

TOUT LE MONDE FAIT TOUT... MAIS CHACUN POUR SOI !

DES PRESTATAIRES NON ORGANISÉS AU DÉBUT DE L'INTERVENTION

Marc-Éric Gruénais*, Fatoumata Ouattara** & Fernand Bationo***

INTRODUCTION

Un des objectifs du projet Aquasou a notamment porté sur la mise en réseau de l'ensemble des maternités des districts choisis et en l'occurrence, pour le Burkina Faso, du district sanitaire du secteur 30. « Mise en réseau » signifiait, entre autres, que les personnels de santé des maternités des centres de santé périphériques, en cas de menace de complication obstétricale, devaient adresser la parturiente au centre de santé de référence, soit le centre médical d'arrondissement du secteur 30, qui disposait du plateau technique (bloc opératoire) et du personnel qualifié (gynécologues et anesthésistes notamment) afin de pouvoir intervenir chirurgicalement en urgence si besoin, pour sauver la femme et/ou l'enfant. Les femmes du district avaient un droit à l'évacuation et à l'intervention chirurgicale dans la mesure où l'ensemble de la prise en charge des complications obstétricales était subventionné, en partie par le comité de gestion du centre de santé dont elles relevaient. Cela supposait que les personnels de santé aient été suffisamment formés pour référer à bon escient, et que tous ceux du district sanitaire aient été disponibles et prêts à faire bénéficier les femmes des avantages proposés dans le cadre du projet. En d'autres termes, il convenait d'instaurer une complémentarité entre les niveaux de soins et une volonté de coopération entre les équipes soignantes, mais aussi au sein de celles-ci. Or, les relations entre personnels soignants sont apparues souvent conflictuelles.

Nous ferons état dans ce chapitre de la situation au début du projet Aquasou. Précisons immédiatement que, à mesure que le projet avançait, certains pro-

* Anthropologue, professeur à l'Université de Bordeaux, Faculté d'anthropologie sociale-ethnologie, Bordeaux, France.

** Anthropologue, chargée de recherche, Aix-Marseille Université, IRD, LPED, Marseille, France.

*** Anthropologue, enseignant au département de sociologie de l'Université de Ouagadougou, Burkina Faso.

blèmes que nous évoquerons plus loin ont été résolus ou du moins apaisés. Néanmoins, les situations que nous allons décrire sont peu spécifiques et peuvent encore, peu ou prou, se retrouver aujourd'hui dans d'autres contextes. Elles sont illustratives des dynamiques et des tensions qui existent préalablement à un projet et qui peuvent parfois être exacerbées par la mise en place de celui-ci, du fait notamment des très grandes disparités de statut des personnels et des centres de santé au sein d'un même district sanitaire. Ces disparités dont nous ferons état permettent de revenir sur la notion « d'équipe soignante ».

STATUTS ET QUALIFICATIONS DES PERSONNELS CONTRIBUANT AUX ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS

La composition des équipes soignantes des maternités varie en quantité mais aussi en qualité, si l'on peut dire. Sans surprise, c'est au sein de la structure de référence que le nombre et la diversité des personnels sont les plus importants : gynécologues obstétriciens, anesthésistes, médecins, sages-femmes, infirmiers, accoucheuses auxiliaires¹, mais aussi laborantins, pharmaciens, personnels administratifs et d'entretien. Les autres centres de santé du district ne sont pas médicalisés. Dans les structures du milieu rural, outre des infirmiers et des accoucheuses auxiliaires, on trouvait aussi parfois des agents itinérants de santé (AIS), soit des personnels ayant, à l'instar des accoucheuses auxiliaires, bénéficié d'une formation de deux ans, et qui sont dédiés prioritairement aux « stratégies avancées » de prévention (vaccination, sensibilisation, surveillance nutritionnelle, notamment). Il convient de ne pas oublier, parmi les personnels travaillant dans les structures de soins et bénéficiant d'une formation formelle, les stagiaires provenant des institutions de formation et souvent utilisés comme personnels d'appui pour les tâches subalternes.

Dans les maternités périphériques, exercent aussi parfois des « matrones », soit des femmes formées sur le tas qui aident aux accouchements, des « filles de salle », dont le rôle est censé se limiter à des travaux d'entretien, éventuellement d'aides-soignantes, théoriquement sans compétence aucune pour contribuer à des gestes médicaux, et souvent en milieu rural des « accoucheuses villageoises » (l'équivalent de ce que l'on appelle « accoucheuses traditionnelles » dans d'autres contextes), soit des femmes issues de la communauté, parfois non scolarisées. Certaines ont bénéficié d'une formation rudimentaire à des règles d'hygiène et à des gestes simples pour assister les parturientes en cas

1. Le terme « accoucheuses auxiliaires » désigne des personnels ayant suivi deux ans de formation spécifique pour la réalisation des accouchements « simples ». Il s'agit du niveau de qualification le moins élevé, en-deçà du statut d'infirmier, le recrutement pouvant s'effectuer à partir du niveau de fin de collège (3^{ème}).

d'accouchement à domicile. Ces trois derniers « métiers » (fille de salle, matrone, accoucheuse villageoise), on l'aura compris, ne correspondent pas à des formations formelles dispensées dans des écoles, et si on les retrouve dans et/ou autour des maternités, ils correspondent à des personnes qui, la plupart du temps (toujours pour les matrones et les accoucheuses villageoises, le plus souvent pour les filles de salle) ne sont pas des agents de l'État.

Cette dernière remarque nous ouvre à une autre dimension des différences de statut des personnels dont l'hétérogénéité dépend des employeurs et/ou du statut des structures où ils travaillent. Dans le contexte du secteur 30, les personnels aux qualifications les plus élevées (infirmiers, sages-femmes, médecins, gynécologues obstétriciens, techniciens et administratifs) sont des agents de l'État. Les accoucheuses auxiliaires sont, selon les structures, soit des agents de l'État, soit des personnels communaux. Les filles de salle, elles aussi, peuvent avoir pour employeur la commune, ou parfois la structure de soins elle-même ou, pour être plus précis, le comité de gestion du centre de santé. Du fait de l'Initiative de Bamako, les structures périphériques publiques « gardent » une partie des recettes qu'elles génèrent, liées au paiement par les patients des consultations et, au début du projet Aquasou, au paiement des accouchements (soit des sommes forfaitaires relativement modiques), et surtout de la vente des médicaments. Ces recettes sont gérées par un comité de gestion attaché à chaque structure composé de ses personnels mais aussi de représentants de la communauté et servent, selon les cas, au réapprovisionnement de sa pharmacie, à l'achat de consommables (par exemple produits d'entretien), au versement de primes (appelées « ristournes » ou « motivations »), ou encore à la rémunération de personnels subalternes (filles de salle)². Les matrones ne sont jamais des agents de l'État ou des communes, mais sont toujours rémunérées par les structures qui les emploient. Enfin, les prestations des accoucheuses villageoises ne sont pas tarifées mais, à l'instar des matrones, lorsqu'elles travaillent dans la structure même, elles reçoivent « quelque chose » du centre de santé.

Les structures de santé de base, elles-mêmes, peuvent avoir des statuts différents. La majorité d'entre elles sont publiques, certaines relèvent d'une gestion totalement privée mais à but non lucratif (centres de santé confessionnels).

-
2. Aujourd'hui largement remise en cause, l'Initiative de Bamako, lancée en 1987 conjointement par l'OMS et l'UNICEF et adoptée par l'ensemble des ministres de la santé africains, prévoyait un autofinancement communautaire partiel des soins de santé primaire avec diverses justifications : compenser le sous-financement de la santé par l'État, assurer le réapprovisionnement en médicaments du centre de santé, responsabiliser la communauté à l'égard des soins de santé, disposer d'une gestion financière autonome pour faire face à différents frais de fonctionnement du centre de santé, etc. Pour une présentation générale de cette Initiative et de ses limites, on pourra se reporter, par exemple, à Y.A. Flori et S. Tizio (1997).

Précisons ici que les centres de santé périphériques sont organisés en deux entités bien distinctes, aussi bien au niveau des locaux, que des personnels et des activités. Le dispensaire est dirigé par un infirmier chef de poste qui est aussi le responsable de l'ensemble du centre de santé, et qui s'occupe des consultations curatives et de la mise en œuvre des activités de la majorité des programmes de prévention du Ministère de la santé (vaccination, nutrition, etc.). La maternité est gérée par une sage-femme ou à défaut par une accoucheuse auxiliaire dont le supérieur hiérarchique immédiat est l'infirmier chef de poste, qui s'occupe bien évidemment des accouchements normaux, mais aussi de toutes les activités ayant trait à la santé reproductive (essentiellement planning familial et prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant).

Les Centres de santé et de promotion sociale (CSPS), appellation officielle des centres de santé périphériques au Burkina Faso, avec leurs deux composantes, constituent les structures de santé de base, soit le premier niveau de la pyramide sanitaire et aussi le premier niveau de contact d'une offre de soins pour la population. Ils sont chargés de mettre en œuvre les soins de santé primaires. Dans certains cas, le dispensaire relève du Ministère de la santé, et la maternité, de la commune. Ce cas de figure introduit un élément de complexité dont nous verrons les conséquences ci-dessous. Un autre élément de complexité, toujours à ce même niveau des centres de santé de base, est représenté par le statut totalement privé de certains d'entre eux, en l'occurrence les structures de santé confessionnelles. Des agents de l'État sont fréquemment affectés dans ces structures de santé confessionnelles qui ont donc reçu une délégation de service public, avec droits et devoirs équivalents à ceux des structures étatiques, bénéficiant de certains avantages du fait notamment de l'appui parfois important de personnels de la fonction publique qui y sont affectés, mais qui ressortissent à une gestion autonome.

Nous avons évoqué ci-dessus une distinction entre milieu urbain et milieu rural, également importante à prendre en compte non seulement du fait d'une différence, là aussi en quantité et en qualité, des personnels composant les équipes, mais aussi, ce qui en découle, à une différence quant au volume d'activités. Les districts de santé de la région sanitaire du Centre (dont fait partie le district sanitaire du secteur 30) s'organisent géographiquement en territoires qui partent du centre de la ville de Ouagadougou et se prolongent en arcs de cercle incluant des localités totalement rurales situées jusqu'à une quarantaine de kilomètres de la structure de référence qu'est le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) du secteur 30. Plus précisément, les deux bornes extrêmes sont représentées, d'une part par une maternité d'une structure confessionnelle

placée au cœur de la capitale qui réalisait 8 000 accouchements par an³, bénéficiait du service de 14 sages-femmes, deux accoucheuses auxiliaires et nombre de matrones, et d'autre part par une petite maternité rurale qui avait ouvert ses portes en février 2004. Celle-ci n'avait réalisé que 26 accouchements pendant la période allant jusqu'à fin août 2004, soit entre deux et quatre accouchements par mois, grâce alors à l'activité d'une seule accoucheuse auxiliaire. Entre ces deux extrêmes se répartit un gradient de maternités allant d'une activité de 200 à 250 accouchements par mois pour le milieu urbain avec des équipes relativement étoffées de sages-femmes et d'accoucheuses auxiliaires, à des maternités rurales qui réalisent de 20 à 30 accouchements par mois et où on trouve des équipes composées uniquement d'accoucheuses auxiliaires et d'accoucheuses villageoises.

L'organisation des systèmes de santé locaux de base peut donc s'avérer particulièrement complexe eu égard à la diversité des statuts, tant des personnels de santé que des centres de santé. Au sein d'une même maternité se côtoient des infirmiers, des sages-femmes, des accoucheuses auxiliaires, des matrones, des filles de salle, et parfois des accoucheuses villageoises. Tous ces personnels concourent à proposer des accouchements assistés (sous-entendu par du personnel qualifié) dans le cadre d'une stratégie globale de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales. Les accoucheuses villageoises, habituellement appelées accoucheuses traditionnelles, sont supposées participer à cette stratégie alors même que leur contribution effective à la réduction de la mortalité et de la morbidité est très largement sujette à caution⁴. Que l'on nous permette une digression à ce sujet.

Le message régulièrement adressé aux accoucheuses villageoises par les autorités de santé burkinabè est de ne pas aider les femmes à accoucher à domicile mais de contribuer à les référer à des centres de santé, de telle sorte que l'enfantement soit assisté par du personnel réellement qualifié. Il n'empêche que, en pratique, il existe des accoucheuses villageoises qui ont bénéficié d'une formation rudimentaire, et qui sont bien identifiées, connues et reconnues par les systèmes de santé locaux. Celles-ci sont largement considérées en milieu rural comme des supplétifs du système de santé lorsque les femmes ne se sont pas rendues ou n'ont pas voulu se rendre dans un centre de santé pour accoucher.

3. En 2003, 5 438 accouchements ont été réalisés dans cette maternité. Un médecin italien qui s'occupait notamment de la maternité de cette structure de soins déclarait qu'elle réalisait entre 750 et 600 accouchements par mois.

4. En Malaisie, une étude réalisée en 1981 relevait que 18 à 20 % des morts maternelles concernaient des femmes dont les accouchements avaient été assistés par des accoucheuses traditionnelles (Sundari, 1992 : 514). Sur la question du difficile apport des accoucheuses traditionnelles à la réduction de la mortalité maternelle, on pourra se reporter notamment à S. Bergström et E. Goodburn (2001).

Les systèmes de santé locaux distinguent les accouchements « non assistés » à domicile de ceux « assistés » à domicile, ces derniers l'ayant été par des accoucheuses villageoises. Dans le cadre des accouchements « assistés » à domicile, l'accoucheuse villageoise aide la femme à accoucher chez elle, coupe ou non le cordon ombilical et l'accompagne dans une maternité périphérique pour que le personnel de santé termine les premiers soins à donner à la parturiente et au bébé. Ces accouchements « assistés » à domicile donc, qui se terminent dans une maternité, sont plutôt assimilés par les personnels de santé à des accouchements réalisés dans le cadre du système de santé, contrairement à ceux qui sont « non assistés » à domicile.

Précisons enfin que des accoucheuses villageoises sont parfois présentes au sein même des maternités. Sans vouloir ériger ici les accoucheuses villageoises en « personnels de santé », les situations observées nous amènent donc à les considérer comme des acteurs du dispositif de santé officiel, apportant leur contribution aux accouchements assistés par du « personnel qualifié », tout comme les filles de salle qui sont des agents non formés et destinés prioritairement à l'entretien.

En effet, à titre d'exemple, le relevé du planning des tours de garde dans une maternité périphérique de Ouagadougou attestait des configurations suivantes :

- une sage-femme et une accoucheuse auxiliaire ;
- deux accoucheuses auxiliaires ;
- une sage-femme et une fille de salle ;
- une accoucheuse auxiliaire et une fille de salle.

En théorie, lorsqu'il y a présence de sages-femmes dans les structures de soins, seules celles-ci sont censées être habilitées à réaliser les accouchements, avec l'aide d'un personnel moins qualifié. Dans les faits, eu égard à l'argument régulièrement avancé du manque de personnel, les accouchements dans ces structures où des sages-femmes sont présentes peuvent être entièrement confiés à des accoucheuses auxiliaires, mais également à des personnels non formés aux soins comme les filles de salle. Lorsque l'on interroge ces dernières sur leur rôle et leur qualification, elles précisent en général, d'une part, qu'elles ne participent pas directement à la délivrance et, d'autre part, que l'habitude d'assister aux accouchements a fini par leur donner certaines aptitudes.

Pour conclure sur ce point consacré aux statuts des professionnels de santé qui participent aux accouchements assistés, signalons que beaucoup ayant accédé au statut informel de « matrones », et qui ont pris part à la délivrance, sont d'anciennes filles de salle. Du gynécologue obstétricien à l'accoucheuse traditionnelle, c'est donc tout un ensemble d'agents aux qualifications et aux

statuts pour le moins très variés qui contribuent aux accouchements assistés⁵.

« TOUT LE MONDE FAIT TOUT ! »

Dans les maternités périphériques, une fois précisées la composition et l'organisation des équipes dédiées aux accouchements, à la question de savoir qui participe effectivement à ceux-ci, revient comme une antienne : « Tout le monde fait tout ! » Le manque de personnel, les situations d'urgence, notamment la nuit, justifient que, en théorie, du « maître des lieux » qu'est l'infirmier chef de poste – qui s'occupe plutôt du dispensaire et des relations avec la hiérarchie (district) – jusqu'aux filles de salle et aux accoucheuses villageoises, tous ceux gravitant autour du centre de santé sont susceptibles d'aider aux accouchements. En pratique, il n'y a là rien de très anormal ou de choquant puisque, dans la très grande majorité des cas, les délivrances se déroulent dans de bonnes conditions, y compris sans aucune assistance qualifiée comme l'atteste le très grand nombre d'accouchements à domicile de par le monde pour le plus grand bien de la mère et de l'enfant. Dans cette mesure, une assistance minimale, quelle qu'elle soit et quel que soit le niveau de qualification de la personne qui assiste, ne peut être que la bienvenue, à condition qu'aucune complication n'intervienne.

Certains personnels désormais affectés en milieu urbain n'hésitent d'ailleurs pas à valoriser la polyvalence dont ils devaient obligatoirement faire preuve lorsqu'ils étaient préalablement en poste en milieu rural. Les conditions de travail y étaient plus difficiles, les situations d'urgence davantage génératrices de stress, mais l'activité était présentée comme plus intéressante, du fait de la multiplicité et de la diversité des tâches à accomplir en raison des équipes réduites, de la pauvreté des populations, de la nécessité de devoir « se débrouiller avec les moyens du bord » et de faire face à des situations extrêmes. C'est ce qui donne tout son sens à l'activité soignante : le sentiment d'avoir réellement contribué à « sauver des vies ». Sans remettre en cause la sincérité de tels propos, on peut néanmoins se demander, à partir des observations faites, si ce type de discours qui souligne combien « c'était mieux avant » surtout « lorsque l'on avait tout à faire », ne relève pas aussi du discours convenu, notamment pour les personnels les plus qualifiés, soit les sages-femmes.

5. Nous n'avons pas documenté précisément la contribution des gardiens des centres de santé aux accouchements, mais ce cas de figure n'est pas nécessairement à exclure si l'on en juge par des visites que nous avons pu faire dans des centres de santé périphériques dotés de maternité où la seule personne présente était le gardien, et dont nous avons appris par ailleurs que, faute de présence des personnels de santé affectés dans le centre, il pouvait contribuer à donner quelques soins.

L'affectation en ville, et surtout dans la capitale, constitue bien souvent pour les personnels de santé de la fonction publique un aboutissement dans une carrière. Les conditions de vie en milieu rural sont souvent difficiles, en matière de logement, d'alimentation, et l'environnement humain composé en majorité de paysans analphabètes est jugé peu stimulant. On est loin des sphères de décision, des lieux de réunion et de formation. L'offre de biens de consommation est très réduite, et la population est trop pauvre pour envisager des rentrées financières annexes (liées à des activités commerciales en tout genre, voire à des activités soignantes « privées »), qui peuvent venir compléter sensiblement le salaire très bas de la fonction publique. Si les deux membres d'un couple ont une activité salariée ou rémunératrice, il est rare que l'homme et la femme puissent conjointement réaliser leurs activités en milieu rural. Par ailleurs, l'offre scolaire n'encourage pas à garder auprès de soi les enfants qui grandissent. Mais si le travail relativement isolé en milieu rural pouvait être plus intéressant que celui dans des équipes plus importantes du milieu urbain et dans des centres mieux équipés, la vie quotidienne y était beaucoup plus compliquée.

L'affectation en milieu urbain, après avoir passé nombre d'années difficiles en milieu rural et loin des siens, constitue bien un aboutissement, faisant souvent suite à des successions de demandes de changement d'affectation, en particulier pour regroupement familial en ce qui concerne les femmes⁶.

Dès lors, lorsque on est sage-femme en milieu ou en fin de carrière, que l'on arrive à la capitale, après avoir fait ses preuves maintes fois en milieu rural puis dans des villes secondaires, la charge de travail attendue ne saurait être de même nature que celle des plus jeunes. Les plus gradées espèrent avoir moins d'astreintes, moins de gardes, et dans la mesure du possible moins d'exposition à des risques d'intervention en urgence. Ne plus être confrontées aux situations d'accouchement figure parfois parmi les attentes des sages-femmes qui finissent par arriver dans une maternité du milieu urbain, préférant de loin s'adonner aux consultations prénatales, voire à réaliser un travail administratif. En milieu urbain, les accoucheuses auxiliaires reprochent régulièrement aux sages-femmes de préférer l'administration et les consultations prénatales, pendant la journée, au travail en salle d'accouchement, notamment la nuit⁷.

6. Précisons que ces situations n'ont rien de spécifique aux personnels des maternités du Burkina Faso.

7. Lorsqu'il a été décidé que la maternité de l'hôpital de district serait exclusivement dédiée à la prise en charge des références obstétricales, et donc d'abandonner les consultations prénatales, les réactions des sages-femmes de cette structure furent particulièrement négatives, puisque celles-ci étaient dès lors contraintes de renoncer au « confort » des consultations prénatales pour devoir se consacrer uniquement à la prise en charge des urgences et des opérées.

Les relations entre sages-femmes et accoucheuses auxiliaires sont souvent très tendues ; « elles sont comme des coépouses » entend-on régulièrement. Les secondes ont le sentiment de faire tout le travail et d'être traitées comme les domestiques des premières. Lorsqu'une parente ou une connaissance d'une accoucheuse auxiliaire vient dans la structure pour enfanter, rapportent des accoucheuses auxiliaires, les sages-femmes ne veulent pas s'en occuper, laissant la parturiente aux seuls soins de l'accoucheuse auxiliaire. Les relations se tendent encore davantage lorsque sages-femmes et accoucheuses auxiliaires n'ont pas le même employeur. Dans des structures confessionnelles qui ont des missions de service public, comme nous l'avons déjà signalé, des sages-femmes de la fonction publique peuvent côtoyer des accoucheuses auxiliaires ou des matrones employées par la structure. Pour les responsables de ces unités, les secondes sont plus faciles à diriger, et ils leur confient parfois des responsabilités qui sont jugées comme relevant des prérogatives des premières (par exemple, la responsabilité de la salle d'accouchement à certains moments de la journée, ou encore des suites de couches). Mais l'employeur n'est pas contraint par les conventions collectives de la fonction publique envers les secondes, et n'est donc pas tenu de leur verser les avantages (en particulier les primes) prévus par ces conventions, ce qui crée bien évidemment un sentiment d'injustice entre les deux catégories. Dans ce cas de figure, il apparaît bien que la gestion des personnels aiguise des tensions *a priori* déjà vives entre ces deux corps de métier.

En milieu rural, dans des centres de santé au personnel réduit, les collaborations ne sont pas nécessairement meilleures. La maternité, très souvent placée sous la responsabilité d'une accoucheuse auxiliaire, constitue une entité séparée du dispensaire au sein du même centre de santé, l'ensemble, comme on l'a vu, étant placé sous la direction d'un infirmier chef de poste. Celui-ci intervient peu dans les activités de la maternité et, en cas de problème, les personnels de celle-ci évitent de faire appel à l'infirmier plus qualifié, surtout si le souci survient pendant une garde ou un week-end et si l'infirmier est rentré chez lui à Ouagadougou : qui va payer la communication pour appeler le soignant ? Surtout au cas où il faudrait utiliser un téléphone portable personnel. Si l'infirmier doit se déplacer de chez lui au centre de santé où il est affecté en dehors de ses heures de service, qui va prendre en charge son déplacement ? Il y a également toujours le risque que la personne plus qualifiée se déplace pour rien, soit parce que l'accouchement aura déjà eu lieu, soit parce que la parturiente, lasse d'attendre, sera repartie (pour aller accoucher chez elle ou se rendre directement à une structure de référence). Faire appel à un personnel plus qualifié c'est aussi, éventuellement, souligner l'absence de ce personnel à son poste, c'est donc à terme s'exposer à des représailles de la part de la personne qui aura ainsi été identifiée comme n'ayant pas été à son poste. Mieux vaut donc ne pas faire appel à ce supérieur hiérarchique s'il n'est pas sur place.

Là aussi, la différence d'employeur, qui peut être liée à la différence de statut entre les unités (dispensaire et maternité) du centre de santé, peut contribuer à freiner les collaborations. Comme nous l'avons déjà signalé, au sein d'un même centre de santé, la maternité peut être communale, et le dispensaire relever du Ministère de la santé. L'infirmier chef de poste, responsable du dispensaire, pourra être d'autant moins enclin à intervenir dans les activités de la maternité en cas de besoin qu'il n'a guère de prise sur elle et sur ses employés.

Entre personnels de même statut, et notamment entre sages-femmes, une certaine complicité corporatiste peut se manifester, particulièrement dans leurs relations avec des supérieurs hiérarchiques (médecins, gynécologues obstétriciens, médecins chefs de district). Par exemple, lorsqu'une information médicale est mal ou n'est pas reportée dans le dossier, elles peuvent s'accorder autour du cas d'une parturiente qui a tardé à être prise en charge et qui a fini par accoucher seule dans la maternité, et déclarer qu'elle a accouché dans le taxi. Néanmoins, cette entente semble parfois de courte durée. S'il est rare qu'il y ait dénonciation entre pairs, un confrère peut laisser une sage-femme prendre, seule, la garde et venir motiver ultérieurement son absence par un certificat médical. Une dispute entre collègues ou encore le sentiment d'injustice lié à une nomination à la tête d'un service alors que l'on escomptait la place, peuvent se traduire par des retards systématiques pour relever l'équipe sortante de garde :

Par exemple aujourd'hui, une patiente attend pour une césarienne et les deux anesthésistes ne sont pas là. En fait, une des [anesthésistes] absentes voulait être la responsable de service parce qu'elle est la plus ancienne, mais on m'a choisie. Lors d'une réunion, le docteur a dit que l'ancienneté ne suffisait pas pour prétendre à la responsabilité. Il a dit devant tout le monde que [j'avais] dépensé mes unités [téléphoniques] pour le bloc, [que je m'étais] mobilisée pour aller chercher les fournisseurs...

(Propos d'une infirmière anesthésiste.)

Ceci manifestait donc l'engagement dans son travail qui méritait d'être récompensé.

D'une manière générale, dans toutes les structures, et entre toutes les catégories de personnels, les relations entre collègues sont plutôt présentées comme mauvaises, voire exécrables. « Nous sommes comme des œufs dans un même récipient ; on se touche sans se casser » nous disait un soignant pour caractériser les relations entre eux. « Tensions », « jalousies », « mesquineries », tels sont les termes qui reviennent régulièrement. De plus, une partie de la responsabilité de la mauvaise ambiance dans les équipes peut être imputée au responsable du service ou de la structure qui décide sans concertation, et que l'on soupçonne de fermer les yeux sur certains agissements des personnels les plus gradés.

En fait, pour minimiser les risques de conflit au sein des équipes, la meil-

leure stratégie mise en place est de limiter les contacts et la transmission d'informations surtout écrites. Quitter sa garde sans attendre l'équipe de relève ou du moins échanger le moins possible entre les deux équipes était une des manières de faire pour réduire les risques de friction. Une autre stratégie⁸ consiste à consigner le minimum d'informations par écrit pour éviter de laisser des traces de son activité qui pourraient amener les uns à porter un jugement sur le travail des autres. En cas de nécessité, un rapport oral pourra toujours être fait à un supérieur hiérarchique.

Tout le monde fait tout, mais surtout les catégories les moins qualifiées semble-t-il, et pour autant qu'il y ait respect de la hiérarchie. Très classiquement, les personnels relevant des catégories les moins élevées ont l'impression de faire davantage que ceux des catégories les plus élevées (ce qui n'est pas toujours faux), en gagnant moins. Le décalage s'avère grand entre les formations et la répartition officielle des tâches selon les qualifications et les situations de terrain.

Nombre d'accouchements se font sans la supervision de sages-femmes, y compris dans les maternités urbaines qui en comptent parmi leur personnel. Les accoucheuses auxiliaires, voire les matrones et les filles de salle sont amenées à poser des actes médicaux : accouchement, prescriptions, voire épisiotomie et utilisation du Syntocinon pour accélérer le travail. Mais comment pourrait-il en être autrement pour une accoucheuse auxiliaire qui se retrouve, seule, responsable d'une maternité sans toujours pouvoir compter sur l'aide de l'infirmier responsable du centre de santé ? Le manque de prestataires de santé ou les absences de certains pendant les gardes, l'urgence, l'expérience acquise en milieu rural, sont mis en avant pour justifier ces situations.

RÉFÉRER

Un des objectifs du programme Aquasou, rappelons-le, en cas de complication obstétricale, était entre autres la mise en réseau des maternités par une meilleure organisation de la référence des parturientes d'une maternité périphérique (non médicalisée) vers une structure de référence (médicalisée avec possibilité d'intervention chirurgicale et notamment de réalisation des césariennes).

Le programme avait été mis en place avant la décision de l'État burkinabè de couvrir à 80 % les coûts directs des césariennes. Le programme avait alors

8. On pourra citer à cet égard la quasi impossibilité sur tous les sites du programme Aquasou d'obtenir de la part des équipes des maternités, le remplissage en temps réel des programmes, outil de suivi de l'accouchement mais qui peut aussi constituer la preuve écrite d'une mauvaise surveillance du travail, ou encore de décisions prises trop tard.

prévu un dispositif de prise en charge partielle des frais liés à la réalisation d'une césarienne (transport, kits chirurgicaux, médicaments, examens de laboratoire) pour réduire la barrière financière (Ouedraogo *et al.*, 2008).

Référer à bon escient

En théorie, une référence en urgence doit être faite à bon escient, c'est-à-dire lorsque l'équipe réalisant la prise en charge initiale de la parturiente est dans l'impossibilité de faire face au problème (du fait du manque de qualification de l'équipe et/ou de l'absence du plateau technique adéquat). L'équipe qui réfère doit préciser un certain nombre d'informations médicales sur le cas concerné, le diagnostic ou du moins le ou les problèmes identifiés qui ont motivé le transfert et qui seront utiles à l'équipe qui recevra la femme enceinte. Dès lors, le savoir et les connaissances de l'équipe qui réfère seront exposés à des membres de l'équipe qui recevront la référence et qui sont en général d'une qualification supérieure à la première. Comme on l'a vu, l'équipe des maternités du milieu rural, notamment, est souvent composée de personnels ayant une formation de base (accoucheuses auxiliaires) ou sans formation formelle (filles de salle, matrones) avec des connaissances techniques limitées (ce qui n'a pas nécessairement de rapport avec un véritable savoir-faire acquis par la pratique). Des informations imprécises ou maladroitement rapportées dans la fiche de référence permettent souvent, à l'équipe qui la recevra, de minimiser à bon compte le travail de celle qui réfère⁹. Pour cette dernière, limiter l'information écrite permet alors aussi de réduire les risques de jugement de valeur de la part de l'équipe qui reçoit la référence.

Les équipes qui reçoivent les références considèrent souvent que les maternités périphériques évacuent trop et donc à mauvais escient, considérant que certains problèmes auraient pu être pris en charge localement. Les transferts augmentent la charge de travail des équipes des centres de référence, ce qui contribue à les rendre parfois peu réceptives à la prise en charge de certains cas qui se terminent par des accouchements normaux et qui, de ce fait, sont envisagés comme des cas qui auraient pu être réglés au niveau périphérique. La crainte des personnels des structures périphériques d'être critiqués par les équipes des structures de référence (parce que l'information médicale accompagnant la femme référée est mal consignée, ou parce que la femme aurait pu accoucher sans l'intervention des secondes), la difficulté d'organiser le transport de la parturiente de la structure périphérique vers la structure de référence, la

9. Considérer que ce qui a été fait initialement par l'équipe d'une structure périphérique est nul et non venu et qu'il convient de tout recommencer est une attitude récurrente parmi les équipes des services de référence, et que nous avons pu constater dans d'autres contextes, par exemple dans des hôpitaux au Maroc.

crainte de voir la femme mal reçue dans ce type de service au point qu'elle risque de retourner chez elle, ont amené certaines structures périphériques à limiter les évacuations.

Apprécier dans quelle mesure il y aurait trop de références est une question difficile à trancher. Ne vaut-il pas mieux « trop référer » et ne pas prendre de risque pour la femme et l'enfant par une prise en charge peu spécifique au niveau périphérique ? Améliorer la qualité des références a été l'un des objectifs du projet Aquasou par l'organisation de supervisions réalisées par des sages-femmes qui apportaient alors un soutien ciblé aux accoucheuses auxiliaires des maternités périphériques. En effet, il arrive que les supervisions des personnels des maternités soient effectuées par des équipes qui n'ont pas de compétences en obstétrique, et que les centres de santé éloignés et difficiles d'accès fassent très rarement l'objet de supervisions de la part de l'équipe cadre de district. Les personnels peu qualifiés et isolés sont alors livrés à eux-mêmes, ou encore les supervisions prennent l'aspect d'un contrôle à partir d'une liste préétablie en ne se préoccupant guère d'améliorer les connaissances de l'équipe¹⁰.

Il convient cependant de préciser que les équipes des centres de santé périphériques n'ont parfois pas la possibilité, faute d'équipement, de documenter les paramètres minimaux nécessaires à un début de diagnostic et qui peuvent figurer parmi les critères pour une référence justifiée. Ainsi, on sait combien la surveillance de la tension artérielle est une donnée de base pour l'observation du bon déroulement de la grossesse et du travail, et qu'une hypertension peut avoir des conséquences très graves faute d'une prise en charge adaptée. Or, au début du programme Aquasou, la majorité des formations périphériques ne disposaient pas de tensiomètres ; l'achat de tensiomètres fut un des appuis en matériel du programme. Par ailleurs, qui dit référence suppose en retour une contre-référence, soit une rétro-information donnée à l'équipe du centre périphérique sur ce qui a été fait pour la femme. La contre-référence est un outil d'amélioration de la qualité : elle donne les informations sur les dispositions à prendre pour le suivi, mais informe aussi l'équipe qui a référé sur l'intervention qui a été pratiquée par le centre de référence et à ce titre permet l'amélioration des connaissances de l'équipe du centre périphérique. Or, si la fiche de référence contient des informations parfois insuffisantes et imprécises, la contre-référence est souvent inexistante. Un apport du programme Aquasou a aussi été d'organiser systématiquement la contre-référence, chaque formation sanitaire pouvant trouver dans son casier au siège du district sanitaire la fiche de contre-référence du cas qu'elle avait adressé à la structure de référence. Le programme Aquasou a également permis de standardiser les procédures de référence entre

10. Par exemple, nous avons pu assister à des supervisions qui s'attachaient notamment à vérifier que le seau destiné à recevoir les déchets était de la bonne couleur.

structures publiques et structures privées par l'utilisation de fiches de référence et de contre-référence uniques pour toutes les maternités du district sanitaire.

Nous tenions à évoquer ces éléments ; ils soulignent combien les jugements de valeur négatifs des personnels des structures de référence à l'endroit de la qualité et des informations sur la prise en charge effectuée en amont, sont formulés sans tenir compte des conditions de travail réelles des équipes des structures périphériques, ni de la responsabilité des niveaux hiérarchiques supérieurs quant à la faible amélioration des connaissances de ces équipes. Néanmoins, toujours s'agissant des références, les équipes des centres concernés ont beau jeu d'ironiser sur des cas de références reçues pour « manque de collaboration de la femme », soit le refus de la parturiente de se soumettre à toutes les injonctions des soignants des structures périphériques, formulées parfois de manière particulièrement véhémentes, voire violentes. Les personnels des maternités périphériques reconnaissent d'ailleurs eux-mêmes que parfois ils réfèrent sans réelle justification médicale, comme en témoignent par exemple ces propos d'une accoucheuse auxiliaire d'un centre de santé périurbain :

Les femmes viennent tard, il y a trop d'accompagnants, ils posent trop de questions ! Quand c'est comme ça, on évacue. Ils nous embêtent ! Donc, nous, on leur dit : « dans ce cas, allez devant, ils vont vous aider là-bas ! » [rendez-vous auprès d'une structure de référence] C'est des gens qui n'ont pas besoin d'être évacués, mais on évacue quand on ne peut pas être seuls avec nos femmes.¹¹

Organiser la référence

Organiser une référence et réaliser sa prise en charge adéquate (ce qui peut se traduire par une césarienne) requièrent des actes et des décisions relevant strictement des soignants, mais aussi de toute une logistique et d'une organisation spécifiques : organiser le transport, de préférence par ambulance, disposer des consommables pour l'opération, les examens de laboratoire, les suites de couches, etc. Cela suppose, bien évidemment, la disponibilité des équipes soignantes, et en particulier de celle qui devra réaliser en urgence l'intervention chirurgicale, parfois de nuit. Nous ne reviendrons pas sur ce dernier point qui a aussi été l'un des axes d'intervention du programme Aquasou et dont il sera question au sixième chapitre. Nous voudrions surtout dans cette

11. Des références sans raisons médicales ont été également relevées pour des femmes envoyées par un hôpital périphérique équipé et disposant du personnel pour prendre en charge des complications obstétricales vers le centre hospitalier universitaire, comme en témoignent certaines fiches d'évacuation rédigées par des personnels de l'hôpital périphérique où l'on a pu lire, par exemple, des motifs tels que : « médecin de garde fatigué », « médecin de garde non joignable par téléphone portable », « ambulancier n'ayant pas pu retrouver le domicile du médecin de garde dans la nuit », etc.

partie consacrée aux équipes, nous attarder sur les comportements des personnels non soignants, certaines attitudes ayant été révélées par la mise en place du dispositif de subvention à la prise en charge des urgences obstétricales. Celui-ci, rappelons-le, prévoyait la couverture de deux tiers des frais liés à l'ensemble de la prise en charge d'une urgence obstétricale : déplacement par ambulance, disponibilité des consommables, des réactifs et des médicaments. Cela supposait aussi une gestion financière rigoureuse des dépenses, des achats et de l'utilisation des produits, ainsi qu'un contrôle financier notamment pour le recouvrement des 25 000 CFA (un tiers des coûts directs) non pris en charge par le dispositif envisagé. Ces contrôles concernaient alors aussi des postes de personnels non soignants (chauffeurs, laborantins, pharmaciens notamment) dans des organisations souvent initialement peu enclines à une rigueur budgétaire¹².

La généralisation de l'information à propos de la mise en place d'un nouveau dispositif de financement qui limite les frais pour les patientes n'a pas été immédiate. Alors que tout le dispositif était en place, mais parce que toutes les parties prenantes déclaraient ne pas avoir été informées (notamment les femmes qui n'avaient pas toujours été instruites de leur nouveau droit), le coût de certaines évacuations au démarrage du processus continuait d'être entièrement à la charge des femmes et de leur entourage. Au début de l'initiative, certains chauffeurs d'ambulance déclaraient ne pas avoir compris que le coût du transport était inclus dans le forfait demandé à la famille pour la prise en charge d'une urgence obstétricale et réclamaient des « motivations financières », selon l'expression consacrée, avant de procéder à l'évacuation de la patiente. Certains personnels de santé se demandaient cependant si ces pratiques de certains chauffeurs étaient uniquement liées à un manque d'informations : « Est-ce une incompréhension ou des pratiques parallèles dans la profession ? », se demandait une sage-femme.

La compréhension du dispositif par l'ensemble des personnels n'a pas été immédiate et il fut difficile de mettre fin aux anciens « réflexes » : exiger un prépaiement de la patiente avant son intervention alors que le système de partage des coûts prévoit une prise en charge immédiate (un agent de recouvrement étant chargé dans les suites de couches de récupérer la part due par la famille), prescrire des produits (consommables et médicaments) pour un achat dans des officines privées alors que ceux-ci étaient disponibles dans la structure de soins, vendre illicitement des médicaments.

12. Par exemple, des situations de détournement de médicaments par les personnels de santé des structures de soins ont été bien documentées depuis de nombreuses années. À ce sujet, on pourra se reporter, par exemple à l'article de S. Van Der Geest (1982) sur le Cameroun.

Selon une sage-femme :

Il est difficile d'enrayer ces pratiques. On peut les réduire, par exemple, [en ce qui concerne] la vente de médicaments par certains agents en postopératoire. Mais le contrôle n'est pas toujours efficace puisque des pertes sont parfois enregistrées.

Sous-entendu, tous les consommables et médicaments requis pour la prise en charge d'une urgence obstétricale ne sont pas toujours utilisés et le surplus est récupéré pour être revendu.

La mise en place du système de partage des coûts a pu contribuer à rigidifier des pratiques de gestion du fait des agents eux-mêmes. Ainsi, le dispositif n'était prévu que pour les femmes habitant dans le district de santé d'intervention ; celles venant de localités proches mais situées en dehors du district n'étaient pas éligibles. Il y avait bien évidemment des raisons « techniques » à limiter ainsi *a priori* le nombre de bénéficiaires éligibles : éviter un flux massif des femmes des autres districts et d'engorger ainsi la structure de référence, inciter les autres districts à commencer aussi le partage des coûts en n'appliquant pas le tarif pour « leurs femmes », éviter que les acteurs institutionnels du district contribuant financièrement au dispositif aient l'impression de devoir « payer pour les autres »¹³. Des personnes chargées du recouvrement du « ticket modérateur » vérifiaient alors avec beaucoup de précision si la parturiente habitait bien une des localités du district, afin d'éviter que certaines femmes « hors district » se fassent domicilier chez un parent ou une connaissance de la localité « du district » pour pouvoir bénéficier des avantages du système de partage des coûts. C'était aussi une manière de limiter le nombre des ayants droit et de conserver une population auprès de laquelle les « anciens réflexes » pouvaient toujours avoir cours.

Les laborantins, les gestionnaires des dépôts pharmaceutiques, en venaient à une gestion particulièrement rigoureuse des intrants et consommables destinés aux parturientes du district éligibles au dispositif. Il devenait hors de question de soustraire quel que produit que ce soit de la dotation destinée à la prise en charge des parturientes du district pour faire face à la prise en charge d'un autre type d'urgence, tout comme il devenait hors de propos de prendre sur la dotation générale du laboratoire pour suppléer au manque éventuel de certains produits requis pour la prise en charge des urgences obstétricales des femmes du district. L'instauration d'une étanchéité totale entre produits spécifiques destinés à l'intervention et ceux destinés au fonctionnement général des services concernés

13. La subvention nationale couvrant 80 % des coûts directs des accouchements et des césariennes a rendu moins pressant le besoin d'extension à d'autres districts du dispositif du partage des coûts mis en place dans le cadre du projet Aquasou.

permettait aussi de maintenir une certaine « marge de manœuvre » pour certains consommables tout en arguant du strict respect des règles de gestion émises pour le fonctionnement du dispositif¹⁴.

La mise en place du dispositif demandait en fait un travail supplémentaire de la part de toute une série d'agents du système de santé local. Ce dispositif a été, de l'aveu des personnels soignants, des femmes et des associations locales concernées par le programme Aquasou, d'un apport considérable. Et même lorsque le forfait exigé aux parturientes s'élevait encore à 25 000 FCFA, ce qui représentait une somme encore très importante, la barrière financière limitant l'accès aux soins obstétricaux d'urgence semblait en partie levée, comme en témoigne un taux de recouvrement auprès des familles de 96 % dès les premiers moments de la mise en place du dispositif.

L'adhésion à ce mécanisme fut moins immédiate pour les personnels des centres de santé. Le programme Aquasou ne prévoyait aucune rémunération ou prime supplémentaires pour les agents impliqués dans sa mise en œuvre, améliorer la qualité d'une pratique étant considéré par les maîtres d'œuvre du projet dont nous faisons partie comme une attitude normale. Mais, d'une manière générale, tout nouveau programme de développement suscite l'attente d'incitations financières pour les personnels impliqués dans sa mise en œuvre, attente qu'ils justifient par le surtravail lié aux nouvelles tâches à accomplir dans ce cadre. Un projet sans incitation financière pour les personnels relève du domaine de l'impensable. Dès lors, déclarer qu'il n'y avait ni prime ni rémunération dans le cadre du projet a pu être à l'origine de suspicions de captation de la ressource et de redistribution inégalitaire à l'égard des personnels les plus directement impliqués dans le projet. Ceux-ci déclaraient ne rien percevoir, ce qui fut interprété comme une stratégie pour mieux cacher les gains supposés générés par le projet.

Par ailleurs, la prise de conscience que des mesures prises dans le cadre du projet risquaient d'endiguer certaines pratiques illicites, a pu conduire aussi à toutes les accusations. Par exemple, la personne chargée du recouvrement du « ticket modérateur » demandé à la parturiente, qui était aussi susceptible de mettre en évidence les petits rackets et autres détournements, fut abondamment critiquée par les personnels du système de santé local et par les familles. Elle était accusée de « travailler pour les Blancs » au détriment de ses « frères et sœurs » qui ne pouvaient plus s'enrichir du fait du contrôle qu'elle exerçait désormais.

L'absence de primes ou de rémunérations supplémentaires accordées à tous

14. C'est une des conséquences observables par ailleurs de la dotation par programme.

les agents des centres participant au projet, associée à un contrôle plus sévère limitant les opportunités de demander des sur-paiements aux patients ou de s'approprier des consommables du centre, constitue au bout du compte un manque à gagner pour les personnels. On comprend alors l'adhésion mesurée de certains au projet, surtout à ses débuts.

CONCLUSION

On nous reprochera sans doute, et pas forcément à tort, d'avoir mis l'accent principalement sur ce qui n'allait pas et ce, conformément au travers souvent reproché aux anthropologues. Cette critique pourra apparaître d'autant plus fondée que nous avons dressé dans ce chapitre un état des lieux sur les attitudes des personnels de santé au moment du démarrage du programme. Or, en particulier, la mise en place du dispositif financier dont nous avons fait état a été considérée à raison comme l'une des réussites du programme au Burkina Faso : il a, non seulement à l'époque, contribué très largement à améliorer sensiblement l'accès aux soins obstétricaux d'urgence et la qualité de ceux dispensés par les personnels de l'ensemble des maternités du district d'intervention. Au bout du compte, le projet Aquasou a bien favorisé la mise en réseau non seulement des personnels des maternités du district mais aussi d'un ensemble d'acteurs locaux (politiques, associatifs, membres de comité de gestion) qui se sont impliqués dans le champ de la santé reproductive. L'absence d'adhésion *a priori* de l'ensemble des acteurs à un projet et les difficultés de démarrage sont inhérentes à toute innovation. Mais l'assentiment de la majorité des acteurs semble avoir été effectif au terme du projet.

On pourra nous reprocher aussi d'avoir mis l'accent sur des petites contrariétés et animosités qui peuvent se développer parmi les personnels d'une organisation et qui, finalement, peuvent caractériser les relations ordinaires de n'importe quel personnel travaillant en équipe dans n'importe quelle organisation, au Nord comme au Sud. La critique serait d'autant plus fondée que nous avons souligné au début de ce chapitre que les conditions décrites n'ont rien de spécifiques. Or, et c'est ici la raison qui vient justifier ce chapitre : les positions retracées et qui font état de divergences d'attitudes importantes chez des personnels de centres de santé périphériques relèvent aussi de causes structurelles. Nous n'avons guère pris la mesure, au début du projet, d'une telle diversité de statuts parmi des agents qui dispensent souvent le même type de prestations mais avec des qualifications, des identités, et des intérêts totalement différents, y compris au sein d'équipes très réduites œuvrant au plus près de la population. Nous avons souvent procédé par simplification abusive lorsque nous évoquons « les soignants des centres de santé ». Chacun détient un territoire professionnel à défendre et mène des activités de routine liées entre elles. Chacun a son identité professionnelle forgée sur des qualifications et des savoir-faire particuliers – mais aussi en fonction d'employeurs distincts – et qui ne sont

pas toujours compatibles. Les antagonismes, qu'il faut certes parfois relativiser, peuvent être aiguisés par les responsables des organisations. Les équipes soignantes peuvent alors apparaître comme une addition d'individualités aux particularités professionnelles spécifiques. Cette segmentation professionnelle extrême, y compris au premier niveau de la pyramide sanitaire, est peut-être une réalité insuffisamment prise en compte dans la mise en œuvre de projets, et qui explique en partie les adhésions différentielles des représentants de la « *street level bureaucracy* » (Lipsky, 2010) à un projet et au temps requis pour sa mise en œuvre effective. Le fait que « tout le monde fasse tout » au niveau périphérique (la polyvalence étant observable même chez des agents qui ne sont pas censés prodiguer de soins comme les filles de salle) ne vient en aucune manière gommer les identités professionnelles, et toutes les occasions semblent bonnes, notamment à l'occasion de la mise en œuvre d'un projet, pour rappeler l'existence des segmentations et des hiérarchies.

BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITÉES

- BERGSTRÖM S., GOODBURN E., 2001. « Les accoucheuses traditionnelles et la réduction de la mortalité maternelle ». In : V. DE BROUWERE, W. VAN LERBERGHE (eds), *Réduire les risques de la maternité : stratégies et évidence scientifique*, Anvers, ITG Press, 83-103
- FLORI Y. A., TIZIO S., 1997. « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? », *Revue Tiers Monde*, 152, 837-858
- LIPSKY M., 2010. *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*, New York, Russel Sage Foundation (1^{ère} éd. 1980).
- OUEDRAOGO C., RICHARD F., COMPAORE J., WISSOCQ C., POBEL D., OUATTARA F., GRUÉNAIS M.-É., DE BROUWERE V. 2008. « Cost sharing for obstetrical emergencies in Sector 30 health district, Ouagadougou, Burkina Faso ». In : F. RICHARD, S. WITTER, V. DE BROUWERE (eds), *Reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries*, Anvers, ITG Press, 49-82
- SUNDARI T. K., 1992. « The untold story : how health care systems in developing countries contribute to maternal mortality », *International Journal of Health Service*, 22, 3, 513-528
- VAN DER GEEST S., 1982. « The efficiency of inefficiency. Medicine distribution in south Cameroon », *Social Science and Medicine*, 16, 2145-2153

Gruénais M.E., Ouattara Fatoumata,
Bationo F.

Tout le monde fait tout... mais chacun
pour soi ! : des prestataires non organisés
au début de l'intervention.

In Ouattara Fatoumata (ed.), Gruénais
M.E. (ed.), Richard F. (ed.), Ouédraogo C.
(ed.). Accompagner les femmes à la
maternité au Burkina Faso : anthropologie
et santé publique dans un projet
d'amélioration des soins obstétricaux.

Paris (FRA) : L'Harmattan, 2016, 55-73.

(Anthropologies et Médecines). ISBN 978-
2-343-10623-6