pas spontanément donc pendant les moments où je suis là dans le centre, j'ai appris à faire les BAAR. En fait c'est le responsable de traitement qui est aussi technicien de labo qui m'avait formé. Et depuis son décès, on m'a montré comment se fait la prise en charge des malades, je le remplace au PNT, c'était à titre provisoire en attendant qu'on affecte quelqu'un dans le service mais jusque là, il n'y a personne. Le superviseur et le médecin chef contrôlent mon travail donc je fais de moins en moins la recherche de perdus de vue » raconte un agent de santé communautaire. Les agents non qualifiés débordent du champ de leurs compétences. Ils ne se limitent pas à ce pourquoi ils sont recrutés, surtout quand ces activités sont dépréciées ou irrégulièrement menées. Celles-ci seront très vite délaissées et, dans ce cas précis, la mobylette sera utilisée à des fins privées et l'agent de santé profitera de cette mobilité professionnelle ascendante inattendue pour se maintenir dans la structure de santé. Il a su profiter des insuffisances du système de santé pour se frayer une place : le remplacement de l'agent ne se fera pas rapidement du fait du manque de personnel, et le non professionnel risque de se retrouver pendant longtemps à assurer cette fonction. Les postes vacants ne sont pas immédiatement pourvus particulièrement dans les régions. Il revient au chef de structure de trouver localement des solutions pour faire fonctionner ses services. Au demeurant, si ses résultats sont jugés satisfaisants, les autorités médicales peuvent lui faire bénéficier d'un recrutement par la mairie ou par le comité de santé mais cette fois-ci comme contractuel avec le statut d'aide infirmier ou même de technicien de laboratoire.

L'analyse de la nature des activités des soignants nous amène à nous réinterroger sur les caractéristiques qui servent à distinguer les professionnels des non professionnels. Y a-t-il des savoirs, savoir-être et savoir faire spécifiques aux professionnels et non accessibles aux autres ? Nous serions tentés de répondre par la négative quand on voit par exemple que les médecins sont dépossédés d'une caractéristique essentielle de leur activité- à savoir la

consultation et les prescriptions- et les infirmiers se voient remplacés par des assistants sociaux et pire par des agents sans qualification à qui reviennent la réalisation effective des soins infirmiers. Cette situation qui, a priori, devait être temporaire a fini par s'institutionnaliser et se cristalliser pour devenir la règle de fonctionnement des univers de santé. Les modèles et références professionnels se déconstruisent tandis que les processus de professionnalisation se déclinent sous la forme de maîtrise de gestes quelque fois peu techniques et de savoir-être professionnels. Ces processus de professionnalisation ainsi l'effritement des profils professionnels affectent la fonction soignante au Sénégal.

Section III : Structuration actuelle de la fonction soignante dans les structures de santé au Sénégal

Au regard du contexte des structures publiques de santé nous proposons une typologie des acteurs de la santé nous permettant de dégager, à partir du modèle dominant, les caractéristiques de la fonction soignante au Sénégal et partant la structuration des professions de la santé.

- **Les professionnels :**

Ce groupe est composé des catégories professionnelles constituées et reconnues : les médecins et le personnel paramédical. A l'intérieur de ce groupe des professionnels, nous distinguons deux sous groupes : ceux qui poursuivent une carrière dans la santé via la formation continue par exemple ou qui sont consciencieux et ceux qui ont un poste, un travail et ne s'investissent ni dans leur activité, ni dans une carrière.

- Les soignants par vocation et les carriéristes :

Il s'agit souvent des professionnels de santé qui occupent les postes les plus élevés de la hiérarchie sanitaire. Accédant plus facilement aux formations continues, ils saisissent ces opportunités pour faire carrière et occuper des postes de responsabilités dans la santé. Ceux d'entre eux qui n'ont pas la possibilité de bénéficier de formation continue pour diverses raisons, essaient de se maintenir à leurs postes, continuent à être consciencieux dans la réalisation de leurs tâches. Ils font preuve de professionnalisme [dont Freidson dit qu'il est « *l'ensemble des attitudes types que développent les membres d'une profession* » (1984 :19)] dans l'exercice de cette activité. Interrogé sur la perception de la médecine, un professeur nous dit : « *la médecine doit être à la portée de tous et les médecins doivent être là pour le*

rappeler aux hommes, ils doivent convaincre ceux qui sont riches d'œuvrer pour la médecine mais en même temps, le médecin n'est pas un donneur de leçons. Il doit répondre à la demande de souffrance physique, psychologique et même spirituelle et dans ce cadre il doit confier son art s'il n'a pas les compétences nécessaires pour répondre aux souffrances du patient. Quand je vois un malade, je le vois complètement, je pose des questions sur sa manière de vivre, ses problèmes socio-économiques ». Pour cette catégorie de soignants, la notion de vocation reste importante. L'exercice de la médecine est perçu « comme un acte noble », un « sacerdoce » pour reprendre leurs termes. Quand on les interroge sur le profil du soignant, ils parlent de vocation et font référence au serment d'Hippocrate comme symbole d'engagement dans la profession, tel ce médecin qui explique : « *Je concevais la médecine comme une manière de vivre, l'interne c'est le gardien de l'hôpital et même en étant assistant je faisais ce travail d'interne, je faisais beaucoup de social, je donnais de l'argent même aux malades pour qu'ils achètent leurs médicaments. Je suis le plus sollicité des médecins parce que c'est ma nature qui fait que je ne peux pas voir quelqu'un souffrir sans lui donner des soins d'urgence* ». Ces professionnels sont pris au piège par les malades qui les sollicitent mais aussi par leurs collègues qui se déchargent sur eux.

Cependant cette conception de la médecine et les individus la portant ont tendance à disparaître. En effet, on note la présence de professionnels de santé qui ont pour objectifs clairs de faire carrière et ne s'investissent pas plus qu'il n'en faut. Ils se limitent à faire leur travail, puis consacrent leur temps libre à leurs publications et à d'autres activités valorisantes pour eux, sans se soucier de leur rôle dans la structure de santé. E. Hughes a analysé la construction des carrières et affirme « *qu'une carrière correspond pour une part à des changements dans la répartition du temps et de l'effort entre les diverses activités constitutives d'un métier et les autres activités qui se créent au sein du système global dans lequel s'insère la carrière considérée* » (1996 : 181). Ainsi que le disait un médecin : « *le plus heureux des médecins, c'est celui qui s'en fiche. Il arrête ses consultations à l'heure dite dans le règlement, prépare ses publications pour les revues prestigieuses de médecine, s'investit dans des programmes de recherche et gravit les échelons* ». Ces carriéristes sont souvent considérés par certains de leurs collègues comme des égoïstes faisant passer leur intérêt personnel avant leur engagement professionnel.

D'un autre côté, les mutations politiques et économiques que connaît le système de santé contribuent à l'érosion de l'engagement de ces professionnels. Le choix de la profession médicale se fait sur d'autres critères : avoir un métier. De ce point de vue, on rencontre de

plus en plus de professionnels de santé démotivés et déqualifiés. Le démotivation étant un élément de la déqualification.

- Des professionnels déqualifiés

Dans un service hospitalier, voilà comment se déroule généralement la matinée des infirmières dans leur bureau. Quand elles arrivent, elles stérilisent les plateaux et font les prélèvements sanguins demandés la veille par les médecins. C'est ensuite au tour des aides et autres stagiaires de faire les autres soins (placer une perfusion, changer les pansements, faire les injections, soigner les escarres, etc.) souvent sous la supervision d'une infirmière, la moins ancienne dans le service. Ce sont elles qui doivent également déposer les prélèvements au laboratoire de l'hôpital. Quand les médecins ont fini leur visite, les traitements sont reportés dans le registre qui est tenu de manière journalière et sert de cahier de liaison pour les différentes équipes de gardes. Assises autour du seul bureau qui compose la pièce, ou sur les paillasses pour les stagiaires, elles découpent les bandes de gaze pour en faire des compresses, mettent le coton en petites boules tout en discutant. Certaines en profitent pour aller prendre le petit déjeuner, d'autres somnolent. Il y a des jours où des marchandises (tissus, chaussures, sacs, etc.) sont amenées par les amis ou parents, alors le bureau est transformé en boutique. Théoriquement, elles devraient assister le médecin lors de la visite journalière mais elles ne le font pas. Elles sont également censées l'assister quand il fait des prélèvements plus techniques, comme la ponction lombaire, mais elles s'arrêtent à la préparation du chariot, c'est-à-dire, la stérilisation du matériel, des compresses et du coton, et la mise à disposition des gants et des seringues.

Certaines d'entre elles, les plus anciennes notamment, ne travaillent souvent pas, sauf en cas de difficulté des jeunes à faire certains gestes ou pour les malades dits « difficiles ». Elles restent dans la salle des infirmières jusqu'à la fin de leur garde. Prenons l'exemple de F. : elle est infirmière d'Etat depuis près de 20 ans et affectée sur sa demande dans cet hôpital du fait de sa proximité d'avec son domicile. Depuis 15 ans, elle est restée au même poste, avec le même statut, ne cherche pas à se former et ne veut pas de responsabilités. Quand elle arrive, souvent en retard, elle se change, elle met sa blouse, demande aux aides si elles ont fait les soins, s'installe sur une chaise et se met à discuter. Les stagiaires expliquent sa nonchalance par son origine saint-louisienne ... Quand on l'interpelle à propos de ce désintérêt pour le travail, elle répond : *« quand j'étais plus jeune j'étais consciencieuse, j'ai beaucoup donné*

mais maintenant je n'en peux plus, je suis fatiguée, je laisse les jeunes (stagiaires) travailler et puis elles sont bien ».

Ces professionnels délèguent souvent leurs tâches au personnel subalterne, qui trouve là une chance de s'intégrer. Chez cette catégorie de soignants, on peut avancer l'idée que le professionnalisme s'effrite au fil de l'exercice. Les gestes ne sont plus effectués avec la même finesse qu'en début de carrière, ils s'investissent très peu dans leur travail. On note une sorte de désinvestissement relationnel vis-à-vis des malades auxquels ils ne font pas attention. Comme nous le disait un médecin : *« Chaque jour j'ai une analyse différente de la médecine, je vois des collègues qui ont un mauvais rapport avec les malades, avec la profession. Cependant, il faut reconnaître que cela est dû au fait qu'il y a une absence de vocation chez ceux qui pratiquent la médecine, il faut se débrouiller pour être quelque part, pour avoir un salaire ».*

En outre, l'exercice d'un métier qui confronte à des situations potentiellement traumatisantes, telles que la mort dans des conditions de souffrance particulière par exemple, peut participer du processus de déqualification des professionnels de santé. De nos observations, il ressort que la mise en place de mécanismes de protection des professionnels face à la souffrance s'apparente à une forme de banalisation de la douleur et se traduit par une absence d'empathie dans les rapports avec les soignés. Ces mécanismes de défense constituent des stratégies élaborées par les professionnels de santé pour se protéger d'un choc émotionnel ou psychologique, du fait des situations dramatiques auxquelles les confronte leur métier. Cette attitude est souvent qualifiée de « cynique » par les malades et dans les travaux en anthropologie de la santé en Afrique (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). Chez les soignants professionnels, médecins et infirmières par exemple, le côté relationnel de leur profession est relégué aux marges de la pratique pour laisser place aux gestes techniques facilités par les spécialisations de plus en plus poussées et l'usage d'instruments qui pendant longtemps ne faisaient pas partie du décor du bureau du médecin, dont l'ordinateur. Un médecin nous disait : *« le médecin le plus heureux c'est celui qui s'en fiche ! Il se contente de faire son boulot et c'est tout, si tu veux faire dans le social tu ne t'en sors pas et puis ça te bouffe tout ton temps ».*

Interrogés sur les questions de conditions de travail, les professionnels de santé ont souvent évoqué la poursuite d'ambitions personnelles qui les poussent à se consacrer très peu à leur activité. Ils évoquent par ailleurs, la démotivation, le « relâchement », la fatigue pour expliquer leurs comportements face aux malades, dans les structures de santé. Ces plaintes et ce manque d'intérêt pour leur activité traduit le « burnt out » ou syndrome d'épuisement

professionnel dont Maslach et Leiter disent : « *[Burnout] is not so much that something has gone wrong with us but rather that there have been fundamental changes in the workplace and the nature of our jobs. The workplace today is cold, hostile, demanding environment, both economically and psycholgically. People are emotionally, physically, and spiritually exhausted. The daily demands of the job, the family, and everything in between erode their energy and enthusiasm. The joy of succes and the thrill of achievment are more and more difficult to attain. Dedication and commiment of the job are fading. People are becoming cynical, keeping their distance, trying not to let themselves get too involved* » (1997:1).

A côté de ces agents démotivés dont le professionnalisme a tendance à se perdre, existent d'autres agents dont le profil professionnel tend à disparaître du fait des changements des stratégies nationales de prise en charge de certaines pathologies d'une part, ou l'inexistence de structures publiques pouvant les accueillir après leur formation, d'autre part. Ce processus par lequel des profils professionnels disparaissent, affecte la fonction soignante. Ces agents sont donc recrutés sur des postes dont ils n'ont pas le profil. Ils sont obligés de se reconverter dans un autre domaine de compétence pour justifier leur présence dans le champ sanitaire. Les propos de B., sous officier d'hygiène, illustrent ce cas de figure : « *Jusqu'en 1983, on faisait de la prospection domiciliaire, on était impliqué dans la lutte contre la tuberculose au niveau de la désinfection du milieu où évoluait le malade, c'est-à-dire aussi bien les toilettes qu'il partageait avec la famille, que la chambre qu'il occupait. On donnait aussi des conseils aux familles qui venaient vers nous pour les rassurer psychologiquement. Cette désinfection est une vieille politique qui date de l'époque coloniale avec la naissance du service d'hygiène. A Saint- Louis par exemple, chaque fois qu'un malade tuberculeux était identifié, on nous demandait d'intervenir surtout quand il refusait de se soigner, on l'obligeait à le faire. Mais maintenant on n'intervient plus dans ces domaines, on est redéployé dans les différents services des districts. Pendant la campagne de vaccination par exemple on est employé comme superviseur* ».

Avec l'évolution des principes de lutte et le désengagement de l'Etat dans l'hygiène et la prévention, certains corps professionnels qui étaient alors impliqués dans la lutte contre la tuberculose ont disparu. Il s'agit notamment de celui de ces officiers d'hygiène. Ils étaient chargés de la décontamination des lieux où vivaient les tuberculeux. Cette mesure n'étant plus jugée efficace ou nécessaire, ils sont employés dans les centres de santé, notamment dans les laboratoires comme techniciens ou pour faire de la prévention avec la vente de moustiquaires imprégnées ou éventuellement au service de l'Education Pour la Santé (EPS) pour les causeries dans les quartiers qui, du reste, se font très peu par manque de moyens. Ils se

reconvertissent en agent de santé s'occupant de la tuberculose ou de la vaccination dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination. Les assistants sociaux sont dans le même cas de figure que ces officiers d'hygiène. L'assistance sociale publique n'existant pas, ils sont envoyés dans les structures de santé dans « un service social » pour aider à la prise en charge des malades démunis dits « cas sociaux ». Ce système ne fonctionne pas : ce service n'a pas de budget fixe, son fonctionnement dépend du bon vouloir des responsables de structures et des comités de santé. Ainsi, les soignants figurant dans ces catégories professionnelles, s'ils ne veulent pas disparaître, sont obligés d'entreprendre des reconversions professionnelles, ce qui explique que l'on retrouve des officiers d'hygiène, techniciens de laboratoire et des assistants sociaux dans les unités de traitements ou les services de vaccination. Il semble d'ailleurs pour ces derniers qu'il y ait un paradoxe à relever : pourquoi continuer à les former dans la perspective d'une prise en charge psycho-sociale des malades en décalage avec leurs activités réelles dans les structures de santé ?

- **Les non professionnels**

Dans cette catégorie, on distingue également deux groupes : ceux qui cherchent à se professionnaliser et donc à se faire recruter et ceux qui sont là parce qu'ils n'ont pas le choix.

- Les non professionnels en quête de professionnalisation

A.N. est agent de santé communautaire dans un poste de santé de Dakar depuis 1998. Elle apprend très vite le métier de soignant. Elle est très proche de l'Infirmier Chef de Poste (ICP) qui lui fait totalement confiance et parle d'elle avec beaucoup d'admiration. Elle s'est occupée de la salle de pansement et d'injections, puis de la vaccination. Avec la décentralisation du traitement de la tuberculose, elle s'occupe également des patients tuberculeux. Tout au long de la matinée, elle navigue entre ces différents services, elle est « polyvalente ». Quand elle n'a pas de pansement à faire, elle est à la vaccination, sinon elle est dans son unité de traitement, d'ailleurs installée dans l'embrasement d'un mur, dans le couloir qui sert également de salle d'attente pour l'accès aux différents services (consultation, tri, pharmacie, vaccination, salle de soins). Elle est consciente de son rôle dans le poste de santé et demande des attestations de participation aux différents responsables de programmes auxquels elle participe pour pouvoir suivre des formations et être recrutée ultérieurement par la commune ou la fonction publique. Elle est surchargée de travail et accepte tout sans rechigner.

F.S est bénévole dans un centre de santé de Dakar depuis près de 20 ans. Elle fait partie des premiers bénévoles recrutés dans la santé. Elle travaille comme matrone à la maternité. Elle assure des gardes tout comme les sages femmes. Selon ses collègues, elle est très compétente. Elle voudrait être recrutée notamment pour assurer sa retraite. Elle est soutenue par ses supérieurs et ses collègues qui trouvent cette situation anormale et lui demandent d'être patiente, l'assurant que le recrutement se fera.

De ces exemples, il apparaît que ces agents à l'origine sans statut, sans qualification acquièrent et développent des compétences professionnelles. Ils gagnent la reconnaissance des professionnels, de leurs supérieurs qui leur confient des tâches techniques. A travers ces exemples, il semble que le professionnalisme se construit soit par la capacité à se rendre indispensable en gérant plusieurs services, soit par l'ancienneté et la maîtrise d'actes techniques. Du fait de leur position et de la reconnaissance dont ils bénéficient, ces agents sont engagés dans un processus de professionnalisation et revendiquent un recrutement par la fonction publique qui s'apparente donc à la recherche d'un statut. Ils puisent dans les ressources qui définissent le professionnalisme pour être reconnus. Le statut de professionnel est acquis a posteriori même si les attributs de la profession sont antérieurement maîtrisés.

- Les non professionnels sans ambition professionnelle

A côté de ces non professionnels « professionnels », il y a ceux qui sont dans les centres de santé au hasard de leurs connexions et seulement pour avoir des revenus. Ces agents ne savent généralement ni lire, ni écrire et n'essaient pas de s'impliquer davantage dans le travail. Ils se limitent à ce qu'on leur demande de faire. Ils se contentent de leur statut d'aide et ne peuvent prétendre à aucune reconnaissance. Ils n'ont du reste acquis aucun des attributs d'une profession. C'est le cas de cet ASC qui explique : *« j'ai été recrutée en 2003 par le comité de santé, mon mari travaille ici. Je suis affectée au PNT pour aider la responsable. Je sors les fiches, je compte les comprimés et c'est tout. Quand il y a un nouveau cas qui se présente et que la responsable n'est pas là, je lui demande d'attendre son retour. Je me limite à ce qu'on me demande de faire. Quand il n'y a plus de malades, je vais discuter avec mes amies dans le centre ou je vais au marché faire mes courses, je vais au marché tous les jours. Je reviens et j'attends 16h comme tout le monde pour rentrer ».*

Ayant accédé au milieu de la santé à la faveur des recrutements clientélistes, ces agents n'arrivent pas à développer les attributs d'une profession et ne peuvent prétendre à un quelconque changement statutaire dans la mesure où ils n'ont aucune compétence dans la réalisation d'actes médicaux ou la prise en charge d'une pathologie. Ils s'investissent très peu

dans l'apprentissage, se contentent des rôles qui leur sont dévolus et ne cherchent ni à techniciser leurs gestes, ni à se professionnaliser.

Section IV : Profession ou fonction soignante au Sénégal ?

Commençons d'abord par distinguer les notions d'occupation, de métier et de profession afin de pouvoir dégager une définition pouvant, à notre avis, rendre compte de la situation des personnels de santé au Sénégal. En sociologie du travail, les occupations sont des activités dont on tire des moyens d'existence, ces activités ne relevant pas d'un corps professionnel. Cette définition ne rend pas compte de la situation de tous les personnels de santé. Elle concerne seulement ceux qui sont recrutés à un profil de poste et s'y tiennent et regroupent ainsi certains professionnels et ASC. On pourrait alors parler de métier de la santé, mais le métier désigne davantage un ensemble de tâches manuelles ou physiques, l'artisanat étant souvent cité comme exemple de métier. Dès lors l'occupation devient une composante du métier. Selon les théoriciens de la sociologie des professions, le métier s'appuie sur un savoir-faire, une habileté résultant d'une longue pratique. Seuls les non professionnels professionnalisés entrent dans ce cas de figure. Leur appliquer la dénomination de métier de santé ne suffirait pas à rendre compte de la diversité et la complexité des divers groupes en présence. Ce qui distingue la profession du métier ce sont leurs caractéristiques.

De la littérature sur les professions médicales se dégage un consensus sur les éléments de la profession. La plupart des auteurs (Freidson, Hughes, Becker, etc.) définissent la profession à travers ses caractéristiques : des connaissances sanctionnées par un diplôme, un titre, l'autonomie et le contrôle d'une activité. Pour A. Abbott: « *professions are somewhat exclusive groups of individuals applying somewhat abstract knowledge to particular cases. [The term] means at once a form of organization, a level of social deference, an association with knowledge, a way of organizing personal careers* » (1988 : 318). Nous pouvons également citer J. Saliba et al., pour qui la notion de profession implique « *l'existence d'un champ spécifique d'activité socialement valorisé, organisé et contrôlé par les professionnels eux-mêmes. Cette autonomie suppose une compétence reconnue, que garantissent une formation rigoureuse et une expérience approfondie* » (1993 :45). Ces travaux décrivent les conditions de professionnalisation de groupes professionnels. Au regard des caractéristiques des professions de santé, nous affirmons que le modèle classique des professions proposé par les différents auteurs en sociologie des professions ne recouvre pas la situation des structures publiques sanitaires au Sénégal. Ces dernières années, diverses publications (Chiffolleau,

Gobatto et Mebtoul notamment) ont traité des conditions d'émergence et de construction des professions médicales (et particulièrement de la profession de médecin) dans le contexte des pays africains. Si ces études ne nient pas l'existence d'agents non qualifiés, de bénévoles dans la santé, elles se sont très peu intéressées au rôle réel de ces derniers dans le fonctionnement quotidien des structures de santé, à leurs rapports avec les professionnels et à leurs stratégies de positionnement et de reconnaissance vis-à-vis de ces derniers.

Or, dans les structures de santé nous sommes en présence d'un système de prise en charge de la santé basé sur des agents compétents mais sans aucun statut. On peut ainsi affirmer que l'on est dans un processus de « *qualification complexe et reposant sur la maîtrise des savoirs professionnels acquis par l'expérience et l'apprentissage* » (Touraine, in. Dubar, 2000 : 150).

Au Sénégal, les professions médicales constituées avaient hérité d'un patrimoine fort (sur le modèle occidental de la profession marqué par le prolongement de la durée des études de médecine, la création de facultés de médecine, de pharmacie, de CHU (dont la vocation est l'enseignement et la recherche) ainsi que d'investissements modernes (comme des laboratoires équipés notamment). Ce patrimoine n'a malheureusement pu se renouveler. En effet, le champ de la santé est de plus en plus traversé par des bouleversements économiques dont les conséquences immédiates sont entre autres la réduction des budgets de la santé. La conception d'une médecine moderne, scientifique, ne résiste pas aux logiques sociales et l'exercice de la profession médicale remet en question le serment d'Hippocrate symbole d'engagement. La conception de la profession médicale comme choix vocationnel a tendance à disparaître pour laisser place à un choix économique. Ainsi que l'écrivait B. Rubbers : « *les configurations sociales desquelles les diplômés participent, représentent autant de ponts qui relient les attentes des individus et les opportunités de travail. Les jeunes médecins doivent constamment effectuer un travail d'articulation entre la gestion de leurs carrières et leurs différents engagements sociaux* » (2003, 85). La notion de vocation disparaît dans les motivations lorsqu'on travaille dans la santé c'est pour être sûr d'avoir un salaire. En effet, de nos observations, il apparaît clairement que les identités professionnelles se construisent dans un environnement marqué par une fragilisation de la profession du fait des politiques de santé. Cette construction identitaire que l'on assimile à une forme de professionnalisation de la fonction soignante résulte, de notre point de vue, à la fois de l'expérience, des compétences individuelles et de l'apprentissage ; l'espace de reconnaissance des identités étant lié aux espaces de légitimations des savoirs et compétences associés aux « identités » au sens de Dubar, à savoir « *le résultat [à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et*

objectif, biographique et structurel,] des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions » (2000 :9).

D'un autre côté, les politiques publiques de santé au nom de la « décentralisation » et de la « participation communautaire » ont eu comme effets pervers une forme de libéralisation de l'accès aux professions de la santé. L'accès à la fonction soignante ne se fait plus seulement par des compétences reconnues et sanctionnées par un diplôme mais grâce aux réseaux sociaux. Par conséquent, la structure du personnel, le mode de fonctionnement des structures de santé ainsi que l'organisation actuelle de prise en charge des maladies au Sénégal nous conduit à repenser ce concept de profession. Il existe des occupations ou des métiers qui ne se transforment pas en profession et dont les membres ne cherchent pas nécessairement à affirmer un statut professionnel. Plus exactement, il y a à la fois des professions et des occupations qui renvoient à des objectifs extrêmement divers : certains acteurs visant la reconnaissance des compétences et du statut, alors que d'autres se contentent des revenus que procure l'activité. Nous sommes en présence à la fois de professionnels et de non professionnels engagés dans un processus de professionnalisation, dont les rôles, les tâches et les statuts se confondent. Les non professionnels intègrent la fonction de soignant grâce à la mobilisation de leur capital social. Ils ont au mieux reçu une formation sur le tas et ils aspirent à un statut (reconnaissance par le recrutement) et aux faveurs (par exemple les motivations) dont bénéficient les professionnels. Dans le cas spécifique de la tuberculose, la présence des agents de santé communautaire, des bénévoles et autres stagiaires, est légitimée par les politiques sanitaires. On assiste à une renégociation des tâches, des statuts et des fonctions et donc des fondements de la profession. Au regard de ces définitions et aussi du contexte du système de santé au Sénégal, nous affirmons que le concept de fonction soignante conviendrait mieux pour rendre compte de la situation des personnels de santé. Cette affirmation repose sur deux constats à savoir : d'une part, le processus de professionnalisation dans lequel sont engagés les non professionnels est basé sur des compétences techniques, et très peu sur un corpus de connaissances théoriques alors qu'ils occupent de plus en plus de tâches réservées aux professionnels ; d'autre part, le dépérissement du professionnalisme des professionnels de santé se détournant de leurs activités s'accompagne de leur manque de contrôle sur l'accès et l'exercice du métier. Nous avons préféré la notion de « fonction » soignante à celle de profession médicale.

Du point de vue de la structuration actuelle du système de santé, nous affirmons l'idée d'une fonction soignante pour caractériser les personnels de santé ayant acquis un savoir (soit par formation, soit sur le tas) et qui, au fil de l'expérience, développent des compétences dans la

prise en charge d'une pathologie ou dans la réalisation d'un acte de soins. Il s'agit d'un groupe de soignants qui ont en commun la maîtrise d'un savoir être et d'un savoir faire technique et sur qui repose le fonctionnement du système. La fonction soignante est donc incarnée par ces soignants non professionnels, par les professionnels déqualifiés qui désapprennent les fondements de leur profession, et par les soignants vocationnels. Nous nous inscrivons dans une perspective d'analyse fonctionnelle d'inspiration durkheimienne où « *la fonction désignera sous des formulations diverses la contribution objectivement constatable [...] d'une institution à l'accomplissement de certains processus : adaptation, intégration ou continuité des formes d'organisation* » (Lenclud, 1991 : 287). Nos analyses du système de santé au Sénégal nous confortent dans l'idée que c'est l'utilité fonctionnelle des personnels de santé, matérialisée par les savoirs techniques qui est davantage valorisée que la référence à un modèle professionnel devant guider les conduites. Cette conception de la fonction soignante prend appui sur les théories fonctionnalistes selon lesquelles l'analyse des fonctions sociales des professions constitue un préalable à l'identification des caractéristiques spécifiques des corps professionnels (Chapoulie, 1973).

Conclusion

Dans les structures de santé, nous sommes dans un environnement sanitaire où les conditions de professionnalisation sont marquées par des références à des normes professionnelles qui, au fil de l'exercice chez les professionnels, s'hybrident et se redéfinissent. Elles sont par ailleurs de plus en plus portées par des soignants non professionnels, dont les comportements conjuguent attitudes profanes et bribes de savoirs biomédicaux. Nous avons ainsi étudié les conditions d'exercice de l'activité médicale qui ont favorisé la construction d'une fonction soignante en lieu et place d'une véritable profession médicale dans des univers qui se présentaient jusque là hautement professionnalisés. Cette fonction soignante s'appuie sur le modèle de compétence et la maîtrise de savoirs techniques résultant d'un apprentissage sur le tas et de l'expérience. S'y intéresser suppose donc de réfléchir aux processus de construction des identités professionnelles des soignants en tenant compte de la culture organisationnelle des services. En traitant des questions de rapports aux normes, des rapports de pouvoir et d'autorité mais aussi de la délégation des tâches comme mode institutionnalisé de fonctionnement des structures de santé, nous analyserons dans la troisième partie de cette thèse les processus de professionnalisation des soignants non professionnels. Nous utiliserons

ce terme de processus de professionnalisation pour rendre compte des conditions d'assimilation des savoir-faire et savoir-être à l'œuvre dans l'accès à la fonction soignante.

Troisième partie :
Etre soignant.
Pratiques au quotidien et constructions identitaires

Les dynamiques de structuration des identités professionnelles constituent une thématique centrale en sociologie du travail où les travaux convergent pour montrer l'influence du milieu du travail sur l'identité des acteurs. R. Sainsaulieu (1997) et C. Dubar (2000) par exemple, montrent que les relations au travail entre groupes professionnels structurent l'identité des individus. Ils admettent que l'identité professionnelle se construit à travers les interactions entre différentes catégories professionnelles. Ces deux auteurs reconnaissent que l'investissement dans un espace de reconnaissance identitaire dépend étroitement de la nature des relations de pouvoir dans cet espace et la place qu'y occupe l'individu et son groupe d'appartenance. Le cadre théorique proposé par R. Sainsaulieu privilégie la constitution d'une identité professionnelle par l'expérience des relations de pouvoir. Or les individus appartiennent à des espaces identitaires variés au sein desquels ils se considèrent comme suffisamment reconnus et valorisés : ces champs d'investissement concernent aussi bien les lieux de travail que les milieux extra professionnels. Pour C. Dubar, l'espace de reconnaissance de l'identité sociale dépend très étroitement de la reconnaissance ou de la non-reconnaissance des savoirs, des compétences, noyaux durs des identités par les institutions.

Notre réflexion s'inscrit dans la perspective de ces études même si nous étendons l'analyse de la construction identitaire des soignants aux groupes non professionnels en présence dans le champ sanitaire afin de déterminer leurs jeux de positionnement. En effet, nous tenterons de montrer comment la valorisation des compétences techniques et la mise à contribution de logiques sociales influencent dans les pratiques quotidiennes, les jeux de pouvoir et les relations d'autorité entre professionnels et non professionnels. Pour être reconnu comme soignant, il faut s'affirmer comme tel. Dans la partie précédente, la fonction soignante sous entendait non seulement des glissements de fonctions, des confusions de rôles mais aussi la place centrale de l'expression des compétences et la complexité d'un univers professionnel où les références professionnelles sont de plus en plus reléguées à la périphérie de l'exercice. Cependant, les fondements de cette fonction soignante ne peut être effectivement comprise qu'en analysant les situations quotidiennes de répartition des tâches marquées de négociations perpétuelles et de contournement des règles professionnelles de fonctionnement devant théoriquement déterminer les rôles et statuts des uns et des autres.

L'analyse du façonnement identitaire des soignants se fera à partir des ajustements et réajustements des pratiques en fonction de la description de la culture organisationnelle à l'intérieur des espaces de soins. Ainsi, cette partie se compose de trois chapitres. Dans le premier chapitre sont décrites les pratiques des soignants soumis à des normes diagnostiques

et thérapeutiques dont l'application vise une harmonisation des conduites dans le cadre de la prise en charge d'une pathologie, ici la tuberculose et résultant des approches programmes initiées dans une perspective de santé publique.

Le deuxième chapitre rend compte des relations de pouvoir, de hiérarchie et d'autorité dans les structures de santé. Nous montrerons comment le milieu médical que l'on dit très hiérarchisé, s'est laissé débordé par des normes sociales qui *in fine* modifient les rapports d'autorité entre soignants professionnels, et entre professionnels et non professionnels. En effet, il semble que la superposition de cadres normatifs ouvre à une impunité tendant à se généraliser dans les espaces sanitaires.

Enfin, dans le troisième et dernier chapitre, seront analysées les dynamiques identitaires qui se jouent à travers le principe de délégation des tâches. Nous allons montrer en quoi la délégation des tâches est facteur d'intégration et productrice d'identité professionnelle chez les soignants non professionnels.

Chapitre VII : Entre normativité et négociation : la difficile application des normes de prise en charge de la tuberculose

Introduction

L'analyse de la fonction soignante nous conduit à nous intéresser aux normes à la fois officielles et informelles comme constituantes des savoirs régissant les conduites professionnelles au sein des structures sanitaires. La formalisation des protocoles thérapeutiques, aussi bien dans les pays en développement que dans les pays développés, relève de choix de santé publique et de politiques sanitaires visant à dégager des stratégies communes face à une pathologie, ceci sous l'égide d'institutions internationales (en premier lieu desquelles l'OMS) et éventuellement de bailleurs de fonds. Ces protocoles sont alors introduits dans le système de santé *via* les programmes nationaux. Cependant, les normes ne se réduisent pas seulement aux procédures thérapeutiques. Elles renvoient également à des formes de comportements inscrites et actualisées dans les pratiques quotidiennes. Leur mise en pratique est dès lors soumise aux conditions locales d'exercice de la médecine et particulièrement aux modalités de prise en charge de la pathologie concernée par des acteurs sociaux.

Dans le contexte actuel des structures de santé au Sénégal, où, comme nous l'avons énoncé dans les précédents chapitres, la multiplicité des références professionnelles devient la règle dominante de fonctionnement et où la maîtrise de compétences marginales prend le dessus sur le professionnalisme, l'application stricte des normes semble une utopie. Cependant le contexte suffit-il pour justifier les écarts aux normes ? Quels sont les procédés de légitimation de ces écarts ? Existe-t-il une différence de comportement face aux normes selon le statut de professionnel ou de non professionnel ? Les maladies chroniques facilitent-elles l'application stricte des normes et directives inhérentes à leur prise en charge ?

Le travail dans des unités de prise en charge caractérisé par une forte dimension sociale, où les savoirs mobilisés sont peu médicalisés et les savoir-faire peu technicisés, permet une certaine forme d'hétérogénéité des statuts des personnels de santé. Nous posons l'hypothèse selon laquelle cette hétérogénéité de statuts favorise des processus de négociation et d'arrangements à la fois entre soignants et dans leurs relations aux soignés. Ces processus de négociation peuvent offrir l'opportunité de, ou contraindre à s'extraire de l'application des directives et des normes.

Le but de ce chapitre étant de saisir les conduites des acteurs soumis à des règles précises, supposées organiser leur activité, nous commencerons par définir les normes et rappeler leurs conditions de production avant de décrire et d'analyser les écarts aux normes. Notre démarche s'inscrit de ce point de vue dans une perspective interactionniste prenant en compte les contextes d'actions au delà des simples interactions entre soignants à l'intérieur des institutions sanitaires. Ce choix est justifié par le fait que, à notre avis, la mise en œuvre des normes ne peut être comprise qu'à partir du jeu des acteurs dans leurs activités au quotidien.

Section I : Normes, directives et recommandations

Le traitement de la tuberculose pulmonaire au Sénégal suit les recommandations de l'UICMR et de l'Organisation Mondiale de la Santé. Ainsi, comme le recommande l'OMS, le Sénégal, par la voie du PNT, a officiellement adopté la stratégie DOT'S depuis 1991. Fondée sur la détection prioritaire des cas contagieux et leur traitement par des régimes courts de chimiothérapie, cette stratégie comprend un ensemble d'activités : l'engagement politique, le dépistage des cas par examen microscopique des frottis de crachats, l'approvisionnement sans rupture en médicaments, la mise en place de systèmes de surveillance et de suivi, et l'application du « Traitement Directement Observé » au moins durant la phase intensive du traitement. L'un des responsables de l'UICMR disait de la stratégie DOTS qu'elle « *a été formalisée par l'UICMR. C'est l'Union qui l'a expérimentée, évaluée au niveau national, dans différents pays. Ensuite, elle a été reconnue comme étant l'une des actions de santé qui donne les meilleurs rendements coût/efficacité et cette stratégie a été reprise et popularisée, diffusée à grande échelle par l'OMS et par les grosses institutions internationales comme la Banque Mondiale pour la Chine ou les gros pays. C'était une action tout à fait typique de l'Union, on développe un système, on le teste, on le met au point et après les autres le reprennent en disant ça c'est bon, ça c'est une histoire magnifique* ». L'un des rôles des organisations internationales et bailleurs de fonds est de définir des politiques sanitaires qui sont ensuite transmises au ministère de la santé des différents pays, et mises en œuvre par les programmes nationaux au niveau des structures de santé. Les politiques sanitaires, qui sont en fait un ensemble de directives et de recommandations adoptées d'un commun accord ou imposées à partir d'expériences isolées dans certains pays, apparaissent comme des normes, au sens juridique c'est-à-dire un principe, une loi, une règle régissant les comportements de ceux qui y sont soumis.

Tentons de distinguer ces trois notions (norme, directive et recommandation) même si l'esquisse de définition ci-dessus indique que les directives et recommandations sont des éléments constitutifs de la norme, bien que la norme ne s'y résume pas.

Pour ce faire, partons de l'exemple de la « Revue externe du PNT », réalisée en 2001 sous la direction du Ministère de la santé, de la Landsforeningen for Hjerte og Lungesyke (LHL) et de l'OMS. Cette évaluation du programme national, menée par une équipe de 34 professeurs, experts et médecins dans 6 régions du Sénégal auprès de formations et services sanitaires était destinée à identifier les facteurs bloquants de la lutte contre la tuberculose malgré les importants investissements financiers et la gratuité des traitements. Différents points ont été étudiés : la structure du programme, l'engagement politique, le traitement, le dépistage, l'approvisionnement en médicaments et produits de laboratoire. Un ensemble de recommandations, 31 au total, ont été émises. Par exemple, une recommandation prônait la standardisation du coût des examens bactériologiques de crachats après que l'équipe d'évaluation ait constaté son caractère variable d'un centre à un autre, y compris dans une même région. A la suite de cette recommandation, le PNT a décidé du coût de cet examen, le fixant à 500 frs CFA pour le dépistage, les contrôles des 2^{ème}, 5^{ème} et 8^{ème} mois devenant gratuits. Dès lors, le PNT a intégré ce tarif aux directives adressées aux centres de santé et laboratoires, dont l'application est appréciée au cours des supervisions effectuées par ses agents.

Cet exemple illustre le fait que les recommandations se distinguent des directives en ce sens qu'elles sont souvent émises dans le cadre de rapports d'évaluation d'une activité ou d'un système. M.J. Field et K.N. Lohr définissent les recommandations ou références médicales comme « *des propositions développées à l'aide d'une méthode explicite pour aider la décision du praticien ...* » (1990 : 38). Ce sont des actions incitatives dont la non application n'apparaît pas toujours comme un écart. Pour ce qui est de la directive, c'est un acte normatif venant d'une autorité vers le personnel subalterne. Elle peut émaner d'institutions locales. Ces directives, dès lors qu'elles s'intègrent dans les pratiques des acteurs, deviennent des normes professionnelles dans le sens où elles « *sont censées régler le comportement des acteurs* » (Chauveau & al. 2001 : 146).

Dans le cas des structures de santé, certaines propositions pour aider la décision du praticien donnent lieu à des guides de bonnes pratiques, éditées par les institutions sanitaires internationales comme l'OMS ou l'UICMR, mais se transforment parfois aussi en des standardisations des procédures diagnostiques et des protocoles thérapeutiques. Il s'agit par exemple des protocoles thérapeutiques dans le cadre de la tuberculose : « *tout malade qui se*

présente en consultation avec une toux de plus de quinze jours, des signes d'amaigrissement et se plaignant de perte d'appétit doit subir un diagnostic de tuberculose concernant en une analyse de ses crachats. Si cette examen est positif, il doit être mis sous « traitement standard » si c'est un nouveau cas à savoir 2RHZE + 6 EH». Telle est la norme de diagnostic et de traitement de la tuberculose conçue par les organisations internationales et adoptée à l'échelle des pays comme le Sénégal.

J. Brunet Jailly, traitant des normes dans la santé, écrit : « *les groupes sociaux transmettent à leurs membres des normes qui créent un habitus³⁸, c'est-à-dire un comportement acquis, caractéristique de ce groupe social, quelle que soit son étendue, et transmissible au point de sembler inné* » (2002 : 63). Cette définition renvoie aux normes comportementales acquises lors de la socialisation s'opérant à l'exercice de la profession médicale.

Dans un autre domaine, en introduction à l'ouvrage sur la pauvreté et les inégalités, M. Lévy définit les normes comme « *un terme combinant les notions de code de conduites, règles, intérêts, valeurs et formes de reconnaissance sociale, pour analyser la diversité des pratiques des acteurs* » (2002 :16). Dans le champ de la santé, les normes professionnelles acquises seraient donc, pour partie, fondées sur et actualisées par l'ensemble des recommandations et directives résultant des politiques édictées aux niveaux national et international. Leur application est généralement contrôlée par les gestionnaires des programmes nationaux. Le but de ces normes est d'adapter l'activité des soignants aux exigences (fondées sur l'estimation des prévalences de l'infection et/ou des résistances, sur les rapports entre programmes de santé, etc.) et contraintes (thérapeutiques, économiques, politiques...) de santé publique. Canalisant les pratiques des soignants face aux incertitudes inhérentes à l'exercice de la médecine, ces normes répondent également au souci de les homogénéiser dans le cas de la prise en charge d'une pathologie. J.P. Chauveau et al. disent de la norme « *qu'elle permet de renvoyer les comportements à des modes de régulation partagés, fortement dépendants des formes locales de la reconnaissance sociale* » (2001 : 148). Ils identifient quatre facteurs explicatifs de la pluralité des normes dans le domaine du développement local et du foncier en Afrique à savoir : l'instabilité de l'environnement économique, social et politique, le manque d'alternative à la croissance, l'accroissement des inégalités et la forte implication des institutions internationales. Dans le domaine de la santé, certaines caractéristiques similaires peuvent être relevées : la diversité des références

³⁸ Tel que définit par P. Bourdieu « l'habitus est un ensemble de dispositions durables et transposables [...]. Cette structure structurée prédisposer à fonctionner comme structure structurante. Il s'agit de l'incorporation des expériences, cette incorporation permettra alors à l'agent de se mouvoir et d'interpréter le monde social » (1972).

professionnelles due à la présence des différentes catégories médicales et paramédicales, la configuration du système de santé soumis aux réformes sanitaires et aux politiques publiques ainsi que l'ingérence des institutions internationales et autres bailleurs de fonds soutenant ou introduisant des nouvelles directives de prise en charge d'une pathologie. Ces différents éléments complexifient la définition des normes dans le domaine de la santé.

Cependant, ce que nous retenons de ces développements théoriques, c'est que les normes en matière de santé englobent les directives qui, quant à elles, actualisent les procédures en fonction notamment de l'évolution des savoirs et des avancées thérapeutiques. Ces procédures sont par la suite inscrites dans un ensemble de comportements, de savoir-faire et de savoir-être soignant. Cet ensemble concerne aussi bien l'adhésion théorique à un certain code de déontologie, que l'adhésion à des référents cognitifs fondés sur la médecine clinique (associant savoir et pratique). Il touche aussi l'organisation des rapports entre les différentes catégories de personnel et avec les patients, via les normes professionnelles. Ces dernières s'acquièrent dans la formation initiale et les processus de socialisation professionnelle. Elles sont pour certaines très codifiées.

Cette acception de la norme nous permet ainsi de distinguer les normes professionnelles comportementales (actualisées par les directives, déclinées en normes de prise en charge concernant une pathologie donnée) et les normes pratiques locales (adaptant les normes professionnelles au contexte d'exercice des soins).

Arrêtons nous aux conditions de productions des normes en tant que procédures diagnostiques et thérapeutiques relatives à une maladie.

1- Comment sont produites les normes ?

Pour illustrer notre propos, prenons l'exemple du changement de protocole de traitement de la tuberculose survenu en Janvier 2002 et décidé à l'issue d'ateliers de réflexions réunissant les différents acteurs de la lutte antituberculeuse. Pour l'essentiel, ce changement de protocole consistait à éliminer la streptomycine du traitement des nouveaux cas. Il impliquait aussi le retrait de la thiacétazone et son remplacement par l'ethambutol lors de la phase de continuation. Enfin, il proposait de nouveaux protocoles thérapeutiques pour les patients TB/VIH et les enfants de moins de douze ans. Ces normes de prise en charge thérapeutique visaient à une standardisation des pratiques à une échelle nationale, dans un même pays et même dans plusieurs pays à l'échelle sous régionale. Cependant, chaque pays a ses propres contraintes économiques, sociales et culturelles qui se retrouvent dans le champ de la santé et

imposent la réadaptation de ces normes aux contextes locaux. Un responsable de l'OMS raconte à ce sujet : *« il y a plusieurs schémas thérapeutiques qui sont proposés, au choix. Et là tout dépend du pays qui opte pour tel ou tel protocole. Mais pour chaque protocole on vous dit quels sont les avantages et les inconvénients. Au niveau du Sénégal, deux journées de réflexion ont été organisées les 11 et 12 décembre 2001 pour discuter, avoir un consensus dans le cadre du traitement de la tuberculose. Des médecins, des universitaires, les représentants de l'OMS, du PNT, [du service] des grandes endémies, des bactériologistes avaient pris part à ces ateliers. Ils avaient ensuite la charge de transmettre l'information dans la structure de santé en attendant les courriers officiels du PNT ».*

Lorsque ces normes adoptées à l'international sont rediscutées au niveau national, il arrive que des blocages surviennent au sujet de leur application, mais aussi dans leurs procédés de transmission. Contrairement aux déclarations de ce responsable nous avons constaté qu'il n'y pas eu de véritable consensus autour de ce nouveau protocole. Un interne affirmait : *« on n'est pas d'accord avec le protocole pour le VIH et le Pr. Chef de Service a fait une proposition dans ce sens au PNT ».*

Dans un autre service, le refus d'adopter le nouveau protocole a conduit à un bras de fer entre le PNT et le chef de service, présent aux ateliers de réflexions. En effet, certains médecins et professeurs ont continué à utiliser l'ancien traitement de première ligne avec la streptomycine pendant la phase intensive et ce, près d'un an et demi après la mise en place de ce protocole. Disposant d'une totale liberté de prescription, les médecins de ce service peuvent ne pas appliquer les directives du PNT : celui-ci ne peut ni les contrôler, ni les contraindre car il n'en ni les moyens, ni les compétences, au regard de sa position dans le système de santé. Mais, dans le cas évoqué, le PNT refusa à un moment donné de commander et de mettre à disposition du service la streptomycine. Autrement dit, si les médecins mettaient ainsi en doute la légitimité de la décision entérinée par le PNT, celui-ci dispose d'un moyen de pression, les médicaments, puisqu'il est le seul à approvisionner les structures publiques du Sénégal en antituberculeux. D'après ces exemples relevés à l'hôpital, où les normes sont prises au piège de l'autonomie, il semble que l'adhésion ou non à une norme dépende de facteurs divers, notamment de la « légitimité » de l'institution dont elle émane ou de la procédure par laquelle sont édictées des directives. L'adhésion aux normes dépend également de la légitimité de ceux qui les contestent.

Nous verrons, dans le paragraphe suivant, que les procédés de diffusion et de transmission des normes par le PNT ne favorisent pas leur maîtrise : leur assimilation se fait progressivement

sur le tas, particulièrement pour les soignants non qualifiés impliqués dans la prise en charge de la tuberculose.

2- Les modalités de diffusion des normes

Deux procédés sont habituellement utilisés par les programmes nationaux pour transmettre des directives, à savoir les notes d'information et les journées de formation.

Dans les centres de santé, le changement de protocole a été transmis à travers une note d'information du PNT. Celle-ci était adressée au médecin chef du centre de santé qui transmettait au responsable de traitement. Comme l'explique ce médecin au Sénégal *« l'information ne passe pas comme il faut. Par exemple pour les nouveaux protocoles, l'ancien médecin chef a participé à la formation de Janvier 2002. A son retour, seulement deux ou trois personnes ont été informées ; ce sont celles qui sont chargées du traitement, alors qu'il devait y avoir un document qui circule au niveau des différents services. Il y a un problème de diffusion d'information au niveau des différentes couches d'une même structure et au niveau de différentes structures »*. Les notes d'information étant détenues par les médecins chefs et les responsables d'unités de traitement, cette centralisation ne favorise pas la diffusion d'une bonne information parmi l'ensemble des agents de la structure comme l'explique un agent de santé : *« l'information est limitée au personnel qualifié et aux unités de traitement alors que tout le monde donne des informations, par exemple tu vois un agent dire à toute une famille de se vacciner parce qu'ils ont un tuberculeux alors que ça ce n'est pas une bonne information »*. La diffusion des normes est contrecarrée par la segmentation des espaces, chacun voulant préserver son « territoire » professionnel. Pourtant à l'intérieur de ces espaces, ces notes d'information sont très peu utilisées. Rejoignant, dans les tiroirs, le manuel du PNT et autres supports d'information lorsqu'ils ne se perdent pas dans les papiers qui envahissent les bureaux, ces documents (manuel et notes) ne sont consultés qu'en cas de nécessité extrême ou d'absence du médecin pouvant déterminer la marche à suivre.

Quant aux formations, elles constituent le second procédé de transmission des normes. Si certains professionnels de santé ont connaissance des procédures de dépistage, de diagnostic et de traitement en vigueur au cours de formations auxquelles ils participent, d'autres, par contre, sont dépendants de l'information délivrée par les responsables ayant assisté aux sessions de formations organisées par les gestionnaires du PNT. Ces formations sont en effet le mode privilégié de transmission des normes aux agents des unités de traitement. Souvent, il

s'agit d'une journée où tous les responsables d'unités de traitement sont convoqués et au cours de laquelle il leur est remis des documents relatifs à l'objet de ces séminaires. Après la formation, les responsables de traitement sont censés faire un briefing rapide à leurs « aides » au niveau des unités de traitement. Dans les faits, généralement, soit les responsables de traitement leur demandent de les observer quand ils reçoivent les malades, soit ils se limitent à l'énonciation des aspects pratiques nécessaires aux tâches quotidiennes : « *maintenant on ne donne que ces comprimés, il n'y a plus d'injections. Tu vois ces comprimés, il faut que tu saches les différencier. Pour ce faire, il te suffit de retenir les couleurs (rouge, blanc et jaune), ou les formes des comprimés ou celles des boîtes* » disait un responsable de traitement à son aide. Ce mode de fonctionnement n'est pas un cas isolé : il nous a souvent été donné de constater que les *feed-back* faits aux aides, et donc la transmission des normes, se font oralement, laissant d'autant plus à penser que le responsable de traitement ne dicte alors que ce qui lui semble important ou nécessaire à la pratique de tous les jours. De fait, les supports de formation distribués sont souvent jalousement gardés. Nous avons aussi constaté que les participants à ces séminaires d'information ne transmettent pas les informations à l'échelle de la structure.

L'acquisition des normes, entendues comme ensemble d'attitudes, gestes et savoirs codifiés et standardisés, peut résulter aussi bien de l'apprentissage sur le tas que de l'expérience. Par exemple, quand on dit : « *devant une toux de plus de quinze jours, rebelle aux antibiotiques il faut demander un examen des crachats* », il s'agit d'une norme édictée pendant les cours et dans les manuels des soignants (infirmiers, médecins), également rappelée lors des sessions organisées par le programme national ; mais elle peut aussi être assimilée dans l'exercice pratique de la confrontation avec les malades, mode de formation plus accessible aux soignants non professionnels.

Par ailleurs, la transmission des normes est remise en cause dans la configuration des structures de santé du fait de la légitimité ou non de la personne qui la transmet.

3- La légitimité de la personne qui énonce la norme

Dans certaines structures de santé, un ASC peut se retrouver, par un concours de circonstances, responsable de l'unité de traitement. Il aura des difficultés à faire appliquer des normes aux Infirmiers Chefs de Postes (ICP). En effet, du point de vue de la hiérarchie sanitaire, ces ICP ne peuvent recevoir de directives de cet ASC, dont la position est plus basse que la leur. Il y a alors une difficulté pour l'ASC de superviser le travail des infirmiers et de

leur faire appliquer les normes. Un des ICP nous racontait : « *Moi, F. ne peut pas me dire ce que je dois faire, moi je suis ICP, lui un ASC, il n'a pas à me dire quoi que ce soit, je suis son supérieur. Il est là parce qu'on a pas pu remplacer l'ancien responsable de traitement qui est décédé mais moi je n'ai pas affaire à lui. Quand j'ai besoin de fiches ou de médicaments, j'envoie mon ASC...* ». De cet extrait, il apparaît qu'ici la non application des normes exprime un refus de la reconnaissance de l'agent de santé comme un pair. Est ainsi affirmé un écart de statuts entre personnel qualifié et soignant non qualifié, dont la position ne se conforme pas à la hiérarchie sanitaire régulant les rapports entre un supérieur et un personnel subalterne. Le fait d'envoyer l'ASC du poste faire ce travail, est une manière pour l'ICP de rappeler au responsable de traitement son véritable statut. En outre, derrière cet exemple relatif à l'affirmation du statut, on peut également percevoir une contestation ou une remise en cause des compétences du soignant dans la mesure où le statut vient ordinairement légitimer les compétences dans la régulation des professions. Cette situation n'est pas spécifique aux centres de santé. Les tensions relatives à l'adoption du nouveau protocole thérapeutique entre universitaires et gestionnaires du programme national peuvent également être situées dans le cadre de la contestation de la légitimité de la source énonciatrice de la norme.

Au-delà des limites des procédés de diffusion des normes, le mode de fonctionnement du PNT influence les pratiques des acteurs et ne milite pas toujours en faveur de l'application des normes véhiculées par cette structure.

Section II : Les effets des contraintes organisationnelles sur la diffusion des normes

En parlant du programme de lutte contre la tuberculose, le professeur responsable des grandes endémies nous disait : « *il n'est pas attrayant, il ne fait pas partie de ces programmes qui organisent des séminaires. Le PNT dépense beaucoup pour son fonctionnement, mais, au niveau technique, il n'y a rien : ce programme n'est pas attrayant. Au niveau du district de Dakar, il faut dire que la tuberculose est négligée alors que c'est un programme privilégié, ils n'ont pas de problèmes de financement. Au niveau périphérique, ce n'est pas motivant comme programme, la personne qui s'en occupe est en contact direct avec la maladie donc il faut définir des formes de motivation, concevoir des stratégies locales adaptées pour la recherche de perdus de vue. Le système est vicieux, la périphérie n'arrête pas de réclamer une motivation, il n'y a pas d'intégration entre les programmes, ni de collaboration à aucun niveau* ». Ces propos rejoignent le constat effectué par un responsable à l'OMS : « *C'est un*

programme géré de manière cloisonnée ; il ne s'ouvre pas aux autres programmes. On le considère comme étant à part et pour lequel les médecins ne sont pas impliqués ».

La tension évoquée entre le manque d'attrait et la relative richesse du programme est sensible, participant effectivement à créer, au niveau central, un certain confinement du PNT et de ses activités de prise en charge à quelques acteurs. En découle une certaine frilosité des gestionnaires du programme à s'ouvrir aux collaborations. En effet, lors de nos différents entretiens, dès lors qu'on évoquait de telles collaborations, ne serait-ce que pour faire face à l'insuffisance de personnel pour mener toutes les missions assignées au programme, les gestionnaires du PNT redoutaient leur caractère « intéressé ». « *Ils parlent de collaboration mais ils lorgnent mon poste* » nous disait par exemple un des membres du personnel du dit programme. D'un autre côté, nous avons pu rencontrer certains de ces potentiels collaborateurs qui confirmaient l'expression récurrente d'une telle crainte au sein du PNT : « *dès que tu te présentes à eux pour une éventuelle collaboration en bactériologie ou pour les cultures nécessaires à l'étude des résistances par exemple ils pensent que tu veux "leur prendre leur pain"* ».

Au niveau des structures de santé, la structuration du PNT génère une forme de rigidité organisationnelle qu'ont en partage d'autres programmes : « *... les programmes spécifiques, souvent appelés aussi verticaux par opposition aux actions horizontales des services de santé de base, relèvent d'une approche par maladie ou par problème plutôt que d'une démarche globale [...]. Si leur nécessité au niveau central s'impose pour décider de normes et de schémas généraux, en revanche toute la difficulté se situe dans leur application concrète, et notamment dans leur intégration aux autres activités des professionnels de santé qui voient d'un mauvais œil la multiplication des tâches qui leur incombent. Cette intégration est d'autant plus délicate que, bien souvent, ces actions verticales sont décidées et financées par des intervenants extérieurs, organismes internationaux ou coopérations bilatérales, qui se soucient plus de reproduire un modèle éprouvé ailleurs que de s'adapter à des structures locales* » (Fassin 1993 : 349). Ainsi, dans les structures de santé, les activités du programme se superposent à l'organisation de la formation sanitaire. Dès lors, les normes édictées par les institutions internationales via les gestionnaires de programmes de prise en charge d'une maladie s'ajoutent à une pluralité de normes auxquelles ont été exposés les personnels de santé qui les ont intériorisées en les réaménageant. Mais, dans le cadre du PNT, cette contrainte prend une configuration particulière, sachant que la logique d'isolement et de confinement de l'unité centrale du PNT se prolonge dans les activités menées au sein des structures sanitaires. Au sein des unités de traitement, les responsables sont à l'interface des

rapports entre le niveau national et la structure de santé et entre cette dernière et les malades. Souvent, ils sont en contact direct avec les gestionnaires de programme mais jouissent aussi d'une grande autonomie professionnelle : la maîtrise de la gestion de la tuberculose que manifestent ces responsables n'encourage pas les contrôles des supérieurs ni les incursions des collègues dans l'organisation interne de l'unité de traitement. Cette maîtrise tend ainsi à créer des espaces de soins monopolisés, confortés par le peu d'intérêt que les médecins, ainsi que la plupart des professionnels de santé accordent à la gestion de cette pathologie vis-à-vis de laquelle ils se posent d'autant plus aisément comme des acteurs incontournables.

En créant des formes d'isolats dans les structures de santé, le style de management du PNT peut créer des conditions propices au contournement des normes au sein de cultures de santé que l'on pourrait ici qualifier de micro-locales. Cependant le style de management du PNT ne suffit pas à rendre compte de l'ensemble des processus affectant les rapports aux normes dans la prise en charge de la tuberculose au sein des structures sanitaires du Sénégal. Voyons comment se font les évaluations dans ces espaces.

1- Les supervisions sont-elles des cadres normatifs pertinents ?

Les supervisions sont des procédés d'évaluation des activités des personnels de santé. Comme le dit Ariel à propos des normes : « *les nouvelles tâches issues du programme devraient être traduites en procédures standardisées, de façon à ce que le travail à effectuer soit facilement visualisable par les exécutants de base, mais aussi par le superviseur qui pourra ainsi mieux assurer le contrôle* » (1991 : 97). Il apparaît que les directives donnent lieu à des standardisations ne visant pas seulement à encadrer le travail des soignants : elles servent aussi à faciliter les contrôles des évaluateurs.

Dans le cas de la tuberculose, ces supervisions sont souvent menées conjointement par des responsables de programme et des représentants du ministère de la santé. Dans les centres de santé, elles se déroulent au cours d'une demi journée. Les responsables de structures sont informés de leur passage. Quand ils arrivent dans les centres de santé, les superviseurs vont voir le médecin-chef pour l'informer de leur présence puis se rendent dans l'unité de traitement. Là, ils contrôlent la tenue du registre, le remplissage des fiches de suivi, comparent les données du registre avec ceux des rapports trimestriels (nombre de perdus de vue, nombre de décès, de retraitement). En cas d'anomalies ou d'erreurs, ils interrogent les responsables de traitement. Ils demandent à voir les stocks de médicaments, puis notent leurs constats et recommandations dans le registre de traitement. « *Ils viennent pour évaluer, ils consultent les registres, ils posent des questions sur le TDO et la décentralisation par*

exemple. Dans le cas de ces centres qui ne le font pas, ils recommandent de le faire » nous racontent les agents de santé.

Au cours de nos observations, nous avons pu relever que des recommandations sont émises et notées dans les registres de traitement et de laboratoire par l'équipe de supervision. Mais ces recommandations modifient d'autant moins les comportements des personnels de santé qu'elles ne sont jamais suivies. Très vite après le passage de ces superviseurs, dès qu'un nouveau malade arrive, on ouvre une nouvelle page du registre et on oublie ce qui a été noté par les superviseurs. Selon les personnels de santé rencontrés, cela s'explique par le fait que, de leur avis, ces supervisions « sont mal conduites ». Les gestionnaires de programme constatent en effet que leurs recommandations restent « lettres mortes » mais ils n'ont aucune capacité de sanction ou de pression sur ce personnel. La supervision étant perçue comme un contrôle par les agents de santé, les registres de même que les fiches de suivi sont remplis la veille des supervisions pour « donner l'impression de bien faire ».

En outre, les superviseurs ont comme interlocuteurs le responsable de traitement qui, dans bien des cas, n'est pas à même de répondre aux questions, ni d'appliquer les normes d'autant plus qu'ils délèguent leurs activités aux aides. Dans le cas de la décentralisation cette délégation peut poser des problèmes d'acceptation des règles chez les professionnels qui ne reconnaissent pas les agents non qualifiés comme des supérieurs, alors qu'ils occupent la fonction de responsable d'unité de traitement.

2-Quand la norme contient les éléments de sa non application.....

Les stratégies de traitement que véhiculent les normes peuvent paraître inapplicables dès lors que l'on ne définit pas les modalités de leur mise en œuvre, notamment les ressources matérielles ou humaines à mettre à contribution. Dans le cas de la tuberculose, certaines stratégies adoptées au niveau central ne sont pas généralisées à toutes les structures publiques de santé au niveau périphérique. Il s'agit notamment du TDO, de la recherche de perdus de vue et de la décentralisation.

En ce qui concerne le TDO, il s'agit d'une stratégie internationale, proposée, testée et appliquée dans plusieurs pays (Malawi, Népal, Inde, etc.) comme composante de la « DOT'S ». Cette stratégie a été adoptée au Sénégal depuis 1991 mais n'est que partiellement appliquée dans les structures de santé. Telle que proposée au Sénégal par le PNT, le TDO consiste en la présence quotidienne du malade, tenu de prendre ses comprimés devant l'agent de santé et dans le centre de santé au moins durant les deux premiers mois de son traitement. Or, il apparaît que ce mode d'organisation n'est pas sans contrainte pour le malade, pour

l'agent et pour la structure de santé de manière générale, ce qui expliquerait en partie la difficulté de sa généralisation à l'ensemble des structures de santé. En effet, pour le malade, on note une perte de temps et de ressources. Les malades arrivent dans le centre vers 8H et attendent l'arrivée des personnels de santé qui se fait entre 8h30 et 9h. La distribution des médicaments commence alors après que le responsable de traitement a dit bonjour à ses collègues, s'est changé et a sorti les fiches et récupéré les feuilles ou carnets de traitement. Elle se fait assez rapidement mais le malade passe au moins une heure dans le centre de santé. Ce laps de temps peut poser des problèmes à ceux qui ont une activité professionnelle et qui se soignent dans leur localité car ils doivent ensuite se rendre à leur lieu de travail : quand on connaît les problèmes de déplacement à Dakar, on peut estimer qu'ils auront perdu la matinée. Pour l'agent de santé, pratiquer le TDO signifie qu'il est tenu à une présence physique journalière et ne peut, en principe, déléguer le contrôle de la prise de médicaments. Cette nécessité de présence est vécue comme une contrainte pour les soignants.

Au niveau du système de santé, il y a des ajustements que les comités de santé ne sont pas toujours prêts à assumer, comme l'achat de verres à jeter ou de sachets plastiques. « *La tuberculose n'apporte rien au centre de santé et on nous demande de faire des dépenses pour ces malades* » nous dit un gestionnaire. Il faut également des locaux et du personnel, ce qui n'est pas toujours acquis : il nous a été donné de voir des responsables de traitement occuper plusieurs fonctions (major, chargé de consultation, superviseur) et qui ne pouvaient donc pas superviser le traitement des malades.

Dans ce contexte, le PNT ne peut imposer l'application effective de cette norme dans tous les centres de santé. Dans l'un d'entre eux, un responsable de traitement, par ailleurs superviseur de soins de santé primaires, nous racontait : « *moi quand ils nous ont parlé de TDO, j'ai tout de suite dit que je ne pouvais pas. D'abord, parce qu'on n'a pas de place, on fait la consultation en même temps que la prise en charge des patients et puis, je ne suis pas là tous les jours. Je demande aux malades de désigner leur superviseur. Mais moi, j'ai été clair dès le début en disant que je ne pouvais pas faire le TDO* ».

Il semble que le PNT a sous estimé les aménagements et l'organisation que nécessite une telle politique. Comme nous le verrons dans l'analyse des pratiques des personnels de santé dans le cas où le TDO leur est imposé, ils arrivent à s'y soustraire en démontrant l'impossibilité matérielle de sa mise en œuvre pour le centre de santé. Quand une norme est difficile à mettre en œuvre, elle fournit les éléments de sa non application.

Une solution à cette situation a été d'introduire de la souplesse dans l'application du TDO. Il a alors été demandé aux agents de santé, notamment dans le cadre de l'essai randomisé, de

donner la possibilité aux malades de choisir dans leur entourage celui qui superviserait leur traitement. Ce médiateur reçoit des comprimés pour une semaine et se charge de superviser sa prise. Cette option constitue une brèche pour les responsables de traitement qui, dès lors, proposaient systématiquement aux patients de désigner un médiateur, comme cela se fait par ailleurs dans d'autres pays, comme le Malawi (Barnejee et al., 2000) ou la Tanzanie (Wandwalo et al., 2004). Les responsables de traitement apprécient cette forme de TDO et affirment que « *ça leur permet d'avoir des résultats significatifs et ce n'est pas contraignant ni pour eux, ni pour les malades* ». En effet, le malade peut reprendre ses activités dès qu'il se sent mieux et ne doit se présenter dans le centre que lors des contrôles de crachats.

Pour ce qui est de la recherche de perdus de vue, elle ne se fait pas systématiquement dans tous les centres de santé (seuls deux sur les huit structures la faisaient). Son application se heurte à des problèmes de moyens financiers et matériels : qui va le faire ? Avec quels moyens ?

Quant à la supervision des postes de santé dans le cadre de la décentralisation du traitement, elle est confrontée à deux contraintes majeures : la légitimité du responsable de traitement et les ressources matérielles permettant de la réaliser. Parmi toutes les structures de santé étudiées, une seule supervise régulièrement les postes où le traitement est décentralisé. L'équipe est alors composée de la responsable de traitement et du médecin adjoint qui évalue à l'aide d'un questionnaire les atouts et les limites de la prise en charge de la tuberculose ainsi que le niveau de connaissance du personnel (Cf. Annexe 5).

Pour ce qui est des moyens matériels, la non disponibilité d'un véhicule ne facilite pas la réalisation de cette activité. « *Je ne supervise pas les postes parce que je n'ai pas les moyens de le faire. Les postes où le traitement est décentralisé sont distants du centre. Qu'ils me donnent les moyens pour que je fasse mon travail...* » expliquent les responsables de traitement. L'ambulance ou le véhicule de service sont souvent utilisés à d'autres fins ou réservés à l'usage exclusif d'un groupe restreint de personnes (l'équipe cadre par exemple).

On peut donc affirmer que les contextes organisationnel et professionnel des structures publiques de santé ne militent pas en la faveur de l'application stricte des normes. Les normes sont pensées en dehors des contextes locaux et se heurtent aux contraintes matérielles de leur appropriation par les soignants et de leur application dans les structures de santé. Quand la mise en œuvre d'une norme implique divers acteurs et s'accompagne de nombreuses contraintes et n'est pas préalablement pensée en situation, son application est largement hypothéquée.

Section III : Culture professionnelle et normes pratiques

Dans le domaine de la santé, les décideurs publics, les bailleurs de fonds ainsi que les gestionnaires de programmes ont eu tendance à considérer les personnels de santé comme des sujets passifs qui appliqueraient les normes telles que conçues par les institutions nationales et internationales, et les structures sanitaires comme des espaces clos régis seulement par des logiques professionnelles épousant les directives édictées. Par ailleurs, les tentatives d'application stricte des normes ont souvent des effets contre-productifs sur les acteurs notamment les patients. Quant aux soignants, ils réadaptent ces normes à leur contexte d'action.

1-Les effets contre-productifs de la normativité

La prise en charge de la tuberculose est basée sur une approche très directive qui n'apparaît pas forcément comme un gage de bonne observance par les malades des injonctions des soignants. Citons l'exemple de D.D. qui nous a été présenté comme un malade à problèmes. Dès qu'il pénètre dans la salle de traitement tous les agents sont autour de lui. C'est un jeune homme âgé de 20 ans qui vient se traiter après avoir abandonné son traitement deux fois de suite. Bien qu'étant sous TDO, il réussissait à tromper la vigilance des soignants en leur faisant croire qu'il avalait les comprimés qu'on lui donnait alors qu'il les jetait, ce qui entraîne sa rechute : « *Quand on lui donnait ses médicaments, il ne les prenait pas. Dès qu'on tournait la tête, il jetait les médicaments dans la poubelle. C'est pour cela qu'on lui donne les comprimés un à un et on le surveille quand il les avale ! On regarde* ». Pour vérifier qu'il les a bien avalés, les agents vont parfois jusqu'à lui demander de bien ouvrir la bouche après. Etant sous protocole de retraitement, il doit aussi subir des injections de streptomycine tous les jours. On envoie l'ASC lui acheter une seringue à la pharmacie pour qu'il puisse faire son injection. Ensuite, l'ASC l'accompagne jusque dans la salle d'injection et attend qu'il finisse de faire sa piqûre. S'il rate un jour de traitement, il est appelé en fin de matinée pour savoir ce qui se passe et au bout de trois jours, s'il ne vient pas, c'est tout le personnel de l'unité de traitement qui se rend chez lui. Ces méthodes policières ne peuvent, certes être appliquées pour tout le monde vu les efforts et les ressources qu'elles nécessitent. Elles ont de plus des effets dé-responsabilisants et infantilisants que tous les malades n'acceptent pas : le patient perd son autonomie et sa capacité de décision. Il est considéré comme incapable de décisions sensées et orientées vers son propre bien-être : seul le soignant est présenté comme apte à lui dire ce qui est bien pour lui et comment faire pour guérir. Cette infantilisation du

patient, souvent mal vécue, peut engendrer des comportements contraires à ceux attendus par le personnel de santé. Comme nous le disait une patiente : « *Dans le centre de santé où on m'avait orienté après mon hospitalisation, celle qui me donnait les médicaments criait toujours. C'est quand ils m'ont adressé là-bas que j'ai commencé à négliger mon traitement. Je ne prenais pas mes médicaments comme indiqué, je le prenais après le petit déjeuner, je les oubliais parfois. Parfois aussi, c'est elle qui oubliait de noter les dotations dans le carnet et après m'accusait d'abandon !* ».

Ces données ne révèlent pas des écarts aux normes édictées par les programmes. En effet, dans ces structures de santé, marginales certes, les agents essaient individuellement d'appliquer rigoureusement les recommandations. Ce sont aussi les structures où les responsables sont animés par un désir de performance qui se mesure au niveau des résultats statistiques. Se développent donc des formes d'implication personnelle de la part de quelques agents dans ces structures. A ce niveau, il convient de préciser que les centres où l'on essaie d'appliquer strictement les recommandations du PNT, notamment avec la pratique du TDO, la recherche de perdus de vue et l'enregistrement systématique de tous les patients mis sous traitement ne sont pas vraiment attrayants pour les malades. Ils n'y vont que quand ils n'ont pas le choix ou ne connaissent pas d'autres recours. Ils iront se faire traiter dans un centre qui ne couvre pas nécessairement leur zone de résidence mais qui a l'avantage de ne pas appliquer les stratégies du PNT. En effet, dans ces centres, les procédures de mise sous traitement et de suivi des patients sont souples. Il n'y a aucune stratégie de recherche de perdus de vue et l'enregistrement de tous les malades en traitement ne se fait pas de manière systématique. Pour se faire accepter facilement dans l'unité de traitement, les patients inventent une adresse fictive aux alentours du centre quelques fois avec la complicité des agents de santé.

2-Entre normes professionnelles et normes pratiques : émergence de la culture professionnelle

Dans les structures de santé, chaque catégorie de personnel est théoriquement soumise à un cadre réglementaire et normatif spécifique. La conformité des comportements quotidiens à de tels cadres normatifs supposerait une hiérarchisation effective des rôles ainsi qu'une définition claire des fonctions entre des personnels au statut hétérogène. Or, cette hiérarchisation et cette définition sont constamment remises en cause par la délégation des tâches des professionnels qui en ont théoriquement la charge et la responsabilité à d'autres catégories qui ne sont pas censées être capables de les gérer. Ces glissements induisent un brouillage des règles, d'autant

plus que la délégation ne concerne généralement que les actes. Dès lors ce ne sont pour l'essentiel que des « normes non dites », ou « normes pratiques » (Olivier de Sardan, 2001 : 92) qui sont transmises par le biais des délégations de tâches et qui tendent à primer sur les normes réglementaires pour structurer le fonctionnement ordinaire des structures. Dans cette perspective, les comportements réels des soignants ne sont pas seulement des dysfonctionnements (tels qu'ils sont généralement analysés dans les différents travaux sur la santé) ou des entraves faites aux normes officielles, mais relèvent plutôt de réadaptations de ces dernières aux conditions d'exercice et au dispositif organisationnel du système de santé. Autrement dit, les comportements, dont on constate qu'ils ne suivent pas les normes officielles, ne sont pas simplement aléatoires mais sont réglés par d'autres normes de fait. Ces adaptations et brouillages facilitent l'insertion des soignants non professionnels dans le système. Ces derniers bénéficient d'un « apprentissage organisationnel » que Tarondeau définit comme « *un phénomène collectif d'acquisition et d'élaboration de compétences, celles-ci étant définies par le caractère pragmatique et contingent* » (In. Rey Vallette, 2006 : 101). Forts d'un tel apprentissage, spécifique au contexte concret de la prise en charge de la tuberculose, les soignants non professionnels vont pouvoir déployer leur savoir-faire dans les routines organisationnelles des unités de traitement où ils travaillent, en conformité avec les comportements « conventionnels » des responsables de traitement. Ce sont les normes auxquelles sont censés se référer les professionnels, mais qu'ils adaptent au quotidien de sorte qu'elles soient accessibles aux non professionnels pour conformer leurs propres comportements dans le cadre de cet apprentissage organisationnel.

A titre illustratif, prenons l'exemple de cet ASC recruté dans un centre de santé depuis deux ans. Au début, il était chargé seulement du nettoyage du laboratoire : sols, paillasses, lames. Puis, une fois par semaine, il est venu aider la responsable de traitement lors de la distribution des médicaments en prenant le nom des malades par ordre d'arrivée et en comptant les comprimés. Ensuite, avec l'extension du centre, a été créée une unité de traitement avec un bureau séparé. L'ASC a alors été détaché dans ce service pour seconder la responsable, très occupée par ailleurs : assistante sociale, elle a la charge du volet « Education pour la Santé » et est membre de l'équipe cadre ; elle est donc souvent absente même si elle passe dans le service presque tous les matins avant d'aller aux réunions et autres formations. L'ASC a progressivement appris à inscrire les malades dans le registre. On constate, en l'observant avec les malades (et surtout en l'absence de la responsable) qu'il tente de reproduire le comportement de celle-ci mais en y rajoutant une forme d'arrogance. Il occupe le bureau de l'assistante sociale, parle aux malades de la même manière qu'elle et élève le ton parfois pour

montrer son autorité. Mais, assumant ce rôle, il « omet » d'expliquer ce qu'est la tuberculose, ses modes de transmission, la nécessité de suivre le traitement ou encore ses effets. Il se contente de dire : *« tu as la maladie de la toux [tuberculose]. Montes sur la balance que je prenne ton poids. Voilà, il faut que tu prennes ces comprimés, je t'ai donné la dotation pour une semaine, tu reviens dans une semaine »*. Une fois le malade parti, il remarque : *« j'ai oublié de lui parler de prendre un mouchoir pour se protéger la bouche »*. Cette façon de procéder reproduit ce que nous avons constaté, au cours de nos observations, chez la responsable qui avait plusieurs fois fait la même réflexion : *« j'ai oublié de lui parler des mesures d'hygiène mais je le ferai la prochaine fois ! »*.

Le glissement des statuts et des tâches n'est pas la seule modalité de fonctionnement par laquelle les normes se trouvent brouillées. En effet, les normes sont réadaptées et réintégrées dans les pratiques quotidiennes. A titre d'exemple, nous pouvons citer la mise à contribution des malades dans la recherche de perdus de vue. Celle-ci fait partie des activités des unités de traitement mais les soignants ne pouvant l'effectuer, du fait de l'indisponibilité des moyens de déplacement (ambulance ou véhicule de service), demandent aux patients habitant dans le même quartier de le faire à leur place. Dans les rapports envoyés au programme national, ils n'omettent pas de noter qu'ils effectuent la recherche de perdus de vue. De même, dans les laboratoires, la non utilisation des gants est jugée comme dangereuse mais les personnels de santé confrontés à la pénurie de ces instruments trouvent d'autres moyens de se protéger en utilisant de l'eau de javel.

Dans les structures publiques de santé, les normes sont sans cesse réinterprétées, réajustées pour s'intégrer à la culture professionnelle des services dans lesquels elles s'appliquent. J.-P. Olivier de Sardan (2001) a étudié ces processus d'appropriation et ré-interprétation des normes dans les pratiques des centres de santé au Niger. A ce propos, il utilise le concept de « culture professionnelle locale » : *« 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 main » 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 » (2001 :68).*

Parallèlement, le contournement des règlements par la substitution de règles informelles constitue un procédé courant dans les structures de santé. Cette pratique participe de la construction d'une culture professionnelle locale antagoniste à la culture professionnelle. Par

exemple, dans un poste de santé, l'ASC chargé de la prise en charge des malades leur demande 200 frs CFA avant de leur remettre leur dotation en médicament. Il nous dit : « *je sais que le traitement est gratuit mais ça me permet de vivre parce qu'avec ce que je gagne je ne m'en sors pas* ». Ces propos sont avalisés par l'infirmier chef de poste qui explique cet état de fait en observant que cet ASC a deux femmes et qu'il ne peut faire face avec les 30 000 frs versés par le comité de santé. « *C'est pour l'aider que je laisse faire* » dit-il. Dans ce cas de figure, les contraintes économiques et sociales priment sur les normes professionnelles. Les écarts aux normes ne sont pas nécessairement synonymes de leur méconnaissance chez les personnels de santé, comme on serait souvent tenté de le croire. Précisons d'ailleurs que ces substitutions ne sont pas le seul fait des soignants non qualifiés. Les propos de ce technicien de laboratoire sont assez illustratifs lorsqu'il explique : « *le paiement des examens de contrôle de crachats n'est pas prévu par le PNT et le dépistage doit se faire à 500 frs, mais moi je demande 1 000 frs pour le dépistage et 500 frs pour le contrôle qui ne se fait que trois fois pendant la durée du traitement. Je le fais parce qu'on travaille avec des stagiaires qui ont besoin de petit-déjeuner, de transport, de même que le manipulateur (moi-même) qui en a besoin aussi. C'est une participation symbolique du malade pour aider le manipulateur, et puis le responsable du laboratoire est au courant, je ne m'en cache pas* ».

Ces écarts aux normes de diagnostic semblent être légitimés ou justifiés par les conditions sociales et économiques des soignants, mais les modalités de prise en charge de la tuberculose n'y sont pas étrangères. Essayons de comprendre ce qui explique ces entorses aux normes.

Section IV : Pratiques des soignants : les tentatives de légitimation des écarts

Les études récentes menées dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest révèlent « *des écarts 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* » (Y. Jaffré, & al. 2003 : 52). Comme nous allons le voir, les normes sont repensées et réadaptées en fonction des réalités du fonctionnement quotidien de ces structures. Souvent confrontés à une pluralité de normes (sociales, professionnelles), les acteurs procèdent par sélection, détournement et réinvention des normes officielles en normes pratiques s'intégrant mieux à leur culture de service, à l'exercice quotidien de leur activité jusque dans leurs interactions avec les malades. On note un décalage certain entre l'exercice quotidien des actes de santé et les normes et conduites transmises au cours des programmes de formation. De ce point de vue, le rapport que les personnels de santé entretiennent avec les normes est intéressant à analyser parce que,

d'une part, l'assimilation de ces normes se fait souvent lors de processus de socialisation qui ne sont pas eux-mêmes homogènes, et parce que, d'autre part, les contraintes organisationnelles auxquelles font face les personnels de santé ne facilitent pas leur application. Les personnels de santé mettent donc en œuvre des stratégies de légitimation des déviances faisant apparaître les normes moins contraignantes. *« Ils ne savent pas ce qui se passe sur le terrain, ils s'enferment dans leurs bureaux et vous demandent d'appliquer à la lettre ce qu'ils disent. Nous on dit oui et quand ils partent on fait ce qui nous semble plus adapté »* nous disent soignants et techniciens de laboratoire à propos des recommandations du PNT. Pour expliquer les libertés prises par rapport aux normes de prise en charge de la tuberculose, deux facteurs sont essentiellement mis en avant par les soignants : l'expérience et la routine. L'application stricte des normes inhibe les velléités innovantes des personnels de santé à partir de l'expérience accumulée, tandis que la routinisation des pratiques prend parfois des allures de négligence.

1- L'expérience suffit-elle pour justifier les écarts aux normes ?

Malgré la présence d'une diversité d'agents dans les unités de traitement (n'ayant ni les mêmes formations, ni le même statut et n'ayant pas été recrutés sur les mêmes principes, mais effectuant les mêmes tâches), la connaissance et l'application des normes et directives des différents programmes de santé semblent aller de soi pour leurs gestionnaires comme parfois pour les responsables de structures. Or, les agents ne sont pas des acteurs passifs du système. Au fil de leur confrontation avec la tuberculose, les uns comme les autres, vont accumuler des bribes de connaissances, de savoir-faire qui, entre tâtonnements et incertitudes, vont se sédimenter et s'exprimer dans les pratiques quotidiennes en termes de compétences. Ce processus d'accumulation des savoir faire, qui n'est rien d'autre que l'expérience, est constitutif du rapport aux normes. L'expérience peut être considérée comme un mode d'acquisition de compétences et nous la définissons ici comme l'ensemble des savoirs et savoir-faire construits au fil du temps, et qui résultent de l'acquisition de connaissances par l'exercice de la fonction soignante, que ce soit dans le cadre formel de formations ou dans celui des interactions avec les autres soignants et avec les patients.

A.S. est agent sanitaire depuis près de 25 ans et il est responsable d'une unité de traitement depuis cinq ans dans un centre de santé. Son bureau se situe au fond de la cour du centre et il est le seul à y aller. Malgré la mise en place des nouveaux protocoles en 2002, en cas de retraitement (rechute, échec, reprise du traitement après abandon), il décide de recommencer

le traitement comme s'il avait affaire à un nouveau malade, et ne donne donc pas de la streptomycine, contrairement à ce qu'indiquent les normes de prise en charge du PNT. Interrogé sur la question, il explique : *« je suis dans cette région depuis bien longtemps, je connais les gens, si tu leur prescris les injections ils n'iront pas les faire tous les jours vu qu'ils habitent souvent dans des endroits très éloignés d'un poste ou du centre de santé. En plus, ils ne vont revenir dans le centre que quand ils n'auront plus une injection ce qui peut être long s'il ne respecte pas la prise journalière. Et puis je l'ai testé et ça marche. J'avais un patient âgé d'une cinquantaine d'années, il prenait son traitement mais à cinq mois sa bascilloscopie était positive. Là, je lui ai proposé de reprendre le traitement comme au début, c'est-à-dire RHZE pendant deux mois. C'est ce qu'on a fait et ça a marché. C'est ça l'expérience qui permet d'appliquer ce même traitement aux malades dans le même cas, sans avoir à les traumatiser avec des injections. Au PNT, ils ne connaissent pas les réalités du terrain, ils s'enferment dans leur bureau et veulent que tu appliques à la lettre ce qu'ils te disent ! »*.

L'attitude de cet agent témoigne d'une certaine volonté des soignants de se démarquer de l'autorité, représentée par le PNT dans ce cas de figure, et de marquer une autonomie professionnelle qui se constitue à la fois à partir de références aux normes et d'éléments de maîtrise du contexte de l'action. La confrontation avec la pathologie sur le terrain favorise le développement de compétences dans le cadre de sa prise en charge et forge l'expérience. Ces expériences, quand elles sont accumulées et capitalisées, peuvent jouer en défaveur de l'application stricte des normes. Même si l'introduction de normes par la mise en place d'ordinogrammes, de conduites à tenir, vise la standardisation des protocoles thérapeutiques, elle est perçue par les soignants comme inhibant leur inventivité et contribuant à la dévalorisation de leur savoir-faire. Les savoir-faire se forment avec l'expérience. Or, l'application des normes ne permet pas l'expression de ces compétences.

En allant dans le sens de l'homogénéisation, la standardisation des pratiques renvoie à des préoccupations de santé publique, lesquelles sont sans doute accentuées dans un contexte comme celui du Sénégal, où les prescripteurs et plus généralement ceux qui conduisent les consultations ne sont pas tous des médecins avec les savoirs et compétences que ce statut recouvre ; mais d'un autre côté, cela n'est pas sans affecter la représentation que l'infirmier a de sa fonction fondée sur l'expérience de soins.

2- L'application des normes.... entre routine et négligence

La standardisation des pratiques dans laquelle sont diffusées ou s'expriment les normes débouche sur un processus de routine, d'enchaînement de gestes ou de déroulement d'une action « sans surprise » (Strauss, 1992). Nous estimons que cette routine s'apparente aux habitudes, telles que définies par M. De Certeau dans un domaine assez éloigné des pratiques de soins, à savoir les préparations culinaires. Il évoque « l'habitude » dans la préparation d'un plat du jour et affirme à ce propos : « *Chaque habitude alimentaire compose un minuscule carrefour d'histoires. Dans « l'invisible quotidien » sous le système silencieux et répétitif des servitudes dont on s'acquitte comme par habitude, l'esprit est ailleurs...sous le masque de l'évidence première, s'empile en fait un montage subtil de gestes, de codes, de rythmes et de choix, d'usages reçus et de pratiques coutumières* » (1994 : 240). L'observation des pratiques des soignants donnant quotidiennement leurs médicaments à plusieurs malades laisse apparaître une répétitivité des gestes telle l'exécution d'un rituel. Ceci est aussi valable pour la mise sous traitement des nouveaux malades. Rappelons que la prise en charge de la tuberculose se caractérise par une certaine routine découlant à la fois des procédures thérapeutiques quasi invariables pour tous les malades et de l'absence de motivation des soignants, particulièrement ceux qui sont qualifiés. Les propos de cette infirmière sont assez illustratifs de cet état de fait : « *Au PNT, tu n'apprends rien du tout, c'est toujours la même chose, alors que dans les autres services à chaque fois qu'un malade se présente tu apprends quelque chose de nouveau. C'est vrai, à la consultation ou aux hospitalisations, tu vois toute sorte de maladies et ça ça te fait de l'expérience, c'est toujours des nouveaux cas, alors qu'ici c'est la routine. Ce sont les mêmes malades avec les mêmes plaintes, les mêmes symptômes et les mêmes traitements !* ». A. Giddens définit la routinisation comme « *le caractère habituel, tenu pour acquis, de la vaste majorité des activités qu'accomplissent les agents dans la vie sociale de tous les jours* » (1987 : 443). La mise sous traitement des nouveaux cas, le suivi des patients au quotidien deviennent un rituel dont l'accomplissement a tendance à s'effriter avec la démotivation des agents et l'influence d'une culture de service, où les perceptions et représentations de la tuberculose comme maladie dangereuse et stigmatisante participe à la mise à distance des patients et donc à l'instauration d'une relation thérapeutique dépersonnalisée.

Il semble que la conséquence de cette routinisation des pratiques, soit une sorte de négligence généralisée qui va jusqu'à produire des erreurs qui peuvent nuire aux malades sans être

sanctionnées (nous y reviendrons plus tard). Cette situation est la conséquence du fait que les professionnels les plus qualifiés (à savoir ceux qui maîtrisent le corpus de connaissances fondant la pratique sur le savoir), les infirmiers et assistants sociaux notamment, s'impliquent très peu dans la prise en charge de la tuberculose. Cette absence d'implication fait d'autant plus apparaître aux soignants non professionnels la mise sous traitement antituberculeux comme une formalité quasi-administrative, se limitant à l'inscription au registre des malades sous traitement avec pour contrepartie la remise de médicaments. Dans la pratique on remarque que ces soignants oublient les ajustements en fonction du poids ; le malade est alors en sur ou en sous- dosage. Des malades sont subitement mis sous protocole de retraitement sans que cela ne se justifie (pas d'échec de traitement ou de rechute) et au bout de quelques jours, on leur retire la streptomycine. Parfois, les examens de suivi ne sont pas faits à temps ; c'est pourquoi il n'est pas rare de voir des malades prendre les médicaments de la première phase pendant près de trois à quatre mois au lieu de deux mois. Il s'agit surtout des centres où les fiches de suivi ne sont pas régulièrement mises à jour. L'analyse du registre de traitement (cf. Annexe 3) montre que le recueil des informations concernant les malades mis sous traitement comporte des anomalies : au moment de l'enregistrement du malade, seul le nom et le régime thérapeutique sont mentionnés, il n'y ni prénom, ni adresse, ni âge, ni résultat initial ; les bulletins d'analyses ou le papier permettant d'entamer le traitement sont conservés dans un journal ; c'est un petit papier où sont inscrites les dates de dotation qui permettent de faire le suivi.

La standardisation à laquelle renvoient les normes, légitime la délégation de certaines tâches. La norme trop standardisée conduit à encadrer des actes de soins plus que des comportements professionnels, contribuant ainsi à produire cette routine.

Au niveau des laboratoires également, des écarts à des normes de conduites peuvent être relevés. On les repère dans la préparation des réactifs ou lors de l'étalement des lames. Concrètement, en ce qui concerne l'étalement par exemple, il doit se faire selon des règles précises édictées par l'UICMR et l'OMS, et reprises par le PNT. Cependant, ces règles ne sont pas respectées, même si, généralement, les premières étapes concernant l'identification sont faites. Par exemple, le séchage des frottis, alors qu'il doit se faire exclusivement à la flamme, est quelque fois effectué à l'aide d'un séchoir. Ensuite, pour la coloration, le filtrage de la fuschine n'est pas respecté : elle est directement versée sur la lame. De même, les lames sont directement placées sous la flamme. De plus, lors de l'étalement, les techniciens choisissent de mettre juste un peu de réactif sur la lame pour « économiser » le produit. « *Ce que je fais* », dit un technicien de laboratoire : « *je mets les réactifs juste sur le prélèvement,*

comme ça je n'aurais pas à le préparer tout le temps ! ». Ainsi, ils n'auront pas à préparer régulièrement des réactifs d'autant plus que les produits utilisés sont jugés corrosifs. Par contre, bien que les normes recommandent, lors de la manipulation des crachats, de mettre des gants et masques parce qu'il s'agit de la partie la plus dangereuse, cela n'est pas respecté, que les gants ne soient pas disponibles ou que d'autres raisons soient invoquées : la chaleur en zone rurale, mais aussi la routine, le manque d'habitude. On nous a souvent dit « j'ai l'habitude de prendre les pots et de travailler à mains nues donc même s'il y a des gants je ne les utilise pas c'est par habitude ».

De ces descriptions, il apparaît que la routinisation des pratiques participe à l'érosion des normes et à l'effritement du professionnalisme dans les gestes. Les personnels de santé sélectionnent dans les normes ce qui leur paraît le plus utile voire plus confortable dans leurs interactions quotidiennes avec les malades. Se construit ainsi un tronc commun d'attitudes et de savoirs mobilisés par les soignants qualifiés, ou non qualifiés, dans leurs activités quotidiennes de prise en charge d'une pathologie. De plus, dans des conditions d'exercice de la médecine au Sénégal, ni les soignants, ni les usagers ne sont prêts à accepter la rigidité que l'application rigoureuse des normes induit dans la gestion d'un service. Les interactions soignants- soignés illustrent de manière édifiante les mécanismes de contournement des contraintes ainsi que les assouplissements apportés aux normes de suivi du traitement de la tuberculose.

Section V : La difficile application des normes : les négociations soignants- soignés

Précisons que, dans ce chapitre, nous nous intéressons uniquement intéressés aux processus de négociation mis en jeu dans le cadre des interactions soignants-soignés, dans la mesure où nous estimons que le principe de délégation des tâches, que nous analyserons dans le chapitre suivant, rend mieux compte des procédés de négociation usuels dans les rapports entre soignants.

Si on compare en particulier, les structures de santé aux services publics en général, on constate que les premières n'échappent pas à l'improductivité qui caractérise les seconds. Dans tous ces services, les formes de sociabilité priment sur l'exécution des tâches. De plus, la démotivation des agents de santé, ainsi que les écarts entre activités demandées et activités effectivement effectuées, influencent les conditions d'exercice professionnel. Constat confirmé par les propos de cette assistante sociale : « *dans la fonction publique les gens ne travaillent pas, même quand tu essaies de faire ce pour quoi tu es recruté, tu te heurtes à des*

blocages, on te crée des problèmes en pensant que tu veux les mettre en mal avec le MDC. On te prend pour une folle, on arrête pas de te dire : « repose toi ! Ici, il n'y a pas autant de travail ! (litt. : yaw nopalul, fi liguey bobu amufi !). Et si tu ne fais pas attention ou si tu n'es pas consciencieux, tu te laisses aller et tu fais comme eux ».

Cependant, comme nous allons le voir, l'analyse des interactions entre malades et responsables de traitement révèle que la prise en charge de la tuberculose est marquée par des négociations, dont la conséquence est la marginalisation des pratiques professionnelles strictement normatives. Parlant des fonctionnaires en Afrique, D. Darbon notait : « *la socialisation des fonctionnaires se réalise plus par ajustement individuel à des pratiques professionnelles constituées en marge des normes que par rapport à des normes statutaires interprétées par les pratiques sociales. En d'autres termes, la norme statutaire et les règles professionnelles n'apparaissent que de façon résiduelle dans l'ensemble des référents autour desquels le fonctionnaire cadre ses conduites et interprète les règles pour les assouplir* » (2001 : 31). Ce qui nous conduit à dire que l'application des normes dans la prise en charge d'une pathologie est reléguée à la périphérie des conduites des personnels de santé. Dans le cas de maladies chroniques, les arrangements et la négociation permettent l'humanisation des rapports entre soignants et malades.

Les maladies chroniques, avec un protocole lourd, du fait du nombre élevé de comprimés et éventuellement des effets secondaires, impliquent souvent des processus de négociations entre soignants et soignés. Pour arriver à des résultats satisfaisants, les soignants usent de la persuasion – en montrant de la sollicitude tout en essayant d'être convaincants - avec les malades pour qu'ils n'arrêtent pas leur traitement avant terme. Inversement les malades vont verser dans la négociation pour tenter de gagner des faveurs du responsable de traitement (avoir plus de comprimés, se faire recommander dans un autre service, faire consulter gratuitement un proche, etc.). Dans ce cadre on peut affirmer avec R. Bourque & C. Thuderoz, qu'étant intégrée à tous les domaines sociaux, la négociation s'est banalisée et est devenue « *un principe légitime de régulation sociale* » (2002 :4). Nous verrons dans le paragraphe suivant les procédés mis en œuvre par chaque partie engagée dans des processus de négociation perpétuelle.

1-La négociation interindividuelle

La négociation vise à établir un réseau de soutien entre acteurs. C'est un processus de communication verbale que l'on définit généralement comme : « *traiter pour, obtenir, ou*

arranger par un marchandage, une discussion ou un accord » ou encore « *traiter ou marchander avec une ou plusieurs personnes. Se concerter avec une autre personne pour arriver au règlement d'une affaire* » (Strauss, 1992 : 245). Le processus continu de négociation participe du brouillage des frontières d'action des différents acteurs. La négociation est au cœur des interactions et met en présence divers individus ayant des intérêts divergents mais partageant un même champ d'action. Les normes sont réajustées en fonction des logiques individuelles de négociation. Ces réajustements qui prennent la forme d'« arrangements », visent à prendre en compte les intérêts des acteurs sur le terrain et servent, par ailleurs, à légitimer leurs comportements. Les personnels de santé se rendent de plus en plus compte que contraindre les malades à se traiter est particulièrement difficile dans le cas de maladies chroniques. Alors il faut « *arranger* », « *fermer les yeux* » pour encourager le malade à se traiter jusqu'au bout.

I.F est un patient qui suivait son traitement avec détermination mais qui a fait une rechute au bout de deux ans. Il avait un emploi précaire de frigoriste qu'il ne pouvait continuer d'exercer du fait de l'épuisement qu'il ressentait. Il ne vit pas avec sa famille et loue une chambre dans un quartier populaire de Dakar. Etant sous TDO, il lui arrivait de ne pas faire ses injections régulièrement et de rester assis un moment dans la cour du centre de santé pour se reposer après avoir pris son traitement. La responsable de traitement l'ayant remarqué, l'interpelle à ce sujet. Il lui explique alors que sa situation financière ne lui permet ni d'acheter une seringue chaque matin, ni de manger après avoir pris les comprimés. Il se sent alors très mal, il a des vertiges et des crampes à l'estomac. Sur ce, il demande au responsable de traitement s'il peut être aidé, d'autant qu'il ne croit pas pouvoir continuer à se traiter avec le ventre vide. Après discussion avec le médecin chef du centre de santé et le gestionnaire, ils s'accordent pour lui payer le petit déjeuner et les seringues au moins pendant deux mois. Comme on le voit, le fait d'évoquer des problèmes sociaux peut jouer en faveur des malades, les soignants étant souvent sensibles à ce type d'argument qui peut justifier l'arrêt du traitement. Les sociologues des organisations, notamment R. Sainsaulieu et al. définissent la négociation comme « *un acte relationnel où se marchandent des gestes, des attitudes ou des capacités d'action. La négociation apparaît comme un mode légitime de structuration des jeux organisationnels, dont l'enjeu est l'accroissement, pour chaque membre de l'organisation, d'une zone d'incertitude (ou d'autonomie, donc de plus grande liberté d'action)* » (1995 : 22). Les responsables de traitement acceptent des accords pour ne pas perdre le malade qui risque d'arrêter son traitement, plutôt que de se plier aux normes. La démarche consistant à se conformer au respect strict des normes n'est pas toujours facile, et quelque fois ils sont

obligés de « s'arranger » avec les patients lorsqu'ils voient qu'ils risquent d'arrêter leur traitement pour pouvoir voyager. On peut alors assister à une sorte de chantage de la part des malades qui disent aux responsables de traitement : « *de toute façon même si vous refusez de me donner les comprimés je partirai* ». Cette situation est d'autant plus fréquente lors des manifestations religieuses comme le Magal de Touba³⁹ ou encore pour répondre à l'appel du marabout qui demande de travailler pour lui. Dans ces cas de figure, l'argument qui leur est opposé par les personnels de santé, à savoir « *il vaut mieux te traiter et partir, où il vaut mieux être en bonne santé que de suivre le marabout* », ne tient pas.

2-Négociateur à distance

Voilà un message écrit par un malade à un responsable de traitement :

Dr. S. À l'hôpital Municipal

C'est moi M. D. à Kidira qui t'écris cette note. C'est pour ma dotation en comprimés. La dernière fois tu m'avais envoyé pour deux mois. Mais les comprimés sont finis il y a longtemps. J'ai eu des problèmes financiers cause pour laquelle je n'ai pas pu envoyer mon enfant. Cette fois-ci je veux que tu m'augmentes même si c'est pour un mois. Je veux que tu me donnes pour 3 mois parce que mes moyens sont très limités. Je ne peux même pas assurer mes déjeuners par jour.

Je te salue, je salue ta famille.

J'espère que tu comprendras.

De Kidira, d'où t'écrit M.D.

Ce type de demande se rencontre davantage en milieu rural, où l'éloignement entre centres de traitement et zones d'habitation des malades ne facilite pas les déplacements réguliers. Les malades profitent du passage d'un parent en ville pour lui demander d'aller chercher leur dotation ou leurs résultats d'analyse. Souvent, le responsable de traitement accepte de remettre les comprimés en donnant comme consigne qu'il faut que le malade se présente quand les médicaments seront terminés, afin d'effectuer les contrôles nécessaires au suivi. De cet exemple, il apparaît que le traitement se fait à distance, ce qui pose des problèmes dans le suivi du malade. On peut supposer que ce malade a abandonné son traitement pendant un temps assez long et que le contrôle du deuxième mois ou du cinquième mois n'a pas été fait.

³⁹ Magal est un terme Wolof qui signifie rendre hommage, magnifier, célébrer. Le Magal de Touba est une manifestation annuelle regroupant les mourides essentiellement pour célébrer le départ en exil de Cheikh Ahmadou Bamba, fondateur de la confrérie mouride et de la ville de Touba.

Le malade peut être en échec de traitement sans que ne le sache le responsable de traitement qui a instauré ce genre d'arrangement pour des malades n'habitant pas dans la capitale régionale où se trouve le seul centre de traitement.

Les normes de prise en charge sont ici mises à mal et de diverses manières : d'abord le malade a arrêté son traitement pendant une période que l'on peut supposer longue. Par conséquent, la logique médicale serait de demander un examen de crachat pour savoir s'il faut le mettre sous schéma de retraitement ou non, avant de lui donner quelque comprimé. Le responsable de traitement doit aussi tenir compte de l'état du malade, notamment avec la surveillance des effets secondaires de certains antituberculeux, ce qui est impossible dans ce cas de figure.

3- L'usage des registres sociaux

La négociation déborde le cadre restreint de la relation thérapeutique pour investir des registres sociaux qui prennent alors le dessus sur cette première forme de relation. Le fait de s'inviter dans le milieu social du malade peut être plus pertinent que l'application des normes dans un cadre qui ne favorise pas toujours les échanges. Un responsable de traitement nous racontait : *« les malades sont très sensibles aux visites ou aux coups de téléphones. Je vais de temps en temps leur rendre visite. Ils se sentent valorisés et te considèrent comme un proche »*. L'enjeu de cette démarche contribue à instaurer une relation de confiance entre soignants et soignés.

Dans certains cas, les processus de négociation font intervenir des registres sociaux comme la parenté à plaisanterie ou les catégories sociales. Pour justifier le fait que des comprimés leur sont remis, on évoque leur appartenance à un groupe social pouvant se permettre de demander tout ce qu'il veut à des personnes d'une catégorie « noble » ou l'entretien de relations personnalisées. *« Le vieux S. il vient de temps en temps demander des médicaments. On lui donne pour l'arranger, On lui donne pour éviter la discussion, pour nous débarrasser de lui. C'est un vieux, un « laobé » qui est commerçant au marché à côté et puis dès qu'il se sent soulagé on ne le voit plus »* nous dit-on.

Certaines « personnes », dont la preuve de la maladie n'est pas apportée (examens de crachats positifs ou diagnostic avéré de tuberculose extra pulmonaire), recevaient des comprimés alors qu'ils n'avaient fait aucun examen leur permettant de bénéficier du traitement, et ne sont pas enregistrés dans le registre du PNT. Ils viennent assez régulièrement demander des comprimés « parce que cela soulage la fatigue ».

Une autre forme de comportement favorisant la négociation de faveurs est la déférence, se traduisant par une gêne dans les gestes et attitudes vis-à-vis du responsable de traitement. *« Avec le TDO, il y avait des jours où je n'avais même pas de quoi acheter le petit déjeuner, à plus forte raison prendre le car pour venir ici. Donc, j'ai discuté avec la responsable de traitement qui me donnait des comprimés pour un temps, mais en fait je sais que c'est une femme qui est très bien et très gentille. Elle comprend ma situation. Je suis gênée quand je lui ai demandé ce service mais elle a accepté ».*

De ces descriptions, nous pouvons affirmer que la négociation apparaît comme un moyen de légitimer les actions des différents acteurs en relation dans les structures de santé. Face à la rigidité des modèles organisationnels, les usagers, à l'instar des personnels de santé mettent en œuvre des stratégies de contournement des règles. La négociation peut aussi être mobilisée pour simplifier une démarche sans que la règle ne soit fondamentalement remise en cause. Les structures de santé peuvent alors être perçues comme des lieux de négociation permanente entre personnels de santé, et entre soignants et soignés. En effet, se présentant généralement comme des lieux fortement hiérarchisés, elles sont structurées par des rapports de pouvoir, des enjeux d'autonomie et des quêtes de légitimité. La présence de situations de négociations contribue à modeler la délivrance et l'interprétation des messages de prévention, l'accès aux soins dans un contexte donné et influe sur les conditions de suivi des conseils reçus et d'observance des prescriptions médicales.

Conclusion

Chaque étape de la trajectoire professionnelle des soignants est marquée par un cadre normatif où des règles sont diffusées et intériorisées. Ces dernières s'actualisent et se renouvellent au cours de la pratique. De plus, les soignants ayant des trajectoires très différenciées, les références professionnelles ne sont pas les mêmes. Dès lors, les normes de prise en charge viennent se superposer aux normes comportementales et sont à leur tour soumises aux règles organisationnelles et aux cultures professionnelles locales. Or ce sont essentiellement ces dernières qui structurent les savoir-faire et savoir-être des non professionnels, lesquels en l'absence d'accès aux formations (initiale mais aussi continue), ne sont jamais intégrés au système d'acquisition des normes comportementales qui fondent la pratique médicale professionnalisée. De plus, les espaces professionnels sont modulés par des règles hiérarchiques, des rapports d'autorité et de liens de subordination autour desquels se structurent les interactions entre soignants. Le chapitre qui suit, vise à décrire la manière dont

s'expriment les jeux de pouvoir et les rapports d'autorité dans le contexte des structures de santé où les règles institutionnelles de fonctionnement sont redéfinies par une multiplicité d'acteurs au gré de leurs logiques sociales et leurs contraintes économiques.

Chapitre VIII : Les interactions entre soignants : les formes d'expression de l'autorité dans les structures publiques de santé

Introduction

La question de l'autorité et du pouvoir constitue l'un des thèmes centraux des sciences sociales. Déjà dans les années 1910, M. Weber identifiait trois formes de domination. Décrivant le modèle bureaucratique, caractéristique des institutions modernes, il écrit : « *la bureaucratie se matérialise sous la forme d'une organisation où le type d'autorité est à caractère rationnel-légal. Cette forme d'organisation repose sur des règles abstraites, écrites et impersonnelles. Les hommes qui exercent l'autorité sont choisis selon leur compétence. Ils appartiennent à une hiérarchie fonctionnelle où les contrôles et voies de recours sont clairement déterminés* » (1922 : 289). Les structures de santé au Sénégal obéissent à ce mode de fonctionnement. Ainsi, elles se présentent et sont conçues comme des milieux professionnalisés et fortement hiérarchisés. Elles sont le lieu d'expressions, de manifestations mais aussi de négociations du pouvoir. Des règles hiérarchiques censées structurer les interactions sont définies, notamment avec les organigrammes. Cependant, le contexte actuel des structures de santé est marqué par une redéfinition des contours professionnels dans l'improvisation et le tâtonnement, bref dans le brouillage des références et des modèles professionnels. De nouveaux soignants ont fini par s'imposer en acquérant et revendiquant des compétences tout en adoptant des attributs professionnels. Leur intrusion dans les structures de santé remet en cause cette forme d'organisation hiérarchique. De ce point de vue, nous proposons dans ce chapitre de décrire les jeux des acteurs face à l'autorité et au pouvoir, à travers les interactions qui semblent déterminantes dans le positionnement des uns et des autres. En effet, « *le pouvoir n'est pas quelque chose qui s'acquiert, s'arrache ou se partage, quelque chose que l'on garde ou qu'on laisse échapper, le pouvoir s'exerce à partir de points innombrables et dans le jeu des relations inégalitaires et mobiles* » (Foucault, 1994 : 194). Nous posons ici l'hypothèse selon laquelle les représentations de l'autorité affectent la légitimité des soignants professionnels et influencent les stratégies de positionnement et de reconnaissance des soignants non professionnels. Partant du constat que les rapports d'autorité sont plus marqués et assez différents, dans leur mode d'expression, dans le milieu hospitalier que dans les centres de santé, où l'exercice du pouvoir semble plus horizontal et plus diffus, nous distinguerons ces deux espaces dans l'analyse qui suit.

Section I : Rapports avec l'autorité : pouvoir et autorité dans les institutions hospitalières

La médecine s'est distinguée par sa capacité de régulation des professions, fondée notamment sur des normes particulières de comportements. Mais nous constatons que les politiques en matière de santé remettent en cause le contrôle de la profession médicale. En effet si, au cours de leur socialisation professionnelle, les futurs professionnels de santé (médecins et paramédicaux) acceptent les codes hiérarchiques, ces valeurs ou références posent problème à certains personnels, notamment les non professionnels. Ainsi, la diversité et la stratification des personnels de santé en termes de compétences, d'activités, de tâches, de fonctions, de rôles et de statuts au sein des institutions sanitaires nous conduisent à réfléchir sur les relations de pouvoir, et sur les perceptions de l'autorité, à travers les interactions entre professionnels, et entre professionnels et non professionnels. De notre avis, l'identité professionnelle se construit certes en fonction des compétences, mais aussi à travers la reconnaissance du statut professionnel par les différentes catégories de personnels. Ayant des parcours différenciés, on peut penser que les rapports des soignants à l'autorité sont influencés par leur positionnement dans les groupes professionnels. Selon la définition qu'en livre Y. Cohen, la notion d'autorité renvoie au « *pouvoir dont une personne est investie du fait d'un titre institutionnel et non pas, comme il est le plus courant dans une tradition latine, une capacité de se faire obéir liée tout aussi bien à la personne qu'à son titre* » (2006). Cette notion est importante dans un milieu qui se veut hiérarchisé. Cependant, le rapport à l'autorité peut varier selon la place que l'on occupe ou les perspectives de carrière que l'on a dans le milieu médical. Plus généralement, même si les interactions restent marquées par la soumission ou la subordination à un responsable de service, à un chef de structure, nous verrons qu'elle tend à s'effriter selon les institutions sanitaires étudiées. Si, dans les hôpitaux, ce mode de fonctionnement bureaucratique résiste, il est en tout autre dans les centres de santé.

En milieu hospitalier, il apparaît qu'à la différence des centres de santé, les rapports hiérarchiques sont bien structurés, les rôles sont définis et certaines tâches demeurent le fait exclusif des médecins. Le milieu hospitalier est marqué par un modèle autoritaire basé sur une forme de paternalisme entre professeurs et médecins. Les professeurs sont investis d'un pouvoir de fait leur conférant la légitimité d'entretenir une relation autoritaire avec le personnel. H. Arendt écrivait : « *la relation autoritaire entre celui qui commande et celui qui obéit ne repose ni sur une raison commune, ni sur le pouvoir de celui qui commande; ce*

qu'ils ont en commun, c'est la hiérarchie elle-même, dont chacun reconnaît la justesse et la légitimité, et où tous deux ont d'avance leur place fixée » (1972 :122). Le professeur en médecine reste le « maître » et tout le personnel lui doit respect et obéissance. « Ici [A l'hôpital] la hiérarchie s'établit comme suit : professeur chef de service, le professeur agrégé, les maîtres de conférences, les maîtres assistants, les assistants, les médecins et les internes. Ces derniers peuvent consulter qui ils veulent, il n'y a pas de rigueur dans les communications. L'interne peut solliciter qui il veut quand il a un cas qui le dépasse. Mais, quand il y a beaucoup d'activités il y a une répartition des maîtres assistants dans les différentes divisions. Par exemple le jeudi matin on avait une réunion, le mercredi la présentation de malades durant l'année universitaire, le jeudi une revue de dossiers où l'on prenait l'avis des collègues, la revue bibliographique et le cours pour le CES de médecine interne ».

De ces propos, il ressort que le professeur demeure la figure de l'autorité et du pouvoir à l'hôpital. Il est investi d'un pouvoir de droit lié à sa position hiérarchique. Cette situation semble découler du fait que les procédés historiques de l'enseignement de la médecine étaient basés sur le mandarinat, le professeur est le détenteur du savoir. Cette situation s'est trouvée renforcée par le fait que les services hospitaliers constituent des lieux où s'acquièrent savoirs théoriques et pratiques. Comme le montrait M. Foucault (1963), l'apprentissage de la médecine se faisait au chevet des malades, auprès de médecins plus expérimentés que l'on suivait dans les campagnes. Encore aujourd'hui, on observe que dans les salles d'hospitalisations, devant le lit d'un malade qui pose problème, le jeune médecin consultera son supérieur hiérarchique ou encore le professeur qui expliquera les symptômes, donnera le traitement. C'est ce qu'évoque cet interne : *« il faut tout de même dire que le professeur, c'est mon maître. Il est plus expérimenté, alors quand j'ai des doutes, je l'appelle »*. La visite faite sous le contrôle du professeur n'est pas seulement l'expression des écarts de statut. Elle constitue aussi un moment d'apprentissage de l'interne. Les contextes d'échanges entre professeurs et internes influencent les procédés formatifs de ces derniers, notamment le mode de communication et la transmission des informations diagnostiques et thérapeutiques (Cicourel, 2002).

Les hôpitaux ont une vocation d'enseignement : ils sont des lieux de dispensation d'un savoir pratique. Dans un service, les futurs médecins sont confrontés au professeur qui, dans un autre contexte, la faculté notamment, est chargé de leurs évaluations. Comme le confirme un interne : *« Je pense que le fonctionnement hiérarchique, c'est une bonne chose parce que nous sommes dans un CHU où on traite des malades. Donc l'intérêt de la hiérarchie, c'est de*

pouvoir demander l'avis d'un supérieur. Cependant, l'inconvénient majeur, c'est que quelques fois le professeur abuse de cette autorité, surtout lors des examens cliniques, sa notation est très subjective. Si tu lui plais, il te donne une bonne note; autrement, il te colle ». Si, de prime abord, dans les services hospitaliers, ce mode de fonctionnement semble être accepté des médecins, il se dégage tout de même de ces propos, des désaccords et des frustrations contenues. L'objectivité du professeur, est contestée mais influence certainement le comportement du futur médecin dans le service.

Ces médecins collaborent avec du personnel paramédical soumis aux mêmes contraintes organisationnelles et managériales, mais pouvant avoir une perception différenciée de l'autorité et de la hiérarchie. Une description des interactions entre soignants s'impose dès lors à l'analyse.

Section II : La perception de l'autorité

1- Entre médecins, infirmières et stagiaires

Dans les services hospitaliers, la délimitation des tâches semble être respectée entre certaines catégories de personnels : les prescriptions d'ordonnances et d'examens cliniques sont uniquement faites par les médecins ; les infirmiers et aides soignants sont chargés des soins (pose de perfusion, prélèvements sanguins, nursing, etc.). Nous l'avons dit, le milieu hospitalier est très hiérarchisé et composé de différents « segments » (Strauss, 1992) professionnels et non professionnels. Il apparaît qu'il existe des codes de distinction qui ne sont certes pas tous évidents à repérer par les profanes (extérieurs au système). Ces codes concernent généralement la coupe de la blouse, les attitudes et les tâches effectuées ou encore la délimitation des espaces. S'il est vrai que tous les soignants ont la même blouse blanche en apparence, suggérant une certaine homogénéité, certaines différences en fonction des statuts peuvent être notées : la blouse du professeur est assez longue (arrive aux genoux) et à manches longues, contrairement à celle des infirmières à manches courtes. Celle des médecins et futurs médecins, notamment les internes, a la forme d'une chemise à col court que l'on peut retrouver chez les infirmières. Celles-ci doivent en outre mettre un tablier dessus. Ces codes sont souvent respectés dans les services hospitaliers.

Au niveau des attitudes, nous avons pu constater que lors des visites quotidiennes par exemple, les soignants non professionnels ne sont pas présents. Ils restent dans le bureau des infirmières et ne parlent pas devant le professeur. Théoriquement, les infirmières doivent y

participer mais elles ne le font pas. Elles attendent d'être sollicitées par les médecins pour une demande de soins ou une explication sur un soin non fait. Ces attitudes sont interprétées par les soignants non professionnels comme une non reconnaissance de leur rôle par les professeurs et les médecins. Ces agents se perçoivent comme « transparents » : ils ne sont pas vus par les professeurs, ou les assistants, qui parlent aux infirmières chef de division. Les agents non qualifiés demeurent invisibles, bien qu'ils puissent ponctuellement être impliqués dans les soins par les internes ou les jeunes médecins. Ils leur demanderont de préparer les chariots, de refaire un pansement ou leur diront, après avoir fait les constats de décès, de préparer le corps pour la morgue, ou encore de transmettre les prélèvements au laboratoire. Ces tâches ne sont certes pas les plus valorisantes, mais elles constituent un moyen pour les stagiaires et les bénévoles de s'intégrer dans les équipes soignantes.

Au niveau de la délimitation de l'espace, chaque groupe professionnel a son propre « territoire ». Si chaque professeur, assistant chef de clinique ou médecin assistant dispose d'un bureau où il fait ses consultations et ses travaux, les jeunes médecins responsables d'une division ainsi que les Faisant Fonction d'Interne (FFI) se partagent un bureau qui fait aussi office de salle de garde. C'est une pièce composée de deux lits, d'une armoire comportant des produits d'urgence (comme du coton, de l'alcool ou du Valium) et d'un meuble de rangement, dans lequel chacun dispose d'un casier où sont rangées blouses et chaussures. Quant aux infirmières et aides, elles ont un bureau où elles peuvent se changer et où sont gardées les dotations⁴⁰ (ordonnanciers, compresses, gants, alcool, savons). A côté de ce bureau, elles disposent d'une salle avec une paillasse où sont posés tambours à compresses et coton, matériel de prélèvement et de stérilisation. Dans la salle, se trouve également une table, où est déposé le registre de suivi et de garde. Cette salle constitue un espace de sociabilité. Il existe, cependant, dans les services hospitaliers une délimitation spatiale en fonction des statuts que les soignants sont tenus de respecter. Les professeurs ainsi que les médecins ne viennent jamais s'installer dans les bureaux des infirmières pour discuter au moment des pauses. Ils n'y passent quasiment jamais ou s'adresseront à l'infirmière major du service. Les échanges se feront en salle de réunion ou dans les salles d'hospitalisation.

Cependant, les jeunes médecins et les internes peuvent profiter de la mise à jour des dossiers de malades pour échanger un peu avec les infirmières et les autres stagiaires. Autrement, ils se retrouvent entre eux dans un bureau situé au service de réanimation, jugeant les discussions

⁴⁰Il s'agit du matériel d'usage courant fourni pendant une période, géré par le major qui en fait la distribution quotidienne ou hebdomadaire aux différents services que compte la structure.

du personnel paramédical sans intérêt : « *elles parlent de tenue vestimentaire, de cuisine, de sexualité, de nouveaux pagnes* » nous rapportent- ils.

De ces descriptions, il apparaît que la distinction⁴¹ constitue une caractéristique structurante des interactions entre les divers personnels de santé à l'hôpital, particulièrement entre les professeurs placés au plus haut rang de la hiérarchie et le personnel subalterne. Les statuts, les rôles imposent des manières d'être, des attitudes spécifiques à chaque catégorie, notamment chez les plus hauts placés dans la hiérarchie même si des tentatives de reproduction peuvent être notées à l'intérieur d'un même service. Ce constat s'applique plus particulièrement aux jeunes médecins. Ces attitudes prises par les supérieurs s'inscrivent dans un style de management assez particulier que B. Rubbers décrit en ces termes : « *dans les organisations elles-mêmes, la relation que l'on peut observer aujourd'hui entre un supérieur et son subalterne semble hériter d'un mode de commandement de type "féodal- patriarcal"*⁴². Cette forme de rapport social assez typique des grandes institutions comme l'université, les administrations ou les entreprises publiques, reproduirait aujourd'hui la distance, voire le mépris, des fonctionnaires coloniaux à l'égard des indigènes. Médiatisée par des procédures de type bureaucratique, elle se traduit par des attitudes complémentaires d'indifférence et de hauteur, pour les supérieurs, et de retrait et de déférence pour les subalternes » (2003 :24).

Ces attitudes, codes et comportements que reflète ce style de management dans les services hospitaliers feront dire à un agent sanitaire : « *en ce qui concerne les relations avec la hiérarchie, il faut dire que les supérieurs paramédicaux et médicaux, ils te minimisent (« dagn lay tuutal »), ils ne te disent même pas bonjour. Ainsi, ils nous montrent qu'il y a un écart entre eux et nous. Je ne pense même pas qu'on peut parler de collaboration parce que la collaboration ce n'est pas ça, ils nous ignorent quand ils passent devant nous* ».

Ces propos, ainsi que les descriptions précédentes, révèlent que certaines catégories professionnelles arrivent à garder l'image de leur profession, notamment les médecins qui forcent le respect, engagent des rapports de distance vis-à-vis des patients mais aussi à l'égard des autres corps professionnels.

Mais ces rapports de pouvoir ne s'expriment pas aussi facilement. En effet, diverses manifestations subtiles, larvées ou conflictuelles contre ce système hiérarchique sont observables.

⁴¹ La distinction, telle que perçue par P. Bourdieu qui met en évidence des « styles de vie » fondés sur des positions de classes différentes.

⁴² Terme que l'auteur emprunte à T. Ranger (1999 : 220).

2- Les limites aux applications des procédures

« J'ai de bons rapports avec le personnel paramédical, mais s'il devait y avoir un problème, je prendrais la procédure classique pour les sanctionner. C'est-à-dire que j'irais d'abord voir l'assistant chef de clinique et on essaiera de régler le problème. Si ça ne marche pas, j'irais voir le professeur chef de service qui, s'il n'arrive pas à régler la situation, fera un rapport qui ira au ministère qui décidera de la sanction. Je sais que le professeur n'hésiterait pas à faire un rapport sur un agent qui perturbe le travail. Mais heureusement qu'on en est pas encore arrivé là depuis que je suis dans le service » nous dit un médecin. Cependant nous savons que ces procédures ne sont quasiment jamais engagées. En réalité, tout se règle dans la négociation et bien souvent avec l'intervention des « collègues » de service.

En matière de sanctions, il semble que la manifestation de l'autorité ne soit pas de l'ordre du discours mais de l'action. En effet, c'est plus dans l'attitude et la mise à distance de l'autre qu'elle s'exprime. Il est vrai que les professeurs ignorent les aides infirmiers et autres soignants non professionnels. Ils ne leur confient aucune tâche et ne leur adressent pas la parole. Ils ne les reconnaissent pas comme faisant partie de leur personnel. Ces agents sont recrutés par la direction de l'hôpital, souvent grâce à leur entregent. Ils arrivent à s'intégrer dans le groupe des infirmières et sont souvent sous la coupe du major ou d'une personne influente.

Cependant, dans le contexte actuel des structures de santé où les logiques sociales s'enchâssent dans les règles professionnelles, les professionnels n'ayant aucun contrôle sur le personnel qui leur est affecté sont obligés d'accepter la présence des non professionnels. Ils finissent par se laisser prendre dans le jeu relationnel contribuant à dénaturer les règles professionnelles.

a- Quand le relationnel prend le dessus sur les normes professionnelles

Au fil des interactions quotidiennes, les rapports supposés de subordination et d'autorité entre jeunes médecins, infirmières et aides vont évoluer et se transformer en des contacts plus souples : on se taquine, on rigole. Le médecin est sollicité pour rendre service à un cousin qui veut un certificat médical ou pour consulter son parent. Le développement de relations familiales et amicales protège des sanctions mais brime l'exercice de l'autorité. Les rapports de proximité empiètent sur le respect des normes professionnelles.

Le deuxième élément qui empêche l'expression de l'autorité, c'est l'incapacité des supérieurs hiérarchiques à sanctionner des agents de santé susceptibles de mobiliser un capital social suffisamment fort pour qu'aucune procédure ne soit ouverte et, par conséquent, qu'aucune sanction ne soit prise. Les propos de ce médecin témoignent de cet état de fait : *« tu veux faire un rapport sur un agent, mais avant même que tu ne commences à écrire, il y a un haut responsable qui est saisi et qui t'appelle pour te dire que c'est sa nièce ou sa petite fille, son parent. Quelquefois aussi tu peux faire un rapport, mais il n'arrivera jamais à l'autorité. Il va disparaître dans le circuit et tu te mets à dos le personnel pour rien »*. La capacité à montrer l'importance de son réseau social remet en cause le pouvoir de fait, lié au statut. Il y a comme une défiance mutuelle entre soignants professionnels et non professionnels.

En outre, les personnels de santé ne se conformant pas passivement à l'autorité, ils développent alors des attitudes, des gestes pouvant être compris comme des stratégies de contestation de la hiérarchie et de l'autorité.

b- Les formes de contestations de l'autorité

Nous déclinons principalement ici les comportements ou attitudes types apparaissant comme des formes de contestation.

- L'indifférence

Les infirmières sont conscientes des rapports hiérarchiques, mais le travail des médecins est aussi subordonné au leur, du fait de la place centrale qu'elles occupent dans le système de santé. Elles sont dotées d'un pouvoir dans la mesure où elles contrôlent les activités de soins et gèrent aussi du personnel, notamment les aides soignantes et les stagiaires. Elles participent également, pour les chefs de division par exemple, aux réunions hebdomadaires de l'équipe médicale où sont discutés les problèmes des services. Il arrive donc que des rapports de force se développent. Les interactions sont alors marquées par une certaine indifférence ou par une défiance du médecin. M.S. est un médecin assistant chef de clinique, peu apprécié parce que jugé rigoureux, hautain et méprisant par le personnel paramédical. Au cours d'une réunion il avait dénoncé le laxisme des infirmières qui ne supervisaient pas les aides quand elles faisaient des soins, et que cela révélait leur irresponsabilité. L'une des majors avait alors rétorqué que ce n'était pas à lui de juger son travail et qu'il devait se limiter à ses prescriptions. Elle travaille dans ce service depuis plus de vingt ans et ne se laissera pas intimider par un jeune médecin.

Suite à cette altercation, quand il pénètre dans le bureau des infirmières pour regarder un dossier, on ne fait pas attention à lui. On ne l'écoute pas quand il parle et quand il demande l'exécution d'un soin, celui-ci sera délégué. Ce qui faisait dire à un de ses collègues : « *les infirmières plus elles sont vieilles, plus elles sont difficiles à gérer* ». Ces infirmières constituent la mémoire vive des services et acquièrent un pouvoir de fait lié à leur statut et à leur compétence mais surtout à leur position. Certaines d'entre elles ont participé à la formation des jeunes médecins devenus plus tard, en progressant dans la hiérarchie médicale, des professeurs qui leur témoignent respect et déférence.

- **Le peu d'investissement dans l'exercice**

Un autre moyen de contestation de l'autorité est le manque d'investissement dans le travail qui n'est alors plus effectué en temps et en heure, mais selon le bon vouloir du soignant. « *Quand tu leur demandes un chariot, elles mettent du temps à te l'emmener. Quelquefois, tu es obligé d'aller le chercher. Elles ne t'assistent pas quand tu fais une petite opération comme les ponctions alors qu'elles doivent être là au moins pour te passer le matériel et faire les pansements après* » nous explique un interne. Les tâches ne sont pas promptement exécutées. Il semble que ce soit un moyen de se soustraire à l'exercice de l'autorité ou la manifestation du pouvoir des catégories professionnelles se situant en haut de la hiérarchie. Les jeunes infirmières ainsi que les aides ou stagiaires justifient leur comportement par le fait que certains médecins leur parlent avec mépris ou arrogance. Alors « *on fait comme si on n'avait rien entendu. Ils ont besoin de nous pour les soins, donc ils doivent nous respecter* » nous disent-elles. Elles admettent être dans un milieu hiérarchisé, mais estiment que les rapports doivent être basés sur un respect mutuel et elles ne se sentent pas respectées par certains de leurs supérieurs hiérarchiques.

- **L'imbrication entre lieux de formation et milieu professionnel**

Une des contraintes à l'exercice de l'autorité, ou le respect de la hiérarchie, est que les infirmières interviennent dans la formation des futurs médecins. En effet, lors de leur formation pratique, l'apprentissage se fait dans des services aux côtés, certes, des autres médecins et professeurs mais aussi des infirmières. Ainsi, après leur formation, quand ils sont affectés dans les services où ils avaient effectué leur apprentissage, ils ont du mal à imposer une autorité. Ils sont toujours perçus comme le jeune « apprenti » médecin mal assuré et dont l'expérience reste à faire. Il y a ainsi une sorte de réciprocité qui fait que si le médecin décide

de passer outre et de s'imposer, il sera traité d'ingrat et la moindre de ses erreurs passées lui sera immédiatement rappelée.

Ces analyses sont propres au milieu hospitalier. Les centres de santé s'en distinguent du point de vue de leurs modes de fonctionnement, leurs styles d'organisations et des interactions qu'on y observe.

Section III : Structuration des rapports hiérarchiques dans les centres de santé

Souvent, dans les halls des centres de santé ou dans les bureaux des médecins-chefs, figurent des organigrammes présentant la structuration des rapports hiérarchiques entre soignants. Or, des études sur les structures de santé en Afrique, il ressort clairement des écarts entre organigramme formel et pratiques réelles (Blundo et al., 2001 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; Vidal et al. 2005). En effet, le style de management des structures de santé repose sur des modèles qui entremêlent logiques sociales, politiques et économiques. Ils finissent par noyer les références professionnelles et rendre caducs les organigrammes. Même si le médecin chef demeure en théorie l'autorité, les rigidités organisationnelles que supposent les modèles bureaucratiques n'ont pas su résister aux incursions politiques, sociales et économiques dans le champ de la santé. Présentés comme des dysfonctionnements des systèmes managériaux, ces modèles hybrides définissent *in fine* le mode de fonctionnement des structures sanitaires. Concrètement, dans la pratique, nous observons que l'autorité est diffuse et souvent incarnée par des personnes qui finissent par être plus influentes et plus craintes que le médecin chef de la structure. Il peut s'agir par exemple du major sur qui repose la gestion aussi bien administrative que curative, comme l'organisation des soins, des gardes et des stocks de certains produits (alcool, coton, compresses, etc.). Ce peut être encore le médecin adjoint jugé plus autoritaire et rigoureux, prenant plus facilement des sanctions à l'encontre des « déviants ».

Deux facteurs essentiels semblent être à l'origine de cette situation : la multiplicité des pôles de recrutement (Etat, Communes et comités de santé) qui a facilité la présence d'un nombre assez important de personnels non qualifiés dans les structures de santé : «*on a du personnel mais ce ne sont pas des qualifiés* ». Ainsi, l'appartenance à différentes tutelles selon le statut nuit à la reconnaissance de l'autorité du médecin chef. D'abord, certains fonctionnaires sont recrutés par la division de l'action sociale et sanitaire, rattachée au ministère de la solidarité nationale alors que d'autres sont sous la tutelle du ministère de la santé. La santé, rappelons-

le, étant une compétence décentralisée, les communes ont elles aussi recruté des médecins, des pharmaciens, que des infirmiers, des techniciens de laboratoire ou encore des aides soignants. A ces personnels s'ajoutent les ASC qui se retrouvent, eux aussi, à effectuer des soins. Ceci crée une certaine confusion qui place les structures de santé dans une situation complexe où en fonction des modes d'accès ou de recrutement, on reconnaît peu ou prou le chef de structure comme figure centrale de l'autorité et ce comme en milieu hospitalier.

A ce premier facteur, s'ajoute la méconnaissance des règles de fonctionnement bureaucratique et de la structuration du monde médical. Ce style de fonctionnement s'est du reste laissé piéger par la cristallisation des écarts et l'effritement des références professionnelles. En effet, la multipolarité des centres de décision, incarnée par les différents chefs de services dans les centres de santé, facilite l'informalisation des procédés bureaucratiques. On assiste alors à des empiètements et des chevauchements de compétences entre professionnels et non professionnels, entrant dans des jeux de concurrence et de compétition. Ces derniers occupent des fonctions auxquelles ils n'étaient pas préparés et assument des rôles auxquels leurs compétences initiales ne pouvaient les prédestiner. Ils tirent ainsi la hiérarchie par le bas et poussent les professionnels à se « protéger ». Ce jeu de positionnement influence les interactions entre professionnels et non professionnels dans les centres de santé et sont alors modulées par des facteurs subjectifs : la position de l'ASC, bénévole ou stagiaire, son ancienneté, les compétences acquises et reconnues. Souvent les rapports s'inscrivent dans des logiques d'égalité, de condescendance, mais aussi de défiance.

- **L'égalité ou la confraternité :**

Certains non professionnels, du fait des compétences qui leurs sont reconnues, sont souvent perçus par les professionnels de santé comme des collègues. Ces compétences concernent des techniques spécifiques et/ou délicates dont les professionnels ont progressivement perdu la pratique courante et/ou demandant des « tours de main » particuliers. Dans la pratique, ils peuvent par exemple se voir confier le rôle de gardes de nuit dans les services d'urgence et à la maternité. C'est le cas de F.S, bénévole dans un centre de santé depuis près de 20 ans. Elle est souvent citée en exemple comme modèle de travailleuse. Elle est réputée pour son professionnalisme et sa maîtrise du forceps comme en témoignent les propos de ses collègues : « *Elle n'arrive jamais en retard. Quand tu la vois au travail, elle s'investit vraiment, tu ne dis même pas que c'est une bénévole* ». Elle a gagné la confiance de ses collègues mais il faut dire que, pour l'avoir observée, elle a su s'imposer aussi par son franc parler. En d'autres termes, elle force le respect.

Cependant, tous les soignants non professionnels ne sont ni perçus, ni traités de la même manière. Ceux qui ne sont pas encore bien intégrés au système, ou qui sont dans un processus d'apprentissage, sont traités avec une forme de paternalisme liée à la condescendance auxquels certains réagissent par la défiance.

- **La condescendance**

Elle est l'attitude plus généralement remarquée dans les interactions entre professionnels et non professionnels. Ces derniers sont sous la coupe d'un agent plus qualifié, « *l'aptitude professionnelle à créer et à influencer des actions sociales peut être considérée comme un pouvoir fondé sur des connaissances spécialisées dont l'usage permet de renforcer son autorité sur autrui* » écrivait M. Weber, (1922, 952). Marqueur de l'appartenance à des catégories professionnelles différentes, elle vise à rappeler aux soignants non professionnels que le fait d'effectuer des actes de soins n'est pas une condition suffisante pour être des collègues. Sont souvent traités ainsi ceux qui ne se limitent pas à exécuter les tâches qui leur sont confiés et qui essaient de déborder le champ de leurs compétences, particulièrement quand ils sont seuls dans les services. Ce qui fera dire à un agent de laboratoire parlant de l'ASC : « *il ne connaît pas ses limites... Tel que tu le vois il est seulement ASC, mais il se prend pour un chef. Donc, je n'hésite pas à le mettre à sa place* ». Les non professionnels qui manifestent une certaine assurance dans la réalisation de certains actes, sont sans cesse rappelés à l'ordre, parce que trop entreprenants au goût des professionnels qui paraissent se sentir menacés. Ces agents non qualifiés entretiennent souvent des rapports de déférence vis-à-vis des personnes qui interviennent en leur faveur en cas de fautes.

- **La méfiance**

Elle se retrouve dans les rapports entre non professionnels, contractuels de la commune vis-à-vis du médecin chef ou des chefs de service, du fait de la multiplicité des pôles de recrutement et prend la forme d'une certaine indifférence ou ignorance affichée. Elle est surtout le fait des contractuels recrutés par les communes et les comités de santé : « *il [le médecin chef du centre de santé] ne peut rien contre moi, ce n'est pas lui qui m'a recruté* ». A l'intérieur des services, ils peuvent se conformer au mode de fonctionnement général, mais peuvent aussi se permettre certains écarts. N. B a été recrutée par la DASS comme secrétaire grâce à son beau frère, alors directeur d'un hôpital. Mais ne sachant pas écrire, elle a été affectée dans un centre de santé comme infirmière où elle a juste appris à faire des injections. Elle arrive toujours en

retard et trouve toujours une raison pour quitter son lieu de travail avant l'heure (soit c'est son enfant qui est malade, soit elle n'a pas de « bonne »). Elle s'absente aussi souvent sans autorisation préalable, ce dont ses collègues ne manquent pas de se plaindre. Quand elle a eu écho de ces récriminations, elle disait à qui voulait l'entendre que ni ses collègues, ni les responsables de la structure ne pouvaient quelque chose contre elle, du fait de l'appui important de son beau frère. Ce cas de figure ne constitue pas une exception dans la configuration du personnel des structures de santé. Les contractuels s'absentent sans autorisation, s'investissent très peu dans le travail. Ils ne se voient confier aucune tâche par les médecins ou responsables de service qui s'arrangent pour ne pas avoir affaire à eux. Ces attitudes sont alors interprétées par leurs collègues comme découlant de leur manque de formation, de l'absence de culture professionnelle, d'une méconnaissance du fonctionnement administratif, mais surtout d'un manque de professionnalisme.

Ces descriptions s'inscrivent dans le cadre général du fonctionnement des structures publiques de santé. Voyons concrètement à travers l'exemple de la prise en charge de la tuberculose, comment se structurent les interactions entre soignants en référence notamment à la « trajectoire⁴³ » telle que conceptualisée par A. Strauss pour lequel, « *pour chaque maladie différente, sa trajectoire imposera des actes médicaux et infirmiers différents, différents types de compétences et autres savoir-faire, une répartition différente des tâches entre ceux qui travaillent...* » (1992 :143-144)

Section IV : Relations entre soignants dans le cadre de la prise en charge de la tuberculose

Rappelons que dans la prise en charge de la tuberculose, trois services sont essentiellement concernés : la consultation pour le dépistage, le laboratoire pour la confirmation du diagnostic et les examens de suivi qui déterminent le déroulement du traitement et enfin l'unité de traitement de la tuberculose s'occupant de la mise sous traitement et du suivi des malades. Cependant, les descriptions qui vont suivre ne concernent que les centres de santé dans la mesure où, à l'hôpital, le service de bactériologie est considéré comme une référence et il n'y a pas de rapport direct entre pharmaciens distributeurs d'antituberculeux et agents de laboratoire. Les postes de santé ne disposent pas d'un service de laboratoire.

⁴³Selon la définition qu'en donne A. Strauss (1992), cette notion renvoie aussi bien à l'évolution de la maladie qu'à l'organisation du travail nécessaire pour sa prise en charge ainsi que les influences de cette organisation sur les interactions.

Dans les centres de santé, les unités de traitement et les laboratoires sont les lieux centraux du traitement et du suivi de la tuberculose, du fait des rapports constants qu'ils entretiennent et de leur collaboration supposée tout au long du traitement des patients. Du fait de son rôle dans l'évaluation du suivi d'un traitement, le laboratoire est en interrelation avec les unités de traitement. Pour les responsables de traitement, la négativité des examens de contrôle est un gage de succès dans le suivi des patients. Elle démontre que les patients prennent bien leurs médicaments et que le responsable de traitement s'acquitte correctement de ses tâches. Comme le disait un médecin en parlant de la prise en charge de la tuberculose : *« c'est la seule pathologie où on peut mesurer ce que l'on fait, où on peut évaluer ses résultats. Les examens de contrôle permettent de voir si le malade est bien traité ou non »*. Malgré cette relative importance du laboratoire dans la prise en charge, les interactions entre unités de traitement et laboratoires sont souvent marquées par des conflits, les seconds « validant » en quelque sorte le travail des premiers. De plus, les techniciens de laboratoire pensent que ce rôle n'est pas suffisamment reconnu. Ils estiment que le laboratoire est resté le parent pauvre de la lutte contre la tuberculose. Ainsi, un technicien de laboratoire nous disait *« ça bouge dans la tuberculose, il y a des choses intéressantes qui sont faites. Il y a des projets qui sont mis en place avec des financements mais il n'y en a que pour les unités de traitement, les laboratoires sont oubliés »*.

De même, dans les rapports, entre niveau central et laboratoires de districts, les techniciens estiment que leur activité est très peu valorisée. Pendant les supervisions, par exemple, les gestionnaires de programme passent la majeure partie de leur temps avec les responsables de traitement. Ils vérifient leurs supports (fiches de traitement, registres), comparent les rapports trimestriels aux données relevées dans le registre et posent des questions sur les performances et contre-performances. Dans certains centres, les gestionnaires de programmes passent rapidement au laboratoire (pas plus d'une heure), prennent quelques lames au hasard, les relisent, émettent des commentaires et vérifient le stock de produits. Dans d'autres, ils ne passent même pas dans ces services, ce qui est vécu par certains techniciens, comme une indifférence ou un mépris des responsables du programme à leur encontre. Cependant, le fait que ces responsables de programmes supervisent le travail des techniciens de laboratoire est perçu par le responsable du laboratoire central comme un empiètement sur son champ d'action. Ce qui conduit à des frustrations et des conflits entre ces agents au niveau central. A cela s'ajoute le fait que, selon le responsable du laboratoire de référence, le superviseur se permet d'évaluer l'activité des laboratoires à sa place alors que quand il exprime des besoins, ses dépenses ne sont jamais prises en compte à temps : *« il faut dire que les labos sont laissés*

pour compte, même les commandes des labos de 200.000frs ne sont pas toujours honorées, le matériel n'est jamais livré à temps et c'est frustrant» explique t-elle.

Cette situation accroît la démotivation des techniciens de laboratoire, particulièrement dans les centres de santé. En effet, ceux-ci percevaient déjà la réalisation de la bascilloscopie, comme une surcharge de travail, avec les risques liés à la manipulation des crachats et à la préparation des réactifs, sans recevoir en contrepartie une quelconque reconnaissance des gestionnaires de programmes et des responsables d'unité de traitement dans les centres de santé. Ils réagissent en organisant le travail comme ils l'entendent ou délèguent la coloration (la manipulation jugée la plus délicate et la plus rébarbative) et la lecture à une technicienne ou à un ASC.

Dans ce contexte, où l'appréciation positive d'une unité de traitement passe par une avalisation de la démarche et une quête de légitimation de son statut à travers les résultats confirmés par le laboratoire, les interactions entre techniciens de laboratoire son marquées par des conflits découlant des accusations d'incompétence et de remise en question des pratiques des uns et des autres.

1-Le manque de confiance et les accusations d'incompétence

« J'ai eu des problèmes avec le laborantin parce que quelquefois je leur envoie un malade bien traité et qui revient avec des examens positifs. On a eu des échanges houleux. Maintenant, on s'évite tant qu'on peut. Les malades qui viennent avec des résultats douteux, je les envoie dans un autre centre pour confronter les résultats. Je ne fais pas confiance aux agents du labo, ils ne sont pas formés. Et puis contrairement à la radio qui se fait rapidement, tu as les résultats tout de suite, pour les examens de laboratoire, il faut compter trois à quatre jours. Le seul problème, c'est que je ne peux pas décider de mettre un patient sous traitement sur la seule base de la radio. Il faut attendre la confirmation par les examens de crachats » nous raconte un responsable de traitement. De ces propos, il ressort certes le manque de confiance vis-à-vis d'un collègue mais aussi la lenteur de ce type d'examen. La compétence des agents du laboratoire est remise en cause et le défaut de formation évoqué.

Ces contestations de compétences des soignants, qui délèguent les examens de crachats à des non professionnels, ont été notées dans la plupart des centres de santé. A ce propos, un responsable de traitement nous expliquait : *« dans le cas du PNT, c'est le labo qui pose problème. On a formé quelqu'un au PNT, mais il ne sait pas faire les mélanges. On envoyait d'ailleurs les lames au PNT qui, à un moment, nous on dit qu'ils ne pouvaient pas faire le*

travail à sa place ! C'est le PNT qui fait les préparations et qui nous le donne et pourtant il a été formé, mais je pense qu'il n'a pas compris. Il ne maîtrise pas les techniques de préparation des colorants. C'est pour cela, quand on a un résultat critique, on demande au malade d'aller faire une autre bascilloscopie à Fann pour confronter les résultats. Dans ces cas, c'est le médecin chef qui donne de l'argent pour cela. A chaque monitoring, je le dis mais rien. J'avais dit à l'ancien médecin adjoint que le technicien ne savait pas faire la coloration, mais j'ai honte de le dire au nouveau médecin chef. Je lui dis seulement qu'il est seul et qu'il faut quelqu'un pour le seconder. Je ne lui dis pas clairement qu'il ne sait pas faire la coloration » raconte un responsable de traitement.

De ces exemples, il apparaît des accusations d'incompétence qui reflètent un manque de confiance des responsables de traitement vis-à-vis des techniciens de laboratoire se traduisant dans la réalité par des examens de contrôle qui sont faits plusieurs fois, dans plusieurs endroits différents. C'est souvent celui dont les résultats concordent avec les attentes du responsable de traitement et du malade qui sera utilisé dans la décision thérapeutique. En effet, quand ils font « confiance » au malade et qu'ils sont assurés qu'il prend bien son traitement, les échecs sont incompréhensibles et les techniciens de laboratoire sont alors incriminés. De même, le retard dans la réalisation des examens de contrôle et donc le retard dans le changement de protocole par exemple, est imputé aux laborantins dont tous les écarts sont dénoncés au médecin chef ou lors des monitoring et supervisions. Ces délations installent un climat assez délétère ne favorisant pas les échanges d'autant que des tensions latentes existent entre ces deux services. Concrètement, il y a très peu d'échanges entre responsables de traitement et agents de laboratoire. Quand ils doivent effectuer les commandes trimestrielles, chacun remplit sa partie et transmet à l'autre qui complète. C'est souvent un ASC qui est sollicité pour déposer ou récupérer ces rapports.

2-Les conflits

Il est évident que les accusations d'incompétence entachent les rapports entre soignants. Aussi bien les personnels de laboratoire que les responsables d'unités de traitement nous ont raconté des scènes de disputes qui ont participé à l'entretien de tensions entre ces deux services. En effet, dans un laboratoire autant le responsable qu'un des techniciens nous racontent : *« j'ai eu un échange venimeux de propos avec le responsable de traitement parce qu'elle contestait tout le temps les résultats. Ça commençait à m'agacer, je l'ai remise à sa place en lui disant qu'elle ne pouvait pas m'apprendre mon métier ».*

La technicienne de poursuivre : *« depuis, nos rapports avec le responsable de traitement sont très limités. Elle nous accusait de ne pas faire correctement notre travail, de voir trop de BAAR ou pas assez selon les moments. On s'est disputé, je lui ai dit que je ne vois que ce que la lame me donne, je n'invente rien. On se parlait à peine mais ça commence à se tasser. Mais quand je vois autre chose que des BAAR, je ne l'informe pas, ça ne sert à rien. Moi je me limite à ce qu'on me demande. Si je ne vois pas de BAAR, je m'arrête là, je mets négatif même si je vois autre chose. Ce sont uniquement des BAAR qu'on me demande ! »*

Les interactions sont limitées au minimum et l'on note une certaine défiance mutuelle, chacun se fixe des limites tout en étant sur la défensive. Chacun fait de son service une « propriété » et l'intervention des collègues dans le travail peut très vite être perçue comme une incursion, une sorte de contrôle de compétences. Les conflits entre collègues concernent entre autres la rivalité par rapport à un poste, mais aussi la répartition des tâches : qui fait quoi et pourquoi ? En outre, les soignants non professionnels sont quelquefois au centre de conflits : les avoir à disposition veut dire occuper une position de force. Ils sont alors utilisés comme valeur ou une force sur laquelle s'appuyer en cas de mésentente.

«Ce que dit la responsable de traitement, c'est tellement grave que je ne peux pas laisser passer cela. C'est moi qui ai dit à l'ASC de l'aider parce qu'elle est souvent débordée. Je vais demander à l'ASC d'arrêter puisque la responsable de traitement dit que les 200frs CFA donnés par les malades sont partagés entre les deux ASC. Personne ne voulait l'aider, c'est comme cela que j'ai envoyé l'ASC là- bas. Mais maintenant, je vais lui demander de rester là. Après tout, il est manœuvre du laboratoire. Il fait partie du personnel d'entretien du laboratoire. En vérité, elle donne 1000frs à chaque ASC » raconte un chef de laboratoire. Ce sont les responsables de service qui décident pour les ASC et en cas de conflits avec un collègue, ils peuvent être affectés dans un autre service pour causer du tort ou pour ralentir le travail du responsable de traitement qui pourra alors en être réprimandé par le médecin chef du centre de santé.

3-L'indifférence ou la collaboration superficielle

Dans d'autres centres de santé, les interactions entre responsables de traitement et techniciens de traitement sont marquées par une indifférence brisant toutes velléités de collaboration de la part de l'une ou l'autre des parties impliquées dans la prise en charge de la tuberculose. Un responsable de traitement nous dit : *« moi le technicien de laboratoire chargé des BAAR, je ne lui parle pas, et je lui permets pas de venir me voir. Au début, il le faisait, mais je l'ai*

« freiné » parce qu'il ne doit pas s'occuper de traitement. Il doit se limiter à ses crachats et je le lui ai dit. S'il me remet un résultat, je note et puis c'est tout, je ne lui demande aucune explication ». Les responsables de traitement craignant de se laisser déborder par quelque laborantin trop entreprenant voulant s'inviter dans leur espace, trouvent un moyen de se protéger notamment par la non prise en compte des conseils ou opinions de leur collègue. En observant les conduites des acteurs, nous avons pu noter dans un des centres de santé qu'à chaque passage du responsable de traitement dans le laboratoire pour une raison quelconque, elle était interpellée par le technicien de laboratoire au sujet des malades. Il lui posait des questions sur ses rapports avec les malades, ce qui semblait souvent la gêner. Ainsi que nous le dit la responsable de traitement : « le vieux qui est au laboratoire il est bien, mais quelquefois tu as l'impression qu'il veut t'apprendre ton boulot. Donc moi je fais semblant de l'écouter parce que je ne peux pas lui manquer de respect (litt : bougoumako niaké kersa) vu son âge ». Si le pouvoir de fait lié à son âge lui permet d'être écouté, de manière superfétatoire, il ne lui assure pas une franche collaboration.

Cependant, dans un centre de santé, nous avons constaté que ni le responsable de traitement, ni le technicien de laboratoire ne semblent vouloir se compromettre dans des échanges soutenus concernant les résultats d'examens. Chacun fait son travail de son côté, d'autant plus que le responsable de traitement ne peut valablement contester les résultats du laboratoire puisque les fiches des malades ne sont pas à jour : le suivi se faisant de manière très irrégulière, il est tenu de se fier au technicien de laboratoire.

Ces descriptions montrent que les collaborations souhaitées entre ces services dans la prise en charge de la tuberculose sont loin d'être acquises. Les interactions sont influencées par des enjeux de positionnement et des quêtes de légitimité.

4-Les stratégies de légitimation professionnelle

Ces attitudes et comportements entre responsables de traitement et agents de laboratoire révèlent des procédés de légitimité professionnelle. En effet, le fait qu'un technicien de laboratoire remette un résultat positif à un malade censé être bien suivi est souvent interprété comme une remise en cause de la pratique du responsable de traitement. Le fait que le malade reste contagieux après quelques mois de traitement pose le problème de l'efficacité thérapeutique de la démarche du responsable de traitement. Cette situation est exacerbée par le fait que le malade posera des questions sur ce résultat, émettra des remarques désobligeantes et mettra en doute les paroles du responsable du traitement qui tentera de lui

expliquer que cela arrive et qu'il faudra refaire le même examen un mois plus tard. C'est le cas de ce patient qui après deux mois de traitement est toujours positif. Le responsable de traitement lui explique qu'il faudrait qu'il continue à prendre les médicaments de la première phase pendant un mois supplémentaire, au bout duquel un examen de crachats sera refait. Le patient ne l'entend pas ainsi et dit au responsable de traitement de se tenir à ce qu'il avait dit au début du traitement c'est-à-dire deux mois. De plus, ayant à se présenter tous les jours dans ce centre appliquant le TDO, il affirme qu'il ne peut pas se permettre de continuer à le faire, vu ce que ce déplacement lui coûte en transport alors que le traitement n'est pas efficace. Le responsable de traitement tente de négocier et lui propose d'aller refaire les examens ailleurs pour les confronter avec ceux du laboratoire, ce que le malade refuse parce qu'il ne pouvant payer. Le responsable de traitement finira par le convaincre de continuer son traitement de première phase mais en contrepartie il est obligé de lui donner une dotation hebdomadaire en médicaments parce que le malade n'entend plus se présenter tous les jours au centre de santé. De cet exemple, il apparaît que les malades perdent confiance et remettent en doute les compétences des responsables de traitement qui, pour éviter de « perdre la face », incriminent les techniciens de laboratoire et demandent un second examen pour se réhabiliter vis-à-vis du malade. Des arguments plutôt subjectifs et de remise en question de sa pratique vont être avancés : le technicien de laboratoire est accusé de retards (même s'il n'est pas le seul dans ce cas), de ne pas faire les lectures à temps, ce qui cause des désagréments aux patients qui sont obligés de faire plusieurs allers retours pour un contrôle. Il prend un nombre limité de pots de crachats par jours (généralement une dizaine) et les malades qui arrivent après sont renvoyés chez eux et reviennent le lendemain assez tôt pour pouvoir déposer leurs pots. Dans certains laboratoires, la réalisation de ces examens est déléguée à des agents sans formation. Pratiques, somme toute, courantes dans l'environnement sanitaire, mais qui sont décriées dès lors que l'on se sent « menacé ». Nous estimons que les raisons avancées par les responsables de traitement visent à les protéger d'une décrédibilisation et un souci de se protéger des critiques ou des jugements pouvant être émis sur leurs activités ou sur la manière dont ils suivent et traitent les malades.

Cependant, dans le cas où le responsable de traitement est également chargé des examens de laboratoire, la question de cette quête de légitimité va se poser autrement dans la mesure où cette double fonction renforce sa position professionnelle.

5-Le conflit d'intérêt

Recruté comme agent de santé communautaire par le comité de santé, I.F avait été affecté à l'unité de traitement de la tuberculose pour s'occuper de la recherche de « perdus de vue ». Cette activité ne se faisant que rarement, pour ne pas dire pas du tout, il était souvent au laboratoire où il apprit aux côtés du responsable la préparation des réactions et les techniques de coloration. Compte tenu de sa disponibilité et son assiduité, il lui revenait souvent d'étaler les lames. Mais le responsable de traitement décède. Le médecin chef demande alors qu'on lui affecte du personnel qui n'arrive pas. Au nom de sa disponibilité, on met I.F. dans l'unité de traitement « en attendant » d'avoir quelqu'un. Il est formé rapidement par le superviseur des soins de santé primaires et le médecin chef passe souvent vérifier son travail. Malgré cette affectation à l'unité de traitement, il continue de travailler au laboratoire, vu que les étalements de crachats se font les après-midi et qu'il est présent en permanence dans le centre de santé. Il commence à apprendre à faire les examens de crachats dont il s'occupera seul finalement. Progressivement, il finit par se retrouver à cumuler deux fonctions pour lesquelles ses compétences procèdent seulement d'une formation sur le tas. Ses statuts et fonctions se superposent mais sans toujours coïncider. Il est alors évalué de temps en temps, puis presque plus, par le superviseur et les médecins, ceux-ci décrétant qu'il a « *beaucoup évolué et estime qu'il peut assumer seul les deux fonctions, même s'il faut le contrôler de temps en temps ; il y a beaucoup de lacunes dans la prise en charge de la tuberculose, mais on fait tout pour corriger* ». En effet, les commandes ne sont pas faites à temps et I.F. justifie les retards par le fait que le superviseur régional qui gère les stocks de médicaments n'est pas souvent là. Mais ce dernier estime que c'est un problème de gestion et d'organisation que l'ASC ne peut assurer.

Même si le manque de personnel est évoqué pour justifier cette situation, il est clair que l'accaparement des tâches et le cumul de compétences par un agent non qualifié entraîne un conflit d'intérêt. Le travail d'articulation dans la prise en charge de la tuberculose est escamoté. La question est alors de savoir comment cet agent réagit face à des malades dont les résultats posent problèmes à l'instar de ceux décrits plus haut. Généralement, il ne demande pas conseil. D'après ce que nous avons pu constater, l'ASC continue le traitement de deuxième intention et déclarera le malade en « échec » de traitement si, au cinquième mois de traitement, il est toujours positif. Il ne respecte pas le protocole du PNT qui préconise le passage à la deuxième phase seulement après une bascilloscopie négative au bout de deux ou

trois mois. Est-ce par crainte de dévoiler ses carences qu'il a une telle attitude ? Est-ce par souci de garder ses fonctions ? Il fonde en tout cas sa légitimité dans la valorisation de compétences qui lui sont reconnues par les responsables du centre de santé.

Conclusion

Dans le contexte des structures sanitaires actuelles, les relations de pouvoir, d'autorité et de hiérarchie s'insèrent dans des cadres relationnels les limitant ou les redéfinissant. Certains comportements et attitudes à la base de la structuration des rapports entre professionnels, se trouvent galvaudés et vidés de leur sens. Dans les hôpitaux, le modèle autoritaire incarné par le professeur chef de service est aussi entaché par la transgression tolérée (litt : maslaa) qui ouvre à toutes sortes de dérives et de contestations de l'autorité. Dans les centres de santé, les vœux de collaboration demeurent illusoires, du fait de la prépondérance des conflits et des positionnements statutaires. Les logiques sociales priment donc sur les normes professionnelles et contribuent à la redéfinition des statuts et des rôles. Ainsi, le pouvoir conféré par un diplôme est remis en cause par la maîtrise de compétences de fait, de techniques acquises sur le tas. Cette situation est rendue possible par le principe de délégation des tâches. Le médecin délègue à l'infirmier des gestes médicaux et des prescriptions. De son côté, l'infirmier délègue aux aides, ou aux ASC ou autres bénévoles. Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, ce principe de délégation des tâches s'intègre dans la culture de service et est instituée comme mode de fonctionnement réel des structures de santé. Le décalage vers le bas de certaines fonctions qui en découle, offre des possibilités d'intégration professionnelle aux soignants non professionnels qui, au nom de la délégation des tâches et autres écarts tolérés, finissent par influencer le jeu du positionnement professionnel.

Chapitre IX : Construction identitaire des soignants : Culture de service et délégation des tâches

Introduction

Toute institution se distingue par une culture, au sens de valeurs, d'attitudes, de règles intériorisées par ses membres au cours de leur « socialisation professionnelle ». L'acceptation et l'assimilation de cette culture est un signe d'appartenance à un groupe mais définit aussi l'identité. Les structures de santé au Sénégal sont aussi des institutions où s'entremêlent normes professionnelles et logiques sociales, des professionnels de santé et des non professionnels obligeant les personnels de santé à des négociations de tâches, de statuts et de rôles. Comme l'affirme A. Strauss : « *les structures de la division du travail à l'intérieur des hôpitaux étudiés semblent être dès le début indéfinies, les buts de l'organisation non spécifiques et les règles équivoques. Seul un processus continu, entraînant des accords tacites, des arrangements non officiels et des décisions officielles entre les divers groupes non professionnels concernés, des parties de ces groupes et des individus, au sujet de la stratégie de l'organisation globale, de la manière de diviser le travail, permet le fonctionnement de telles organisations* » (1992 : 22). Ces caractéristiques organisationnelles et managériales se retrouvent dans les structures de santé au Sénégal, comme nous l'avons démontré dans nos précédents développements. Toutes ces composantes de l'institution sanitaire façonnent l'identité des agents. Ces composantes, nommées « culture organisationnelle » sont un ensemble de codes, de langages, de comportements, de manières d'être et de faire qui façonnent les activités et conditionnent les interactions. Tout soignant doit les intégrer s'il ne veut pas se voir marginalisé ou exclu.

Dans ce chapitre, nous montrerons la manière dont ces contextes d'exercice de la fonction soignante au Sénégal facilitent la construction identitaire des soignants non professionnels. En effet, l'observation des pratiques au quotidien montre que la délégation des tâches constitue un des leviers de fonctionnement des institutions sanitaires.

Ainsi, nous tenterons de décrire et de comprendre comment la délégation des tâches favorise l'intégration de soignants non professionnels en quête de reconnaissance professionnelle. Ce principe de délégation des tâches prenant place dans une culture de service définissant les règles de fonctionnement des structures de santé, l'exemple de la manière dont une innovation est gérée au sein de ces structures nous semble intéressant à décrire dès lors que nous faisons le constat de la prépondérance des habitudes locales sur les normes professionnelles.

Section I : Culture professionnelle, culture de service, culture soignante : le contexte de la professionnalisation

Le milieu médical a longtemps été perçu comme un espace clos, un « microcosme » à l'intérieur d'une société, caractérisé par une uniformisation des statuts et des pratiques. Cependant, de nos observations, il apparaît qu'il s'agit d'un espace où logiques sociales et normes professionnelles s'entremêlent, se jouent des interactions, et s'expriment au quotidien des jeux de pouvoir entre divers acteurs cherchant à se positionner. De ce point de vue, le milieu médical s'intègre dans le fonctionnement général des services publics et des administrations en Afrique, au sujet desquels D. Darbon écrivait : *« on imputera à la faiblesse organisationnelle, l'absence d'archivage et de mémoire de décisions, de séparation des fonctions, de systèmes de contrôle et de vérification et plus largement de moyens (personnels qualifiés, et matériels), une faiblesse structurelle de la répartition sectorielle et spatiale des fonctions et emplois, l'absence de descriptifs de postes, le mélange de salaires trop élevés et trop bas et une grille indiciaire trop peu ouverte, l'absence de motivation et de contrôle...qui constituent les principales tares techniques de ces administrations. On y ajoutera une absence de leadership caractérisée par une gestion des ressources humaines défaillante, l'occultation des principes de responsabilité hiérarchique remplacés par des gestions routinières ou personnalisées des relations de travail et un fort taux d'absentéisme»* (2001 : 29- 30). Ces caractéristiques des services publics en Afrique, à savoir l'improductivité se matérialisant par l'absentéisme des fonctionnaires, la corruption, la personnalisation des postes et la privatisation informelle des services, largement décrites par plusieurs auteurs dans différents domaines (Bayart, 1989 ; Blundo, 2000 notamment) se retrouvent dans les structures de santé. Dans ce secteur, est également relevé un ensemble de dysfonctionnements qui finissent par se cristalliser et s'intégrer à la « culture professionnelle locale » (Olivier de Sardan : 2001), laquelle devient alors la règle de fonctionnement. Ces dysfonctionnements se sont accentués avec les politiques publiques post ajustement structurel mais aussi sous l'effet des politiques de santé telles que le recouvrement des coûts et la participation communautaire. Cependant, dans les descriptions qui suivent, nous tenterons de montrer comment ces dysfonctionnements sont « exploités » par les soignants non professionnels aspirant à une professionnalisation, ceux-ci finissant par occuper des espaces de soins délaissés par les professionnels.

Décrivons une journée ordinaire passée aux côtés des infirmières et des aides d'un service hospitalier. Pendant que les médecins font les visites, elles sont dans leur bureau. Elles y arrivent souvent vers neuf heures ; une fois qu'elles se sont changées, elles vont prendre le petit déjeuner. Certaines discutent, d'autres somnoient ou encore vont voir leurs amies et collègues d'autres services. Entre 10h30 et 11h, les compresses sont découpées, les cotons mis en boule et stérilisés dans la poubelle qui avait auparavant servi à réchauffer les sandwiches. Entre temps passe le vendeur de cacahuètes ; quelqu'un du groupe en achète et les pose sur la table à côté des compresses ; on mange, on continue à discuter jusqu'à l'arrivée de la cousine d'une des infirmières pour présenter sa marchandise (sacs, chaussures et autres articles). L'infirmière appelle alors ses collègues et stagiaires des autres services, on essaie, on marchandise. Plus tard, passera le marchand de poisson. Outre que l'on se demande comment font toutes ces personnes pour échapper au contrôle (alors qu'à certaines heures, l'accès aux différents services de l'hôpital est interdit aux visiteurs), on constate donc que ces personnels de santé consacrent très peu de temps à leur activité professionnelle. Certains d'entre eux pouvant pratiquement ne rien faire jusqu'à la fin de leur service. Ce constat appelle néanmoins une autre remarque : le bureau des infirmières constitue un lieu de socialisation professionnelle et extra-professionnelle important, qui se retrouve d'ailleurs dans d'autres services.

Par exemple, dans les maternités, Y. Jaffré et A. Prual (1999), et plus tard P. Mahé Vasseur (2003), ont déjà montré l'importance de ce type d'espace où se nouent des liens sociaux et s'imbriquent discussions professionnelles sur des patients et sujets extra professionnels. Un des rôles de ces espaces de sociabilité est de reproduire les règles de fonctionnement des services. Ils sont le lieu de socialisation professionnelle et sociale, dont la fréquentation constitue un moyen pour s'intégrer au groupe : qu'ils soient professionnels ou non, les soignants qui ne participent pas aux sociabilités sont très vite marginalisés. Ces processus d'intégration se prolongent également hors des structures de santé. Ils s'expriment dans les cérémonies familiales⁴⁴ où la présence des « collègues » est symbole d'appartenance au groupe mais reflète aussi son acceptation et son intégration professionnelle.

Ces pratiques s'apparentent aux codes de comportements dans un espace donné et relèvent de la « convenance », telle que définie par P. Mayol, étudiant alors les styles comportementaux dans un quartier, et dont il dit « *qu'elle entretient des rapports très étroits avec les processus*

⁴⁴ Rappelons que le positionnement dans un groupe professionnel passe par ces sociabilités. Pour nous faire accepter en tant que chercheur nous avons eu à participer à ces sociabilités hors contexte. Démarche qui a contribué à modifier notre image chez nos interlocuteurs (Cf. Chapitre 4).

d'éducation implicites à tout groupe social : elle se charge d'édicter les « règles » de l'usage social, en tant que le social est l'espace de l'autre, et le médium de la position de soi en tant qu'être public. [...] La convenance est simultanément le mode sous lequel on est perçu et le moyen contraignant d'y rester soumis ; en son fond, elle exige que toute dissonance soit évitée dans le jeu des comportements, et toute rupture qualitative dans la perception de l'environnement social. C'est pourquoi elle produit des comportements stéréotypés, des « prêts à porter » sociaux, qui ont pour fonction de rendre possible la reconnaissance de n'importe qui dans n'importe quel lieu » (1994, 28-29). Au sein des services de santé, la convenance module les conduites, elle s'exprime dans les échanges aussi bien gestuels que langagiers, codifiés et maîtrisés par le personnel. Elle influence aussi la répartition des tâches : ceux dont les comportements reflètent l'assimilation de ces codes sont les plus intégrés au groupe social et héritent de nombre d'activités ou de tâches plus techniques, devant normalement être exclusivement effectuées par des professionnels.

Alors que l'on parle de déficit de personnel de qualité, l'usage rationnel du temps ne semble pas être la préoccupation principale des soignants. Les activités de soins seront effectuées un peu plus tard quand les soignants n'auront plus d'autres choses jugées plus « intéressantes » à faire. Quand il y a des soins infirmiers à effectuer, ce sont les stagiaires et les jeunes infirmières qui s'en occupent, l'infirmière major venant à la rescousse seulement quand elles ont un problème. En effet, au nom de la délégation des tâches, les soignants professionnels se déchargent de plus en plus de leurs activités de soins au profit d'obligations diverses. Si on en croit E. Hughes, *« la répartition du temps et de l'énergie consacrés aux diverses activités constitutives du métier est fonction de la division du travail entre ceux qui exercent le même métier, ou de la division du travail au sein du système organisé dans lequel le travail est effectué ; au fur et à mesure qu'une personne avance dans une carrière, la place qu'elle occupe dans la division du travail peut changer. Elle peut déléguer, ou se voir déléguer, diverses activités constitutives ; elle peut même déléguer l'activité essentielle, ou y échapper d'une autre manière »* (1996 :181). Il semble donc que le principe de délégation constitue une prérogative des catégories professionnelles occupant une position hiérarchique importante.

Diverses raisons sont évoquées par les soignants pour justifier l'instauration de ces pratiques (désinvestissement professionnel et délégation des tâches) dans les services sanitaires.

1- Le décalage entre formation théorique et pratique sur le terrain : la désillusion professionnelle

Les médecins comme les infirmières ou les sages femmes ont très vite exprimé un certain désarroi quand il leur a fallu exercer dans les structures de santé. Ils ont dû affronter la désillusion : les pratiques et contextes au quotidien sont très éloignés des enseignements et des normes intériorisés pendant leur cursus. A cela s'ajoute le fait que ces nouveaux diplômés intègrent des services, et des équipes déjà constituées, avec leurs habitudes qu'il paraîtrait incongru de bouleverser quand on est jeune. Il convient donc de s'adapter à la culture professionnelle façonnée par des générations de prédécesseurs, se protéger des situations traumatisantes et de faire avec ce que l'on a. Comme le souligne Y. Jaffré au sujet des jeunes sages femmes voulant introduire des changements dans un système qui leur préexiste : *« au fil des ans, émoussées par la routine, socialisées dans leur groupe professionnel et ayant intériorisé ses normes de conduite, elles adopteront les pratiques qu'elles critiquaient »* (1999 : 7). Les propos de cette jeune infirmière, diplômée depuis un an de l'ENDSS, illustrent bien cette tendance : *« j'ai eu mon diplôme il y a un an, et j'ai été affectée dans ce service. Je n'avais jamais fait de stage en milieu hospitalier avant. Donc quand je suis arrivée je faisais comme on nous a appris, c'est-à-dire préparer le chariot pour la visite, je suivais les médecins lors des visites journalières dans les salles. Mais au bout de quelques semaines, je me suis rendue compte que j'étais la seule à faire ça. Quand j'avais un petit retard, le chariot m'attendait, et puis les médecins et le major me sollicitaient beaucoup. Je travaillais plus que les autres qui me critiquaient en plus, en disant que je faisais du zèle. Certaines filles disaient que c'était pour montrer que j'avais des diplômes et elles non »*. De ces propos, il apparaît que les contextes d'exercice de la profession annihilent les ambitions et brisent les vocations des soignants qui vont finalement se laisser aller à reproduire ce que la routine a imprimé aux pratiques des « collègues ». La culture professionnelle est une valeur partagée, un cadre qu'ils intègrent pour ne pas être marginalisés. Cependant, cette culture n'est pas figée, elle évolue en fonction des situations, des comportements et des personnalités. Il arrive que des changements, à petite échelle certes, y soit apportés.

Comme le précisent Y. Jaffré et J.P.Olivier de Sardan : *« d'une façon générale, les techniques de soins et les attitudes des soignants observées dans un service se perpétuent par les agents embauchés localement et qui restent en poste »* (2003 : 32). Dans la plupart des centres de santé, la consultation peut être interrompue par une visite, l'accueil d'une recommandation, ou pour toute autre raison personnelle. Dans un des centres de santé, par exemple, le tri se fait

rapidement, le major recevant en moyenne 60 malades par jour. L'interrogatoire est bref de même que l'examen clinique « *je ne vais pas changer de méthode parce que vous êtes là, je fais comme d'habitude* » nous dit-il. Lors de la description des symptômes, il ne laisse pas le malade finir, il l'interrompt et commence l'examen clinique. Le major reçoit des cadeaux de la part de certains patients en guise de remerciements (lait caillé, bananes, bague). Cependant, si ces cadeaux proviennent de parents, il règle en contrepartie les ordonnances, ce qui lui fera dire que « *ce sont des cadeaux empoisonnés* ».

Dans de tels contextes, les « réformateurs » dérangent et sont mal perçus. C'est le cas de cette assistante sociale devenue responsable d'unité de traitement : « *Cela fait trois ans que je suis dans le service. Au début, j'étais affectée à la vaccination. Puisque j'étais habituée à faire du terrain parce qu'à ma sortie de l'école, je n'ai pas été recrutée toute de suite par la fonction publique, je travaillais pour une ONG, j'étais tout le temps sur le terrain. Quand je suis arrivée à la vaccination, je m'occupais des hors zones, je les recensais, les échantillonnais et j'allais les voir pour leur demander pourquoi ils venaient jusqu'ici. Ensuite je suis venue ici, mais personne ne veut être affectée ici, le personnel change de service tous les six mois mais personne ne veut travailler ici. Je m'entends bien avec le médecin chef parce que lui il tient aux résultats, mais les agents qui sont là, elles ne font rien* ». Cet agent prend des initiatives (elle fait régulièrement la recherche de perdus de vue, fait des visites à domicile pour voir les conditions de vie des malades, etc.), redynamise les services dans lesquels elle est affectée en essayant d'appliquer les normes du programme en rapport avec les objectifs assignés au district sanitaire. Elle est proche du médecin chef, parce qu'elle estime qu'ils ont les mêmes valeurs quant au travail, et n'hésite pas à lui rendre compte de tout ce qui se passe dans le service. Mais le problème est que son investissement dérange ses « collègues » et son comportement est jugé négativement. Ceux-ci émettent des critiques concernant sa personne. Ils se moquent d'elle et l'affublent de sobriquets moqueurs du fait de sa proximité avec le médecin chef et de son engagement professionnel.

De même, les chefs de service qui essaient d'initier des « pôles vertueux » dans leurs structures sont très vite qualifiés de « sévères » et « mauvais ». Des critiques leur seront faites dans leur dos. C'est à croire que le « bon professionnel de santé », c'est celui qui accepte les arrangements, qui laisse agir le personnel comme il l'entend. Souvent, il s'agit du personnel peu qualifié, mais aussi des professionnels désabusés qui cachent leur incompétence dans le désintérêt pour le travail. Dans les structures de santé, ceux qui veulent changer les habitudes sont souvent indexés et marginalisés. Il se crée souvent des espaces « parallèles » où les pratiques déviantes sont connues et légitimées.

2- La création des espaces et des moments « hors normes » : comment le non officiel devient toléré ?

E. Freidson a défini un modèle de contrôle du travail reposant sur trois types idéaux où « *la légitimité du contrôle repose sur : un corps de connaissances spécialisées et validées par une reconnaissance officielle ; l'existence d'un espace professionnel et d'une division du travail contrôlés par les travailleurs eux-mêmes ; l'existence d'un marché fermé du travail dont l'accès est réservé aux professionnels ; une formation longue, contrôlée directement par l'élite professionnelle* » (Dubar & Tripiier, 1998 : 126- 127). Il semble que l'organisation des établissements de santé s'inspire de ce modèle, même si celui-ci tend à disparaître sous l'effet des politiques sanitaires et la redéfinition des modèles professionnels. Concrètement, cela se traduit par l'existence d'un système de santé à deux visages. Différents éléments participent à la reconfiguration des structures de santé parmi lesquels le temps (horaire officiel et horaire de garde), la situation géographique des lieux de soins ainsi que les circonstances dans lesquelles se déroulent les actes de soins. Les études sur les structures de santé en Afrique, en privilégiant une entrée par les conflits et les dysfonctionnements révèlent certes différents écarts de conduites dans des services de garde mais ne mettent pas en parallèle les conduites des soignants selon les horaires officiels et hors horaires officiels. Les comportements des soignants sont-ils identiques selon les moments ? Il semble bien que non. En observant ce qui se passe dans les services de garde, dont le but est de gérer les urgences, nous pouvons affirmer que le relâchement ou l'inexistence de contrôle accentue les dysfonctionnements.

Dans certaines structures, ces services où l'officieux est toléré sont souvent rebaptisés de manière péjorative « marché ». Ceci légitime toutes les pratiques qui s'y déroulent et qui sont souvent le fait de personnels ne reconnaissant pas toujours l'autorité du responsable de la structure. Par exemple, dans un des centres de santé étudiés, ces lieux de pratiques marginales sont rebaptisés « ndioben taay », du nom de ce marché de la banlieue de Dakar réputé pour les recels et autres trafics. Les soignants des autres services, pour éviter que les patients ne soient rackettés, les mettent en garde contre les éventuelles interceptions des agents de ce service. Une autre stratégie consiste à les faire accompagner par une aide infirmière qui les conduira à la pharmacie du centre ou à la salle de soins.

Ces pratiques s'inscrivent dans un contexte sanitaire où règne une impunité généralisée, légitimant l'officieux et l'illicite. Il se développe à l'intérieur des services une « culture professionnelle locale » différente d'un service à un autre, entretenue par l'impuissance ou la démission des chefs de service, ne prenant aucune sanction à l'encontre de ces agents. Ces

derniers ont souvent un réseau, ou un soutien important, à l'intérieur ou en dehors de la structure et qui intervient en leur faveur quand ils commettent des fautes, quelle que soit leur gravité. C'est le cas de M. N, une aide recrutée par le comité de santé sur demande du gestionnaire comptable. Ce dernier, du fait de son ancienneté et de son professionnalisme, est devenu au fil des années une personne ressource pouvant infléchir les décisions des responsables du centre de santé. Or, M. N. a été prise en flagrant délit de vol sur un malade hospitalisé. Ses pratiques de rançonnage des malades sont aussi connues, ce qui lui avait d'ailleurs valu d'être affectée au service des hospitalisations où le chef est réputé pour sa rigueur. C'est grâce à l'intervention de ce gestionnaire auprès des médecins qu'elle n'a pas été renvoyée.

Les services de garde sont composés de professionnels et de non professionnels partageant souvent les mêmes logiques professionnelles, justifiant leurs pratiques par les ressources financières qu'ils en tirent. Ainsi dans ces institutions sanitaires, il est souvent opéré une hiérarchisation des postes en fonction des ressources que l'on peut y capter. Cette situation est comparable à celle décrite par G. Blundo (2001) à propos des agents de la douane qui définissent postes « juteux » et postes « secs ». Cette même catégorisation se retrouve dans les structures de santé ; la salle de soins, par exemple, est considérée comme un poste « juteux » : elle peut abriter des pratiques telles que la vente parallèle de médicaments aux patients, la réalisation de petites opérations chirurgicales telles que la circoncision, pratiquée en utilisant le matériel de la structure de santé, au prix de 5000frs par enfant. Par contre, certains services comme le « PNT » ou les hospitalisations apparaissent comme des postes plutôt « secs ». Dans le service du PNT, cette conception est accentuée par la gratuité du traitement. Cependant, des stratégies de racket y sont notées et parfois légitimées par les responsables qui disent que c'est pour « aider » les non professionnels. En effet, si dans certains centres de santé on rançonne les malades en leur faisant payer des services gratuits (injection de streptomycine), dans d'autres, on use de techniques telles que la vente du petit carnet, servant à noter les rendez vous hebdomadaires, à 300frs CFA (valant, sur le marché, entre 100frs et 125frs) pour le suivi, alors qu'il n'y a aucune obligation d'en avoir un. De même, le BCG, dont l'efficacité chez les adultes est très relative, continue d'être donnée en injection. Ce BCG est vendu en flacon contenant dix doses. Il est acheté à 1200frs CFA par une personne en contact avec un tuberculeux et que « l'on veut rassurer ». Une seule dose lui sera injectée. Le soignant gardera le reste et chacune des neuf doses sera ensuite revendue à 1000frs l'unité et les recettes redistribuées aux collègues. Dans certains centres, il n'est pas rare de voir des gens recevoir de la streptomycine (dont l'injection se fait à 1500frs) pour –dit-on- corriger

une faiblesse sexuelle. D'autres prendront des antituberculeux alors qu'ils ne sont pas sous traitement : « *on le leur donne... ou on le leur vend!* ». Ces pratiques finissent par être tolérées par des responsables de structures qui ont renoncé à manifester leur autorité sur ce sujet. Les propos de cette infirmière confirment cet état de fait : « *Tout le monde sait qu'on demande de l'argent aux malades. Même le médecin chef est au courant, mais il n'y peut rien !* ». Au regard des pratiques de ces personnels de santé, on serait tenté de croire que le professionnalisme n'apparaît plus comme un moyen de contrôler l'activité des structures de santé.

De plus, la situation géographique de ces services ne facilite pas l'exercice d'un contrôle par les supérieurs hiérarchiques. En effet, les unités de traitement, par exemple, sont souvent situées à la périphérie des centres de santé et sont très peu fréquentées par certains médecins chefs, particulièrement ceux qui ne s'impliquent pas dans les activités liées à la prise en charge de la tuberculose pour diverses raisons. Pour ce qui est des services de garde également, les responsables de structures y apparaissent très peu pour des visites impromptues. Ils sont généralement appelés pour des cas qui dépassent le personnel en place. En résumé, nous pouvons dire que des responsables de structure craints et respectés par le personnel effectuent des contrôles, les écarts de conduites s'amoindrissent.

Cependant, plusieurs professionnels de santé justifient leurs comportements par la démotivation due à différents facteurs que nous allons maintenant décrire.

3- Entre démotivation et absentéisme : la délégation des tâches comme alternative à la productivité des structures sanitaires

- La démotivation

La démotivation est souvent évoquée par des professionnels de santé qui semblent usés par des années d'exercice : leurs attentes de diverses natures sont brisées et leurs frustrations se sont accumulées à mesure que les jeux de positionnement ont tourné en leur défaveur.

Dans un des centres de santé, un responsable de traitement nous raconte : « *moi je suis découragé, je ne me casse plus la tête pour ce programme. Je sais que mes résultats ont baissé, mais en fait c'est dû au ressentiment. Maintenant je fais le strict minimum, il ne sert à rien de se tuer à la tâche surtout quand ce sont les autres qui bénéficient des fruits de ton travail. Je m'occupais des malades, j'allais chez eux les chercher quand ils arrêtaient leur traitement par mes propres moyens. Mais quand on a reçu la voiture donnée par la coopération japonaise, je ne l'ai prise qu'une seule fois pour aller à une réunion à Dakar. Puis il y a eu la moto que l'on a donnée au technicien de laboratoire, parce que soi disant il*

est censé faire la recherche des perdus de vue. Maintenant, puisque c'est lui qui a reçu la moto qu'il aille le faire ! Je me demande comment il va faire cette recherche de perdus de vue puisqu'il ne connaît pas les malades et puis il faut que je lui donne la liste ou qu'il vienne voir dans le registre et dans les fiches, ce que je ne ferai pas. D'ailleurs quinze jours après avoir reçu la moto, il a fait un accident, il a une jambe dans le plâtre ! ».

Ce responsable de programme s'investit de moins en moins dans son activité pour montrer sa frustration. Selon lui, les moyens mis à disposition pour améliorer la qualité de la prise en charge devraient lui revenir de droit. Mais le problème est que la distribution des ressources dépend des affinités avec le chef de la structure qui décide de leur affectation. De plus, on lui ôte une de ses prérogatives, notamment la recherche de perdus de vue, afin de justifier l'affectation de la moto à son collègue.

Une autre source de démotivation réside dans les formations dont les enjeux ont été précédemment examinés. Affectés à un poste, les professionnels de santé se forment sur le tas en attendant de bénéficier des formations continues. Quelquefois ils attendent pendant plusieurs années au risque de se décourager. L'attitude observée est alors la résignation à rester à ce poste, ou la demande de mutation dans un autre service. Ce qui accroît cette frustration, c'est de voir que d'autres agents qui ne font pas le travail, bénéficient de ces formations à la place de ceux qui font réellement l'activité. Cette technicienne de laboratoire nous explique : *« moi, je ne suis pas technicienne de laboratoire, je suis infirmière d'Etat. Mais depuis que j'ai été affectée dans ce centre de santé, je suis au laboratoire. J'y suis restée parce que l'ancien médecin chef m'avait promis de m'envoyer en stage en France. Mais depuis rien, elle me demandait de patienter et maintenant elle est partie. Cela fait trois ans que je suis là alors que ma place est à la consultation ou aux maladies infectieuses ou un autre service »*. Nous avons pu observer qu'elle venait souvent en retard : elle ne se présentait pas avant 10h et se limitait à lire les lames et remplir le registre. Sinon, elle discutait avec ses collègues.

Si certains postes offrent des opportunités de formation ou de promotion, la responsabilité des activités d'un programme comme la tuberculose nous a été décrite comme démotivante en termes de gratification de quelque nature qu'elle soit : professionnelle, sociale ou économique. Ainsi, le manque de perspectives de carrière a souvent été évoqué aussi bien par les responsables de traitement que par des autorités sanitaires. *« Au PNT, tu n'avances pas, tu n'apprends rien et ce n'est pas intéressant pour un professionnel de santé. A la limite tu es responsable d'un service et c'est tout. Il n'y a pas de séminaires, il n'y a rien, ça ne change pas. Si tu es ambitieux tu ne peux pas rester là. Et puis ce sont des postes où à 13h au plus*

tard tu as fini, certains jours c'est plus tôt donc tu restes dans le bureau à ne rien faire » nous dit une responsable de traitement qui est aussi infirmière d'Etat.

Précisons que cette démotivation ne concerne pas seulement les personnels qualifiés, elle touche aussi certains non professionnels, particulièrement ceux qui n'ambitionnent pas de faire carrière dans la santé, ceux qui se sont retrouvés dans les unités de traitement pour avoir un salaire. Interpellée sur le fait que tous les malades mis sous traitement ce jour étaient sous protocole de retraitement avec de la streptomycine, une aide répond : *« je ne sais pas pourquoi on donne à certains la streptomycine et à d'autres non, donc voilà je donne à tout le monde quand je suis là... »*. Malgré cinq années de présence dans les unités de traitement elle n'a pas assimilé les procédures de mise sous traitement. Elle explique cela par le fait qu'elle ne veut pas apprendre, *« je suis paresseuse c'est pour cela que je ne maîtrise pas le PNT et puis au début, puisque B. ne me montrait pas ce qu'il faisait, je lui ai montré que je ne voulais même pas savoir comment ça marche ! »*

Ces professionnels de santé, au prétexte de la désillusion professionnelle et de la démotivation délaissent de plus en plus leurs activités professionnelles qui sont alors déléguées au personnel subalterne. Celui-ci trouve là une opportunité pour se former et s'affirmer comme soignant professionnel. En effet, le manque d'intérêt pour le travail se traduit par une présence limitée des personnels qualifiés dans les lieux de travail.

- L'absentéisme

Les services publics se caractérisent par un taux d'absentéisme assez élevé. L'absentéisme s'explique partiellement par la quête de gain permanente des soignants. Ayant à soutenir financièrement leurs familles, beaucoup assurent simultanément plusieurs activités (exercice public ou privé, commerce, formation continue...). De plus, la performance souffre de l'extrême mobilité des professionnels. Former un agent s'avère « périlleux », voire peu rentable, dans la mesure où, à peine opérationnel, il s'absente régulièrement de son poste, du fait des séminaires et autres ateliers de formation, ou même le quitte définitivement.

En effet, les agents qualifiés sont souvent absents parce que sollicités par les différents programmes, les séminaires et la quête de ressources. S'ajoutent les absences sous prétexte d'assister à des cérémonies (mariages, baptêmes, décès) et les absences non justifiées. Les responsables des équipes médicales sont dès lors obligés de se reposer sur du personnel sans qualification, mais qui se distingue par sa disponibilité et sa promptitude à effectuer des actes, réduisant ainsi les effets de l'absence des soignants professionnels. Les agents non qualifiés,

entre les interruptions éphémères (le temps de discuter avec les collègues ou d'aller prendre le petit déjeuner) et les longues absences des professionnels de santé, en profitent pour occuper leurs bureaux, pour gérer le service en répondant aux sollicitations des malades par exemple. En somme, ils s'octroient les atours et privilèges, notamment la reconnaissance sociale et professionnelle, pour s'imposer comme incontournables dans le fonctionnement des services de santé. Cette situation est assez remarquable dans les unités de traitement de la tuberculose où les responsables de traitement remplissent souvent plusieurs fonctions. Cette responsable d'unité de traitement, par exemple, est aussi assistante sociale du centre de santé et responsable d'Education Pour la Santé (EPS). Elle est de ce fait membre de l'équipe cadre du district. Il lui arrive souvent de s'absenter pour négocier la prise en charge d'un malade dit « cas social », ce qui peut durer une bonne heure au moins ou afin d'assister à des réunions à la région médicale, ce qui prend une journée. Pendant ces absences, c'est l'ASC qui joue le rôle de responsable d'unité de traitement et qui assure donc la mise sous traitement des nouveaux patients et le suivi des malades sous traitement. Quand elle est là, cet agent se retrouve au laboratoire, où il est chargé de nettoyer les paillasses, ou devant le centre de santé à discuter et boire le thé. Son rôle, sa fonction et son statut professionnel lui sont rappelés par le fait qu'il n'a pas de place dans l'unité de traitement.

Dans certains cas, notamment de départ définitif, ces agents non professionnels finissent par remplacer ces professionnels souvent pendant des mois, voire des années en attendant l'affectation d'un soignant qualifié. Ce procédé de remplacement qui débute par la délégation des tâches finit par produire de l'identité professionnelle, au regard de ce qui a été précédemment décrit, quand le non professionnel incarne le rôle de soignant professionnel.

Section II : De l'intégration des non professionnels par la délégation des tâches

La délégation des tâches, pratique courante, légitimée par le déficit en personnel qualifié, facilitée par l'absence de définition des tâches, est le principe de confiage de tâches à des personnels subalternes. Comme l'écrivent J. Saaliba et al. *« le médecin délègue à l'infirmière des gestes médicaux - voire des prescriptions - qui sont faits sous sa responsabilité ou sa présence. De son côté l'infirmière délègue à l'aide soignante des gestes mais aussi des attributions d'ordre relationnel qui relèvent de son rôle propre. Cette logique de transfert vers le bas de certaines fonctions, de glissement des rôles, permet certes une promotion de l'activité de ceux qui occupent la position statutaire inférieure mais elle crée aussi un « flou » dans la délimitation des rôles et des compétences »* (1993 : 82). Cette situation est rendue

possible par le fait que le déficit en ressources humaines de qualité évoqué aussi bien par les gestionnaires de santé que par les responsables de structures, ne permet de faire face ni aux objectifs des institutions internationales en matière de santé ni aux attentes des usagers. Plus que les autres maladies, la prise en charge de la tuberculose fait intervenir des agents peu qualifiés. L'adoption, en conformité avec les recommandations internationales, du Traitement directement observé (TDO) dans certains centres semble légitimer l'implication des non professionnels dans l'activité médicale dans les unités de traitement. « *Depuis qu'on applique le TDO, c'est-à-dire en 2002, j'ai besoin d'aide. Je ne peux pas à la fois mettre à jour les fiches de suivi (mettre une croix dans une case qui correspond à la date), compter les comprimés et servir à boire aux malades. J'ai demandé qu'on m'affecte quelqu'un pour cela* » nous explique un responsable de traitement.

Précisons tout de même que la délégation des tâches n'est pas une spécificité des pays africains confrontés au manque de ressources (personnels qualifiés, moyens économiques, etc.) tel que le Sénégal ; en Belgique, par exemple, elle est institutionnalisée par un arrêté royal autorisant la délégation des tâches infirmières aux aides soignantes. Aux USA, A. Strauss (1992) a bien décrit ce principe dans les structures hospitalières⁴⁵.

1- Que délègue t-on et à qui ?

La délégation des tâches a ses propres règles : on ne délègue pas tout, on ne délègue pas à n'importe qui. La délégation des tâches dépend de la capacité d'un personnel de santé à négocier l'exercice de tâches au quotidien. Ce principe de délégation de tâches, jusque là réservées aux médecins, vers les infirmières, et des infirmières vers les aides soignantes - et ainsi de suite -, crée de nouvelles fonctions au bas de la hiérarchie. De ce point de vue, nous avançons l'hypothèse selon laquelle ce décalage des fonctions vers le bas s'accompagne souvent de la banalisation des actes médicaux, dont la conséquence est une sur-valorisation des fonctions du personnel communautaire.

Dans les structures publiques de santé au Sénégal, les unités de traitement apparaissent comme des espaces « à part », avec une autonomie de fonctionnement. Dans un autre domaine, D. Ruellan affirmait à propos du professionnalisme des journalistes que « *l'émergence d'une profession et sa reconnaissance [...] tient en premier lieu à sa capacité*

⁴⁵ Pour une autre analyse sur la délégation des tâches, nous renvoyons à un de nos articles : Ndoye T., Hane F. & Delaunay K. (2005). Des tâches aux identités des soignants (exemples sénégalais), in Vidal L., Fall A.S & Gadou D., les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques. Paris, L'Harmattan :171-203.

de se définir un territoire » (1993 :47). A travers l'occupation d'un espace de soins stigmatisé et délaissé, les agents désignés pour prendre en charge la tuberculose, en premier lieu les responsables d'unités, se trouvent dans une situation de monopole dans la prise en charge de la maladie, visible dans les cas où aucun non professionnel ne pallie leur absence : « quand le responsable de traitement n'est pas là, le centre est bloqué. Les malades doivent attendre ou revenir ».

Certes, comme nous l'avons mentionné, la gestion des activités du PNT est confiée à des acteurs divers selon les centres de santé. Rappelons que la fonction de responsable « PNT » se perçoit différemment : les soignants professionnels, particulièrement les infirmiers et les assistants sociaux, le conçoivent comme un surplus de travail alors que pour certains agents non qualifiés, cette « fonction » est valorisante et leur permet de se professionnaliser. Néanmoins, diverses caractéristiques globales de la prise en charge de la tuberculose et du fonctionnement des centres où elle a lieu, pèsent sur les conditions de la professionnalisation des différents soignants.

Dans les structures de santé visitées, deux cas de figures se présentent majoritairement en l'absence du responsable d'unité de traitement : soit, le personnel de santé laissé seul dans le service pourra enregistrer les malades (nouveaux cas, ou rechutes) à mettre sous traitement ; soit il devra noter les informations devant figurer dans le registre dans un carnet ou sur un bulletin d'analyse, qu'il remettra au responsable à son retour dans le service.

Cependant, la confection des rapports trimestriels et l'élaboration des commandes de médicaments des malades seront le fait exclusif des professionnels. Pour justifier leur attitude, ces derniers affirment que les personnels de santé ne savent pas et ne sauront jamais le faire, ne sachant ni lire, ni écrire. Une infirmière disait en nous montrant le registre : « *regarde ! Quand l'ASC est seule ici elle remplit le registre n'importe comment. Elle prend juste le nom des malades, elle ne prend pas le prénom. L'adresse n'est pas complète et on ne sait pas si c'est un nouveau cas ou pas, bref elle ne fait pas d'effort. C'est pour cela que je ne veux pas qu'elle prenne le registre. Elle ne sait rien et puis ses écritures sont illisibles. Elle apprend visiblement à écrire !* ».

Les tâches techniques sont plus souvent déléguées, particulièrement celles jugées dégradantes. Les tâches administratives, notamment la rédaction des rapports d'activités, sont réalisées par les professionnels de santé. Même si elles sont très peu intéressantes, elles produisent des instruments d'évaluation des performances du service, qui impliquent directement le responsable. Celui-ci est tenu de répondre d'autant que les soignants non professionnels

n'ayant aucun statut ne peuvent être sanctionnés, à moins d'être tout simplement renvoyés ce qui est rare dans les structures de santé, comme nous le verrons plus tard. La non délégation de certaines tâches permet aussi de protéger sa profession, de se distinguer des autres, c'est-à-dire des non professionnels. Les professionnels de santé sont dans une situation ambivalente de protection- déprotection. Il y a toujours quelques activités, responsabilités que l'on garde pour soi pour ne pas se laisser « déborder ». Ces attitudes nous font penser à la réflexion menée par A. Gotman sur les mécanismes de l'hospitalité et de l'inhospitalité. Cet auteur montre que l'hospitalité est une épreuve et produit des renversements de situation où l'ennemi devient hôte et les non membres des membres. Elle écrit : *« l'hospitalité implique des pratiques de sociabilité, des aides et des services qui facilitent l'accès aux ressources locales, et l'engagement de liens allant au-delà de l'interaction immédiate, seuls à même d'assurer la réciprocité [...]. S'il y a de la solidarité et de la coopération dans l'hospitalité, il y a aussi de la prudence et de la distance »* (2001 :3-4)

Revenons à la délégation des tâches pour dire que selon ce même principe de prudence et de distance, les professionnels de santé protègent leurs statuts. Ils ne veulent pas se laisser submerger par les non professionnels. Ainsi la délégation des tâches ne se fait qu'à des agents à qui les professionnels « font confiance ». Ce sera un agent formé sur le tas dans le service et qui aura fait ses preuves en manifestant des compétences dans l'exercice. Il s'agit aussi des agents qui maîtrisent la culture de service, avec qui on partage les mêmes codes. C'est d'ailleurs ce qui explique que dans les structures de santé, certains sont surchargés alors que d'autres passent leur temps à discuter. Dans certaines structures, seul un nombre réduit de personnes assure le fonctionnement au quotidien alors que l'on note une pléthore de personnel. Rien que dans un centre de santé de type 2 (sans bloc opératoire), le personnel tourne autour de 100 permanents (fonctionnaires et contractuels), auxquels s'ajoutent les vacataires (gynécologue, cardiologue, chirurgien dentiste, etc.) et le personnel de soutien (gardien, vendeurs de tickets, technicien de surface...).

Dans les structures de santé même les accompagnateurs héritent de tâches qui devraient être à la charge du personnel de santé. La fonction « hôtelière » des hôpitaux n'étant pas assurée, le repas, le linge, la toilette du patient reviennent à sa famille. Elle intervient aussi dans l'administration des traitements, dépose certains prélèvements (selles, urines) au laboratoire et joue parfois le rôle des brancardiers quand le patient doit effectuer une radiographie.

Dès lors, le malade hospitalisé qui n'a pas d'accompagnateur, bouleverse les habitudes de ces espaces de soins et pose un certain nombre de problèmes aux soignants. C'est le cas de ce jeune homme emmené en urgence au service de maladies infectieuses pour une toux

productive. Il est très faible et tousse beaucoup. Il souffre d'une tuberculose extrapulmonaire et doit subir une ponction après les examens d'usage pour une hospitalisation. Le problème est qu'il est tout seul et sans argent. Il parvient juste à dire son nom entre deux accès de toux. Qui va payer sa radio ? Qui va déposer ses examens de crachats ? Qui va lui acheter les antibiotiques prescrits en attendant la confirmation du diagnostic ? Qui va lui acheter les perfusions et seringues dont il a besoin ? Qui va lui apporter à manger ? Autant de questions auxquelles il confronte le service. Les infirmières s'en plaignent et font comprendre aux médecins qu'elles ne peuvent pas s'en occuper. L'assistant social est alors appelé à la rescousse pour « *qu'il fasse au moins une fois son travail* » (propos des infirmières). Il reviendra au bout de 24h avec une partie des antibiotiques. L'interne qui avait décidé de son hospitalisation lui achètera une boisson et négociera pour que sa radio soit faite. La ponction se fera au bout de trois jours et quand le malade demandera à quitter l'hôpital, il lui sera demandé de signer un papier disant qu'il est responsable de ses actes et a demandé à partir contre l'avis du médecin, même si les infirmières étaient soulagées de le voir quitter le service. Nous voyons là qu'il existe un certain ordre de fonctionnement que le malade doit respecter. Celui qui ne s'y plie pas devient gênant. Les tâches hôtelières incombant aux aides sont déléguées aux familles. Cette catégorie d'aide ne se retrouve presque plus dans les organigrammes réels, tout le monde se disant infirmière. L'activité effective des soignants dans les structures de santé renvoie à un déplacement des hiérarchies vers le haut. En effet, les accompagnateurs nettoient les chambres à la place des techniciens de surface. Les techniciens de surface font office de brancardier ou distribuent certains traitements à la place des aides soignants. Ces derniers, effectuent des soins à la place des infirmiers qui assurent les charges et responsabilités du médecin.

Précisons tout de même que s'il y a des tâches que l'on refuse d'effectuer, celles qui permettent d'exprimer ses compétences et ayant un côté technique sont les plus convoitées par les soignants non professionnels.

2- Des tâches déléguées aux statuts construits

Le manque de personnel qualifié a longtemps été évoqué pour légitimer le fait que le médecin chef d'un centre de santé délègue des services tel que la consultation aux infirmiers qui à leur tour vont déléguer leurs fonctions aux aides soignantes et agents sanitaires. Ces derniers, sans qualification se retrouvent dans différents domaines d'actions au gré de leurs réseaux de relations. Censés généralement occuper les postes de personnel de soutien, plus ils s'insèrent

dans la structure plus ils se voient déléguer des prérogatives qui débordent le champ des tâches officiellement affectées à leur fonction et relevant de leurs compétences techniques. Ayant reçu au mieux une formation sur le tas, ces agents vont s'engouffrer dans les interstices délaissés par les professionnels de santé et, ce, de plusieurs manières :

- L'usurpation d'identité professionnelle chez les non qualifiés : l'attrait du personnel à donner des soins est liée à la valorisation sociale que suscite le métier de soignant. Se faire appeler « docteur » est un signe d'une reconnaissance professionnelle par les usagers, abusés par le port de la blouse et l'affichage des appareils ou objets professionnels tels que le stéthoscope. Ainsi que le montre F. Ouattara en étudiant les motivations du choix du métier des personnels de santé « *la principale motivation du personnel non qualifié est l'envie de reconnaissance sociale* » (2002 :2). Pour se rendre plus crédibles, ces agents vont profiter de l'exercice des tâches pour affiner leur pratique. Cette situation est accentuée par la tendance des malades à « doctoriser » toute personne portant une blouse dans les structures de santé.
- La maîtrise de gestes techniques est un gage de compétences, celles-ci prennent souvent le dessus sur la reconnaissance par l'action fondée sur le diplôme. Il semble en effet que le savoir pratique, seul visible par les soignés, est davantage valorisé. Ces agents formés à la pratique de soins techniques sont potentiellement en mesure d'acquérir grâce à leur expérience, des compétences réelles concourant à leur donner un statut dans la structure. C'est le cas de cet agent recruté comme balayeur. Il est souvent dans le service d'hospitalisation où il apprend d'abord à faire des injections, puis à poser des perfusions et finalement à poser des sondes urinaires. Dans ce centre de santé, il est le seul à le faire et s'en vante : « *je suis le seul à pouvoir poser des sondes, même le médecin chef m'appelle pour le faire* ». Ce glissement dans l'exercice des tâches procède par la banalisation du geste médical, ainsi vidé de son sens : « *on acquiert les gestes et les routines nécessaires, mais dénaturés de leur signification* » (Blundo, 2001 : 88).
- L'usage du capital social dans l'exercice des tâches : les soignants non professionnels mettent à contribution leurs réseaux pour se positionner. Ils ne se formalisent pas avec les règles de fonctionnement des structures et arrivent ainsi à bousculer les principes organisationnels. L'exemple de ce brancardier en est une bonne illustration : il est habitué à « référer » des malades. Il se retrouve souvent seul avec le malade dans l'ambulance, habillé d'une blouse de médecin. Une fois dans l'hôpital, il négocie pour le malade et quelquefois quand ça ne marche pas, il met la structure de référence

devant le fait accompli en laissant le malade « sur le carreau ». A force de fréquenter ces lieux, il finit par se lier d'amitié avec certains jeunes médecins. Ainsi ils arrivent à trouver plus facilement une place pour le malade grâce à ses relations au niveau des différents hôpitaux. Cette capacité à « caser » des malades en attente d'une hypothétique référence est une valeur très appréciée dans le service où il exerce. On dit de lui qu'il est « très débrouillard ». Cette appréciation pourrait jouer en sa faveur lors des recrutements.

- Le glissement des fonctions : « *J'ai fait juste un stage d'un mois dans la santé, dans un hôpital, c'était il y a près de 10 ans et je suis revenu en 1998 dans la santé parce que je n'avais pas de travail. Je n'ai aucune formation dans le domaine, ni de formation spécifique de radiologie. Quand j'arrive le matin, je nettoie la salle, je prépare les produits et j'attends que le radiologue arrive. Actuellement, il n'est pas là. Il a eu des problèmes avec la mairie, son contrat n'a pas été renouvelé. Donc, je fais aussi les clichés mais je n'interprète pas les radios. C'est lui qui le faisait mais puisqu'il n'est pas là, c'est le docteur ou le major qui interprète* » nous explique un aide manipulateur. Cet agent voit ses tâches s'accroître du fait de l'absence du professionnel. Il y a, certes, une extension des activités mais aussi un glissement des fonctions, d'agent d'entretien, il devient manipulateur.

De ces développements, il apparaît que le constat de Y. Jaffré selon lequel « *on assiste en règle générale à un « bougé » des hiérarchies vers le haut et à une valorisation induite des statuts subalternes, qui en même temps se caractérisent par leur polysémie* » (1999 : 5) est exacerbé par la quête de reconnaissance professionnelle des soignants non qualifiés. De plus, l'observation des pratiques de certains professionnels de santé qui délèguent aux agents non qualifiés et aux jeunes diplômés qui cherchent à s'affirmer, révèle une sorte d'effritement de la finesse des gestes médicaux, se manifestant par un désapprentissage chez les qualifiés qui éprouvent de plus en plus de difficultés à effectuer des tâches pour lesquelles ils ont été formés.

Section III : La construction identitaire et la quête de la reconnaissance socio-professionnelle des soignants non professionnels

Les caractéristiques décrites ci-dessus rendent compte du processus de construction identitaire et professionnelle dans lequel sont engagés les soignants non professionnels qui s'engouffrent dans les interstices des espaces de soins desquels se sont détournés les professionnels de santé.

Ces espaces constituent dès lors des lieux d'apprentissage mais aussi de professionnalisation et in fine d'acquisition d'un statut de soignant qui continue à être valorisé aussi bien d'un point de vue professionnel que social. Prenons l'exemple de B.N qui était ASC dans un poste de santé en zone semi urbaine. Sans aucune formation sanitaire préalable, il a commencé à vendre les médicaments dans la pharmacie de dépôt du poste, puis il commençait à aider dans la salle de soins où il a appris à faire pansements et injections. Sachant lire et écrire, il assiste l'infirmier chef de poste lors des consultations, puis finit par effectuer des gardes. A l'affectation de l'infirmier dans une autre ville, il assure les consultations quotidiennes. Celui-ci n'étant pas remplacé depuis plus d'un an, il joue le rôle de chef de poste. Il a troqué sa blouse verte contre celle de l'infirmier et gère une équipe composée d'une matrone, d'un vendeur en pharmacie et de deux ASC. L'acquisition progressive de nouvelles compétences grâce à la pratique lui a valu d'être « nommé » chef de poste par le médecin chef du centre de santé duquel dépend cette structure sanitaire. Ce remplacement qui devait être temporaire tend à être définitif. Sa position est légitimée par le fait qu'il dirige une équipe et développe des capacités de management ; il produit lui-même les rapports trimestriels et est supervisé par les responsables du centre de santé, impliquant de fait une reconnaissance professionnelle par la hiérarchie. Il bénéficie également d'une reconnaissance sociale des gens du village qui l'appellent docteur et qui vont le voir à n'importe quel moment de la journée pour différents maux.

De cet exemple, il apparaît que l'identité professionnelle se construit à la fois au fil des compétences acquises et des influences du milieu d'exercice. Le contexte a milité en faveur du positionnement de cet ASC qui accapare les atours de la profession soignante en occupant le bureau de l'infirmier chef de poste et en prenant sa blouse. Son statut professionnel est d'autant plus reconnu que les responsables de programme et ses supérieurs hiérarchiques sont obligés de « faire avec lui » pour essayer d'atteindre les objectifs qui leur sont assignés par les organismes qui régissent la santé.

Cependant, au niveau des centres de santé, où il y a plus de personnel non qualifié, la construction de l'identité professionnelle passe par la disponibilité et la souplesse mais également la soumission à un professionnel dont on est sous la coupe. Néanmoins, de nos observations, il ressort qu'une fois intégré dans les services de santé, leurs conduites changent, ils se comportent comme les soignants professionnels en arrivant en retard et s'investissant peu dans le travail.

L.C. est un ASC, affecté au labo, il est chargé de l'entretien des sols, paillasses, pots, lames et crachoirs. Il doit également préparer les réactifs. Il est censé être là avant tout le monde, mais

il lui arrive souvent d'être en retard et donc d'effectuer ce travail en même temps que les examens commencent. Il a appris à lire les lames de crachats, « *c'est facile à lire les BAAR, en deux jours tu arrives à le faire* », nous dit-il. « *J'ai été recruté par le comité de santé, mais affecté au labo pour l'entretien mais aussi pour une formation de la coloration des lames ; quand je suis arrivé ici, j'ai été à la pharmacie comme aide pharmacien, j'ai fait cinq ans là-bas. J'ai fait des études de comptabilité pendant trois ans avec le niveau BFEM. Je suis comptable de formation, mais je suis arrivé à la santé parce que j'avais un copain qui était le président du comité de santé. Avant cela, j'ai quand même travaillé dans un projet de maraîchage en tant que superviseur. C'est par manque d'emploi que je suis venu ici, pour ne pas rester inactif. Je suis engagé ici comme ASC. Depuis que je suis au labo, c'est le responsable du labo qui m'a formé pour la coloration des lames et depuis je parviens à le faire. Avant l'arrivée du personnel (technicien, infirmier), c'est moi qui faisais les colorations. Je suis un élément important. J'ai besoin d'être formé en techniques de laboratoire. Je colore le matin avant l'arrivée de celle qui est chargée de la lecture. Moi je crois que j'ai eu ma tuberculose ici parce que je suis toujours en contact avec le microbe, je suis chargé d'aller verser les pots. Je portais gants et masques mais je n'ai pu y échapper ! Je joue deux rôles : garçon de salle et laborantin et j'accepte de les jouer pour montrer ma compétence. C'est grâce à A.G. qui est mon protecteur au niveau du service que je suis là. Il n'arrête pas de me soutenir d'ailleurs. ».*

Pour cet ASC, le fait d'arriver en retard et de faire les examens de crachats lui permet de se confondre avec les autres techniciens. Il cherche à affirmer ses compétences et la revendication d'une formation entre dans les procédés de légitimation d'un statut. A la pharmacie, il pouvait faire valoir ses compétences antérieures de comptable alors qu'au laboratoire, il a dû se former sur le tas, ce qui ne tourne pas à son avantage. Il est dès lors confiné à un statut de subalterne qu'il cherche à dépasser. Affirmer qu'il est « un élément important dans le service » semble être un moyen pour lui de valoriser des activités qui ne le ne sont pas au départ : nettoyer les paillasses et les sols par exemple.

Dans ce même service, travaille A., elle aussi est ASC, chargée de la vente de tickets pour les différents examens. A 10h, l'heure où s'arrête cette vente, elle s'occupe des groupages⁴⁶ sanguins qu'elle a appris à faire sur le tas. Elle apprendra à faire les prélèvements. Quelques mois plus tard, elle délaissera la vente de tickets pour ne plus s'occuper que des activités du laboratoire, notamment les prélèvements sanguins et les groupages.

⁴⁶ La détermination du groupe sanguin à partir d'un prélèvement effectué dans le creux du coude.

Le soignant se construit une identité professionnelle et sociale grâce au statut acquis à travers l'exercice de la pratique et le développement de compétences. L'incorporation et la reproduction de normes pratiques témoignent alors de l'appartenance à un groupe professionnel. Il gagnera progressivement en autonomie d'action et privilégiera des activités engageant sa responsabilité en tant que « soignant ». Ceci rejoint l'affirmation de A. Strauss parlant des « segments », qui composent le monde professionnel. Ils sont chacun porteurs chacun de conceptions différentes quant à la spécificité de leur pratique et de leurs activités centrales. Ces segments professionnels sont aussi porteurs d'identités différentes. A. Strauss dit à cet effet que « *de nombreux compromis s'élaborent entre les représentants des différentes idéologies des segments professionnels en présence, avec les clients aussi, ici les malades* » (1992 : 22)

Ces pratiques s'articulent dans un environnement sanitaire marqué par l'impunité face aux erreurs médicales. La délégation des tâches a pour effet la dilution des responsabilités et les soignants ne sont pas sanctionnés quand ils commettent des fautes, ce qui peut favoriser l'usurpation de fonctions plus haut décrite.

1- De l'absence de sanction et des erreurs non « assumées »

Un médecin ayant fauché en voiture un jeune garçon, l'emmène dans un service de garde du centre de santé. L'enfant avait une blessure sur le front qui nécessitait quelques points de suture. Arrivé dans ce service, il se garde de se présenter comme médecin. Il lui est demandé d'acheter un fil de suture à 1500frs qu'une des infirmières sort de son sac et commence à poser ses points. A la fin, elle lui demande d'acheter compresses et pansements. Le médecin s'exécute. Il la regarde faire et après avoir tout noté, il demande à voir le médecin chef de la structure. Celui-ci étant absent, il en parle à son adjoint en décrivant le racket et les fautes d'asepsies. Le lendemain, cette situation est relatée au cours du monitoring au médecin chef et celui-ci répond qu'il ne peut pas être derrière tout le monde et que chacun est responsable de ses actes. En d'autres termes, chacun assumera ses responsabilités en cas de plainte par ce médecin. Pourtant, ces infirmières avaient été affectées dans ce centre de santé par mesure disciplinaire : elles étaient auparavant dans un hôpital où elles avaient été sanctionnées pour leurs pratiques.

Dans un autre centre de santé, un patient est décédé suite à un choc anaphylactique causé par la rifampicine, un des effets secondaires rares de cet antituberculeux. Le médecin adjoint

demande alors au responsable de traitement de lire le dictionnaire médical « Vidal », afin de mieux connaître les effets secondaires des médicaments. Pour la rassurer, il lui dit : « *le choc est une réaction, un arrêt cardiaque que l'on ne peut pas prévenir, même l'aspirine peut causer un choc. Il faudrait maintenant prendre éventuellement la tension chez les nouveaux cas avant l'administration des produits ou le leur donner progressivement et leur demander de rester quelques minutes dans le centre pour voir s'il n'y a pas d'autres réactions* ». Tout s'arrêtera là et le soignant oubliera deux jours après de prendre la tension, comme de surveiller les malades nouvellement mis sous traitement.

Un autre cas de figure peut être relaté : A. N. était un jeune qui se traitait dans le centre de santé depuis plus de trois mois. Chaque jour il se présentait pour prendre ses médicaments. Mais il était tout le temps essoufflé et le responsable de traitement estimait que c'était dû au fait qu'il faisait quelques kilomètres à pied, ce qui le fatiguait. Devant la persistance de cet essoufflement et des oedèmes aux pieds qui étaient interprétés comme des effets secondaires des antituberculeux, il lui donna de la vitamine B en plus. Son état ne s'améliorant pas, il lui demanda de faire une radio, ce qu'il fit quelques jours plus tard. La radio fut présentée au médecin chef qui décida de l'hospitalisation de A.N. pour un problème cardiaque. Après deux jours, son état s'aggravait et nécessitait une référence à l'hôpital. Mais le jour où il devait être évacué, il fallut d'abord attendre la fiche du médecin, qu'il obtint en fin de matinée, puis que la famille rassemblât l'argent nécessaire pour payer le transport, l'ambulance n'étant pas disponible. Quelques heures avant son transfert, il commença à avoir des convulsions. La responsable de traitement était désemparée, elle appela le major qui demanda au réanimateur de venir avec un masque à oxygène. Celui-ci voulut d'abord s'assurer que les examens de crachats étaient bien négatifs avant de le lui poser, par peur de la contamination. Il traîna les pieds et arriva bien une demi heure après, alors que son service était quasiment accolé à l'unité de traitement. Il n'eut jamais le temps de poser le masque car le patient mourut.

De ce récit, il apparaît qu'une succession de lenteurs et de négligences, sinon d'erreurs de diagnostic, ont conduit au décès du patient. Nous pourrions multiplier les exemples. Les responsabilités ne sont pas assumées. La responsable de traitement n'a pas envoyé le malade à temps consulter le médecin, mais a persisté dans son traitement. La référence ne pouvait se faire rapidement vu le manque de moyens de la famille et surtout l'indisponibilité de l'ambulance, censée évacuer les malades. Le réanimateur qui craint plus pour son matériel que pour le malade arrivera trop tard. Cependant, il n'y aura ni sanction à l'encontre des agents mis en cause de la part de la structure de santé, ni plainte de la part de la famille : on évoquera la fatalité, le destin. Les procédures de sanction, les rares fois où elles sont

engagées, ne sont souvent jamais poursuivies jusqu'à leur terme. Nous avons en effet pu constater que des soignants ayant commis des fautes jugées « lourdes » arrivaient à réintégrer le système de santé, qu'ils soient affectés dans une autre région ou qu'ils reviennent tout simplement à leurs postes. Ces erreurs non assumées et non sanctionnées posent le problème de la notion de responsabilité dans les structures de santé. La délégation des tâches suppose une imputation de la responsabilité médicale à des agents n'ayant ni l'envergure professionnelle, ni les capacités à la gérer. Or, dans le domaine de la santé où entrent en jeu des questions de souffrance, de vie et de mort, cette délégation des tâches induit des responsabilités face au respect des normes de prise en charge d'une pathologie.

En quoi le fait de poser un acte de soins engage-t-il la responsabilité du soignant ? Mais aussi et surtout en quoi la délégation d'un acte de soins implique-t-elle la responsabilité du professionnel de santé ?

2- De la responsabilité des soignants

La responsabilité n'est rien d'autre que le devoir de répondre d'un geste ou d'une décision. La délégation des tâches engage la responsabilité du soignant. Les professionnels engagent leur responsabilité dans les tâches qu'ils délèguent à des agents non professionnels selon leurs compétences supposées ou réelles. Dans le contexte de délégation des tâches, cette affirmation de Freidson se voit remise en cause : *« la tâche de guérir est soumise à des critères de qualification, où la définition de ce qu'est l'acte médical et la manière de l'exécuter appartient exclusivement à la compétence du docteur »* (1984 :33). En effet, du fait de la diffusion de l'autorité, de la dilution des responsabilités découlant du « bougé » des hiérarchies, les responsabilités pénales des institutions et des hommes y exerçant, les soignants en l'occurrence, ne sont pas engagées en cas d'erreurs ou de fautes graves. Au-delà de l'absence de sanction, la notion de responsabilité est remise en cause par le mode de fonctionnement et le management des structures publiques de santé au Sénégal. *« Chaque chef de service est face à ses responsabilités, s'il a des problèmes, il les assume seul »*, disait un médecin chef de centre de santé lors d'un monitoring où étaient dénoncés les agissements du service de garde, dont les agents rackettaient les malades et effectuaient mal les soins.

De plus, la prépondérance des normes sociales redéfinit la notion de responsabilité. Au nom du secret (sutura) et de la tolérance de la transgression (maslaa), on ne dénonce pas les agissements d'un collègue indélicat. La hiérarchie ne le sanctionnera pas non plus.

Soulignons que les agents concernés sont peu ou non diplômés et ont appris « sur le tas ».

La spécificité de ces styles managériaux à l'œuvre dans le système de santé a souvent été occultée par les gestionnaires qui usent de la langue de bois dès lors qu'il s'agit de corriger ces dysfonctionnements. Les acteurs de santé publique appréhendent le système de santé comme un idéal-type. Leurs interventions se heurtent très vite aux contraintes organisationnelles et aux manières de faire des soignants dans les centres de santé. Comme nous le verrons, la prégnance de cette culture de service prend le dessus sur les normes professionnelles. A titre illustratif, nous partirons de l'exemple de l'essai clinique, réalisé par les épidémiologistes, que nous avons suivi dans quelques centres de santé pour montrer l'influence du comportement des soignants dans l'introduction d'une innovation dans les structures de santé au Sénégal.

Section IV : Perception des innovations dans la santé, influence de la culture de service sur les comportements des acteurs.

Certains travaux sur les « projets » menés dans des structures de santé (Berche, 1998 ; Fassin, 1992), notamment dans le cadre des SSP et de la politique de recouvrement des coûts, tendent à montrer que les objectifs initiaux de ces projets sont détournés. Ces travaux documentent les effets de ces innovations dans le système de santé en termes de jeux de pouvoir et de positionnement des acteurs impliqués. Cependant, ils insistent très peu sur l'influence de la culture de service sur la réalisation de ces projets. Or, les personnels de santé semblent réticents à toute action bouleversant leurs logiques de fonctionnement au quotidien. Certes, ils « jouent le jeu », du fait des enjeux financiers que suppose leur implication, mais ils imposent en revanche leur logique d'action aux gestionnaires de ces programmes.

Le suivi de l'essai clinique randomisé, dans le cadre de l'amélioration de l'observance du traitement de la tuberculose (cf. Chapitre cinq), est assez édifiant de la manière dont les innovations s'enlisent dans la culture de service. Dans un des centres de santé test par exemple, il fallait procéder au remplissage d'un questionnaire⁴⁷ à chaque visite du malade, c'est-à-dire, chaque semaine durant les deux premiers mois de traitement, notamment en prenant la température et le poids du malade, mais aussi en notant tous les effets dus au traitement et ressentis par le malade. Ce travail ne fut pas fait : pour la prise de température, le responsable du traitement nous dit : *« ce n'est pas la peine de la prendre quand le malade te dit qu'il n'a pas le corps chaud. Je pose la question au malade : est-ce que tu as le corps*

⁴⁷ Les documents relatifs à cet essai sont joints en annexe dans le but de montrer en quoi le recueil des données pouvait être perçu par les personnels de santé comme une tâche qui vient complexifier leur travail au quotidien.

chaud, s'il me dit non, je mets 37°5 sur le questionnaire. Je ne vais pas lui mettre un thermomètre quand il me dit qu'il n'a pas le corps chaud ». De plus les questionnaires, comme les fiches de suivi du PNT n'étaient pas remplis régulièrement. Le soignant les posait sur la table et les mettaient à jour quand il avait le temps. Il nous explique que *« c'est sa manière de travailler et même le PNT n'y peut rien ».* Il continue en disant, *« il y a trop de choses à faire, trop de fiches à remplir, je ne peux pas tout faire en même temps, parler au malade, enregistrer dans le registre du PNT et de l'intervention, remplir les fiches, c'est trop ».*

Précisons tout de même qu'avant cette intervention, faute de locaux, les malades étaient reçus une fois par semaine aux heures où le service de consultation était vide. Les relations entre patients et responsable de traitement se limitaient à un échange de *« ticket (sur lequel est inscrit le numéro d'ordre dans le registre de traitement) contre comprimés ».* Le soignant se faisait aider par deux ASC pour le comptage des médicaments. Quand il obtint un bureau, il fut contraint de recevoir les malades tous les jours. Il « responsabilisa » un ASC qui l'aidait alors dans la mise sous traitement des malades. Cette nécessité de déléguer ses activités à cet ASC est d'autant plus vive qu'il était souvent absent pour des séminaires ou des formations du fait de ses différentes fonctions (responsable EPS et Membre de l'Equipe cadre de district). Cet ASC avait également hérité des activités liées à l'intervention.

S'agissant du TDO, qui était aussi une composante de l'intervention, celui-ci n'était pas appliqué. L'usage du médiateur fut privilégié, et ce sont les parents qui le faisaient systématiquement sinon le traitement continuait d'être pris en ambulatoire. Il en fut tout autant pour la recherche de perdus de vue qui ne se faisait pas, alors que l'ASC recevait une « motivation » pour cela.

De cet exemple, il apparaît que les habitudes ne se transforment pas aussi facilement, les agents de santé procèdent par sélection, détournement des objectifs de l'innovation pour l'inclure dans leurs manières de faire et d'agir au quotidien, c'est-à-dire dans leur culture de service.

Dans un autre centre, l'intervention n'était pas appréciée des aides, particulièrement parce qu'elle nécessitait des contacts réguliers et assez longs avec les patients. Ainsi, l'une de ces aides nous disait : *« moi, je n'apprécie pas cette intervention parce que les malades restent trop longtemps dans le bureau. On est obligé de leur parler, de leur poser des questions ».* Dans les faits, nous avons pu observer que pour éviter ces contacts les malades étaient très peu interrogés : la fiche était remplie machinalement sans qu'aucune question ne soit posée.

De plus, dans certaines structures de santé, cette intervention a été source de conflits internes. D'abord, des médecins chefs de structure, ne contrôlant pas les ressources financières se sont offusqués de la manière dont le responsable de l'intervention avait procédé dans la distribution de la « motivation » des agents impliqués. En effet, dans un des centres de santé par exemple, quand le médecin chef eut écho du versement d'une somme d'argent au responsable de l'unité de traitement, il appela le médecin responsable de l'intervention pour lui signifier qu'il n'était pas d'accord avec cette manière de procéder, c'est-à-dire de motiver un de ses agents sans qu'il en fut informé. Il estimait devoir être mis au courant de ce qui se passait dans sa structure. Ensuite, il enleva le nom du responsable de traitement de la liste des heures supplémentaires devant être payées par le ministère de la santé.

La répartition des tâches avec une définition claire des rôles semblait aller de soi pour le médecin responsable de l'intervention. Or, dans les faits, les responsables d'unité de traitement occupant plusieurs fonctions, ils ne pouvaient assumer seuls la charge de travail ; ils répartissaient les tâches ou les déléguaient à un petit groupe qu'ils avaient choisi. Ainsi, ceux qui étaient inclus au départ par le médecin responsable étaient écartés plus tard par les responsables de centres de traitement ou de postes de santé. Ces derniers parlaient alors de stratégies d'accaparement par les professionnels de l'intervention, afin de ne pas partager les revenus financiers qu'apportent ces « projets ». Dans d'autres cas, les ASC qui se sont vus dotés de tout le travail de suivi des malades recrutés ont exprimé leurs frustrations quand ils ont su le montant des motivations reçues par le responsable de traitement. Ils ont alors refusé de continuer à effectuer ces tâches ou y ont mis de la mauvaise volonté.

Bouleversant les habitudes des soignants, cette innovation s'est enlisée dans la culture de service, n'échappant pas au mode de gestion au quotidien de la tuberculose dans les structures de santé. Les activités n'étaient pas menées. Dans les centres de santé, il y a eu plutôt comme une sorte de reproduction systématique des comportements vis-à-vis du PNT. Les fiches des patients n'étaient véritablement remplies qu'à la veille du passage du médecin responsable de l'intervention, comme cela se fait lors des supervisions du PNT. De la même manière, les recommandations émises ne sont pas suivies. La motivation se faisant sur la base des fiches correctement remplies, les agents n'hésitaient pas à les « corriger » avant le passage du médecin. On assiste à une institutionnalisation des habitudes qui finissent par devenir la règle de fonctionnement de ces services. Les dysfonctionnements se cristallisent au point que l'on en oublie les normes. Les coordonnateurs de l'intervention ont eu souvent à négocier avec les responsables de traitement pour éviter les conflits et avoir des résultats. En effet, même si

cette intervention avait suscité un certain engouement pour la tuberculose (les agents se disant que « ça bouge » dans la tuberculose), elle n'a pas eu les résultats escomptés. Elle était diversement appréciée par les agents, du fait des conflits et de la confusion de rôles qu'elle a entretenus notamment en responsabilisant des agents non qualifiés. Elle s'est laissée piéger par les réalités du contexte des institutions sanitaires. Comme le montrait D. Darbon en décrivant les administrations en Afrique : « *l'arbitraire des conditions de nomination et de promotion, la relation personnalisée au détenteur de pouvoir hiérarchique, l'impuissance structurante des organisations syndicales ou corporatistes et la dépendance politique des fonctions administratives qui en découlent, affectent la construction d'une identité de fonctionnaire et d'une culture d'organisation...* » (2001 : 30). Toute intervention dans les structures de santé doit intégrer les effets du contexte dans sa réalisation. Les cadres d'exercice étant définis *a priori*, les ignorer reviendrait à ignorer le comportement des soignants. Quel que soit leur apport, les innovations finissent alors par disparaître, notamment à la fin de l'intervention : les soignants reprennent leurs vieilles habitudes (qu'ils n'avaient du reste pas abandonnées), particulièrement lorsque le PNT se désengage des actions qu'il avait initiées avec les coordonnateurs de programmes.

Conclusion

Différents travaux sur le système de santé en Afrique tendent à présenter la délégation des tâches comme un dysfonctionnement affectant la qualité des services aux usagers. Leurs auteurs semblent ainsi faire référence à un modèle idéal de fonctionnement du système de santé qui s'est fortement érodé aussi bien en Afrique que dans les pays industrialisés. Il nous semble que la délégation des tâches tout en constituant un procédé d'apprentissage d'un savoir pratique davantage valorisé dans la configuration actuelle des structures de santé au Sénégal, est aussi productrice de statut social, professionnel, bref d'une identité.

Cependant, ce mode de fonctionnement des structures de santé, basé sur la délégation des tâches ne semble pas sans risques pour le renouvellement professionnel du système sanitaire dans son ensemble. En effet, la délégation des tâches produit de la déprofessionnalisation chez les professionnels de santé qui se détournent des activités de soins, fondement de leur fonction. Fonction qui se fragilise de plus en plus du fait des rôles importants qu'elle fait jouer aux soignants non professionnels. Entre autres effets de la délégation des tâches, nous pouvons également noter la diffusion de l'autorité et la dilution des responsabilités des soignants.

De ce point de vue, nous constatons à travers l'exemple de l'intervention épidémiologique, qu'il devient une nécessité pour les décideurs de santé publique de tenir compte du rôle des soignants non professionnels dans la mise en œuvre d'une politique sanitaire.

Les contextes d'action décrits à travers les interactions entre soignants et la culture de service régissant le fonctionnement quotidien des services de santé, nous proposons, dans la quatrième et dernière partie qui constitue cette thèse, d'analyser les perceptions de la maladie sur les attitudes et comportements des soignants.

Quatrième Partie :
Discours et attitudes des soignants autour de la tuberculose

L'anthropologie de la santé, tout en reconnaissant l'influence des savoirs médicaux dans la construction des perceptions et représentations populaires sur la maladie chez les patients et leur entourage a quasiment occulté la part des conceptions populaires dans les discours et les comportements des soignants. Or, les maladies à la fois chroniques et stigmatisantes confrontent conceptions savantes et perceptions populaires aussi bien chez les malades que les soignants. Dès lors que nous nous intéressons à une diversité d'acteurs dont pour certains les savoirs sont acquis de façon partielle et parcellaire, nous estimons que leurs attitudes résultent davantage des représentations sur la maladie que de maîtrise des normes comportementales ou des savoirs biomédicaux. Ainsi, dans le cas de la tuberculose, leurs attitudes oscillent entre crainte et banalisation, les conduisant à penser localement des stratégies de gestion des dangers liés à l'exercice médical puis plus spécifiquement dans le cadre de la confrontation avec la maladie au sein des unités de traitement. Notre propos est ici de montrer que la stigmatisation de la tuberculose libère des espaces de soins qui sont alors occupés par des non professionnels qui trouvent là un moyen de se positionner sur le champ sanitaire. Par ailleurs, dans l'analyse des interactions nous montrerons que les maladies chroniques sont aussi un moyen de créer du lien social. Les unités de traitement étant des univers fermés, il s'y joue des modes de relations entre les différents acteurs (malades et soignants) qui sont déterminantes dans le vécu et la perception de la maladie.

De ce point de vue, nous estimons que les maladies chroniques offrent une nouvelle perspective à l'analyse des interactions entre usagers et personnels de santé ; le mode de prise en charge de la tuberculose basé sur le TDO permet de repenser les rapports entre soignants et soignés. En effet, à la différence des études portant sur les interactions entre soignants et soignés dans les structures publiques de santé montrant une relative occultation de la personne du malade, une brièveté et l'impersonnalité des rapports, nous avons constaté que les conditions de prise en charge d'une maladie chronique ouvrent la possibilité d'une personnalisation des rapports, des liens de proximité étant en mesure de se créer. Les interactions régulières entre soignants et soignés dans des univers fermés modifient les rapports thérapeutiques ordinaires tels qu'on peut les observer dans d'autres services de prise en charge traitant des affections courantes où le patient est vu à un moment précis, lors d'une consultation. Les représentations de la maladie ainsi que les rapports soignants et soignés seront analysés dans les deux chapitres qui constituent cette partie.

Chapitre X : Entre représentations et pratiques : stigmatisation et banalisation autour de la tuberculose

Introduction

En anthropologie de la santé, les perceptions et représentations autour d'une maladie constituent une approche privilégiée visant à saisir et expliquer les comportements des individus face à la souffrance. Elles guident souvent les recours thérapeutiques en fonction des schémas explicatifs et du sens donné à la maladie. L'analyse par les représentations oppose souvent savoirs « profanes » traditionnels et savoirs relevant de la biomédecine. Egalement désignée comme « savoir de sens commun » ou encore « savoirs naïfs », « naturel », cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, de la connaissance scientifique moderne portée par les logiques médicales. Certains auteurs avancent, dans cette perspective, que « *la maladie se vit à travers un réseau de significations que l'individu et son entourage attribuent aux symptômes, aux circonstances et aux composantes du contexte social et historique de l'épisode de maladie de même qu'aux acteurs en cause* » (Massé, 1995 :113). Comme le montre A. Kleinman (1980), ce qui intéresse l'anthropologue, ce n'est pas la maladie en tant que catégorie objective de la médecine, mais la manière dont les gens élaborent leur propre notion de maladie, à travers leur pratique, leur expérience et les contacts qu'ils ont avec les spécialistes. En proposant une classification des états de santé, A.Kleinman et A.Young (1990) ont montré que le terme seul de maladie ne suffisait pas pour rendre compte de toutes les diverses dimensions des problèmes de santé. Cependant, cette vision culturaliste apparaîtra comme réductrice aux yeux de théoriciens qui estiment que ces connaissances sur la maladie s'enrichissent des représentations sociales, médicales des soignants et influencent leurs pratiques face aux patients. Ainsi, plusieurs facteurs entrent en jeu dans la perception et les représentations de la maladie comme les habitudes de vie, l'environnement ou l'appartenance culturelle et religieuse. Plusieurs travaux en anthropologie ont porté sur les processus de construction sociale d'une maladie et par là, à la manière dont se construisent et s'élaborent les représentations autour de celle-ci (Flicke, 1992, Jaffré & Olivier de Sardan : 1999, Herzlich & al. 1969). Cependant, les limites de ces études résident dans le fait qu'elles se sont exclusivement penchées sur les représentations de la maladie du point de vue des malades. Or, dans le cas des maladies stigmatisantes et chroniques, le sida et la tuberculose notamment, il a été démontré que les attitudes des professionnels de santé s'appuyaient sur leur perception de la maladie (Desclaux, 2001). Dans un autre domaine

comme l'épidémiologie, des travaux sur la tuberculose et le sida révèlent que les perceptions de la maladie structurent les interactions entre soignants et malades (Harries & al. 1997).

La but de ce chapitre est de montrer que les personnels de santé ne sont pas exempts de représentations. Ces dernières influencent leurs interactions avec les patients mais aussi leurs pratiques quotidiennes. Commençons par rappeler comment celles-ci se construisent et se déclinent dans le comportement des soignants.

Section I : La construction des représentations

1- les stigmatisations

Concernant la tuberculose, la question des représentations ne peut être analysée en occultant les procédés historiques de prise en charge de cette pathologie. Connaissances sur une maladie ou expérience vécue ; les représentations profanes des soignants sur la tuberculose n'ont pas beaucoup évolué avec l'état des savoirs médicaux. Elles sont restées influencées par les principes anciens de lutte contre la maladie. Elaborés en Europe, ces moyens de lutte contre la tuberculose ont été reproduits au Sénégal. C'est ainsi que fut créé l'Institut d'hygiène Sociale, dispensaire pour tuberculeux, où exerçaient des infirmières visiteuses dont la principale fonction était de prodiguer des conseils d'hygiène au malade et à son entourage. La mise en place de la brigade mobile d'hygiène avec la création du service national d'hygiène, dont la mission consistait entre autres à désinfecter les chambres où avait séjourné le tuberculeux, à réprimer par des amendes notamment, les habitants des concessions jugées sales et dangereuses, s'inscrivait également dans cette logique de sanitarisation. La création de sanatoriums dans la banlieue de Dakar était aussi prévue. Mais, pour éviter la « propagation de la maladie », ce seront plutôt des quartiers « indigènes » (exemple de la Médina) qui seront bâtis. Ces mesures servaient à séparer les malades des individus sains. Elles ont influencé les principes d'accueil des malades et de gestion de la tuberculose dans les structures de santé. Aujourd'hui encore, dans ces structures de santé, la situation spatiale des unités de traitement ou des services de maladies infectieuses, rappellent cette mise à distance des tuberculeux. Cette mise à distance demeure intéressante à décrire, dans la mesure où elle produit des processus de stigmatisation élaborés tant au niveau institutionnel que localement dans les structures de santé. Comme l'écrit D. Jodelet : « *le marquage social des contenus et des processus de représentation est à référer aux conditions et aux contextes dans lesquels émergent les représentations, aux communications par lesquelles elles circulent, aux*

fonctions qu'elles servent dans l'interaction » (1989 :362). Par exemple dans un hôpital de Dakar, le service de pneumo-physiologie se situe à la périphérie de la structure. C'est le dernier bâtiment de l'hôpital en face duquel se trouve un gros baobab. Très vite, le service fut appelé par les usagers « le baobab » (litt : gouye gui). Les représentations autour de cet arbre⁴⁸, associées à la nature de la maladie qu'on y traitait, et les rigueurs de l'hospitalisation⁴⁹ auxquelles étaient soumis les malades ont très vite contribué à la perception de la tuberculose comme maladie grave et incurable. Ainsi, pendant longtemps, selon les conceptions populaires, celui qui est hospitalisé à « gouye gui » est atteint d'une maladie grave et dangereuse, et n'en sortira pas vivant.

Dans les structures de santé où il n'est pas possible d'isoler les unités de traitement pour la tuberculose, des autres services du fait du manque d'espace et de l'étroitesse des locaux, des lieux sont aménagés pour recevoir les malades. Quelque fois, il peut s'agir d'un simple banc posé dans une embrasure de mur, mais dont on interdit l'usage à toute autre personne (malade ou accompagnateur) se rendant dans un autre service. Dans un centre de santé par exemple, la salle d'attente de l'unité de traitement est constituée d'un bout de couloir où sont posés des bancs. Celle-ci étant à proximité du service des hospitalisations, les accompagnants viennent parfois s'y installer pour se reposer ou fuir la chaleur des chambres encombrées. Or, c'est un espace qui leur est interdit. Nous avons pu voir la responsable de traitement chasser ces personnes qui venaient s'y asseoir, alors que ce ne sont pas des tuberculeux. Le discours qui leur est tenu (« *Que faites vous là ? Vous savez que vous n'avez pas le droit d'être ici. Si je vous demande de quitter cet endroit ce n'est pas par méchanceté, c'est pour votre bien. Est-ce que vous savez quelle maladie on traite ici ? C'est la tuberculose, alors si vous voulez rester c'est votre affaire, je vous aurais prévenu* ») traduit le confinement de la tuberculose dans un espace bien défini, confinement entretenu par les personnels de santé. L'espace est donc perçu comme potentiellement dangereux. M. E. Gruénais affirmait dans le cadre de la prévention du

⁴⁸ Dans la cosmogonie des wolofs, le baobab fait l'objet de représentations, de croyances mais aussi d'interdits. De nombreux mythes et légendes sur la société sénégalaise, le sacralisent. C'est le lieu où se retrouvent les génies à certaines heures, où des sacrifices sont faits. Le large tronc de cet arbre est le réceptacle de sacrifices et de demandes diverses. C'est un arbre dont on dit qu'il est sacré, ceux qui en écorchent le tronc de manière sauvage, meurent rapidement dit-on.

⁴⁹ Les malades hospitalisés dans ce service ne devaient pas être accompagnés, ils restaient seuls pendant toute la durée du traitement. Ils étaient réveillés très tôt, faisaient leur toilette, prenaient leurs traitements sous la supervision des infirmières, ne recevaient aucune visite pendant les premiers mois. Encore aujourd'hui, des règles strictes d'hygiène doivent être respectées par les patients. Selon le chef de service, il faut que les salles d'hospitalisation soient propres, le malade doit avoir fait sa toilette avant la visite quotidienne. Ceux qui dérogent à ces règles auront droit à des remontrances et des menaces de mettre fin à leur hospitalisation. Ce chef de service n'accepte pas l'hospitalisation des séropositifs. Dès que le statut sérologique est connu, il les envoie au service des Maladies infectieuses. « C'est le seul service où tu trouves des lits vides, parce que le chef de service est compliqué, il terrorise malades et accompagnants » nous disent les personnels de santé des autres services.

sida que « *des médecins des structures périphériques renoncent à entreprendre quoi que ce soit pour les malades parce que « c'est trop compliqué » et isolent parfois ces personnes atteintes des autres patients « parce que les autres patients ne veulent pas être à côté des sidéens »* (2001 : 4). Ces formes d'organisation de l'espace de soins, à savoir la distanciation des services de maladies infectieuses ou du PNT, entretiennent une stigmatisation exacerbée par les attitudes des soignants, comme nous le verrons plus tard. Souvent les soignants, professionnels ou non, craignent d'être affectés dans ces services : « *quand on affecte quelqu'un ici, il pleure, surtout que les gens n'arrêtent pas de lui dire que le PNT c'est l'horreur ! (litt : fofu moussiba la). Certains d'ailleurs l'ont baptisé le sursis face à la mort (litt : Khar Yalla) »* expliquent les responsables de traitement. Rappelons que d'un point de vue historique, l'occupation du poste de responsable de traitement n'était pas appréciée. Pendant longtemps, jusqu'à la création des SSP où le traitement et le suivi des malades tuberculeux s'intégraient au paquet minimum des activités d'un district, l'unité de traitement constituait un poste sanction pour les soignants ayant commis des fautes graves ou en conflit avec l'autorité. Ainsi, à l'isolement géographique se greffait un « isolement professionnel » : ce sont les « mauvais » agents qui se retrouvaient là, « oubliés » et exposés à la maladie pendant plusieurs années. Ce rôle répressif attribué aux unités de traitement a contribué à éroder l'image de la tuberculose chez les soignants.

En outre, en plus du type d'organisation de la prise en charge (espaces réservés, gratuité du traitement) qui les marginalisent, les malades qui fréquentent ces lieux sont désignés « PNT » à l'image du service qu'ils fréquentent, ou identifiés par le nom du responsable de traitement : « *c'est le malade de B. ou de N.D.* ». Ces formes de désignation des malades en fonction du service ou du soignant faisaient dire à un médecin : « *il faut sensibiliser le service « porte » parce que maintenant, demander à aller au service social, c'est devenu péjoratif ; dès que quelqu'un se présente et demande la responsable de traitement, on pense que c'est un tuberculeux alors qu'elle gère aussi les cas sociaux, c'est « PNT » comme ils disent ; il faut qu'ils soient plus discrets parce que c'est un domaine sensible* ». Il incrimine ici les agents qui sont chargés d'orienter les malades mais reconnaît que la tuberculose doit rester cachée, il faut garder le secret de la maladie. Il semble que la tuberculose soit honteuse et par conséquent le fait de dire que tel malade est un tuberculeux peut être humiliant. Il apparaît clairement que la tuberculose demeure une maladie stigmatisée chez les personnels de santé aussi. E. Goffman définit le stigmaté comme « *la situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société* » (1975 : 7). En distinguant l'identité sociale virtuelle de celle réelle en référence à la catégorie et aux attributs, le

stigmaté est au centre de cet écart en se situant dans la relation interactive : « *cet écart, s'il est connu ou visible, compromet l'identité sociale : il a pour effet de couper l'individu de la société et de lui-même, en sorte qu'il reste là, personne discréditée face à un monde qui la rejette* » (Goffman, op.cit. :18). Les manifestations de la tuberculose, telles que la toux, suscitent une certaine gêne de la part des patients et une angoisse aussi bien chez les personnels de santé que chez l'entourage. Cette gêne se traduit souvent par une mise à distance qui produit de la stigmatisation. De plus, la tuberculose est une maladie insidieuse du fait de sa progression lente (entre l'infection et le développement de la maladie, il s'écoule un certain temps), mais aussi de par ses manifestations hétérogènes qui ont tendance à apparaître par moments et disparaître à d'autres. Les explications d'une patiente en témoignent : « *J'avais commencé à aller chez les marabouts qui me disaient que c'était la « fatigue généralisée » (litt : tooy). Ils me donnaient alors des racines à prendre en décoctions. Mais puisque ça ne marchait pas, je suis allée en consultation dans une clinique où j'ai été hospitalisée pour un accès palustre pendant trois jours. Ensuite, je suis allée au centre de santé parce que j'avais toujours mal. J'avais des maux de tête, le soir j'avais le corps très chaud. Je suis beaucoup et le matin je me sentais mieux. Je pensais que c'était un rhume et ici on m'a encore donné un traitement pour le palu. Puisque ça n'allait pas, l'infirmière m'a demandé de faire des crachats et une radio, c'est comme ça que j'ai su que j'avais la tuberculose et que j'ai été envoyée à l'unité de traitement* ». Les symptômes de la tuberculose se confondent avec d'autres affections. La fièvre par exemple est commune à d'autres maladies comme le paludisme ; les autres signes tel que l'amaigrissement ne lui sont pas exclusifs. Cette hétérogénéité des symptômes est aggravée par le sida qui modifie les images radiographiques et rend les manifestations de la tuberculose atypiques. Ces va-et-vient dans différents schémas explicatifs compliquent l'identification de la maladie ou plutôt « l'étiquetage », dont certains anthropologues, (Janzen, 1978 ; Benoist, 1996 et Good, 1998) disent qu'il oriente les recours dans la quête de soins vers le système de prise en charge qui semble le plus adapté au sens donnée à la maladie.

Cette caractéristique de la tuberculose rend son diagnostic assez difficile à établir ; le tâtonnement thérapeutique qui s'en suit est alors angoissant aussi bien pour le malade que pour le personnel de santé. Le diagnostic se fondant sur le discours des malades, souvent mené sous la forme d'un interrogatoire rapide, ce sont les symptômes décrits qui sont traités.

2- L'expérience de la maladie : entre vécu de la maladie et perceptions

Les représentations se construisent à partir des manifestations les plus évidentes de la maladie comme la toux, dans le cas de la tuberculose. C'est ainsi qu'elle est communément appelée « maladie de la toux » (litt : febaru sekket) ou encore la « mauvaise toux » (litt : sekket su bon si). Cependant, toute toux n'est pas nécessairement synonyme de tuberculose, même si paradoxalement, selon les normes officielles du PNT, toute toux de plus de quinze jours nécessite un diagnostic de tuberculose. Cette ambivalence thérapeutique ne facilite pas l'exercice des soignants. En proposant une analyse des représentations en Afrique, à partir d'une logique de nomination des symptômes, J. P. Olivier de Sardan et Y. Jaffré parlent de conceptions populaires, qu'ils définissent comme « *des représentations globalisantes, classant les expériences singulières de l'affection à partir de caractéristiques communes dans un nombre relativement restreint d'entités nosologiques populaires* » (1999 : 59). En fonction des signes que présente le malade et des symptômes décrits, il est souvent mis sous « traitement d'épreuve » par antibiotiques pendant quinze jours, un antipaludique pourra aussi être ajouté sur l'ordonnance pour guérir la fièvre.

« Au début de la maladie, j'avais mal aux jambes, j'avais les pieds qui enflaient et cela me faisait mal. Ça a duré longtemps, ça fait près de deux ans que je suis malade. Donc ça a commencé par les pieds qui enflaient, puis ce fut autour des bras, mon bras gauche plus exactement, qui enflait, enflait jusqu'à devenir tout noir. Je suis allée voir un guérisseur qui m'a dit que c'était le mauvais œil (litt : thiat). Il m'avait donné des fumigations que j'utilisais deux fois par jour. Je venais aussi en consultation dans ce centre de santé et on m'a donné plusieurs ordonnances avant de me demander de faire une radio. J'allais également en urgence dans une clinique à côté quand j'avais vraiment mal le soir et on me gardait un jour ou deux sous perfusion. Avant d'arriver à l'unité de traitement j'ai utilisé pas mal de soins : des décoctions qu'il fallait boire ou avec lesquelles je devais m'enduire le corps, des fumigations. Je continue à boire du « nger ». J'ai tout entendu avant de savoir ce que j'avais. Les guérisseurs me disaient que c'étaient les esprits maléfiques, les soignants me disaient que j'avais le paludisme... » témoigne une patiente. De cet extrait, on peut lire que l'hétérogénéité des manifestations de la tuberculose conduisent à des errements thérapeutiques et donc des retards de diagnostic souvent imputés au patient. Or, de cet exemple et plus généralement de notre travail de terrain, il ressort que la plupart des malades étaient venus consulter soit en urgence, soit au tri sans qu'un diagnostic clair de tuberculose ne soit posé. Ce qui pose en

substance la question de la formation des personnels de santé et du déroulement des consultations. S'ils savent théoriquement qu'ils doivent demander un diagnostic de la tuberculose chez un patient pour une toux de plus de quinze jours, il semble que dans la pratique ils essaient d'abord un traitement symptomatique.

Chez le patient, les représentations de la maladie se constituent à partir du moment où il y a une logique de nomination des symptômes, mais elles sont enrichies au cours des étapes successives de son itinéraire thérapeutique. L'étiquetage de la douleur ressentie, constitue la première étape de la construction des perceptions et des interprétations de la souffrance. Constituées par les savoirs locaux, les éléments de physiologie populaire sur la tuberculose et sur les messages médicaux, les représentations fondent les conduites et les pratiques des acteurs. Les difficultés de diagnostic dans les structures de soins modernes compliquent davantage les parcours thérapeutiques des malades. Entre les hésitations des personnels de santé et les tâtonnements des tradipraticiens, les malades finissent souvent par se décourager et versent dans le fatalisme : « *je sais que je vais mourir* », « *c'est une maladie que les médecins ne peuvent pas soigner* ». A cela s'ajoute le déni de la maladie par certains patients, du fait des images rattachées à la tuberculose dans les conceptions populaires. Une étude faite sur les images de neuf maladies dont les affections pulmonaires révèle que : « *each disease had a characteristic and specific image. These images were generally accurate, although certain areas of ignorance were located. Heart disease and stroke were seen as being associated with the general behavioural combination of lack of exercise, consummatory excesses and smoking* » (Harding, 1984: 284). Ces images rattachées aux affections pulmonaires se retrouvent encore aujourd'hui dans le discours des malades. Une jeune femme rencontrée dans un centre de santé raconte : « *on sait que la tuberculose ne s'attaque généralement qu'aux fumeurs et alcooliques. Donc, je me disais que je ne pouvais pas avoir cette maladie et ma famille était surprise d'apprendre que j'avais la tuberculose parce qu'elle a la même conception. Moi je ne suis ni fumeuse, ni une droguée et je ne bois pas d'alcool, donc je ne peux pas avoir la tuberculose. Je suis restée un moment avant de me décider à me traiter* ». Cette perception de la tuberculose comme maladie de la « déviance » trouve son écho dans l'imaginaire des causes de la maladie en Europe au 19^e siècle, où l'alcoolisme était identifié comme étant à l'origine de la tuberculose. « *Cet alcool bu par faiblesse serait pourvoyeur de tuberculose, un des autres fléaux du siècle : les fragilités nerveuses, les troubles digestifs qu'il provoque ne s'accompagnent-ils pas d'une maigreur progressive finissant invariablement par la tuberculose ?* » écrit G. Vigarello (1999 : 223). La signification de la maladie se construisant dans les pratiques narratives auxquelles participent

les malades, leur entourage et les soignants. Le malade se soucie de l'image que les personnels de santé ont de lui. Ce constat nous amène à penser qu'étudier les représentations de la tuberculose uniquement du point de vue des malades est réducteur. Très peu d'études se sont consacrées à l'analyse des représentations des personnels de santé sur cette maladie (Watkins & Plant, 2004). Nous essaierons de montrer maintenant que les critères de démarcation du savoir médical par rapport aux autres types de savoir dits populaires ne sont pas toujours valables dès lors qu'il s'agit de maladies stigmatisées. Les personnels de santé ont leur conception de la maladie qui est différente de celle façonnée par le discours médical.

Section II : Les savoirs médicaux à l'épreuve des représentations

Les travaux en anthropologie de la santé et de la maladie en Afrique admettent dans leur ensemble que les pratiques et savoirs populaires sur la souffrance, le traitement et la guérison se trouvent inévitablement et régulièrement confrontés aux pratiques et savoirs portés par les représentants de la « bio-médecine » (Fassin, 1992). L'entrée par les professions pousse à s'intéresser aux savoirs théoriques et professionnels issus des apprentissages formels. Dès lors que l'on parle de professionnels, soumis à une socialisation professionnelle, et donc à un formatage théorique qui détermine leurs attitudes et comportements et leur permet d'interpréter les états de maladie, on s'interdit d'évoquer des représentations qui relèvent de conceptions populaires et donc de savoirs « irrationnels ». Cependant, deux éléments majeurs obligent à interroger sous un autre angle, les représentations des personnels de santé : d'abord, les structures de santé se composent aussi de soignants non professionnels qui effectuent des soins, participent à la prise en charge des maladies et sont en contact avec des patients. Ceux-ci sont formés sur le tas et n'ont pas cet arsenal théorique, scientifique et rationnel propre au savoir médical et se laissent souvent guidés par leurs propres connaissances de la maladie. Ces connaissances sont aussi imprégnées de représentations. Ensuite, les structures de santé ne sont pas des microcosmes à l'écart de la société. Ainsi, les acteurs de la santé appartiennent à divers mondes sociaux qui interagissent avec le milieu professionnel. Ils sont membres d'un groupe social dont ils ont intégré les règles et les valeurs mais aussi les savoirs. Ils ne sont donc pas des « cruches vides »⁵⁰, dans lesquelles se couleraient uniquement les connaissances acquises au cours de leur socialisation professionnelle. Dans la plupart des travaux, cette question des représentations a été analysée du point de vue des malades, bien que des auteurs

⁵⁰ Terme emprunté à R. Massé (1995), pour dire qu'ils ne sont pas des acteurs passifs devant les malades. Ils sont également en proie à des représentations que l'apprentissage médical ne suffit pas à effacer.

tels que J. Pierret⁵¹ ou A. Desclaux aient montré que les personnels de santé n'étaient pas exempts de ces représentations. Cette dernière, en analysant la stigmatisation dont sont victimes les malades du sida, définissait les termes de « stigmatisation » et de « discrimination » comme, « *toute une variété de pratiques et d'attitudes fondées par des représentations et des discours, qui vont d'un geste inconscient à une décision argumentée, d'une négligence passive à un rejet emprunt de violence, concernant tous les plans, de la micro-scène des relations individuelles au niveau macro- social des rapports entre groupes sociaux et entre des populations* » (2003 : 1). Ces attitudes discriminatoires ou stigmatisantes se retrouvent par conséquent dans les structures de santé et sont l'œuvre de personnels de santé. Quand nous entendons un médecin dire : « *la tuberculose ne m'intéresse pas, les malades sont sales, tristes. Quand tu les vois, tu n'as même pas envie de les toucher* », nous ne pouvons nous empêcher de penser que le peu d'intérêt que les soignants portent à la tuberculose n'est pas seulement dû au caractère routinier de la prise en charge ou au manque de perspectives de carrière : il révèle aussi une perception négative de la maladie et des malades. Dans les propos de ce médecin, au delà des perceptions négatives, il semble que la « saleté » du malade renvoie plus globalement à des représentations du corps. Décrivant ces images du corps, G. Vigarello écrit : « *le corps est fait de substances éminemment corrompibles, celles que tout incident rend immédiatement visibles, émergeant des ouvertures ou des incisions les plus discrètes : ce sont les humeurs, ces liqueurs fuyant aux moindres blessures, présentes dans la salive, le pus, les excréments variés* » (1999, 21). Le corps est révélateur des conditions de vie : on y lit la maladie ou la santé, la souffrance ou le bonheur. Rapportées à la tuberculose, on décèle dans ces représentations du corps, la misère ainsi que des conditions d'hygiène défailantes. Ces perceptions du corps, de la saleté, influencent d'ailleurs leurs pratiques, guident leurs conduites et déterminent la structuration de leurs interactions quotidiennes avec les malades. Rappelons- le avec S. Moscovici : « *les représentations sont un cadre de référence et un vecteur de l'action des individus. [...] Un savoir commun ayant le pouvoir d'anticiper et de prescrire le comportement des individus, de le programmer dirions-nous* », (1989 : 62). Elles nous conduisent à interroger l'influence des représentations du corps sur la pratique médicale. Les gestes qui accompagnent l'acte de soigner, tels que le toucher, sont relégués au second plan dès lors que le malade a une apparence jugée répulsive, même si l'enjeu d'un corps propre relève davantage d'une conception morale que d'une préoccupation sanitaire. Le corps malade devient dangereux

⁵¹ « Un suivi qualificatif de malades : l'exemple de personnes vivant avec le VIH/ sida ». Communication orale présentée lors du séminaire « Regards croisés sur les malades chroniques ». Marseille, le 07 Mars 2005.

parce que diffusant des « humeurs » (Vigarello, 1985) pouvant contaminer ceux qui le touchent.

En outre, chez les professionnels de santé, l'image du tuberculeux renvoie à une personne maigre, vivant dans des conditions misérables. Ainsi, l'apparence physique du malade peut quelquefois retarder le diagnostic, dans la mesure où il ne présente pas les symptômes classiques dont la maigreur à laquelle on associe la tuberculose. Un responsable de traitement nous présentait un patient en ces termes : « *regardes- le, comme tu le vois il a l'air bien portant et pourtant il a la tuberculose. S'il ne le dit pas, on ne peut pas le savoir* ». De même, les personnes manifestant des signes d'aisance matérielle ne sont pas susceptibles d'avoir la tuberculose dans l'entendement des personnels de santé : « *la tuberculose n'épargne personne. Tu as vu cette dame ? Elle est bien, elle travaille, son mari aussi. On ne peut pas dire qu'elle est sale, qu'elle ne vit pas bien. Personne n'est vraiment à l'abri de cette maladie* » expliquait l'assistante sociale, responsable de traitement dans un centre de santé. Il apparaît donc que dans la perception des soignants, la tuberculose reste associée à la pauvreté et aux mauvaises conditions de vie et d'hygiène.

En plus de ces aspects, la nature de la maladie suscite une crainte de la contagion (point que nous développerons dans le chapitre suivant) chez les soignants. Au niveau des structures de santé, dès que le diagnostic de la tuberculose est clairement posé, dans la plupart des services où passe le malade, les attitudes des personnels de santé se transforment. Une mise à distance se fait : on se tient au moins à deux mètres de lui et on s'empresse de l'envoyer à l'unité de traitement. Comme nous le disait un soignant non professionnel travaillant dans une unité de traitement : « *tuberculose, rien que le nom est évocateur de maladie grave (litt : tuberculose moom, tuur bi sax dafa reuy !)* ». Ces affirmations en disent assez sur les perceptions de la tuberculose chez cette catégorie d'acteurs qui, pour la plupart, ne sont pas formés, ont un niveau d'instruction assez bas et ne connaissent rien des maladies (manifestations, mode de transmission, causes). Elle traduit une certaine peur, susceptible d'influencer le rapport aux malades. Ces soignants se réfèrent donc à « ce qu'ils ont entendu » de la maladie. Ils véhiculent un stigmate à travers le langage sur la maladie. Situation également relevée par J. Tanchou au Cameroun qui écrit, citant des soignants : « *le mot tuberculose est perçu comme laid ainsi on ne parle pas de tuberculose mais de « BK ». On ne dit pas tuberculeux, mais « bekassiste » parce que le mot tuberculeux est laid et il fait honte* » (2006 : 288). Ces usages sémantiques montrent que la matérialité de la maladie renvoie à sa cause, du fait de la multiplicité des manifestations des symptômes mais aussi des transformations physiques que subissent les malades.

Par ailleurs, certains professionnels, en visant une proximité culturelle avec les malades, essaient d'avoir un discours proche de ce dont ils estiment être les représentations du malade. Ils adaptent ainsi leur discours, en fonction de ce qu'ils pensent être compréhensibles par les malades. Ils usent de termes qu'ils jugent accessibles aux malades dans la connaissance de la maladie, l'explication des manifestations ou encore ses modes de transmission. Cette démarche n'aboutit pas toujours au résultat attendu, elle contribue plutôt à créer des fausses représentations chez le malade et son entourage d'abord, mais aussi chez les soignants non professionnels. En effet, pour le professionnel (médecin ou infirmier), le fait de dire à un patient : « *le microbe a mangé ton poumon* » est certes une représentation imagée qui vise à expliquer l'évolution de la maladie. Elle peut, cependant être interprétée comme un signe d'incurabilité chez un malade ayant épuisé tous les recours avant d'arriver dans la structure de santé. L'usage de ces métaphores a été relevé par L.Vidal, étudiant les modalités d'annonce de la séropositivité dans le cadre du sida. Par rapport à cela, il émet l'idée de « *l'existence d'un savoir syncrétique élaboré à partir d'un ensemble de pratiques, de connaissances médicales et profanes sur le sida. [...] Ce syncrétisme qui se caractérise par une forte tendance au nivellement des savoirs partagés par les différents acteurs de la maladie par exemple, le médecin tend à utiliser un langage empruntant aux référents culturels présumés de son patient pour lui annoncer sa séropositivité (et parle ainsi de mauvais sang ou sang sale)* » (1999, 60-61). Quelquefois, les annonces de ce style entraînent le découragement du malade qui se réfugie dans un fatalisme et se laisse mourir. C'est le cas d'un patient, hospitalisé pour diverses infections dont la tuberculose qui, à l'annonce de sa séropositivité, refusait de se traiter parce qu'il disait qu'il allait mourir et qu'il était inutile qu'il prenne quelque traitement que ce soit. Il arrachait les perfusions qui lui étaient posées. En outre, les soignants non professionnels, souvent quand ils sont seuls dans les services, reproduisent les mêmes discours que ceux de leur responsable. Grâce à la délégation des tâches, ils héritent des activités de prise en charge tout en essayant de reproduire le discours des professionnels, le réadaptent ou l'agrémentent de leurs propres conceptions sur la maladie. Ceci leur permet de montrer qu'ils ont acquis la technicité par les gestes et qu'ils ont également assimilé le savoir théorique sur la maladie. Nous les avons souvent entendu dire « *c'est la poussière qui donne la tuberculose* » ou encore « *c'est la saleté qui donne la tuberculose* ». Ce qui pose le problème de la transmission des savoirs médicaux dans le cas de la tuberculose entre professionnels et non professionnels, ainsi que les réinterprétations et réappropriations auxquels ces savoirs, aux prises avec les représentations, sont soumis. En effet, les non professionnels sont formés à des tâches pratiques mais au contact des malades

qu'ils sont tenus d'informer un minimum sur la nature de la maladie, ils sont obligés de bricoler avec des micro-savoirs glanés auprès des responsables de traitement.

De plus, les représentations de la tuberculose se construisent à partir de l'image des malades, des principes institutionnels de lutte mais aussi des discours sur la maladie. En effet, lors de la mise sous traitement, les malades sont soumis à un ensemble d'interdits de la part des soignants et dont le fondement médical ou rationnel reste encore à démontrer. La plupart des responsables de traitement (aussi bien les professionnels que les non professionnels) interdisent par exemple aux malades de boire de l'eau glacée, de manger de l'arachide, du couscous ou encore du piment. Selon les médecins responsables du PNT, rien ne justifie ces interdits : les malades peuvent manger ce qu'ils veulent. Ces interdits découlent plus des représentations selon lesquelles le couscous fait tousser que du savoir médical. De même, il n'est nullement interdit au malade de boire de l'eau glacée : au contraire, nous avons rencontré des médecins conseillant à des patients de croquer de la glace pour arrêter le sang dans les crachats. Ces « savoirs », si tant est qu'on peut les appeler ainsi, ne relèvent pas des apprentissages formels. Il s'agit plutôt de techniques issues d'expériences subjectives accumulées au cours des parcours professionnels.

Au-delà du discours sur les malades et sur la maladie, les perceptions et représentations des soignants se donnent à lire dans leurs comportements au quotidien. Ainsi, la structuration des échanges entre personnels de santé et malades renseigne sur la mise en pratique des savoirs sur la maladie. La mise à distance des malades dans les différents services, leur confinement dans des lieux bien spécifiques lors de leur traitement sont autant de facteurs qui renforcent la stigmatisation et la perception de la tuberculose comme une maladie grave et honteuse pour tous les acteurs : personnels de santé, malades, famille. Ce mode de traitement particulier à la tuberculose a produit une perception de la tuberculose comme celle d'une maladie de la souillure et de son corollaire, la stigmatisation.

Dans ce qui suit, nous allons montrer que, de notre point de vue, la stigmatisation dont sont victimes les personnes souffrant de tuberculose est susceptible de modifier les interactions avec les personnels de santé.

Section III : Pratiques des soignants

Trois services interviennent essentiellement dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose, même si l'unité de traitement apparaît comme le plus important du fait de son rôle dans la distribution des médicaments et le suivi des patients. D'un espace à l'autre, les

types d'interactions sont variables du fait de la durée des contacts, de la nature de la prestation de soins.

1-Interactions soignants- soignés dans les différents services (consultation, labo, unité de traitement)

a- La consultation

C'est dans ce premier service qu'un diagnostic est posé, lequel sera confirmé ou non par le laboratoire. La consultation également appelée service « tri » est assurée par des infirmiers dans les centres de santé (notons que les malades peuvent également demander à être consultés par le médecin et dans ce cas le prix de la consultation varie entre 1000 et 2000frs Cfa). Les salles d'attente sont souvent constituées d'un couloir où sont posés des bancs où les malades, munis de leur ticket et accompagnés par un proche, attendent leur tour. Certains se couchent à même le sol.

Les consultations se déroulent assez rapidement dans des cadres (bureaux ou box) souvent dénués d'intimité, du fait que les portes ou les fenêtres sont ouvertes pour laisser passer l'air. Dans la plupart des services de tri, un rideau sert à créer une certaine intimité dans un coin du bureau où se trouve la table de consultation. Les mauvaises conditions de travail, le nombre pléthorique de malades (environ 80 à voir entre 9h et 14h) ainsi que le manque de personnel qualifié, sont évoqués par les soignants pour justifier le fait que la consultation soit expéditive et dénuée d'empathie pour le malade. Elle est souvent réduite à un dialogue assez bref où le malade expose ses symptômes. On l'écoute très peu ou vaguement et une ordonnance lui est faite souvent sans auscultation. Ce dialogue peut être interrompu principalement pour ces raisons : soit le soignant estime que le malade lui en a assez dit sur ses symptômes, soit pour guider un parent, une connaissance dans un autre service, soit pour discuter avec un collègue ou pour recevoir les délégués médicaux. Il arrive, par ailleurs, surtout en zone rurale que l'accompagnateur, profite de cette consultation pour se faire prendre la tension ou ausculter.

Dans un des centres de santé par exemple, deux infirmières partagent le même bureau. Elles occupent donc chacun un bout de table où elles reçoivent les malades ainsi que leurs accompagnateurs. La porte est souvent ouverte, et les aides passent soit pour aider l'infirmière en prenant la tension, soit pour les distraire un peu (en parlant de la cérémonie de la veille où certaines avaient montré leurs talents de danseuse). Le malade qui attend son tour passe la tête à chaque fois que la porte s'entrebâille pour voir ce qui se passe à l'intérieur. La consultation proprement dite se fait sous la forme d'un interrogatoire en wolof. Le soignant demande au

malade le motif de sa visite après l'avoir fait asseoir et noté son nom, son âge et son quartier dans le registre des consultations. Elle est souvent très brève :

Infirmière : où as-tu mal ?

Malade : j'ai le corps chaud et la poitrine qui pique

Infirmière : Depuis combien de temps ça dure ? C'est tout ? Tu tousses ?

Malade : ça a commencé il y a quelques semaines, oui, je tousse un peu...

La description sera très vite interrompue dès lors que le soignant estime qu'il en sait assez pour établir un diagnostic. L'infirmière lui fera alors une ordonnance composée de médicaments antipaludiques, de vitamine C. Elle traite les symptômes décrits par le malade, le corps chaud est un signe de paludisme. Il n'y aura aucune auscultation pour savoir ce qu'est « la poitrine qui pique ». Les restrictions apportées au contact, où les règles de bienséance sont évacuées, visent le maintien d'une distance sociale entre soignant et patient. Les malades qui arrivent avec leur propre idée de leur état de santé : « *je pense que j'ai telle ou telle maladie* » sont souvent rabroués et sont alors traités comme des « malades indisciplinés ». De même, ceux qui posent des questions sur le diagnostic et les prescriptions, bref qui font montre d'un savoir ou d'un niveau intellectuel proche de celui du soignant sont souvent indexés et catégorisés comme « malades difficiles » qui veulent lui apprendre son métier. La centralité du traitement des maladies en général et de la tuberculose autour du modèle biomédical permet de mieux comprendre les représentations du personnel soignant vis-à-vis de l'échange et des interactions avec les usagers, car selon ce mode d'interaction basé sur l'occultation ou l'ignorance de la personne du malade, c'est toujours l'utilisateur qui doit être à l'écoute du discours du personnel de santé, et non l'inverse. Ces constats ont été faits par ailleurs dans une analyse comparative des comportements des soignants chargés des consultations dans les structures de santé au Sénégal et en Côte d'Ivoire (Konan Bla et al., 2005). Les auteurs montraient là aussi que la relation thérapeutique était expéditive et les échanges réduits à leur strict minimum. Pourtant, la description des symptômes sera plus ou moins précise selon la nature de la relation que le malade tisse avec le soignant : suivant que le soignant donne au malade des précisions sur les interprétations des symptômes, répond à ses interrogations et tente de le rassurer par rapport aux symptômes et aux douleurs ressenties. Qu'en est-il du service de laboratoire, qui joue un rôle central dans la prise en charge de la tuberculose, A. Contrepois le présentant comme un « *auxiliaire nécessaire de la clinique* » (2001 :135).

b- Le laboratoire

Ce service est sollicité pour la confirmation du diagnostic par les analyses de crachats. Ces examens de crachats sont essentiels puisque la fiabilité du résultat dépend de la qualité du crachat émis. A cet effet, il faut que le malade comprenne les conditions de recueil du crachat, expliquées par le technicien de laboratoire. Dans certains centres de santé, le laboratoire sous la responsabilité d'un docteur en pharmacie alors qu'à l'hôpital, c'est un service autonome dirigé par un professeur en bactériologie. Les postes de santé n'en disposent pas. Le personnel est composé de techniciens mais aussi d'agents de soutien, ce sont souvent des ASC, employés pour la vente des tickets et le nettoyage des paillasses, pots et autres matériels. Plusieurs examens y sont couramment effectués (numération formule sanguine, selles, tests de grossesse, sérologie et crachats principalement). Une seule personne est désignée pour la réalisation des examens de crachats. Elle peut décider ensuite de former l'ASC à la coloration et l'étalement et quelquefois à la lecture des lames. Les malades se présentent donc dans ce service avec le bulletin de demande d'expectoration fourni à la consultation. Il lui est remis un pot dans lequel il va cracher. Dans un centre de santé par exemple, les malades déposent leur bulletin, attendent qu'on les appelle, prennent un pot sur la paillasse et crachent devant le technicien, dans une pièce qui constitue la salle de prélèvement alors que selon le responsable du LNR, il ne faut pas assister le malade quand il expectore, « *c'est dangereux pour le technicien de s'exposer, il suffit juste de bien expliquer au malade comment expectorer* ». Dans certains centres, il lui est demandé d'aller derrière le bâtiment du laboratoire pour le faire ; dans d'autres, il va cracher chez lui et ramène le pot le lendemain. Un deuxième pot lui sera remis, puis un troisième.

S'agissant des rapports avec les usagers, les agents de laboratoire affirment avoir très peu de contacts avec eux. « *Dès qu'un malade demande D., le technicien de laboratoire qui fait les crachats, je détourne tête, j'évite de l'avoir en face de moi...* » explique une technicienne de laboratoire. Ces gestes d'évitement du rapport de face à face sont adoptés : on les repère dès qu'une personne demande à entrer en contact avec l'agent chargé des BAAR.

Ainsi, leurs échanges se limitent souvent à des injonctions du technicien : « *prends ce pot, va cracher derrière le bâtiment et ramène-le moi tout de suite* ». Dans un centre de santé, un technicien de laboratoire témoignait : « *je n'ai pas de rapports particuliers avec les malades, nos rapports se limitent aux échanges de pots. Ils me donnent les produits (crachats) sur lesquels je travaille et je leur remets les résultats* ». La nature de ce type d'interaction s'inscrit dans une sorte de « non relation » (Wiervorka, 1999) du fait de l'absence pour ainsi dire, de

paroles et l'occultation de la personne du malade. Cette situation est remarquable dans les laboratoires où les malades font passer leurs pots et reçoivent leurs résultats à travers la grille de la fenêtre.

Dans certains centres de santé, c'est l'ASC, chargé de la vente des tickets qui distribue les pots. D'une part, on peut supposer qu'elle ne puisse, à la fois, expliquer comment expectorer et tenir sa caisse ; d'autre part, il ne connaît pas forcément cette consigne à donner aux malades.

De plus, les agents ne prennent pas le temps de discuter avec les malades, d'autant plus que les collègues n'apprécient guère que l'on discute avec un tuberculeux dans un endroit jugé « à risque ». Cependant, il arrive que des malades, particulièrement ceux qui connaissent le technicien du labo (voisin, parent et/ ou recommandé), lui posent des questions sur la maladie et le traitement. S'il n'est pas au fait des évolutions ou changements thérapeutiques, il peut donner des informations contradictoires à celles données par le responsable de traitement. L'exemple de ce malade est assez édifiant : ses crachats sont négatifs au dépistage et il s'entend dire par l'agent du laboratoire qu'il ne sera pas traité pour une tuberculose, on le mettra sous antibiotiques. Le malade ainsi rassuré se présente à l'unité de traitement où le responsable muni de la radio et du bulletin de crachats va voir le médecin chef. Celui-ci détecte une tuberculose à partir des images radiographiques et demande de le mettre sous traitement antituberculeux. Le malade retourne alors voir le technicien de laboratoire, qui lui avoue son incompréhension. Ce dernier ira à son tour demander des explications au médecin chef qui lui expliquera que c'était un faux négatif.

c- Les unités de traitement, lieu de différentes interactions

Les unités de traitement sont des lieux excentrés, qui semblent fonctionner (particulièrement dans les structures où le médecin chef n'est pas impliqué dans la gestion de la tuberculose) comme des espaces périphériques à la structure de santé. Etant le lieu le plus fréquenté par les malades une fois le diagnostic posé, il s'y joue différents types d'interaction selon le personnel ainsi que le mode d'organisation du traitement. Plusieurs situations, permettant d'esquisser une typologie de la nature des interactions entre soignants et soignés, peuvent être ainsi décrites.

- **L'indifférence :**

Dans la plupart des services où se fait le traitement en ambulatoire, les rapports entre responsable de traitement et patients sont limités à des échanges de fiche de suivi et de médicaments. Le responsable de traitement est souvent occupé au comptage des médicaments ou à la mise à jour des fiches de traitement. Il ne regarde pas le malade et ne lui parle que quand celui-ci lui pose des questions avec insistance. Dans ces contextes, les échanges sont succincts. On n'interrogera le malade sur la manière dont il perçoit son traitement et sur l'évolution de sa maladie. Cette situation a été observée également par Van der Walt et Swartz en Afrique du Sud (2002), où les infirmières appliquant le TDO percevaient les patients davantage comme des cas et s'intéressaient plus à leur tâche consistant à leur administrer un traitement qu'aux problèmes auxquels ils peuvent être confrontés. Selon ces auteurs, cela s'explique par la fragmentation de l'activité des infirmières où les tâches sont parcellaires et deviennent routinières. En relatant un exemple d'interaction entre un patient et une infirmière, ils concluent : « *there was neither acknowledgment nor an effort to ask the patient to elaborate further. There was no attempt to reassure the patient or to give information. There was an atmosphere of rushed 'busy-ness', of having to move on the next patient* » (1003). Dans un autre centre de santé, les malades sont reçus par petit groupe sans tenir compte d'un ordre donné. Nous avons observé que le responsable de traitement commençait à prendre en charge un malade (remplissage de fiches de suivi PNT, explication des consignes, etc.) puis s'interrompait pour s'occuper d'un autre, souvent une connaissance, venue pour une consultation ou un motif quelconque. Le premier malade est alors ignoré pendant que le responsable s'occupe de l'autre. A l'hôpital, c'est l'accompagnateur du malade hospitalisé qui se présente au niveau de la pharmacie du service, avec un bon délivré par le médecin. Le responsable de traitement lui remet des médicaments pour une durée de quinze jours. Il n'a aucun contact avec le malade. Les malades sortant des hospitalisations ou quelques externes suivis par des médecins du service, quant à eux, se présentent à lui avec des cornets vides ayant servi à la dotation et sur lesquels il reconnaît son écriture.

En milieu rural, les malades reçoivent des comprimés pour une durée de deux mois. Il leur arrive aussi d'envoyer un tiers pour recevoir la dotation de médicaments. Ils peuvent ainsi se traiter pendant de longs mois, particulièrement durant la phase de continuation où les comprimés ne changent pas, sans avoir vraiment de contact direct avec le responsable de traitement.

Cependant, à ces cas de figure, s'opposent d'autres situations qui militent en faveur d'une plus grande considération du malade, ainsi que des contraintes économiques et sociales auxquelles il doit faire face au cours de son traitement. Des données recueillies, par ailleurs, sur les facteurs bloquant de l'observance du traitement de la tuberculose tendaient à montrer que la qualité relationnelle entre soignants et soignés influençait l'adhésion au traitement (Hane, 2003)⁵².

- **Les rapports de proximité :**

Dans le cadre de la prise supervisée, la présence quotidienne du malade dans l'unité de traitement facilite la création de relations de proximité entre patients et personnels de santé. En effet, au fil des contacts quotidiens, les rapports s'humanisent, on appelle le malade par son nom, on discute avec lui. Généralement, celui-ci reprend confiance surtout quand son état général s'améliore. Les patients essaieront de transformer leurs relations avec l'agent responsable du traitement en une relation de proximité leur permettant de bénéficier de certaines faveurs. Certains lui exposeront des problèmes personnels à l'image de la dame répudiée par son mari. D'autres insisteront pour qu'elle passe les voir ou qu'elle les appelle au téléphone. Nous verrons, dans la partie quatre de ce chapitre, comment ce mode de traitement arrive à modifier de manière significative la vision classique des interactions soignants-soignés.

- **Entre arrangements et petite corruption :**

Ces pratiques se font souvent discrètement et ne sont pas toujours saisissables par les observations même s'il a été largement démontré que la corruption est un phénomène systémique et banalisée dans les structures de santé (Olivier de Sardan & al. 2003 et Fall & al. 2005, notamment). Néanmoins, l'acceptation de sollicitations de la part du personnel (cf. première partie, chapitre 4) nous a permis de constater ces faits de corruption. Un jour, un malade arrive à l'unité de traitement et demande le responsable du traitement. Je lui réponds qu'il est sorti. Il me présente sa fiche et je lui remets ses médicaments. Il semble hésiter et reste un moment dans le bureau. Me voyant sortir, il me suit, hésite encore, fait mine de partir puis revient sur ses pas, et me dit que le responsable du traitement lui faisait quelques faveurs. Je lui pose alors la question de savoir de quel genre de faveurs il s'agissait. Il répond : « *des*

⁵² Les résultats de cette enquête ont fait l'objet d'un article à paraître : F. Hane & al. "Identifying barriers to effective tuberculosis control in Senegal: an anthropological approach". In International Journal of Tuberculosis and Lung Disease.

injections de streptomycine ». Je lui dis que je ne peux pas le faire, alors il sort 1500frs de sa poche et me les tend. Je lui demande pourquoi il me donne l'argent il me dit « *prends* », ce que je refuse de faire. Devant mon refus il me dit : « *c'est peu ?* » (litt : dafa touti xana ?) et insiste en disant : « *bien sûr c'est trop peu !* » (litt : dafa touti kagn). Je lui réponds alors que ce n'est pas une question de montant mais je ne vois pas pourquoi je devrais accepter cet argent, vu que je n'ai pas la compétence pour faire des injections d'une part, et que, d'autre part, le traitement de la tuberculose est entièrement gratuit. Il semble gêné, il range alors l'argent et s'assied sur le banc pour attendre le responsable du traitement. Quand celui-ci arrive, ils disparaissent dans un bureau d'où ils ressortent au bout de quelques minutes. J'interpelle alors le responsable du traitement sur ces pratiques. Il m'explique que ce malade souffre d'une faiblesse sexuelle. Voilà pourquoi à chaque visite, il lui fait une injection de streptomycine moyennant une « certaine somme ». Certains malades reçoivent également des médicaments alors qu'ils ne sont ni diagnostiqués, ni inscrits dans le registre de traitement. Ce responsable de traitement emportait souvent des médicaments chez lui. Alors que le PNT assure un approvisionnement sans rupture sur cinq années des structures publiques de santé en médicaments antituberculeux, nous avons constaté que des ruptures de stock étaient déclarées dans des centres de santé alors que ces médicaments se retrouvaient dans les marchés environnants. D'aucuns accusent les responsables de traitement d'être les fournisseurs des « pharmaciens par terre ».

De manière générale, dans les interactions entre soignants et soignés, malgré une forme d'ascendance des personnels de santé sur les patients, on note dans le discours des premiers qu'il y a une certaine crainte à dépasser. Le malade pense que le thérapeute détient la solution à sa souffrance et se met dans une position d'assisté et de passivité face au professionnel de santé. Inversement, les personnels de santé éviteront de frustrer certains patients particulièrement ceux d'un certain âge. Il semble qu'il y ait des codes sociaux à respecter et qui se retrouvent dans le champ sanitaire. De même qu'on ne traite pas tout le monde avec égard, de même on ne rudoie pas tout le monde. Ceci est d'autant plus vrai que les soignants qui ne respectent pas ces règles sont très peu appréciés par leurs collègues. Certains n'hésitent souvent pas à les mettre en garde contre d'éventuelles « vengeances mystiques » de la part de patients humiliés.

Dans une structure de santé, une infirmière est revenue hospitalisée pour une maladie grave, survenue assez brutalement alors qu'elle avait pris ses congés la veille. Elle a été évacuée en urgence dans la nuit. Sa maladie a été interprétée par ses collègues par le fait qu'elle rudoyait

les malades, leur parlait très mal, sans aucun respect et c'est peut-être l'un d'entre eux qui lui aurait jeté un sort. Nous sommes bien dans un registre d'explication de la maladie par des causes profanes. Pourtant, ce sont des soignants professionnels et non professionnels qui avancent ces idées et portent ces conceptions accusatoires. Une de ses collègues témoignait : *« elle [en parlant de l'infirmière malade], ne mâche pas ses mots. Elle parle comme elle veut alors qu'il faut faire attention. Il y a certaines personnes à qui on ne manque pas de respect. Même si elles ne font rien, il suffit qu'elles soient énervées pour que quelque chose de grave t'arrive, toi qui leur a causé du tort »*.

D'après les soignants, il semble que ces croyances soient plus importantes en zone rurale, comme nous le disait un responsable de traitement : *« dans cette zone, il faut éviter de frustrer les malades parce qu'ils peuvent te faire du mal. On a un collègue qui est malade depuis plus de 2 ans et personne ne peut te dire de quoi il souffre. Nous, on pense que c'est un patient qui l'a marabouté. C'est pas étonnant d'ailleurs vu la manière dont il les traitait. Il leur criait dessus quand ils interrompaient leur traitement. Parfois, il envoyait le président du comité de santé les chercher chez eux ; il les humiliait vraiment »*. Par ailleurs, des infirmières qui ont été envoyées dans des postes de santé ruraux font état d'attaques mystérieuses les premiers mois suivants leur installation par les populations, pour tester leur engagement professionnel ainsi que leurs croyances.

De ces exemples, il ressort que les croyances culturelles prennent le dessus sur les savoirs scientifiques. Dans le premier cas, alors que la maladie est bien identifiée d'un point de vue de la médecine moderne, elle est imputée comme dans le deuxième, à des causes surnaturelles. Pour les personnels de santé qui portent ces croyances, la maladie apparaît comme une punition, pour sanctionner un comportement « déviant ». L'instruction ou l'appartenance à un corps professionnel ne suffit pas à gommer les croyances que l'on dit profanes ou mystiques. L'appartenance culturelle, c'est aussi l'intégration ou l'assimilation de certaines croyances qui interviennent dans l'exercice professionnel.

Voyons maintenant à partir des messages qui sont donnés aux malades lors de la mise sous traitement comment les représentations des acteurs s'expriment dans le discours et peuvent compliquer l'application des consignes et donc le suivi du traitement.

2- Les messages donnés aux patients : les contraintes en actes

La mise sous traitement des patients tuberculeux est conditionnée dans les structures de santé par un préalable : l'information des malades. Cette information comporte des conseils

d'hygiène et est élaborée par les soignants. Ce ne sont pas des messages standards conçus par les gestionnaires du programme national. Ils ont certes confectionné des plaquettes composées de messages de prévention qui ont été remises aux personnels de santé pour une diffusion plus large aux malades. Cependant, ces plaquettes ne sont pas toujours des supports adaptés : la langue utilisée, les explications sur la nature de la maladie peuvent paraître complexes. A cela s'ajoute le fait qu'elles sont parfois distribuées lors de la journée internationale de lutte contre la tuberculose à des soignants qui n'en font pas toujours bon usage. Ils les rangent dans leurs tiroirs. Il arrive que ces plaquettes portant la mention « la tuberculose se guérit », sous laquelle est représenté un homme avalant des comprimés, soient affichées dans les unités de traitement dans le but d'informer les malades qui daignent les lire.

Au niveau des unités de traitement, afin de prévenir la transmission de la maladie, les soignants conçoivent donc des messages qui sont forts différents d'un centre à un autre, d'un soignant à un autre. Cependant, si dans certaines structures cette information se limite en une phrase « *voyez ces comprimés, vous les prendrez pendant 8 mois* » dans d'autres, elle est plus complexe.

Dans un centre de santé par exemple, voilà le discours tenu aux malades qui se présentent dans l'unité de traitement : « *Ecoute-moi bien et attends que je termine tout ce que j'ai à dire avant de poser des questions. Si tu m'interromps, tu risques de me perturber et je vais perdre le fil de mes idées. La maladie que tu as, c'est la tuberculose, elle est très contagieuse. C'est en parlant avec les gens ou en toussant ou en crachant que tu peux les contaminer. C'est une maladie qui peut s'attraper partout, dans les cars, dans les bus, les télécentres. C'est le destin donc il faut l'accepter. L'accepter c'est accepter de se faire soigner. C'est une maladie qui se soigne pendant 8 mois avec deux phases : une première phase qui est dure parce qu'il y a beaucoup de comprimés à prendre et une deuxième phase où on va diminuer les comprimés. Une fois que tu commences à te traiter, tu ne dois pas rester un seul jour sans prendre de comprimés, parce que le fait de prendre les comprimés aujourd'hui et de ne pas en reprendre le lendemain, ça peut créer des résistances et là ton cas va s'aggraver. Si tu entends dire que la tuberculose tue c'est que le traitement n'a pas été correctement suivi, mais si tu te soignes correctement, il n'y a aucun problème, tu vas guérir. Si tu dois voyager, il faut venir nous le dire et on te donnera des comprimés pour le nombre de jours où tu seras absent. Il y a aussi certaines mesures d'hygiène à respecter. Il faut chercher un mouchoir en tissu que tu vas mettre devant ta bouche quand tu tousses, ce mouchoir devra être lavé avec de l'eau de javel et être séché au soleil. Donc la première mesure pour éviter de transmettre la maladie c'est d'avoir toujours un mouchoir, la deuxième c'est d'avoir des ustensiles personnels, la*

troisième c'est d'éviter le contact direct avec les gens quand tu parles parce que la chaleur qui se dégage de ta bouche est contagieuse et la dernière c'est de suivre correctement ton traitement. C'est vrai que la tuberculose est une maladie difficile à traiter dans la mesure où il n'était pas dans tes habitudes de te présenter chaque jour dans un centre de santé et de prendre autant de comprimés, mais ça passe très vite. Les comprimés rouges peuvent colorer les urines mais ça ce n'est pas grave, ça passe ». Ce premier message paraît à la fois complet mais compliqué et rude pour un malade, souvent désemparé, à qui l'on annonce qu'il a la tuberculose. Il est dit d'un trait. L'entrée en matière est faite sous la forme d'une injonction qui ne favorise par ailleurs pas le dialogue. Le discours paraît moralisateur avec des relents religieux (c'est le destin souvent lié à la volonté divine, il y a une sorte de fatalisme dans le fait d'être malade) qui laisse paraître les croyances du soignant. Ensuite, il enchaîne sur les contextes et les conditions de transmission de la tuberculose mais du fait de l'imprécision de son propos, cela le conduira à dire plus tard que c'est par la chaleur de la bouche que se transmet la maladie, ce qui n'est pas vraiment le cas. A cela vont s'ajouter les aspects thérapeutiques sur la durée de traitement et les effets secondaires d'un seul des antituberculeux à savoir la rifampicine. Il omet de dire au malade que le passage à la deuxième phase est subordonné aux résultats des examens montrant que les crachats sont négatifs, et qu'il peut aussi ressentir d'autres effets dus aux autres antituberculeux, qui sont plus importants que la coloration des urines : la baisse de l'acuité visuelle et auditive et les éruptions cutanées notamment.

Le malade doit ainsi assimiler et appliquer ces consignes, qui dans la plupart des cas bouleversent ses contextes de vie sociale, professionnelle, économique. D'ailleurs les malades qui ne respectent pas ces consignes sont stigmatisés tout autant que ceux qui ne suivent pas correctement leur traitement. Ils seront traités d'« indisciplinés », « d'irresponsables » ou de « têtus » par les personnels de santé alors que les logiques de réception ne sont pas les mêmes chez tous les patients. En effet, nous avons été témoin de scènes où les malades subissaient les remontrances de la part des soignants pour avoir omis de mettre un mouchoir devant la bouche quand il toussait.

A cette attitude s'oppose une autre qui s'apparente plus à du « laisser aller ». Un responsable de traitement nous disait : « *une fois que je leur ai montré les comprimés et dit qu'il faut les prendre très tôt, à jeun, je m'arrête là. Ça ne sert à rien de leur dire faut pas faire ceci, faut pas faire cela, ils font ce qu'ils veulent c'est pour cela que je ne me fatigue pas ! Même quand je suis en face d'eux, je les regarde tousser, cracher dans la cour...* ». Ce comportement traduit une certaine lassitude caractérisant les soignants démotivés ou déqualifiés. Le fait de

donner des consignes qui ne sont pas respectées peut causer des frustrations chez le soignant qui finit par se décourager et se limiter au minimum d'investissement qu'exige son activité, à savoir assurer la distribution des médicaments. En s'intéressant un peu au contenu des messages et à la manière dont ils sont transmis aux malades, on se rend compte qu'ils comportent certaines anomalies risquant d'influencer leurs attitudes. En effet, certains patients tout comme certains praticiens estiment que cette directivité contenue dans les messages et incarnée par le TDO, a des effets déresponsabilisants et infantilisants. A l'opposé, le deuxième message dénote une résignation qui peut être préjudiciable aux personnes en contact avec ce malade, comme à celui-ci, qui, ne comprenant pas nécessairement les enjeux du traitement, peut décider d'arrêter dès que les signes apparents de la maladie tels que la toux auront disparu. La disparition de la toux est souvent interprétée par les malades et leur entourage comme un signe de guérison. Elle s'accompagne également d'une amélioration de l'état général qui fait qu'ils ne comprennent pas la nécessité de continuer leur traitement alors qu'ils se sentent mieux.

Par ailleurs, nous avons relevé des attitudes qui s'inscrivent dans des logiques de dédramatisation de la tuberculose chez certains soignants. C'est le cas notamment, de ce soignant qui affirme « *ne pas vouloir affoler le malade pour rien. Je leur dit que la tuberculose, ce n'est rien. C'est comme le paludisme ou une autre maladie, ça se guérit tu n'as rien à craindre, prends tes comprimés correctement et tu verras ça va passer* ». Quelques consignes d'hygiène (se protéger la bouche quand il tousse, cracher dans un pot rempli d'eau de javel) peuvent être suggérées au malade à la deuxième visite dans l'unité de traitement. Cependant, la simplification extrême des messages de prévention suscite des réinterprétations fondamentalement opposées aux intentions de leurs concepteurs (Vidal, 1999). En effet, les contraintes ainsi que les rigueurs qu'impose le suivi du traitement dans le cas de la tuberculose sont beaucoup plus importantes que celles du paludisme. Quand on connaît la banalisation dont est l'objet le paludisme, ce genre de discours ne semble pas approprié parce qu'il peut impliquer une banalisation du traitement qui, s'il est mal suivi, peut déboucher sur le développement de résistances, rendant plus complexe la prise en charge et contredisant les propos du soignant.

Par ailleurs, si les malades affirment pour la plupart, connaître la tuberculose et comprendre ses modes de transmission, cette connaissance n'est que superficielle. Ainsi, des patients interrogés sur les modes de transmission de la tuberculose affirment : « *Je dormais avec ma sœur dans la même chambre, c'est comme ça qu'elle m'a contaminée. Je sais aussi que quand tu manges les restes d'un tuberculeux, tu risques d'avoir la maladie, ça s'attrape aussi par le*

sang, si tu craches par terre du sang, ça peut se disséminer, j'ai mes propres ustensiles et je désinfecte tout ce que je touche à l'eau de javel » ou encore, « quand tu portes les habits d'un tuberculeux tu es contaminé.. ». Ces discours tenus par les patients semblent découler des interprétations qu'ils font des messages médicaux, de l'expérience individuelle mais aussi dans certains cas d'une réelle incompréhension des modes de contamination. Certains disent que c'est en marchant sur les crachats d'un tuberculeux qu'on l'attrape, du fait sûrement de l'interdiction qui leur est faite de cracher par terre et de l'obligation de verser leur pot de crachats dans les toilettes et de nettoyer celles-ci à l'eau de javel.

Toutes les attitudes exigées aux malades lors de la mise sous traitement doivent s'intégrer dans des pratiques sociales. Elles bouleversent ainsi leurs habitudes en plus de susciter des difficultés sociales et économiques. Ces messages sont assez coercitifs, le malade étant soumis à une kyrielle d'interdits qui, in fine, produisent de l'exclusion. Nous ne rappellerons pas l'ensemble des messages recueillis dans les différents lieux d'enquête mais notons qu'ils sont généralement, à l'exception de trois structures de santé où rien n'est dit, caractérisés par des contraintes difficilement applicables par le malade. Il leur est ainsi toujours dit d'arrêter de travailler, de dormir seul, d'avoir ses propres ustensiles, d'éviter d'embrasser et d'avoir des rapports sexuels avec sa copine ou sa femme (ou son mari) pour éviter la contamination. Certains vont jusqu'à dire de ne pas partager le seau pour la douche (l'agent de santé qui préconise cela, nous explique que quand les malades toussent, ils libèrent des microbes qui peuvent se déposer sur le seau) et de mettre de l'eau de javel après la passage dans la douche. Ces soignants allient dans leur discours une information partiellement juste concernant le fait que le patient excrète des bacilles en toussant, mais il semble qu'ils ignorent les modes de transmission de la maladie qui se fait par inhalation. Toucher ou utiliser le seau ne présente pas de danger pour l'entourage. Au-delà du seau, c'est l'espace de la douche qui apparaît comme potentiellement dangereux pour les gens qui le partagent avec le malade. Ce dernier y laisse ses bactéries en crachant ou toussant dedans et peut ainsi contaminer ceux qui le fréquentent après le passage du malade. De ces messages, il ressort que pour les soignants, *« le contact –direct ou indirect- est toujours au centre du principe de contamination. Ainsi, les modes de contacts pathogènes englobent toutes les voies de communication interhumaines : toucher, partager, voir ou regarder, enjamber, respirer, etc. »* (Tinta, 2003 : 82).

La diffusion des messages thérapeutiques induisant des changements et des adaptations dans la vie des malades pose la question de la difficulté du « conseil » dans l'exercice médical. Dans la relation soignant- malade, on s'intéresse généralement aux aspects thérapeutiques et

au déroulement des échanges. Or, dans le cas des maladies chroniques, la complexité de la prise en charge (durée du traitement, nombre de comprimés, effets secondaires ou encore changement de mode de vie) nécessite un accompagnement social auquel les soignants ne sont pas préparés. Dans le domaine du sida notamment, L.Vidal (1994) en effectuant une revue de la littérature sur l'annonce et le conseil à partir d'expériences africaines, constatait que les procédures générales de conseil au patient sont privilégiées à la pratique concrète. Or, l'annonce de la maladie ainsi que les consignes qui doivent être données pour éviter la transmission redéfinissent le statut du soignant. Il se positionne comme conseiller et doit tenir compte des effets de ces consignes sur le comportement du malade. Il suggère un changement d'attitude, qui comme l'ont montré les expériences sur le sida, ne tient pas seulement à la connaissance de la maladie. A travers ses conseils au malade pour éviter d'exposer son entourage, le soignant endosse un rôle social auquel sa formation ne le prépare pas.

Suggérés par les messages de prévention et les conseils d'hygiène donnés dans les services de santé, la mise à distance et l'isolement du malade produisent de la « fragilité ». Toutes les restrictions à la vie sociale qu'ils induisent, affectent psychologiquement le malade qui n'a pas toujours les moyens de les respecter. La plupart des patients vivent dans une promiscuité telle qu'ils sont obligés de partager leur espace avec plusieurs personnes. Ils ne peuvent pas suivre un régime alimentaire différent de celui de la famille. De plus, une personne qui mange seule est mal perçue, et suscite beaucoup d'interrogations, de suspicion de la part de l'entourage et augmente la stigmatisation. En outre, beaucoup de malades n'ont pas les moyens de mettre en œuvre ces mesures. Nous avons participé avec le responsable de traitement d'une structure de santé, à une visite à domicile dans une famille où plusieurs personnes ont contracté la tuberculose. La maison est constituée de trois chambres que se partagent dix sept personnes dont six enfants. En voyant la couleur des murs et du plafond, on peut aisément deviner que l'une des chambres sert également de cuisine. Elle ne comporte pas de fenêtre et un rideau attaché autour du lit permet de séparer les deux espaces et à créer une certaine intimité. Ça et là gisent des habits sales, de vieux postes radios et, dans un coin, s'entassent des seaux et du linge. Sur un meuble sont déposés quelques légumes. Demander à ces gens d'aérer leur chambre chaque matin en ouvrant portes et fenêtres n'est pas nécessaire, ils ne peuvent objectivement pas le faire parce que la pièce principale ne comporte pas de fenêtres, l'air ne circule pas.

En ce qui concerne l'arrêt des activités professionnelles, ceux qui travaillent dans le secteur informel particulièrement passent outre, d'autant plus qu'ils ne pourront plus faire face aux dépenses additionnelles liées au traitement et encore moins subvenir à leurs besoins et à ceux

de leur famille. Une responsable de traitement racontait à titre d'exemple qu'elle est allée faire ses courses dans un marché. Elle s'arrête devant une échoppe, prend quelques denrées et au moment de payer le vendeur refuse de prendre l'argent. Devant sa surprise affichée, ce dernier lui dit « *tu ne me reconnais pas ? C'est toi qui me traite au centre de santé* ». Elle commente cette situation en ces termes : « *maintenant la tuberculose s'attrape n'importe où parce que les gens ne respectent pas les consignes. Ce malade continue à travailler, à être en contact avec les gens. Il n'a pas conscience qu'il peut contaminer beaucoup de monde, surtout qu'il vend des produits qu'on ne peut pas laver : du thé, du sucre, etc.* ». De ces exemples, il ressort la difficile mise en pratique par les malades, des restrictions dictées par les soignants. De plus, celles-ci sont lourdes et posent des problèmes aux malades qui, s'ils essaient de les respecter, seront confrontés à des contraintes sociales et économiques. Ces contraintes rappellent les bouleversements qu'introduisait le placement d'un malade dans un sanatorium en Europe. J. Chrétien raconte : « *l'entourage lui-même du nouveau malade et tous ses proches n'aidaient pas toujours à le familiariser avec ce nouvel univers et les excès de commisération comme le faux enjouement paraissaient toujours quelque peu incongrus. Définitivement parfois s'instaurait entre le malade et ses familiers une sorte de divorce, d'incompréhension mutuelle qui ne facilitait pas toujours la prise de décisions thérapeutiques efficaces. On perçoit la diversité de ces réactions des proches dans leur relation en parcourant divers ouvrages ou documents de la littérature[...]. On parcourt dans ces récits, la diversité des attitudes de l'entourage allant d'un sorte de rejet inconscient de la maladie car elle perturbe soudain la quiétude ou l'harmonisation familiale à une prise en compte excessive s'accompagnant d'une infantilisation morale et physique du malade. Ce comportement est parfois totalement inadapté aux dimensions réelles de la maladie et aux mesures que nécessite son traitement et dès lors, comme pour nombre de maladies chroniques et graves, c'est un ensemble humain, une pluralité d'individus, un véritable groupe auquel on sera confronté et avec lequel il va falloir souvent composer. Cette réaction de groupe tempère parfois le drame mais plus souvent l'orchestre et l'amplifie, parfois le déforme* » (1995 :65).

De manière générale, le désarroi provoqué par le fait de se savoir touché par la tuberculose est accentué par la mise en pratique des messages données dans les structures de santé. La maladie et les messages qui l'accompagnent induisent concrètement une marginalisation économique et sociale. Nous proposons maintenant d'analyser comment les contraintes découlant du traitement de la tuberculose créent de la précarité économique et sociale.

Section IV : Contraintes économiques et sociales de la tuberculose

1- la tuberculose, facteur de déconnexion sociale

Nous l'avons montré, les modalités de traitement de la tuberculose ainsi ses manifestations produisent de la marginalisation. L'entourage immédiat du tuberculeux éprouve beaucoup de peine à s'adapter au contexte de la prise en charge qui requiert des privations et des comportements nouveaux aussi bien pour le malade que pour eux. Il s'agit de la distance à observer avec le malade et l'angoisse de la contagion ainsi que toutes les attitudes en découlant. B. Dujardin écrit à cet effet : « *cette problématique du stigmatisme social dont souffre le patient tuberculeux et qui est induite principalement par les comportements non scientifiques des professionnels de santé est extrêmement importante en termes de perte de qualité de vie pour les patients* » (2003 : 128). Un patient décrit cette stigmatisation en ces termes : « *quand tu souffres de tuberculose, tu te sens « diminué » dans ton physique et en fin de compte, c'est toi qui évite ton entourage. Quelquefois c'est le contraire, ce sont eux qui te fuient. Quand la toux est importante, celui qui est proche de toi s'éloigne. Dès que tu te mets à tousser, si tu es en groupe, les gens usent de signes discrets pour fuir parce qu'ils ont peur de la maladie* ». Ces propos montrent à la fois la perception que le malade a de son image mais aussi du traumatisme que peuvent créer les attitudes stigmatisantes dont il est victime. Il y a certes de sa part une intériorisation du stigmatisme qui se traduit par ce qu'il nomme la « diminution » physique qui renvoie à une faiblesse de l'état général mais psychologique aussi. Pour E. Goffman, « *ce qui caractérise l'individu stigmatisé c'est l'acceptation de son handicap social, par l'intériorisation des attributs qu'on lui affecte* » (1976 : 21). Ainsi, le malade en voyant le comportement des gens autour de lui, va finalement s'auto exclure pour éviter la honte qu'infligent de telles conduites. Il adopte une attitude anticipatoire face à l'exclusion par l'entourage.

Précisons que ces comportements stigmatisants à l'endroit des malades ne sont pas seulement le fait de l'entourage : ils se retrouvent également chez les personnels de santé comme l'illustrent les propos de cet infirmier qui affirme : « *souvent on rencontre des malades difficiles, le malade difficile c'est le malade qui est nerveux, ils ont tendance à être nerveux. Ils disent souvent qu'ils sont négligés, qu'ils sont fuies, les gens pensent qu'ils vont les contaminer dès qu'ils s'approchent. Tous ces problèmes sont emmagasinés et font qu'ils sont nerveux. Ils ont tendance à ne voir que ce qui est négatif au niveau du personnel et même à la maison ils ont tendance à avoir ce comportement. Dès fois, on les comprend, quand on est*

malade on est diminué physiquement, mentalement c'est ça la difficulté dans la tuberculose; c'est une maladie qui est plus ou moins marginalisée ». Ces propos nous confortent dans l'idée que la stigmatisation relative à la tuberculose est entretenue par les soignants. D'abord, le fait de classer les malades dans des catégories de « difficiles, d'indisciplinés » laisse à penser à des interactions tendues et complexes entre les soignants et ces malades. Les malades estiment-ils être fuis ou négligés ou le sont-ils effectivement ? Notre réponse irait dans le sens du deuxième cas de figure, ils sont effectivement évités par certains soignants particulièrement, ceux exerçant en dehors des unités de traitement. Le comportement négatif évoqué par le soignant, apparaît à notre sens, comme une réponse du malade au regard porté sur lui et aux gestes de rejet décelés chez les gens.

Cette stigmatisation, perçue et vécue par les malades aussi bien dans les structures de santé, censées leur apporter en plus de l'aide thérapeutique, un minimum de réconfort, que dans leur famille, crée chez le malade des comportements allant dans le sens de l'exclusion et de l'isolement. Au niveau social, il verra son capital relationnel s'effriter, le mettant ainsi dans une situation de fragilité à la fois psychologique et sociale conduisant à la déconnexion. Concrètement, les femmes par exemple, arrêteront d'aller dans les tontines et autres regroupements festifs où la divulgation de la maladie sera synonyme d'exclusion par le groupe. Les hommes éviteront de boire du thé avec les amis qui peuvent exiger d'apporter leurs verres, qui seront isolés des autres, lavés à part et détenus par eux jusqu'au moment du service où on évitera que la théière ne les touche. La mise à distance du malade, son incapacité, même temporaire, à s'investir dans la vie sociale et professionnelle vont créer un dénuement relationnel (les amis ne viennent plus voir le malade et les membres de la famille l'évitent) pouvant se poursuivre au delà de la guérison. De ce point de vue, nous affirmons que les maladies stigmatisantes et/ou chroniques agissent sur les réseaux de soutien. Les mécanismes de solidarité ne résistent pas aux contraintes d'un traitement de longue durée. La maladie contribue à l'effritement des réseaux sociaux dès lors qu'elle est stigmatisée et son traitement lourd ou contraignant. Ces « sacrifices » imposées au malade et sa famille favorisent le délitement des réseaux de soutien qui se matérialise par des défaillances au niveau de l'aide psychologique et économique que l'entourage doit manifester à l'égard du malade.

La tuberculose affecte les activités professionnelles, les relations sociales et la mobilité du malade. Or, comme le dit R. Castel: « *l'absence de participation à toute activité productive et l'isolement relationnel conjuguent les effets négatifs pour produire l'exclusion, ou plutôt...la désaffiliation* » (1995 : 17). Cette désaffiliation est matérialisée par le dénuement social et

relationnel dans lequel se trouve le malade. La désaffiliation du malade vient contrer la réadaptation du TDO avec l'implication d'un tiers à titre de superviseur pour le traitement. Cette réadaptation du TDO bouleverse les attentes du malade par rapport à l'institution médicale dans la mesure où le choix d'un médiateur l'oblige à partager le secret de sa maladie. Avec qui le malade va-t-il partager le secret de la maladie ? Qu'est-ce que le choix d'un membre de la famille plutôt que d'un autre implique au sein d'une famille ? La personne choisie sera-t-elle en mesure de tenir son rôle de superviseur ? Peut-on exiger du malade qu'il informe son entourage ? N'est-ce pas là une démarche qui rompt avec la confidentialité qu'exige l'exercice médical ? Ce sont là autant de questions qui rendent problématiques la gestion de la tuberculose au niveau de la famille.

L'implication d'un tiers dans le traitement remet en question les rapports soignant - malade qui devient une triptyque où d'ailleurs l'accompagnant ou celui qui sera désigné comme superviseur, joue un rôle central dans l'administration et le suivi du traitement. De plus, ce mode de gestion de la maladie peut poser un problème éthique lié au secret médical. La possibilité du malade de faire le choix de garder secrète sa souffrance afin d'éviter cette exclusion sociale est remise en cause par ce mode de prise en charge. Ainsi, avec le TDO, les attentes thérapeutiques des malades se déplacent et doivent être prises en charge par la famille. Cette forme de réadaptation du TDO crée une ouverture de la fonction soignante vers l'extérieur, les familles en l'occurrence. Cette démarche peut avoir comme conséquence, la contestation de l'efficacité thérapeutique et compromettre le suivi du traitement : un malade à qui l'on explique qu'il est indispensable de suivre correctement son traitement, que ce même traitement est gratuit et que sa prise doit être supervisée par un membre de sa famille peut sous-estimer les effets du traitement et avoir tendance à le négliger. A cela s'ajoute le fait que les familles ne sont pas en mesure de faire face aux effets secondaires de médicaments. Cette forme d'application du TDO, si elle venait à se généraliser, poserait un certain nombre de problèmes aussi bien au niveau local qu'institutionnel. En effet, la prévention des résistances à la rifampicine, antituberculeux essentiel dans le traitement de la maladie, est l'une des principales raisons évoquées par les gestionnaires du programme national opposés à la décentralisation du traitement au niveau de tous les postes de santé du pays et à la promotion de l'approche communautaire. Ils craignent un risque de « déprotection » de cette molécule qui sera très mal prise, voire utilisée à d'autres fins.

2- Implications économiques de la tuberculose

Des études en économie de la santé ont analysé et décrit les coûts de la tuberculose aussi bien pour les systèmes de santé que pour les patients. Elles tendent toutes à montrer que le traitement de la tuberculose engendre des surcoûts dont ne tiennent pas compte les gestionnaires de programmes et les décideurs, alors que ces surcoûts ont des incidences sur le suivi du traitement (Volminck et al. 2000). Malgré sa gratuité, le traitement de la tuberculose nécessite la mobilisation de ressources financières importantes. En effet, il induit des coûts directs, c'est-à-dire les dépenses liées aux procédures diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que des coûts indirects, représentés par le handicap en termes d'adaptation sociale et du retentissement de la maladie sur la qualité de vie du patient. Ces coûts directs et indirects rendent difficile le suivi du traitement aussi bien pour le malade que pour son entourage. La décentralisation du traitement dans plusieurs postes de santé à Dakar n'a pas tout à fait réussi à résorber ces coûts. Certains patients continuent ainsi à utiliser un moyen de transport pour bénéficier de leur traitement. Les frais qu'entraînent les déplacements quotidiens vers le centre de santé effacent les effets de la gratuité. Il n'est pas rare de voir des malades renoncer à leurs médicaments faute de moyens de transports. Pourtant, une étude comparative entre le TDO et le traitement en ambulatoire montre que le premier est moins coûteux, du fait de la réduction des risques de résistance et d'échecs thérapeutiques qui rallongent la durée du traitement et l'utilisation de molécules plus chères que les antituberculeux classiques (Weiss et al. 1999). Nos observations et nos entretiens au Sénégal révèlent plutôt le contraire. Il est vrai que les déplacements quotidiens dans le cadre du TDO augmentent les dépenses liées au traitement, mais l'application de cette stratégie n'est pas un gage de réussite du traitement. Certes, quand celui-ci n'est pas suivi de complications, les dépenses engagées par le malade tournent essentiellement autour du transport une fois par mois ou une fois tous les deux mois selon les centres. Cependant, le TDO ne protège pas des rechutes ou des échecs thérapeutiques. Dans de telles situations, il ne peut pas être moins cher que le traitement en ambulatoire.

Pour illustrer nos propos, prenons l'exemple d'un patient sous TDO et qui est en retraitement. Pour venir au centre de traitement, il prend une calèche à 150Frs de son quartier jusqu'à la gare routière où il peut trouver un taxi en commun qui le conduira au centre de santé : le coût de ce trajet est de 100frs. Puisqu'il suit le protocole de retraitement, il achète en plus une seringue à 100frs. Pour rentrer chez lui, il devra déboursier encore 250 frs. Soit au total 600 frs

par jour. Par rapport à cette situation, il affirme : *« le traitement est formidable, la responsable est gentille mais c'est l'éloignement qui pose problème. C'est la deuxième fois que je me traite ici parce que la première fois dès que je me suis sens mieux, j'ai arrêté. Je ne peux pas assurer 600 frs par jour alors que je suis quand même technicien dans une entreprise ! Imaginez un peu ce que c'est pour les autres. Il faut à mon avis trouver le moyen d'aller vers les gens parce qu'en comptant le coût du transport, les effets de la gratuité du traitement disparaissent ! »*. Pour son premier traitement, il dépensait 500frs par jour pendant deux mois au moins. En tenant compte de ces sommes, le coût global pour le traitement devient élevé et inaccessible à la plupart des malades. En effet, ce patient a tout de même des revenus réguliers contrairement à beaucoup de malades. Il est fonctionnaire dans une entreprise publique mais avoue ne pas pouvoir faire face aux dépenses liées au traitement. Cet exemple confirme plutôt les résultats d'une étude sur l'analyse des coûts socio-économiques de la tuberculose tenant compte des coûts de déplacements et de la perte de revenus. Menée à Dakar, cette étude montre que le coût moyen des frais de déplacement vers le centre de santé *« tourne autour de 5843 FCFA par patient utilisant un moyen de transport et le coût indirect moyen (de l'ensemble du traitement) pour les patients ayant perdu des revenus au cours de leur traitement est de 608.678 FCFA »* (Diop, 2004: 61).

De ces travaux ainsi que notre enquête de terrain, il ressort que la tuberculose crée de la précarité chez les malades. Ce constat est confirmé par les conclusions des études sur la perception de la pauvreté au Sénégal qui montraient que les maladies dont le traitement s'inscrit dans une certaine durée, constituent un point de rupture dans la vie des individus et font basculer les ménages dans la pauvreté (Fall et al. 2000). Cela est compréhensible au regard des parcours thérapeutiques des malades. La tuberculose, rappelons le, est une maladie dont le diagnostic est difficile à établir ; la démarche de soins est généralement compliquée et nécessite toujours un certain capital financier. Le malade aura perdu des ressources avant d'arriver à la structure qui détient le traitement adéquat.

Les représentations populaires de la maladie guidant le choix thérapeutique, plusieurs recours sont d'abord investigués avant d'opter pour la médecine moderne. Le recours au médecin apparaît comme une étape alternative et/ou postérieure dans l'itinéraire thérapeutique du malade. Les traitements de premier recours, de l'état fébrile avec des courbatures énonçant le diagnostic d'un paludisme (litt : sibiru), relèvent de l'automédication à base d'infusions, de décoctions de feuilles de *Guiera Senegalensis* (« nger ») et de kinkéliba. Viennent ensuite les consultations des tradipraticiens qui parleront généralement de corps en morceaux (« dog ») ou de souffle d'un esprit malfaisant (« ngeelawu seytane ») que la médecine moderne ne peut

guérir selon les conceptions populaires. Les traitements seront alors composés de lavements, de décoctions mais surtout de fumigations. Devant la persistance des symptômes, les consultations dans le système de soins moderne suivront. Précisons que ces différents recours peuvent être simultanément mobilisés, en même temps que des individus s'arrêteront à un seul système de représentations alors que d'autres passeront successivement par toutes ces étapes. « *Avant de venir à l'hôpital je suis allée voir un marabout qui m'avait donné un traitement à base de mil. Je devais en faire une bouillie que je mangeais chaque jour en plus de décoctions avec lesquelles je me lavais. Ça me coûtait cher parce que je louais une voiture à 20000frs pour aller le voir, vu qu'il n'est pas à Dakar. Il m'avait demandé un mouton qui m'a coûté 20.000frs et m'a aussi demandé de lui payer 23000 en deux mensualités. Ensuite, il m'a donné un autre rendez vous où il m'a remis des traitements et ça tournait encore autour de 80000. C'est le seul que je suis allée voir, sans succès. Il y a des marabouts qui viennent jusqu'ici (elle était hospitalisée) mais je n'utilise plus ce qu'ils me donnent* » nous raconte une patiente. Contrairement à la perception selon laquelle les gens ont recours à la médecine traditionnelle du fait des moindres coûts, nous estimons que la visite aux tradipraticiens répond à une logique de proximité culturelle, sociale mais dépend aussi des sens ou des causes supposées de la maladie. En effet, après plusieurs consultations dans une structure de santé sans qu'un diagnostic ne soit clairement posé, les malades seront confortés dans leur perception de la tuberculose comme une maladie incurable par le système de soins moderne.

« *Au début de la maladie, je n'ai pas consulté tout de suite, j'ai attendu près d'un mois avant d'aller en consultation. J'avais mal partout particulièrement au dos. Je pensais que j'avais le « corps en morceaux », donc je prenais du « Ratt », du paracétamol. Je faisais également bouillir des feuilles de jujube (litt : sideem). Ça me calmait pendant la journée. Et puis j'ai commencé à tousser, à tousser. Un soir, je suis même venu en urgence au centre de santé. L'infirmière m'avait alors fait une ordonnance de mycostatine pour arrêter la toux, en me disant que c'était une pneumonie. Je prenais également de l'aspirine et du Schweppes Tonic mais je continuais à être malade. J'avais des sueurs le soir et une fièvre permanente. Au début les crachats étaient blanchâtres, puis j'ai commencé à cracher du sang. Je suis encore revenu en consultation, cette fois de jour. L'infirmière m'a prescrit des antibiotiques et m'a demandé de faire des examens de crachats et une radio. Je les ai faits ici dans ce centre. Quand j'ai eu les résultats au bout de quatre jours, je suis retournée la voir et elle m'a mis en rapport avec le responsable de traitement* » raconte un malade. De ces propos, il ressort que l'évolution de la maladie justifie les recours : chaque palier ou niveau de soins renvoie à une perception de la maladie, se construisant à partir des manifestations et de la douleur ressentie.

L'automédication est utilisée pour venir à bout de la fatigue généralisée (le corps en morceau). Ensuite l'affection pulmonaire constitue un motif de consultation légitimant le recours à une structure de soins. Les trajectoires sont ainsi très complexes du fait de la confusion de la tuberculose avec d'autres affections pulmonaires et de l'impact des systèmes de représentations de la maladie. Ces deux facteurs entraînent des surcoûts augmentant les dépenses indirectes liées au traitement.

Revenons aux attitudes des soignants pour dire que malgré toutes les contraintes de la prise en charge de la tuberculose, nous avons pu relever des comportements plus « humains », des interactions empreintes de compassion et d'empathie. A travers l'exemple du TDO, notamment, nous tentons de montrer que le mode d'administration ainsi que la durée du traitement agissent sur les rapports entre soignants et soignés et les modifient positivement.

Section V : La prise en charge de la tuberculose : une autre vision des interactions soignants - soignés

D'une manière générale, les études portant sur les interactions entre personnels de santé et usagers dans les structures de santé en Afrique montrent que ces rapports sont marqués par de la violence, de l'indifférence, du mépris qui contribuent à la répulsivité des structures de santé (Mehtoul, 1994 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). Cependant, ces travaux ont pour la plupart saisi l'activité des soignants à un moment précis de leur exercice notamment dans la salle de consultation ou d'accouchements et dans le cadre de la gestion d'affections dont le traitement est de courte durée et ne nécessite pas une fréquentation régulière des structures de santé. Or, notre enquête de terrain indique clairement que la nature de la maladie, la durée du traitement ainsi que le mode d'organisation de la prise en charge modifient les interactions entre soignants et malades. Celles-ci étant quotidiennes et régulières pendant une durée assez longue (deux à trois mois), nous constatons qu'il se crée une certaine empathie vis-à-vis des malades. Les relations s'humanisent et se personnalisent au fil des contacts. De plus, le suivi du traitement dans le cadre des maladies stigmatisées telles que la tuberculose repose en partie sur une prise en charge sociale qui peut s'avérer déterminante pour sa poursuite ou non. De ce point de vue, nous pouvons affirmer que la prise en charge de la tuberculose dans ces unités de traitement s'inscrit dans une anthropologie des pratiques de soins, que F. Saillant définit « *comme relation, comme construit culturel mais surtout et avant tout comme formes de lien social, comme ensemble de comportements ritualisés et gestes porteurs de symboles, faisant*

voir que donner des soins c'est fabriquer du lien quand le lien social est rompu ou risque de l'être » (2000 :165)

Par conséquent, nous proposons de décrire la manière dont se structurent les relations entre usagers et soignants dans des services « spécialisés »⁵³ de prise en charge d'une pathologie.

1- En quoi les maladies chroniques modifient-elles les interactions soignants- soignés ?

Les maladies chroniques ont imposé une nouvelle vision des rapports entre personnels de santé et malades. Certes, des attitudes de distanciation, de stigmatisation sont notées chez certains d'entre eux mais chez d'autres les échanges se sont humanisés. *« Avant le TDO, je ne connaissais pas les malades, je ne les regardais même pas. Souvent ils n'accédaient même pas dans le bureau. Ils me remettaient leur fiche de la fenêtre et lorsque j'allais chercher leur dotation, ils attendaient dehors. Il y en a, je ne connaissais même pas leur nom ! Mais maintenant je ne peux plus faire cela, je suis obligé de les recevoir dans le bureau, de leur donner leur traitement, de voir s'ils le prennent, etc. Et puis, je discute avec eux, j'en apprends sur eux, comment ils vivent leur maladie, je les mets à l'aise, je les taquine »* nous raconte un ASC. Cet exemple montre que le type de prise en charge (TDO versus traitement en ambulatoire), modifie le comportement des personnels de santé, ils ne peuvent être indifférents aux personnes qu'ils côtoient quotidiennement. Les règles de bienséance locale (prendre le temps de saluer le malade, de le faire asseoir) reprennent leur place dans les interactions. Les soignants ne peuvent occulter les marques de sympathie des malades qui se manifestent durant le traitement.

Les relations entre patients et personnels de santé évoluent au fil des contacts. L'anonymat du premier contact sera remplacé par des rapports plus personnalisés. Prenons l'exemple de S.F. une dame, âgée d'une quarantaine d'années. Elle se présente dans l'unité de traitement avec un bulletin d'analyse de crachats dont les résultats sont positifs. Dès que la responsable lui annonce qu'elle a la tuberculose, elle commence à pleurer. Celle-ci lui demande alors si elle connaissait la maladie. Elle répond que *« ça lui était arrivé une fois mais elle s'était faite traiter dans un autre centre de santé avec une prescription dont elle ne se souvient plus du contenu »*. La responsable de traitement lui répond alors que ce ne devait pas être la tuberculose parce qu'elle ne se guérit pas comme ça. Elle essaie de la reconforter parce que la jeune femme n'arrêtait pas de pleurer : *« pourquoi tu pleures ? Ta maladie n'est pas incurable, il te suffit juste de suivre ton traitement correctement. Tu viendras prendre tes*

⁵³ Nous entendons, ici, les unités de traitement.

médicaments ici tous les jours et dans deux mois déjà tu iras beaucoup mieux. Il y a des enfants et des vieux qui ont la même maladie que toi. Depuis que tu es là, je t'ai laissé sur le banc pour que tu puisses les voir. Maintenant que tu sais de quoi tu souffres, il faut avoir le courage de te soigner ». Il y a déjà dans le discours une volonté de rassurer le malade, mais aussi de lui montrer que la tuberculose est une affection courante. L'identification à d'autres personnes, malades, peut aider, selon cette soignante, à la dédramatisation de la maladie. La femme arrête de pleurer, avale ses comprimés et s'en va. Pendant les jours qui suivirent, la dame arrivait toujours tôt pour prendre ses médicaments. Elle avait une grande couverture avec laquelle elle se cachait le visage. La responsable de traitement la taquinait : « *alors aujourd'hui tu ne pleures pas ?* » et elle souriait. Au bout de trois semaines, elle semblait plus détendue, elle discutait avec les autres malades en attendant la responsable de traitement, et en faisait de même avec le personnel, notamment l'aide. Quand la responsable de traitement voulut savoir pourquoi elle pleurait au début, la dame expliqua alors qu'elle avait peur de la réaction de sa famille, particulièrement de celle de ses belles-sœurs. Chez cette patiente, le changement d'attitude s'accompagne de l'amélioration de l'état de santé, ce qui suscite déjà une confiance par rapport au traitement ; ceci étant facilité par la mise en confiance de la part du soignant qui laisse le malade exprimer ses émotions. Cette mise en confiance est d'autant plus importante que le malade partagera plus facilement ses angoisses et ses problèmes.

En même temps que leur état de santé s'améliore, que la toux disparaît, les malades prennent de l'assurance et leur comportement change. « *Quand les malades arrivent, ils sont désespérés et pendant les deux premiers mois tu sens qu'ils reprennent confiance. Vers la fin, ils sont rassurés, il savent qu'ils vont guérir. J'ai des rapports familiers avec certains. Il y en a d'autres qui sont insupportables, c'est-à-dire qu'ils ne respectent pas leur traitement mais en regardant le comportement des autres, ils se calment. Dès fois, ce sont les autres qui les rappellent à l'ordre. Le comportement des malades change en fonction de leur état de santé. Quand ils arrivent pour la première fois, ils sont affolés, ils pleurent mais au bout de dix jours, c'est-à-dire dès qu'ils commencent à se sentir mieux, ils commencent à sourire, à discuter et ça évolue comme ça jusqu'à la fin du traitement* » explique un responsable de traitement. L'efficacité thérapeutique des antituberculeux joue pour beaucoup dans l'instauration d'une relation de confiance avec le soignant. Des rapports privilégiés se nouent avec les « bons » malades même s'il apparaît, d'après cet exemple, que le groupe assure un rôle de régulateur face au comportement jugé « déviant » de certains patients.

Dans le cas de relations privilégiées entre malade et responsable de traitement, le suivi du traitement s'extrait souvent du cadre strictement médical et prend place dans un registre

social, s'appuyant sur des valeurs telles que la « kersa »⁵⁴ vis-à-vis du responsable de traitement. Une patiente affirmait dans ce sens : *« quelquefois, je n'avais même pas de quoi payer mon transport pour venir récupérer mon traitement mais je me levais tôt et je faisais le trajet à pied. Ma mère m'a alors conseillé d'en parler à la responsable de traitement, vu qu'elle est compréhensive et gentille. C'est ce que j'ai fait, et elle me remettait des comprimés pour une semaine. C'est pour cela que je respecte le traitement. Je le prends tous les jours, parce que j'aurai honte de me présenter devant elle et lui dire que j'ai arrêté mon traitement. Et puis, elle a toujours la même attitude à notre égard, elle sourit tout le temps »*. Il s'agit en fait d'une sorte de contrat moral qui engage le malade vis-à-vis du responsable de traitement. Ce sont ici les qualités humaines de l'agent de santé qui sont plus valorisées que le traitement. Le suivi correct du traitement dépend davantage de la qualité de la relation avec le soignant que de son efficacité. En arrêtant le traitement, le malade estime causer du tort au responsable de traitement et se soucie plus de cela que des conséquences de ses arrêts. Les contextes, ou plutôt les circonstances de la prise en charge, semblent décrier les rapports entre personnels de santé et malades. Certains soignants n'hésitent pas à user de ses propres moyens pour aider les malades. Dans des situations où le malade est très mal en point, le responsable de traitement et son aide vont régulièrement lui remettre son traitement ou le lui font parvenir par un parent. Dans un des centres de santé, un responsable de traitement réussit à convaincre le médecin chef et les responsables du comité de santé de prendre en charge les frais de transport d'un jeune homme sous retraitement pour la troisième fois, et éprouvant quelques difficultés à assurer quotidiennement son transport. Elle put également négocier le paiement des examens de dépistage (crachats et radio) pour des familles vivant dans la promiscuité et où plusieurs cas de tuberculose ont été relevés. On note donc, au niveau de certains services, des « cercles vertueux » de conduites qui tranchent avec les constats habituellement faits à propos du comportement des soignants dans le système de santé.

En effet, plus les rapports de proximité se développent, plus les soignants débordent de leur rôle thérapeutique en intervenant dans le contexte social et familial du malade. Ils héritent souvent du rôle de médiateur dans des conflits familiaux suscités ou exacerbés par la tuberculose. Ainsi, les malades mettent le soignant dans l'intimité de leur relation familiale et de leur contexte de vie. Celui-ci essaiera d'agir en se rendant dans la famille pour leur expliquer ce qu'est la maladie, son traitement ou, encore les effets de l'isolement sur le patient. Il pourra en outre, convoquer la personne désignée par le malade comme la plus

⁵⁴ On pourrait le traduire comme de la pudeur, mais c'est plus un sentiment de gêne ressentie quand on pense avoir causé du tort à quelqu'un, s'accompagnant de déférence.

influyente de la famille pour qu'elle arrange la situation. C'est le cas notamment pour cette femme que son mari avait répudié dès qu'il a su qu'elle avait la tuberculose. Les médiations familiales n'ayant pas abouti, elle en parla au responsable de traitement qui, ayant remarqué qu'elle était toujours seule et pleurait beaucoup, lui avait demandé les raisons de ces pleurs. Elle lui expliqua son problème : son ménage était en péril, du fait de sa maladie. Le responsable de traitement décida de contacter le mari qui se présenta au centre de santé le lendemain. Il lui expliqua ce qu'était la tuberculose, que c'était une maladie curable et que sa femme ne serait plus contagieuse au bout de deux mois au plus. Le mari ne voulut rien entendre. Le responsable de traitement se rendit avec lui chez le médecin chef, qui tenta également de dédramatiser en lui disant que c'était une maladie dont on guérissait et que le mari était davantage exposé avant qu'elle ne soit sous traitement. Là encore, il ne voulut rien savoir et demanda à sa femme de quitter le domicile conjugal. Elle obtempéra mais continua à se traiter jusqu'au bout. Elle a pu depuis lors se remarier et rend visite de temps en temps au soignant qui apparaît plus comme un ami, un confident. De cet exemple, il ressort que les maladies stigmatisantes placent souvent les soignants dans des positions sociales auxquelles ils ne sont pas formés mais auxquels ils doivent faire face.

Du côté des soignants non professionnels, l'ignorance des règles professionnelles entre soignants et usagers et leur proximité spontanée avec ces derniers facilitent la décrispation des interactions. Habitant souvent dans le même quartier, ils se sentent assez proches de ces usagers. Cependant, dans leur comportement avec les malades, cela s'en ressent, certains versant dans une familiarité parfois intolérable même pour la patient. Cette proximité entraîne quelquefois des dérapages particulièrement au niveau du langage. Nous avons assisté à une scène où une aide insultait un jeune patient en rigolant. Elle ne fut pas reprise par le responsable de service. Pourtant si le malade avait répondu, cela aurait sûrement débouché sur un conflit. Ce qui faisait dire à un médecin : « *les aides, elles ne savent pas se comporter avec les malades, elles ne savent ni comment les aborder, ni comment leur parler..* ».

Nous pouvons affirmer que les interactions soutenues et quotidiennes sur une assez longue période créent du lien social. Ce type d'interaction en favorisant une connaissance du malade et de son milieu de vie, permet de relativiser la mise en pratique des consignes et restrictions liées au traitement et selon les malades. Différents types de rapports peuvent être ainsi observés : la confidentialité, la déférence ou la cordialité. Lors de la recherche de perdus de vue, les soignants non professionnels qui sont généralement envoyés dans les familles, essaient d'être discrets et discutent directement avec le malade. Ils doivent gagner sa confiance et se présentent sans blouse, comme s'il s'agissait d'une visite de courtoisie.

A l'occultation de la personne du malade dans les services de consultation et notamment dans le cadre de traitement en ambulatoire, se substituent une évolution et une transformation des rapports entre personnels de santé et malades. Ce qui nous amène à affirmer que la chronicité de la maladie influence les échanges. Du fait des contraintes qu'elles font peser sur le système de santé ainsi que sur tous les acteurs (aussi bien personnels de santé que malades) les maladies chroniques permettent de repenser la relation soignant-malade. Celle-ci s'inscrit alors dans un cadre beaucoup plus large que le seul champ médical. Pour ce qui est de la tuberculose en l'occurrence, le fait d'aller au domicile du patient impose un autre regard du personnel sur le patient et inversement. Celui-ci est flatté d'avoir un rapport privilégié avec le soignant qui devient « son » soignant.

En outre, les contacts répétés ne jouent pas seulement sur les rapports entre soignants et soignés mais influencent aussi les relations entre patients. Les moments de rencontres quotidiennes sont mises à profit pour échanger leurs expériences et s'investir quelque fois dans une mission initialement dévolue aux soignants notamment la recherche de perdus de vue, comme nous allons le voir maintenant.

2- Interactions entre patients : les maladies créent du lien social

a- les malades, acteurs de la prise en charge de la tuberculose

E. Goffman a montré que les individus porteurs d'un stigmate s'identifient les uns aux autres. Il écrit : « *ce que l'on constate en fait, c'est que les personnes appartenant à une catégorie stigmatisée ont tendance à se rassembler en petits groupes sociaux dont les membres proviennent tous de cette catégorie* » (op.cit., 38). La tuberculose constitue cette « catégorie stigmatisée » autour de laquelle se retrouvent les malades. Ils se construisent une identité autour de la maladie et des lieux de traitement. Ce processus est favorisé par les rencontres quotidiennes entre malades dans un lieu qui est souvent stigmatisé. L'identification à un groupe réduit le sentiment d'isolement face à la maladie « *je ne suis pas le seul à l'avoir* » disent-ils. Certains soignants usent de cet argument pour rassurer les nouveaux malades. Les relations de proximité se nouent au fil du temps et débutent par de brèves salutations au début du traitement où le nouveau malade est encore timide, n'osant pas se mêler aux gens. Ensuite, les conversations tournent autour de l'état de santé, de la qualité de la prise en charge ou encore du comportement du personnel de santé. En outre, des rapports de solidarité entre patients se mettent en place. Ils se matérialisent par le don de seringues ou de comprimés pour se « dépanner », quand la distribution est reportée pour une raison quelconque. « *L'individu*

stigmatisé peut attendre un certain soutien d'un premier ensemble de personnes : ceux qui partagent son stigmaté, et qui de ce fait, sont définis et se définissent comme ses semblables. Le second ensemble se compose des initiés : ceux qui, du fait de leur situation particulière, pénètrent et comprennent intimement la vie secrète des stigmatisés, et se voient ainsi accorder une certaine admission, une sorte de participation honoraire au clan. L'initié est un marginal devant qui l'individu diminué n'a ni à rougir ni à se contrôler, car il sait qu'en dépit de sa déficience il est perçu comme quelqu'un d'ordinaire » écrit E. Goffman (op.cit., 41). Les personnels de santé sont ainsi amenés à jouer ce rôle d'initié, d'autant qu'ils sont eux-mêmes stigmatisés par les collègues. De plus, ils sont perçus par les malades comme leur seul soutien ou recours en cas d'effritement des liens sociaux du fait de la maladie. Les liens de proximité passent aussi par des modes d'investissement des malades dans le travail « social » des soignants. Ils vont essayer de jouer « un rôle » en s'investissant notamment dans un travail de soutien et de réconfort à l'endroit des nouveaux patients, et aussi dans la recherche de perdus de vue. En effet, ils iront chez une personne qu'ils n'auront pas vue pendant une durée longue. Ils essaieront de la persuader de revenir se traiter, si elle a arrêté son traitement avant terme. Ceci est particulièrement courant dans des quartiers où les interconnaissances sont très fortes mais aussi dans les zones rurales. Lors des rares séances de causeries organisées par les services de traitement de la tuberculose, Ces malades seront mis à contribution pour témoigner de leur expérience d'anciens tuberculeux.

D'autres patients se chargeront de donner des informations sur les manifestations de la maladie, la nécessité d'avoir une bonne hygiène ou encore sur le régime alimentaire à suivre. Ils conseilleront aux nouveaux malades de manger du niébé (haricot local) pour éviter d'avoir des vertiges. Cette démarche d'implication dans la gestion d'une pathologie permet, entre autres, de baliser un champ de négociation pour d'éventuels privilèges. Il n'est pas rare de voir un ancien malade intervenir en demandant des faveurs pour quelqu'un qu'il connaît et dont la situation économique ne lui permet pas de se présenter tous les jours. Lors des consultations dans d'autres services, il se fera recommander par le responsable de l'unité de traitement et évitera ainsi de payer le ticket. Cependant, au-delà des limites de la structure de santé, cet investissement dans la prise en charge thérapeutique des malades constitue un moyen pour le malade d'acquérir une forme de reconnaissance. En mettant en avant son statut de relais pour la prévention ou de porte parole, il essaie de se mettre en valeur et de donner une image plus valorisante que celle d'un tuberculeux, amaigri et sale, au seuil de la mort.

En définitive, il ressort de ces descriptions que la maladie crée un « complexe de sentiment » qui, comme le disent J-F. Laé et N. Murard « *a la particularité de rassembler des perceptions*

qui courent tout le long du territoire de l'habitat, de la famille, des institutions et du travail, qui se déroulent ou interviennent dans un même espace. Ils se composent d'alliances et de ruptures, de solidarité et de dénonciations, et s'organisent sur ce mécanisme de co-veillance et de vigilance jouant un rôle d'assistance et de surveillance habituellement dévolu aux institutions » (1995 :149). Ces « complexes de sentiments » peuvent s'assimiler aux représentations collectives des malades qui s'élaborent au travers des perceptions individuelles, mais surtout des attitudes s'inscrivant dans une perspective de valorisation de la maladie, le stigmaté étant utilisé comme un atout. C'est une forme de renversement du stigmaté à son profit qui permet au malade de se créer une identité. Ce même principe se retrouve beaucoup avec le développement des associations de lutte contre le sida où les membres assumant leur statut sérologique sont de plus en plus impliqués dans la prévention de la maladie et occupent des postes de responsabilités. Ils gagnent ainsi un statut professionnel qui s'accompagne souvent d'une revalorisation sociale. Etre séropositif n'est plus seulement synonyme de personne en sursis, c'est un moyen d'intégrer des structures, d'avoir un métier, de pouvoir capter ainsi des ressources permettant de soutenir des réciprocités, de jouer des rôles sociaux et de se repositionner sur le système social, dont on était a priori exclu.

Voyons comment se traduit les relations amicales entre malades dans les unités de traitement de la tuberculose.

b- Quand l'amitié naît dans la maladie...

L'amitié peut être conçue comme un lien social qui se constitue dans des contextes de vie sociale et professionnelle. Dans un quartier par exemple, si le respect des règles de convenance permet l'acceptation dans un groupe et peut déboucher sur des rapports d'amitié (De Certeau : 1994). Dans le même ordre d'idée, les milieux professionnels constituent des lieux privilégiés où se nouent des liens amicaux. Nous constatons que dans la maladie également, se tissent des relations amicales entre patients fréquentant les mêmes espaces de soins. En milieu hospitalier, les accompagnants partageant une même chambre pendant une certaine durée finissent par nouer des liens de proximité notamment dans le cas de maladies chroniques. Ils se soutiennent mutuellement d'un point de vue moral, partagent leurs repas, se passent des ustensiles de cuisine et se répartissent les tâches de nettoyage des lieux et de surveillance des malades. Ces accompagnants arrivent aussi à se créer des espaces dans les structures de santé : ils investissent les terrasses, les cours où ils se retrouvent pour préparer le

repas ou faire la lessive. Dans un service hospitalier par exemple, une adolescente est arrivée dans une salle à deux lits. Elle accompagne sa mère souffrant d'une tuberculose et d'autres infections. Elle avait aussi des troubles psychologiques qui se manifestaient notamment par une certaine agressivité. Elle devait s'occuper de la toilette de sa mère, lui faire à manger, s'occuper des ordonnances, autant de charges assez difficiles à gérer pour elle, surtout quand elle était critiquée par sa mère qui trouvait qu'elle la fuyait. Dans ces cas là, la jeune fille décidait de la laisser seule mais, elle était toujours rattrapée par les autres accompagnants dont sa voisine de chambre. Cette dame discutait souvent avec elle pour lui remonter le moral et l'aider en lui donnant de la nourriture, de quoi acheter les seringues ou de quoi téléphoner à sa famille.

Cet exemple sert à illustrer les interactions qui se jouent entre des personnes dans des contextes difficiles de maladie et de souffrance et qui produisent des liens sociaux forts tels que l'amitié. Comme le dit A. Vincent- Buffeault : *« A l'invention qui régit chaque rencontre particulière [sans quoi l'amitié ne serait pas ce qu'elle est] correspondent des conditions historiques de possibilité. Chacun agence les modèles dont il dispose en fonction de la position qu'il occupe: l'amitié fournit des repères sociaux autant qu'elle permet d'affirmer une identité, une singularité »* (1995 : 9-10). Quelquefois, ces relations débordent le champ de l'hôpital, notamment dans le cas d'hospitalisations de longue durée, et se prolongent dans les quartiers. Ces mêmes types de relations se retrouvent dans les unités de traitement, non pas entre accompagnants, mais plutôt entre malades sous TDO. Ces relations n'avaient peut être pas la même intensité, mais nous étions en présence de situations où des malades, particulièrement les jeunes, finirent par tisser de véritables liens amicaux. Comme le remarque C. Bidart, en traitant de l'amitié comme lien social, elle écrit : *« les liens ne surgissent pas du néant; ils s'élaborent par des processus d'élection à partir des cadres de la vie courante, des milieux fréquentés dans l'exercice des activités quotidiennes. Les usines, les bureaux où l'on travaille, les quartiers où l'on vit constituent des contextes divers qui , par leurs structurations, leurs "ambiances", leurs modes de relations collectives, les rapprochements et les distanciations qu'ils mettent en place, favorisent plus ou moins les rencontres et l'établissement des liens amicaux. A partir des cercles sociaux, des groupes de références qui émergent de ces contextes, se construit une sociabilité qui, selon diverses modalités, conduit à la particularisation de certains liens sous forme de relations interpersonnelles. On voit alors s'édifier le rapport entre les potentialités relationnelles offertes par les cercles sociaux dans lesquels s'inscrit l'individu, les relations effectives qu'il élabore, et les amitiés qu'il distingue »* (1997 : 14).

Le processus de construction d'un lien social, ici décrit, tient compte de plusieurs facteurs qui le rendent possible. Des effets de contexte aux caractéristiques humaines particulières aux individus en interaction, les relations amicales se construisent dans des cadres de sociabilité. Ces relations amicales qui se jouent dans des « espaces transactionnels » (Legrand, 1989) facilitent l'acceptation de la condition de malade par les groupes. Chez les jeunes de la même classe d'âge que nous avons rencontrés, les rapports sont plutôt froids au début, chacun se tenant dans son coin après une salutation générale à l'intention des personnes arrivées avant eux. Puis, ils esquissent de petites discussions sur le retard des soignants ou sur les contraintes du traitement. Le centre de santé étant excentré par rapport à la ville, ils se retrouvent dans les transports en commun ou font la route à pied ensemble. Ces rencontres quotidiennes finissent pas devenir presque des rituels. Ces jeunes viendront finalement ensemble après s'être retrouvés à un point de rendez-vous. Certaines jeunes filles nous disaient qu'elles envisageaient de créer une tontine, ce qui leur permettrait de se voir régulièrement même après le traitement.

Conclusion :

Les représentations de la maladie ne sont pas le seul fait des patients et de leur famille. Les maladies stigmatisées et stigmatisantes confrontent le savoir médical aux perceptions individuelles et collectives des soignants dont on pense, souvent à tort, que leurs comportements relèvent exclusivement de la rationalité scientifique et médicale. Leur discours ainsi que leurs conduites sont fortement empreintes de références profanes qui finissent par prendre le dessus sur les pratiques médicales. Les comportements « rationnels » découlant de la logique médicale sont relégués à la périphérie des pratiques. Ils restent marginaux et sont davantage le fait de soignants professionnels que de non professionnels.

Cependant, nous estimons que les maladies chroniques offrent une nouvelle grille de lecture à l'analyse des interactions entre soignants et malades mais aussi entre malades. La durée de la prise en charge -du diagnostic à la fin du traitement- induit des tâtonnements autour de la définition des symptômes et du diagnostic mais aussi des négociations dans le suivi du traitement.

Ainsi, à travers l'exemple de la prise en charge de la tuberculose, nous avons tenté de montrer que les maladies chroniques ont contribué à modifier le cadre de la stricte relation thérapeutique du fait de la porosité de la frontière entre le médical et le social. Elles mettent également en lumière les formes de confrontation entre savoirs médicaux et savoirs profanes.

Par ailleurs, l'analyse du comportement des soignants face au risque de contagion que nous effectuons dans le dernier chapitre de cette thèse vise à montrer que leurs attitudes relèvent davantage de leurs perceptions et représentations de la tuberculose qu'à des normes professionnelles de réduction du risque.

Chapitre XI- Etre exposé à la contagion : perceptions des risques et stratégies des acteurs

Introduction

Le concept de risque s'est construit autour de l'incertitude qui entoure la probabilité de survenue d'un événement. Il a émergé avec le développement des probabilités. Les travaux en sciences sociales ont montré les limites de l'approche scientifico-mathématique de gestion des risques, à travers le passage d'une volonté d'éradication du risque à une situation de désenchantement qui a donné lieu à des stratégies de réduction ou de canalisation des risques. Le risque apparaît dès lors comme un aléa, une incertitude à gérer, nécessitant de tenir compte des contextes mais aussi des perceptions individuelles des menaces ou des dangers. Ainsi, l'approche sociologique du risque, proposée par différents auteurs (Duclos, 1996 ; Le Breton, 1995 ; Douglas, 1983) ayant mené des recherches dans différents domaines de la vie quotidienne, montre que le risque est une construction sociale : la perception des dangers et du risque dépend de la manière dont les individus se représentent les événements sociaux. Ces études révèlent donc que les stratégies collectives de gestion des risques sont souvent improductives, les individus élaborant des systèmes de protection en fonction de l'appréciation qu'ils font des risques.

Au niveau des structures de santé, un tel scénario est observable au regard des comportements des personnels de santé. Les structures de santé n'échappent pas à cette démarche de réduction des risques où les infections nosocomiales, au rang desquelles la tuberculose, apparaissent comme un réel problème pour les personnels de santé (Kayanja & al. 2005). L'exercice de l'activité soignante expose à des risques de contraction de maladies dont les modes de transmission sont directs ou indirects. Un dispositif organisationnel ainsi que des normes professionnelles sont élaborés au niveau institutionnel dans le but de minimiser les dangers inhérents à la profession médicale. Des principes de prévention des risques de transmission des maladies sont donc mis en œuvre à travers les dispositifs organisationnels. Ils sont également appréhendés lors des apprentissages par les soignants.

Cependant, ces principes se trouvent remis en cause dans des contextes sanitaires où les logiques professionnelles sont soumises aux contraintes locales et à la délégation des activités

soignantes à des agents non qualifiés se référant à un « savoir commun »⁵⁵ sur la maladie. Dans la perception des acteurs, il semble que certains services apparaissent comme plus dangereux que d'autres, alors que nous remarquons que c'est l'espace sanitaire qui est globalement pathogène. Ainsi, des stratégies de gestion des risques d'exposition à la maladie sont mises en place au travers des normes professionnelles et des dispositifs organisationnels. Pourtant, ces derniers se heurtent à l'informalisation de plus en plus croissante du système de santé, *via* la redéfinition des cadres professionnels qui ne reposent que sur des savoirs pratiques souvent entachés de perceptions. Ces savoirs pratiques prennent le pas sur les procédés formels de réduction ou de canalisation des risques. Nous estimons que les comportements des personnels de santé découlent davantage de leurs perceptions de la maladie que d'une maîtrise des normes professionnelles. Ce constat semble justifier la diversité ou les « kaléidoscopes comportementaux » (Bonnet & Jaffré, 2003) notés face aux patients « perçus » comme dangereux. Entre normes professionnelles et représentations de la maladie, comment se comportent les soignants face à un malade potentiellement contagieux ? Partant de cette question centrale, nous posons l'hypothèse selon laquelle les comportements des soignants face au risque résultent davantage de leurs perceptions et représentations de la tuberculose que des normes professionnelles et du dispositif organisationnel mis en place pour réduire le risque. Ainsi, dans ce chapitre, nous décrirons d'abord la manière dont se construit le risque de transmission de la tuberculose. Ensuite, nous verrons comment les perceptions de la tuberculose s'intègrent dans les conduites au quotidien et finissent par définir des stratégies individuelles de gestion du risque. Enfin, nous verrons comment le déni du risque par certains soignants non professionnels est mis à profit pour se maintenir dans les structures de santé.

Section I : Perceptions du risque de la contagion : entre banalisation et crainte

Le caractère contagieux de la tuberculose a été démontré depuis l'ère pasteurienne, dans un contexte scientifique dominé par l'identification des agents infectieux et les mécanismes de transmission des maladies. C'est une maladie à contagion directe, celle-ci s'opérant par voie aérienne quand il existe un contact entre un individu malade et une personne « saine » par l'intermédiaire de postillons émis par la toux, les éternuements et les crachats. Les personnels de santé en contact avec les malades étant les plus touchés (Harries & al.1997 ; Kayanja, 2005), les institutions sanitaires mettent à leur disposition des mécanismes de gestion, du

⁵⁵ L. Vidal définit le savoir commun « comme un ensemble de connaissances et de représentations non scientifiques non spécialisées (soit non compris les connaissances et représentations véhiculées par les spécialistes de prises en charge de la maladie, que sont, notamment, les tradipraticiens) » (2001 : 235).

moins de canalisation ou de réduction du risque de contagion par les patients. Ceux-ci passent, d'une part, par l'adoption de principes de prévention s'intégrant dans des normes comportementales dès lors que l'on est en contact avec des produits (crachats) ou des personnes malades et, d'autre part, par la mise en place d'un système organisationnel confinant les « dangers » dans un espace bien déterminé. La crainte de la contagion, au sens anthropologique du terme, a été définie par S. Fainzang comme « *la perception de l'impact de la maladie de l'autre sur soi, par le partage du même espace physique (promiscuité lors des soins corporels dans les chambres et à l'intérieur de l'espace clos de l'hôpital), d'un lien social (la relation thérapeutique soignant-soigné) véhiculée par l'air, les odeurs, les humeurs* » (1994, 830). Dans le cadre de la prise en charge de la tuberculose au Sénégal, cette crainte de la contagion a favorisé la création de lazarets mais également de services (la polyclinique et le service de pneumo-phtisiologie de Fann), véritables lieux d'isolement où étaient exclusivement pris en charge les tuberculeux. Avec la décentralisation des traitements dans les districts sanitaires, des unités de traitement ont été créées avec une reproduction de cette distance géographique entre les services de prise en charge des affections à haut risque sanitaire et les autres services.

Dans un des centres de santé visités, les principaux services (consultation, maternité et pharmacie principalement) se situent à l'entrée. Une distance de plus de 800 mètres les sépare de l'unité de traitement qui se trouve au fond de la cour, après les garages, dans un bâtiment qui semble abandonné. C'était l'ancien service des maladies infectieuses, créé pendant la période coloniale. Cette unité de traitement est constituée de deux salles attenantes sombres, sales et très peu aérées. Dans la première sont entreposés de vieux matelas : c'est le passage pour accéder au bureau du responsable. Les fenêtres et portes latérales ne s'ouvrent plus. Un vieux plafonnier brasse l'air et chasse un peu les moustiques. Ça et là gisent des cartons, des pots vides, quelques fiches de suivi et des sachets contenant du coton et de l'alcool. Le ménage n'y est pas souvent fait parce que le balayeur refuse d'y pénétrer du fait de la saleté et du désordre qui y règnent, mais aussi du risque de contracter la tuberculose. En plus de la peur liée à la maladie, le milieu est assez répulsif pour accentuer les craintes de contagion. Cette configuration de l'espace rappelle les perceptions de certaines épidémies comme la peste et le choléra où des individus, des villes et des comportements étaient identifiés comme « lieux et vecteurs de risques sanitaires majeurs » (Bourdelaïs, 1989 ; Fabre, 1993).

La situation géographique des unités de traitement dans les centres de santé répondait à ce souci d'aménagement d'espaces réservés aux tuberculeux qu'il fallait isoler des autres malades. Ce mode de gestion du risque de contagion de la tuberculose a favorisé le

confinement des malades à des lieux et des espaces très vite perçus comme dangereux pour ceux qui les fréquentaient. Ce mode d'organisation répond à une logique de circonscription des bacilles, virus et autres bactéries qu'A.Véga décrit en ces termes : « *pour se défendre d'un voisinage jugé contagieux, il convient donc de cloisonner les malades, (a priori "sales") et les blouses blanches au moyen de barrières symboliques : « l'existence de "chambres sida", les "faux malades" et les "psy", l'interdiction du franchissement par les malades du seuil du local infirmier, l'enfermement des "déments", enfin, l'utilisation particulière de l'eau et des gants* » (2000 : 163). La circonscription des dangers dans un espace donne lieu à une prise de conscience qui influence différemment les conduites. Au sein des structures de santé, certains lieux de soins apparaissent comme plus « dangereux » que d'autres, en fonction des pathologies qui y sont traitées. A cela s'ajoute la segmentation professionnelle liée à l'activité qui donne lieu à des appréciations différenciées du risque de transmission selon le statut et la nature de l'occupation. Ainsi, les attitudes des professionnels de santé sont ambivalentes voire opposées selon qu'ils exercent à l'intérieur ou à l'extérieur de ces espaces dits « à risque ». Cependant, ces derniers sont de plus en plus occupés par des agents non qualifiés.

Dans les unités de traitement, les services « spécialisés » et les laboratoires, ces agents se sont en effet vus attribuer les activités de soins par des professionnels de santé tournés vers des tâches administratives. Dans la plupart des cas, les normes professionnelles de réduction du risque ne sont pas respectées en raison d'une mauvaise évaluation de ce risque. Par rapport à cela, nous notons une différence de conduites selon la connaissance du danger. Un technicien de laboratoire nous explique à cet effet : « *dans les laboratoires, on peut dire que le risque évolue en fonction du nombre d'échantillons à analyser. On peut évaluer le risque à partir du nombre d'exams à faire. Chaque échantillon présente un risque, qu'il s'agisse d'urine comme de crachats* ». Le risque de transmission de la maladie se retrouve dans l'environnement des laboratoires, du fait des produits qui sont utilisés et des échantillons traités. Nous prenons le contre-pied de l'analyse sociologique du risque faite par D. Le Breton (1995) qui tend à montrer que les risques socialement mis en évidence sont traités par rapport à d'autres non identifiés, qui sont alors négligés. Nous pensons plutôt que dans ces espaces dits « dangereux », ce sont les risques connus et étiquetés qui auraient tendance à être banalisés. Une certaine connaissance des dangers à travers leur estimation peut conduire à une banalisation ou à une démythification des risques de la part des soignants. Selon eux, c'est plutôt « l'inconnu qui fait peur » : quand l'origine de la menace est identifiée, il est possible d'y faire face. C'est de cette connaissance supposée ou réelle des dangers à travers leur estimation que naissent les attitudes de dédramatisation de la part des personnels de santé. Le

comportement des acteurs est souvent tributaire de leur niveau de connaissance des menaces et donne lieu à une certaine forme de hiérarchisation des risques. Dans ce sens, P. Peretti-Watel (1990) montre que l'acceptation du risque n'est pas uniforme au sein d'une société, cette appréciation différenciée des dangers reflétant en réalité les inégalités sociales. Ramenée à l'échelle du champ sanitaire, la différence de perception des risques d'exposition à la contagion est un reflet des écarts entre positions professionnelles. Selon le statut occupé dans la hiérarchie, la perception des dangers n'est pas la même. Souvent, les personnels jouissant d'un statut élevé sont dédouanés de la prise de risque. Ils se tournent plus volontiers vers les lieux de prise de décisions ou la réalisation de tâches administratives, alors que ceux qui occupent des fonctions subalternes effectuent des tâches jugées risquées.

Ainsi, dans les services de maladies infectieuses, les unités de traitement et les laboratoires où la tuberculose occupe une « place de choix » dans la hiérarchie des espaces à hauts risques, les menaces sont plus banalisées. La présence régulière dans ces espaces, synonyme de confrontation quotidienne au danger et à la menace, conduit souvent à une dépréciation des risques que l'on finit par dédramatiser. Alors que des professionnels usent de certaines « astuces » (que nous décrirons plus tard) pour réduire les risques de contamination par les malades ou les produits, les agents non professionnels les minimisent en se montrant fataliste (« c'est Dieu qui donne la maladie ») et notent que le risque d'attraper une maladie n'est pas spécifique à la fréquentation d'un lieu « dangereux » comme les unités de traitement, par exemple.

A l'opposé de ces attitudes de dédramatisation de la contagion par les personnels de santé exerçant dans ces lieux de soins, on note une crainte de les fréquenter chez les agents des autres services qui se pensent être plus à l'abri des dangers. Ces derniers considèrent les services de prise en charge de maladies contagieuses comme des espaces dangereux et sales. Ils imputent cette représentation à la mauvaise qualité de l'air qui y circule, résultat du passage des malades à l'aspect tout aussi peu reluisant (leur état de santé est altéré, ils flottent dans leur vêtement), crachant, toussant et disséminant ainsi des germes dans des endroits mal aérés. Cette image entretient l'angoisse et la peur des personnels de santé vis-à-vis de la tuberculose et renforce la stigmatisation, vis-à-vis des acteurs et des lieux. Les laboratoires ainsi que les unités de traitement apparaissent dès lors à la fois comme des « espaces de craintes et de prudence locale » (Jaffré, 2003). Ces craintes se traduisent par l'évitement de ces espaces, les personnels de santé ne s'y rendant que quand ils n'ont pas le choix. Dans certains cas, ils se tiennent aux fenêtres (dans les centres où elles existent) ou ne restent qu'un

bref instant. Ces attitudes d'évitement se retrouvent également chez certains soignants non professionnels exerçant dans d'autres services. Comme le disait un jeune agent s'adressant au responsable de traitement : « *maintenant que vous faites entrer les malades dans le bureau, je me tiens à la fenêtre* ».

Certains responsables de structures refusent systématiquement de fréquenter ces espaces de soins. C'est le cas notamment de ce médecin qui affirmait qu'il n'avait jamais pénétré dans l'unité de traitement alors qu'il est le médecin chef du centre de santé. Cette attitude s'explique, selon lui, du fait de la saleté de l'endroit et des gens qui le fréquentent. Il évite systématiquement d'y aller alors qu'il est de ses prérogatives et de sa responsabilité de contrôler l'activité du soignant qui y exerce. Cette perception du danger pouvant survenir par la seule fréquentation des unités de traitement, s'intègre dans la « théorie des miasmes » selon laquelle les virus se transmettaient par simple toucher ou respiration du même air. Les miasmes ont été définis comme des émanations auxquelles on attribuait les épidémies et les maladies infectieuses. La référence à cette théorie a largement justifié les mesures d'isolement ou de confinement des malades dans des espaces. Elle supporte l'idée d'une dimension physique et spatiale de la contagion, le passage dans un lieu « à risque » étant alors potentiellement source de contagion. Pour ce qui est de la tuberculose, le lien entre environnement et risque de contamination a été largement démontré (Lienhardt, 2001). Plusieurs facteurs tels que le degré d'exposition à la maladie, les conditions de vie, la pauvreté et la promiscuité favorisent le risque d'infection. L'évitement des espaces « dangereux » répond à cette vision d'un lieu comme vecteur de maladie et source de contagion. En parlant du processus de contamination selon la perception de l'espace, D. Bonnet écrit : « *la légitimation des espaces est souvent soulignée ; et l'effraction d'un espace intime ou d'un espace interdit, dangereux et impur (domestique et public) contamine le transgresseur ou même celui qui s'y aventure par hasard* » (2003, 8). Différentes études, comme celle d'A. Caprara (1991) sur les théories de la contagion, révèlent l'influence des contextes et conditions de vie permettant d'établir une classification des causes de la transmission. Néanmoins, ces études sont limitées par le fait qu'elles privilégient les conceptions populaires relatives au corps, à la personne, au pur et à l'impur, au détriment de l'analyse des savoirs et pratiques composites alliant connaissances médicales et perceptions sur la maladie et sa transmission.

En résumé, nous pouvons retenir que deux types de comportement peuvent être relevés face au risque de contamination : à l'intérieur des unités de traitement et des laboratoires, il est

banalisé et, à l'extérieur, la tuberculose ainsi que ses lieux de prise en charge représentent des menaces pour les soignants.

De ce point de vue, il semble intéressant de décrire les attitudes des soignants pris entre les règles médicales et leurs perceptions du risque.

Section II : Règles médicales et dispositif organisationnel de gestion des risques de contagion dans le système de santé

Pour prévenir les risques de contraction des maladies par les personnels de santé, un ensemble de moyens sont mis en place. Il s'agit d'instruments (tels que les gants, les masques, les tabliers et les blouses) mais aussi de procédés de décontamination et de désinfection (utiliser de l'eau de javel et des produits désinfectants pour les surfaces ou encore se laver les mains au savon et à l'eau de javel). Certaines procédures diagnostiques jugées risquées peuvent aussi être remplacées par d'autres à l'initiative des responsables de programme. Ainsi, parlant justement du diagnostic, le responsable du laboratoire national de référence nous expliquait : *« le risque existe dans la manipulation. Dans les anciens documents, il fallait que le technicien prélève le crachat. J'ai éliminé cela parce que quand le malade tousse, c'est dangereux. L'étalement crée des risques : au laboratoire, la manipulation est la partie la plus dangereuse mais on demande au technicien de porter un masque et des gants et puis d'utiliser le bec de Benzen lors de l'étalement, réduit les risques »*. Il apparaît donc que la réalisation des examens de crachats comporte des risques de contagion qui se retrouvent à tous les niveaux, du recueil du crachat à la coloration. L'une des techniques pour réduire le « danger » est donc d'éviter le contact rapproché entre le technicien et le malade quand celui-ci expectore : il suffit au technicien de lui expliquer comment expectorer. Cependant, cette consigne n'est pas respectée dans tous les centres : dans certains cas, certes isolés, le malade crache encore devant le technicien dans le laboratoire.

A ces moyens de protection, s'ajoutent des normes comportementales face aux malades potentiellement contagieux : certains médecins estiment que l'attitude joue sur le risque de contraction des maladies inhérentes à la pratique médicale. L'un d'entre eux affirmait : *« par rapport au risque il y a des extrêmes : il y a des risques et des facteurs non maîtrisés. Par exemple, le fait qu'un malade agité fasse un mouvement et que tu te piques avec une aiguille. Moi, je ne suis pas stressé quand je fais des gestes médicaux et ça réduit un peu les risques. Je crois qu'il faut un minimum de matériel de protection, c'est-à-dire suffisamment de gants, d'antiseptiques, le matériel pour prendre en charge le personnel en cas d'accident. Il faut une*

dotation suffisante, une mise à jour régulière sur les précautions à prendre ». Ce sont donc davantage les conduites individuelles que les stratégies collectives qui permettent de gérer le danger : adopter un certain comportement quand on effectue des gestes, user des moyens de protection et avoir une certaine connaissance des règles formelles de gestion des risques. En filigrane, il apparaît que le matériel de protection, comme les gants par exemple, n'est pas toujours disponible. La précaution se confond avec la prudence et se prolonge dans des services qui semblent moins concernés par la tuberculose comme la maternité ou les salles de soins (injections et pansements). L'instauration de la distance entre soignants et malades s'aggrave dès lors que ces soignants sont en face d'un tuberculeux. Dans cette perspective, L.Vidal écrivait à propos des attitudes des personnels de santé face aux personnes infectées par le VIH : « *bien qu'utilisant des gants, lors des soins qu'ils dispensent, des infirmiers réactivent la menace d'être infectés par le VIH dès lors qu'ils savent être en présence d'une personne séropositive. Tant chez ces infirmiers que chez les sages femmes, le risque se déplace de la nature de la situation, ou du geste effectué vers la simple présence du patient séropositif. Ce n'est plus l'acte qui est porteur de danger mais l'individu malade* » (2004 : 71).

Paradoxalement, dans certaines situations, nous notons des écarts entre normes et conduites des acteurs (cf. supra, chapitre 7) conduisant au non usage des moyens de protection disponibles si précaires soient-ils, attitudes qui les exposent davantage aux risques de contagion. Nous tenons à préciser que la non application des mesures de précaution découlant de ces écarts, n'est pas seulement spécifique aux agents qui s'occupent de la tuberculose ; elle est présente dans tous les services de santé. C.T.Cissé & al. exposent un certain nombre d'anomalies relevées dans le milieu chirurgical à partir d'une enquête sur la prévention de l'infection en milieu chirurgical dans les hôpitaux sénégalais : « *le lavage des mains avant et après chaque procédure est rarement effectué ; le lavage chirurgical est souvent réalisé dans de mauvaises conditions. La décontamination du matériel souillé n'est pas effective, les instruments réutilisables sont nettoyés directement avec des mains nues ou revêtues de gants chirurgicaux usagés. L'équipement utilisé pour la stérilisation est vétuste et inadapté, les normes de stérilisation sont très rarement respectées. La circulation au niveau du quartier opératoire est désorganisée voire anarchique. Le personnel est très exposé au risque de contamination par le sang. Les déchets biomédicaux ne sont pas décontaminés, ils sont mal collectés et déversés directement dans la nature ; aucun des sites visités ne dispose d'un programme d'incinération de ces déchets* » (2000 : 189). A tous les niveaux du système de santé, les menaces sont là, de différente nature mais réelles.

Jugeant les normes professionnelles ainsi que le dispositif organisationnel très peu efficaces ou non adaptés aux contraintes quotidiennes, les personnels de santé mettent en œuvre des stratégies parallèles apparaissant pour eux comme plus efficaces et plus adaptées aux situations auxquelles les confrontent leur métier. Décrivons quelques limites de ces stratégies collectives de gestion de risques professionnels et sanitaires.

1-Des failles des dispositifs organisationnels

Les procédés de gestion ou de réduction des risques dans les structures de santé connaissent des anomalies qui rendent inopérantes leur mise en pratique. L'organisation spatiale des structures de santé amène à croire à une volonté de canaliser les risques en les circonscrivant dans des espaces bien déterminés qui finissent par être communément jugés dangereux.

Dans les manuels ainsi que selon les responsables de programme, la description qui est faite des unités de traitements et des laboratoires comme des endroits clairs et aérés est loin d'être une réalité. Nous remarquons que la plupart des unités de traitements et des laboratoires ont pour caractéristiques principales l'exiguïté de leurs locaux et l'absence d'aération. Ces services sont souvent les parents pauvres des structures sanitaires et brillent par leur non conformité aux normes sanitaires.

En outre, les personnels de santé trouvent dérisoires les moyens de protection mis à leur disposition. Souvent, ceux-ci sont jugés peu ou pas du tout adaptés. C'est le cas des gants notamment, qui ne sont quasiment pas utilisés dans les zones de forte chaleur parce qu'ils se dégradent très vite ainsi que nous le confirment ces techniciens de laboratoire : « *c'est la chaleur qui les altère : dès que tu les enfiles, ils se déchirent...* ». Cette situation a également été relevée en Afrique du Sud où J. Ehlers en parlant des infirmières confrontées au sida écrit : « *Protective clothing might not always be available nor adequate. Gloves and masks should be without holes or tears. Wearing protective clothing constantly is time consuming, cumbersome and hot. If the quality, and thus the protection offered, is doubtful, nurses might become less likely to wear such protection, enhancing their chances of getting infected with HIV* » (2006: 657). L'usage des gants n'est pas appréciée des personnels de santé. Leur efficacité par rapport à la réduction des risques étant contestée, ils sont très vite remplacés dans les pratiques quotidiennes par une technique jugée plus appropriée : l'eau de javel et l'alcool à 90°. Quand une mesure est jugée plus efficace parce que testée et éprouvée, les personnels de santé la préfèrent et l'adoptent sans se soucier du respect ou non des normes : « *je fais les étalements les après-midi quand il n'y a personne dans le service, mais il arrive*

(souvent d'ailleurs) que j'étaie pendant la matinée quand le personnel est là. Cette manipulation se fait sans gants classiques. Par précaution, je prends un « gant » d'eau de javel et d'alcool : je me rince les mains avec de l'eau de javel et de l'alcool à 90°. Je le fais depuis que je suis là et je ne suis pas tombé malade. Les gants que l'on nous donne ne sont pas efficaces et ne sont pas pratiques, ça te gêne même parfois ». Ces propos d'un technicien de laboratoire révèlent que la confiance en une mesure de protection réside dans l'expérimentation de celle-ci. La mesure la moins contraignante et apparaissant comme la mieux adaptée est privilégiée. Elle s'impose sur celle prévue dans le système organisationnel de gestion des risques de contagion de la tuberculose.

Souvent, en plus d'être inadaptées, les mesures de protection ne sont pas toujours disponibles dans les services. Des ruptures de gants, ou l'inexistence de masques ont été souvent notées. De même, au niveau des services de radiologie, certains matériels nécessaires à la protection, tels que les tabliers et gants de plomb ou encore les dosimètres contre les radiations ionisantes des rayons X, sont souvent inexistantes et d'ailleurs inconnus des aides-manipulateurs. Même si les techniciens (formés et qualifiés par définition) connaissent théoriquement les risques d'exposition à ces radiations, ils ne respectent pas les consignes de protection. En outre, dans les hôpitaux et les salles d'hospitalisation des centres de santé, les capacités réduites d'accueil ne permettent pas le respect des normes conventionnelles d'hospitalisation, à savoir les normes ISO 9002⁵⁶ concernant les vigilances sanitaires. Souvent, à l'hôpital, ce sont des chambres de deux à quatre lits séparés par une mince cloison, alors que dans les centres de santé, il n'y a aucune démarcation. Les malades sont tous regroupés dans une grande salle où sont disposés de part et d'autre des murs, des lits. Dans les deux cas, les malades se font face. Les conventions internationales sur les conditions d'hospitalisation sont très vite oubliées : il suffit de trouver un lit et qu'importe si dans la chambre, tuberculeux et malade du sida se font face. *« Moi, je n'ai aucun sentiment par rapport au risque de contagion et puis il faut se dire que dans tout métier, il y a un risque et que nous n'avons pas les moyens de le réduire. Les malades sont regroupés dans une chambre, l'air ne circule pas et puis il faut reconnaître que les normes d'hospitalisation ne sont pas respectées. La protection est dérisoire dans le service. Malgré le risque de contamination, on mélange des malades immunodéprimés avec des bacillifères. Tous les autres services envoient leurs malades ici s'ils sont séropositifs, même ceux de pneumologie, ils refusent de garder les patients VIH qui ont la tuberculose »* affirme un médecin.

⁵⁶ Ces normes renvoient à des procédures de certification de la qualité des lieux destinés aux hospitalisations.

Dans un contexte sanitaire marqué par l'incapacité pour les acteurs d'appliquer des standards de principes organisationnels et la défaillance du système organisationnel, des comportements « inédits » émergent et finissent par se cristalliser pour s'ériger en règle de fonctionnement. Les personnels de santé conçoivent des stratégies parallèles à ces normes pour réduire les risques de contagion de la tuberculose.

De plus, en déléguant leurs tâches à des agents de santé sans formation ni qualification, les professionnels de santé ont contribué à créer un rapport aux risques à l'exercice médical très éloigné des normes médicales.

2- Attitudes des soignants face au risque : astuces ou stratégies réelles ?

Face à l'inadaptation et à l'inefficacité réelle, ou supposée, des moyens de protection mis en place dans les structures sanitaires pour circonscrire et réduire les risques de contagion de la tuberculose, les personnels de santé adoptent des comportements et mettent en œuvre des procédés qui leur semblent plus opérants. Il s'agit notamment de la mise à distance des malades, du remplacement des gants par des procédés apparaissant comme plus efficaces, du refus d'exercer dans des unités de traitement ou de faire des examens de crachats et de la réalisation de contrôles réguliers (crachats, radio, IDR) pour se rassurer.

a-La mise à distance, moyen de protection privilégié dans les structures de santé

A.Desclaux a étudié la gestion du risque à partir des mécanismes de distanciation et de stigmatisation des malades. Elle écrit : « *l'histoire des maladies [...] n'est pas qu'une histoire de diffusion microbienne et de combat médical : c'est aussi une histoire de méfiance envers les malades, d'évitements, de mise à l'écart....* » (2003 : 1). Dès lors que l'on parle de maladies contagieuses, l'attitude généralement observée est la mise à distance, l'évitement des interactions directes et des relations de face à face avec les malades. Dans un autre contexte, A.Vega (2000) montre que ces pratiques de distanciation corporelle renvoient à des représentations du corps qui rappellent les anciennes conceptions humorales de la saleté, antérieures aux découvertes de la bactériologie, suivant l'idée selon laquelle tout ce qui sort du corps n'est plus à sa place, devenant source d'impureté, voire de danger. Les malades infectieux (comme les sidéens), les toxicomanes, les alcooliques, les fous et les patients d'origine étrangère sont ceux qui souffrent le plus des pratiques d'évitement de la part des infirmières. Van der Walt et Swartz estiment quant à eux que l'instauration de la distance entre infirmières et malades constitue un moyen pour celles-ci de se protéger. Il s'agit à la fois

d'un mécanisme de défense contre le risque d'infection, mais aussi contre les émotions du malade. Il est vrai que dans le cas de la tuberculose, cette mise à distance permet de ne pas avoir à « gérer » les problèmes sociaux que peut avoir le malade. Cette attitude de distanciation est fortement utilisée chez les soignants dans les unités de traitement de la tuberculose, particulièrement quand le traitement se fait en ambulatoire.

Concrètement, il s'agit lors de la distribution des médicaments de tenir le malade à une certaine distance : des bancs ou des chaises sont déposés à une distance estimée « respectable » par le soignant. Ainsi que le disait un responsable de traitement : *« je ne me laisse pas surplomber par un malade. C'est plutôt moi qui le surplombe en lui demandant de s'asseoir sur la chaise là (elle la désigne). Quand les malades se mettent au-dessus de toi et te postillonnent, ils t'envoient leurs bacilles »*. Nous avons remarqué dans son bureau que la chaise était posée à droite du bureau, nettoyée tous les matins à l'eau de javel, ce qui permet d'éviter d'avoir le malade en face et donc de recevoir les gouttelettes de salive pouvant causer la maladie.

En outre, cette mise à distance concerne généralement tous les malades, alors que seules les personnes atteintes d'une forme pulmonaire peuvent transmettre des bacilles qu'elles projettent dans l'air quand elles toussent, éternuent, parlent ou crachent. Pour les soignants, toutes les personnes souffrant de tuberculose sont logées à la même enseigne, quelle que soit la forme et la localisation, y compris pour les formes non contagieuses (extra pulmonaire : osseuse, Mal de Pott, ganglionnaire, cutanée) ou encore quel que soit le stade du traitement (la contagion a tendance à diminuer au bout de 21 jours de traitement). Les pratiques de mise à distance sont uniformes dès lors qu'il s'agit de tuberculose. Les représentations de la contagion comme transmission d'une bactérie dans un espace se cristallisent autour du risque que peuvent présenter les contacts. Cette uniformité des pratiques traduit, à notre avis, la méconnaissance ou plutôt la faible maîtrise des modalités de transmission de la tuberculose, dont la conséquence est une difficulté de hiérarchisation des risques en fonction de la localisation de la maladie. Ce constat rappelle celui effectué par L.Vidal sur les effets d'une appréhension indifférenciée du risque de contracter le VIH. Il écrit : *« le malade est perçu comme contaminant dans des situations qui ne sont pratiquement pas à risque : une telle uniformisation encourage des attitudes de peur face à des gestes de la vie quotidienne effectués par des personnes infectées »* (2001 : 245).

b- De quelques astuces pour se protéger

Dans les unités de traitement comme à l'hôpital, les personnels de santé justifient le fait qu'ils n'utilisent pas les mesures mises à leur disposition, telles que les masques, parce que cela influencerait négativement leur relation avec le malade. « *Il ne faut pas que le malade sente que tu as peur ou que tu le fuis. Il n'aura pas confiance et cela l'affectera psychologiquement* » disent-ils. Certains iront même jusqu'à affirmer qu'ils auraient trop honte de se présenter devant un malade avec un masque et des gants. Leur attitude répond selon eux, au souci de ne pas heurter ou frustrer le malade. De ce point de vue, ils adoptent des attitudes qui leur semblent plus subtiles : ils détournent la tête et ne leur font pas face durant tout le temps où ils sont en contact avec eux. Au cours de ces interactions, une stratégie est de limiter le dialogue avec le patient. Pour ce faire, le soignant fait savoir au malade que le fait de parler constitue un effort qui le fatigue (affirmation dont on doute du fondement médical et rationnel), et qu'il doit donc éviter de trop parler. Dans cette perspective, les responsables des unités de traitement demandent souvent au personnel chargé des soins tels que les injections (pour les cas de retraitement) d'en faire autant avec les malades : « *On nous demande d'ouvrir tout le temps les fenêtres, d'éviter de trop parler avec les malades et surtout de ne pas les laisser cracher dans le lavabo. On se lave les mains avec de l'eau de javel après chaque injection* » témoigne une aide. Selon les soignants, ceci est une stratégie permettant de réduire la présence de bacilles dans l'air. Moins le malade parle, moins il est susceptible de disséminer des germes.

Rappelons que ces stratégies se développent aussi dans un contexte sanitaire marqué par la précarité et l'insuffisance des mesures institutionnelles de protection des personnels de santé. Ainsi, ils ont des conduites qui, au niveau individuel, leur permettent de s'adapter et de réduire les risques : « *Quand même, il faut dire qu'il y a des précautions individuelles à prendre : par exemple, en auscultant on se met derrière le malade, on lui demande de mettre un mouchoir devant la bouche. Ce sont des petites astuces mais il faut éviter de s'exposer volontairement. Il faut prendre des précautions en fonction des moyens dont nous disposons* » sont les propos d'un médecin. La pénurie de moyens de protection suscite l'inventivité chez les professionnels de santé et, au fil des expériences, certaines subtilités se créent.

A cela s'ajoutent des attitudes dont l'efficacité reste à prouver et qui relèvent davantage des savoirs locaux. Dans les conceptions populaires, le lait chaud aromatisé avec de la menthe soulage les douleurs de la poitrine, la fraîcheur de la menthe insufflant de l'air lors de la

respiration. Un responsable de traitement affirme qu'il boit du lait à la menthe régulièrement le soir pour dégager ses poumons et se rassurer ainsi. Cette pratique est par ailleurs entretenue par le PNT⁵⁷ qui lui fournit une dotation mensuelle d'un carton de lait à partager avec le personnel du laboratoire. Il semble que dans ce cas de figure, ce soignant puise davantage dans les « recettes de grand-mère » et les savoirs profanes que dans les références médicales.

c-La réalisation régulière d'examens médicaux

Les personnels de santé ont des comportements qui sont le reflet de leurs représentations. *« Dès qu'on m'a affecté au service du PNT, j'ai commencé à sentir des douleurs à la poitrine. Psychologiquement, je faisais une tuberculose. J'ai fait des radios et des examens de crachats mais il n'y avait rien. Dès que je sens quelque chose, je prends des antibiotiques. Finalement j'ai demandé à être affectée dans un autre service et maintenant je suis à la vaccination »* raconte une assistante sociale, ancienne responsable de traitement. Ce que l'on remarque dans cet exemple, c'est la réaction psychosomatique vraisemblablement due à la peur de la maladie. Cette réaction renseigne sur les perceptions que génèrent encore la tuberculose et les lieux de traitement. La réalisation des examens médicaux est un moyen de savoir que l'on résiste, et que l'on a échappé à la maladie malgré la fréquentation des lieux de soins et des contacts avec les malades.

Des études portant sur les risques d'infection à la tuberculose chez les personnels de santé travaillant dans les unités de traitement révèlent que la plupart d'entre eux avaient une réaction positive à l'Intradermoréaction (IDR) (El Houssine Laraqui et al., 2004). Au Sénégal, certains professionnels de santé, responsables de traitement condamnent la réalisation de cet examen parce que, le vaccin qui doit se faire dans le cas où l'IDR est positive, est inefficace pour les adultes. *« Quand je suis arrivée ici, j'ai fait des examens de crachats, j'ai fait une radio, une IDR et j'ai pris du BCG. J'ai même été malade après avoir fait le vaccin et puis les collègues (le responsable de traitement et l'infirmier) m'avaient conseillé de ne pas le faire. Ils étaient vexés, ils ne m'ont pas adressé la parole pendant des jours »* nous raconte une ASC. Ces comportements à notre sens découlent de la perception selon laquelle l'intensité, tout comme la multiplicité des contacts avec les tuberculeux, expose davantage au risque de contagion.

Ces examens ainsi que la vaccination sont inutiles de l'avis des soignants professionnels qui estiment, par ailleurs, que la vaccination expose davantage au risque de contagion :

⁵⁷ Notons que c'est le seul centre de santé qui reçoit une dotation bimestrielle en lait. C'était une faveur faite au responsable de traitement pour le motiver.

l'inoculation du microbe dans le corps peut causer une infection qui peut se développer en maladie du fait des contacts avec les malades. Pourtant, ce sont ces mêmes agents qui le proposent à l'entourage des malades s'inquiétant d'être en contact avec le bacille. Dans ces cas, l'argument avancé est que « *l'IDR et le BCG sont un moyen pour les rassurer, les apaiser* ». En réalité, il s'agit davantage d'un moyen pour capter des ressources financières. L'angoisse que suscite l'exposition au risque de contagion dans l'entourage du malade est exploitée par les soignants pour capter des ressources. En effet, l'entourage du malade s'affole dès que le diagnostic de la tuberculose est établi. Il se rue dans les centres de santé pour demander des moyens de protection, le vaccin en général. Si dans certains centres, les soignants leur expliquent son inefficacité, dans d'autres, une IDR [dont le coût est variable selon les structures] leur est proposée et ensuite une dose de BCG leur est injectée. Les recettes de ces examens sont par la suite réparties soit en fin de journée, soit gardées et partagées à la fin du mois⁵⁸ entre les personnels de santé qui les présentent comme des « indemnités de motivations ».

d-Le refus de faire son travail

Un des moyens d'éviter de s'exposer à la contagion consiste tout simplement à refuser d'exercer l'activité pour laquelle on est recruté. Cela se voit surtout dans les laboratoires où ceux qui sont réellement formés à la lecture des BAAR sont différents de ceux qui les effectuent. Ils demandent une formation au PNT, mais dans les centres de santé, ils refusent de se charger des examens de crachats. Nous avons pu rencontrer une dame dont l'attitude a été rapportée au médecin chef du district, lequel finit par la menacer de sanctions pour qu'elle se résigne à faire les examens de crachats. Elle explique sa conduite par le fait qu'elle est enceinte et que travailler dans un laboratoire présente déjà des risques importants pour qu'elle expose de surcroît son enfant aux bacilles de Koch. Jusqu'à ce que cette situation soit débloquée, les malades étaient envoyés dans un autre centre de santé. Les techniciens de laboratoire se sentant débordés et ayant l'impression de faire le travail à sa place demandèrent au médecin chef de district, lors d'un monitoring, de prendre une décision, d'autant que toutes les parties concernées (la technicienne en question, le MCD et la responsable du laboratoire) étaient présentes. Nous tenons à préciser que cette attitude extrême est rarement observée. Ce

⁵⁸ Le fait de partager les recettes, assez importantes, tirées de la pratique de ces examens s'observe plus couramment, dans certains services en milieu hospitalier où les accompagnateurs subissent une IDR dès l'admission du malade.

que l'on voit généralement, ce sont des techniciens qui délèguent la réalisation de ces examens au personnel subalterne non qualifié.

Tout en mettant en œuvre des stratégies individuelles de gestion des risques de contagion de la tuberculose, les personnels de santé expriment des attentes. En effet, de leur avis, les moyens mis en œuvre d'un point de vue institutionnel ne sont pas à la hauteur des risques encourus.

Section III : Les attentes des personnels de santé en matière de gestion des risques de contagion :

Du fait des risques de contracter la tuberculose, ajoutés à la revendication qu'elle devrait être traitée comme une maladie professionnelle, les soignants expriment des attentes visant, on serait tenté de le penser, une meilleure gestion de ces risques par les acteurs institutionnels comme les gestionnaires de programmes. Dans la législation relative aux maladies professionnelles, les agents de santé travaillant dans les laboratoires, effectuant des prélèvements ou manipulant des produits contaminés (pots de crachats) devraient bénéficier d'une prise en charge de 6 mois s'ils souffrent de « *tuberculose pulmonaire ou toutes autres manifestations pathologiques d'origine professionnelle causées par un bacille tuberculeux* » (arrêté n° 91-07-04 du 04 Août 1991). Cette clause n'est pas respectée parce que souvent ignorée de la plupart des techniciens de laboratoire. Paradoxalement, la plupart des cas de tuberculose chez les personnels de santé que nous avons rencontrés, ou qui nous ont été relatés, concernaient des agents de laboratoire, des techniciens ou des agents d'entretien impliqués dans la réalisation des examens de crachats. Ce sont plutôt les responsables de traitement et les infirmières qui revendiquent le traitement de la tuberculose comme une maladie professionnelle. Cependant, pour le législateur, les contacts directs et les relations de face à face avec les malades ne sont pas susceptibles de causer la maladie. On ne peut pas établir non plus que les contacts avec les bacilles se soient passés uniquement à l'intérieur de l'institution sanitaire. Pourtant, en termes d'attente par rapport au risque de contagion, la plupart des soignants réclament des indemnités financières ; d'autres évoquent les besoins en formation et de rares soignants veulent des moyens de protection plus adaptés et plus efficaces.

1- L'argent est-il garant de protection ?

Face au risque de contracter la tuberculose, les soignants revendiquent des indemnités financières. A tous les niveaux (institutionnel, opérationnel) cette demande est formulée par les professionnels de santé. Comme l'explique le responsable du laboratoire de référence : *« un autre problème de la prise en charge de la TB, c'est la motivation financière. L'indemnité spéciale de risque n'est pas couverte. Moi, je suis technicienne, je ne gère pas des fonds, ce que les techniciens au niveau opérationnel ne comprennent pas toujours. Je pense que le PNT doit donner un plus puisque les responsables de traitement et les techniciens de labo sont les plus exposés. Le risque doit être intégré à ce niveau et les comités de santé ou le ministère de la santé doivent prendre en charge cette question »*. Ces propos font échos à ceux des personnels de santé (« on ne gagne rien dans la tuberculose ») dans les structures de santé pour lesquels la prise en charge de la tuberculose n'est pas financièrement intéressante.

En fait, il semble que cette requête financière renouvelée chez les personnels de santé découle de la liaison qui est opérée entre vulnérabilité physique (constitution faible, carences nutritionnelles) et propension à développer la tuberculose maladie. Dans les discours médicaux sur la tuberculose, il est clairement dit que toute personne exposée ne développe pas la maladie : elle est juste infectée. Seule une personne sur dix en contact avec le bacille développe une tuberculose maladie. Cependant, en fonction de ses conditions de vie, l'affaiblissement de l'état physique peut entraîner la perte des défenses immunitaires, facilitant ainsi le développement de la maladie. Il y a donc un « risque résiduel »⁵⁹ dans la gestion de la tuberculose. Celui-ci se reflète dans le discours des professionnels de santé. *« Souvent, on dit que les gens qui gèrent le PNT sont exposés et qu'à la longue ils deviennent malades. Il y en a qui sont devenus malades. On a un assistant social qui est malade : il a une tuberculose. Il gère le PNT dans un centre de santé quand il a été affecté. Je crois qu'on peut la déclarer maladie professionnelle parce que les risques ne sont pas couverts à 100%. Les gens qui gèrent le PNT devaient être motivés. Vous savez, il n'y a que les faibles qui ont la tuberculose. Il est très rare de voir un homme physiquement bien attraper la TB, c'est très rare. Le point de départ, c'est la malnutrition. Quelqu'un qui gère le PNT doit être à l'aise vraiment, il faut qu'il puisse être indemnisé, motivé de sorte qu'il puisse avoir le minimum sur*

⁵⁹ Ce sont les situations dans lesquelles les dommages éventuels ne sont observables que très longtemps après l'occurrence de l'accident (P.Lascoumes, 1996). Par ailleurs, selon L.Vidal, cette notion renvoie « à la persistance d'une menace ressentie dans l'activité professionnelle des personnels de santé » (2004 :70).

le plan calorique, qu'il puisse arriver à avoir tout ce qu'il faut sur le plan potentiel physique, se soigner correctement, manger beaucoup de fer, rassembler tout ce qu'il lui faut comme nutriments. Vraiment, si on arrivait à faire ça, il n'y aurait aucun problème dans la gestion du PNT. Le PNT c'est difficile, c'est un service qui est laissé en rade, personne ne veut le gérer. Le risque de contamination est très élevé, tu es obligé d'échanger des paroles avec les malades. Quand le responsable de traitement communique avec eux, ils respirent, il parlent, parfois il y a une gouttelette, donc vous voyez il y a tout ça » sont les propos tenus par un infirmier qui justifiait la légitimité de la demande financière des responsables de traitement. La vulnérabilité physique doit être prise en compte par les gestionnaires de programmes en dotant les responsables de traitement de moyens leur permettant de prendre en charge correctement leurs besoins nutritionnels. Le problème n'est plus alors médical mais social. Pour les soignants, l'amélioration de leurs conditions de vie pourrait constituer un moyen d'amoindrir les risques entraînés par l'exposition aux bacilles. D'aucuns insistent d'ailleurs sur la nécessité pour les agents dans les unités de traitements et les laboratoires de respecter des règles d'hygiène individuelle et corporelle : le fait d'être propre sur soi et de se laver régulièrement les mains après un geste médical. *« Le plus important, ce ne sont pas les masques, c'est l'hygiène alimentaire et corporelle. Quand on a ces deux là, on fait front à la maladie parce que l'organisme emmagasine assez d'énergie pour se défendre »* explique un infirmier.

Ces questions de vulnérabilité physique sont à replacer dans un contexte d'exercice de l'activité médicale où les conditions de protection et de réduction des risques, sont rarement respectées, les menaces et les incertitudes sont sans cesse présentes. Cela se vérifie particulièrement dans le cas de maladies contagieuses comme la tuberculose ou transmissibles, le sida par exemple. En effet, L. Vidal en étudiant cette construction du risque en rapport avec l'expérience et les représentations de la maladie montre que c'est *« la menace malgré tout, ce risque résiduel qui fondent les pratiques de défiance des personnes infectées par le VIH »* (op. cit. : 71).

Par ailleurs, il semble qu'une confusion est faite entre indemnités de risques et « motivation » par un grand nombre de professionnels notamment l'infirmier précité. Cette confusion est due au fait que la prise en charge de la tuberculose est perçue comme une surcharge de travail par les professionnels de santé. Ce qui différencie la motivation de l'indemnité de risque, c'est que la première est donnée en cas de surcharge supposée de travail, comme contrepartie à une activité qui excède les attributions et les tâches, alors que les indemnités de risques constituent la prise en charge du danger auquel expose une profession, un métier, une activité. Dans ce

sens, cette indemnité de risque est versée à tous les fonctionnaires de l'Etat et mêmes aux contractuels, professionnels, recrutés par les communes. Cependant, elle est jugée dérisoire et égale pour l'ensemble des professionnels alors que, de l'avis des personnels de santé travaillant dans la tuberculose (laboratoire ou unités de traitement), le degré d'exposition n'est pas le même chez tous les agents. Ces personnels de laboratoire estiment prendre plus de risques que leurs collègues des autres services. « *Nous sommes toujours en contact avec les malades et nous ne recevons que 10.000frs d'indemnités de risque. Nous sommes les plus exposés et nous avons la même somme que tout le monde. La sage femme a 10.000frs comme moi alors que je suis plus exposée qu'elle* » affirme une technicienne de laboratoire. Cette affirmation est par ailleurs confirmée par A. Harries et al. (1997), citant une étude effectuée au Malawi, qui montre que les techniciens de laboratoire ont quarante fois plus de risque de contracter la tuberculose que la population générale.

Au niveau des programmes, des efforts peuvent être consentis par les gestionnaires, par exemple, les professionnels de santé affectés au service de la vaccination reçoivent des « indemnités d'itinérance » de la part du Programme Elargi de Vaccination (PEV) dont ils dépendent. Cependant, les responsables du PNT refusent d'accéder à cette demande des personnels de santé d'autant plus que les indemnités de risque sont intégrées dans leurs salaires et que les motivations sont prises en compte dans les motivations distribuées par les comités de santé tous les trois mois ou par l'Etat. Les soignants non professionnels, en charge du suivi et du traitement des malades ou travaillant dans les laboratoires, se retrouvent lésés parce que n'étant pas fonctionnaires ils ne bénéficient ni de ces indemnités de risque, ni des motivations de l'Etat.

2- Les demandes de formations

Celles-ci sont perçues comme des sources de motivations, notamment avec les perdiems qui sont données. Cependant, comme nous l'avons montré dans la deuxième partie de ce travail, ces formations ne sont pas suivies par ceux qui font effectivement le travail, certains en bénéficient plusieurs fois, alors que d'autres ne peuvent y accéder. Ainsi, certains soignants sont dans l'attente d'une formation au PNT et c'est ce qui les maintient dans ces espaces dits dangereux. C'est le cas notamment de cette infirmière qui disait : « *je suis dans ce laboratoire depuis 1992, on m'avait promis de m'emmener en formation à Nantes c'est pour ça que je suis restée là. Sinon, je suis infirmière de formation, j'ai accepté de venir dans ce service à cause de la promesse qui m'a été faite mais autrement mon rôle c'est de poser des perfusions*

et de faire des injections, si je ne vois rien venir je vais quitter le labo d'ailleurs ! ». La formation dans un pays étranger est encore plus valorisée. On accepte de s'exposer au risque ou d'avoir une position professionnelle peu valorisante pour pouvoir voyager.

Néanmoins, dans le cadre plus général de la gestion des risques, il faut reconnaître qu'avec l'apparition du sida, de plus en plus de messages préventifs à l'intention des personnels de santé, pour réduire le risque ou éviter la contamination, ont été conçus. Les professionnels estiment que ces informations constituent un bon moyen pour convaincre le personnel subalterne d'utiliser les instruments mis à leur disposition pour minimiser les risques de contraction d'une maladie. Dans les hôpitaux par exemple, il est souvent affiché au dessus des lavabos, la démarche à suivre dans le cas d'accidents tels que les piqûres par des seringues utilisées sur un malade. Cependant, ces modes de communication ne sont pas toujours efficaces, les soignants, non professionnels, notamment, ne les lisent pas. Souvent ces affiches ne sont pas actualisées et les informations qu'elles contiennent deviennent obsolètes. Des formations in situ sont également organisées par les médecins à l'intention des infirmières et aides mais elles n'y assistent pas toutes, les aides particulièrement, ne semblent pas concernées. Elles restent dans leur bureau à discuter pendant que la formation se déroule. On peut également s'imaginer que pour des agents au niveau d'instruction généralement très bas les supports informatifs ne sont pas appropriés. Le langage trop technique ne leur est pas accessible.

L'attitude des médecins est, par ailleurs, critiquée parce qu'il s'agit de formations sans enjeux financiers. En effet lorsqu'il est question de formations à l'extérieur ce sont les professionnels de santé, les agents qualifiés qui y vont et non ceux qui font effectivement le travail et prennent des risques.

3- La disponibilité des mesures de protection

Les demandes de matériel de protection adapté et efficace sont rarement exprimées par les soignants non professionnels. Les plans d'action et autre rapport tel que le monitoring font état du relèvement du plateau technique par exemple, mais ne se focalisent pas sur la nécessité de disposer d'instruments de protection en quantité suffisante. Ils l'énoncent certes dans leur discours même s'ils ne les utilisent pas systématiquement comme nous l'avons montré plus haut. Ces requêtes sont surtout le fait des professionnels (médecins, assistants, professeurs) dans les hôpitaux et des médecins chefs de centre de santé ou des soignants « vocationnels ».

Ce que l'on note particulièrement au niveau des centres de santé, ce sont les plaintes des agents de laboratoires par rapport à leurs conditions de travail. Par conséquent, ils demandent unanimement la mise en place de lieux appropriés en fonction de la diversité des examens qui y sont effectués. *« Je crois qu'on devrait essayer de trouver de l'espace pour permettre une bonne manipulation, avoir des paillasses différentes pour chaque produit (selles, urines, crachats, sang). Les malades ne devraient même pas fréquenter ces lieux. Il faut élargir les structures ou avoir d'autres locaux pour faire la microbiologie, la parasitologie et un autre espace pour éviter les souillures qui peuvent parfois influencer les résultats. Pour chacun de ces examens, c'est une manipulation directe donc il faut des paillasses spécifiques »* affirme un technicien de laboratoire. L'exiguïté de la plupart des laboratoires accroît les risques de contamination. En effet, l'étroitesse des locaux expose aux risques d'inhalation de produits nocifs du fait de la préparation des réactifs dans des endroits non adaptés (étroits et mal aérés). *« Nous préparons nous-mêmes nos produits de coloration qui sont corrosifs : le phénol est très corrosif, on utilise aussi de l'acide, l'alcool dégage des sulfures qui peuvent être à l'origine du cancer particulièrement chez les agents de labo »* expliquent les techniciens de laboratoire. Dans de telles situations, l'usage de masques de protection respiratoire s'imposerait, mais ils font défaut.

Nous constatons donc que ces modes de gestion des risques de contagion, dans la prise en charge de la tuberculose, concernent les soignants professionnels. Les attitudes relèvent davantage d'initiatives individuelles construites sur la perception et l'appréciation des risques liés à l'activité professionnelle que de stratégies collectives. La défaillance du système organisationnel de réduction des risques dans le champ sanitaire a favorisé la généralisation des menaces à tous les niveaux. Cependant, cette situation est loin de susciter de l'angoisse et a facilité l'intégration de soignants non professionnels. Ce constat nous conduit à formuler l'hypothèse selon laquelle l'occultation des risques de contagion ou de transmission des maladies par les soignants non professionnels constitue un gage de maintien dans la structure de santé.

Section IV : Le déni du risque, un moyen de se maintenir dans la structure de santé

De notre point de vue, le déni du risque (qu'il soit conscient ou non) auquel expose l'exercice d'une activité dans un espace potentiellement dangereux, est une démarche utilisée par les soignants non professionnels pour conserver leur poste et assurer leur insertion professionnelle. S'exposer au danger c'est aussi s'assurer une place dans la structure de santé.

Dans un autre domaine, J. Theys traitant des effets du développement industriel sur la perception des risques relevait : « à côté d'une majorité qui reste peu concernée par les risques industriels coexiste une minorité pour laquelle l'accident est une perspective quotidienne mais qui, elle, n'accepte le prix d'autant plus facilement qu'il n'est qu'un des éléments d'une insécurité beaucoup plus grande et la condition souvent impérative d'un emploi » (1987, 11). Dans les structures de santé, la précarité de la position d'agent non professionnel est telle que l'on accepte de prendre des risques pour ne pas perdre sa place. Les comités de santé ou les mairies peuvent décider du non-renouvellement de leur contrat, si ces soignants tombent malades ou refusent de travailler dans les lieux où ils sont affectés. Contrairement aux fonctionnaires, ils n'ont aucun système de protection sociale qui leur assurerait une prise en charge en cas de maladie. Ils acceptent donc de se soumettre aux risques de contagion ou de transmission de maladies dans les services « fuis » par le reste du personnel.

L.C est un ASC qui travaille dans un laboratoire comme agent d'entretien. Il a une tuberculose qu'il soigne très mal abandonnant son traitement quand il veut, le reprenant quand il se sent mal. En nettoyant les paillasse ou en faisant l'étalement et la coloration des lames, il lui arrive de ne mettre ni masques, ni gants. Il manipule les crachats, il est en contact avec des bacilles, il travaille dans un milieu dangereux pour lui. « Pour ceux du centre, ils considèrent que le labo est un milieu un peu dangereux et c'est ce qui fait que la majeure partie du personnel évite de venir ici. Même pour l'entretien du laboratoire, on n'accepte de le faire que quand il n'y a aucune possibilité de le refuser » dit-il. Les autres techniciens trouvent que son attitude est risquée et la critiquent mais le laissent faire d'autant plus qu'ils ont du mal à le remplacer pour l'entretien du laboratoire. Pourtant, une étude sur la tuberculose chez les personnels de santé en Uganda, montre bien que le soignant ayant une tuberculose bacillaire risque de transmettre la maladie à ses collègues ou aux patients, (Kayanja & al., 2004). L'agent de laboratoire se croit indispensable quand il nous dit « je ne peux pas m'absenter parce que personne ne s'occupera de l'entretien du laboratoire ». Il ne mesure ni les conséquences d'une tuberculose multirésistante (dont le traitement n'est pas pris en charge par le programme national), ni le risque de contagion qu'il fait courir à ses collègues, accepte de s'exposer pour garder son poste. Le fait de travailler dans des services « dangereux » lui offre la « sécurité de l'emploi ». De manière générale, il apparaît qu'accepter le risque de contagion ou de transmission et travailler dans des espaces déprotégés constituent un moyen de rester dans la profession, dans le champ sanitaire, en

attendant un éventuel recrutement vu que ce sont des postes que ni les professionnels, ni non les professionnels ne veulent occuper.

Les professionnels n'ayant pas de personnels disposés à effectuer ces tâches sont obligés de « faire avec ceux » qui n'ont ni le choix, ni la capacité de demander une mutation à des postes plus rassurants. De plus, ces soignants non professionnels n'ont pas le choix de leur poste d'affectation contrairement aux professionnels. Du fait de la précarité de leur position professionnelle, ils sont affectés là où leur tuteur aura choisi qu'on les mette. Même s'ils n'apprécient pas de se retrouver dans ces services présentés comme dangereux, ils finissent par relativiser : *« au début je me sentais vraiment exposé au risque. J'avais tellement peur que je voulais me désister. Mais maintenant, je me sens immunisé à force d'être avec les malades et puis je sais qu'avec les médicaments, si le traitement est bien suivi, la contamination diminue »* témoigne un ASC. Malgré la crainte de la contagion, on ne démissionne pas, estimant avoir une certaine immunité qui permet de se rassurer et de rester à son poste. Une certaine connaissance des effets de traitements se dégage également de ces propos, pouvant concourir à un changement d'appréciation du service. Bénéficiant de la protection d'un membre du personnel qui les couvre en cas d'erreurs ou de fautes, ils sont obligés d'accepter n'importe quel poste notamment par reconnaissance vis-à-vis de celui-ci. Dans les postes de santé par exemple, ils sont très proches des infirmiers chefs qui leur confient rapidement divers postes et tâches, ils se retrouvent ainsi surchargés par rapport à des collègues plus qualifiés.

I. G. est aide manipulateur dans un des centres de santé visités. Il a pu obtenir un travail dans cette structure parce que sa mère y occupe un poste de responsabilité. Comme il le raconte : *« j'ai commencé à travailler ici en 1998, cela fait maintenant six ans que je suis là. Je suis aide manipulateur. J'ai fait des études jusqu'en 3^{ème} après j'ai fait un mois au Centre de Traumatologie et d'Orthopédie (CTO) comme aide. Je n'ai reçu aucune formation spécifique, j'ai fait juste ce stage d'un mois au CTO en 1989. Après le CTO, j'ai travaillé comme journalier par çà, par là mais pas dans la santé. J'avais pu faire ce stage au CTO parce que ma mère y travaillait. Ici aussi c'est elle la major. Je restais à ne rien faire à la maison parce que je n'avais pas un travail fixe. Elle m'a demandé si je voulais venir ici, d'autant que j'ai une famille maintenant donc plus de responsabilités et c'est comme ça que j'ai été recruté »*.

Avec un niveau moyen, il occupe un poste qui nécessite certaines connaissances, même si J.F.Werner (2005) précise, par ailleurs, que le travail du manipulateur requiert davantage des savoir-faire que des savoirs. Nous avons également constaté qu'il n'avait qu'une blouse, ce qui n'est pas vraiment efficace en termes de protection contre les rayons X. Interpellé sur la

question de ce risque d'exposition à la contagion par les malades mais aussi aux rayons X, son discours devient fataliste ou plutôt résigné : *« je me sens exposé au risque parce que je suis toujours avec les malades. Je n'ai pas peur, je m'en remets à Dieu et ça n'influe pas sur mon travail. Mais tout de même je pense que la tuberculose doit être reconnue comme une maladie professionnelle parce que tu peux être contaminé par un malade qui te parle, qui te pose des questions avant que ses résultats ne soient disponibles. Et toi, tu ne sais pas, tu t'en remets à Dieu, tu essaies d'éviter d'avoir la maladie mais en dernière instance tu t'en remet à Dieu. Les gens essaient de traiter mais ma philosophie c'est que c'est Dieu qui guérit. Le médecin essaie de traiter mais sans l'aide de Dieu, il n'y arrivera pas. Un jour, j'ai demandé s'il y avait un vaccin pour éviter la contamination et on m'a dit non il n'y a pas de prévention pour les adultes. Quand tu tombes malade, tu suis le traitement comme tout le monde mais nous personnel du comité de santé on n'a pas de prise en charge médicale. Tu achètes toi même tes ordonnances. Moi, je voulais prendre le BCG parce qu'on est tout le temps en contact avec les malades mais on me l'a déconseillé »* dit-il. Il occulte le danger que peut présenter l'exposition au rayons X. Pour lui, le risque de la contagion est le plus important du fait des contacts avec les malades. Sans ignorer les risques auxquels les confrontent leurs activités dans ces services, pour leurs « tuteurs », les affecter à ces postes signifie souvent leur garantir plus facilement l'accès au recrutement même si cela demande de la patience de la part du « protégé ». Ils seront très peu concurrencés par les soignants professionnels ou non. Ces agents sont sous un rapport de « redevabilité » vis-à-vis de leur tuteur. Ne pas remplir leur contrat signifierait l'humilier ou vouloir nuire à son image. En refusant le poste qui lui est attribué d'office par le tuteur, il expose celui-ci à la critique ou aux remontrances des responsables tels que le médecin-chef ou les chefs de service.

De plus, une fois dans ces services, ces soignants se plient à une culture de service. Il faut faire comme tout le monde et ne pas exiger de moyens de protection. Dans des contextes de pénurie de matériels, le privilège de l'usage revient au professionnel et non à l'aide (au nom du droit d'aînesse ou des rapports de subordination hiérarchique). De plus, la culture de service ne favorise pas toujours l'usage des procédés de protection : *« j'oublie de mettre les gants parce que je ne suis pas habitué, j'ai toujours travaillé à mains nues... »* dit ce soignant non professionnel devenu aussi « technicien de laboratoire » chargé des BAAR. Ces pratiques se sont ancrées au moment de l'apprentissage sur le tas pour finalement se routiniser malgré les risques. Cela est d'autant plus remarquable que quand ces moyens de protection sont mis à leur disposition, ils ne les utilisent pas, *« parce qu'ils n'ont pas l'habitude »* explique un médecin.

En outre, le respect strict des stratégies de prévention des risques de contagion introduit une certaine rigueur dans la pratique à laquelle les personnels de santé, professionnels ou non, ne sont pas prêts de se soumettre. On note à travers ces différents exemples une sous-estimation des risques liés à la nature des tâches à exécuter, aux produits manipulés, se traduisant par une banalisation de ces risques. Il semble que cette situation des risques soit du reste liée à l'apprentissage sur le tas d'un savoir pratique qui n'inclut pas souvent les nécessités de la protection. Certains, parmi ces soignants, ignorent aussi bien les risques réels qu'ils encourent, que les règles biomédicales de gestion des risques. La routinisation des pratiques introduit une démythification du sentiment d'exposition à la contagion. Plus le temps passe, plus la crainte diminue. Les gestes ne sont alors plus contrôlés et la prudence s'effrite pour laisser place à des attitudes paradoxales. Pourtant ce ne sont pas des exemples de contagion qui manquent. Cette situation pose le problème du rapport entre connaissances médicales, relevant de la santé publique et de l'épidémiologie et les croyances des personnels de santé sur les conditions et les probabilités de survenue d'un danger.

1- De quelques expériences de contagion chez les personnels de santé :

Le risque de contagion apparaît abstrait chez les personnels de santé dès lors qu'ils n'ont jamais été touchés. Pourtant, une étude sur la tuberculose en Malaisie montre que les professionnels de santé sont davantage exposés au risque de contracter la tuberculose. Ce risque est trois fois plus élevés chez ceux qui n'utilisent pas de masques et qui sont en contact avec les malades. (J. Jenarun & alii, 2003). Les résultats de cette étude sont confirmés par les propos des soignants qui nous ont relatés des cas de contagion nosocomiale « *chaque année, un étudiant en médecine fait une tuberculose dans ce service* » ou nous ont dévoilé leurs expériences personnelles de la maladie, « *j'ai fait ma tuberculose, il y a dix ans* » témoigne un assistant social. La fréquence de la tuberculose chez les soignants est telle que A.D.Harries et al. (1997) préconisent de mener des recherches évaluant la faisabilité de la mise sous traitement préventif à l'isoniazide des personnels de santé en contact avec des tuberculeux.

Ces cas de contagion ne sont pas spécifiques aux seuls agents des unités de traitement. Il semble que les techniciens de laboratoires soient d'ailleurs plus touchés : « *j'ai fait ma tuberculose, il y a deux ans alors que je travaillais au laboratoire. Depuis que j'ai repris, il y a quelques mois, je suis affecté à l'unité de traitement* » affirme un responsable de traitement. Un technicien de laboratoire poursuivait dans cette optique : « *il y a des techniciens de labo qui l'ont attrapée comme celui qui était à l'ancien centre de pédiatrie sociale. Celui-là, il*

toussait beaucoup et à chaque fois qu'il se faisait un examen de BAAR, c'était positif et pourtant, il se traitait. Sa tuberculose doit être chronique ». Les interactions avec les malades apparaissent du coup moins dangereuses que la manipulation des crachats alors que les savoirs profanes font croire le contraire. Dans les laboratoires, l'examen des crachats paraît plus dangereux alors que la manipulation d'autres produits contaminant (sang, selles) peut s'avérer encore plus périlleuse.

Par ailleurs, certains personnels de santé sont dans le déni de la maladie. Ils continuent à travailler dans des espaces jugés dangereux et tardent à se faire prendre en charge. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils ne veulent pas se retrouver dans la catégorie des malades, dont on sait comment ils sont perçus par la plupart des soignants. Ils sont aussi dans les mêmes logiques d'anticipation des attitudes de distanciation que les malades. En effet, ces soignants estiment être traités comme les « autres » malades. Un responsable de traitement affirmait, amer : *« pendant tout le temps que j'étais malade, pas un seul membre du centre de santé n'est venu me voir ».* Dans la même veine et pour corroborer ces propos, une assistante sociale nous racontait parlant de son collègue *« il était responsable de traitement dans un autre centre de santé. Mais depuis qu'il est affecté ici, il n'a pas rejoint le poste parce qu'il est malade : il a la tuberculose. Moi je ne suis pas allée le voir, et parmi les collègues, il n'y a que le superviseur de soins qui lui a rendu visite une fois. Sinon, on a des nouvelles par sa femme qui vient ici pour faire signer les bulletins de prise en charge ».* A l'opposé, nous l'avons décrit plus haut, certains agents malades, par peur ou au risque d'être rejetés, évités ou stigmatisés continueront à travailler dans la structure de santé.

Nous pourrions multiplier les exemples mais notre but est plutôt de montrer, à travers ceux cités, que c'est la manière dont le risque est perçu et dont le danger est matérialisé qui déterminent les attitudes des acteurs confrontés à la prise en charge d'une maladie contagieuse. Il y a donc une hiérarchisation des dangers liée aux croyances et qui produit des conduites pouvant paraître « illogiques » au regard des descriptions ci-dessus faites.

2- Négligence ou paradoxe ? Quand les représentations bousculent les normes

De manière générale, nous avons relevé chez les soignants des attitudes contradictoires ou paradoxales par rapport à la gestion des dangers liés à la prise en charge de la tuberculose, tant au niveau diagnostique que dans le suivi des malades. Leurs perceptions du risque modèlent leurs conduites : soit ils s'exposent volontairement ou font très peu attention parce que se disant immunisés ; soit ils évitent les espaces à « risque » et font dans l'excès de prudence.

Décrivant ce type de comportement chez les individus mais aussi chez les spécialistes du risque, D. Duclos, parle « *d'oscillation entre la confiance naïve et la défiance outrancière* » (1987 : 41). De l'avis des soignants, la multiplicité des contacts favorise le développement d'une immunité. Cette croyance est, du reste, entretenue par l'ambiguïté du discours médical sur la différence entre l'infection tuberculeuse et la tuberculose maladie. On parle certes de contagion directe, mais il existe d'autres facteurs qui interviennent dans l'évolution de l'infection au stade de tuberculose maladie. Cela peut créer de la confusion dans l'esprit des agents fortement exposés à la tuberculose. Ce qui les conforte dans leur comportement s'apparentant à une négligence ou à une défiance des risques de contagion. Leur perception de l'immunité réside dans le fait que malgré leur forte exposition à la maladie du fait des contacts réguliers notamment dans le cadre du TDO, ils ne l'attrapent pas. Cela ressort souvent dans leur propos : « *moi, si je devais faire une tuberculose, je l'aurai fait depuis longtemps ! ça fait des années que je suis là et je n'ai jamais rien eu* ». On note une sorte de décalage entre le discours médical sur la transmission de la tuberculose et la réalité de celle-ci. Le principe de contagion est d'une certaine manière remis en cause par les soignants qui ayant fait « l'expérience de la maladie »⁶⁰ adoptent des attitudes pouvant apparaître comme de la défiance vis-à-vis de ce principe. « *On pense qu'il suffit de respirer le même air que le tuberculeux pour avoir la maladie, alors que ce n'est pas vrai. Ça fait plus de dix ans que je m'occupe de l'unité de traitement, que je suis en contact avec les malades et je ne l'ai jamais eue* » explique un responsable de traitement. Ce « cheminement » avec une pathologie, pendant la carrière professionnelle modifie les perceptions du risque qui est alors relativisé. L. Vidal explique à travers l'exemple du sida que du « *hiatus entre savoirs médicaux et savoirs profanes peut naître un déni, non pas du sida, en tant que menace sanitaire, mais du discours médico-préventif comme écho structuré aux expériences individuelles de la maladie* » (1999 : 76). Le risque de contagion reste abstrait pour ces soignants.

A cette situation s'ajoute le fait que les soignants ne peuvent, de leur point de vue, incriminer les malades ou encore leur espace professionnel comme étant à l'origine d'une éventuelle contagion. Ils évoquent ainsi des situations de vie quotidienne pouvant être aussi dangereuses comme le fait d'exercer dans des unités de traitement. Le discours de cet infirmier illustre bien cet état de fait : « *chaque malade tuberculeux va infecter un autre, parce que nous avons nos réalités ici. Vous voyez, on est tous en train de prendre du thé mais parmi nous, personne*

⁶⁰ Tout au long de leur carrière, les soignants engagés dans la prise en charge de la tuberculose se sont retrouvés dans des situations potentiellement dangereuses, ont été exposés aux contacts, aux excréments des malades sans pour autant développer la maladie. C'est cette dynamique que nous désignons comme « expérience de la maladie », terme emprunté à A. Kleinman (1998).

ne sait qui est malade ou qui est infecté. On ne va pas se fuir, c'est ça aussi le problème qu'on a avec les mesures de protection et autres ».

Un argument pour justifier cette exposition, ou la non prise en compte des risques, consiste à considérer que les malades, dès lors qu'ils arrivent à l'unité de traitement, ne sont plus dangereux parce qu'identifiés comme tuberculeux. Dans cette « logique », les personnels de santé savent comment se comporter avec eux. *« On fréquente des gens, dont on ne sait pas s'ils ont une maladie, on va dans des cérémonies où on mange ensemble, on discute, on rit et on partage les verres et les plats, alors qu'on ne sait pas qui est malade et qui ne l'est pas. On utilise les télécentres pour appeler alors que les cabines ne sont pas aérées et puis on ne sait pas si celui qui avait utilisé le téléphone avant n'a pas laissé de microbes dessus. On prend des taxis, on discute avec les chauffeurs. Ceux-là, on ne sait pas s'ils sont malades ».*

De ces propos tenus par une assistante sociale, il ressort une généralisation des menaces de contagion à l'échelle de la société, celles-ci ne pouvant être circonscrites au seul champ sanitaire. D'ailleurs, dans les structures de santé, les espaces a priori non dangereux n'échappent pas à cette situation. Comme le confirment les propos de cette sage-femme qui dit : *« lors des consultations prénatales je ne sais pas qui a la tuberculose et qui ne l'a pas, je les reçoit toutes. On a une femme qui est tuberculeuse. C'est au cours d'une discussion par hasard qu'elle nous a dit qu'elle était malade. En fait, je lui faisais un commentaire sur la taille de son enfant et c'est alors qu'elle m'a dit : « j'ai cette maladie » (litt : dama am diangoro bi) je lui demande « quelle maladie ? » (ban ndiangoro) et elle me répond « la maladie de la toux » (diangora seukeut). Elle m'a dit qu'elle suivait son traitement dans le centre de santé de sa localité d'origine à l'intérieur du pays. Je lui ai proposé de la transférer ici mais elle a refusé ; depuis j'essaie de la convaincre mais je n'y suis pas arrivée. Donc vous voyez bien que si je n'avais pas fait ce commentaire, elle ne m'aurait rien dit ! Ici on s'en remet à Dieu ».* Il semble à travers cet exemple que les risques d'exposition à la contagion se retrouvent dans tous les services. Les espaces présentés comme plus sûrs que d'autres se transforment facilement en lieux à risque. Les menaces finissent par s'intégrer et se confondre dans les routines quotidiennes pour finalement être négligées.

Par ailleurs, les personnes qui prennent des précautions sont souvent critiquées pour leurs excès de propreté et leur crainte des situations potentiellement contagieuses. Dans la conception populaire, *« craindre c'est s'exposer (litt : loo ragal da lay gagn) »*, cet adage vaut aussi dans le cas des maladies : plus la maladie est évitée, plus on est susceptible de la contracter. Cette perception se retrouve dans les croyances des personnels de santé qui sont convaincus que l'excès de prudence peut favoriser le développement de la maladie. Selon eux,

l'usage systématique des moyens de protection et l'évitement des lieux fréquentés par les malades ont un effet contraire à ceux escomptés. De leur point de vue, leurs collègues qui « fuient » sont affaiblis du fait de leur manque de contact avec les bacilles. Ils développeront plus facilement la tuberculose par défaut de système immunitaire. Cette perception rejoint une conception du corps décrite par M. Calvez et M. Douglas. En distinguant quatre conceptions du corps, ces auteurs montrent que certaines personnes pensent que « *le corps est très résistant, que son système immunitaire suffit pour se défendre contre les infections, de sorte, qu'il n'est pas nécessaire de prendre des précautions ou de modifier son comportement pour se prémunir d'une maladie* » (1990 :26)

Conclusion : Prise de conscience réelle des risques ou sentiment abstrait d'un danger ?

Au regard des pratiques des soignants professionnels ou non, il se dégage quelques constantes qui nous obligent à conclure à une contextualisation des risques en fonction des lieux d'exercice et de la perception de la maladie. La segmentation professionnelle conduit à une appréciation différenciée selon que l'on exerce à l'intérieur ou à l'extérieur des espaces de soins jugés « dangereux ». Des attitudes traduisant une banalisation des risques s'opposent à des comportements montrant plutôt un excès de prudence découlant de la peur que suscite la tuberculose chez les soignants.

De plus, face à l'inadaptabilité du dispositif organisationnel et à la non application des normes professionnelles de gestion collective du risque sanitaire, ce sont les stratégies individuelles et locales à l'échelle d'un service qui priment. Le concept de risque se trouve galvaudé, ou en tous cas remis en cause par des perceptions et des représentations profanes des principes de précaution, nous conduisant dès lors à considérer le risque en fonction d'un autre facteur, le statut professionnel. Les professionnels de santé ont recours à des procédés implicites, visant la réduction de risques lors de leur contact avec les malades. Inversement, pour les soignants non professionnels, l'absence de statut clair ou plutôt l'incertitude professionnelle liée à leur position, contribue au déni du risque du fait des conséquences économiques et sociales perçues comme plus importantes que le risque pouvant découler de l'exposition à la maladie à savoir : la perte de leur emploi.

Conclusion générale : la fonction soignante : une nouvelle approche des systèmes de santé ?

Dans cette thèse nous avons tenté d'analyser les enjeux de l'émergence et la construction de la fonction soignante comme résultant de la configuration actuelle des structures de santé. Deux éléments majeurs ont contribué à la structuration du système de santé au Sénégal : le modèle importé de profession médicale qui peine à se renouveler ainsi que les politiques publiques et sanitaires. Celles-ci ont favorisé la présence d'agents non professionnels, initialement recrutés comme personnel de soutien, qui se sont finalement retrouvés à effectuer les mêmes activités de soins que les professionnels.

Un léger détour par l'histoire permet de mieux comprendre cette dynamique professionnelle des systèmes de santé au Sénégal. Au moment des Indépendances, certains Etats africains, dont le Sénégal, avaient hérité d'un patrimoine sanitaire (infrastructures, écoles, modèle de formation) assez important. Le système de santé a connu des modes de régulation professionnelle passant par l'adaptation de la formation de professionnels de santé, les infirmiers notamment, et la « régularisation » de la situation des bénévoles formés sur le tas. Pourtant, vingt ans après l'Indépendance, le gouvernement ne peut assurer la continuité de cet héritage sanitaire tenu uniquement par des professionnels de santé. Confronté à une grave crise économique, l'Etat adopte des politiques publiques dont les effets sur la santé sont les réductions budgétaires des dépenses et la limitation des recrutements. Pour pallier le manque d'effectifs, des bénévoles seront une fois de plus recrutés, à charge pour les structures de santé de les former. Plus tard, avec la mise en place des soins de santé primaires et la décentralisation de l'offre de soins, ces bénévoles seront remplacés par les ASC recrutés par les comités de santé. La profession médicale n'a plus le contrôle de l'exercice de l'activité médicale du fait de l'ingérence du politique dans le champ de la santé se traduisant par la multiplicité des pôles de recrutements.

Du point de vue de la configuration professionnelle du système de santé, il semble que l'histoire se répète. Dans les structures de santé, coexistent des professionnels de santé et des non professionnels. Ces agents, sans formation pour la plupart, sont impliqués dans des activités de soins après avoir bénéficié d'un apprentissage sur le tas, qui du reste se présente comme leur seule possibilité d'acquisition de compétences professionnelles. La maîtrise de

savoirs pratiques devient un gage de compétence et de légitimation de leur présence dans le champ sanitaire. Le modèle professionnel basé sur le savoir spécialisé fait place à la valorisation des compétences. Les soignants non professionnels accroissent progressivement leur rôle en assurant au quotidien le fonctionnement des structures de santé et plus généralement la mission de service public assigné aux structures de santé, à savoir la prise en charge des besoins des usagers. Dans cette perspective, leur principale ambition est de devenir soignant et d'être reconnu comme tel.

Pourtant, le rôle de ces soignants non professionnels sur le fonctionnement du système de santé semble invisible ou en tout cas « ignoré » par les autorités sanitaires et les responsables des programmes nationaux qui s'obstinent à organiser des sessions de formations et de recyclages à l'intention de professionnels qui n'effectuent pas réellement ces activités. De plus, dans une approche de santé publique, les organisations internationales via les organismes nationaux préconisent une meilleure « qualité des soins » aux usagers, jugée à travers la mise en place d'évaluations statistiques des activités des structures de santé. Or, les résultats présentés dans le cadre de cette démarche s'expliquent en réalité par l'implication des soignants non professionnels qui s'investissent de plus en plus dans des activités de soin pour pallier les absences des professionnels de santé participant à ces programmes.

Cependant, la seule implication des agents non professionnels ne suffit pas à expliquer la situation des structures de santé. Comme nous l'avons démontré dans cette thèse à travers l'exemple de la tuberculose, la profession médicale se trouve confrontée à un faisceau de contraintes comme l'effritement de la pratique médicale et l'émergence d'une culture organisationnelle hybride, mêlant références professionnelles et logiques sociales avec comme corollaire une négociation des normes professionnelles et une déprotection des espaces de soins.

En ce qui concerne le délitement des pratiques professionnelles, nous notons que la répulsivité des structures de santé dont il est fait mention dans différents travaux en anthropologie de la santé (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; Mebtoul, 1994) et jusque-là relevée chez les usagers n'épargne pas les professionnels de santé.

En découvrant la réalité des structures de santé, les professionnels (médecins et infirmiers) ressentent souvent un choc du fait du hiatus entre les images de leur profession construites au cours des processus de socialisation et la réalité de leur position et de leur exercice. Cette désillusion professionnelle est aggravée par les pénuries en ressources humaines qualifiées et

en matériels. Leur situation est rendue d'autant plus complexe qu'ils sont concurrencés par la diversité et la pluralité des intervenants dans le champ sanitaire. Dans ces conditions, les professionnels de santé tentent de s'adapter de différentes manières : certains essaient de tirer leur épingle du jeu en faisant carrière dans la santé et en accédant à des postes de responsabilité. D'autres par contre s'investissent très peu dans leur activité professionnelle et se désintéressent progressivement de leur métier. Ils se laissent piéger par la culture organisationnelle. Ils finissent par s'installer dans une routine au sens de « *monde vécu, de situations quotidiennes où règnent la répétition et la banalisation* » (Javeau, 2006 : 229). Le processus de désapprentissage s'amorce alors puisque les soignants tiennent de moins en moins compte de ce qui fait l'essence de leur profession (le raffinement dans l'exercice des gestes médicaux faisant paraître la médecine comme un art, ou encore la capacité à écouter et rassurer les malades). Les pratiques professionnelles se délitent et les apprentissages se réinventent en fonction des situations au quotidien.

Quand bien même les soignants bénéficient de formations continues, celles-ci, tout comme les formations initiales, sont souvent en décalage avec les exigences de prise en charge quotidienne des maladies. Dans le cas de la tuberculose par exemple, ces formations portent essentiellement sur des aspects médicaux, alors que la confrontation avec les malades comporte une dimension sociale. Or, les professionnels de santé sont souvent désarmés dès lors que les malades leur posent des problèmes sociaux d'une part, et d'autre part ce type d'activité ne leur paraît pas valorisant.

Comme nous l'avons montré, les pathologies chroniques mettent à l'épreuve le système de santé. Les professionnels de santé sont très peu préparés à les gérer du fait des aménagements spécifiques qu'elles imposent. En ce qui concerne la tuberculose, les unités de traitement sont situées en marge des structures de santé, elles ne sont qu'irrégulièrement contrôlées et fonctionnent de manière cloisonnée à l'image du programme national. Dans ce contexte, les aspirations des professionnels de santé sont très vite annihilées par un programme n'offrant aucune perspective de carrière. Ils prennent leurs distances avec les actes médicaux pour s'occuper de tâches administratives plus gratifiantes.

En outre, dans un environnement où la technicité et la complexité des procédures supposent des adaptations et la mise en place de savoirs spécialisés, les professionnels de santé s'impliquent de plus en plus dans des programmes divers, les obligeant à assister à des sessions de formation. Soumis aux exigences des différents bailleurs et aux contraintes des

programmes, les professionnels de santé se disent débordés et délèguent une partie de leurs activités au personnel sans formation. Ils délaissent leurs activités de soins, lesquelles reviennent alors aux non professionnels. Ceux-ci en profitent pour se former et se positionner. L'apprentissage sur le tas reste la voie d'accès privilégiée à la fonction soignante pour les agents non professionnels, le but étant de maîtriser des savoir-faire et manières d'être professionnels leur permettant de se positionner comme soignants. Cet apprentissage s'effectue aux côtés d'un professionnel qu'ils observent et dont ils imitent les gestes. Manque d'assurance, tâtonnement et erreurs marqueront la socialisation professionnelle de ces non professionnels. La maîtrise des gestes médicaux se fera progressivement sur le tas pour déboucher sur l'acquisition de compétences avérées. Leur savoir faire prend le dessus sur les compétences de droit que confèrent les formations diplômantes. Ce constat est renforcé par la délégation des tâches. Celle-ci constitue le moteur réel de fonctionnement des organisations de type hiérarchique telles que les structures de santé. Mais elle est aussi un moyen d'intégration professionnelle des catégories subalternes et des soignants non professionnels notamment.

Les non professionnels, pour hériter d'activités médicales plus valorisantes que les tâches pour lesquelles ils sont initialement recrutés développent des stratégies leur permettant à long terme de se rendre indispensables. En faisant montre de disponibilité et de souplesse, les soignants non professionnels parviennent à se voir confier des services : ils acceptent des postes dont personne ne veut et font en quelque sorte le « sale boulot ». Certains d'entre eux le font avec d'autant plus de professionnalisme qu'ils finissent par gagner la confiance de leurs chefs de service. Ces derniers accroissent alors leurs rôles en leur confiant davantage de responsabilités. Dans la pratique, ces agents non professionnels finiront par acquérir le statut de professionnel de santé au regard des rôles et fonctions qu'ils assument. Cependant, cette confusion des rôles et des statuts entraîne une redéfinition des rapports de pouvoir et d'autorité qui se trouvent confisqués par les références aux valeurs sociales et la multiplicité des pôles de recrutement et de prise de décision.

Outre la délégation des tâches, dans le cas de la tuberculose et plus généralement des maladies chroniques, ces non professionnels bâtissent leurs identités sur des occupations induites par les modes spécifiques de prise en charge de ces pathologies. Toutes ces tâches dites « sociales », c'est-à-dire non médicales, sont jugées dévalorisantes par les professionnels de santé. Cependant, les non professionnels, en même temps qu'ils se professionnalisent, vont à

leur tour se détourner de ces tâches « sociales » pour s'impliquer davantage dans des activités thérapeutiques. Cela semble s'expliquer par le fait que certaines fonctions sont plus appréciées et plus valorisées que d'autres. Certains vont se reconvertir en agents de laboratoire ou suppléants attitrés des responsables de traitement, tandis que d'autres vont se former aux soins médicaux. Cette démarche vise à asseoir leur intégration professionnelle dans le système de santé. Nous analysons ce processus de construction professionnelle découlant des modalités de prise en charge d'une pathologie comme un « effet maladie » qui participe à la définition de la fonction soignante dans le système de santé au Sénégal. Cet effet maladie suggère la nécessité d'une réorganisation de la fonction soignante mieux adaptée aux réalités des pratiques médicales.

En définitive, nous affirmons que la délégation des tâches répond sûrement au manque de personnel qualifié, mais elle a comme conséquence le désapprentissage des soignants professionnels. En effet, le savoir-faire des professionnels de santé se délite au point que leur technicité finit par s'éroder. La délégation des tâches est facilitée par une culture organisationnelle où les règles professionnelles s'effritent. Les références biomédicales sont reléguées à la périphérie de la pratique. Le décalage des fonctions vers le bas, conséquence de cette délégation des tâches, s'accompagne souvent de la banalisation des actes médicaux dont la conséquence est une survalorisation des fonctions du personnel communautaire. Concrètement, la réalisation de gestes médicaux par des agents au mieux formés sur le tas vide de leur sens des actes jusqu'alors réservés aux professionnels. On note une dilution des responsabilités du fait du glissement des fonctions.

Dans cette perspective, il semble que le mode de fonctionnement des structures de santé, basé sur la délégation des tâches, pose le cadre d'une réflexion à mener sur la notion de responsabilité professionnelle dans le système de santé au Sénégal. En effet, les rôles, les statuts et les fonctions confèrent des responsabilités. Or, la délégation des tâches, du fait de la confusion des rôles et fonctions qu'elle entraîne, a comme conséquence une diffusion de l'autorité et l'émiettement de la responsabilité avec des erreurs non assumées. La notion de responsabilité médicale est galvaudée dans la mesure où la dilution des responsabilités, découlant de la segmentation professionnelle, permet de se disculper de ses fautes et de ne pas assumer ses erreurs.

Il faut tout de même préciser que ce mode de fonctionnement s'inscrit dans un contexte sanitaire marqué par un brouillage des normes, une absence de la répartition des tâches en fonction des statuts et un glissement des rôles, découlant de la réinterprétation des normes comportementales régissant la profession médicale. En effet, les écarts constatés entre normes pratiques et normes professionnelles découlent du fait que les professionnels de santé se sont laissés piéger par des stratégies implicites qui ont fini par noyer les comportements professionnels. Quant aux non professionnels, l'absence de références professionnelles inculquées lors de la socialisation et de cadre réglementaire les concernant favorisent toutes sortes de dérives. Les normes sont réadaptées en fonction des contraintes quotidiennes et s'inscrivent dans des négociations diverses entre acteur du système de santé.

Deux éléments majeurs sont, par conséquent, à prendre en compte dans l'analyse du comportement des personnels de santé face aux normes - ici entendues au sens large, à savoir les procédures diagnostiques et thérapeutiques, les attitudes professionnelles et les règles de protection par rapport au risque de contagion - : la culture organisationnelle ou de service et les perceptions de la maladie.

Tout d'abord, l'effritement de la pratique médicale s'accompagne souvent de l'occultation des normes : l'institutionnalisation des habitudes s'érige alors en règle de fonctionnement. La culture de service détermine les attitudes des soignants, mais surtout définit la référence professionnelle. Par rapport aux maladies comme la tuberculose, les ajustements aux normes de prise en charge sont justifiés par le caractère social de la prise en charge et la durée du traitement. Les contraintes liées au traitement obligent à plus de souplesse, rendant impossible l'application stricte des normes officielles.

Au-delà des négociations et arrangements entre acteurs, le contournement des règles entraîne un non respect des dispositifs sanitaires visant à réduire les risques de contagion de la maladie. Ces règles sont prises au piège de la culture de service et leur contournement est favorisé ou en tout cas légitimé par la pénurie de matériel.

Ensuite, s'agissant des perceptions de la tuberculose, elles évoluent selon le degré d'implication dans la prise en charge, entraînant une banalisation des risques de contagion au sein des unités de traitement. Il semble pourtant que le risque soit inhérent à l'exercice médical. Mais nous relevons une hiérarchisation et une contextualisation de celui-ci en fonction des perceptions et des espaces. En même temps que l'on prend des libertés avec les normes, on en fait autant avec les risques, au nom de l'expérience résultant de la durée d'exposition aux malades considérés comme contagieux dans des espaces potentiellement

dangereux. La tuberculose est le lieu de conjonction des représentations profanes et des conceptions savantes, aussi bien chez les malades que les soignants.

De manière générale, nous estimons que le type de maladie et son mode de prise en charge agit sur la fonction soignante. Dans le cas des affections courantes de plus en plus banalisées, les patients peuvent contourner les structures de santé en recourant à l'automédication et aux circuits informels de distribution de soins et de médicaments. A l'inverse, la tuberculose nécessite le recours à un traitement spécialisé dans les structures de santé et une relation continue avec le soignant pendant une durée assez longue. Du fait des contacts réguliers, les rapports se modifient et évoluent positivement, débouchant dans certains cas sur des liens de proximité entre malades et agents de santé. Ce type de liens est recherché par les malades qui peuvent négocier des faveurs, mais aussi par des soignants qui les mettent à contribution dans les activités de sensibilisation notamment. Par ailleurs, l'intrusion des soignants dans la vie sociale des malades, du fait des visites à domicile et de la relance des « perdus de vue », constitue des facteurs sensibilisant les soignants aux contraintes auxquelles la maladie confronte. Contraintes économiques et sociales doivent être prises en compte par les professionnels de santé pour espérer que le malade suive son traitement jusqu'à son terme. De ce point de vue, nous affirmons que les maladies chroniques constituent un élément de refondation des relations soignants-soignés.

Cette thèse ne fait que poser les jalons d'une nouvelle approche des systèmes de santé et des professions médicales en Afrique. Les conclusions que nous tirons de ce travail de recherche nous conduisent à énoncer un ensemble de constats autour desquels pourraient se structurer des travaux ultérieurs en anthropologie de la santé.

Nous estimons que l'analyse des activités des soignants passe par un regard rétrospectif sur la construction des principes de prise en charge de la tuberculose au fil des avancées médicales. Le lien effectué entre le regard historique et le regard anthropologique apparaît comme l'objet même d'une réflexion visant à repérer des singularités discursives passées et présentes aux fondements des pratiques médicales. Il permet de repérer des événements structurant les dynamiques institutionnelles en fonction de la mise en place des politiques de santé et des avancées médicales.

Cette démarche permet d'engager une réflexion sur la nature des stratégies de prise en charge à l'œuvre aujourd'hui et qui ne concernent plus seulement le domaine médical mais jouent également sur les leviers sociaux. En effet, dans la gestion des problèmes de santé tels que les

maladies chroniques, les soignants sont de plus en plus amenés à prendre en compte les contextes de vie des malades. Ainsi, il serait pertinent d'étudier les effets de ces incursions médicales dans l'environnement social et familial des malades. La réflexion portera alors sur les processus de construction de la stigmatisation, sur les perceptions des risques liées aux maladies ainsi que sur les transformations des interactions entre soignants et malades au cours de la prise en charge.

De plus, la nécessité de rompre les barrières interdisciplinaires se retrouve dans les dynamiques professionnelles de plus en plus marquées par la prise en charge des maladies chroniques. L'anthropologie de la santé s'enrichit des théories de la sociologie du travail et des professions pour mieux comprendre les nouveaux défis qui se posent à la pratique médicale confrontée à la gestion des maladies chroniques et/ ou stigmatisantes. La notion de fonction soignante, que nous substituons à celle de profession médicale, permet de prendre en compte l'émergence d'acteurs qui n'appartiennent pas à la sphère traditionnelle de la médecine. Ils jouent pourtant un rôle important dans le fonctionnement des structures de santé et nouent des relations complexes avec les acteurs institutionnels. La fonction soignante permet ainsi d'identifier les différents niveaux de décision, de décrire les formes institutionnelles et les effets des politiques publiques à l'échelle des structures de santé. Elle vise aussi les modalités d'acquisition et d'incorporation de savoirs techniques qui constituent ses fondements. Cette démarche permet de comprendre les évolutions des missions des soignants et donc des types de savoirs mobilisés dans la prise en charge des maladies chroniques.

Concrètement, si nous prenons l'exemple de la prise en charge conjointe de la tuberculose et du sida, laquelle répond à une volonté politique prônée par les organisations sanitaires, nous estimons qu'il y a lieu de se pencher sur les procédures de formation des soignants devant assurer des rôles et des fonctions auxquels rien ne les prépare. Il s'agirait d'étudier en fonction des spécificités respectives des maladies chroniques la manière dont se créent de nouvelles fonctions de soignants et s'opèrent les reconstructions ou reconversions professionnelles.

En outre, l'émergence de la fonction soignante a mis à jour l'inadéquation des politiques sanitaires avec la réalité des pays. Dès lors, il semblerait pertinent qu'une anthropologie des systèmes de santé s'intéresse davantage à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques sanitaires en tenant compte de la diversité des acteurs et des échelles, des formations sanitaires locales aux institutions internationales, en passant par les aménagements nationaux.

Références bibliographiques

Ouvrages généraux

ABOTT A. (1988).

The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor, The University of Chicago Press, 452p.

ADAM P. & HERZLICH (2002).

Sociologie de la maladie et de la médecine. Paris, Armand Colin, 128p.

AIACH P. & FASSIN D., (SS. DIR), (1994).

Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Paris, Anthropos, 364 p.

AIACH P., CEBE D., CRESSON G., CLAUDINE P. (SS. DIR.) (2001).

Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques. Rennes, ENSP, 330p.

ALTHABE G. (1990).

« Ethnologie du contemporain et enquête de terrain », Terrain, 14 : 126-131

ANTOINE P. & AL. (2001).

« L'insertion dans trois capitales africaines: Dakar, Yaoundé, Antananarivo », Autrepart, 18 : 17-36.

ARBORIO A.M., (2001).

Un personnel invisible, les aides soignantes à l'hôpital. Paris, Anthropos, 334p. (Coll. Sociologiques)

ARENDT H. (1989).

La crise de la culture. Paris, Gallimard, 390p. (Coll. Idées)

ARLIAUD M. (1987).

Les médecins. Paris, La Découverte, 127p.

AUGÉ M. & HERZLICH C., (1984).

Le sens du mal. Paris, Archives Contemporaines, 278p.

BADO J.-P., (1996).

Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique : 1900-1960, Paris, Karthala, 432p.

BALANDIER G. (1967).

Anthropologie politique, Paris, PUF, 240 p.

BALINT, M. (1988).

Le médecin, son malade et sa maladie. Paris, Payot, 419p.

BARNEJEE A., HARRIES A.D., MPHASA N., (2000).

« Evaluation d'un régime de traitement unique pour tous les nouveaux cas de tuberculose sous supervision confiée à des tuteurs », Int. Journal of Tuberculosis and lung disease : 333-339

BAYART J.F, (1989).

L'Etat en Afrique. La politique du ventre, Paris, Fayard, 439p.

BEIGBEDER Y. (1997).

L'organisation Mondiale de la Santé. Paris, PUF, 127p. (Coll. QSJ)

BECK U., (1986).

La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité, Paris, Alto Aubier, 521 p.

BECKER H., (2002).

Les ficelles du métier. Paris, La Découverte, 352p.

BECKER H., (1985).

Outsiders. Etude de sociologie de la déviance. Paris, Métailié, 247p.

BEN- DAVID J., (1990).

Eléments d'une sociologie historique des sciences. Paris PUF, 376p. (Coll. Les Sociologies)

BENOIST J., (sous dir.), (1996).

Soigner au pluriel : essais sur le pluralisme médical. Paris, Karthala, 520p.

BERCHE T., (1998).

Anthropologie et Santé Publique en Pays Dogon (Mali). Paris, Karthala, 232p.

BERGER P. & LUCKMAN T., (1966).

La construction sociale de la réalité. Pengun Books, 357p.

BERNOUX P. (1990).

La sociologie des organisations, Paris, Seuil, 382p.

BIDART, C. (1997).

- L'amitié, un lien social. Paris, La Découverte, 402p.
- BLA C. K., HANE F., KADJO M., & al ., (2005).
« L'inégale prise en compte de l'autre. (Exemple de la tuberculose et de la prévention) », in Vidal L., Fall A.S. & Gadou D. (eds.), Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques, Paris, L'Harmattan, pp. 101- 136.
- BLUNDO G. & OLIVIER DE SARDAN J. P., (2001).
« La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest », Politique Africaine, 83 : 9- 37.
- BOLTANSKI L., (1982).
Les cadres. La formation d'un groupe social. Paris, Editions de Minuit, 528p.
- BOUCHAYER F., (2002).
« La construction du rôle de soignant : propositions pour une approche socio-anthropologique de la bienveillance et de l'indifférence », Santé Publique et Sciences Sociales, 8-9 :53-68
- BOURDELAIS P., (2003).
Les épidémies terrassées : une histoire des pays riches. Paris, La Martinière, 246p.
- BOURQUE R. & THUDEROZ C., (2002).
Sociologie de la négociation, Paris, La Découverte, 122p.
- BONTE P. & ISARD M., (1991).
Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie. Paris, PUF, 755p.
- BONNET D. & JAFFRE Y. (sous dir.) (2003).
Les maladies de passage. Transmissions, préventions et hygiène en Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 510p.
- BRUNET-JAILLY J. (s. dir.), (1997).
Innover dans les systèmes de santé : expériences d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 435p.
- CALVEZ M., 1992.
« Perception et fonction sociale du risque », Journal du Sida, 40 : 24- 26.
- CAPRARA A., (1991).
Transmettre la maladie. Représentations de la contagion chez les Alladian de Côte d'Ivoire. Paris, Karthala, 213p.
- CARRICABURU D. & MENORET M., (2004).

- Sociologie de la santé. Institutions, professions et malades. Paris, Armand Collin, 235p.
- CARR SAUNDERS A.M. & Wilson P.A.,(1933).
The professions, Oxford, The Clarendon Press, 289p.
- CARTON M. & MEYER J. B. (2006).
La société des savoirs. Trompe l'œil ou perspectives? Paris, L'Harmattan, 323p.
- CASTEL R. (1995).
Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat. Paris, Fayard, 490p.
- CHAPOULIE J. M., (1973).
« Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », Revue Française de Sociologie, 14, (1): 86-114.
- CHAUVEAU J.P., LE PAPE M. & OLIVIER DE SARDAN J. P., (2001).
« La pluralité des normes et leurs dynamiques en Afrique : implications pour les politiques publiques » in Winter G. (eds), Inégalités et politiques publiques en Afrique: pluralité des normes et jeux des acteurs. Paris, IRD/ Karthala, pp. 145-162.
- CHRETIEN J. (1995).
La tuberculose, parcours imagé. Tome 1, Paris, Hauts de France, 159p.
- CHIFFOLEAU S. (1997).
Médecines et Médecins en Egypte. Construction d'une identité professionnelle et projet médical, Eds. Comprendre le Moyen-Orient, l'Harmattan, 344p.
- CICOUREL A. (2002).
Le raisonnement médical. Une approche socio- cognitive. Paris, Seuil, 234p.
- CISSE C.T., FAYE O, NDIAYE G., SAKHO A.,(2000).
«La prévention de l'infection en milieu chirurgical dans les hôpitaux Sénégalais », Cahiers d'étude et de recherches francophones/ Santé, 10, (3) : 189-194.
- COHEN Y., (2006).
Les conceptions de l'autorité s'entrelacent. Le cas de l'Union Soviétique dans les années 1930 (catégories des acteurs et catégories des chercheurs). Ethnographiques.org, N°10-Juin [en ligne].
<http://www.ethnographiques.org/2006/Cohen.html> (consulté le 07/10/2006).
- CONTREPOIS A., (2001).
L'invention des maladies infectieuses. Naissance de la bactériologie clinique et de la pathologie infectieuse en France. Paris, Archives Contemporaines, 308p.

CROZIER M. & FRIEDBERG E., (1977).

L'acteur et le système, Paris, Seuil, 500 p.

DACKEZ R. (2004).

Histoire de la médecine. De l'antiquité au 20^{ème} siècle, Paris, Tallandier, 634p.

DARBON D. (2001).

« De l'introuvable à l'innommable: fonctionnaires et professionnels de l'action publique dans les Afriques », Autrepart, 20: 27-42.

DE CERTEAU M., GIRARD L. & MAYOL P., (1994).

L'invention du quotidien (2). Habiter, cuisiner, Paris, Gallimard, 415p. (Coll. Folio Essais).

DELAUNAY K. (2005).

« Faire de la santé un lieu d'histoire de l'Afrique : essai d'historiographie », Outre-Mers, Revue d'histoire, Paris, SFHOM, 93, (346-347) : 7-46.

DELAUNAY K. & VIDAL L., (2002).

« Le sujet de l'observance. L'expérience de l'accès aux traitements antirétroviraux de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire », Sciences Sociales et Santé, 2: 6-28.

DELVECCHIO GOOD M.J., BROWDIN P., GOOD B., KLEINMANN A., (1994).

Pain as human experience. An anthropological perspective, Berkeley, University of California Press, 214p.

DESCLAUX A., (2003).

« Stigmatisation, discrimination : que peut-on attendre d'une approche culturelle ? », UNESCO/ONUSIDA, VIH/SIDA. Stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique, Etudes et Rapports, série spéciale n°20, Unesco.

DESROSIERES A. & THEVENOT L., (1988).

Les catégories socio- professionnelles. Paris, La découverte, 125p. (Coll. Repères).

DIOP M.C., (sous dir.) (2004).

Gouverner au Sénégal. entre ajustement structurel et développement durable. Paris, Karthala, 299p.

DIOP M. C. & Daffé G., (2004).

« Réformes économiques et environnement institutionnel: la politique industrielle et commerciale », in Gouverner au Sénégal. Entre ajustement structurel et développement durable. Paris, Karthala, pp. 95- 128.

DODIER N., (1993).

- L'expertise médicale, Essai de sociologie sur l'exercice du jugement, Paris, Métailié, 371p. (Coll. Leçons de choses)
- DOUGLAS M., (1999).
Comment pensent les institutions, Paris, La Découverte, MAUSS, 178p.
- DOUGLAS M. & WILDAVSKY A., (1983).
Risk and Culture. University of California Press, 221p.
- DOZON J. P. & FASSIN D., (2001).
Critique de la santé publique : une approche anthropologique. Paris, Balland, 362 p.
- DUBAR C., (2000).
La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles. Paris, Armand Collin, 3^{ème} Edition, 278p.
- DUBAR C. & TRIPIER P., (1998).
Sociologie des professions. Paris, Armand Collin, 256p.
- DUCLOS D., 1996.
« Puissance et faiblesse du concept de risque », L'Année Sociologique 46 (2) : 309-337.
- DUJARDIN B. (2003).
Politiques de santé et attentes de patients. Vers un nouveau dialogue. Paris, Karthala, 332p.
- DURKHEIM, E. (1930).
De la division du travail social. Paris, PUF, 416p.
- EHLERS, V. J. (2006).
« Challenges nurses face in coping with the HIV/AIDS pandemic in Africa », Int. journal of nursing studies 43: 657- 662.
- EL HOUSSINE LARAQUI C., LARAQUI O., EL KABOUSS Y., (2004).
« Evaluation du risque tuberculeux chez les personnels de santé à Meknès », In Revue Santé, 16 (3) : 167-171.
- ELIAS N., (1991).
La société des individus. Paris, Fayard, 301p.
- EVANS-PRITCHARD E. E., (1972).
Sorcellerie, oracles et magie chez les Azande. Paris, Gallimard, 642p. (Bibliothèque des Sciences Humaines).

FABIANI J. L. & THEYS J., (1987).

La société vulnérable. Evaluer et maîtriser les risques. Paris, Presses de l'ENS, 669p.
FABRE G., (1998).

Epidémies et Contagions. L'imaginaire du mal en occident. Paris, PUF,240p.

FAINZANG S., (2001).

Médicaments et société : le patient, le médecin et l'ordonnance, Paris, PUF, 156 p.

FAINZANG S., (1994).

L'alcoolisme, une maladie contagieuse, Ethnologie Française, 4 (24) : 830.

FAINZANG S., (1986).

"L'intérieur des choses": maladie, divination et reproduction sociale chez les bisa du Burkina. Paris, L'Harmattan, 204p.

FALL A.S., (2003).

« Quel façonnement organisationnel dans les centres de santé en Afrique de l'Ouest »
in Jaffré Y. & Olivier de Sardan (sous dir.). Une médecine inhospitalière. Les
difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest.
Paris, Karthala, pp. 217-235.

FALL A.S. & VIDAL L., (2006).

« Emergence d'une culture, déclin d'une profession. Soigner et Prévenir au Sénégal »,
Cahiers internationaux de sociologie CXXI : 239- 294

FARMER P., (1997).

« Social Scientists and the new tuberculosis », Social Science and Medecine, 44 (3):
347-358

FARMER P., ROBIN S., RAMILUS S.L., KIM J.Y., (1991).

« Social inequalities and infectious disease», Inter. Journal tuberculosis and lung
disease, 66: 149-156

FASSIN D., (2000).

Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises.
Paris, Karthala,344p.

FASSIN D., (1993).

« La coopération française et les politiques de santé en Afrique », in Michailof S.
(eds.), La France et l'Afrique. Vade-mecum pour un nouveau voyage, Paris, Karthala,
pp.339-355

FASSIN D., (1992).

- Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar, Paris, PUF, 361 p. (Coll. Les champs de la santé).
- FASSIN D., JEANNEE E., SALEM G., (1989).
« Les enjeux sociaux de la participation communautaire. Les comités de santé à Pikine (Sénégal) », Sciences Sociales et Santé. Vol IV, N° 3-4: 205- 221.
- FASSIN D.& JAFFRE Y.,(1990).
Sociétés, développement et santé. Paris Ellipses/AUPELF, 287p.
- FLICK U. (1992) (SS dir.).
La perception quotidienne de la maladie. Paris, L'Harmattan, 399p.
- FOUCAULT M., (1994).
Les jeux de la vérité et du pouvoir. Nancy, PUN, 242p.
- FOUCAULT M., (1963).
Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical. Paris, PUF, 212p.
- FREIDSON E., (1984).
La profession médicale, Paris, Payot, 371 p.
- GEERTZ C., (1986).
Savoir local, savoir global : les lieux du savoir. Paris, PUF, 293p.
- GANDY M. & ZUMLA A., (2002).
The resurgence of disease : social and historical perspectives, Social Science and medicine, 55: 385-396.
- GHASARIAN C., (2002), (SS.dir.).
De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive. Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux. Paris, Armand Collin, 248p.
- GIDDENS A., (1987).
La constitution de la société. Paris, PUF, 474p. (Coll. Sociologies)
- GOBATTO I.,(1999).
Être médecin au Burkina Faso, dissection sociologique d'une transplantation professionnelle, Paris, l'Harmattan, 304 p. (Coll. Santé et sciences Humaines)
- GOFFMAN E., (1987).
La mise en scène de la vie quotidienne : la présentation de soi, Paris, éd. de Minuit, 251p.

GOFFMAN E., (1963).

Stigmate : les usages sociaux des handicaps, Paris, éd. de Minuit, 175p.

GOFFMAN E., (1968).

Asiles. Etude sur la condition sociale des malades mentaux, Paris, éd. de Minuit, 447p.

GOTMAN, A. (2001).

Le sens de l'hospitalité. essais sur les fondements sociaux de l'accueil de l'autre, Paris, PUF, 507p.

GOOD B., (1998).

Comment faire de l'anthropologie médicale ? médecine, rationalité et vécu, Le Plessis-Robinson , 433p. (coll. les empêcheurs de penser en rond)

GRUENAIIS M.E., (2001).

« Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun », Bulletin APAD, 185p.

GRUENAIIS M.E. & DOZON J.P., (1992).

« Anthropologie et Santé publique », Cahiers des Sciences Humaines 20 (1) : 148p.

GUILLAUME P. (1986).

Du désespoir au salut : les tuberculeux au 19^{ème} et 20^{ème} siècle, Paris, Aubier, 376p.

HANE F., FALL A.S., BLA C.K., (2005).

« L'appréhension des risques face à la tuberculose », in Vidal L., Fall A.S. & Gadou D. (eds.), Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques, Paris, L'Harmattan, pp. 137- 148.

HARDING, C. (1984).

« Perceptions and beliefs about nine diseases », Public Health, 98, (5): 284-293.

HARRIES A.D., MAHER D. NUUN P., (1997).

« Practical and affordable measures for protection of HCW from tuberculosis in low-income countries », Bulletin of WHO, 75, (5): 477-489.

HERNANDEZ V., (2005).

« Démarche anthropologique et hiérarchisation des espaces à activité finalisée » in Leservoisié O. (eds.), Terrains ethnographiques et hiérarchies sociales. Retour réflexif sur la situation d'enquête, Paris, Karthala, pp. 185- 206.

HERZLICH C., (1989).

Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale. Paris, Mouton, 210p.

HERZLICH C. & PIERRET J. (1984).

- Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison, Paris, Payot, 295p.
- HIBOU B., (1999).
La privatisation des Etats. Paris, Karthala, 394p.
- HOURS B., (2001).
Systèmes et politiques de santé : De la santé publique à l'anthropologie. Paris, Karthala, 360p.
- HOURS B., (1985).
L'Etat sorcier. Santé publique et société au Cameroun. Paris, Ed. Connaissance des hommes, 165p.
- HUGHES E., (1996).
Le regard sociologique. Paris, EHESS, 339p.
- ILLIFE J. (1993).
East African Doctors: A history of the modern profession. Cambridge University Press, 336p.
- JAFFRE 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: 3-18.
- JAFFRE Y. & OLIVIER DE SARDAN J.-P., (sous dir.), (2003).
Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 462p.
- JAFFRE Y. & OLIVIER DE SARDAN J.P. (1999), (sous dir.),
La construction sociale des maladies, les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest, Paris PUF, 368p.
- JAFFRE, Y. & PRUAL A., (1993).
« "Le corps des sages-femmes", entre identités professionnelle et sociale », Sciences Sociales et santé XI, (2) : 63-80
- JANZEN J. M.,(1995).
La quête de la thérapie au Bas-Zaïre. Paris, Karthala 287p.
- JAVEAU C., (2006).
Routines quotidiennes et moments fatidiques, Cahiers Internationaux de Sociologie, Vol. CXXI :227-238

JODELET D. (1989).

Les représentations sociales. Paris, PUF, 447p.

KAYANJA H. K., DEBANNE B, KING C., (2005).

«Tuberculosis infection among health care workers in Kampala, Uganda », International journal of tuberculosis and lung disease, 9, (6): 686-688.

KLEINMANN A. (1980).

Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley, University of California Press, 427p.

KPONHASSIA G., (2003).

« Reconversions professionnelles, reconversions mentales », in Lemdorfer & Marie, A. (eds). L'Afrique des citadins. Sociétés civiles en chantier (Abidjan et Dakar). Paris, Karthala: 343-354.

LABURTHE- TOLRA P. & WARNIER J. P., (1993).

Ethnologie Anthropologie. Paris, PUF, 412p.

LAE J.F. & MURARD N. (1995).

Les récits du malheur. Paris, Descartes & Cie, 191p.

LEGRAND J. L., (1989).

« Espaces transitionnels de socialisation », Enquête, 5 : 1-3

LAPEYSONNIE, (1988).

La médecine coloniale. Mythes et réalités, Paris, Seghers, 310p. (coll. Médecine et histoire)

LAPLANTINE F. (1992).

Anthropologie de la maladie. Paris, Payot, 411p.

LE BRETON D., (1995).

Sociologie du risque, Paris, PUF, 127p.

LECOURT D., (2004), (s. dir.).

Dictionnaire de la pensée médicale, Paris, PUF, 1270p.

LENCLUD G., (1991).

« Histoire et anthropologie. Le débat théorique » in Bonte P. et Izard M. (eds), Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie. Paris, PUF, pp. 334-336.

LERT F., (1982).

- « Emergence et devenir du système de prise en charge de la tuberculose en France entre 1900 et 1940 », *Social Science and medicine* 16: 2073-2082.
- LESERVOISIER O., (2005).
Terrains ethnographiques et hiérarchies sociales. Retour réflexif sur la situation d'enquête, Paris, Karthala, 324p.
- LEVI- STRAUSS C. (1983).
L'Identité. Paris, PUF, 342p.
- LEVY M. (2002).
Comment réduire pauvreté et inégalité : pour une méthodologie des politiques publiques, Paris, IRD/ Karthala, 250p.
- LIENHARDT C., (2001).
« From exposure to disease: the role of environmental factors in susceptibility to and development of tuberculosis », *Epidemiology Review*, 23: 288-301.
- MALOCHET G. (2004).
« A l'école de la détention : quelques aspects de la socialisation professionnelle des surveillants de prison », *Sociologie du travail*, 46 :168-186
- MASLACH C. & LEITER M. P., (1997).
The Truth about burn out. How organizations cause personal stress and waht to do about it. San Francisco, Jossey- Bass, 186p.
- MATHIEU L.,(2000).
« Une profession inachevée : animatrice de prévention en milieu prostitutionnel », *Sociologie du travail*, 42 : 263-279.
- MASSE R., (1995).
Culture et santé publique, Montréal, Gaétan Morin, 499p.
- MBOKOLO E., (1982).
« Peste et société urbaine à Dakar : l'épidémie de 1914 », *Cahiers d'Études Africaines*, 22 :13-46.
- MEBTOUL M., (1994).
Une anthropologie de la proximité, les professionnels de la santé en Algérie, Paris, l'Harmattan, 288 p. (Coll. Santé et sciences humaines).
- MEDARD J. F., (1991).
Etats d'Afrique Noire. Formations, mécanismes et crise, Paris, Karthala, 405p.
- MENGER P.M., (2003), (s.dir.).

Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions, Paris, MSH, 272p.

MERCIER P., (1966).

Histoire de l'anthropologie, Paris, PUF, 233p.

MOSCOVICI S., (1984).

Psychologie sociale. Paris, PUF, 596p.

NDOYE T., HANE F., DELAUNAY K., (2005).

« Des tâches aux identités dans les activités des soignants (exemples sénégalais) », in Vidal L., Fall A.S. & Gadou D. (eds.), Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques, Paris, L'Harmattan, pp. 171- 203.

NICAS M. (2000).

« Regulating risks among tuberculosis transmission among health care workers », AIHA Journal, 61, (3): 334-339

NYIRENDA T.E., HARRIES A.D., GAUSI F., (2003).

« Decentralisation of tuberculosis services in a urban setting, Lilongwe, Malawi », Inter. Journal of Tuberculosis and Lung Disease 7: 21-29

OLIVIER DE SARDAN J.P. (2001).

« La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique », Autrepart, 20 : 61-73

OLIVIER DE SARDAN J.P. (1995),

« La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », Enquête, 1 : 71-112.

OUATTARA F., (2002).

« Gouvernances quotidiennes au cœur des professionnels de santé. Exemples choisis à Orodara et à Banfora (Burkina Faso) », Bulletin APAD, 23-24 : 111-131

PACKARD R., (1989).

White Plague, black labor : tuberculosis and the political economy of health and disease in South Africa. University of California Press, 389p.

PARADEISE C., (1988).

« Les professions comme marchés du travail fermés », Sociologie et Sociétés, XX, 2 : 9-21.

PARSONS T., (1949).

Essays in sociological theory. The free press, Illinois, 366p.

- PAUGAM S., (1996), (sous dir.).
L'exclusion : l'état des savoirs, Paris, La découverte, 582p.
- PASSERON J.C. & REVEL J., (sous dir.) (2005).
Penser par cas. Paris, EHESS, 291p. (Coll. Enquête)
- PENEFF J., (2005).
La France, malade de ses médecins, Paris, Seuil, 358p. (Coll. Les empêcheurs de penser rond)
- PENEFF J.,(1992).
L'hôpital en urgence. Etude par observation participante. Paris, Métailié, 258p.
- PERETTI- WATTEL P., (2003).
Sociologie du risque. Paris, Armand Collin, 286p.
- REVEL J.,(1996).
Jeux d'échelles : la microanalyse à l'expérience. Paris, Gallimard-Seuil, 210p.
- REY VALETTE H. & D'ARTIGUES A., (2006).
Histoire économique du capitalisme industriel, Paris, PUF 304p.
- RIVERS W.H., (1924).
Medecine, magic and religion. London, Paul Keagan,146p.
- RUBBERS B., (2003).
Devenir médecin en République démocratique du Congo : la trajectoire socioprofessionnelle des diplômés en médecine de l'Université de Lumumbashi. Paris, Institut Africain-CEDAF, l'Harmattan, 130p.
- RUELLAN D., (1993).
Le professionnalisme flou. Identité et savoir- faire des journalistes français. Paris, PUG, 240p.
- SAILLANT F., (2000).
Identité, Invisibilité sociale et identité. Expérience et théorie anthropologique au cœur des pratiques soignantes », *Anthropologie et Sociétés*, 24 (1) :155-171.
- SAILLANT F & GENEST S., (sous dir.) (2006).
Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux. Paris, Economica-Anthropos, 467p.
- SAINSAULIEU R., (1985).
L'identité au travail, Québec, PFNSP, 460 p.

SALIBA J., BON- SALIBA B., OUVRY- VIAL B., (1993).

Les infirmières. Ni nonnes, ni bonnes. Paris, Syros, 249p.

SONTAG S., (1989).

La maladie comme métaphore. Le sida et ses métaphores. Paris, Christian Bourgeois, 235p.

STRAUSS A., (1992).

La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme. Paris, L'Harmattan, 311p.

TARONDEAU J.C (1998).

Le management des savoirs, Paris, PUF, 127p. (Coll. QSJ)

THIAM S., MASSI E., LIENARDHT C. & NDIR M. (2005).

« La lutte contre la tuberculose au Sénégal: situation actuelle de la prise en charge et recommandations pour son amélioration », Médecine Tropicale, 64 : 43-48.

TINTA S., (2003).

« Les conceptions de la transmission, de la contagion et de la prévention de la maladie en milieu dogon (Mali) », in Bonnet D. & Jaffré Y. (eds), Les maladies de passage. Transmissions, préventions et hygiène en Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala : 77-99.

VAN DER WELT H. & SWARTZ L.,(2002).

«Task orientated nursing in a tuberculosis programm in South Africa: Where does it come from and keeps it going?», Social Science and Medecine, 54: 1001- 1009.

VAUGHAN M., (1991).

Curing their Ills. Colonial Power and African Illness, Standford University Press, 224p.

VEGA A., (2000).

Un ethnologue à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier, Paris, Editions des archives contemporaines, 215 p.

VIDAL L., (2004). (s.dir.).

Les objets de la santé. Revue Autrepart, 29,Paris, IRD, Armand Collin, 165p.

VIDAL L., (2004).

Ritualités, santé et sida en Afrique. Pour une anthropologie du singulier, Paris, Karthala- IRD, 209p.

VIDAL L., (1999).

La transmission, le sida et ses savoirs, l'Homme, 150 : 59-84

VIDAL L.,(1994).

« L'annonce et le conseil. Eléments pour une revue de la littérature autour d'expériences africaines », Psychopathologie africaine, XXVI, (2) : 155-188

VIDAL L., FALL A.S., GADOU D.,(sous dir.),(2005).

Entre Savoirs et Pratiques. Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest, Paris, l'Harmattan, 325p. (Coll. Logiques sociales)

VIGARELLO G., (1999).

Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen- Age. Paris, Seuil, 390p. (Coll. Points)

VINCENT-BUFFEAULT A., (1995).

L'exercice de l'amitié. Paris, Seuil, 314p.

VOISIN C. (1995).

La tuberculose, parcours imagé. Images de la tuberculose en France de 1900 à nos jours. Tome 2, Paris, Hauts de France, 170p.

VOLMINCK J., MATCHABA P, GARNER P., (2000).

« Directly observed therapy and treatment adherence », Lancet, 355 :1345-1350

WANDWALO N., KAPATALA S., EGWAGA O., (2004).

« Efficience du traitement antituberculeux directement observé basé sur la collectivité dans un contexte urbain en Tanzanie : un essai contrôlé randomisé », Int. Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 8, (10): 1248-1254

WATKINS R.E.& PLANT A.J. (2004).

« Perceptions by clinic staff of tuberculosis treatment delivery in Bali », Patient Education and Counselling, 45: 58-69

WEBER M. (1922).

Economie et Société. L'organisation et les puissances de la société dans leur rapport avec l'économie. Tome 2, Paris, PUF, 410p. (Coll. Quadrige).

WEISS S.E.& al., (1999).

« Treatment costs of Dot's », Int. Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 3, (11): 976-984

WERNER J-F., (2005).

«Radiographie et tuberculose au Sénégal : pratiques, croyances et imaginaires en question », in Vidal L., A.S. Fall & D. Gadou (Eds.), Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques, Paris, L'Harmattan, pp. 257-299.

WINTER G., (sous dir.) (2001).

Inégalités et politiques publiques en Afrique. Pluralisme des normes et jeux des acteurs, Paris, IRD/ Karthala, 453p.

WIERWORKA M. (sous dir.) (1999).

Une société fragmentée : le multiculturalisme en débat, Paris, La Découverte, 345p.

ZUCKMAN A. & al., (2003).

«They treated me like a leper», Journal of General Internal Medicine, 18: 835-844.

Littérature grise sur la tuberculose et les politiques publiques

AIT-KHALED N. & ENARSON D., (2002).

Tuberculose. Manuel pour les étudiants en médecine. OMS, UICTMR, 149p.

Archives Nationales de Santé.

Rapports annuels des services sanitaires et médicaux. Circonscription de Dakar et dépendances, Service Central de santé, (1934- 1943). Dossiers N°4/84.

ENARSON D., RIEDER H., ARNADOTTIR T & al. (2000).

Guide pour l'élaboration des protocoles de recherche dans les pays à faible revenus, UICTMR, 60p.

FIELD M.J. & LOHR K.N., (1990).

Clinical Practice guidelines: directions for a new program, Washington, National Academic Press, 199p.

OMS (2006).

Travailler ensemble pour la santé, OMS, Genève, 243p.

OMS (2005).

La politique hospitalière et le financement de l'hôpital en Afrique. CD-Rom, links : <http://info.worldbank.org>

OMS (2003).

Rapport sur la santé dans le monde. Façonner l'avenir, OMS, Genève, 213p.

OMS (2001).

Stratégie OMS de coopération avec la république du Sénégal 2002- 2006, OMS, Bureau Afrique de l'Ouest, 33p.

OMS (1978).

Declaration of Alma Ata, International Conference of primary health, USSR, 79p.

OMS (1957).

Elaboration et évaluation des programmes de lutte antituberculeuse, OMS, Genève, 41p.

Ministère de la Santé (2004).

Fonctionnement du système de santé de district au Sénégal. Direction de la santé, 37p.

Ministère de la Santé, SNGE, PNT (2001).

Revue Externe du PNT, Ministère de la Santé, 77p.

UIC TMR (2000).

Guide pour les pays à faibles revenus, Paris, UIC TMR, 99p.

RIDDE V., (2004).

L'initiative de Bamako. Quinze ans après. HNP, discussion paper, 54p.

THIAM M. & SECK A., (2001).

La formation infirmière au Sénégal : du tirailleur brancardier à l'infirmier diplômé d'Etat. Présentation SIDIIEF, document multigraphié, 12p.

TOURE M. (1985).

Politique d'ajustement économique et financier. Communication au Conseil national du PS, document multigraphié, 15p.

Thèses et mémoires sur le système de santé, les personnels de santé au Sénégal et les maladies

BRET E., (2004).

Vers un statut de corps malade. Le cas des insuffisants respiratoires chroniques. Thèse de Doctorat de sociologie de l'EHESS, 460p.

DIOP R., (2004).

Analyse des coûts socio-économiques du traitement de la tuberculose chez les patients : cas de la région de Dakar. Mémoire de fin d'études, Dakar, ISS, CESAG, 95p.

DIOP O., (2001).

Contrôle de la qualité des antituberculeux majeurs utilisés par le PNT. Thèse de Doctorat en pharmacie, UCAD, Faculté de Médecine et de Pharmacie, 66p.

JOURDAN J.P., (1981).

Approche sanitaire du Cap-Vert (Sénégal). Thèse de Doctorat de Médecine, Aix Marseille II, 117p.

MAHE VASSEUR P., (2004).

Socialisation des sages – femmes jeunes diplômées dans la vie active au Sénégal. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de l'EHESS, 266p.

MBAYE E.M., (2002).

Etude d'une profession de santé : les infirmiers au Sénégal, 1889-1968., Mémoire de Maîtrise d'Histoire, UCAD, 116p.

PAM A.A., (2000).

Fièvre jaune et ordre colonial au Sénégal (1850-1860). Thèse de Doctorat en Histoire de l'Université de Sorbonne, Paris, 500p.

PEYCRU T., (1997).

La tuberculose à Dakar : expérience à l'hôpital Principal du 1^{er} Juillet 1995 au 30 Juin 1996. Thèse de médecine générale, Université de Bordeaux 2, 100p.

TANCHOU J., (2006).

Comment naissent les politiques verticales de santé en Afrique ? Réinterroger le passé et le présent à partir de la lutte contre la trypanosomiase et la tuberculose au Cameroun. Thèse de Doctorat de 3^{ème} Cycle. EHESS, Paris, 530p.

ANNEXES

Annexe 1 : Carte des sites d'investigation



Map No. 4174 Rev. 2 UNITED NATIONS
 January 2004

Department of Peacekeeping Operations
 Cartographic Section

Annexe2 : Fiches de traitement et de suivi

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE R. S. T. S. S. S. I.

FICHE DE TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX

N° groupe: 30/39

Nom: Ndèye RA

Centre de traitement: Centre de traitement contre la tuberculose de la commune de Diourbel

Unité de traitement: Centre de traitement contre la tuberculose de la commune de Diourbel

Adresse complète: Quartier Diourbel N°5750 4E de 200m

Prénoms: SC

Site de la tuberculose: Diourbel

Sexe: M F Age: 34

Moins de 10 ans 10-14 ans 15-19 ans 20-24 ans 25-29 ans 30-34 ans 35-39 ans 40-44 ans 45-49 ans 50-54 ans 55-59 ans 60-64 ans 65-69 ans 70 ans et plus

1 - PHASE INITIALE INTENSIVE

Régime et posologie prescrite: Régime standard courte durée

Estimation de la tuberculose: à court terme à long terme

Mois	Date	SP	Latex	INH	Proph
1	30-1-99	300	400	50	50
2	1-2-99	300	400	50	50
3	30-3-99	300	400	50	50
4	30-4-99	300	400	50	50

Mois	Jour	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Janvier																																	
Février		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Mars		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Avril		X																															

Formulaire 3

2 - PHASE DE CONSOLIDATION INTENSIVE

Inscrire le régime et le nombre de comprimés prescrits (indiquer le nombre de comprimés par jour)

Régime standard courte durée

Comprimés 3A: 1 comprimé (1 fois/jour)

Comprimés T1: 2 comprimés (2 fois/jour)

Prophylaxie: standard courte durée

Prophylaxie 3A: 1 comprimé (1 fois/jour)

Prophylaxie T1: 2 comprimés (2 fois/jour)

Prophylaxie: standard courte durée

Mois	Jour	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Avril			X																													
Mai				X																												
Juin					X																											
Juillet						X																										
Août							X																									
Septembre								X																								

Date de fin du traitement: 01-10-99

* Marquer d'un X le jour de la prise supervisée des médicaments ou la date de receipt des médicaments présentés spontanément ou T1 pour auto-supplémentation.

* Lorsque les médicaments sont fournis aux malades sous auto-médication, insérer une ligne horizontale () pour indiquer le nombre de jours où le traitement a été interrompu par le patient.

Effets secondaires observés: _____

Remarques: _____

Annexe 4 : Fiche d'un rapport d'activité des unités de traitement

RAPPORT TRIMESTRIEL SUR LE DÉPISTAGE DES TUBERCULEUX

Nom de l'unité de traitement _____	Nom de l'agent du Centre chargé du rapport _____
Patients enregistrés pendant le _____ trimestre de 20 _____	Signature _____ Date _____

CAS ENREGISTRÉS DANS LE TRIMESTRE

FROTIS-POSITIFS				FROTIS-NÉGATIFS		EXTRA-PULMONAIRES	TOTAL
Nouveaux cas	Rechutes	Echecs	Reprises traitements	< 15 ans	15 ans +		

NOUVEAUX CAS À FROTIS POSITIFS SEULEMENT

Classe d'âge (ans)												TOTAL				
0-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65 +		Masculin	Féminin	Total
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			

Significations pour remplir le formulaire :

Trimestres : 1^{er} trimestre - 1^{er} janvier au 31 mars 3^e trimestre - 1^{er} juillet au 30 septembre
 2^e trimestre - 1^{er} avril au 31 juin 4^e trimestre - 1^{er} octobre au 31 décembre

Optionnel :

NUMÉRO DE PATIENTS MIS AU TRAITEMENT DURANT LE TRIMESTRE, EN FONCTION DU RÉGIME THÉRAPEUTIQUE

3RHZE/6TH	2STH/18TH	18TH	2RHZE/1RHZE/5R ₁ -H ₂

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

FORMULAIRE 5

Annexe 5 : Exemple de rapport de supervision d'un poste de santé

SUPERVISION DES UNITES DE TRAITEMENT PNT DU DISTRICT CENTRE

Du 25 au 28 mars 2003

Objectif général

Evaluer la qualité de la prise en charge des malades dans les unités de traitement selon les normes du PNT

Objectifs spécifiques

1. Décrire l'organisation de l'unité de traitement
2. Apprécier les connaissances et pratiques des responsables des unités de traitement sur le diagnostic et la prise en charge des cas
3. Identifier les différentes contraintes dans la prise en charge des cas

Il s'agira d'une supervision évaluative après 01 an de décentralisation des activités du PNT au niveau de 02 postes de santé en dehors des 02 centres de santé.
L'équipe de supervision sera composée de

La supervision se fera à l'aide d'une grille de supervision

GRILLE DE SUPERVISION

ITEMS	OUI	NON
I. Décrire l'organisation de l'unité de traitement		
❖ L'unité de traitement dispose t- elle :		
▪ D'un local adéquat (aéré)	X	
▪ D'un matériel de travail :	X	
- Bureau		X
- Fichier		
- Manuel des directives PNT		X
- Formulaire de demande expcctoration		X
- Registre du centre/ poste	X	
- Carte ou fiche de traitement	X	
- Registre	X	
- Matériel de prise supervisée (pot, eau seau etc.)	X	
❖ La prise en charge des cas est elle intégrée dans le paquet minimum d'activités réalisées dans la structure	X	-
❖ La personne responsable a-t-elle été formée (date et lieu de la dernière formation)	X	au 2002
❖ Les comités de santé participent ils au financement des activités réalisées		
▪ Matériel		X
▪ Motivation du personnel		
▪ Activités communautaires		

B

ITEMS	OUI	NON
<p>II. Apprécier les connaissances et pratiques des responsables des unités de traitement sur le diagnostic et la prise en charge des cas</p>		
<p>❖ Quels sont les signes évocateurs d'une tuberculose ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Toux > 2 semaines ▪ Crachats parfois striés de sang ▪ Difficultés à respirer et des douleurs dans la poitrine ▪ Perte d'appétit, perte de poids, sentiment de malaise général et de fatigue, des sueurs et de la fièvre 	<p>X X</p>	
<p>❖ Que faut-il faire devant un « cas suspect » de tuberculose ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Référer au chef de poste ▪ BAAR <i>plus</i> ▪ Rx pulmonaire 	<p>X X X</p>	
<p>❖ Faites vous l'entretien avec le malade avant le traitement ? si oui</p>	<p>X</p>	
<p>❖ Quels sont les sujets que vous abordez avec patient ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antécédents ▪ Maladie contagieuse ▪ Mesures hygiéno-diététiques ▪ Comment va se dérouler le traitement ▪ Importance d'une bonne observance ▪ Surveillance régulière 	<p>X X</p>	<p>X</p>
<p>❖ Que veut dire une chimiothérapie préventive ?</p>		<p>X</p>
<p>❖ Chez qui elle doit se faire ?</p>		<p>X</p>
<p>❖ Quels sont les différents médicaments antituberculeux ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Isoniazide ▪ Rifampicine ▪ Pyrazinamide 400mg ▪ Ethambutol 400mg ▪ Streptomycine 1g 	<p>X X</p>	<p>X X X</p>

ITEMS	OUI	NON
❖ Quelles sont les associations ? <ul style="list-style-type: none"> ▪ RH (150mg – 100mg) ▪ EH (400mg – 150mg) 		X X
❖ Quelle est la durée du traitement d'un patient tuberculeux ? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8 mois ▪ autres 	X	
❖ Comment se déroule la prise en charge des cas ? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Première phase intensive ▪ Deuxième phase de continuation 		X X
❖ Quels sont les différents schémas thérapeutiques ? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 RHZE / 6 EH ▪ 2 SRHZE/1 RHZE/5 EH 		X X
❖ Quand fait on les contrôles des BAAR ? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2^e mois ▪ 5^e mois ▪ 7^e mois ▪ fin de traitement 	X X X X	
❖ Où les faites vous ? _____ _____ <p style="text-align: center;">CSGK au Fann</p>		
❖ Que faites vous si le traitement est encore positif (au 2 ^e mois , au 3 ^e mois, au 5 ^e mois) _____ _____ _____ _____ _____ <p style="text-align: center;">le protocole est appliqué au niveau du CSGK</p>		

B

ITEMS	OUI	NON
<p>❖ Que faites vous en cas d'apparition de réactions allergiques ?</p> <p>referer au chef de poste</p>		
<p>❖ Quels sont vos rapports avec le centre de référence ?</p> <ul style="list-style-type: none">- diagnostic- protocoles thérapeutiques- contrôle- p.		
<p>III. Identifier les différentes contraintes dans la prise en charge des cas</p> <ul style="list-style-type: none">- Motivation des agents- le personnel formé n'est pas le niveau requis pour assurer le p.e.c		

Annexe 6 : Questionnaire de l'étude sur l'Amélioration de l'Observance du traitement de la tuberculose au Sénégal

FICHE DE RECRUTEMENT

Centre de santé : Nom : _____

N° |__|__|

Numéro d'identification du patient: |__|__| |__|__|__|

n°centre n° d'ordre

Date de recrutement : |__|__| . |__|__| . |__|__|__|

Jour mois année

I. ETAT CIVIL

Prénom: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Date de naissance: |__|__| . |__|__| . |__|__|__|

Jour mois année

à : _____

Age : |__|__| années

Sexe: |__|/ (1= masculin ; 2= féminin)

Adresse actuelle précise :

Rue, Boulevard ou Avenue : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Quartier : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Village : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Chez (domicile): |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Téléphone : |__|__|__|__|__|__|

Profession : _____

Situation matrimoniale : |__| (1=célibataire ; 2 = marié ; 3 = divorcé ; 4 = veuf)

II. SIGNES CLINIQUES

Pour les questions suivantes, remplir à chaque fois par 1= oui ; 2 = non

Toux : |__| depuis quand? |__|__| semaines

Expectorations : |__|

Douleur thoracique : |__|

Dyspnée : |__|

Hémoptysie : |__|

Fièvre : |__|

Amaigrissement : |__|

Perte d'appétit : |__|

Fatigue: |__|

Poids: |__|__|__|, |__| Kg

Température: |__|__|. |__| °C

Autres signes (à préciser): _____

III. ANTECEDENTS FAMILIAUX

Tuberculose : / _ / (1 = oui ; 2 = non)
Si oui qui ? _____
quand ? / _ / _ / _ / _ / (Préciser l'année de la maladie)

IV. PARACLINIQUE

a. **Bactériologie : examen des crachats** fait le | _ | _ | . | _ | _ | . | _ | _ | _ | _ | (date 1^{er} prélèvement)

- Premier échantillon : / _ / (0 = négatif ; 1= positif (+) ; 2= positif (++) ; 3= positif (+++) ou plus ; 9= non fait)
- Deuxième échantillon : / _ /
- Troisième échantillon : / _ /

b. **Parasitologie : goutte épaisse/ frottis sanguin** faits le | _ | _ | . | _ | _ | . | _ | _ | _ | _ |

- GE : / _ / (0 = négative ; 1= positive ; 9 = non faite)
- FS :
 - Type de parasite : _____
 - DP : / _ / _ / _ / _ / _ / / mm³ de sang

c. **Examen parasitologique des selles** fait le | _ | _ | . | _ | _ | . | _ | _ | _ | _ |

Résultat : / _ / (0 = négatif ; 1= positif ; 9 = non fait)
Si positif, parasite(s) isolé(s) : _____

d. **Radiographie pulmonaire** : faite / _ / (1 = oui ; 2 = non)
Si oui quand ? / _ / (1= avant l'examen des BAAR ; 2= en même temps ; 3= après)
date le : | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | _ | _ |

IV. TRAITEMENT

Date de la prescription	/ _ / _ . / _ / _ . / _ / _ / _ / _ /		
Régime prescrit	RH	Z	E
Doses (nombre de comprimés/jour)			

Traitement décentralisé : / _ / (1 = oui ; 2 = non)
Si oui à quel poste de santé ? _____
Nom de l'ICP : _____
Tel poste de santé : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

DEUXIEME MOIS (M2)

Date: |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|

I. Clinique

Poids: |_|_|_|_|, |_|_| kg

Température: |_|_|. |_|_| °C

II. Paraclinique

a. **Bactériologie : examen des crachats** : fait le |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|

- *Contrôle* : |_|_| (0 = négatif ; 1= positif (+) ; 2= positif (++)
3= positif (+++) ou plus ; 9= non fait)

b. **Parasitologie : goutte épaisse/ frottis sanguin** faits le |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|

- *GE* : |_|_| (0 = négative ; 1= positive ; 9 = non faite)
- *FS* :
 - *Type de parasite*: _____
 - *DP* : |_|_|_|_|_|/ mm³ de sang

c. **Examen parasitologique des selles** fait le |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|

Résultat : |_|_| (0 = négatif ; 1= positif ; 9 = non fait)

Si positif, parasite(s) isolé(s) : _____

III. Traitement

a. **Arrêt traitement** : |_|_| (1 = oui ; 2 = non)

Si oui pendant combien de jours : |_|_|_| jours

Motifs : |_|_| (1 = pense qu'il est guéri, 2 = effets indésirables,
3 = n'a pas confiance dans le traitement,
4 = problèmes financiers, 5 = autres)

Si autres (préciser) : _____

b. **Relancé** : |_|_| (1 = oui ; 2 = non)

Si oui combien de fois: |_|_|_| fois

c. **Effets secondaires** : |_|_| (1 = oui ; 2 = non)

Si oui préciser lesquels : _____

d. **Passage à la phase de continuation** : |_|_| (1 = oui ; 2 = non)

Si non pourquoi ? _____

**FICHE DE SUIVI
PHASE DE CONTINUATION
CENTRE DE SANTE**

Centre de santé : Nom : _____

N° |__|__|

Numéro d'identification du patient: |__|__| |__|__|__|

n°centre n° d'ordre

I. ETAT CIVIL

Prénom: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Age : |__|__| *années*

Date de début du traitement : |__|__|. |__|__|. |__|__|__|

Adresse actuelle précise :

Rue, Boulevard ou Avenue : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Quartier : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Village : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Chez (domicile): |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Téléphone : |__|__|__|__|__|__|

	3 ^e mois	4 ^e mois	5 ^e mois
Dates			
I. Clinique			
a. Poids	_ _ _ _ , _ _ Kg	_ _ _ _ , _ _ Kg	_ _ _ _ , _ _ Kg
b. Température	_ _ _ . _ _ °C	_ _ _ . _ _ °C	_ _ _ . _ _ °C
II. Para clinique			a. Bactériologie : examen des crachats Contrôle : _ _ (0 = négatif 1= positif (+); 2= positif (++) ; 3= positif (+++) ou plus; 9= non fait)
			b. Parasitologie : GE/FS - GE : _ _ (0 = négative ; 1= positive; 9 = non faite) - FS : type de parasite : _____ DP : _ _ _ _ _ _ _ /mm ³ de sang
III. Traitement			
a. Arrêt	_ _ (1=oui ; 2=non)	_ _	_ _
Si oui pendant combien de jours ?	_ _ _ (jours)	_ _ _ (jours)	_ _ _ (jours)
Motif d'arrêt (1 = pense qu'il est guéri 2 = effets indésirables 3 = n'a pas confiance dans le traitement 4 = problèmes financiers 5 = autres)	_ _	_ _	_ _
Si autres préciser	_____	_____	_____
b. Relancé	_ _ (1=oui ; 2=non)	_ _ (1=oui ; 2=non)	_ _ (1=oui ; 2=non)
Si oui combien de fois	_ _ _ (fois)	_ _ _ (fois)	_ _ _ (fois)
IV. Evolution			
a. Perdu de vue	_ _ (1=oui ; 2=non)	_ _ (1=oui ; 2=non)	_ _ (1=oui ; 2=non)
b. Reprise de traitement	_ _	_ _	_ _
c. Transféré Si oui lieu	_ _	_ _	_ _
d. Décès Si oui date de décès	_ _	_ _	_ _

e. Echec			_
	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois
Dates			
I. Clinique			
a. Poids	_ _ _ _ , _ Kg	_ _ _ _ , _ Kg	_ _ _ _ , _ Kg
b. Température	_ _ . _ °C	_ _ . _ °C	_ _ . _ °C
II. Para clinique			a. Bactériologie : examen des crachats Contrôle : _ (0 = négatif 1= positif (+); 2= positif (++) ; 3= positif (+++) ou plus; 9= non fait)
			b. Examen parasitologique des selles Résultat : _ (0 = négatif; 1= positif; 9 = non fait) Si positif parasite(s) isolé(s) : _____ _____
III. Traitement			
c. Arrêt	_ (1=oui ; 2=non)	_	_
Si oui pendant combien de jours ?	_ _ (jours)	_ _ (jours)	_ _ (jours)
Motif d'arrêt (1 = pense qu'il est guéri 2 = effets indésirables 3 = n'a pas confiance dans le traitement 4 = problèmes financiers 5 = autres)	_	_	_
Si autres préciser	_____	_____	_____
d. Relancé	_ (1=oui ; 2=non)	_ (1=oui ; 2=non)	_ (1=oui ; 2=non)
Si oui combien de fois	_ _ (fois)	_ _ (fois)	_ _ (fois)
IV. Evolution			
a. Perdu de vue	_ (1=oui ; 2=non)	_ (1=oui ; 2=non)	_ (1=oui ; 2=non)
b. Reprise de traitement	_	_	_
c. Transféré Si oui lieu	_	_	_
	_____	_____	_____
d. Décès Si oui date de décès	_	_	_
	_____	_____	_____
e. Echec	_	_	_
	_____	_____	_____

	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois
<u>DATES</u>				
<u>I. CLINIQUE</u>				
b. Poids	/__/__/__,/__/ Kg	/__/__/__,/__/ Kg	/__/__/__,/__/ Kg	/__/__/__,/__/ Kg
b. Température	/__/__/./__/ °C	/__/__/./__/ °C	/__/__/./__/ °C	/__/__/./__/ °C
<u>II. TRAITEMENT</u>				
c. Suivi	_____ (cocher une case tous les 15 jours si le malade prend sa dotation de médicaments)	_____ (cocher une case tous les 15 jours si le malade prend sa dotation de médicaments)	_____ (cocher une case tous les 15 jours si le malade prend sa dotation de médicaments)	_____ (cocher une case tous les 15 jours si le malade prend sa dotation de médicaments)
d. Arrêt Traitement	/__/ (1=oui ; 2=non)			
Si oui pendant combien de jours ?	/__/__/ (jours)	/__/__/ (jours)	/__/__/ (jours)	/__/__/ (jours)
Motifs d'arrêt (1 = pense qu'il est guéri, 2 = effets indésirables, 3 = n'a pas confiance dans le traitement, 4 = problèmes financiers, 5 = autres)	/__/	/__/	/__/	/__/
Si autres préciser				
c. Relancé	____ (1=oui ; 2=non)			
Si oui combien de fois ?	____/ (fois)	____/ (fois)	____/ (fois)	____/ (fois)
d. Effets secondaires	/__/ (1=oui ; 2=non)	/__/ (1=oui ; 2=non)		
Si oui préciser lesquels				
<u>IV. Evolution</u>				
a. Perdu de vue	/__/ (1=oui ; 2=non)			
b. Reprise de traitement	/__/	/__/	/__/	/__/
c. Transféré Si oui lieu	/__/	/__/	/__/	/__/
d. Décès Si oui date de décès	/__/	/__/	/__/	/__/
e. Echec	/__/	/__/	/__/	/__/

FICHE RECAPUTILATIVE

Centre de santé : Nom : _____

N° |__|__|

Poste de santé : _____

Nom de l'enquêteur : _____

ETAT CIVIL

Numéro d'identification du patient: |__|__| |__|__|__|

n°centre n° d'ordre

Prénom: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Age : |__|__| années

TRAITEMENT

Date de début du traitement : |__|__|. |__|__|. |__|__|__|__|

Suivi du traitement : |__|/ (1 = centre de santé, 2 = poste de santé)

Supervision du traitement : |__|/ (1=Personnel de santé; 2= ASC ; 3= Malade lui-même ; 4= Membre de la famille ; 5= Membre entourage ; 6= Membre communauté)

RESULTATS DU TRAITEMENT

Remplir à chaque fois par 1= oui ou 2 = non

Guéri: |__|/

Traitement terminé : |__|/

Reprise de traitement : |__|/

Echec : |__|/

Perdu de vue : |__|/ Si oui depuis combien de mois ? |__|/__|/ mois

Transféré : |__|/ Si oui où ? _____

Décédé : |__|/ Si oui date de décès : |__|__|. |__|__|. |__|__|__|__|

Observance du traitement :

Nombre total de jours d'arrêt de traitement : |__|__|__|/ (jours) Note : |__|/

Nombre de fois que le malade a été relancé : |__|__|/ (fois) Note : |__|/

Score final: |__|/ (score 0 = très bonne observance
score entre 1 et 2 = bonne observance
score entre 3 et 5 = observance moyenne
score entre 6 et 8 = mauvaise observance)

Abstract: Emergence of caring function. Professionnal reconfigurations and health policies about tuberculosis treatment in Senegal

Several publications in Europe and Africa have dealt of medical profession. Based on description of the professionnal categories or medecine construction, these studies have shown little interest to the range of professionnal groups and their interactions. In Senegal, medecine dit not build itself gradually. It was copied on the occidental model that actors hailed to reproduce.

Meanwhile, reforms and health policies gave way to non professionnal agents emergence in the health field. Their implication in medical activities that were kept for health staff contributed to the redefinition of medical profession content.

The current structuration of health personnel and the conditions of medecine practices by the tasks delegation principle to different profil agents. The profession sense is distorts: non professional agents give health care, hold function. In short, they fulfill the job of nursing and want to be recognised and treated so.

Concerning tuberculosis management in Senegal, the medical profession concept does not seem to be very operational. We see the emergence of caring function structuring itself and acquired expertise.

By joining anthropological approaches, historical sources and medical profession analysis, this work provides a different look on the construction of health profession through the management of a stigmatizing disease, as tuberculosis.

Key Words: medical profession; caring function; tuberculosis; health care workers; public and health policies; anthropology