



Institut de recherche
pour le développement

Réseau Anthropologie de la santé

Les professionnels de santé

**Bulletin n° 2
Juin 2001**

**Unité de Recherche Socio-Anthropologie de la santé
SHADYC (EHESS – CNRS)**

SOMMAIRE

- Editorial, par Yveline Diallo, Marc-Eric Gruénais, Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardanp. 5

Les professionnels de la santé : Pratiques, identités et déontologies
--

- **Partie I : Atelier de Dakar**

- Les pratiques institutionnelles dans les service de psychiatrie de l'hôpital de Fann-Dakar. Leçons d'un réexamen critique.
par René Collignonp. 11
- Hiérarchies sociales et enjeux de santé dans une société à économie de plantation au Cameroun.
par Séverin C. Abega, Daniel Bley, Hélène Pagezzy, Nicole Vernazza Lichtp. 27
- Les relations des soignants titulaires et des soignants bénévoles dans les centres de santé publics de Conakry.
par Yveline Diallop. 37
- De la rénovation des murs à celle des pratiques ? L'exemple de *Jalluße*, maternité et dispensaire (1997-2000).
par Frédéric Le Marcisp. 47
- Conscience professionnelle, clientélisme et corruption : pratiques et justifications des personnels de santé du centre médical d'Orodara (Burkina Faso).
par Fatoumata Ouattarap. 63
- La référence obstétricale.
par Aïssa Diarap. 97
- Etre sage-femme au Mali.
par Younoussa Tourép. 107
- Etude de la socialisation de sages-femmes jeunes diplômées dans la vie professionnelle dans la zone urbaine de Dakar.
par Patricia Mahé-Vasseur p. 127
- Apprentissage de la violence infirmière en milieu hospitalier au Niger.
par Eric Hahonoup. 133
- Programme de l'atelier p. 149

- **Partie II : Séminaire EHESS**

- La pratique médicale comme processus aléatoire et fragile (Algérie).
par Mohamed Mebtoulp. 155
- Le sujet de l'observance. Exemple de la mise sous traitement antirétroviral dans le cadre d'un projet pilote (Côte d'Ivoire).
par Laurent Vidalp. 165
- Remettre la relation au cœur de la méthode clinique, une priorité pour améliorer la qualité des soins.
par Pierre Blaisep. 175
- Ethique religieuse et déontologie médicale.
par Marc-Eric Gruénais p. 185
- La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée.
par Jean-Pierre Olivier de Sardanp. 195

- La relation médecin-malade problèmes relationnels entre le personnel médical, para-médical et les malades (et leur entourage).
par Ginette Raimbaultp. 211
- Une configuration particulière : le dispositif affectif des personnels de santé en Afrique de l'Ouest.
par Yannick Jaffré.....p. 217
- Programme du séminaire p. 235

- **Liste des participants**
- Liste des participantsp. 239

- **Publications**
- La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis
Afrique contemporaine. Numéro spécial 3^{ème} trimestre 2000 p. 249
- Système et politique de santé. De la santé publique à l'anthropologie.
Médecine du Monde, Karthala, sous la direction de Bernard Hours, 2001p. 251

De nombreuses enquêtes aussi bien anthropologiques qu'épidémiologiques s'accordent sur le fait que l'amélioration des situations sanitaires dépend essentiellement de l'accroissement de la qualité de la prise en charge médicale. Or, au-delà de la stricte compétence technique, les "difficultés sociales" auxquelles les personnels de santé sont confrontés, leurs systèmes de valeurs, leurs expériences individuelles, les spécificités de leur corporation interfèrent avec les pratiques de soins et influent sur la qualité et la nature de l'offre médicale.

Ainsi, dans les pays du Sud, le phénomène global de la "petite corruption" qui, en partie enchâssée dans des formes locales de sociabilité, entrave lourdement le fonctionnement des administrations, en particulier dans le secteur de la santé. Des normes religieuses viennent aussi influencer des programmes de prévention et de prise en charge. Des travaux sur l'accès aux soins illustrent certains dysfonctionnements et formes de violence dans les institutions de soins. Des décalages conflictuels entre les identités sociales et professionnelles de personnels de santé se combinent à une réelle difficulté à concilier déontologie professionnelle et catégories éthiques locales.

L'histoire des professions de santé (constitution des corps professionnels), les conflits entre différents segments des professions soignantes (médecin, sage-femme, infirmier, etc.), mais aussi les trajectoires et les déontologies professionnelles constituent des champs importants qui demandent une investigation permanente pour apprécier ce qu'on désigne comme "soins de qualité".

C'est aussi vers le fonctionnement des services, les réformes institutionnelles et leurs effets, et vers les normes de conduite et leur mise en œuvre (notions de responsabilité, de "travail bien fait", de "faute professionnelle", le remords, le regret, la compassion, l'indifférence, etc.) qu'il convient de se tourner. Les "cultures" d'entreprise ou de service, les possibilités de sanctions administratives ou internes à la profession (conseil de l'ordre, etc.), ou à l'inverse "la culture de l'impunité", permettent de circonscrire les raisons du "bon fonctionnement" d'un service réputé "marcher".

Enfin, l'observation des interactions entre divers soignants et malades (hommes, femmes, enfants), notamment autour de diverses pathologies (aiguës, chroniques), ou autour de l'accouchement, doivent rester au centre d'une analyse des professions de santé. Or ces interactions se dessinent toujours plus dans le contexte de critiques et demandes des patients et des accompagnants pouvant déboucher sur d'éventuels contre-pouvoirs (justice, presse, comités d'usagers, associations de malades).

Ce second numéro du bulletin du réseau d'anthropologie de la santé fait suite au précédent qui reprenait les contributions présentées à l'atelier d'Abidjan, du 4 au 7 novembre 1999, sur : "Grossesse, contraception, avortement, accouchement en Afrique de l'Ouest".

Comme le précédent bulletin, il reflète les activités d'un réseau comprenant des doctorants et chercheurs africains et européens. Ce réseau entend nouer un dialogue entre les professionnels et les usagers de la santé et mener simultanément une socio-anthropologie "fondamentale" de la santé et une socio-anthropologie "appliquée" à la santé publique. Il veut privilégier un mode "informel" et libre de débats, de confrontation et d'échanges, sans contraintes d'institutions, d'académisme ou d'orthodoxie.

L'actuel numéro porte sur "Les professionnels de santé : pratiques, identités et déontologies". Il reprend des communications présentées à l'occasion de deux réunions scientifiques. D'une part, un atelier organisé à Dakar du 27 février au 2 mars 2001, grâce au soutien de la Délégation à l'information et à la communication (DIC) de l'IRD, au programme "Interactions entre les systèmes de santé publique et les conceptions et pratiques populaires relatives à la maladie" (INCO – Union Européenne), et l'Unité de recherche "Socio-anthropologie de la santé" de l'IRD ; d'autre part le séminaire "Socio-anthropologie de la santé" du DEA de Sciences Sociales (EHESS-Marseille) du 19 au 22 mars 2001. Nous reproduisons ici tous les textes qui nous ont été adressés. Ces textes sont des documents de travail qui se situent entre l'ébauche et l'article abouti.

Nous remercions le SHADYC (Marseille), le centre IRD de Dakar, Abdou Salam Fall et son équipe, ainsi que Evelyne Féraud pour leur aide dans l'organisation de ces manifestations scientifiques et l'édition de ce bulletin.

Yveline Diallo, Marc-Eric Gruénais, Yannick Jaffré, Jean-Pierre Olivier de Sardan

**Les professionnels de la santé :
Pratiques, identités et déontologies**

Partie I

Atelier de Dakar

LES PRATIQUES INSTITUTIONNELLES DANS LE SERVICE DE PSYCHIATRIE DE L'HOPITAL DE FANN-DAKAR LEÇONS D'UN REEXAMEN CRITIQUE

René Collignon*

Introduction

Est-il besoin de rappeler que le modèle hospitalier dans l'histoire des soins apportés aux malades mentaux n'a constitué qu'une pratique parmi d'autres et qu'elle ne s'est pas imposée de façon universelle à travers le monde ? Même au sein des sociétés occidentales, où l'on a assisté à une réduction médicale de la folie ayant partie liée avec une médicalisation progressive de la société au cours du XIX^e siècle, existaient des pratiques et des modèles différents de l'hôpital et de l'asile médicalisé : les pratiques philanthropiques des Quakers en Angleterre par exemple, ou encore l'hébergement familial dans un village de Campine en Belgique, etc. En France, avant que l'asile ne s'impose aux yeux de la nouvelle profession des psychiatres comme l'outil idéal de la solution médicale qu'ils proposaient à la question de la folie, tous les grands noms de l'aliénisme naissant sont allés voir ce qui se passait à Gheel. On sait que leurs avis ont été très contrastés sur l'accueil villageois des fous qui s'y est greffé sur une tradition ancienne remontant au haut Moyen Âge d'un pèlerinage à une vierge et martyre chrétienne dont on attendait une rémission du mal et la guérison. L'expérience suscita l'enthousiasme des uns, la condamnation sans appel des autres, mais l'unanimité s'est faite au bout du compte sur un point : à Gheel le corps médical n'avait pas assez de pouvoir, il ne contrôlait pas tout. C'est au nom finalement de cette absence d'organisation et de direction médicales que cette initiative populaire fut condamnée comme un "hasard impossible" en tout état de cause non reproductible ailleurs que dans cette communauté paysanne flamande, et que le modèle asilaire prévalut pour longtemps en psychiatrie (cf. Joly 1974).

Fann : l'émergence d'une approche communautaire à l'hôpital

A sa prise de fonction en janvier 1959 à l'hôpital de Fann, le professeur Collomb trouve un service de neuropsychiatrie d'une capacité de 130 lits ouvert depuis octobre 56, avec pour vocation de recevoir des malades en provenance de toute la fédération de

* CNRS, Université Paris X

l'Afrique occidentale française en cette fin de l'époque coloniale. Conçus sur un mode hospitalier classique, ces bâtiments gérés selon une rigueur militaire reçoivent comme premiers malades, les anciens pensionnaires de l'ambulance du Cap-Manuel, annexe de l'Hôpital Principal où l'on isolait les malades tenus pour dangereux : les contagieux et les malades mentaux (Rainaut 1981). Le souci qui prévalait à l'époque pour les autorités sanitaires coloniales était plus celui d'une gestion du désordre que constituait la folie, une préoccupation d'isolement et de contention des malades mentaux à l'écart de la ville, qu'un projet thérapeutique.

Avec l'accession à l'indépendance, s'interrogeant sur les conditions d'une assistance plus adaptée aux besoins nationaux dans une structure qui perd son statut fédéral, les psychiatres du service soulignent la nécessité d'une prise en compte des conditions sociales et culturelles locales. L'analyse de Collomb va déboucher sur un procès de l'hôpital comme dispositif unique de l'assistance en santé mentale en Afrique. On adopte alors pour règle de conduite de n'hospitaliser en priorité que les malades dangereux pour l'entourage ou pour eux-mêmes, et ceux qui peuvent tirer un bénéfice évident et rapide de l'hospitalisation. Mais l'application de cette règle rencontre de nombreuses difficultés pratiques (Collomb *et al.* 1961). Elle n'est qu'un pis-aller par rapport à une solution à laquelle on aspire : celle de l'hôpital de jour, disposition déjà réalisée par le Dr Thomas Adeoye Lambo à Abeokuta (Nigeria), expérience articulée avec un hébergement villageois¹ rendu possible par des alliances conclues avec les chefs de villages yoruba environnants et une collaboration avec des guérisseurs traditionnels locaux. Cependant cette orientation de la psychiatrie visant à sortir de l'hôpital suppose un service social bien organisé qui contrôle les malades et assiste les familles.

A défaut de pouvoir sortir de l'hôpital, on va envisager d'en infléchir le fonctionnement interne en s'inspirant des analyses du courant de la psychothérapie institutionnelle (Bartoli 1968). Cette approche va faire apparaître de façon plus claire combien l'hôpital, dans sa conception et son fonctionnement même, s'oppose à la sensibilité et aux valeurs du malade africain et de son entourage. Sa logique technico-administrative singularise, isole l'individu dans une société qui valorise l'être en commun, la convivialité du groupe. Le cadre rigide de l'hôpital dans un tel contexte ne ménage pas l'espace d'une régression sécurisante passagère² ; l'hospitalisation risque de prendre au contraire pour le malade l'aspect d'un événement traumatisant, déréalisant par rapport à son univers familial, venant ajouter ainsi à son désarroi.

¹ La référence inspiratrice du village de Gheel est constamment rappelée dans les écrits de T.A. Lambo consacrés à son expérience modèle de "Aro village program" à travers les années (Lambo 1956, 1961, 1964, 1966, 1973, 1974, 1977, 1978).

² n'est-ce pas l'un des sens mêmes du terme "asile" que de constituer une retraite, un abri, un refuge où l'on trouve la paix, le calme, la sérénité ?

La disposition nouvelle d'attention à l'Autre, en rupture avec une tradition de gardiennage³, va permettre que les choses commencent à bouger au sein de l'institution. Le rite médical de la visite avec son protocole immuable mettant en scène la hiérarchie hospitalière (redoublée du caractère militaire du corps de l'assistance médicale à l'époque), va progressivement se laisser subvertir par les malades et la présence de leur proches. La tradition occidentale de la relation duelle soignant/malade, fondée sur le colloque singulier, va vite montrer ses limites dans le contexte sénégalais, tant au niveau de l'observation clinique que dans la relation thérapeutique. Sous l'effet conjugué de la résistance des malades à ces pratiques et du désir affirmé de présence de l'entourage de ces derniers, les soignants vont s'attacher à inventer d'autres modalités de dialogue où le groupe va reconquérir sa place. La visite médicale se transforme insensiblement en réunion sous la case collective dans les divisions d'hospitalisation, regroupant malades et personnel soignant, souvent avec la participation de la famille, qu'une politique libérale d'ouverture du service va faciliter (contre la pratique en usage dans les autres services de l'hôpital de réglementer strictement les heures de visite des familles).

La logique de ce mouvement va se concrétiser progressivement au cours des années 1960 et se généraliser au début des années 70 par l'instauration de deux pratiques institutionnelles complémentaires qui vont remodeler profondément le visage du service de psychiatrie et contribuer à sa réputation :

- l'organisation de la vie dans les divisions d'hospitalisation selon un modèle communautaire villageois
- la présence permanente à l'hôpital d'un représentant de la famille du malade
- pendant l'hospitalisation de ce dernier : l'accompagnant

La volonté de s'instituer en communauté sur un modèle villageois va se manifester de façon la plus visible dans la mise en scène que le groupe d'une division (les malades, le personnel soignant, les familles) se donne de lui-même dans le *pënc*⁴ : la réunion ou l'assemblée constituant l'espace de parole public de cette communauté de vie⁵. Désormais, l'hospitalisation s'aménage en une relation entre deux groupes en dialogue : la famille du malade sollicitant aide, soins et assistance, et le "village" tel que se constitue la division d'accueil au sein de l'hôpital (Bartoli 1968). Une mesure symbolique de cette évolution de

³ le contexte de domination coloniale ayant prélué au transfert en terre africaine de la psychiatrie ne pouvait que renforcer les pratiques de type carcéral dont elle était porteuse, singulièrement à une époque où les effets sédatifs des substances psycho-actives n'étaient pas encore disponibles dans l'arsenal thérapeutique.

⁴ Parfois écrit *pënc*, *pinth*, *pintch*...

⁵ Il existe un beau témoignage littéraire de cette expérience par un écrivain sénégalais récemment disparu, Abdou Anta Kâ (1972), qui en fut un témoin participant à ses débuts et qui obtint le prix littéraire 1969 de la revue américaine *African Arts* (African Studies Center, Université de Californie, Los Angeles, UCLA).

l'institution sera la disparition des signes distinctifs au *pénc* que constituaient les pyjamas uniformes des malades, et les blouses blanches des soignants. L'osmose entre dehors et dedans, la famille et le milieu hospitalier, va se renforcer encore par l'institutionnalisation de l'"hospitalisation d'un accompagnant", mesure qui se généralise dans le service de psychiatrie vers 1970 (Diop, Dorès 1976).

La création d'une communauté thérapeutique

Le pénc ou l'assemblée villageoise

Il n'est jamais aisé de restituer l'histoire de pratiques qui constituent le point de convergence d'attentes et de volontés d'acteurs sociaux qui puisent à des traditions hétérogènes, comme ce fut le cas de la rencontre de malades africains au sein de l'hôpital avec un personnel médical encore pour une bonne part européen dans les premiers temps de l'indépendance. Le *pénc* tel qu'il apparaît vers 1963-64 à Fann tire son inspiration du courant de la psychothérapie institutionnelle qui a renouvelé en Angleterre et en France la pratique psychiatrique au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, et par ailleurs de l'intérêt manifesté alors par Collomb et ses collaborateurs pour la réalité de la dimension communautaire de la vie se développant autour des guérisseurs en Afrique. Selon le témoignage d'un ancien infirmier major de la division I, qui a travaillé dans le service à partir de 1963⁶, c'est après des visites à Demba Boudi Faye, célèbre guérisseur de la région du Fleuve Sénégal, que les psychiatres se sont montrés plus attentifs aux habitudes et aux attentes des familles et à leur présence active autour de leur malade.

Les réunions au sein du service vont prendre des figures variées selon les divisions et la sensibilité particulière du médecin qui est à sa tête : ici elles adoptent la forme d'une revue de dossiers en présence de tous (soignants et soignés) donnant l'occasion d'approfondir la compréhension d'un cas ; là elles prennent la voie d'une auto-représentation du groupe qui rejoue une tradition avec des rôles institués de la sociabilité villageoise mobilisée au service d'un visée thérapeutique de resocialisation des malades ; ou ailleurs encore elles revêtent une forme plus didactique dans le souci de la sensibilisation et de la formation des personnels (internes, infirmiers) aux techniques de la relation thérapeutique, etc. Le *pénc* ne s'est pas imposé d'emblée selon une forme unique dans toutes les divisions en psychiatrie. Cette réalité nouvelle a suscité de fortes résistances de la part des médecins, et un certain malaise parmi les infirmiers qui se trouvèrent les plus déstabilisés par cette innovation dans leur position intermédiaire entre le pouvoir médical, le malade et sa famille. Que faire désormais du savoir médical et de la technique acquise

⁶ témoignage de Dabo, repris dans Dia (1972) et Selguetia (1997)

dans les écoles d'infirmiers lorsqu'on vous dépouille des signes et des instruments de reconnaissance de cette formation (la blouse blanche, la seringue,...) au prétexte de leur caractère ségrégatif à l'égard des malades, au bénéfice, dit-on, d'une ouverture nouvelle à l'écoute des paroles de ces derniers, écoute à laquelle leur formation ne les a pas préparés et qui les expose à une promiscuité angoissante avec l'expérience de la folie, de la parole délirante ? Dans sa thèse et son mémoire de psychiatrie de 1972 consacrés au *pénc*, Alhouseynou Dia relève entre autres signes de ce malaise infirmier : les demandes répétées de formation en psychiatrie qu'ils adressent aux médecins, demandes de mutation dans un autre service, d'autorisation d'absence pour des prétextes divers, ou encore l'ennui et le désœuvrement, etc.

Cependant, nombre de soignants conviennent des avantages du *pénc* qui facilite l'expression des malades et des familles qui s'y sentent plus à l'aise, écoutés, reconnus sans exclusion. On lui reconnaît également un grand rôle dans l'ouverture du service vers l'extérieur et la possibilité d'y faire jouer des réaménagements des attitudes et des relations de la famille avec son malade. Dia souligne bien la place de ces réunions et leur influence sur le fonctionnement du service dont elles rythment la vie. Mais, il montre également la dimension idéologique du discours qui s'y attache et l'idéalisation du groupe que produit le *pénc* en postulant :

- qu'il vit sous l'autorité des malades et sous la conduite du *jaraaf*⁷ choisi parmi eux
- que ses membres sont tous égaux
- que la parole y est libre

Mais par-delà ce leurre sur la réalité que constitue cette fiction mobilisante, il relève le rôle cathartique que produit le *pénc* par les contacts et les échanges qu'il génère, le partage d'expérience qu'il favorise, l'effet sécurisant qu'il assure par le calme que conserve le groupe devant l'agitation, et le cadre structurant qu'il propose dans un espace temps défini. A travers le constat de l'évolution des autres malades au sein de l'hôpital, dont le *pénc* se fait le témoin attentif et prévenant, le malade et sa famille perçoivent mieux les possibilités de changement, d'amélioration et de guérison : ces compagnons d'hospitalisation, ne sont-ils pas pour le malade d'autres lui-même, à des moments différents d'une histoire d'épreuves sur le chemin du rétablissement d'une vie en société, cheminement dont le groupe se fait la chambre d'écho dans un discours qui se veut sain. Cette scène vivante, complexe, se présente à une lecture du dit et du non-dit, du verbal et de l'infraverbal.

Ces réunions se sont poursuivies à travers les années avec le soutien actif du professeur Collomb qui les fréquentait assidûment dans chaque division d'hospitalisation.

⁷ chargé de distribuer la parole.

Après son départ en 1979, le *pénc* s'est maintenu, mais il semble qu'avec le temps, et le renouvellement des générations de psychiatres, l'investissement de l'approche institutionnelle de la thérapeutique se soit progressivement émoussé pour un retour à un modèle plus médicalisé. Certaines études et publications du service témoignent de cette ré-interrogation sur l'héritage laissé par le modèle de psychiatrie sociale auquel on reproche d'être trop peu attentif aux évolutions récentes de la psychiatrie dans le monde, et soulignent la nécessité de réinscrire la psychiatrie dans la médecine (Ba & Sylla 1997 ; Seck & Sarr 1997) et de revaloriser les moyens thérapeutiques biologiques et médicamenteux dans la formation, la recherche (Ba & Sylla 1997 : 313-14) et la pratique (Seck & Sarr 1997 : 275-76).

Le besoin de convivialité demeurant fort malgré tout, la place de l'économie de la parole s'imposant, le *pénc* s'est poursuivi comme une habitude du groupe dont les visées initiales ont été peu à peu perdues de vue dans une routinisation aveugle sur elle-même. Cependant, par delà la dimension normative qui se déploie dans l'espace institutionnalisé du *pénc*, cette parole de l'ordre qu'on s'est plu à souligner avec le temps (Sow *et al.* 1986), certains rares observateurs extérieurs ont su rester attentifs à ce qui tente de s'y exprimer de façon plus radicale : une parole porteuse du drame subjectif des malades, une parole souffrante, en rupture, une parole transgressive (Sow⁸ 1997). Il est intéressant de remarquer également que c'est un infirmier Centrafricain en formation à Fann qui s'est fait le plus ardent défenseur d'une réhabilitation de l'esprit du *pénc* dans l'institution contre son désinvestissement par les médecins et le désintérêt du personnel administratif. Joël Selguetia s'est attaché dans son mémoire d'initiation en psychopathologie à étudier l'évolution de cette pratique thérapeutique dans le service depuis le départ de ses initiateurs (Selguetia 1997). Il a interrogé 145 personnes (62 hommes, 83 femmes) : malades hospitalisés, patients suivis en ambulatoire, parents et accompagnants, visiteurs, personnel soignant (médecins, infirmiers, stagiaires), personnel social, personnel administratif de la clinique Moussa Diop. S'il observe une participation de moins en moins spontanée au *pénc*, il la met en relation avec l'évolution des pratiques soignantes et la redéfinition des rôles dont la réapparition de la blouse blanche chez les soignants du service est un signe. Le *pénc* dans sa constitution et son fonctionnement est devenu de moins en moins l'espace d'expression libre et égalitaire de ses membres, le personnel soignant reprenant l'ascendant sur les malades et les accompagnants. Se basant sur l'expression massive de la nostalgie d'un fonctionnement passé, un peu idéalisé avec le temps, — 96 % des personnes interrogées pensent qu'il faut revaloriser le *pénc* de Fann — Selguetia affirme que la clinique psychiatrique Moussa Diop doit se réconcilier avec son âme et renouer avec cette utopie généreuse qui a fondé le projet thérapeutique qui a fait sa renommée.

⁸ Ibrahima Sow est philosophe de formation et chercheur en anthropologie culturelle à l'IFAN-CAD.

La présence des familles à l'hôpital

L'intérêt pour la question du rôle des familles lors de l'hospitalisation s'est manifesté dans les années 1960 parmi les réformateurs d'un système hospitalier dont la lourdeur administrative et le fonctionnement techniciste croissant étaient dénoncés comme déshumanisants. Des enquêtes ont été menées à travers le monde par des chercheurs anglosaxons (Boswel 1965 ; Muth 1961 ; Bell 1969) sur la place de l'entourage du patient suivant les sociétés dans les hôpitaux des pays en développement. John E. Bell, pour le compte du National Institute for Mental Health (USA), observait que l'identité et le nombre des parents accompagnant leur malade variaient selon les modèles culturels et reflétaient l'organisation de la parenté, les rôles économiques, sexuels, l'anxiété suscitée par l'état du patient, et les contraintes de l'administration hospitalière. De ses observations réalisées dans une vingtaine de pays en Asie et en Afrique, il ressortait une remarquable solidarité familiale entourant le malade dans l'épreuve. Toutefois ces solidarités ont tendance à se relâcher ou se défaire à l'égard de deux catégories particulières de malades : les lépreux et les malades mentaux⁹ ; fussent-ils même âgés ils perdent alors le bénéfice du respect et des égards habituellement attachés aux aînés, aux anciens.

Il y a donc un certain paradoxe à constater qu'à Dakar c'est dans un service de psychiatrie que s'est institué ce contrat entre les soignants et les familles ménageant l'accueil reconnu d'un accompagnant du malade à l'hôpital avec l'assentiment de l'administration. Plusieurs études ont été consacrées à cette expérience à travers les années qui se sont attaché à en montrer l'intérêt et les difficultés¹⁰. En un premier temps, on a souligné le caractère socioculturel de l'accompagnement et le rôle prépondérant de la famille dans le système de soins et mis en avant une sensibilité africaine rétive à l'isolement et au rejet (Diop & Dorès 1972 ; Dia 1974). Gbikpi (1978) rappelle que si la pratique a été plus ou moins acceptée pour quelques cas dans les différents services à partir de 1968, elle est devenue systématique en 1971 dans une division avant de se généraliser dans l'ensemble de la psychiatrie l'année suivante. Les *objectifs explicites* visaient :

- à améliorer les rapports du malade à son environnement et restaurer une vie sociale normale en le "diluant" dans un groupe de personnes majoritairement "saines" (les soignants et des accompagnants)

⁹ Même au sein de l'hôpital d'Albert Schweitzer à Lambaréné dans le haut Ogooué au Gabon, les aliénés et les contagieux dont les lépreux constituaient les seules catégories de malades qui n'étaient pas accompagnés de la famille et qui étaient placés dans les pavillons séparés (cf. Andrews 1961 ; Minder 1975 ; Woodbury *et al.* 1965).

¹⁰ Diop & Dorès 1972 ; Gbikpi 1978, 1981 ; Gbikpi & Auguin 1978 ; Stephany & Gbikpi 1981 ; Franklin *et al.* 1995 ; Ndiaye 1992

- pénétrer l'environnement du malade pour mieux saisir la genèse du trouble et intervenir sur les relations
- entretenir un lien constant avec la famille qu'on associe de façon étroite au traitement ;
- et à la prévention des rechutes

Les objectifs *implicites* visaient une amélioration des conditions du séjour à l'hôpital :

- en facilitant le contact entre le patient et les soignants
- en assistant le malade dans ses besoins quotidiens
- en appuyant le travail du personnel (surveillance, prise de médicaments)

L'étude de Gbikpi (1978) a montré que les objectifs ont été partiellement atteints, mais a mis en évidence une série d'effets imprévus.

- au niveau de l'administration, cette pratique "tolérée" a eu pour conséquence de réduire les capacités d'hospitalisation en psychiatrie, au profit d'accompagnants occupant des places et relevant d'une prise en charge par l'hôpital
- au niveau du personnel soignant, cette présence de l'accompagnant va être vécue de façon ambivalente parce qu'elle se manifeste parfois par une demande accrue de soins de la part de l'entourage du malade, et qu'elle donne au personnel (infirmiers, garçons/filles de salle) la possibilité de se décharger sur lui d'une partie de ses tâches de soins et d'assistance au malade, et l'expose à être la cible privilégiée de l'agressivité des soignants et des malades
- au niveau de la famille, le choix de l'accompagnant est révélateur du lieu du conflit et permet de poser le lieu d'action de la thérapeutique : — à l'hôpital, lorsque l'accompagnant choisi est le partenaire de la relation conflictuelle, — au sein de la famille lorsque l'accompagnant soumis au même conflit joue le rôle de révélateur ou encore lorsqu'il est un étranger témoignant du rejet du malade par ses proches. Une attention particulière à ce choix sera donc déterminante des stratégies de soins à mettre en place
- au niveau de l'accompagnant lui-même le séjour dans le service peut être l'occasion d'une demande d'aide dans une situation exposée où il se trouve à la confluence de tensions et de demandes contradictoires de la famille, des soignants et du malade.
- au niveau du malade enfin, certains types d'accompagnants ne contribuent pas nécessairement à l'amélioration de la situation du malade

Dans une seconde étude, Gbikpi (1981) va réactualiser les objectifs en des termes nouveaux qui mettent l'accent sur deux aspects de la pratique institutionnelle — la réunion des accompagnants et les visites à domicile — qui sont réévalués à l'hôpital psychiatrique de Thiaroye dans la banlieue de Dakar. Il en ressort un bilan en demi-teinte de cette pratique exigeante en terme de motivation et de formation des personnels aux techniques

de la relation dans des conditions matérielles qui rendent difficile son déploiement dans le sens de l'ouverture vers le milieu familial extrahospitalier.

L'accompagnant dans une conjoncture de crise et de pénurie

La question de l'accompagnant va être reprise quelques années plus tard dans une thèse de médecine qui élargit son étude à l'ensemble des services du CHU de Fann, la sortant de son aspect exclusivement psychiatrique (Ndiaye 1992). Certains traits révélés par les observations antérieures en psychiatrie vont s'accroître dans le contexte de la précarisation croissante des conditions de fonctionnement de l'hôpital depuis la crise et les réductions budgétaires drastiques auxquelles il a été soumis par les politiques d'ajustement structurel¹¹. L'insuffisance dramatique des moyens, le manque de personnel, l'impossibilité d'assurer l'entretien des locaux et l'alimentation correcte des malades constituent autant d'éléments qui vont faire de la présence de l'accompagnant une condition pratiquement indispensable à l'exécution même des fonctions hospitalières sous peine de risquer un blocage. Là où, en psychiatrie, cette présence faisait l'objet d'un "contrat thérapeutique" négocié entre la famille et les soignants, elle n'est plus ici considérée par les administratifs et les soignants que comme un "mal nécessaire" venant pallier les carences de l'hôpital dans ses fonctions.

Le seul autre service du centre hospitalier de Fann, en dehors de la clinique psychiatrique, qui ait pris des dispositions concrètes, précises, délibérées, envers les familles est l'hôpital pour enfants Albert Royer qui lors de sa construction¹² a prévu un pavillon des mères aménageant leur présence à proximité de leurs enfants pendant le traitement avec une participation de ces dernières aux frais, et à la cuisine. Mais dans ce cas également, avec l'augmentation des hospitalisations, la diminution des effectifs en personnel, la logique hospitalière a progressivement fait réaffecter, à partir de 1984, une partie de ces locaux à d'autres usages (cuisine, bureaux), empêchant le village des mères de répondre à sa vocation initialement prévue. Dans les autres services, aucune mesure particulière n'est prise pour organiser cette population annexe, souvent vécue comme importune, qui pose des problèmes de sécurité, d'hygiène¹³, mais qui constitue un phénomène social que les autorités, dans un aveu d'impuissance, se déclarent incapables de juguler.

¹¹ L'État sénégalais a bloqué 40% du budget de fonctionnement de l'exercice 1990-91 de l'hôpital de Fann qui disposait seulement de 507 F CFA par malade et par jour. (Ndiaye 1992). Les effectifs du personnel passent de 400 en 1980 à 245 en 1992, pour se réduire encore à 182 en 1997 (Boivin 1997 : 9).

¹² Ce service de pédiatrie dans l'enceinte du CHU de Fann a été inauguré en mai 1981 (Diakhaté 1990).

¹³ Particulièrement dans les services des maladies infectieuses, pneumophysiologie...

L'enquête de Débé Ndiaye auprès d'une population représentative de l'ensemble des effectifs des usagers et des personnels du CHU¹⁴, a souligné le profond attachement des malades à la présence des familles lors de l'hospitalisation qui sans cette présence est vécue comme une mort sociale. A l'unanimité les malades et les familles déclarent souhaiter l'amélioration de cette pratique ; les personnels administratifs et médicaux partagent largement cette position (98% de l'ensemble des personnes interrogées). Mais cette présence informelle, considérée comme un "mal nécessaire" par les administratifs et les gestionnaires est fragile ; elle souffre surtout du *vide juridique* dans lequel elle s'inscrit. Aucun statut, aucune disposition réglementaire ne l'organise. Le seul article du règlement intérieur qui fait allusion aux familles des malades (article 43) définit les modalités des heures de visite. L'article 27 définit les soins relevant des infirmiers et aides infirmiers aux malades ; et par ailleurs l'article 42 exclut formellement l'utilisation de personnel bénévole ou d'apprentis. Avant d'envisager donc d'améliorer l'accompagnement, il faudra comme préalable lui accorder une existence officielle, la faire sortir du vide juridique qui la caractérise. Il faudra élaborer un minimum de dispositions à intégrer dans le règlement intérieur qui reconnaisse cette réalité et définisse un cadre aux conditions de la présence des familles à l'hôpital, esquisse les contours de sa place et de son rôle dans l'assistance au malade au quotidien, le niveau de sa participation à l'administration des soins et du traitement. Les dispositions du décret 75-1093 du 23 octobre 1975 fixant les conditions d'organisation et de fonctionnement des villages psychiatriques¹⁵ constituent un modèle susceptible d'inspirer une réflexion sur la place à inventer au sein des structures hospitalières pour intégrer la présence d'accompagnants qui ne soient plus des intrus livrés à eux-mêmes, mais qui deviennent des partenaires d'une prise en charge mobilisant la participation responsable des populations à l'effort de santé (selon les termes de la loi du 13 juillet 1986 ayant créé l'Association pour la promotion de l'hôpital).

Cette absence de formalisation de règles de fonctionnement ou de définition d'une politique d'action ne concerne pas seulement la question des accompagnants. Elle est plus

¹⁴ composée de 267 accompagnants sur 300 vivant à l'hôpital, 152 malades sur 500 hospitalisés, 8 majors sur 10, les 2 directeurs (Fann et Royer), les 7 chefs de services, 6 surveillants généraux et chefs du personnel, 67 membres du personnel soignant sur 171 de l'hôpital (Ndiaye 1992).

¹⁵ Ce texte est un des décrets d'application de la Loi 75-80, du 9 juillet 1975, relative au traitement des maladies mentales et au régime d'internement de certaines catégories d'aliénés. L'article 2 stipule : « La population des villages psychiatriques est constituée par l'ensemble des malades mentaux, des membres de leur famille qui les accompagnent pendant leur séjour au village et des soignants. Les malades sont admis sur leur demande, sur celle de leur famille ou des services médicaux de la région. » Art. 3 « L'entretien et le traitement des malades mentaux sont à la charge de l'État et des collectivités, avec la participation des familles. » Art. 4 : « Chaque village comprend une zone d'habitation proprement dite, organisée sur le type d'un village traditionnel et l'ensemble des terrains nécessaires à l'entretien et aux activités des malades mentaux et de leurs familles. »

générale et caractérise l'ensemble du développement institutionnel du CHU de Fann¹⁶ et notamment la gestion des ressources humaines comme le constate une jeune Québécoise, Marie-Ève Boivin (1997) dans son analyse de la Fonction Personnel dans une division d'hospitalisation de la Clinique psychiatrique Moussa Diop. Ce travail de psychosociologie de la communication met au jour les dysfonctionnements qu'occasionne la double tutelle dont relèvent les diverses catégories de personnel du CHU et souligne les problèmes de mobilisation des ressources humaines et matérielles qu'un tel mode de gestion engendre. Relèvent de la tutelle de l'Enseignement supérieur : les universitaires (professeurs, chefs de clinique, assistants), alors que relèvent du Ministère de la Santé : les praticiens, infirmiers, et autres émergeant à la fonction publique ; quant au personnel de soutien paramédical, technique, il est recruté par l'administration hospitalière, soit par le Comité de santé. En raison du statut universitaire de la structure, chaque service spécialisé est placé sous la responsabilité d'un chef de clinique professeur à l'université, alors que le personnel hospitalier qui y est affecté relève de l'administration hospitalière. Un service du personnel gère les effectifs, mais l'organisation des ressources humaines n'est pas clairement définie.

Le décret 74-1082 du 4 novembre 1974, réglementant les formations hospitalières, confère une grande autonomie aux universitaires et en fait l'autorité réelle aux yeux des agents sous leurs ordres : les chefs de service "rendent compte au directeur de l'hôpital de l'utilisation du personnel et lui proposent toutes mesures propres à améliorer le fonctionnement de leur service". Cette situation entraîne des difficultés d'exercice normal du contrôle administratif sur le personnel. Si le chef de service a un pouvoir sur le cheminement professionnel des membres de son équipe soignante par la voie de la formation, c'est l'administration qui gère les mouvements des agents. Boivin observe notamment l'absence de prise en compte des choix des infirmiers dans leur affectation dans tel ou tel service spécialisé, et une distribution égale d'une prime de risque à tous les agents, sans considération du degré de danger spécifique auquel est soumis le personnel (risques qui ne sont pas les mêmes selon qu'on se trouve dans un service de psychiatrie, de neurologie, de pédiatrie ou de maladies infectieuses). Une telle situation n'est pas sans effet, on l'imagine aisément, sur la motivation au travail des acteurs concernés. C'est le lieu ici de souligner le paradoxe que constitue la possibilité ménagée par les universitaires de la Clinique psychiatrique de Fann d'une formation spécialisée en psychiatrie pour les infirmiers, formation qui n'est fréquentée par aucun infirmier sénégalais en raison de l'absence d'une reconnaissance officielle d'une spécialisation d'infirmier psychiatrique au Sénégal. Le diplôme d'initiation à la psychopathologie proposé par le Centre de recherche psychopathologique (CRPP) créé par le professeur Collomb, devenu Institut de recherche et d'enseignement de psycho-pathologie (IREP) a été délivré, depuis sa création dans les

¹⁶ A cet égard, cette structure hospitalière n'est-elle pas très différente de se qui caractérise les autres établissements hospitalier dans le pays.

années 1970, à des générations d'infirmiers et de techniciens supérieurs de la santé en provenance du Bénin, du Burkina Faso, de Centrafrique, du Gabon.

Selon l'analyse de l'observatrice québécoise, deux sensibilités cohabitent au sein du service : d'un côté, celle du personnel paramédical resté fidèle à la philosophie du professeur Collomb, qui souhaite un certain égalitarisme des positions et une organisation du service axée sur la compréhension des difficultés personnelles de chacun ; de l'autre, le souhait d'une réorganisation plus rigoureuse des ressources humaines partagé par la plupart des médecins et des administratifs. En raison des dysfonctions engendrées par la dualité de chefferie, notre analyste institutionnelle juge indispensable de redéfinir les relations sur le plan hiérarchique entre la direction hospitalière (administration) et la direction des services (universitaires). Elle préconise notamment l'élaboration au niveau de la direction d'un organigramme, d'un règlement intérieur qui soient disponibles et accessibles à tous, la création d'un centre unique de gestion des effectifs et de dynamisation des ressources humaines qui requière la définition d'une politique de gestion des carrières des personnels (formation, évaluation, valorisation, promotion).

Le contexte actuel de réforme de l'appareil national de santé au Sénégal ne saurait faire l'économie d'un examen sérieux de cette question récurrente de la place des familles dans des structures de soins, que rien, dans une longue tradition techniciste héritée d'une logique allogène, ne préparait à prendre en compte. L'histoire singulière de la pratique institutionnelle inaugurée par l'équipe du professeur Collomb en psychiatrie dans les années 1960 et 70, à cet égard n'a sans doute pas encore épuisé tous les effets possibles contenus dans l'exigence qu'elle proposait aux soignants vis-à-vis de cette présence insistante d'un entourage familial du patient qui s'obstine en dépit de tout à imposer à l'hôpital sa présence agissante.

Bibliographie

- ANDREWS G. R., 1961, "Psychiatric facilities at the Albert Schweitzer hospital", *American Journal of Psychiatry*, 118 : 524-528.
- BA M., SYLLA O., 1997, "Eléments de réflexions sur les perspectives d'avenir de la psychiatrie au Sénégal", in Ludovic d'Almeida et al. *La folie au Sénégal*. Dakar : ACS : 305-316.
- BARTOLI D., 1968, "Aménagement de l'environnement des malades mentaux à Dakar", *Etudes médicales* : 18-25 (Psychiatrie au Sénégal).
- BARTOLI D., COLLOMB H., 1969, "Hôpitaux psychiatriques dans le monde: Afrique", *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37930 G 10.

- BELL J.E., 1969, *The Family in the Hospital. Lessons from developing countries*. Chevy Chase, Maryland: National Institute of Mental Health (NIMH) : 305 p., ill.
- BOIVIN M-E., 1997, *Diagnostic de la Fonction Personnel du Centre hospitalier universitaire de Fann. Clinique psychiatrique Moussa Diop*. Montréal: Université du Québec à Montréal, Stage en psychosociologie de la communication : 30 p. multigr.
- BOSWEL D., 1965, "Escorts of hospital patients", Rhodes-Livingstone Communications, n°29. Lusaka: Institute for Social Researchn University of Zambia (cité in Bell 1969 : 137).
- COLLIGNON R., 1983, "A propos de psychiatrie communautaire en Afrique noire. Les dispositifs villageois d'assistance. Eléments pour un dossier", *Psychopathologie africaine*, 19, 3 : 287-328.
- 1984, "Les conditions de développement d'une psychiatrie sociale au Sénégal", *Présence africaine*, 129 : 3-19.
- DIA A., 1972, *Etude d'une communauté thérapeutique: le Pinth de Fann*. Dakar : Fac. de méd., (Th. méd., 14).
- DIAKHATE F., 1990, *Rapport de stage effectué à l'hôpital d'enfants Albert Royer de Fann du 10 novembre [1989] au 28 février 1990*, Certificat de technicien supérieur de secrétariat (option médicale CTSSM).(cité par Boivin 1997).
- DIOP B., 1970, "La communauté thérapeutique à l'hôpital", *Trait d'Union international* : 15-19.
- DIOP B., DORES M., 1976, "L'admission d'un accompagnant du malade à l'hôpital psychiatrique", *African Journal of Psychiatry/Journal africain de Psychiatrie*, 2, 1 : 119-130 (Actes du 3^e Congrès Pan-Africain de Psychiatrie Khartoum, nov. 1972).
- FRANKLIN R.R., SARR D., GUEYE M., SYLLA O., COLLIGNON R., 1995, "Cultural response to mental illness in Senegal: reflections through patient companions. Part I. Methods and descriptive data", *Social Science and Medicine*, 42, 3 : 325-338.
- FRANKLIN R.R., SARR D., GUEYE M., SYLLA O., COLLIGNON R., MOCK N., 1995, "Cultural response to mental illness in Senegal: reflections through patient companions. Part II. Statistical correlates", *Social Science and Medicine*, 42, 3 : 339-351.
- GBIKPI PAUL A., 1978, *L'accompagnant dans une institution psychiatrique (à propos de 20 cas)*. Dakar : Université, Fac. méd. : 182 p. multigr. (Th. méd., N°21).
- 1981, *L'accompagnant en milieu psychiatrique africain: bilan et synthèse*. Dakar : Université, Fac. méd. : 128-vii p. multigr. (Mém. CES psychiatrie, 24).
- GBIKPI P.A., AUGUIN R., 1978, "Evaluation d'une pratique institutionnelle à Fann : l'admission d'un accompagnant de malade à l'hôpital", *Psychopathologie africaine*, 14, 1 : 5-68.
- JANZEN J.M., 1978, *The Quest for Therapy in Lower Zaire*, Berkeley: University of California Press : 266 p. (*La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris : Karthala, 1995 : 287 p., trad. fr. par G. Bibeau, R. Collignon, E. Corin, Cl. Hamonet)

- JOLY J. (épouse de Fréminville), 1974, *Gheel, village de fous sous le regard des aliénistes français*, Paris: Université René Descartes, Fac. De méd. Necker Enfants malades : 59-viii p. multigr. (Th. Méd.)
- KA A.A., 1972, *Pinthioum Fann*. Farce, Comédie, Drame ou Tragédie ? Pièce en cinq actes, in *Théâtre*, Paris : Présence africaine : 77-139.
- LAMBO T.A., 1956, "Neuropsychiatric observations in the Western Region of Nigeria", *Brit. Med. J.*, 2 : 1388-1394.
- 1961, "A form of social psychiatry in Africa (with special reference to general features of psychotherapy with africans", *World Mental Health*, 13 : 190-203.
- 1961, "A plan for the treatment of the mentally ill in Nigeria : the village system of Aro", in L. Linn (éd.) *Frontiers in genral hospital psychiatry*. New York : Internation UP.
- 1964, "Patterns of psychiatric care in developping african countries", in ari Kiev (ed.) *Magic, Faith and Healing*. New York : The Free Press of Glencoe : 443-453.
- 1966, "Patterns of psychiatric care in Nigeria", *International Mental Health Research*, 6, 1 : 176-182.
- 1966, "The village of Aro", in M. KING (ed.) *Medical Care in evelopping Countries*. London : Oxford University Press.
- 1966, "Patterns of psychiatric care in developing African countries : the Nigerian village programme", in H.P. DAVID (ed.) *International Trends in Mental Health*. New York : Mc Graw-Hill.
- 1973, "Changing patterns of mental health needs in Africa", *J. Contemporary Rev.* (London), February.
- 1974, "Psychotherapy in Africa", *Psychother. Psychosom.*, 24 : 311-326.
- 1977, "A program of prevention, treatment and social action", *Lecture at Mac Master University*, Hamilton (Canada), 17 nov.1978, "Psychotherapy in Africa", *Human Nature* : 32-39.
- MINDER R, 1975, *Rayonnement d'Albert Schweitze*, 34 études et 100 témoignages. Colmar : Alsatta : 300 p.
- MUTH L.T. 1961 *Community treatment of mental illness. A world survey*, Philadelphia, Pa. : Mental Health Education Unit, Smith, Kline & French Laboratories : 196 p., bibliog.
- NDIYAE D., 1992, *Réflexion autour d'une pratique sociale au CHU de Fann de Dakar: l'accompagnement des malades*, Dakar : UCAD, Fac. de méd. : 97 p. multigr., + annexes (Th. méd., 1)
- PIAULT C. (éd.), 1975, *Prophétisme et thérapeutique*. Albert Atcho et la communauté de Bregbo, Paris: Hermann : 324 p.
- RAINAUT J., 1981, "Historique de la création du service de neuropsychiatrie de Fann", *Psychopathologie africaine*, 17, 1/2/3: 431-435.(Psychiatrie et culture, Dakr, 6-9 avril 1981, Symposium régional organisé par l'AMP et la SPHMD).

- SALGUETIA J., 1997, *Evolution d'une pratique thérapeutique: le pënc de Fann*, Dakar : UCAD, CHU de Fann : 103 p. multigr. (Mém. Diplôme d'Initiation en Psychopathologie).
- SARR D., SECK A.M., BA M., 1997, "Quarante ans de psychiatrie au Sénégal (1938-1978)", in Ludovic d'Almeida et al, *La folie au Sénégal*, Dakar : ACS : 201-227.
- SOW I., 1997, "Sur la notion de folie", in Ludovic d'Almeida et al. *La folie au Sénégal*. Dakar : ACS : 141-165.
- SOW I., D'ALMEIDA L., SYLLA O., PICARD P., 1986, "Le pënc de Fann ou la parole normative", *Psychologie médicale*, 18, 12 : 1855-1859.
- STEPHANY J., GBIKI P., 1981, "L'accompagnant. Sa place et sa fonction en institution psychiatrique africaine", *Médecine et armées*, 9, 4 : 333-335.
- WOODBURY M.A., FRIEDMAN R., PALACIOS E.S., THOMAS W., 1965, "Psychiatric care at the Albert Schweitzer hospital", *Mental Hospitals* : 145-150.

HIERARCHIES SOCIALES ET ENJEUX DE SANTE DANS UNE SOCIETE A ECONOMIE DE PLANTATION AU SUD CAMEROUN

Séverin Cécile Abega*, Daniel Bley**, Hélène Pagezy,*** Nicole Vernazza Licht****

Les données que nous présentons proviennent d'une enquête anthropologique en cours sur la gestion du risque MST-Sida dans une plantation du sud Cameroun¹ connue sous l'acronyme d'HEVECAM, la plus grande unité agro-industrielle de cette zone. Cette plantation possède un hôpital et 14 dispensaires de santé dispersés à travers les villages qui hébergent les travailleurs. Nous menons cette recherche depuis 1999.

Différents entretiens avec les membres du personnel administratif, du personnel de santé et des travailleurs, ainsi qu'une observation *in situ* à l'hôpital et dans les dispensaires nous ont permis d'apprécier les modalités de prise en charge de l'état de santé des travailleurs et les itinéraires de soin au sein de la plantation.

A partir de l'exemple des MST et du Sida nous avons pu mettre en évidence:

- L'impact de l'organisation administrative, conçue sur un modèle fortement pyramidal, dans la gestion de la santé du travailleur et de sa famille.
- L'impact de la stratification sociale au sein de l'entreprise, car l'accès aux soins dépend fortement du statut de travailleur, de la place qu'il occupe dans la hiérarchie administrative et sociale, et d'une catégorisation entre membres "légitimes" et "illégitimes" au sein des familles de travailleurs.
- L'impact de représentations normatives, notamment vis à vis des maladies sexuellement transmissibles, qui implique une gestion différenciée de la prise en charge.

* UCAC, Yaoundé, Cameroun

** CNRS, Bordeaux

*** CNRS, Bordeaux

**** CNRS, Bordeaux

¹ Les données que nous analysons ici ont été collectées dans le cadre du projet de recherches intitulé *Exposition au risque de MST/Sida et gestion de la sexualité d'une communauté de travailleurs dans une société de plantation au Sud Cameroun*, projet financé par Sidaction-Ensemble contre le Sida et l'ANRS. Nous remercions la direction et tout le personnel d'HEVECAM pour leur précieuse collaboration dans le déroulement de cette enquête. Nous avons aussi bénéficié d'un soutien du programme de santé de la Coopération française qui nous a permis de prendre part au séminaire de Dakar du 27/02 au 03/03/01 au cours duquel ce papier a été présenté.

Le présent travail décrit ce jeu plutôt complexe des hiérarchies dans l'administration, les services de santé et la société pour éclairer les relations entre soignants et soignés et discute des éléments de médiation de cette relation.

Eléments de présentation de l'entreprise

La société HEVECAM a été créée le 30 avril 1975 par décision gouvernementale. Cette société de développement axée sur l'exploitation agricole d'hévéas et la production de caoutchouc a été privatisée en décembre 1996 et rachetée par le groupe indonésien PANWELL. Elle est installée sur deux sites importants au Cameroun, l'un à Douala où se trouve le siège social, et l'autre à la Niété, site de la plantation.

La plantation se trouve à Niété, dans l'arrondissement d'AKOM II, Département de l'Océan, Province du Sud. Elle se situe à 40 kms de Kribi et à 60 kms au nord-Ouest de Campo, les deux villes les plus proches. La forêt équatoriale dense a été progressivement détruite et remplacée par des hévéas. Elle s'étend sur 30 000 ha dont 15 000 ha plantés d'hévéas. La société emploie 6 300 personnes, et on considère que, compte tenu de l'entourage familial, environ 20 à 25 000 personnes résident régulièrement dans la plantation, ce qui revient à dire que chaque employé de l'entreprise a à sa charge, en moyenne, 3 à 4 personnes.

Des infrastructures industrielles (usine, routes, bureaux) et sociales (logements, écoles, collège, dispensaire, hôpital) permettent l'activité agro-industrielle et le vécu des travailleurs et de leur famille sur le site. Les habitations sont pour la plupart en bois, la taille et l'équipement intérieur variant avec la catégorie socio-professionnelle. L'accès à l'électricité est assuré par la Société Nationale d'Electricité. Une somme est prélevée sur le bulletin de paye pour couvrir la facture d'électricité. L'accès à l'eau courante varie selon les habitations et les villages. Ces habitations sont réparties en 14 villages comportant chacun une école primaire et maternelle, un lieu de culte, un dispensaire, des commerces, un terrain de football.

Les Villages 1 et 2 sont majoritairement habités par du personnel administratif et des jardiniers. Les autres villages, numérotés de 3 à 15 sont occupés par les saigneurs ou les manoeuvres agricoles. Il faut citer aussi Ngok, qui abrite 300 personnes. Ce sont des paysans planteurs d'hévéa, ayant un contrat avec l'entreprise. Ngok compte 50 planteurs villageois qui produisent pour leur propre compte du caoutchouc qu'ils livrent à la Société. Un collège d'enseignement supérieur est situé dans le village II (V2). Les enseignants des écoles et du collège sont soit des employés du Gouvernement, soit des maîtres recrutés par la société. Il existe également une institution privée, le foyer d'art ménager bilingue, qui

prépare à des formations telles qu'aides-soignants, infirmiers, et qui est dirigée par l'épouse d'un cadre. Un économat approvisionné par la société permet d'acheter des produits de première nécessité : riz, huile, sucre à des prix conventionnés. Le village des cadres comprend un club. Chaque village est sous l'autorité d'un chef de village choisi parmi les cadres et les agents de maîtrise.

Le district de Niété est sous l'autorité d'un chef de district et d'un administrateur municipal. Une brigade de gendarmerie, un commissariat et un bureau de poste sont implantés à la Niété. Cette population de travailleurs est uniquement constituée d'adultes majeurs et considérée comme très active sexuellement. L'activité sexuelle est considérée par tous comme plus forte lors des périodes de paye et l'accent est mis par tous sur la venue à cette occasion de prostituées surnommées les "arrivages".

Un grand marché mensuel se tient dans la plantation, au village où des installations fixes sont prévues à cet effet. Il regroupe les commerçants locaux mais aussi ceux venant d'autres villes. Les commerçant(e)s viennent parfois de loin : Douala, Yaoundé distants d'environ 160 et 300 kms respectivement, mais également de la ville la plus proche : Kribi. C'est le marché périodique le plus important du sud du pays. Il coïncide avec le dimanche de la grande paye, ce qui permet aux travailleurs de s'approvisionner dans tous les articles nécessaires. A la quinzaine, s'installe un marché plus petit dans un autre site de la concession, au village V7; c'est un marché essentiellement alimentaire même si d'autres produits sont proposés : produits de beauté, vêtements, etc. Des commerces fixes sont installés aux abords : couturière, petit bar, épicerie, et un grand bar appelé le "Refuge" avec des chambres sur place pour le personnel.

Lors de la création de la plantation en 1975, le service médical n'était représenté que par le dispensaire du V1/V2 sous la responsabilité du Docteur Galéga. Avec l'extension de la plantation, les exigences sanitaires devenant de plus en plus croissantes, il a été créé, par décret ministériel, un service médical autonome.

Le service médical

Le service médical est assuré à partir de l'hôpital central. L'hôpital est composé de 7 bâtiments (5 pavillons, une salle d'attente extérieure, une morgue). Le pavillon central comprend :

- Un bloc opératoire comportant :
 - une salle d'opération
 - deux salles de réveil et de réanimation
 - une salle de stérilisation

- un vestiaire avec toilettes et douches
- quatre bureaux de consultation pour le médecin-chef, les médecins-adjoints ou vacataires, le surveillant général
- une salle de garde
- un laboratoire
- une salle de radioscopie
- un secrétariat et un internat

- Les quatre autres pavillons sont :

- le pavillon de médecine – isolement
- le pavillon de pédiatrie et chirurgie
- le pavillon de gynéco-obstétrique
- le pavillon des services : pharmacie, comptabilité/facturation, stock, buanderie, salle de vaccination, cabinet dentaire

Le but du service médical est d'assurer la sécurité du travailleur, d'apporter un avis sur les risques professionnels, et surtout de dispenser des soins aux travailleurs et à leur famille et de promouvoir la médecine préventive (éducation sanitaire, planning familial, prévention des maladies et en particulier des MST et du sida). L'hôpital assure également des soins à des personnes non employées par la société, que ce soit ceux qui travaillent au sein de la plantation (gendarmes, policiers, enseignants d'État, commerçants, familles et amis en séjour à la plantation etc.), que ceux qui appartiennent à d'autres entreprises environnantes et qui ne disposent uniquement que de dispensaire comme la SOCAPALM, entreprise privée proche de l'HEVECAM.

Deux ambulances assurent le transport des malades au sein de la plantation et à l'extérieur, en direction des grands hôpitaux de Douala et Yaoundé. Certaines évacuations peuvent également s'effectuer en hélicoptère. Les soins de santé primaires sont prodigués aux malades dans les quatorze dispensaires. Chaque dispensaire est dirigé par un infirmier-chef breveté ou diplômé d'État, parfois assisté d'un aide-soignant. Les infirmiers dispensent les premiers soins en fonction de leur compétence, du matériel et des médicaments dont ils disposent, mais surtout, assurent la première consultation d'orientation vers l'hôpital.

Le jour de consultation, planifié en fonction des villages et des cars qui assurent le transport, le patient est orienté par le service d'accueil où il est enregistré vers le pavillon médical concerné, soit après une consultation par l'infirmier surveillant général qui prescrit un traitement, décide d'examen de laboratoire complémentaires, soit après consultation par un médecin.

Prise en charge de la maladie et jeux de pouvoir

Dans la plantation, le remboursement des frais médicaux se répartit entre une partie prise en charge par l'entreprise et une partie restant à la charge du salarié. La part restant à la charge du salarié va dépendre de son statut professionnel, et pour sa famille d'une différenciation entre famille légitime et famille non légitime. Ainsi les frais de remboursement de médicament vont être pris en charge par l'entreprise à 75 % pour le travailleur et sa famille légitime, et à 0% pour la famille non légitime.

La part restant à la charge du salarié va également dépendre du statut accordé à la maladie ou au problème de santé. Ainsi les accidents liés au travail sont pris en charge à 100 % par l'entreprise. Par contre le traitement des MST n'est pas pris en charge par l'entreprise, de même que les consultations médicales et les examens médicaux. Il existe en effet dans l'entreprise une prise en charge différenciée des maladies à partir d'une distinction entre : les *maladies à responsabilité partagée* et les *maladies à responsabilité personnelle*.

Dans la catégorie des maladies à responsabilité personnelle rentrent : *les coups et blessures à la suite de rixe, d'altercation, la circoncision, et les Maladies Sexuellement Transmissibles, les avortements ou tout du moins, puisque l'avortement est illégal, les suites d'avortements mal gérées : infection, curetage, médicaments, etc...* Le remboursement des frais médicaux fonctionne donc sur la notion de "faute" et de punition. La punition consiste à ne pas rembourser le fautif qui va ainsi assumer en totalité les frais entraînés par les soins ou le traitement puisqu'il est responsable de son problème de santé en n'ayant pas su adopter un comportement ou une attitude sans risque.

Ce remboursement et donc le statut différentiel accordé aux maladies met en évidence l'impact de l'organisation administrative dans l'hôpital et sa normativité par le classement entre les "*bonnes maladies*" et les "*mauvaises*". Ceci prend un retentissement particulier du fait que la société est un univers à part dont les échanges avec le monde extérieur sont limités par un relatif isolement et réglementés. L'entrée par des guérites est surveillée jour et nuit par des vigiles, et la forêt offre une barrière difficile à franchir. La notion de punition repose sur un rapport de pouvoir et de domination entre "supérieur/et inférieur" au détriment du malade. Le corps médical est chargé de s'ériger en censeur moral au détriment du malade. Elle montre la normativité de l'entreprise, qui par l'intermédiaire des soignants, sanctionne et décide des "*bons*" comportements et des "*mauvais*" et par voie de conséquence, du classement sous-jacent qui peut s'opérer entre les "*bons*" travailleurs et les autres ou encore, entre les "*bonnes*" familles et les autres.

Cette attitude de l'entreprise dont les praticiens et les paramédicaux sont les opérateurs entraîne des effets pervers en favorisant des soins réalisés par des guérisseurs, c'est à dire hors de la sphère de prise en charge médicale (dispensaires et hôpital de la plantation) ou encore en faisant appel à des infirmiers en dehors du circuit officiel. On peut aussi citer les commerces clandestins de médicaments de contrebande par des vendeurs à la sauvette. Le personnel médical et paramédical peut ainsi jouir d'un prestige et d'avantages divers, notamment financiers (cf. les avortements, la circoncision). Cela accroît le "pouvoir" des paramédicaux et des soignants. Pouvoir que l'on retrouve également "ailleurs", dans des cliniques du pays par exemple ou des médecins pratiquent à un coût élevé des avortements clandestins, comme l'ont mentionné plusieurs informatrices.

L'hôpital, d'institution dispensatrice de soins, s'est transformée en dispensateur de normes sociales : s'il détermine le bon et le mauvais, il prend aussi en charge la consolidation de l'ordre social. Il ne s'agit pas seulement d'entériner l'organisation administrative, mais d'imposer un autre ordre, qui est médical. L'organisation administrative distingue les cadres, les agents de maîtrise et les simples employés. L'hôpital les classe en un centre et une périphérie. Les cadres et le personnel médical de l'hôpital ne vont jamais au dispensaire, compte tenu de la situation géographique de l'hôpital. Seuls y vont les simples employés et les agents de maîtrise affectés dans les villages. L'infirmier du village leur délivre un papier qui permet de les recevoir à l'hôpital. Les éléments de stratification sociale ne se comprennent cependant que quand on les replace dans l'ensemble des rapports sociaux qui s'organisent autour de l'acte d'administration des soins.

Réseaux sociaux et développement des interstices

Le modèle de base qui ressort de la pratique hospitalière au sein de la société que nous étudions oppose deux logiques : une logique binaire et une autre, ternaire. Les malades sont ainsi divisés en deux groupes principaux. Les employés de la société et leurs familles dites légitimes, enfants et épouses, bénéficient d'une prise en charge à hauteur de 75 % pour les maladies à responsabilité partagée, et tous les autres malades paient la totalité des frais. Cette deuxième catégorie est composée des membres de la famille étendue de l'employé (ascendants directs, collatéraux, alliés, etc.), désignés par le terme de "famille illégitime", des habitants des villages environnants, des employés des unités agro-industrielles situées à proximité, et à l'intérieur de la plantation, des petits commerçants, des fonctionnaires de l'État, des artisans du secteur informel (coiffeuses, restaurateurs, artisans divers). Si la famille est divisée en "légitimes" et en "illégitimes" par rapport à la prise en charge, la maladie apparaît aussi au sein d'un couple organisé par la

réglementation en vigueur : maladie à responsabilité partagée, et maladie à responsabilité personnelle.

La troisième classe est interstitielle, et prend une importance singulière dans ce modèle. Au milieu du couple interne/externe qui distingue les malades légitimes des autres, émerge un groupe hétérogène : malades pris en charge par les ouvriers sans rabatement des frais, pupilles présentés comme des enfants, mais aussi par exemple des employés qui se font soigner par un collègue. Le cas est fréquent lors des partenariats sexuels. Une employée va négocier la prise en charge de ses soins médicaux par un collègue qui est un partenaire régulier ou occasionnel. Elle est alors considérée comme membre de la famille illégitime de l'homme, et les frais sont à la charge de celui-ci, qui les paiera en totalité. Signalons le cas d'un employé qui entretient des rapports de réciprocité avec un groupe de Pygmées dont le campement est voisin de la plantation. Si ceux-ci lui offrent du gibier ou la force de leurs bras pour des travaux divers, il pourra à son tour, en dehors de prestations diverses, les faire soigner à ses frais à l'hôpital où ils seront considérés comme membres de sa famille illégitimes.

La division binaire entre personnes prises en charge et malades soumis au paiement de la totalité des frais éclate. Des traitements qui auraient pu être couverts à 75 % ne le sont pas à partir du moment où l'employé passe à la charge d'un collègue. On remarque aussi l'avantage que constitue la faculté de se faire soigner à crédit. Un agent de la société donne son numéro matricule à l'hôpital, et les frais qui lui sont imputés sont défalqués de son salaire. Quand il veut couvrir un malade, assumer les dépenses occasionnées par son traitement médical, il lui "donne son numéro". La personne concernée peut ainsi se rendre à l'hôpital munie de la carte professionnelle du travailleur qui assure sa couverture médicale, ou, plus simplement, communiquer son numéro matricule au service financier. Il s'agit là d'un élément de négociation sociale importante quand les revenus sont bas.

Un autre élément existe : les employés peuvent se soigner à crédit. Les frais médicaux sont alors remboursés par prélèvement direct après déduction de la part couverte par la société. Leur famille est soignée aux mêmes conditions dans la mesure où ils assurent la prise en charge. Les autres malades doivent payer cash. La notion de famille illégitime permet cependant à certains de se faire soigner à crédit sous la couverture du numéro matricule d'un employé.

Le système mis en place ne met cependant pas tout le monde à égalité. Voici un exemple qui montre la situation d'un salarié. Le salaire d'un saigneur (vu fiche de paie) est de 34 881 FCFA/mois brut². Les retenues s'élèvent à 12 348 (Avance quinzaine : 4 000 ; divers éconamat : 1 830 ; Acompte dimanche : 3 000). Le solde net versé à l'employé est

² 100 CFA = 1 FF.

de 22 500. Dans ce contexte, les coûts médicaux les plus modestes, 5000 ou 6000 CFA par exemple, peuvent apparaître comme onéreux, alors qu'un cadre les sent à peine, sauf lorsqu'ils deviennent vraiment importants. Cette règle consolide donc les hiérarchies sociales, et le recours aux soins hospitaliers des employés du bas de l'échelle sociale n'est pas le même que celui des cadres, d'où l'importance prise par les procédés alternatifs qu'offrent les guérisseurs, l'automédication, les plantes médicinales plus ou moins connues de manière informelle, les produits pharmaceutiques vendus clandestinement, les actes médicaux hors cadre offerts par le personnel médical.

Au niveau décentralisé, les dispensaires des villages ne semblent pas prélever des coûts. Ceux qui y vivent peuvent donc s'y soigner gratuitement, même s'ils ne sont pas employés par l'entreprise. L'appartenance aux mêmes réseaux sociaux le permet. Une observation dans les dispensaires des villages permet ainsi de voir par exemple des enfants, dont les plus jeunes ont peut-être huit ou dix ans, se présenter seuls devant l'infirmier avec des messages qui commencent par des formules comme la suivante : "Maman m'a dit de te dire que ...". Ces enfants sont toujours nantis d'un cahier qui sert de carnet médical. Dans ces conditions, il est difficile de parler de contrôle d'identité, et de s'assurer que la personne qui parle est vraiment malade.

Un élément important est la circoncision. Nous sommes dans une région où la circoncision est une norme culturelle, et où elle est devenue très médicalisée, sans cependant perdre entièrement son caractère rituel et cérémoniel. Tous les petits garçon la subissent donc, et elle est pratiquée par les infirmiers. Cependant, les lieux changent selon les informateurs. Certains infirmiers disent la pratiquer chez les parents de l'enfant. D'autres la font au dispensaire, et un troisième groupe opère à l'hôpital.

S'agissant des paiements, le premier groupe affirme ne rien réclamer aux parents, lesquels tiennent cependant à offrir boissons et nourritures, souvent un coq immolé à l'occasion, selon un usage consacré par le temps. Un infirmier qui exerce dans un dispensaire de village³ affirme aussi qu'il procède de la même manière. Les autres actes se divisent en deux groupes. Certains infirmiers se font payer directement par les parents, alors qu'à l'hôpital, certains autres disent qu'il procèdent à un recouvrement de coûts normal. A cet égard, la circoncision, acte médical est aussi un acte rituel, et l'infirmier qui impose un acte chirurgical est, qu'il le veuille ou non, un ritualiste. Il serait aussi intéressant de suivre la manière dont se pratiquent les interruptions volontaires de grossesse dont ont parlé plusieurs informatrices dans un cadre où cette pratique est interdite par la loi.

³ Nous nous abstenons volontairement de dire lequel.

Cet espace interstitiel, qui apparaissait à Mary Douglas (1966) comme porteur de désordre et une menace pour la structure sociale, se présente ici comme celui des négociations, des marchandages. Il est la matrice d'engendrement d'un grand nombre de jeux sociaux autour de l'acte médical et du personnel soignant. L'insertion de celui-ci dans les réseaux sociaux, son exploitation individuelle du pouvoir que lui donne son savoir-faire technique se jouent dans cet espace. Il ne s'agit donc pas seulement du tri entre le bon et le mauvais, l'externe et l'interne, mais aussi de discriminer le grand du petit quand le cadre ne va pas au dispensaire, et d'ouvrir cet espace liminal par lequel se secrète un pouvoir.

Notre description permet de distinguer la logique binaire de la ternaire : la première est celle de la réglementation qui installe une coupure entre permis et interdit, légitime et illégitime, employé et non employé. La description des pratiques et des stratégies montre la disparition des coupures, l'importance des interstices, lesquels finissent par former une classe entière. Ce développement naît de ce que les textes épousent rarement la réalité, et que les acteurs développent des stratégies et des pouvoirs pour profiter des flottements dans le système. L'extraversion des textes, la difficulté d'y intégrer les modèles locaux favorisent cet élargissement des interstices.

Conclusion

Initialement, la fonction du service médical est d'assurer au sens strict du terme la gestion de la santé des travailleurs dans le cadre de la médecine du travail. Au sens large, le service médical est une direction de l'entreprise et occupe une place décisionnelle dans la vie de la société. On constate que la gestion de la maladie dans la plantation crée la normativité. Elle renforce l'ordre social par la consolidation des hiérarchies et les coupures organisatrices, mais en même temps, elle crée un ordre qui lui est propre, et qui se superpose à l'ordre réglementaire à partir d'une logique différente, bien qu'intrinsèquement indissociable dans les faits de l'ordre réglementaire.

S'agissant de la gestion du risque des MST-Sida, l'existence d'une dichotomie entre les "bonnes" et les "mauvaises" maladies, et sa traduction sur le plan comportemental, de même que l'adoption d'un système de prise en charge qui favorise les employés du haut de l'échelle salariale, ou la ritualité de certains actes médicaux, conduisent le travailleur à une pluralité de recours thérapeutiques.

Bibliographie

- BECHU N., CHEVALLIER E., 1993, "Impact du Sida sur les structures des ménages et des familles et impact sur l'économie familiale", in *L'impact du sida et sa prévention dans les pays en développement : la contribution des sciences sociales* (UIESP éd.), Liège, Fondation Marcel Mérier/Centre Jacques Cartier : pagination discontinuée.
- BRUYIN de M., 1992, "Women and Aids in Developing Countries", *Soc. Sci. Med.* vol. 35, 3 : 249-62. Mérier/Centre Jacques Cartier : pagination discontinuée.
- CHEVALIER-SCHWARTZ M., 1995, "Premières analyses en Sciences Sociales consacrées au sida", in *Les sciences sociales face au Sida, cas africains autour de l'exemple ivoirien* (JP Dozon & L. Vidal éd.), Paris, ORSTOM : 39-56.
- DOZON J. P., VIDAL L. ,1995, *Les sciences sociales face au Sida, cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, ORSTOM.
- DOUGLAS M., 1966, *Purity and Danger*, London, Penguin Books.
- FERRY B., 1993, "Mesurer les comportements sexuels des populations générales des pays en développement, leçons des études récentes", in *L'impact du sida et sa prévention dans les pays en développement : la contribution des sciences sociales*, (UIESP éd.) Liège, Fondation Marcel Mérier/Centre Jacques Cartier : pagination discontinuée.
- RWENGUE Mburano, 1996, "Facteurs contextuels de la transmission du Sida en Afrique Subsaharienne : une synthèse", *Actes du colloque Sciences Sociales et sida en Afrique*, CODESRIA-ORSTOM : 289-304.

LES RELATIONS DES SOIGNANTS TITULAIRES ET DES SOIGNANTS BENEVOLES DANS LES CENTRES DE SANTE PUBLICS DE CONAKRY.

Yveline Diallo*

L'origine des données sur lesquelles s'appuie cet article est une étude socio-anthropologique sur l'équité d'accès aux soins dirigée par J.P. Olivier de Sardan et Y. Jaffré et financée par la coopération française et l'UNICEF. A Conakry, l'étude a été réalisée par Ibrahima Sory Barry, Kadiatou Dalaba Baldé, Mohamed Campel Camara à partir d'entretiens et d'observations de juillet 1999 à juillet 2 000 ; Yveline Diallo en a assuré la supervision.

Introduction

Conakry compte 18 centres de santé publics intégrés au programme des soins de santé primaires avec un personnel titulaire d'environ 480 soignants. Par rapport aux activités de ces centres on note une pléthore *d'agents ayant des statuts hétérogènes*. En dépit du sur effectif des agents de santé on observe également une pléthore de bénévoles.

Il existe essentiellement deux grandes catégories de bénévoles à peu près en nombre égal, un personnel non qualifié au départ de matrones, filles et garçons de salle et un personnel qualifié de soignants sortis récemment de l'université ou des écoles de santé. Nous nous sommes intéressés particulièrement aux stagiaires. Qu'est-ce qui justifie cet intérêt porté aux stagiaires ? Dans les centres de santé publics de Conakry, les stagiaires occupent un espace vacant laissé par les titulaires et en occupant cet espace, ils révèlent, mieux que les autres catégories de bénévoles, le comportement des professionnels de la santé. Qu'ils reproduisent ou fustigent les comportements des titulaires, ces comportements restent leur référence.

Parmi les stagiaires, des étudiants en médecine viennent dans le centre de santé pour s'exercer pendant les vacances ou pour préparer leur thèse mais la plupart des stagiaires sont des médecins, infirmiers, biologistes qui n'ont pas trouvé de travail à la fin de leurs études. Ils ont échoué au test de recrutement de la fonction publique.

* IRD, Marseille

Théoriquement, ils doivent rester trois mois dans une même structure sanitaire mais en fait la plupart sont là depuis des années, trois ans, quatre ans, cinq ans ou plus.

Les stagiaires de longue durée sont intégrés au centre de santé. Ils s'assimilent aux agents et parlent du centre de santé comme de "leur" Centre. Les stagiaires entrent dans le métier par le bénévolat et ils s'efforcent de durer à leur poste.

La situation qui existe dans la santé est générale à tous les secteurs d'activités où beaucoup de jeunes sortis de l'Université se retrouvent sans emploi et cherchent à travailler dans différents services ou entreprises comme stagiaires. Nous allons faire connaissance avec un de ces soignants stagiaires.

V., un infirmier stagiaire

V. a 30 ans. Il est ATS (Agent technique de santé). Il dit avoir choisi la santé pour rendre service à ses pauvres parents au village et surtout à sa mère qui était tout le temps malade. Comme formation, il a suivi l'école de santé de Labé pendant trois ans de 1992 à 1995. Après être sorti de l'école, il a fait un stage de six mois à l'hôpital de Gueckedou et un stage d'un an à l'hôpital de Lélouma. Il est stagiaire au centre de santé de M. depuis trois ans après avoir introduit sa demande auprès de la Direction communale de la santé (DCS). Il a choisi ce centre de santé à cause de la proximité de son logement. Il est nouvellement marié, sans enfant. Son épouse est infirmière bénévole au CHU d'I. D.. Sa sœur aînée étant décédée, il a à sa charge ses deux nièces plus une nièce de son épouse. Il est membre d'aucun parti politique parce que, dit-il : "je cherche à manger d'abord". En tant que stagiaire, il n'est pas syndiqué. Il participe à une association de développement de son village.

Depuis la sortie de l'école, il a bénéficié de séminaires de formation sur les MST, la santé de la reproduction, la vaccination contre la poliomyélite. Il est présent au centre de santé tous les jours de 8 heures le matin à 17 heures le soir. Il est affecté à la consultation primaire curative adulte mais remplit bien d'autres fonctions. Il établit les statistiques mensuelles de la CPC adulte. Il participe à la stratégie avancée et aux campagnes de vaccination. Avec un autre stagiaire, il dépose à la banque les recettes du centre de santé et retire les médicaments à la Cellule des médicaments essentiels. Il consulte les malades à la CPC (Consultation primaire curative adulte) et parfois à la CPC (Consultation primaire curative enfant) en cas d'absence du médecin. Il fait des traitements dans la salle de soins tels que les pansements, les sutures, les injections et aussi les circoncisions. Il répare les déchirures du périnée à la maternité, il peut aussi y faire des accouchements. Au laboratoire, s'il y a affluence de malades, il effectue les prélèvements et l'examen des selles. Au point de vente des médicaments, en cas d'absence de l'agent, il délivre les

Ce que je fais actuellement n'est pas un travail, c'est de la médiocrité. Je suis gêné quand on me dit que je suis travailleur. Pour moi, le travailleur, c'est celui qui bénéficie de quelque chose.

Des malades du centre de santé lui donnent des cadeaux après leurs soins (bananes, jus de coca-cola ou fanta, 1 000 FG soit 400 FCFA ¹). Les délégués médicaux lui remettent des échantillons de médicaments qu'il revend au marché ou donne à ses parents malades. Il consulte à domicile. Il fait des injections à 200 FG, des pansements à 500 FG. Il contrôle la tension des personnes âgées de son quartier à leur domicile. Les circoncisions lui rapportent 5 000 FG.

Je suis aimé par les gens à travers mon métier -dit-il-. J'ai connu pas mal de gens. Je rends service à beaucoup de personnes, à mes propres parents. Si j'accompagne un parent malade au CHU, on le prend gratuitement en charge ou à demi -tarif. Dans mon quartier, on m'appelle docteur.

Au sujet de ses relations avec les titulaires il déclare :

Le personnel a confiance en moi. Je me suis créé des relations. Je tisse de bons rapports avec le personnel du Centre et je m'entends bien avec les chefs. Mais il ajoute : Il y a de l'injustice parce que dans tous les services, si tu n'es pas titulaire, tu n'as pas droit à certaines choses. Les titulaires ont leur objectif mais, pour nous les stagiaires, c'est la formation et la confiance des malades qui nous intéressent. Un stagiaire ne peut contrer les intérêts d'une titulaire de peur qu'on lui fasse quitter le Centre le lendemain matin.

Comment voit-il son avenir ? :

L'homme vit d'espoir, dit-il, c'est la formation qui m'intéresse. Je peux obtenir beaucoup de connaissances ici. Je veux être embauché par l'État et être chef de service quelque part un jour.

Nous évoquerons rapidement dans une première partie la situation des stagiaires. Dans une seconde partie, nous traiterons des relations de complicité entre stagiaires et titulaires lorsqu'il y a concordance d'intérêts. Dans une troisième partie nous exposerons les tensions et les conflits entre stagiaires et titulaires et dans une quatrième et dernière partie la résolution de ces conflits.

La situation des stagiaires

¹ 100 FCFA correspondent donc environ à 250 francs guinéens. La parité entre les deux monnaies est variable.

La situation des stagiaires

- Les effectifs des stagiaires : l'effectif des stagiaires varie d'un centre de santé à l'autre du cinquième au tiers des effectifs globaux.
- Les fonctions des stagiaires : le chevauchement des fonctions, le cumul des activités qui est la règle dans les centres de santé facilitent la marge de manœuvre des stagiaires.
- Les bénévoles en général et les stagiaires en particulier pratiquent des actes médicaux qualifiés sans en avoir la responsabilité officielle.

Il y a une disproportion entre la charge de travail fournie par certains stagiaires, les responsabilités qui leur sont confiées et le caractère précaire de leur situation. Les stagiaires pratiquent les mêmes actes que les titulaires. Malgré leur statut, ils acquièrent ainsi une légitimité professionnelle par leur pratique. Alors que le personnel titulaire semble parfois sous utilisé, compte tenu de sa qualification, à l'inverse, des bénévoles sont utilisés au-dessus de leur qualification officielle. Les bénévoles se forment sur le tas, ils veulent tout faire pour apprendre, pour se rendre indispensables et être finalement recrutés dans la fonction publique.

- Les stagiaires sont disponibles, polyvalents et mobiles. Même s'ils sont affectés à un service précis les stagiaires, surtout les infirmiers, sont volants. Ils jouent les bouche-trous et remplacent les titulaires absents.

L'entente entre les titulaires et les bénévoles s'établit sur la base d'une convergence d'intérêts.

Qu'est-ce que les titulaires pensent des bénévoles ?

Les chefs de centre, les titulaires reconnaissent les services rendus par les stagiaires.

Les stagiaires m'aident beaucoup, grâce à eux, j'ai beaucoup progressé dans le taux de couverture. S'ils quittent, cela va faire baisser la prise en charge" reconnaît Dr A.B., chef du centre de W..

Dr J.K., pharmacienne, déclare à un stagiaire : Vous travaillez même beaucoup plus que des esclaves.

Il y a une compréhension entre le personnel titulaire et les stagiaires et le respect mutuel, nous travaillons la main dans la main sans problèmes. Les stagiaires qui sont avec nous sont assidus,

ponctuels, compétents, respectueux et nous les encadrons très bien. On leur montre tout ce qu'on connaît, affirme F. S. (aide de santé titulaire).

Les bénévoles font une partie du travail des titulaires

Le travail des bénévoles profite aux titulaires car il leur permet de s'absenter, de se livrer à leurs activités personnelles. A la différence des titulaires, les stagiaires respectent les horaires. Ils arrivent plus tôt et partent plus tard que les titulaires. Ils assurent souvent les gardes, les jours fériés et la nuit.

Les bénévoles doivent manifester du respect aux titulaires

La relation est inégale. Les bénévoles, même lorsqu'ils sont plus âgés, plus anciens ou plus compétents sont soumis à l'autorité des titulaires du service où ils travaillent. Les titulaires attendent du respect de la part des stagiaires. Le modèle de relation est celui qui lie un *karamoko*, maître coranique et ses élèves, les *talibe*.

La politesse m'a introduite dit M., sage-femme stagiaire et plus loin dans l'entretien elle ajoute : Je respecte la hiérarchie.

L'idée est d'avoir une profession grâce à la gentillesse, avoue V. (laborantin stagiaire).

Les bénévoles rendent des services aux titulaires : courses personnelles, achat de médicaments au marché parallèle. Les stagiaires sont obligés de ménager les titulaires pour continuer à travailler dans la structure avec toutes les compensations qu'ils en retirent matériellement et symboliquement.

Des rapports de connivence, de complicité se tissent entre les titulaires et les bénévoles

Une complicité existe entre les titulaires et les bénévoles au détriment des malades. La sur tarification est organisée par les chefs de service et les titulaires qui fixent et négocient les prix officiels pratiqués. Les titulaires décident et partagent l'argent avec les non salariés. C'est sur ces prélèvements d'argent abusifs que les "bénévoles" vivent mais avec l'accord des titulaires. Les stagiaires reproduisent parfois les comportements de leurs collègues en les grossissant même.

A la CPN du C.S. de G. l'enquêteur note qu' une stagiaire accueille fort mal une femme enceinte :

De quoi tu souffres ? Je suis pressée. Parle vite. Comme vous ne vous fatiguez pas de faire des enfants..., dit-elle à la patiente.

Les conflits entre les titulaires et les stagiaires

Des rivalités, des jalousies se créent entre les stagiaires et les titulaires. Elles sont sous-jacentes ou s'expriment. Les tensions sont parfois vives entre titulaires et stagiaires qui se retrouvent au même niveau de compétence et de tâches à exécuter à la différence des autres bénévoles. L'enquête a servi de soupape pour libérer les frustrations accumulées par les stagiaires.

Les stagiaires dénoncent le comportement des titulaires

Ils précisent dans le détail toutes les irrégularités commises mais portent aussi des jugements plus larges. Les titulaires –disent les stagiaires- ne travaillent pas beaucoup et ne respectent pas les horaires. Le discours des stagiaires rejoint celui des malades quand ils dénoncent la priorité que les titulaires accordent à l'argent, la sur tarification des actes.

Les titulaires font des erreurs techniques graves comme utiliser la même seringue pour plusieurs patients. Les titulaires ne suivent pas la déontologie médicale. Ils accueillent mal les malades. Ils ne soignent pas dans la discrétion. Les titulaires se livrent à une vente parallèle de médicaments. Un stagiaire décrit les complicités en jeu et les rouages de ce commerce illégal. La formation des stagiaires est récente et ils comparent l'enseignement reçu et la réalité vécue.

Les stagiaires se présentent comme des soignants modèles.

V. ayant effectué la pesée et l'enregistrement des plaintes en attendant la titulaire du service de l'accueil refuse les 200 FG proposés par une malade en disant : "Ne me donne rien. C'est votre chance aujourd'hui parce que je ne fais pas payer". Ce même stagiaire ne fait pas payer les injections aux malades et les collègues titulaires crient après lui :

Ce n'est pas bon, tu dois cesser pour ne pas gâter notre chance lui reproche une infirmière.

Les stagiaires donnent au malade une meilleure image du soignant. Ils sont plus disponibles et accueillent mieux les malades.

La soignante à l'accueil n'est pas gentille. J'ai pris la malade, je lui ai fait faire le circuit, elle était contente. Le malade, la blouse blanche, c'est son Dieu ! Il faut l'accueillir. Au service d'accueil, ça crie par ci, ça crie par là, nous (les stagiaires) on accueille très bien les malades témoigne S. aide de santé stagiaire).

C'est par les liens qu'ils tisseront avec les malades que les stagiaires pourront asseoir leur légitimité. Ils cherchent de cette manière à se créer une clientèle personnelle.

En cas de problème, les bénévoles servent de boucs émissaires pour les autorités et les titulaires et sont rendus responsables de ce qui ne va pas.

Ils sont accusés parfois par les titulaires de vol de matériel, de travail mal fait. Les autorités les rendent responsables de la surtarification.

Les causes des tensions et conflits entre les stagiaires et les titulaires

- Les jalousies liées aux revenus. Elles sont dues à l'inégalité de statuts, de revenus. Les stagiaires travaillent plus et sont moins considérés et pas payés.

- Les relations de genre entre les stagiaires et les titulaires. Certains stagiaires hommes supportent difficilement de se faire commissionner par les soignantes pour un achat personnel. Ils s'exécutent néanmoins "pour créer un lien" disent-ils.

- Les conflits de compétences entre les stagiaires et les titulaires.

Elles n'acceptent pas que l'on connaisse leur catégorie exacte, nos connaissances sont fraîches et elles ne veulent pas que l'on connaisse mieux qu'elles. Elles ne nous aident pas. Elles ont le complexe de nous dire quelque chose sachant qu'on risque de les critiquer. On se débrouille, on s'efforce pour connaître, mais on n'a pas de formation pratique, se plaint un stagiaire du CS de D..

- Les conflits d'intérêts. La tendance dans les centres de santé est de privatiser l'espace public et se faire une clientèle. Les stagiaires se trouvent sur ce terrain en rivalité avec les titulaires. Ils ont tendance à accueillir mieux les malades et à tisser des liens avec eux. Au C.S. de D. des titulaires sont partis à la Direction communale de la santé pour demander le renvoi des stagiaires parce qu'ils détourneraient les malades. Certains soignants ne veulent pas que le stagiaire indique lisiblement son nom sur le carnet de santé à la fin de la prescription pour que le malade ou une connaissance du malade ne le réclame pas lors d'une prochaine visite.

On accueille mieux les malades que les titulaires. Elles nous accusent de détourner les malades quand les malades viennent vers nous... Les femmes (soignantes titulaires) considèrent que je gâche leur intérêt, dit S. (aide de santé stagiaire).

La résolution des conflits entre les stagiaires et les titulaires

Les titulaires peuvent chercher à diviser les stagiaires. Les stagiaires, eux-mêmes, en cas de clivage parmi le personnel titulaire, font alliance avec un des clans. La personnalité du chef de centre ou du chef de service est généralement suffisante pour régler les conflits.

Voici un exemple de résolution de conflit où fut impliqué V.. Ce conflit, dont a été témoin l'enquêteur, est survenu entre V. et H., l'infirmière de la salle de soins.

- 1° acte : H. réclame 500 FG (c'est à dire 200 FCFA) a une malade pour le paiement d'une injection (normalement gratuite puisque la malade a payé le produit et la seringue). La malade dit qu'elle n'a que 200 FG. L'infirmière refuse les 200 FG (80 FCFA).

- 2° acte : V. intercède en faveur de la malade et prie H. d'accepter les 200 FG mais elle s'entête dans son refus.

- 3° acte : V. et H. discutent vivement. Le personnel intervient et règle le problème à l'amiable. La malade accepte de payer 300 FG.

- 4° acte : L'infirmière vient se plaindre de V. auprès du médecin de la CPC (Adulte) Dr K. où est affecté le stagiaire "Ce stagiaire veut bloquer ma chance" reproche-t-elle. Dr K demande pardon à H. du comportement de V..

- 5° et dernier acte : Dr K raisonne V. en ces termes : "Tu peux être un fils pour H.. D'autre part, tu n'es pas titulaire alors tu ne dois pas te mêler dans les prix des malades, le personnel titulaire est libre de faire ce qu'il veut et toi, tu ne peux rien contre cela". V. suivant les conseils du Dr K, est venu demander pardon à H... Le conflit s'est arrêté là.

Nous voyons que pour la résolution de ce conflit les rapports de travail sont ramenés à des rapports de famille. Il y a intervention d'intercesseurs. Le titulaire a à priori raison même si dans les faits il a tort. Le plus faible socialement doit demander pardon même s'il est dans son droit. La même procédure se retrouve parfois dans la résolution des conflits entre titulaire et malade. Nous avons l'illustration dans le même centre de santé. Une parturiente a été insultée par une sage-femme de garde et son mari a porté plainte contre la dite sage-femme. Après l'intervention de la maîtresse sage-femme, c'est lui qui a fini par demander pardon à la sage-femme de garde. Alors que la règle pour le personnel titulaire est la non sanction il est beaucoup plus facile de suspendre ou de renvoyer un stagiaire.

Toujours le même stagiaire V. a été suspendu par le directeur communal de la santé (DCS) pour six mois. Il a été sanctionné à la place de la directrice adjointe qui avait négligé de photocopier et de déposer des papiers concernant le personnel à la Direction régionale de la santé. Elle avait confié ces papiers à V. en lui disant d'attendre qu'il les photocopierait quand elle aurait de l'argent. Quand le DCS a demandé des comptes à son adjointe, celle-ci s'est déchargée de toute responsabilité sur V.. Le D.C.S. a renvoyé le stagiaire sans même vouloir écouter sa version des faits. Les soignantes sont intervenues en faveur de V. qui a été finalement réintégré mais après six mois de démarches.

Au C.S. de W., un stagiaire a été renvoyé par le chef de centre car il détournait à son profit les malades. Il récupérait les malades dans la salle de soins, allait à domicile les soigner et leur vendre des médicaments du Nigeria. Au C.S. de M., un stagiaire, surpris la nuit entrain de pratiquer des avortements, a été également renvoyé.

Conclusion

A cause des dysfonctionnements dans les centres de santé les stagiaires y occupent beaucoup de place. Les stagiaires se trouvent dans une position un peu difficile avec une marge de manœuvre étroite. S'ils veulent durer dans la structure et être recrutés cela ne peut se faire qu'en gagnant les bonnes grâces des titulaires car ils sont en position de faiblesse. Ils cherchent à se rendre indispensables auprès des titulaires en palliant leur absentéisme, leur retard, en leur rendant des services. C'est également en s'entendant avec les titulaires qu'ils peuvent espérer un partage des bénéfices prélevés sur les malades ce qui est essentiel pour eux puisqu'ils ne sont pas salariés.

Lorsque des dysfonctionnements sont dénoncés dans la structure, ils servent de boucs émissaires ce qui est de nature à gâter leurs relations avec les titulaires. Ils entrent en conflit d'intérêts direct avec les titulaires dans la captation des malades, dans la tentative de privatisation de la clientèle. Ils se présentent alors comme modèle de déontologie et cherchent à mieux accueillir les malades et à présenter une image plus attrayante du soignant et là ils peuvent entrer en conflits ouverts avec les titulaires qui vont jusqu'à demander leur renvoi. Selon le centre de santé, les personnalités en présence, la complicité l'emportera ou les rivalités mais cela n'est jamais réglé une fois pour toute.

DE LA RENOVATION DES MURS A CELLE DES PRATIQUES ? L'EXEMPLE DE *Jalluße*, MATERNITE ET DISPENSAIRE (1997-2000)

Frédéric Le Marcis*

Les données présentées ici sont issues d'un terrain effectué de 1995 à 1997 dans l'actuelle commune rurale de *Jalluße*. (à l'époque encore arrondissement). Son chef lieu du même nom est situé à 60 km au nord-est de Mopti (la capitale régionale). Avec la réforme de décentralisation, l'arrondissement de *Jalluße* est devenu une commune rurale.

Cet arrondissement disposait lors de l'enquête d'un Centre de santé communautaire (Cescom, communément appelé dispensaire). A sa tête, un infirmier prescripteur aidé d'une matrone, d'un aide soignant se consacrant essentiellement aux vaccinations et d'un gestionnaire. Aujourd'hui, ce dispensaire a été reconstruit et une maternité y a été ajoutée. Cette reconstruction, qui lors des négociations la concernant, apparaissait comme essentiel à son bon fonctionnement pose question. En quoi la reconstruction du dispensaire peut elle faire évoluer les pratiques de ses acteurs. Les murs ont ils une influence sur les soins et sur les relations soignants-soignés ? Ces questions peuvent paraître triviales. Les réponses paraissant évidentes : une vraie salle de consultation permettant la discrétion des auscultations fait la différence, l'existence même d'une salle d'accouchement équipée implique une qualité certaine d'offre de soins. Il convient cependant de se les reposer au regard de pratiques préexistantes à la rénovation des murs et donc d'interroger la relation triangulaire infirmier / population / dispensaire.

Remarques liminaires et rappel historique

Pour appréhender au mieux cette relation tripartite, un détour par la diachronie est utile. Un tel projet est possible, car les sources existent (ce qui n'est pas toujours le cas pour des formes "traditionnelles" de soins. Ainsi, d'emblée, le système biomédical de soins s'inscrit du côté du Pouvoir. (du côté de l'écrit, de l'histoire "officielle").

- 7 janvier 1890 : création par Eugène Etienne du corps de santé des colonies et des pays de protectorat

* CEA, Paris

- 1894 : administrateur de Djenné (dont dépend alors *Jalluße*) demande la nomination d'un médecin français aux côtés de l'infirmier militaire sénégalais présent depuis la prise de la ville en 1893 par Archinard
- 4 novembre 1903 : création de l'AMI (Assistance Médicale Indigène). En 1946, elle devient l'Assistance Médicale Africaine (AMA)

Le 7 janvier 1907, le corps des "aides médecins indigènes" est donc créé afin d'assister les médecins français. Le personnel est recruté chez les infirmiers militaires, les anciens infirmiers coloniaux, les tirailleurs libérés, les élèves de l'école des fils de chef et des autres écoles, âgés au moins de 16 ans et parlant et écrivant le français. Ils sont formés pendant 6 mois (1-H-110 : arrêté relatif au mode de recrutement et à la solde des aides médecins indigènes de l'assistance médicale dans la colonie du Haut-Sénégal-Niger. 1906). Jean Paul Bado (1996 : 182) rappelle que le recrutement des aides médecins indigènes devait palier aux absences fréquentes du médecin (et permettre ainsi de maintenir les centres de santé ouverts) mais devait également permettre d'établir un pont entre médecins coloniaux et population indigène (en facilitant notamment la communication et le dévoilement de comportements locaux censés empêcher la pénétration de la médecine coloniale). Le statut des aides médecins indigènes dans la société coloniale devait leur fournir le crédit nécessaire pour les rendre persuasifs. En 1909, trois ans après sa création, les critiques fusent contre ce nouveau corps auquel on reproche le manque de compétences ainsi que les abus de pouvoir de ses membres, qui profitent de leur nouveau statut. Bien qu'à l'origine, l'administration souhaitait former des aides-médecins issus de toutes les ethnies afin de les affecter dans leur région d'origine (et faciliter ainsi l'implantation de la médecine coloniale), ce projet n'aboutit pas (Bado 1996 : 185) : "par exemple, parmi les huit et dix élèves aides-médecins exerçant dans le Haut-Sénégal et Niger en 1909 et 1910, il n'y avait que des Bambara et Mandingues de la partie soudanaise de la colonie." Suite à ces échecs, et aux bouleversements provoqués par la première guerre mondiale, l'école de médecine indigène est créée en 1918 (Bado 1996 : 186). La première guerre mondiale a des conséquences importantes sur l'organisation médicale coloniale. Elle se traduit par la diminution des budgets paralysant ainsi l'activité des soignants et par le départ de nombreux médecins occidentaux. En outre, ceux qui restent sont associés au recrutement des soldats, ce qui n'incite pas à les fréquenter... La guerre ayant ainsi aggravé la crise du personnel médical en AOF, l'école de médecine est fondée à Dakar (Bado 1996 : 215). Une formation en cinq ans est mise en place mais les médecins qui sortent de cette école restent néanmoins les seconds des médecins coloniaux. Le 30 décembre 1924, Daladier, alors ministre des colonies, recommande la "politique du repos". L'effondrement démographique des colonies incite les autorités à prendre soin des populations afin de préserver la richesse des possessions françaises et leur rentabilité

économique¹. A partir de là dans l'ensemble des colonies, la prophylaxie de la lèpre et de la maladie du sommeil se développent (au Mali, l'Institut central de la Lèpre est construit en 1931 à Bamako. Il remplace l'ancienne léproserie de Djikoroni).

L'objectif de l'AMI/AMA était de préserver les populations et le capital qu'elles représentaient. On peut résumer les problèmes rencontrés par ces services ainsi :

- petit nombre des médecins
- déplacements chroniques
- bien qu'à l'origine destiné aux populations, ces services sont accaparés par les européens, les assimilés, les africains privilégiés (auxiliaires), ...

Les chiffres concernant la répartition du personnel médical au Mali en 1913 confirme cette inégalité d'accès aux structures médicales : Sur l'actuel territoire du Mali, il y avait à l'époque 16 formations sanitaires desservies par 12 médecins. Sur ces 12 médecins, 5 étaient à Kayes et 2 à Kati. Il y avait donc une concentration près des centres administratifs. Pourtant au niveau des administrateurs locaux, l'intérêt de la biomédecine appliquée aux populations colonisées était soulignée. Elle était supposée pouvoir asseoir la légitimité de l'entreprise coloniale.

Ainsi peut-on lire dans un rapport monographique de 1909 concernant le cercle de *Jenne* et relatif à l'assistance médicale indigène (Etudes générales. Monographie du cercle de *Jenne*, novembre 1909. ID - 38 - 3. 10^e section du document : assistance médicale indigène.) : "Quand on aura vaincu toutes les préventions sans brusquerie mais par la persuasion de résultats bien probants, quand l'indigène confiant dans la science de nos médecins et convaincu de l'efficacité de nos remèdes, comme il l'est déjà de leur gratuité, il viendra de lui même réclamer les soins que nécessite sa santé, la civilisation française aura fait une glorieuse conquête dont pourra s'enorgueillir notre génie civilisateur."

1953 : Ouverture de la première officine privée à Mopti.

1956 : construction de l'hôpital.

(notons qu'à Bamako, le 1^{er} hôpital est construit en 1902, en 1904 à Kayes.)

En 1955, Mopti compte 157 000 hab. pour 2 centres médicaux et 11 dispensaires, soit 14 272 hab. pour un dispensaire.

A l'époque, les soins sont gratuits et ils le restent jusqu'en 1989 où suite à l'initiative de Bamako, les médicaments génériques sont mis en place.

¹ Reconnaître les motivations économiques du pouvoir colonial dans la mise en place d'une politique de santé publique ne présage en rien du dévouement réel de médecins et soignants auprès de corps souffrants ni de leurs motivations individuelles.

Le dispensaire de *Jalluße*

En 1963, le dispensaire de *Jalluße* est construit. Le recrutement actuel du personnel du dispensaire de *Jalluße* n'est structurellement pas très différent du recrutement des premiers infirmiers et médecins africains par l'administration coloniale. Depuis sa création (en 1963), aucun infirmier n'est originaire de la zone. Le premier infirmier qui reste trois ans est d'origine mossi. Le second est Bobo. Il est surnommé *Pidal*, nom formé à partir de la racine verbale *pikk-* qui signifie faire une piqûre. Il quitte le dispensaire en 1980. Vient ensuite un bozo puis en 1984 est nommé l'actuel infirmier chef de poste, d'origine bamanan². La première matrone du dispensaire est toujours en place, bien que non issue du village, elle y grandit alors que son père était garde en poste dans l'arrondissement de *Jalluße*. Lorsqu'on demande aux villageois d'envoyer une femme afin qu'elle soit formée comme sage-femme à Mopti, c'est elle qui est envoyée. A présent, elle est mariée avec un homme du village. Un vaccinateur du Programme Elargi de Vaccination (PEV³), après avoir suivi une formation de 6 mois à Mopti, a également été affecté à *Jalluße* en 1990, sur la proposition de son père (ancien chef d'arrondissement). Il est originaire du Delta intérieur du Niger, mais d'un arrondissement voisin. La matrone, comme le vaccinateur PEV sont payés grâce à la TDRL (Taxe de Développement Rural Local), impôt collecté localement et qui est censé être dépensé sur place, afin de rendre plus lisible son intérêt auprès des populations. Le gestionnaire de la pharmacie est quant à lui un ancien instituteur du village. Il s'est reconverti dans la gestion lors de la mise en place du stock de médicament et de la revitalisation du dispensaire, sur les conseils du secrétaire d'arrondissement d'alors.

Un personnage : *Ngolo*, l'infirmier chef de poste

Le père de *Ngolo* est chef de village dans le sud-ouest du Mali. Dès son enfance, *Ngolo* désire devenir fonctionnaire, mais une maladie brise sa scolarité et ses espoirs initiaux. Pour cause de santé fragile, il est recalé à l'entrée de l'école de gendarmerie. Son père l'oriente alors vers une carrière dans la santé (où, lui dit-il, il pourra se faire un nom). Il intègre ainsi l'école d'infirmier à Bamako (on y accède après le certificat d'école primaire et la formation dure deux ans (Seydou O. Coulibaly et Kafing Diarra 1993 : 233). Après avoir été infirmier scolaire, puis dans un dispensaire villageois, il est nommé

² Pour une description plus détaillée de l'infirmier chef de poste, cf. ci-dessous.

³ Le PEV (Programme Elargi de vaccination) concerne les enfants de 0 à 6 ans. Il a été mis en place en 1988. Depuis 1990, il est entré dans une phase d'entretien. Les enfants nés dans l'année sont vaccinés dans des structures fixes (dispensaires locaux), cf. Philippe Cavailler (1992 : 6).

infirmier chef de poste à *Jalluße* en 1984. *Ngolo* a le souci du travail bien fait et il est plein de compassion du fait de sa propre expérience de la maladie explique-t-il. Il travaille de 7 heures du matin jusqu'au soir et se plaint souvent de sa fatigue, ce que confirment ses traits tirés.

Par rapport au reste de la population, fonctionnaires y compris, *Ngolo* a un bon niveau de vie. Il élève quelques moutons et pratique l'embouche dans la cour du dispensaire. Il est marié avec une femme peule originaire du village et a eu deux enfants. Il s'occupe également d'un neveu que sa famille lui a confié, confirmant ainsi son statut social élevé. Dès qu'il se met au travail dans le dispensaire ou qu'il part en tournée dans les villages des environs, il enfle une blouse blanche et se munit de son stéthoscope. Auparavant, il circulait avec une mobylette "Camico" mais il reçoit à la fin de notre terrain une moto "Yamaha DT". Cette moto, signe de réussite par excellence dans le Mali des ONG, est l'outil revendiqué par tous les vulgarisateurs et autres développeurs intervenant en zone rurale. L'autre fierté de l'infirmier, ce sont les visites qu'il reçoit de sa hiérarchie (direction régionale de la santé) ou d'ONG proposant leur soutien. Ces visites le mettent en position de médiateur entre les "étrangers" et la chefferie que ces derniers ne manquent pas de visiter. Elles légitiment également son autorité thérapeutique. Ainsi dans le cadre de campagnes de vaccination, *Ngolo* tient souvent un discours plein de remontrances envers ceux ou celles qui ne font pas vacciner leurs enfants. Il leur dit, plein de menaces, que si son carnet de bord n'est pas plein, les fonctionnaires du ministère de la santé à Bamako à qui il l'envoie ne seront pas contents...

Ngolo témoigne d'une ouverture d'esprit envers certains guérisseurs. Il fréquente marabouts et guérisseurs sans s'en cacher mais émet des réserves concernant ceux qui ne font que passer, laissant derrière eux des traumatismes témoignant de leurs interventions (il s'agit de "désaveugleurs", d'infirmiers "ghanéens", de *Bongobi*, etc.). Dans l'arrondissement de *Jalluße*, il compte certains guérisseurs parmi ses amis et leur envoie des malades lorsque cela s'avère nécessaire (en cas de fractures, de foulures, ou d'abcès). La science dont il est le représentant le plus éminent à *Jalluße* ne le rend pas complètement hermétique aux savoirs et aux pratiques des guérisseurs. Il leur reconnaît donc un domaine de compétence, tant au niveau des soins qu'au niveau de la "chance" ou de la "protection"... C'est dans l'interaction que se donne à lire l'identité d'un individu. Poursuivons la description de *Ngolo* à partir de la relation qu'il entretient avec ceux qui fréquentent le dispensaire, ou auxquels il s'adresse.

Exemple de consultations

L'observation de la pratique des consultations au dispensaire concourt à la relativisation de l'importance des représentations dans le rapport malade / infirmier. Les blocages ne sont pas toujours là où on les attend. En général, l'infirmier ne pose pas de

questions sur ce que pense le patient de son mal. Au mieux lui demande-t-il comment il a commencé. Le malade ne désigne que rarement une maladie précise, il demande simplement qu'on le "regarde" ou bien désigne une partie de son corps qui le fait souffrir⁴. Il est cependant possible de distinguer plusieurs types de consultations.

Certaines pathologies récurrentes, comme le paludisme, amènent l'infirmier à établir un diagnostic de manière quasi-mécanique. Deux exemples illustrent ce fait. Le premier est celui d'un enfant. Allongé sur un banc du dispensaire, il attend en souffrant le diagnostic de l'infirmier. Son corps est chaud mais le thermomètre cassé ne permet pas de prendre sa température. Après avoir écouté la respiration de l'enfant avec son stéthoscope, *Ngolo* diagnostique un accès palustre et rédige une ordonnance (6 médicaments dont des piqûres). Le second exemple concerne un homme originaire de *Saba*. Ce dernier vient au dispensaire et se plaint de maux de tête et de douleurs aux muscles fessiers. Il nous explique qu'il campait en brousse près de son champ et qu'il s'est réveillé un matin perclus de douleurs. Il rentre à *Saba* en charrette car il ne peut plus marcher puis se rend ensuite au dispensaire. *Ngolo* consulte rapidement et prescrit de l'aspirine, de la nivaquine et du "paluject" (piqûres) pour un montant de 1000 FCFA...

D'autres consultations relèvent plus de l'usage raisonné des symboles que de la prescription de médicaments. On pourrait les définir comme étant des consultations "efficaces". Une vieille femme se présente au dispensaire et se plaint de fatigue. *Ngolo* l'ausculte silencieusement dans la pièce située au milieu du dispensaire, la porte reste ouverte, comme souvent. Il prend sans mots dire sa tension et utilise également son stéthoscope puis lui fait une piqûre. Que retenir d'une telle consultation ? *Ngolo* n'a pas grand chose à proposer à cette femme qui porte ses années tel un fardeau. Ne sachant que faire, manquant de moyens comme de compétences en la matière, de dépit il évacue le problème en prescrivant une piqûre (vraisemblablement du quinimax) et la vieille femme quitte le dispensaire satisfaite... Dans ce cas, l'infirmier peut prodiguer un soin contre la tension ou le paludisme, au fond cela ne paraît pas très important. Compte tenu de la rapidité de la consultation et de l'absence total d'échanges entre l'infirmier et la vieille femme, il est plus question ici d'efficacité symbolique que d'autre chose. Chez le patient, l'impact du tensiomètre, du stéthoscope, de la piqûre ou de la radio a été relaté de nombreuses fois à travers les récits de malades (en Afrique et ailleurs). Le statut de l'infirmier est confirmé par l'usage de ces outils emblématiques.

Un dimanche, jour de marché, une femme bozo se présente au dispensaire avec son mari. Ils viennent de *Tanereeje* (15 kilomètres au nord-ouest de *Jalluße*). Ils sont venus en pinasse jusqu'à *Gobe* puis ont rejoints à pied *Jalluße* (3 kilomètres). Depuis qu'elle a eu

⁴ sur cette question cf. Jean-Pierre Olivier de Sardan (1994).

son premier enfant, elle a mal au ventre, ses règles sont douloureuses et elle ne parvient pas à tomber à nouveau enceinte. Les différents thérapeutes consultés lui ont dit que son mal était dû au *ladde* (la brousse) ou aux *bonße* (les sorciers anthropophages), mais n'ont pu la soulager. Il y a deux ans, elle est déjà venue se soigner au dispensaire, sans succès.

Rencontrée après la consultation, la jeune femme ne sait toujours pas quel est son mal. Elle explique qu'on ne lui a rien dit. L'infirmier lui demande simplement de rester une semaine près du dispensaire, pour recevoir un traitement qui lui coûtera 5000 FCFA. Son mari, quant à lui ne peut payer que 3000 FCFA. De plus, le couple ne veut pas rester si longtemps loin de chez lui. Finalement, il repart avec un médicament mais *Ngolo*, qui souhaitait traiter un problème de règles douloureuses estime que ce traitement ne soignera pas la jeune femme...

L'échec de cette consultation, puisqu'elle n'aboutit pas à un soin efficace, repose sur différentes causes. Il n'y a pas d'intercompréhension entre le malade et l'infirmier. Pour autant le problème ne réside pas dans le fait de traduire les notions de *ladde* ou *bonße* ou encore de règles douloureuses... Si la jeune femme souffre du ventre (ce dont elle se plaint auprès de *Ngolo*), son angoisse sous-jacente est de ne pas parvenir à avoir d'autres enfants, ce dont l'infirmier ne tient pas compte. De plus, la thérapie proposée ne convient, ni à la capacité financière du couple (ils ne disposent que de 3000 FCFA pour payer le soin), ni au temps dont ils disposent... La jeune femme et son mari se rendent au dispensaire dans l'espoir d'obtenir une réponse à leur problème, refusant les interprétations précédentes. La distance parcourue, dans des conditions difficiles, est à la hauteur de l'espoir qu'ils placent dans cette consultation. Celle-ci se termine sur un double échec. Constat d'échec de la part de *Ngolo*, qui propose un médicament moins cher mais qu'il sait ne pas être efficace. Constat d'échec pour le couple, à court terme, puisqu'après le traitement, ils ne verront pas d'amélioration. Cette consultation n'est donc qu'un épisode de plus dans une quête de soins déjà longue. Dans cette situation, l'infirmier est contraint d'apporter une réponse acceptable pour le malade et son entourage, tant du point de vue de la pratique que du point de vue financier. Céder à cette exigence se fait au détriment de l'efficacité des soins. *Ngolo* se retrouve alors face à un dilemme : soit il ne tente rien et sa crédibilité de soignant s'en trouve écornée, soit il tente quelque chose au risque de ne pas être efficace et de perdre également du crédit. Dans ce type de cas, l'art de l'infirmier consiste donc à faire l'équilibriste en mesurant les "risques" qu'il prend en terme de crédit lorsqu'il propose un soin.

Le dispensaire : différentes logiques d'accès

Certains "clients" des services de santé bénéficient d'un accueil privilégié en raison de leurs rapports avec l'infirmier, le reste du personnel ou de manière générale avec

"l'institution dispensaire". Dans d'autres cas, l'accès au dispensaire semble poser problème. Deux exemples illustrent ces logiques d'accès au dispensaire :

- Les étrangers au dispensaire :

L'étude de l'accès "d'étrangers" au dispensaire permet de relativiser la pertinence d'un quadrillage sanitaire en "aires de santé" supposées concerner les populations dans un rayon de 15 km. Pour illustrer l'interaction infirmier / étrangers, je propose de retenir deux catégories particulière d'étrangers fréquentant le dispensaire : les *Baajankooße* et les Bozo.

Il existe des installations permanentes de Bozo au Nord de l'arrondissement vers le lac Walado-Débo (environ 25 kilomètres), des campements saisonniers à l'ouest de *Jalluße* (à 15-25 kilomètres) et deux villages permanents (*Mino* et *Kakañan-seßße*). Ces deux derniers villages fréquentent le plus souvent le dispensaire situé à *Kakañan*. Pendant la décrue, des Bozo viennent camper au bord des rivières qui traversent l'arrondissement de *Jalluße* et participent aux pêches de décrue. Ils sont les patients potentiels de *Ngolo*. Ces Bozo, à l'instar des nouveaux venus au dispensaire, devraient être impressionnés ou mal à l'aise en se présentant devant l'infirmier. Pourtant, ils entretiennent d'emblée un rapport différent avec *Ngolo*. Deux remarques permettent d'esquisser une hypothèse en vue de comprendre cette situation.

- Les Bozo :

Les Bozo pendant la saison de pêche reçoivent d'importantes sommes d'argent et voient leur pouvoir d'achat augmenter sensiblement. Si souvent les gains des pêcheurs vont dans la poche des commerçants de Mopti qui leur ont avancé le matériel de pêche (cf. ci-dessus) ou bien dans celles des propriétaires des bras d'eau qu'ils exploitent, les pêcheurs investissent également dans des dépenses ostentatoires (télévision, moto, ...). La capacité momentanée des pêcheurs à fournir de "l'argent frais" en fait de bons clients du dispensaire. Leur production de poisson fumé et d'huile de poisson en fait également des interlocuteurs privilégiés (les fonctionnaires sont souvent en quête de denrées permettant d'améliorer leur nourriture quotidienne). Les éleveurs peuls ne sont pas forcément moins riches que les pêcheurs mais ils ne bénéficient pas de la même capacité que les Bozo à produire une richesse directement exploitable. Les Peul sont souvent accusés de ne pas vouloir vendre leurs animaux pour payer des médicaments. Il est pourtant compréhensible qu'un individu hésite à vendre un jeune mouton (rapportant 6000 FCFA) pour payer une facture d'un montant de 1000 FCFA. En effet, les 5000 FCFA restant ne se "bonifieront" pas comme un mouton d'à peine un an ! Un pêcheur vendant sa marchandise dispose, quant à lui, d'argent directement utilisable... En plus de la capacité financière des Bozo, qui en fait de bons clients et facilite certainement leur accueil au dispensaire, la réputation de *Ngolo* joue également un rôle important. Cette réputation s'est particulièrement diffusée

dans le milieu bozo à la suite d'une intervention providentielle de *Ngolo* sur un jeune garçon. Ce dernier pêchait sur une pirogue. Après avoir attrapé une carpe, il la tint entre ses dents pendant qu'il garnissait à nouveau son hameçon et l'avalait par accident. La carpe vivante était coincée dans son œsophage et l'enfant commençait à étouffer. Les nageoires enfoncées dans sa gorge empêchaient quiconque tentait de retirer le poisson. *Ngolo*, consulté en désespoir de cause, parvint à extirper le poisson de la gorge de l'enfant, non sans avoir demandé les *mocci* des pêcheurs sur la gorge de l'enfant (incantations contre les arrêtes). Ce dernier s'en est sorti avec quelques égratignures et du sang dans la bouche...

Cette histoire circule en milieu bozo comme la carte professionnelle de *Ngolo*. L'impact de son acte chez les Bozo peut être mieux apprécié à la lecture des informations rapportées par Shinzo Sakai à propos d'un saint de la ville de *Ja* (ville importante et ancienne du Delta). Shinzo Sakai (1990 : 239) relate une partie de la légende du saint *Alfa Bokar Karabenta* (enterré à *Ja*) : "lors d'une pêche un petit poisson saute hors de l'eau et se précipite dans la bouche d'un jeune enfant. Des nageoires piquantes irritent sa gorge. Le saint sollicite néanmoins l'enfant se faire soigner chez le magicien *Finata*, maître des sciences du monde aquatique."

Deux caractéristiques également observées lors du soin effectué par *Ngolo* sont présentes dans ce récit : l'accomplissement d'un acte considéré difficilement réalisable (sortir la carpe coincée dans la gorge), et la reconnaissance par un homme de pouvoir d'autres sources de pouvoir qu'il respecte, bref le respect de l'ordre du monde, du *tawaangal* (de "ce qui est trouvé"). Les deux personnages, pourtant forts de leurs compétences, appliquent le principe de préséance thérapeutique dû aux individus en fonction de leur identité ou de leur statut dans la société. Le saint et *Ngolo*, lorsqu'ils font appel aux possesseurs de *mocci*, confirment ainsi leurs prérogatives thérapeutiques mais donnent également plus de valeur à leur propre compétence. Cette marque de déférence relève du même principe que celui observé entre un élève et son maître, entre un aîné et un cadet...

- Les *Baajankooße* :

Le terme *Baaja* (contraction de *Baajankooße*) est un terme générique qui désigne l'ensemble des Peul originaires des terres sèches (sur les franges du Delta intérieur du Niger : Douentza, Hayre, mais aussi Farimaké...) et qui se déplacent après la décrue avec leurs animaux dans le *Burgu*. Il s'agit de groupes peuls forains, ou suivistes, qui entrent dans le Delta intérieur du Niger après les troupeaux des propriétaires du *Burgu* et qui leur payent un droit de pâture, le *conngi* (cf. Pascal Legrosse 1999). Le nom *Baaja* est d'origine arabe (al badiya). il a donné en français le nom "Bédouin" (cf. Roger Botte et Jean Schmitz 1994 : 8) et désigne plus généralement celui qui erre. L'étymologie arabe confirme bien le sens de ce qualificatif, qui désigne tous ceux qui vivent selon un mode de vie spécifique

(le nomadisme) plutôt qu'un groupe en particulier. Parmi les *Baaja*, sont distingués ceux qui élèvent des vaches, ceux qui élèvent des chèvres ou des moutons. Si dans l'absolu les *Baaja* représentent le mode de vie idéal-typique peul (vie en brousse avec les troupeaux), ils sont porteurs chez les Peul sédentaires du Delta, pourtant eux-mêmes descendants de Peul nomades (comme la majorité des *rimbe* de *Jalluße*), d'une image négative de broussard ignorant...

Les *Baaja* eux-mêmes endossent cette image négative. L'un d'eux explique :

Le broussard et le villageois n'appartiennent pas au même monde (*wanna kabaaru gooto* = ce n'est pas la même affaire). Le broussard ne connaît que la brousse, ne parlons pas de l'infirmier !

Un autre complète :

L'infirmier quand même, si tu amènes ton argent seulement, tu es piqué. Si tu ne l'as pas amené, il n'est pas certain que tu sois piqué. Cela est ce que nous connaissons. Le docteur, là où ton argent s'arrête, il s'arrête. Si tu es malade, si tu vas le voir sans argent, tu n'es pas piqué ! Nous quand même c'est cela que nous savons avec l'infirmier.

Le fait de payer ses soins, et donc de n'en bénéficier qu'à condition d'en avoir les moyens, n'est pas une situation spécifique aux gens de brousse mais ces derniers la ressentent comme une injustice, persuadés que les villageois sont traités différemment. A cela s'ajoute une crainte du dispensaire qui relève d'une crainte de l'administration et du Pouvoir en général. Un vieux *Baaja* rencontré dans son campement en brousse explique :

Cela c'est le *Laddenkaaku* (manière d'être du broussard). Tous les gens de brousse ont peur des chefs (*kaananke* = chef, dirigeant, "patron"). Cela c'est la peur seulement. Tout ce qui a un pouvoir sur toi, tu ne l'aimes pas (*Ko a waawete fuu, a yida mo* = *waaw-* + *ete* = radical + forme passive inaccomplie). Et oui, ainsi seulement, si tu vas là-bas [au dispensaire], ils te tueront. N'est-ce pas si tu vas là-bas ils te refusent des médicaments? C'est toi qui te déteste toi-même! (sous-entendu en t'y rendant). (...) Nous, nos *kaananke* ce sont tout ceux que tu vois qui portent un crayon (*binndol kirion*). L'infirmier c'est notre *kaananke*.

Le vieux *Baaja* poursuit et égrène la liste des *kaananke*, il s'agit de l'infirmier, des gendarmes, des chefs d'arrondissements (les "commandants") et des gouverneurs...

Une couverture sanitaire inégale et des stratégies

A travers différents exemples de soins dont le déroulement fut problématique, c'est une couverture sanitaire inégale qui est mis en exergue. En effet, en plus d'un rapport difficile avec l'infirmier, les *Baajankooße* souffrent également de leur isolement.

Ainsi lors d'une visite dans un campement *be'inkooße*, un vieil homme malade (il se dit atteint de *keefi* et de *βuuβol*) relate ses tentatives de soins. L'infirmier passe un jour par hasard dans le campement (lors d'une visite dans un village voisin), le vieil homme en profite et se plaint de douleurs dans tout le corps. Il demande à être piqué. L'infirmier lui vend alors des pilules et lui promet de repasser pour le piquer. Il ne revient pas... Lors de notre rencontre, le vieil homme est allongé depuis trois mois ! Vivant seul avec son épouse et ses petits-enfants en bas âge (son fils vit à Bamako), il n'a trouvé personne à envoyer au dispensaire...

De plus, pendant la période de l'année où les *Baajankooße* sont susceptibles de fréquenter le dispensaire, c'est-à-dire en saison sèche, l'infirmier profite souvent du bon état des pistes pour visiter les villages de l'arrondissement. Dès lors, tout déplacement au dispensaire devient aléatoire, l'infirmier étant souvent absent. Aux absences répétées de l'infirmier pour cause de vaccinations ou de visites dans les villages, ou bien encore pour cause de formation à Mopti, s'ajoutent des absences liées à la place de l'infirmier dans l'élite locale et à ses compétences. En effet, dès lors que la présence de représentants villageois est nécessaire (pour former des comités de gestion, des associations ou comme ce fut le cas à *Jalluße*, pour mettre en place une antenne locale de la Commission Electorale Nationale Indépendante, la CENI) l'ensemble des fonctionnaires est convoqué en raison de ses compétences. Chacun est donc obligé d'abandonner pour un temps sa mission. La mise en place des communes et la préparation des élections ont ainsi grandement perturbé le bon fonctionnement du dispensaire en monopolisant son personnel. Cette monopolisation reposait sur l'extension de compétences (le français et l'écriture) dévolues à un domaine (la santé) à un autre domaine, celui de la gestion citoyenne du politique.

A *Jalluße*, les absences répétées de *Ngolo* permettent de mesurer son "charisme thérapeutique". En effet, lorsqu'il s'absente longtemps du dispensaire, un aide soignant du dispensaire de *Kakañan* vient le remplacer mais nombre de malades préfèrent revenir à son retour. L'un d'entre eux estime que les assistants de l'infirmier ne savent faire que des piqûres alors que *Ngolo* a des appareils lui permettant de vraiment "regarder" le malade (un tensiomètre et un stéthoscope). Face à ses absences, le villageois rebrousse donc chemin mais le *Baaja*, s'il n'a pas de logeur sur place et s'il ne peut retourner à son campement, en est réduit à attendre le retour de l'infirmier dans la cour du dispensaire... Les *Baajankooße* ne sont pas sans réactions face à ces difficultés. Des habitants du village occupent pour eux une place de "médiateur". Il y a de nombreuses familles de Peul rouges sédentarisées à *Jalluße* qui maintiennent encore des rapports avec leurs parents ou alliés en brousse (certains leur confient des animaux). Les *Baajankooße* entretiennent donc une relation de clientèle avec eux, relation instrumentalisée dans le but d'accéder aux soins.

Un jour, un Peul *Baaja* se présente au dispensaire. Il a quitté son campement à une quinzaine de kilomètres au nord de *Jalluße* où son épouse est alitée. Ne pouvant la déplacer, il demande à *Ngolo* de venir la voir. Un *jaawanµo* (vieux homme membre de la *suudu Haali*, famille influente à *Jalluße*) l'accompagne. C'est lui qui l'introduit auprès de l'infirmier. *Ngolo* soupçonne que son épouse est malade depuis longtemps et lui dit qu'une maladie ne tombe pas soudainement sur les gens. Il lui reproche de ne pas dire la vérité. S'adressant à travers lui à l'ensemble des *Baajankooße* (Peul par excellence) il lui reproche : "Vous, vous regardez le feu prendre et quand le feu est très pris vous venez! " Le couple *jaawanµo-Fulake* (*Ngolo* appelle le *Baaja* "*Fulake*" ce qui signifie "homme peul" en bamanakan. Il mélange ainsi le fulfulde et sa langue maternelle pour réprimander le Peul) passe la journée à prier *Ngolo* de venir. Ils lui proposent de payer l'essence mais *Ngolo* refuse de se rendre dans le campement. Ce jour là, il y a beaucoup d'affluence au dispensaire et il doit soigner tout le monde le jour même car il se rend le lendemain à Mopti, pour remettre son rapport d'activité des trois derniers mois à la direction régionale de la santé. *Ngolo* poursuit sa réprimande et se plaint (en exagérant à dessein) que depuis l'avènement du Mali on a jamais vu un infirmier quitter son dispensaire pour aller soigner en brousse⁵. Le *jaawanµo* lui rétorque alors qu'à *Jalluße*, il est chez les Peul et que la situation est différente du Mali (sous entendu du milieu bamanan dont *Ngolo* est issu et auquel il fait implicitement référence). *Ngolo* leur conseille finalement de trouver une charrette avec laquelle ramener la femme malade. S'ils n'en trouvent pas, il propose d'envoyer le lendemain son assistant de *Kakañan* sur place...

Finalement, le *Baaja* parvient à faire déplacer sa femme en camion. Lui et ses parents investissent la salle de consultation gynécologique. Ils sont installés sur des nattes posées au sol. Sous l'auvent leurs chaussures sont posées à l'entrée de la salle, comme à l'entrée d'une case ou d'une hutte. Ils ont l'air gêné dans cet univers étranger. Quelques parents de *Jalluße* les visitent, les soutiennent.

Face au couple *jaawanµo-Fulake*, *Ngolo* se plaint du fait que les *Baajankooße* se font toujours accompagner de quelqu'un du village qui parle en leur nom. En effet, la présence et l'appui d'un membre éminent du village oblige *Ngolo* à argumenter son refus de manière plus véhémence. Face à un *Baaja* sans soutien, la discussion n'aurait sans doute pas été aussi longue. Un *Baaja* seul est insignifiant... Cette usage de la médiation d'un tiers issu du village est courant et s'observe même dans le cas de consultations de moindre importance. Cette stratégie, visant à accéder à un soin de meilleure qualité, ou à recevoir simplement un soutien, a cependant un coût. Celui-ci n'a pu être évalué mais mériterait de l'être. En effet, cette pratique affranchie les *Baajankooße* de l'arbitraire du dispensaire

⁵ *Ngolo* est excédé (et certainement fatigué ce jour là) et il grossit le trait. En effet, il lui arrive fréquemment, même en pleine nuit, de se rendre en brousse visiter un malade...

mais les place dans le même temps sous la tutelle de leurs alliés villageois, ne faisant finalement que déplacer leur dépendance...

Des stratégies "d'esquive" dans le rapport de certains villageois avec l'infirmier existent également, comme le montre le cas d'un vieil homme opéré par un *Sidibe*. Souffrant des yeux, il s'était présenté à l'infirmier qui lui avait conseillé de consulter un médecin à Mopti. Au lieu de s'y rendre, il se confie à un *Sidibe* de passage qui lui abaisse le cristallin des deux yeux. Deux semaines après l'opération, il souffre encore de maux de têtes et de douleurs aux yeux et se rend au dispensaire afin d'obtenir un collyre, connu comme le médicament qui se met "goutte à goutte". Devant l'infirmier, il n'ose pas dire qu'il s'est fait opérer par le *Sidibe* et demande simplement des pilules pour le mal de tête puis se renseigne auprès du gérant de la pharmacie du prix du collyre (200 FCFA). Il enverra, dit-il, quelqu'un chercher le médicament à Mopti et se plaint de l'incompréhension de l'infirmier. Il aurait souhaité que celui-ci, constatant son état, lui prescrive le collyre sans qu'il ait à exposer la cause réelle de son mal. Il craignait, en effet, les réprimandes de l'infirmier, puisqu'il n'avait pas écouté ses conseils. Ce dernier de son côté n'est pas dupe, mais ne prescrit pas pour autant de collyre, laissant le vieil homme face à ce qu'il considère être ses responsabilités...

Conclusion

La pratique de l'infirmier repose sur un équilibre précaire entre *compétence*, *gain*, *empathie-pragmatisme* et *usure*.

- *usure* : fait que l'infirmier "abandonne" certains malades lorsqu'ils sont "enfermés" dans leurs pratiques. Lui considérant qu'il n'y peut rien (c'est le cas du vieil homme et du désaveugleur *Sidibe*)
- *empathie-pragmatisme* : quand l'infirmier ne peut rien faire et qu'il sait que la cure s'arrête avec lui. Il change de registre et devient un "parent", un "ami" et dit "Que Dieu aide..."
- *gain* : en développant un réseau de clientèle étranger, l'infirmier augmente les revenus du dispensaire et les siens. ("cadeaux" et prix de consultation). La rénovation des murs qu'il soutient participe également en partie de cet objectif lucratif
- *compétences* : malgré la formation relativement courte, les infirmiers acquièrent une compétence qui se consolide sur le terrain (la preuve étant que malgré tout ils soignent et orientent les malades). Quand s'ajoute à ce savoir minimum une qualité relationnelle, le dispensaire fonctionne plutôt bien. L'affluence des malades au dispensaire de Jalluë ne contredit pas cette analyse. Cette compétence est d'autant plus appréciable quand l'infirmier a conscience des limites de son savoir (c'est-à-dire

quand il oriente soit à l'hôpital de Mopti, soit auprès d'un thérapeute local, ce qui relève également du pragmatisme...)

Dans ce contexte, quels peuvent être les effets d'une rénovation-reconstruction du dispensaire ?

- Du point de vue des négociations / tractations :
- infirmier placé dans une situation de médiation entre "population" et ONG / État (gens du Pouvoir)
- infirmier est du côté du pouvoir : Il sert ses intérêts en défendant ses objectifs auprès de la "populations" (il use de "menaces") et en jouant son jeu : il alimente ses analyses, masque les dissensions locales et joue sur la division du travail *terme* (travail physique des descendants de captifs) / *jawdi* (participation financière des descendants des nobles)
- ce faisant, l'infirmier défend également ses propres intérêts. Si on peut admettre sa volonté sincère d'améliorer les conditions de soins, force est de constater son intérêt personnel dans cette amélioration : en augmentant la venue d'une clientèle étrangère, il ouvre un espace où le passe-droit est possible . Plus il y a d'étrangers, plus il y a de cadeaux. Avec la rénovation, l'infirmier reçoit également une motocyclette yamaha DT à la place de sa mobylette Camico. Il assoit sa renommée (déjà bien affirmée)

Bibliographie

- BADO J.P., 1996, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique 1900-1960. Lèpre, trypanosomiase humaine et onchocercose*, Paris, Karthala : 428 p.
- BERCHE T., 1998, *Anthropologie et santé publique en pays dogon*, Paris, APAD – Karthala : 232 p.
- BOTTE R. et SCHMITZ J., 1994, "paradoxes identitaires" *Cahiers d'études africaines*, 133-135 ("L'archipel peul"), XXXIV (1-3) : 7-22.
- CAVAILLER P., 1992, *Itinéraires thérapeutiques en zone urbaine sahélienne*, Thèse de médecine, Université Paris VII : 75 p.
- COULIBALY S.O. et DIARRA K., 1993, "Analyse des comptes nationaux de la santé", in Joseph Brunet-Jailly (éd.), *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales : douze expérience de terrain*. Paris, Karthala-ORSTOM : 231-246.
- LEGROSSE P., 1999, "Perception de redevances de pâturage et transhumance des Peuls au Maasina (Mali)", in Roger Botte, Jean Boutrais, & Jean Schmitz, eds., *Figures peules*, Paris, Karthala : 239-266.

- OLIVIER de SARDAN J.P., 1994, "La logique de la nomination, Les représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger", *Sciences Sociales et Santé*, XII (3), septembre : 15-45.
- SAKAI S. 1990, "Traditions orales à Ja : Histoire et Idéologie dans une ancienne cité islamique.", in Junzo Kawada, ed., *Boucle du Niger. Approches multidisciplinaires*, Vol. 2, Tokyo, institut de Recherches sur les Langues et les Cultures d'Asie et d'Afrique : 211-258.
- TINTA S., 1993, "Les services de santé du cercle de Bandiagara", in Joseph Brunet-Jailly, (éd.), *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales : douze expérience de terrain*, Paris, Karthala-ORSTOM : 211-227.
- TREFAULT T., 1999, *Etude ethnographique de deux écoles rurales bilingues bambara-français au Mali*, Thèse de doctorat en Etudes africaines (INALCO) : 434 p. (Thèse publiée en 1999, *L'école malienne à l'heure du bilinguisme. Deux écoles rurales de la région de Ségou*, Québec, Agence intergouvernementale de la francophonie : 384 p).

CONSCIENCE PROFESSIONNELLE, CLIENTELISME ET CORRUPTION : PRATIQUES ET JUSTIFICATIONS DES PERSONNELS DE SANTE DU CENTRE MEDICAL D'ORODARA (BURKINA FASO)

Fatoumata Ouattara*

Introduction

Le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA¹) d'Orodara² est constitué d'une quarantaine de personnes. Cette équipe comprend trois médecins (un médecin généraliste, un médecin spécialisé en chirurgie d'urgence et un médecin dentiste), deux aides-chirurgiens, un aide-anesthésiste. Le reste du personnel est composé d'infirmiers diplômés d'État, d'infirmiers brevetés, de sage-femme d'État, de maïeuticiens d'État, d'agents itinérants de la santé, de manœuvre, etc.

Du point de vue de la structure, le CMA est divisé en plusieurs services : un service de consultations générales, un service de consultations du médecin, un service d'hospitalisation, un service de maladies chroniques pour assurer la prise en charge des lépreux, des tuberculeux et des malades séropositifs ; un service d'hospitalisation séparé des hospitalisations générales ; une maternité ; un cabinet dentaire ; un service de chirurgie dont le plateau technique permet de faire des césariennes et d'opérer des hernies. Cependant, l'absence d'une unité de transfusion sanguine ou le manque de certains

* SHADYC, Marseille

¹ Acronymes et abréviations utilisés dans le texte : CMA : Centre Médical avec Antenne chirurgicale ; Cogest : Comité de gestion ; CSPS : Centre de soins et de promotion sociale ; ECD : Equipe Cadre du District ; IDE : Infirmier Diplômé d'Etat ; IB : Infirmier Breveté ; MCD : Médecin Chef de District.

² Ce rapport fait suite à une enquête réalisée de janvier à février 2001 au centre médical d'Orodara (Burkina Faso) dans le cadre du programme de recherche "Interactions entre les systèmes de Santé publique..." financé par l'Union Européenne. Orodara est une petite ville située au sud-ouest du Burkina Faso à la frontière avec le Mali (l'axe Bobo-Sikasso) et peuplée d'environ 13 000 habitants. Si la population est majoritairement composée de Siamou, on y compte également des Toussian, des Samogho, des Senufo, des Bolon, des Peul et des Mossi. Administrativement, Orodara est le chef-lieu de la province du Kénédougou, au niveau de la pyramide sanitaire il s'agit d'un district sanitaire qui supervise un ensemble de 183 villages. La population du district sanitaire est estimée à 230 000 habitants. Le CMA fonctionne comme un centre de référence intermédiaire entre les csps (centre de santé et de promotion sociale) et l'hôpital régional de Bobo-Dioulasso. Cependant, la situation géographique de la ville d'Orodara au sein de la province fait que la référence ne suit pas toujours cette hiérarchie. En effet, de nombreux villages du nord de la province sont plus proches de Bobo-Dioulasso que d'Orodara et il arrive bien souvent que les paysans se rendent directement à l'hôpital régional.

instruments (le clap pour sectionner l'intestin pour les hernies étranglées) ne permet pas toujours d'effectuer certaines opérations. Outre, ces problèmes matériels, il arrive souvent qu'une opération ne puisse être effectuée en raison de l'absence du seul anesthésiste ou du chirurgien spécialisé en chirurgie d'urgence. Notons que celui-ci est également le MCD et se trouve par conséquent enrôlé dans des tâches administratives plus que médicales.

L'objectif ici, consiste à décrire des logiques de fonctionnement de professionnels de la santé exerçant dans une structure de soins de taille moyenne. En l'occurrence, il s'agit d'ébaucher une analyse des pratiques professionnelles en examinant les itinéraires personnels et professionnels des agents de santé. Pourquoi et comment a-t-on choisi d'être infirmier, d'être sage-femme, etc. ? Quels sont les avantages et les inconvénients qui y sont associés ? Toujours dans une logique de compréhension des normes de conduite des soignants, on examinera quelques trajectoires de soignants pour appréhender les points d'ancrage des constructions de carrières. On abordera également la question de l'insertion au sein de la profession et celle du fonctionnement de la structure pour explorer les niveaux sur lesquels se fondent le consensus ou les conflits entre les praticiens de santé au sein de ce CMA³.

Les motivations dans le choix de la profession

Hasard, concours de circonstance, erreur d'orientation ...

La profession médicale reste encore une des professions à laquelle on associe – ne serait-ce que de façon implicite – la vocation au choix de son exercice. Cependant, certains soignants du CMA d'Orodara reconnaissent être arrivés dans la médecine par le simple hasard des choses ou par un concours de circonstances à un moment de leur parcours scolaire. De ce fait, un rêve de jeune écolier ou collégien d'être un jour mécanicien ou pilote d'avion peut s'envoler quand une orientation arbitraire décide d'une spécialisation en médecine. La décision de passer le concours d'un métier médical trouve également sa justification dans un contexte de précarité de l'emploi et de crise économique accentuée depuis une dizaine d'années. Il devient ainsi courant de rencontrer des anciens étudiants de géographie, de physique chimie, etc., dans des blouses d'infirmiers diplômés d'État.

³ Les matériaux dont il est question ici résultent d'entretiens réalisés avec les soignants ainsi que d'observations des interactions entre les personnels de santé d'une part et d'autre part entre ceux-ci et les patients.

La confusion terminologique : quand "maïeuticien"⁴ fait penser à "mécanicien"

L'exercice de la profession peut être dû à une confusion de dénomination. C'est l'exemple de ce praticien qui a passé le concours de maïeuticien alors qu'il pensait exercer une profession en rapport avec la physique chimie, sa matière préférée.

Maïeuticien, je ne savais même pas ce que ça signifiait. Quand j'étais à l'école, je m'intéressais trop à la physique chimie, je me disais qu'il y avait du magnétisme ou quelque chose comme ça. À l'école, je me suis rendu compte qu'il n'y avait aucune physique chimie dedans. Je voulais approfondir ma physique chimie, il n'y a pas de magnétisme là-bas, tout est science naturelle de la femme !

Si le hasard, le concours de circonstance, la confusion terminologique y sont pour quelque chose, d'autres associent l'exercice de leur métier à un choix de longue date, effectué souvent depuis l'enfance.

L'expérience personnelle de la maladie ou celle d'un proche parent comme motivation dans le choix du métier

Une expérience personnelle de la maladie justifie souvent le désir ou le souhait d'exercer une profession médicale. Il peut s'agir également de la maladie d'un proche parent, expérience d'autant plus marquante quand la maladie conduit à la mort.

Outre l'expérience douloureuse de la maladie d'un proche parent, la fascination éprouvée à l'égard d'un soignant motiverait également le choix ou du moins l'admiration vis-à-vis du corps médical. Un infirmier raconte comment il avait été impressionné à son jeune âge par la compétence technique d'un infirmier, mais aussi par la reconnaissance sociale à l'égard du statut de soignant.

Quand on était à l'école primaire, mon papa est tombé malade, il n'y avait pas de CSPS, mon grand frère est allé chercher un infirmier, il est venu, il a placé une perfusion et il a attendu toute la journée, mon papa était guéri. Alors, je me suis dit, si un être humain peut sauver mon papa, je vais faire la même chose pour aider ma famille. Quand je suis arrivé en fin de seconde (classe), j'ai passé le concours d'IDE et d'IB, j'ai eu le IB. C'est l'infirmier qui a soigné mon papa qui a fait que je me suis orienté vers la médecine. J'ai vu qu'il a reçu plein de cadeaux, des poulets et il est reparti. Je n'ai pas passé d'autres concours que la santé. C'est par la radio que j'ai appris que j'étais admis, j'étais content.

Même dans un contexte de précarité de l'emploi, on peut décider de ne passer que des concours relatifs à l'exercice de la santé. Car aux diverses motivations du choix du corps médical, on associe, de fait, certains avantages.

⁴ Terminologie pour désigner un homme qui exerce la profession de sage-femme.

Les avantages des métiers de la santé

Le pouvoir de soigner et le privilège des parents, connaissances, ...

Un des avantages du métier largement partagé par les soignants s'associe au pouvoir et au privilège de sauver des vies humaines et plus particulièrement celles du réseau de parents et de connaissances proches, réseau couramment désigné par l'acronyme PACA (parents, amis, connaissances et alliés).

La gratuité des frais d'hospitalisation pour les proches parents

Cet avantage relationnel s'accompagne d'un atout matériel : la gratuité des soins, des frais d'hospitalisation⁵ pour les parents très proches.

Le plaisir de recevoir des manifestations de reconnaissance du statut de la part des patients : remerciements et cadeaux

La manifestation de la reconnaissance à l'égard du statut de soignant est courante. Elle se manifeste généralement par un remerciement verbal de la part d'un ancien patient. Mais elle prend fréquemment la forme d'un cadeau qu'un patient ou un ancien patient offre à son soignant pour lui attester sa reconnaissance. Et ce type de conduite est perçu comme un avantage de la pratique médicale. Souvent le cadeau peut surprendre parce qu'il est inattendu mais aussi par sa valeur. Par exemple, un infirmier se souvient encore d'un exemple de reconnaissance.

Moi, j'ai eu beaucoup de cadeaux à Dori et à Gorom, on m'a même donné des bœufs, des moutons, des poulets, on n'en parle pas. Ce qui me plaît chez nous, c'est que quand tu arrives à sauver la vie d'une personne, toi-même tu es content. J'ai eu un homme, son enfant était malade, il est venu me chercher, je suis allé et quand j'ai vu l'enfant, je lui ai conseillé de le faire hospitaliser. Il a amené l'enfant, mais il ne connaissait personne. À cause de moi, on a réduit les frais des médicaments puisque j'allais les payer comme si c'était pour mon propre enfant. Ma femme aussi leur apportait à manger, c'était des gens qui ne connaissaient personne à Dori. Les frais d'hospitalisation étaient gratuits, c'était 700 F par semaine. Quand l'enfant est guéri, je les ai amenés chez eux. Un jour, il a envoyé le même enfant m'appeler, je suis allé. Il m'a dit : je ne peux pas te payer pour ce que tu as fait pour moi, il m'a dit d'aller voir son troupeau et de choisir un bœuf, celui qui me plaît. J'ai cru qu'il plaisantait. J'ai choisi un gros taureau, le plus gros. Je l'ai amené chez un autre peul. Je regrette maintenant d'avoir choisi un taureau, si j'avais pris une femelle, elle allait produire. Quand je parlais, c'est ce bœuf que j'ai vendu à 145 000F pour pouvoir

⁵ À Orodara, les frais d'hospitalisation sont de 200 FCFA (1FF=100 F CFA) et de 100F CFA à partir du 15^{ème} jour d'hospitalisation. A Bobo-Dioulasso, les chambres d'hospitalisation sont classées par catégorie et le coût d'une journée d'hospitalisation peut atteindre 7000F CFA. Les parents proches des soignants sont immédiatement classés dans la catégorie supérieure.

payer mes frais de déménagement. Les moutons, j'en avais plein, les poulets n'en parlons pas. Le Sahel c'est vraiment un bon coin. Ici ? rien ! peut-être de temps en temps un poulet. Gorom, Dori, c'était vraiment bien. À l'époque, la santé n'était pas développée là-bas, je me rappelle qu'un jour un Peul est venu m'appeler pour aller faire des injections, il m'a donné 2500 F par injection. Chaque jour, il me donnait 2500F. Aucun texte ne dit ça, mais comme il me faisait déplacer, il me remerciait comme ça. Le Peul est vraiment reconnaissant. Maintenant, la région est gâtée, la santé s'est développée et puis il y a trop de gens.

On compare volontiers les régions en fonction de la générosité des patients que l'on y rencontre. Par exemple, les Peul et les Mossi manifesteront plus d'égards, voire plus de reconnaissance à l'égard des personnels soignants que les Sénoufo. Un maïeuticien d'État raconte :

Tu sais quand tu te mets en blouse blanche, ça rassure, tout le monde t'appelle doctoro. Ici, les gens ne sont pas comme au plateau (pays mossi), ici je les trouve beaucoup plus hautins. Au plateau, ils sont très courtois. Je vous dis qu'au plateau mossi si tu fais du bien à quelqu'un même dans 100 ans, il va te récompenser. Je me rappelle qu'en 95, il y avait la vaccination, il y avait une épidémie de méningite. On nous a amené faire la vaccination à Yagma, c'est un lieu de pèlerinage sur la route de Ouahigouya. Il y avait un vieux qui était assis avec un petit, les seringues étaient payantes, 100 F l'unité. Le vieux a dit qu'il n'a pas d'argent. Comme il restait des seringues, on en a utilisé pour vacciner l'enfant. Je n'ai même pas bien fixé l'homme ; un jour à Ouaga je tournais avec mes copains. Un vieux est venu me trouver, il a raconté l'histoire puis il m'a donné 100 F. J'ai pris la pièce négligemment, je me suis même demandé s'il m'avait bien regardé avant de me donner cette somme. Le vieux m'a dit de ne pas voir la somme, mais plutôt le geste, il m'a dit que c'est peut-être tout ce qui lui reste. Ça m'a refroidi, en plus en moore c'est fort. Le plateau mossi c'est ça. Ici à Orodara ça va, mais quand tu montes vers le nord c'est grave, N'dorla et ainsi de suite. Ils sont trop. Le gars même si tu ne fais pas attention il va marcher sur ta tête. Je ne sais pas, là-bas comme ils ont des ressources, ils s'en foutent. Ce sont des gens qui trouvent le fonctionnaire minable.

Un médecin spécialisé donne son point de vue sur la question :

Les gens ne donnent pas ici. Au plateau mossi, les gens font des cadeaux. Là-bas, on ne va pas voir un chef les bras ballants. Ici, en trois ans, je n'ai reçu que trois cadeaux. La première fois, c'était une vieille femme, je l'ai soigné, elle n'avait rien, un jour elle est revenue me donner un coq. Une autre fois, c'était un monsieur, il m'a apporté un poulet, mais ce qui m'a frappé, c'est un vieux Mossi, il venait se soigner, il ne m'avait même pas vu (le médecin est Mossi), en venant il a apporté un poulet. Après les soins, il m'a donné 1000F et le poulet. C'est comme ça sur le plateau, là-bas on a l'habitude de la chefferie, on respecte les autorités. Ici, souvent les gens te dérangent mais à peine s'ils te disent merci. Un jour, un monsieur est venu avec sa femme, c'était un dimanche, il a demandé aux gens où j'habitais, il est venu, il m'a supplié pour soigner sa femme. Après, il était content. Je me suis dit qu'il allait revenir mais je ne l'ai plus revu. C'est comme ça ici, c'est différent, c'est dramatique. Je ne sais pas comment expliquer ça, c'est peut-être parce qu'il n'y a pas de chefferie ici. Je n'en sais rien, sur le plateau en tout cas, on respecte l'autorité.

La générosité des patients devient ainsi une caractéristique importante dans l'élaboration des catégories culturelles construites par les soignants. D'un point de vue

extérieur, qu'un patient offre un présent à celui qui l'a soigné n'a rien de surprenant. Car il s'agit tout simplement de la manifestation d'une reconnaissance. Cependant, bien souvent, l'offre d'un bien à un soignant semble être suscité par celui-ci tout au moins implicitement. C'est alors que la limite entre le cadeau (le don d'un bien dénué de contrainte) et la pratique de corruption (le don suscité, contraint par un intérêt) peut paraître mince. On reviendra sur ce point. Pour l'instant, voyons d'autres avantages attribués à la pratique médicale.

Le goût de l'autorité et de la responsabilité : "être la tête pensante, la locomotive..."

De l'avis d'un responsable de la structure de santé, ce qui l'intéresse dans son métier, c'est la responsabilité, voire l'autorité qu'il exerce sur ses pairs. L'organisation, le pouvoir de décision, sont autant d'éléments qui apparaissent comme des avantages liés à la pratique professionnelle. Le goût du pouvoir semble souvent présider au choix du métier. Une sage-femme d'État souligne que si elle a été impressionnée par la blouse rose des sages-femmes, ce qui lui a surtout plu dans le métier qu'elle a choisi de faire c'est l'autorité que les sages-femmes semblaient avoir sur les accoucheuses. Elle précise néanmoins que la compétence technique est une condition *sine qua non* à l'exercice efficace de ce pouvoir.

J'appréciais le métier de sage-femme. Quand j'accompagnais mes sœurs à l'hôpital pour accoucher, je voyais les sages-femmes en blouses roses, ça me faisait plaisir de les voir, elles sont toutes belles dans leurs blouses roses. J'ai constaté aussi que c'était souvent elles les patronnes du service, il y a un mûr qui les sépare des autres accoucheuses qui sont en train de travailler, je me suis dit que c'était très beau ça. C'est l'autorité aussi qui m'a plu.

S'ils énoncent fièrement les avantages du métier, les soignants reconnaissent qu'il y a aussi des désavantages.

De l'insatisfaction...

La non prise en compte des risques liés au métier

Les risques de contamination sont perçus par de nombreux soignants comme un désavantage de la pratique du métier de soignant. Ce risque est d'autant plus perceptible que l'on évoque la rareté des visites médicales proposées aux soignants. On comparera volontiers ce désavantage aux avantages médicaux dont bénéficient paradoxalement les employés d'une autre profession.

Insuffisance des salaires et regret du pouvoir de décision

Bien qu'ils soient régulièrement payés, les soignants soulignent l'insuffisance de leurs salaires. Et ils avancent (explicitement ou implicitement) la nécessité d'avoir des activités parallèles au métier médical afin d'avoir des revenus complémentaires.

... à la pluri-activité

Des activités extérieures à la profession et extérieures à la structure médicale

L'exercice d'une activité éloignée tant de la profession médicale que du lieu d'exercice de la profession est banale chez les personnels de santé. Par exemple, il est très courant que les hommes possèdent des champs de culture, des vergers et que les femmes soient impliquées dans des activités commerciales.

Des activités extérieures à la profession mais à l'intérieur de la structure médicale

La vente de sandwiches et de boisson au sein même de l'hôpital. L'hôpital sera considéré comme une enceinte dans laquelle on a un droit de préséance par rapport à ceux qui n'appartiennent pas à cette structure. Par exemple, une employée du CMA ne verra pas d'inconvénient à dissuader une commerçante à venir vendre ses sandwiches dans l'aire du CMA afin qu'elle ne lui fasse pas la concurrence. Il lui paraîtra tout à fait normal d'alterner son métier de soignant et celui de vendeuse de sandwiches à ses collègues. On conjugue ainsi activité médicale avec une autre occupation. Et on consacre souvent plus de temps à celle-ci qu'à celle-là. L'exemple de cet infirmier passionné par un jeu d'argent qui n'hésite pas à quitter son lieu de travail pour aller jouer en ville pendant les heures de service est sans doute un exemple extrême mais qui reflète bien l'attention que l'on accorde aux sources de revenus complémentaires au salaire principal.

Des activités liées à la profession conduites à l'extérieur de la structure médicale

- la privatisation ?

A l'instar de ce manœuvre qui pratique la circoncision et d'autres actes de petite chirurgie, certains actes médicaux sont pratiqués en dehors de la structure de soin contre rémunération.

Les activités liées à la profession conduites à l'intérieur de la structure médicale : la corruption ?
Prenons un exemple de situation

Deux hommes entrent dans le bureau du médecin généraliste. Le patient remet les résultats d'analyse au médecin. Celui-ci regarde attentivement les papiers, il secoue la tête, regarde au plafond, le malade a l'air inquiet. Il fixe le médecin du regard. Mais le médecin le rassure : " mon ami, calme-toi : "n'aies pas peur". Pourquoi as-tu peur ? Dieu est grand, ça va s'arranger grâce à Dieu. Dieu est puissant. (Il regarde encore les résultats, et poursuit). N'aies pas peur. Tu n'es pas tranquille. En tout cas, tu n'as pas le sida. Tu as un vers un peu difficile, mais s'il plaît à Dieu, on va te soigner, tu vas guérir. Bon tu vas sortir, je vais voir l'autre (il parle de l'accompagnant) et ensuite tu vas rentrer. (Le malade sort). Le médecin à l'accompagnant : on peut se voir ici ou bien c'est entre nous seulement ? L'accompagnant : entre nous deux. Les deux hommes se lèvent et entrent dans la pièce d'auscultation. Mais avant de rentrer, le médecin appelle un IDE à qui il demande de lui acheter une cigarette. Dix minutes plus tard, l'IDE revient avec la cigarette, il tape à la porte. Le médecin ouvre, les deux hommes s'appêtent à sortir. Le médecin tient dans la main un billet de 5000F. Il me présente son cadeau : " Ah ! vous voyez, je suis vraiment comblé, il vient de me faire un cadeau. " Il ouvre la porte du bureau et présente le billet aux patients qui attendent dans la salle d'attente. " ah ! vraiment, il faut le remercier, Il vient de me faire un cadeau. Remerciez-le pour moi. " Les patients remercient le bienfaiteur, ils font des bénédictions. Le médecin regagne son fauteuil ; il empoche le billet et me raconte qu'il y a un jour où il est rentré à la maison avec 60 000F.

Cet exemple nous conduit à réfléchir sur les frontières symboliques de certaines pratiques sociales au cœur des interactions entre soignants/soignés : en particulier où s'arrête le cadeau en tant que marque de reconnaissance et où commence le pot-de-vin en tant que pratique de corruption ? Car la spécificité de l'interaction soignants/soignés semble jouer un rôle important par l'urgence et l'enjeu de l'acte médical : il est question de vie humaine. Bien qu'extrême, cet exemple montre clairement l'enchevêtrement entre diverses normes : bienséance locale (reconnaissance, remerciement), déontologie de soin (discrétion). Ce type de pratique fonctionne sur une base commune de représentations partagées entre soignants et soignés.

La revente de médicaments et la vente du matériel sont autant de pratiques connues au sein du centre médical. Les discours sur le manque de matériel médical et de médicaments se conjuguent avec des pratiques de détournement des dotations. Lors d'un entretien, après m'avoir tenu de longues minutes un discours sur le manque de médicaments, un responsable n'hésitait pas à confier à un infirmier qui se rendait en ville quelques paquets de médicaments à remettre à un collègue. Pour le petit personnel, le détournement des biens appartenant au service représente un complément de gain. Qu'un chauffeur d'ambulance fasse pression sur les parents d'un malade (dont l'état de santé

requiert un transport urgent vers l'hôpital régional de Bobo-Dioulasso) pour payer plus de carburant qu'il ne faut pour le trajet n'étonne pas grand monde dans le service.

Les activités politiques

Il apparaît aussi qu'au sein d'un parti politique, en l'occurrence le parti au pouvoir, constitue une source de revenu pour un soignant. C'est ainsi qu'on explique l'acquisition de certains biens de luxe telle qu'une voiture Mercedes neuve par un IDE. Cette influence politique semble lui conférer un pouvoir au sein du CMA où sa faible charge de travail et ses absences régulières ne sont pas sans lien avec son statut de secrétaire général du parti au pouvoir.

Les organes sanitaires

L'appartenance à certains organismes de gestion sanitaire peut également être un moyen de légitimation de pratiques illicites dans le centre médical. Être membre de l'ECD⁶ et du Cogest (comité de gestion) sont autant de positions stratégiques pour la notabilité et surtout pour le détournement des ressources allouées à la gestion du CMA et/ou du district. D'ailleurs, la critique de l'ECD ne se fera pas attendre chez un IDE qui n'en fait pas partie.

Ils ne vont jamais oser me mettre dans l'équipe cadre ! Ils savent que je ne tourne pas autour du pot. L'équipe cadre, il faut être 'oui, oui monsieur'. Moi, je suis pas. Si j'étais à l'équipe cadre, ce serait la révolution, je ne suis pas satisfait et ils le savent très bien. Ils nous évitent même

⁶ L'ECD (équipe cadre de district) est l'organe dirigeant du district. C'est l'ECD qui s'occupe de la planification, du suivi de l'évaluation des activités au niveau du district. L'ECD vient en appui des formations sanitaires. La planification, le suivi des vaccinations, c'est le rôle de l'ECD. Donc à partir des micros plans des formations sanitaires, l'ECD élabore son plan qui a une vision plus large. L'ECD est composée de 12 personnes. D'office, les médecins font partie de l'ECD, un préparateur en pharmacie, le gestionnaire, le responsable des consultations, le major du CMA, la sage-femme. Ce sont les membres titulaires. Il y a aussi les personnes ressources qui d'une façon ou d'une autre font partie intégrante de l'ECD : un aide chirurgien, un infirmier formé en gestion, un maïeuticien. On peut faire partie de l'ECD pendant le service d'un MCD et se voir éjecter de l'équipe avec l'arrivée d'un autre. Chaque MCD y apporte sa touche. Ainsi, le MCD en fonction au moment de l'enquête a élargi l'ECD en y associant des personnes ressources. Au niveau de l'ECD, il n'y a pas de critère d'élection ; il y a le critère de l'ancienneté mais aussi et surtout le critère d'affinité avec le MCD : "le CMA est dirigé par le major, il y a l'équipe cadre du district et le médecin chef major. Il y a la partie administrative, l'information sanitaire. L'ECD est la locomotive du district. La gestion financière, l'hygiène et l'assainissement, la santé reproductive, la gestion hospitalière. L'ECD est un ensemble de techniciens qui permet de faire fonctionner le district. Sinon, il serait difficile pour le seul médecin chef d'assurer toutes ces fonctions. On doit travailler en équipe".

Un autre membre de cet organe le comparera à un gouvernement : "Je fais partie de l'ECD, l'ECD est le moteur du district, c'est un rôle de coordination, c'est comme un gouvernement en fait. C'est comme si le district était un pays, dans l'ECD chaque ministre a un rôle défini. Je suis responsable des activités de suivi et d'évaluation. Il y a la supervision, les contrôles, les monitoring. C'est simplement, voir une fois par trimestre ce qu'il faut faire au niveau des activités".

pour les assemblées générales. Pendant les séminaires, les réunions, ils nous mettent de côté. Nous ne sommes pas très nombreux, mais il y a quelques éléments qui n'ont pas leurs langues dans la poche. Ils ont peur puisqu'ils ont les mains sales d'après Jean-Paul Sartre, ils ont plongé la main là où il ne fallait pas, dans n'importe quelle connerie, l'argent. On est au courant de leurs actes crapuleux qui ont entraîné des avortements, du n'importe quoi, ils ont détourné du matériel pour le vendre, ils ont tout fait.

Qu'en est-il du cogest ? Préalablement défini comme un organe structurant l'implication de la communauté locale dans la gestion des affaires de santé (initiée par la politique de recouvrement des coûts, le cogest a fini par paraître aux yeux de soignants comme un paravent des détournements de fonds publics destinés à la prise en charge de la santé communautaire même si un responsable s'acharne encore à définir le bien fondé de cette structure.

Pour les réunions de réflexions, le comité de gestion est invité aussi parce qu'on ne peut pas faire le bonheur de quelqu'un à sa place (on ne rase pas la tête d'un absent). Finalement il faut que la communauté soit là pour que les orientations soient prises par rapport aux besoins sur le terrain et par rapport aux besoins formulés par la politique sanitaire nationale. Le major (un attaché anesthésiste de chirurgie) est le conseiller technique auprès du comité de gestion communautaire. Il faut les amener à dresser des objectifs en commun.

A l'image de nombreux comités de gestion, outre des représentants de la collectivité locale, celui d'Orodara comprend quelques personnels du centre médical. Ainsi le major du CMA occupe la fonction de conseiller technique et le gestionnaire du CMA tient les rênes de la gestion du comité. En définitive, le cogest reste pour de nombreux soignants, un organe géré par le MCD qui finit par en faire une source de revenus complémentaires. Un employé du centre explique ainsi calmement comment les détournements du cogest ont permis à un MCD de se payer des biens luxueux.

Ce sont eux qui dirigent, le président est un analphabète, il ne comprend rien. Il écoute seulement. C'est eux qui décident. C'est décourageant quoi ! Quand ils font une réunion, ils prennent le cahier (enregistrement des prescriptions médicales payées à la pharmacie du CMA), ils regardent et ils disent que les villageois n'utilisent pas la pharmacie. Ils peuvent parler comme ça de 9 heures jusqu'à 15 heures. C'est toujours la même chose, vous savez ! À la fin de chaque année, ils disent qu'il faut aller présenter les vœux au MCD. Cette année, ils ne l'ont pas encore fait (cela s'est fait en début février 2001). Moi, je ne vais pas là-bas. Ce n'est pas la peine. Ils disent que chaque csps doit contribuer à la présentation des vœux, l'an passé chaque csps a apporté 50 000F (il y en a une trentaine). Le district a sorti 150 000F. Ils prennent tout ça pour faire la fête, boire et manger. C'est ça présenter les vœux, après ils prennent le reste. Le MCD aussi prend un peu. D'ailleurs, c'est après ça qu'il a acheté une mercedes blanche neuve. Où il a trouvé l'argent ? Sa femme a acheté peu de temps après une voiture rouge. Elle est ici à la maternité, je ne sais même pas ce qu'elle fait. Mais elle ne fait pas de bilan en tout cas. Elle a organisé un séminaire de quoi, quoi, quoi ? de la planification familiale. Nous, on est venu deux jours, on nous a donné 15 000F. Elle même, il paraît qu'elle a eu 25 000F par jour, c'est après ça qu'elle a acheté la voiture rouge.

La gestion ou du moins la responsabilité de projets sert souvent de source de revenus complémentaire au salaire

La responsabilité de projet n'est pas souvent sans lien avec le statut que l'on occupe dans la pyramide au sein du centre de soin. Cela n'étonne personne que la sage-femme responsable d'un projet de planification familiale soit la compagne du MCD. N'importe qui ne gère donc pas les projets. Et la sage-femme en question n'hésitera pas à expliquer non sans fierté comment elle a reçu deux fois de suite un financement de deux millions cinq cent mille francs dans le cadre d'un projet destiné à la formation d'accoucheuses villageoises. En plus de ce projet, elle affirme recevoir en plus de son salaire de sage-femme une somme de 30 000FCFA par mois pour un projet de sensibilisation des femmes à l'utilisation des contraceptifs. On comprend aisément son inquiétude consécutive à l'affectation récente de son compagnon dans une grande ville. Car bien que ce changement de poste soit une ascension professionnelle pour celui-ci, ce ne sera pas le cas pour la compagne qui risque de perdre les avantages sociaux et matériels dont elle bénéficie à Orodara du fait de la moindre concurrence par rapport à ses pairs et surtout de son statut de compagne de MCD.

Les accouchements à domicile ici, c'est les accoucheuses villageoises qui les font. Elles sont dans les villages où il n'y a pas de csp. J'avais monté un projet qui a financé cette formation. C'est un micro -projet, un jour, je me suis assise, je me suis amusée à écrire un projet. J'ai vu que les statistiques avaient montré que les accouchements faits par ces accoucheuses villageoises étaient importants. Je me suis dit qu'il ne fallait pas les laisser comme ça, il fallait quand même renouveler leurs connaissances, leurs montrer des pratiques nouvelles. Elles sont là, elles travaillent avec presque rien, les conditions de travail ne sont pas ça. J'ai cherché des fonds, ça a été financé par le FNUAP. Je les ai formés. C'était en 4 sessions pour essayer d'être plus proche des accoucheuses, c'était en différents coins, ici, à Kolokho, à Samorogouan et à N'dorla. Ça a bien marché. Ils ont même renouvelé le projet, ils ont trouvé que les résultats étaient bien. Ils m'ont financé deux millions et demi, c'était pour leur recyclage. (Ça vous a fait beaucoup d'argent non ?) Bon, pas trop, mais un peu quand même. Le projet a été renouvelé. (...) Présentement j'ai un petit projet avec l'ABBEF (agence burkinabè pour le bien être familial) qui me donne en plus 30 000 F par mois, si je dois aller à Bobo, je dois laisser ça pour quelqu'un. Ça ça s'arrête. (...) Vous voyez qu'en partant d'ici, je laisse des privilèges ! Il faut que je trouve quelque chose à Bobo ! Gagner, c'est pas seulement s'asseoir, il faut bouger. Il y a des coins où tu ne peux rien faire du tout.

En ville, la compétition pour la gestion des projets est âpre. En outre, les postes de responsabilités sont comptés pour les sage-femmes.

(...) Je vais partir, je me demande ce que je vais faire. Vous savez en grande ville, quand vous arrivez, vous trouvez qu'il y a beaucoup de responsables, ils sont insérés dans les circuits et ils ne bougent pas. Toi, jeune, quand tu arrives, il faut prospecter le terrain pour voir ce que les gens font, ce que les gens ne font pas, pour voir le côté non comblé et voir ce que tu peux faire là-bas. Pour le moment, je prospector le district sanitaire de Bobo 22. (C'est mieux là-bas ?) Je ne sais pas, j'ai dit aussi au patron (conjoint) d'aller prospecter le terrain avant. Il va aller voir quel coin sera bien pour moi. Le fait n'est pas de rentrer à Bobo, mais c'est occuper une position stratégique. C'est

aller occuper une place assez intéressante qui permet de réaliser les projets, pour avoir de l'argent. Si vous trouvez que les gens ont occupé toutes les places, vous allez être subordonné, et subordonné tu ne peux pas prendre la décision tout seul de faire un projet. Il faut avoir une place de décision pour écrire des projets au compte de ce service.

En tout état de cause, ces privilèges ont fini par nourrir une ambition chez cette sage-femme : elle voudrait pouvoir intégrer une école de formation en santé publique afin de postuler dans les organismes internationaux comme l'UNICEF ou les Nations Unies.

En dehors des affectations arbitraires, le choix du lieu d'affectation répond souvent à des contraintes d'ordre familial (désir de se rapprocher de la famille, une mutation demandée pour être auprès d'un enfant en âge d'aller au lycée, une demande d'affectation en raison des avantages économiques de la localité demandée, etc.) La comparaison entre la ville et la campagne est récurrente. Certains comparent le coût élevé de la vie urbaine à la vie tranquille du milieu rural. D'autres regrettent l'avantage des " deals " professionnels qu'offre la vie dans les grandes villes. Un soignant évoque son expérience des " deals " urbains.

Moi, je voudrais aller à Bobo, j'ai assez fait le milieu rural. Le milieu rural, c'est une fausse histoire, tu sais quand tu fais Yalgado (l'hôpital national de la capitale), tu fais tout, tu as tous les cas possibles, c'est dynamique. La seule différence est qu'en milieu rural, tu n'as pas les moyens techniques donc tu es obligé de jongler à ta manière. Le milieu rural met en retard. (...) En Afrique, c'est une famille la brousse, tu accueilles un villageois mal, c'est tout le village que tu as accueilli mal, tout le monde se connaît. En ville c'est l'argent, si tu sors ton argent on t'accueille bien. C'est l'argent en ville, si tu sors l'argent, on te dorlote même. Mais si tu ne fais pas ça, tu entends 'si tu n'es pas content, tu repars, il y a trop de centres, je ne suis pas là pour toi là' (rires).

- Comment on fait pour donner l'argent ?

Mais, c'est un deal ! Quand tu arrives, tu appelles quelqu'un à l'écart. J'ai amené ma femme, je veux que tu t'occupes d'elle spécialement. A ce moment tu mets tout le paquet (rires), tu fais tous les gestes que tu n'aurais pas fait, tu les fais. (...) Mais ces deals n'existent pas ici, par contre à Yalgado, c'est monnaie courante.

En effet, l'interconnaissance qui caractérise les relations sociales en milieu rural et dans les petits centres urbains ne facilite pas souvent le monnayage direct des actes médicaux, on est là plutôt dans la sphère du cadeau en tant que manifestation d'une reconnaissance. Il ne s'agit pas ici de prétendre que les pratiques de corruption seraient inexistantes en milieu rural. Loin de là. Les pratiques illicites prennent tout simplement d'autres formes – sans doute moins criardes – par rapport à celles en cours dans les grandes villes où le degré d'interconnaissance est moins élevé. Pour l'instant, observons quelques trajectoires de soignants.

De quelques trajectoires professionnelles de soignants

La politique des affectations et de l'ascension professionnelle

L'ascension professionnelle dans le métier de soignant suit souvent la courbe des affectations. Le déplacement d'un médecin montre clairement comment une ascension professionnelle se fait en fonction d'une politique des affectations. De retour d'une formation en médecine d'urgence en Russie, il passe quatre années dans une ville en tant que médecin de district avant d'être affecté à un poste de médecin chef de district à Orodara. Au bout de 4 ans passés à la direction du district, il reçoit un ordre d'affectation (début 2001) pour un poste de chef de la cellule de lutte contre les maladies spécifiques à la direction régionale de la santé de Bobo-Dioulasso. Même si ce médecin clame que la seule raison de ses affectations à des postes importants reste la confiance que lui accordent ses supérieurs, on ne peut s'empêcher de supposer la relation de son réseau de connaissance à une telle ascension. Il reste que le temps limité de l'enquête n'a pas permis d'appréhender ses relations au niveau de la hiérarchie dans la structure médicale. Car les relations avec les personnalités de la fonction ou même en dehors de la profession peuvent permettre de comprendre certaines conduites de soignants et la tolérance de pairs à la récurrence de ces conduites.

L'ascension par les concours professionnels internes

L'ascension professionnelle par le biais des concours internes reste la voie courante de changement de statut au sein de la profession. Quelle que soit la motivation qui a présidé au choix du métier, les infirmiers sont attentifs à l'annonce des concours professionnels. Bien que le passage d'un statut à un autre soit généralement entériné par un stage (souvent de plusieurs mois), la motivation essentielle dans le changement de corps reste souvent guidée par le seul profit financier.

La création d'un champ de compétence

M. est un employé du CMA, recruté depuis 1987 en qualité de manœuvre. Cependant, ses tâches réelles débordent largement de celles qui incombent habituellement à un manœuvre. De fait, au sein du CMA, M. s'occupe du nettoyage des locaux, dès que les consultations commencent, on le retrouve au pansement des plaies. De temps à autre, on lui fait aussi appel pour être brancardier en chirurgie. Quand on lui demande comment il est arrivé à ce poste de manœuvre, il répond sans hésitation que son recrutement s'est fait grâce à son réseau de connaissance. Une chose est sûre : M. n'a pas été scolarisé, or il fallait un niveau de certificat scolaire pour passer le concours de manœuvre.

L'origine de mon travail : que Dieu nous aide, c'est mon cas. Je n'ai pas fait l'école, J'ai fait l'école coranique, mais grâce aux bonnes gens, je me suis retrouvé ici. Ce ne sont pas les parents, mes parents m'ont fait les bénédictions. J'étais bénévole au haut commissariat pendant 7 ans, j'étais planton, on ne me donnait pas un sous. (...) mon patron était le percepteur T., sa famille est à Dapoa à Ouaga. C'est lui qui est à l'origine de mon recrutement ici. Le docteur C. était ici, il était l'ami de T. Quand on a voulu recruter un manœuvre, T. a donné mon nom, on est même pas de la même ethnie, mais il m'a aidé. T. est décédé. Sa mère est à Ouagadougou. C'est grâce à lui que je suis ici. Pour le test, on était 31 personnes, on devait écrire. Mais connaître des gens c'est différent de connaître la ville. C'est mieux de connaître les gens. Je ne suis même pas venu m'asseoir pour composer le jour de l'examen. Mon affaire était arrangée. Moi, je ne sais pas écrire.

Dès le début de son embauche, cet employé ne se contente pas seulement de son rôle de manœuvre proprement dit. Aux côtés d'un médecin du service, il commence à s'intéresser à la désinfection des plaies. En outre, il apprend à pratiquer la circoncision. Puis ses supérieurs hiérarchiques le laissent petit à petit s'occuper de pansement. Mais il explique les raisons de son engagement à cette tâche.

Je me suis engagé moi-même dans le travail de pansement, c'est mon village ici, mes parents viennent souvent s'asseoir jusqu'à midi, ils n'ont personne pour soigner leurs plaies.

En 1995, M. est affecté dans un centre de soins de la région. Là encore, en raison d'un manque de personnel, après ses tâches de nettoyage des locaux, il s'engage à aider le chef de poste du centre dans les soins des plaies. Entre temps, un frère médecin de son ancien patron percepteur qui a largement contribué à son recrutement est affecté au CMA d'Orodara. Ce médecin décide de faire réaffecter M. dans sa ville d'origine. Un retour dans sa ville natale qu'il regrette par moments à cause des nombreuses sollicitations de ses parents.

M. reconnaît son rôle multi-fonctionnel au sein du service. Ses matinées sont rythmées par son changement de poste : s'il commence comme balayeur tôt le matin, il termine la matinée comme " soigneur de plaies " ; souvent on l'aperçoit en tant que brancardier.

Nous, nous faisons tout, on nettoie, on lave les habits, on soigne les plaies, on pousse les gens dans les brancards. Nous avons trop de travail, nous ne sommes que deux pour nettoyer. J'arrive toujours le premier ici, à 6 heures je suis là, c'est moi qui réveille tous les matins l'infirmier de garde.

S'il semble ravi du savoir-faire qu'il a réussi à construire tout au long de sa carrière de manœuvre, il reconnaît que son salaire est nettement inconséquent par rapport à toutes ses nombreuses tâches. Il justifie alors ses activités annexes et la nécessité d'y consacrer une partie de son temps. Il possède un verger auquel il consacre ses après-midi et qui, confie-t-il, lui rapporte plus que son salaire mensuel.

Nous sommes mal payés. Ce que je fais dans mon champ vaut nettement mieux que mon salaire. J'ai un verger d'orangers et de manguiers. C'est pour cela que je pars au champ tous les jours. Les après-midi, je ne viens jamais ici, je suis dans mon champ.

Par ailleurs, s'il pratique la circoncision au CMA, il préfère pratiquer cette opération à domicile où il fixe les tarifs en fonction de sa relation avec le client.

C'est payant la circoncision, mais il n'y a pas de tarif fixe. Il y a les connaissances, les parents, comment peut-on fixer un tarif ? Souvent avec les connaissances, on fait payer plus. Si c'est quelqu'un que tu connais bien, tu as honte devant la personne, tu lui dis qu'on fait telle chose à ce prix et que comme c'est lui, il va payer telle somme. En réalité, ce qu'il paye est plus que le tarif habituel. Moi, je demande souvent 2500F, la personne achète les produits pour le pansement. Je soigne les plaies ici pas à la maison. Si je devais soigner les plaies à la maison, ça allait me retarder pour le travail ici. Je n'aime pas soigner les plaies l'après-midi, ce n'est pas bien. Il y a un risque d'hémorragie.

Outre la réticence à soigner des plaies les après-midi en raison de la crainte des risques d'hémorragie, M. dit avoir pris conscience des risques de la pratique des actes médicaux à domicile depuis qu'un de ses amis a failli trépasser alors qu'il essayait de le soigner à domicile.

J'ai un ami qui avait la main enflée. Dès que j'ai incisé, il s'est évanoui, il a failli mourir. J'ai fait immédiatement une perfusion, je place aussi les perfusions, les injections. C'était ici. Depuis ce jour, j'ai peur, je ne fais plus de soins à domicile. Je l'ai incisé à la maison, dès qu'il a vu le sang, il s'est évanoui. Je l'ai amené ici rapidement. Je voulais expliquer la chose ici si ça se passait mal. Je l'ai allongé ici, très rapidement j'ai placé la perfusion et je l'ai surveillé pendant toute la journée. Jusqu'à présent je fais encore des cauchemars. J'ai eu vraiment peur.

S'il existe la voie des concours professionnels internes par laquelle M. pourrait améliorer son salaire mensuel, il sait qu'il est condamné à être manoeuvre toute sa vie professionnelle car limité par son analphabétisme.

Lucidité notoire des limites de son ascension professionnelle, conscience des risques de ses pratiques médicales, M. rêve tout de même d'une affectation qui lui permettrait d'échapper aux sollicitations de ses parents.

Je voudrais qu'on m'affecte même à Dori. C'est le docteur Tapsoba qui est allé me chercher à Samorogouan, c'était le petit frère du percepteur Tapsoba. Depuis 3 ans, je demande à être affecté. J'étais à l'aise à Samorogouan. Ici, les gens ne donnent rien. Ici, personne ne respecte personne. Je n'ai pas honte de le dire bien que je sois Siamou. Je voudrais aller quelque part, pourvu qu'il y ait des êtres humains là-bas.

Nous voilà en face d'une trajectoire professionnelle pour le moins classique. Dans la pratique, cet employé jouit d'une reconnaissance de la part de ses pairs "hiérarchiques";

l'infirmier breveté nouvellement désigné comme le responsable du poste des pansements n'avoue-t-il pas apprendre beaucoup de choses auprès de ce manœuvre ? L'avis de ses pairs est unanime : M. est le spécialiste compétent pour le soin des plaies et pour la circoncision.

Du dévouement et de la révolte chez une infirmière

C. est une infirmière brevetée, elle a 42 ans. Ce métier, elle l'a désiré depuis son enfance. Elle sait précisément depuis quand remonte ce désir. Elle était au Mali avec ses parents et c'est la maladie de son père qui en fut le révélateur. Elle dit se souvenir d'une époque où les soignants avaient plus de conscience professionnelle. Après le décès de son père, elle quitte le Mali pour retrouver un frère dans la région de Banfora (la famille est originaire de la région) qui décide de la scolariser à l'âge de neuf ans contre le souhait de son père. Elle se souvient d'une scolarité entâchée de souffrances :

(...) Malheureusement mon père est mort, mais heureusement pour moi après son décès j'ai pu aller à l'école. Dans ma vie scolaire, j'ai souffert, j'ai souffert. J'ai vécu avec mon grand-frère, il était cheminot, il était affecté de gauche à droite. Et puis des problèmes ont fait que je n'ai pas été bien suivi. Ma chance est que j'étais première du cpl jusqu'au cm2. Malgré les souffrances, je ne considérais pas trop. En troisième, avec les soucis, j'étais obligée de quitter l'école, il fallait négocier pour qu'on puisse me payer les fournitures. Malgré les problèmes sociaux qui pesaient sur mon dos, j'ai fait la formation.

Quand elle passe le concours d'infirmière brevetée, elle est mère de deux enfants.

Avant d'aller à l'école de la santé, j'ai eu 2 gosses. Il y avait tous ces problèmes en même temps. Je ne savais pas le concours que j'allais passer, je savais que j'avais la vocation pour la santé. Et puis tout ce que j'ai vécu me donnait envie d'aller à la santé. J'ai vu comment on s'est occupé de mon papa à l'hôpital. Je n'ai pas eu de problèmes pendant ma formation.

Après la formation, elle est affectée dans un village de la région d'Orodara (Sokoroni) pour y effectuer dans un premier temps le service national populaire. Dans un premier temps, elle hésite à rejoindre son poste, mais avec l'encouragement de ses supérieurs qui lui font confiance et de ses camarades de formation, elle prend le chemin pour son premier poste. Contrairement à ce qu'elle s'attendait à vivre dans ce village, la vie se passe sans trop de problème. Elle s'y intègre, l'intégration est d'autant plus facile qu'elle partage une relation à plaisanterie avec la majorité des villageois. Cela lui semble même un conte de fée. Outre cette ambiance détendue, elle y rencontre son mari, un formateur dans le domaine agricole.

Je me suis intégrée à Sokoroni, on dirait que c'est mon village. C'est là-bas que j'ai connu mon mari, lui, il est de Sifarasso, c'est un conseiller FJA. Je suis restée là-bas pendant 4 ans et j'avais la confiance de la population.

Mais en dépit de son intégration au sein de la population et de la reconnaissance dont elle fait l'objet, cette mère de 4 enfants reconnaît qu'il fallait songer à se rapprocher de la ville en raison de grossesses difficiles. En toute discrétion, elle demandera une affectation à son chef de district qui n'hésite pas à lui donner une ligne de conduite par rapport aux paysans.

J'ai donc demandé au docteur à revenir ici, il m'a dit que lui il préfère que les femmes soient au centre parce qu'elles souffrent en périphérie (village). Mais il m'a dit de ne rien dire à la population, je n'ai rien dit. J'ai pris mes affaires sans rien dire. C'est après que je suis allée leur annoncer mon affectation. Je suis rentrée chez tous les notables pour annoncer l'affectation. Je suis la cousine de plaisanterie de plus de la moitié de la population. Alors quand je leur annonçais mon départ, ils disaient les Coulibaly, on ne peut pas avoir confiance en eux, ils ont dit que s'ils avaient su à temps, j'allais vieillir à Sokoroni. C'est comme ça que je suis venue ici.

Si elle se souvient de sa lourde charge de travail à ce premier poste, elle regrette en revanche les liens sociaux qu'elle y a tissés, les nombreux services qui lui ont été rendus. Mais en retour, elle est restée attachée à une grande partie de cette population et elle n'hésite pas à héberger les paysans qui se rendent à Orodara pour de multiples raisons.

Après quatre ans passés dans un csps villageois, C. rejoint en 1990 le CMA d'Orodara où elle prend rapidement conscience de l'absence de conscience professionnelle chez ses collègues. Pour remédier à cet état de torpeur, elle fait des propositions.

Les roulements dans les services, c'est moi-même qui avais proposé ; (...) il y avait un laisser-aller au sein du service. Ils avaient le complexe de rester en salle de pansement injection. Moi, je suis restée là-bas. Le service ne fonctionnait pas du tout. On ne trouvait personne au niveau de la consultation, j'étais obligée de faire les consultations et les pansements. Je faisais souvent le travail au niveau de tout le bloc. C'est suite à ce problème que la direction est venue et ils ont décidé de nous laisser à des postes fixes. Je tournais au sein du service, il n'y avait personne. C'est avant 97. Il y avait des plaintes, j'étais obligée de me plaindre par rapport au fonctionnement général. Moi, je suis femme, je suis un peu seule, quand je viens le matin, les gens désertaient. Il y avait des cas. Quand un malade grabataire vient, tu le reçois, tu fais les soins, tu l'hospitalises, souvent il n'y avait personne en hospitalisation, tu es obligé de placer la perfusion. Ils partent. Ils viennent à 7 heures et à 10 heures, tu ne trouves personne. Le soir, n'en parlons pas. Les week-ends, c'était pareil. À force de me plaindre, l'inconscience professionnelle me choque, ça m'a trop choqué. Ce qui fait que je n'ai pas peur de dire ce que je pense, je le dis sans complexe. Eux-même, ils savent ce qui s'est passé, je tiens à ce que ça ne se reproduise plus. Toute la population a remarqué ça. Maintenant avec l'arrivée des nouveaux (infirmiers), ça va ; avant à cause de tous ces problèmes, j'étais devenue quelqu'un de populaire, ça me gênait. Maintenant, on a responsabilisé les gens.

Elle reconnaît qu'à un moment, la conduite de ses collègues la choquait tellement qu'elle est même aller voir un MCD qui venait être affecté au district. Peu de temps après, des chefs d'unité ont été choisis pour les différents services du CMA. C'était en 1997.

Mais les inquiétudes récurrentes, surcharge de travail, ont fini par avoir raison de l'état de santé de cette soignante.

À force de travailler, j'ai fini par porter des verres, c'est à force de placer des perfusions dans l'obscurité. J'ai en plus une hypertension, j'étais chaque fois sur mes nerfs, avec le surmenage physique, je n'en pouvais plus ; je reviens de congés (annuels).

Outre le surmenage physique et intellectuel, sa révolte suscite souvent des désaccords avec certains collègues surtout masculins. Même si elle reconnaît que le fonctionnement du service s'est amélioré par rapport à une période donnée, cette femme clame que sa vigilance ne baissera pas.

Par rapport à avant 97, ça va mieux, mais tout n'est pas résolu. Présentement, comme je viens de congés, on va mettre les points sur les i. (...) il faut revoir l'organisation du service des hospitalisations, moi mon problème est que je veux que le travail soit fait. Je ne veux pas qu'on tourne. Si réellement, chacun avait la conscience professionnelle et qu'on agissait tous en même temps, on allait avancer. S'il y a des gens qui reculent pendant que d'autres veulent avancer, il y a problème. Il y a aussi le côté social qui nous empêche d'avancer. Quand un collègue déraile, tu ne peux pas lui dire ça ouvertement même si ça te fait mal. On parle d'une réunion le 31 sur les journées de réflexion, ça va être l'occasion de dire des choses. En tout cas si j'ai l'occasion, je vais dire ce que je pense. Normalement pour qu'un service marche, il faut dire les choses qui ne marchent pas ; surtout dans la santé.

Ce qui semble l'avoir marqué, ce sont les conduites de harcèlement d'un de ses supérieurs hiérarchiques à son égard.

A mon arrivée, j'étais bien avec tout le monde. Ce collègue m'a trop paniqué, il m'a harcelé, mais ce n'est pas sur le plan du travail, sur ce plan, il n'avait rien à me reprocher, c'était sur le plan social. Il y a eu des menaces aussi. Mon mari avait eu un concours professionnel, je prenais la garde. Chaque fois que j'étais de garde, il venait, il m'embêtait.

En plus de ce harcèlement, certains de ses collègues masculins n'ont pas hésité à remettre en question auprès de son mari la fidélité de son épouse infirmière. Si grâce à ces colportages, le mari a précipité le mariage civil, les médisants auront attiré son attention sur les horaires de son épouse. Alors que nous étions en entretien, et qu'il était midi passé, un jeune homme arrive et attend devant le bureau de la soignante. Celle-ci explique qu'il s'agit d'un envoyé du mari venu lui rappeler qu'il est l'heure de rentrer à la maison. " On l'a envoyé pour voir ce qu'il y a, il est midi passé ".

La reconversion professionnelle et religieuse

S. est matrone depuis 1972. Elle a exercé son métier dans plusieurs maternités de la région avant d'être affectée à la maternité d'Orodara, une ville dont elle est originaire. Elle a d'ailleurs rencontré son mari, instituteur dans un village où elle était matrone. En 1993,

la fille aînée du couple est enceinte, même si les parents ignorent l'auteur de la grossesse, celle-ci se déroule de l'avis de la mère et de ses collègues normalement. La jeune fille a respecté les séances de "pesées" (consultation prénatale) jusqu'au terme de la grossesse. D'après S., sa fille a commencé à avoir des contractions une nuit. Elle surveille sa fille à domicile et finit par la conduire au petit matin à la maternité. Là, une collègue de garde les accueille et examine la jeune femme qui se plaint de plus en plus de la douleur. Tout avait l'air de bien se passer puisque la tête de l'enfant était apparente. Elle raconte, qu'une autre collègue avait même commencé à chauffer l'eau pour la toilette de l'enfant et de la mère. Pour activer les choses, elle recommande à sa fille de pousser, elle lui reproche même de manquer de courage. Mais, la parturiente a de plus en plus du mal à pousser. Une accoucheuse reconnue pour sa compétence aux yeux de ses pairs arrive à la maternité. Elle se rappelle du drame vécu ce jour-là :

Le jour où c'est arrivé, il n'y avait personne au bloc et puis on ne l'a pas su à temps. Je suis arrivée à 7 heures, c'est comme si on m'avait appelé. Quand je suis arrivée, j'ai trouvé madame S. ici, je lui ai demandé ce qui se passait. Elle m'a dit que la fille était en complète (dilatation) depuis trois heures du matin, qu'elle a tout fait pour qu'elle pousse mais qu'elle refuse de pousser. Je suis rentrée pour la voir, j'ai mis les gants, j'ai regardé, j'ai constaté que la tête était coincée. Quand je suis arrivée, je l'ai salué. Je lui ai demandé pourquoi elle refusait de pousser, elle m'a dit : tantie, tu ne sais pas ce que j'ai, sinon tu n'allais pas me parler comme ça. Je lui ai demandé ce qui lui arrivait, elle m'a dit que son cœur allait lâcher. Je lui ai alors dit de s'allonger pour que je puisse l'examiner. C'est là que j'ai vu la tête de l'enfant coincée. Sa respiration commençait à se mélanger, c'était le chemin de la mort qui avançait comme ça. J'ai couru vers le bureau, j'ai enlevé les gants, j'ai vu sa mère qui arrivait encore pour l'engueuler, elle lui disait pourquoi elle se comportait de la sorte. Je n'en pouvais plus, moi, une adulte, j'ai commencé à uriner sur place tellement j'avais peur. J'ai dit d'aller appeler le docteur, mais avant que le docteur arrive, elle était partie. L'enfant n'est pas sortie. Comme on dit qu'on n'enterre pas une femme enceinte, les vieux ont fait le reste du travail. Ils ont enlevé l'enfant, ce sont les forgerons qui font ce travail. Cette mort nous a marqué, on a peur, c'est ça aussi le côté difficile de notre métier. En fait, ils ont trop traîné, elle est restée trop longtemps à la maison. La mère disait : 'attends un peu', ce n'est pas bon. Elle est arrivée ici à 7 centimètres. C'était trop tard. Quand quelque chose veut se gâter, il n'y a rien à faire.

S. finira par comprendre qu'elle a perdu sa fille en voyant le maïeuticien pleurer. Elle s'évanouit. Depuis, S. n'a plus voulu pratiquer le métier d'accoucheuse. Et le passage à la maternité lui rappelle ce drame.

Certaines de ses collègues continuent à penser que cette mort aurait pu être évitée si certaines précautions avaient été prises.

(...) La mort de cette enfant nous a vraiment perturbé, depuis ce temps, sa mère ne veut plus venir à la maternité. Elle est découragée, dès qu'elle arrive ici, elle se rappelle de l'histoire. Elle était à terme, elle a fait une rupture utérine. (Est-ce prévisible une rupture utérine ?) Oui, on peut le savoir par la force des contractions. Il y a des signes. Par exemple, une douleur interrompue, l'enfant ne descend pas, la tête ne bouge pas et la femme a très très mal. Dès que c'est comme ça, on évacue, mais maintenant on peut faire des césariennes ici.

Les supérieurs hiérarchiques ont fini par la désigner comme responsable de la tarification. Outre cette reconversion professionnelle, elle s'est aussi reconvertie d'un point de vue religieux : de musulmane, elle est devenue catholique. Une nouvelle religion qu'elle pratique assidûment, il y a quelques années, elle a même fait un pèlerinage à Yamoussokro. Si l'entourage l'appelle toujours par son prénom musulman, elle préfère se présenter chaque fois qu'elle en a l'occasion par son nouveau prénom. Reconversion professionnelle et reconversion religieuse, se présentent ici comme des manières pour une soignante de continuer à vivre après la perte d'un proche qui l'amène indubitablement à une remise en question de son identité professionnelle et sociale.

Le goût d'apprendre et/ou illusions de débutants

P. est un jeune infirmier diplômé d'État (IDE) âgé de 23 ans. Il s'agit d'un ancien étudiant en physique chimie qui a passé le concours sous les conseils d'un camarade. Il raconte que quand il a passé le baccalauréat, il n'avait pas du tout l'idée de faire une formation de médecine, il rêvait d'être mécanicien dans l'aéronautique. Mais à l'université, il fut orienté vers des études de mathématiques, physique et chimie. Il est conscient qu'au Burkina dès lors qu'on n'a pas des parents aisés, il faut se "chercher" comme on dit dans le langage courant. Il faut alors frapper à toutes les portes pour trouver du travail. Convaincu de la lucidité à trouver du travail, il passe un test pour être délégué médical auquel il est admis. Mais pour suivre la formation, on lui demande d'exercer un métier de la santé. Il passe le concours des IDE sous les conseils d'un ami et raconte qu'il n'avait plus envie d'intégrer l'école de formation. Il est même convoqué plusieurs fois sur les ondes de la radio nationale. Il confie qu'il a l'intention de faire plus tard des études pour être technicien supérieur des soins généraux.

Les techniciens supérieurs des soins généraux sont en haut et ensuite ils sont responsables des unités, ils font beaucoup de choses comme les médecins et ils ont un monde à part que celui du médecin et de l'infirmier. Ils ne sont pas infirmiers, ils ne sont pas médecins, ils sont à cheval sur deux corps médicaux.

Le CMA d'Orodara est son premier poste d'affectation. Pour l'instant, il ne perçoit pas de salaire puisqu'il est en service national pour le développement (SND). Et P. n'a toujours pas reçu un seul sous de la contribution que l'État est supposé verser aux nouvelles recrues de la fonction publique pendant le SND. S'il n'a pu poursuivre de longues études, P. s'occupe activement au sein du CMA et regrette de ne pas avoir d'alternative pour pouvoir subvenir à ses besoins.

Moi, je voulais encore étudier, étudier c'est un plaisir pour moi. Je ne sais pas si vous l'avez remarqué, je lis tout le temps. Je travaille aussi à l'ordinateur (au secrétariat du district). Seul le travail paie. Mais en attendons, nous travaillons ici sans rémunération ; si je vous dis que je travaille depuis 7 mois sans bourse, sans n'écule SND, je suis là sans rien. Depuis 7 mois, je n'ai

rien. C'est le système qui fait ça. Il n'y a pas de versement jusqu'à présent. Ils disent qu'il y aura un rappel, mais on ne sait pas quand, il faut vivre en attendant. Vous voyez à quel point si on ne trouve pas d'autres activités parallèles à ton métier pour pouvoir joindre les deux bouts, la vie n'est pas possible. Moi, ça me fait 42 jours à Orodara, personnellement, je n'ai rien trouvé encore. Je comptais avec l'aide d'un ami informaticien à Ouaga pour ouvrir un centre informatique ici. Je voudrais faire l'initiation à l'informatique, l'ordinateur est quelque chose qui me plaît beaucoup.

Mais travailler sans salaire ne semble pas entamer pour le moment, cet amour naissant pour une pratique professionnelle dont la notion de vocation était absente au départ.

Mais je ne peux pas refuser mon métier aujourd'hui, ça me plaît aussi. C'est vrai qu'on n'est pas venu par vocation, mais on est obligé de cultiver cette vocation. Au fur et à mesure, elle vient ; le jour où tu ne touches pas un malade, tu n'es pas content.

Il dit être exaspéré par certaines conduites des populations comme les pratiques d'automédication. S'il reconnaît éprouver de la pudeur à poser des questions en rapport avec la sexualité, il avoue en revanche ne prendre aucune précaution pour faire des remontrances aux mères qui ne font pas vacciner leurs enfants.

Les maladies sexuellement transmissibles, traiter une telle maladie chez un vieillard c'est vraiment désolant. Il y a des moments où on se gêne de demander à quelqu'un qui peut être ton papa s'il a eu des rapports sexuels, intimes. Moi, ça me gêne. Vous savez en Afrique, la mentalité ! Pour lui c'est comme si tu cherchais à savoir tout ce qu'il fait dans son intimité. Pourquoi ne pas rester sage. Il y a aussi les mères qui refusent de vacciner les enfants. Quand je vois le carnet de vaccination d'un enfant qui n'est pas régularisé, je tempête. Pour moi, l'enfant a droit à tout, en plus la vaccination n'est pas payante ! Chez moi, il y a souvent des mères qui partent en courant en laissant leurs chaussures tellement je tempête ! Mais elles comprennent que je ne m'amuse pas. Après j'entends dire : ah ce doctore aime beaucoup les enfants. C'est mieux comme ça.

A maintes reprises il a ainsi reproché à plus d'une mère sa négligence par rapport à la santé d'un enfant dont le carnet de consultation ne faisait pas figurer les vaccinations. Ces rappels à l'ordre sont d'autant plus justifiés qu'un suivi régulier des vaccinations éviterait souvent le doute de certains diagnostics et par conséquent d'examen (ponction lombaire par rapport à un doute de méningite) aux risques importants pour la santé de l'enfant.

A son avis, le contact, l'échange avec les patients devrait être un niveau d'observation de la vocation chez un professionnel de santé. Ce jeune débutant reconnaît que l'erreur est inévitable en médecine comme dans tout autre métier, par contre, il est révolté à l'idée que des erreurs soient consécutives à une incompétence professionnelle. Par exemple, recevoir un malade qui vient pour un cas de fracture sans lui prescrire une couverture d'antibiotiques. Ambition de l'ascension professionnelle liée avec une ascension sociale, absence de plan de carrière conjugée avec la création de champs de

compétence, indignation devant la conduite des pairs, reconversion professionnelle et religieuse, illusions des nouvelles recrues, telles sont les trajectoires de soignants d'un centre médical. Cependant, l'observation de leurs pratiques au quotidien offre une grille de lecture plus dynamique des conduites.

Les modalités de l'insertion professionnelle

A la suite de ce qui vient d'être évoqué, on pourrait aisément se demander les modalités par lesquelles s'opère l'insertion professionnelle des soignants. Dans un premier temps, comme dans n'importe quel groupe social, la confrontation des générations a cours et cela ne va pas sans poser de problèmes. D'une part, ceux qui ont une longue expérience dans la profession, les "anciens" (qui ont généralement dépassé la quarantaine) ont tendance à revendiquer une meilleure compétence que leur conférerait leur long vécu professionnel. D'autre part, ils disent avoir reçu une meilleure formation par rapport aux "jeunes". Au-delà de la question de la formation, les "anciens" reconnaissent que le paysage de la prescription médicale a changé depuis que les dotations de médicaments sont devenues rares et que les médicaments essentiellement génériques (MEG) ont fait leur apparition. En somme, de l'avis de soignants, plus particulièrement de ceux qui ont plus d'une dizaine d'années de métiers, les "jeunes" devraient consolider leur formation en apprenant auprès de leurs "aînés".

Quant aux nouvelles recrues, les "jeunes", ils clament une formation non déconnectée des réalités sociales contrairement à celle qu'ont reçus leurs aînés. Ceux-là rappellent volontiers l'initiative de Bamako, c'est-à-dire le principe de recouvrement des coûts qui oblige le prescripteur à tenir compte des médicaments essentiellement génériques. Les conflits de génération finissent souvent par se cristalliser sur la question de la formation. Et cela n'a rien d'étonnant.

Cette question de génération, c'est comme dans la société, chacun se dit meilleur. Les anciens disent qu'ils ont été bien formés. Nous, on ne peut pas dire non plus qu'on n'a pas été bien formés. Mais il y a des choses que les anciens n'ont pas apprises et quand nous leur en parlons ils trouvent que c'est banal. Mais quand ils réfléchissent ils trouvent que nous avons raison. Je prends un exemple. Nous sommes les cobayes du nouveau programme des soins infirmiers au Burkina, le programme 97-2000 où on a instauré un stage communautaire, l'observation du malade, les anciens ne l'ont pas fait. L'observation du malade, c'est le médecin qui l'a fait à partir de la 4^{ème} année de médecine. En deuxième année, nous on a commencé l'observation du malade. Quand les internes arrivaient c'était la honte, il y avait des bêtises. Ils venaient nous voir pour qu'on leur montre des choses. Les aînés trouvent que nous sommes trop dans le moule. Il peut y avoir des conflits. J'ai reçu un malade pour un syndrome infectieux, il y avait un examen complémentaire pour savoir la sérologie rétro virale, néanmoins les signes annonçaient qu'il s'agissait d'un terrain d'immunodéficience, tout de suite, il y a une gamme d'antibiotiques qu'on peut prescrire au malade,

j'ai frappé plus dur avec la siproproxacine qui est une prescription médicale, j'ai un collègue ancien qui a contredit et qui a mis simplement du bactrim. Or, la sipro, c'est du bactrim plus autre chose. Qui a raison ?

Outre l'amélioration de l'expérience médicale proprement dite, l'apprentissage des "jeunes" auprès des "aînés" se fait souvent à un autre niveau : l'apprentissage de certaines pratiques conjointes au métier, telles les techniques de revente du petit matériel médical. Mais seule la reconnaissance de la compétence professionnelle d'un aîné préside à un tel apprentissage. Dans un service, après s'être tenu comme un "élève de l'école coranique" auprès du responsable de son service, un jeune IDE a fini par recevoir de ce dernier l'information qui consiste à savoir comment revendre aux patients des poches de recueil de liquide amniotique. Il n'est pas surprenant qu'une telle pratique puisse encourager la fréquence de certains examens.

Certaines règles de conduites sont donc requises pour conquérir la confiance des aînés et pour établir du même coup l'intégration des "cadets" au sein du groupe : faire les consultations à la place de l'aîné, le remplacer pour une garde s'il en fait la demande. Le respect de l'aîné se fait même souvent au détriment de la santé du patient. Par exemple, le jeune évitera de lui dire que le diagnostic qu'il vient d'établir est inexact même s'il en a la preuve flagrante. Dans le meilleur des cas, il prescrira un autre traitement en toute discrétion au patient en cas d'hospitalisation comme me l'a confié un jeune soignant. Mais les relations entre "anciens" et "nouveaux" ne se font pas toujours sous le sceau de la soumission.

Certains soignants nouvellement recrutés ne manquent pas de regard critique sur les conduites professionnelles de ceux qu'ils appellent ironiquement les "vieux". Ceux-ci sont décrits comme des gens désabusés qui transgressent les règles de base de la pratique médicale. Par exemple, ils ne tiendraient pas compte du bon accueil qui devrait être réservé aux patients pour atténuer leur appréhension à l'égard de l'autorité médicale mais également de leur douleur, à tout le moins d'un point de vue psychologique. En outre, le suivi minimum des patients ne serait pas respecté. Un IDE décrit une situation qui atteste du laisser-aller d'un collègue aîné et supérieur.

Tout à l'heure, vous avez peut-être remarqué, je disais : chérie, chérie à une dame de près de 60 ans, que j'ai reçue un soir pour une hernie, une impotence. Un supérieur un peu négligent n'a rien fait. Je l'ai gardé pendant 10 jours ici et après elle a retrouvé la force, je l'ai ramené à la maison pour une semaine de repos, elle a été ré-internée à l'hôpital pour l'opération, et ça ne vaut pas trois jours qu'elle a été opérée. Elle a eu les gaz aujourd'hui. Elle est venue consulter chez d'autres personnes, on ne peut pas citer leurs noms, ce sont des supérieurs, je ne dis pas qu'ils ne connaissent pas leur boulot, mais ils n'ont pas mis du sérieux dans la chose. Donc il y a eu une récurrence, le mal est revenu. Personnellement, j'ai une stratégie : c'est-à-dire que quand j'ai un malade externe, j'essaie de le revoir dans les trois jours. Souvent même je me rends chez le malade. Je donne moi-même les comprimés, s'il y a des injections, je les fais. Je suis moi-même. Je ne dis pas que ça

marche à tous les coups, mais dans la plus part des cas je me déplace pour voir mes malades. Ici, quand j'interne un malade, je reviens le voir jusqu'à minuit, souvent au delà pour voir le suivi dans la prise des médicaments. Je viens voir le malade, je bavarde avec lui. Bon, après minuit, je me dis qu'il y a la garde. (Mais c'est trop ça non ?) Bon, chacun sait ce qu'il cherche dans la vie, moi je fais comme ça.

A côté de ceux qui ont un regard critique sur les conduites de leurs collègues mais qui en tout état de cause semblent intégrés au système de fonctionnement de la structure, on observe une catégorie de soignants que l'on pourrait, à défaut d'une autre terminologie, qualifier de marginaux. Ils semblent se situer à la marge du système de fonctionnement en cours. Expliquons. Un premier groupe serait constitué de soignants dont les pratiques débordent largement, mais d'un point de vue négatif des règles admises dans le groupe. Deux soignants reconnus par leurs collègues comme des alcooliques appartiennent à ce groupe de marginaux-type. Tous les deux passent une grande part de leur temps dans les lieux de consommation d'alcool et n'épargnent pas le lieu de travail de leur état d'ivresse : retard excessif au niveau des horaires, abandon du poste de garde pour consommer de la bière de mil, refus de soigner certains patients en raison d'un état d'inconscience, voilà autant de critères qui disqualifient ces soignants aux yeux de leurs collègues.

D'un autre côté, une catégorie de soignants - bien que loin d'appartenir à la précédente - peut être considérée comme étant marginale dans la mesure où les conduites de ces soignants ressortissent à une a-normalité par rapport aux normes en cours. Par exemple, ce maïeuticien en poste à Orodara depuis quelques années, dont la réputation non seulement de la compétence technique mais aussi de la conscience professionnelle auprès de ses pairs et auprès de la population est sans commune mesure. Ainsi la population n'a pas hésité à manifester devant le haut-commissariat de la ville une fois que la nouvelle sur la décision d'affectation du jeune soignant a circulé dans toutes les familles. Cette affectation a d'ailleurs fini par être annulée tant l'opposition des habitants d'Orodara était manifeste au départ de ce maïeuticien irréprochable. En effet, la particularité de la conduite de ce soignant est frappante. Contrairement à la majorité de ses collègues, il est ponctuel au service ; il ne semble pas ménager ses efforts pour prêter une écoute attentive aux patientes. Ses collègues le raillent même à ce propos. Les tournées de vaccinations dans les villages semblent ne lui poser guère de soucis. Son omniprésence à la maternité est notoire. Même après avoir subi une perfusion à domicile, il n'hésite pas à se rendre à son lieu de travail pour y effectuer d'éventuelles tâches. Ce soignant qui semble être guidé par une conscience et une passion pour son travail fini par paraître atypique aux yeux de ses collègues. Ceci conduit à considérer les points sur lesquels se fonde le consensus entre les personnels soignants et les points de désaccords, autrement dit les sources de conflits.

Le fonctionnement de la structure : consensus et conflits

Points d'accord

L'observation des conduites quotidiennes donne à penser qu'il existe un certain nombre de points auxquels la majorité des soignants adhère. Ainsi, la banalité des retards s'observe ici et là.

Dans l'interaction avec les patients, on note une certaine unanimité sur un mode de " tri " implicite de ceux-ci. Autrement dit, il y a ceux à qui l'on accorde une priorité dans les soins et les autres qui ne nécessitent pas plus d'attention que cela. Bien entendu, la mobilisation pour le réseau de parents, amis, connaissance et alliés (PACA) est indiscutable.

C'est l'après-midi. Un homme arrive à moto avec un malade (un frère classificatoire). L'accompagnant du malade est le surveillant général dans un lycée de la ville. Après les salutations d'usage avec la caissière, celle-ci lui recommande de voir l'infirmier dans la salle de consultation. Mais l'homme dit qu'il préfère attendre Y., un IDE, son voisin " c'est mon voisin, il m'a dit qu'il arrive. " Y. était de garde et venait de rentrer chez lui pour se reposer. Un quart d'heure plus tard, le "voisin-soignant" est de retour aux consultations du CMA. Il examine les résultats d'analyse qui datent déjà de plusieurs semaines. Le soignant conduit le malade et son accompagnant au service des hospitalisations où il leur trouve un lit. Il va voir le médecin qui lui donne des consignes à suivre. Il s'agira de faire une injection et de procéder à une ponction du liquide acétique. L'infirmier revient au service des hospitalisations. Il explique à l'infirmier du service des hospitalisations la situation et surtout ce qui le mobilise tant pour ce patient. Son collègue commence l'interrogatoire.

-Dr D. (le médecin généraliste) l'a vu ?

-Non, il n'a fait que donner des consignes oralement

-Ah bon ?

-Oui, or c'est mon voisin ! C'est lui mon bailleur ! Donc, il faut que je bouge !

L'infirmier retrouve le patient dans la chambre. L'accompagnant ramène les médicaments que l'infirmier lui avait demandé d'acheter.

Prise de la température, de la tension, ponction du liquide. Pendant la consultation, il y a 3 infirmiers dans la chambre (celui du service d'hospitalisation, le consultant du jour, le soignant-voisin). L'infirmier de garde arrive et salue, il examine le dossier puis ressort de la salle.

Une demie-heure plus tard, l'infirmier de garde : ces gens-là (il parle de ses collègues qui s'occupent du malade), ils sont en train de lutter pour un cas désespéré. Ça doit être un cancer du foie, il a atteint un stade où on ne peut plus faire grand chose. Tout ce qu'on peut faire, c'est calmer peut-être la douleur et attendre. En tout cas, ce ne sera pas entre mes mains (le décès). D'ailleurs c'est pas pour aujourd'hui. Ceux qui veulent dépasser entre mes mains souffrent avant de mourir.

Parce que moi, je me laisse pas faire. Quand je vois que ça chauffe, je fais venir les autorités, le major, même en pleine nuit ; je ne veux pas qu'on vienne dire après que je n'ai rien fait. (Il s'agit d'un soignant qui a la réputation dans le service d'être un grand consommateur d'alcool).

Ainsi, ceux qui ont de l'argent ou qui sont suspectés d'en avoir passeront avant les autres.

Vers la fin d'une matinée de consultation, une femme vient d'être transportée au CMA pour des maux de têtes violents. Le jeune consultant du jour décide de l'hospitaliser. Dans la chambre, arriveront quelques minutes plus tard quatre soignants (le responsable des consultations, le responsable des hospitalisations, un IDE des hospitalisations et le consultant du jour) pour surveiller d'un œil attentif la patiente et les soins qui lui sont procurés. Ce jour-là, l'IDE (consultant du jour) cherche désespérément la veine pour poser la perfusion. Plaisanterie : major K., ta femme-là est trop grosse, on a même du mal à trouver la veine. A la patiente, il lance : fermes ton poing comme si tu voulais me boxer. Restes tranquille, tu fais comme si c'était la fin du monde. Mais visiblement, il est de plus en plus nerveux, sans doute à cause de la présence de ses collègues qui n'hésitent pas à lui donner des conseils. Ces recommandations semblent l'agacer et il finit par lancer une menace d'abandon de la patiente : si vous continuez, je lâche tout et je vous laisse la place. Un silence se fait. Il finit par trouver la veine et à placer la perfusion.

Après le placement de la perfusion, le major des hospitalisations se dirige dehors vers le mari de la patiente. Il est midi passé. En fin d'après-midi, la patiente a quitté la chambre. L'IDE m'expliquera, qu'il n'a pas été informé de la décision de sortie. Il aurait croisé le mari de la patiente en ville qui lui a expliqué que le major leur donné l'autorisation de sortie. De l'avis de l'IDE, cette décision de sortie donnée par le major est contre-indiquée dans la mesure où le soignant qui en a décidé n'est pas celui qui a reçu la patiente, en outre selon les normes médicales, l'état de santé de cette patiente requerrait une surveillance d'au moins 24 heures, ce qui n'a pas été respecté. L'IDE n'omettra pas de m'informer que le mari de la patiente a offert un billet de 5000 F à ses collègues pour les remercier de l'attention qu'ils ont portée à sa compagne.

Cependant, on ne s'inquiètera pas d'abandonner un enfant dans le coma dont les parents originaires d'un village voisin sont manifestement démunis aussi bien d'un point de vue financier que relationnel (tant à l'hôpital qu'en ville). Ce jeune malade ne suscitera qu'un minimum d'attention jusqu'à ce que la gravité de son état finisse par mettre timidement les soignants sur la voie d'un transfert vers l'hôpital urbain de Bobo-Dioulasso.

Lors de la visite médicale, les soignants arrivent dans la chambre où est hospitalisé depuis une semaine, un garçon âgé d'une dizaine d'années. Le malade est allongé, il gémit dans le lit et nage dans des urines dont les odeurs emplissent la chambre. Il n'y a personne au chevet du malade. L'infirmier demande à l'enfant pourquoi il a uriné dans le lit. Entre deux gémissements, celui-ci répond : ça m'a échappé, je ne savais pas.

Paradoxe : le médecin se met en colère contre le fait que le malade soit abandonné par les siens. En effet, bien que 4 personnes passent la nuit à ses côtés, pendant la présence des soignants, on ne verra aucun d'eux. Le médecin réaffirme donc son autorité sur ses collègues et recommande à ceux-ci d'en avoir à leur tour envers les patients, ou du moins envers une certaine catégorie de gens : vous êtes trop gentils avec les gens-là, vous devez faire la loi ici. Ici, c'est vous qui commandez, un point c'est tout ; l'hypothèse, c'est quoi ? ; l'infirmier lui explique qu'ils lui ont administré un traitement antibiotique.

Le médecin : vous avez bien fait, sinon vous l'aurez déjà perdu depuis. L'infection est en train de se généraliser. Il faut aussi faire l'ECBU. Faites-bien et ne m'appellez pas pour un cadavre. Les soignants quitteront la chambre sans plus d'égard envers le malade qu'ils finiront par référer à Bobo dans un état de coma général.

Autrement dit, sans connaissance et sans argent, on risque fort pour sa santé. Outre la variation de la mobilisation des soignants pour les patients en fonction de critères économique et social, une norme semble dominante dans les pratiques observées. En effet, on remarquera que les décisions de références vers un plateau technique supérieur tardent souvent en dépit de l'état d'urgence. La référence est rapidement faite dès que le diagnostic est clairement établi. Cependant elle tardera s'il se fait un doute sur le diagnostic car les soignants craignent que leurs collègues de ville n'établissent une incompétence s'ils réalisent que la pathologie référée pouvait être prise en charge au CMA. Dans ce cas, tous les bricolages et tâtonnements sont permis pour éviter de perdre la face. De façon paradoxale, bien qu'il s'agisse d'une question de vie ou de mort pour le patient, c'est le risque de honte pour le soignant qui se trouve ainsi être mis en avant. On est donc dans une logique où le traitement social entérine le traitement médical : il faut montrer son savoir soigner pour éviter la honte.

La récurrence de certaines techniques médicales peut susciter des interrogations chez n'importe quel non praticien : la ponction du liquide rachidien, la ponction du liquide ascétique, le placement de la perfusion. Même si dans certains cas, ces actes ne sont pas sans lien avec une demande insistante du malade, les soignants les associent à une preuve de compétence ou tout simplement à la pratique de leur métier. Certains soignants semblent allier pontage de liquide et le fait d'être infirmier. Il serait intéressant d'observer les pratiques en cours au sein des formations pour analyser plus en profondeur la fréquence de tels actes chez les praticiens de santé.

Par ailleurs un consensus sur un certain fonctionnement s'établit sur l'intérêt porté aux données statistiques pour le bilan annuel des soins. C'est sur l'évaluation de ces données quantitatives que se fonderait le plan d'action pour l'année suivante. Le plan d'action et le bilan des activités réalisées l'année précédente ressemblent plutôt à une compilation de chiffres et ne reflètent guère une réflexion sérieuse sur le contenu réel des activités et l'évaluation de la qualité des interactions entre personnels de santé et populations au sein du CMA et du district.

Points de désaccord ou nœuds de conflits

En revanche, d'autres pratiquent qui ne font guère l'unanimité chez les acteurs de soins. Les désaccords se font d'abord sur des questions d'organisation du travail et sur le fonctionnement interne de la structure.

- Ce qui surprend, c'est la rareté sinon l'inexistence de visite médicale dans ce CMA malgré la présence d'un médecin généraliste. Et cela, plus d'un soignant s'en plaint et le regrette. Les infirmiers font souvent remarquer que l'absence de visite médicale en présence du médecin limite le transfert de connaissances. Les rares fois où elles ont lieu, ces visites sont des situations où le médecin s'adresse à ses collègues infirmiers dans un jargon qui leur est difficilement accessible. Le transfert de connaissances se trouve donc limité. En outre, le médecin semble peu ouvert à toute interrogation qui lui paraît comme une remise en question de ses connaissances dans le domaine médical. Ainsi, la question d'un IDE par rapport à une prescription médicale suscitera un agacement chez le médecin. Outre les conflits de compétence que l'on peut retrouver au cœur de n'importe quel groupe professionnel, il y a ici la légitimité d'un médecin généraliste qui pose problème dans tout le CMA. De l'avis de nombreux soignants de ce CMA, le fonctionnement de la structure laisse à désirer depuis l'arrivée de ce médecin. Un IDE responsable d'unité ne dissimule pas sa désolation :

Avec Dr. N. et K. la chose était bien suivie. Tous les vendredis, on avait une visite générale de tous les malades. On arrivait à faire le tour de tous les services, ça nous permettait d'acquérir des connaissances au niveau du travail. Et tous les matins, il y avait une visite dans chaque unité par les médecins. Depuis l'arrivée de l'autre médecin (Dr D.), il y a une désorganisation dans le service. (...) C'est un grand regret pour nous les infirmiers, quoi que l'on dise, on bénéficie beaucoup de la présence d'un médecin. On a beau critiquer, on a beau tenter de lui dire, comme lui aussi c'est un patron, on ne peut pas l'obliger en tant que tel. Il y a d'abord un frottement entre les deux médecins qui fait que le personnel aussi se retient. Ils ne s'entendaient pas sur la technique médicale. Nous savons que nous sommes tous de l'État, de la fonction publique. Il y a des heures de visites qu'il faut absolument respecter, c'est une chose qui n'est pas faite au niveau de ce médecin. Au niveau aussi du service, il y a toujours des heures de retard. Il y a aussi le fait que chaque malade qui doit être vu par le médecin doit passer par la consultation générale et que ce soit l'objet d'une référence, hormis les rendez-vous même du médecin. Il faut que ce soit les soignants de la consultation générale qui réfèrent. Lui, les malades vont directement le voir. On se rend compte qu'il y a des malades qui ne sont pas pour lui, mais il les prend. Vous savez, la population, dès qu'ils savent qu'il y a un médecin, surtout que les nouvelles circulent, dès que deux ou trois personnes ont une satisfaction, il y a une affluence des malades. Ils ne tiennent même plus compte de l'organisation du service. On est là, on assiste à tout ça. C'est depuis son arrivée que c'est comme ça, depuis 6 mois ça ne va plus. Il y a une équipe qui réfléchit sur l'organisation du service. (...) Ça va nous amener à avoir un seul bureau de consultation de médecin. Les médecins vont tourner et il n'y aura plus de clientèle fixe. En principe, les malades devraient payer ici à la tarification avant d'aller voir le médecin. Mais comme personne ne veut y fourrer le nez, ce qui est sûr, si on entend les malades en ville, il y a une récupération qui se fait dans le bureau du médecin. Il y a un flou dans certaines choses. (...) Il y a un semblant d'accalmie, mais le fonctionnement du service est toujours perturbé.

Qui est ce Dr D. ? Il parle volontiers de lui-même à la troisième personne. Il raconte qu'après avoir fait des études primaires au Burkina, il a continué sa scolarité au Mali où il a soutenu sa thèse de médecine au début des années quatre-vingt-dix. Ensuite, il aurait séjourné au Canada où il se serait beaucoup intéressé au domaine de la planification

familiale. De cette expérience de deux ans et demi au Canada, il dit avoir appris à recevoir les patients sans constituer de dossier, et qu'il se contente de " faire ressortir des hypothèses sans avoir un avis préalable des situations du malade ". Après l'expérience canadienne, il aurait séjourné en Angleterre avant de rejoindre l'Afrique. Au Mali, il travaille dans un programme de prévention sida et dans trois hôpitaux de la capitale. Il prétend avoir fait par la suite un séjour au Sénégal avant de décider d'intégrer la fonction publique burkinabè. Concernant le choix de la médecine, il s'agirait d'un rêve d'enfance réalisé en dépit de multiples difficultés scolaires. Ce qu'il appréciait le plus, c'était les accessoires du métier qui conféraient à ses yeux toute la " valeur " du médecin : la blouse, le stéthoscope.

Ce qui m'a amené en médecine ? Une question pertinente. (...) Naturellement, j'avais un sentiment d'approche, pour pouvoir soulager une personne dans sa souffrance. C'était depuis l'école primaire ; je voulais me voir dans la blouse blanche, être devant un groupe de personne, un stétho au coup, les signes du métier, (...). Le stétho. au cou me fascinait, être devant un patient en blouse blanche. (...) Le médecin est beaucoup plus sollicité, je trouve qu'il n'y a pas un homme aussi valeureux comme lui. Je voyais que de part et d'autre il était sollicité par les bienfaits. Avec mes petites expériences, j'ai eu un problème bucco-dentaire dans les années 70, je me sentais très mal et tout de suite j'étais soulagé. Tout ça m'a conforté à être médecin.

Ce médecin qui se définit comme un " musulman pur " renvoie volontiers à Karl Marx quand il clame qu'" il n'y a pas de fait sans cause et il n'y a pas de problèmes sans solutions ". Dans un vocabulaire philosophico-mystique, il s'acharne à expliquer à son interlocuteur les limites de la médecine en tant que science exacte.

Quand on essaie d'imaginer ce monde, la levée du soleil, la tombée de la nuit, ça donne un certain sens phénoménal qui n'est pas facile à expliquer. L'homme n'a que trois étapes, il naît, il grandit, il meurt. Le temps ? Qui peut mesurer ce temps ? Malgré l'évolution de la science, on ne peut pas expliquer le temps, le lever du soleil, tout cela fait qu'il faut croire à l'existence de Dieu. Nous Africains, nous nous fions à l'existence de Dieu. Science sans âme est ruine de l'âme. Même le médecin en tant que médecin, il tente des expériences à partir des données de base scientifiques, mais elles ne sont pas à 100% justes. Par exemple, on reçoit un patient au niveau des hôpitaux dans un tableau connu, un palu simple. Mais avec les recherches avancées, on voit qu'il y a des traitements bien appropriés par rapport à cette pathologie. Malgré ce traitement, le malade peut mourir ! En fonction du développement, l'organisme se détériore à petit feu. Les cellules se détruisent avec le temps. La mort, c'est un asymptote (?), c'est un terme philosophique, ce n'est pas un terme médical. Tout le monde finit par mourir. La détérioration des cellules entraîne la détérioration des éléments du système.

Selon ce médecin, à chaque patient, il faut appliquer une méthode d'approche singulière. Ce mode de fonctionnement aurait l'avantage de tenir compte de l'âme, une composante humaine dont ne tiendrait pas compte la médecine classique.

On a des mannequins que la science a inventés pour tenter des expériences. Mais ces mannequins ne renferment pas d'âme, ce qui fait de moi, un croyant. Quand on prend une statuette, on peut faire n'importe quoi, mais avec un homme, on ne peut pas faire n'importe quoi. Qu'est-ce que c'est que l'âme. Tout problème dans cette vie a une solution. (...) Dieu, si le tonnerre craque, d'où viennent ces craquements ?

Le respect de la dignité du patient, la nécessité de l'entente entre soignants au sein de la structure, la prise en compte de la déontologie médicale, la nécessité de la conscience professionnelle, la vocation comme une condition *sine qua none* de l'exercice de la médecine constituent autant de recommandations et de souhaits que le docteur D. clame pendant de longs moments quand il essaie d'avoir un regard critique sur sa profession.

Il n'y a pas de conscience professionnelle. Ce n'est pas seulement ici, c'est général. J'ai rencontré des agents qui passent tout leur temps à suivre des malades à des heures hors du service parce qu'ils veulent soulager la souffrance de ces patients. Ceux qui ont des difficultés au niveau de leurs études tentent des concours pour chercher rapidement un métier, il n'y a pas beaucoup de conscience professionnelle. C'est une question de vocation la médecine. Chez nos infirmiers, il n'y a pas beaucoup de vocation. Ils comportent d'une façon pédante face aux malades, ce pédantisme fait la barrière entre le soignant et le malade.

Quand on lui demande son avis sur les cadeaux que font les patients à leurs soignants, la réponse ne se fait pas attendre :

Par rapport aux cadeaux et aux remerciements, on ne peut pas beaucoup critiquer. C'est une reconnaissance du patient envers son agent traitant. Il est ravi d'un résultat, 'à cause de ça, je ne saurais te remercier, je te fais ça en guise de reconnaissance'. Moi je trouve que ça c'est plus honorable. Ça m'arrive très fréquemment. (Quel est le plus gros cadeau que vous ayez reçu ?) Ah ! madame, j'ai même eu deux terrains, deux parcelles au Burkina, à Orodara, en remerciement. C'est la motivation de la population devant les autorités qui ont fait ça. J'ai deux parcelles à Bobo. J'ai eu des patients qui se sont associés pour cultiver quatre hectares pour moi. Je n'ai pas cherché le terrain, c'est eux qui ont trouvé, ils m'ont appelé 'docteur, on a une surprise pour toi' j'ai découvert la chose, c'était ici à Orodara, j'étais ébahi, je n'étais pas tranquille ce jour-là, ça me dépassait. Mais c'est une reconnaissance.

Mais à côté de ces moments de joie, D. reconnaît qu'il y a eu des moments de découragement dans la profession, des périodes où ses connaissances ont été remises en question. En tout état de cause, il revendique son niveau de compétence supérieur à celui des infirmiers.

La médecine pointue, c'est la médecine des médecins. Nous avons un premier et un deuxième échelon. C'est pour cela que quand les infirmiers sont dépassés, ils doivent référer à nous, nous avons bénéficié de la formation académique. Tout médecin n'applique que la médecine pointue. C'est la différence entre les médecins et les autres agents de santé. Quand on n'a pas bénéficié de la médecine pointue, on n'a pas droit à certaines connaissances. Les médecins font plus ressortir les notions beaucoup plus intimes que les agents. Le médecin exerce une médecine

beaucoup plus avancée. Un infirmier peut tâtonner pendant 3 à 4 jours et moi je viens, je trouve le résultat.

En dépit de ce niveau de compétence élevé, ce médecin reconnaît que les connaissances qu'il a apprises pour son métier sont loin d'être absolues.

Il n'y a pas de connaissance absolue madame (...). Une connaissance absolue, c'est-à-dire que personne n'est dotée d'une connaissance sans faille. Nous, les hommes sommes toujours confrontés à des erreurs dues à des intempéries et des variations du temps. Sinon, la médecine est précise. L'homme fait des failles, parce qu'il y a des intempéries qui font qu'il n'est pas dans son assiette. Il n'a pas une bonne manière de voir par rapport à la pathologie recherchée. La science étant une science exacte, je dirai que l'erreur est évitable en médecine. Bien sûr que j'ai déjà commis des erreurs. Ce n'est pas humiliant de dire que moi en tant qu'apprenti, je n'ai jamais fait d'erreur. On apprend toujours, qui parle d'apprenti, parle d'erreur. Je ne suis pas totalement apprenti. Je suis un responsable ici, c'est cette responsabilité qui fait en moi un homme recherché, même si je ne suis pas recherché, il y a toujours beaucoup de malades qui m'attendent.

La longue file d'attente devant le bureau à des heures inhabituelles de consultations fait souvent penser à la clientèle privée d'un soignant. Personnage - pour le moins atypique - aux pratiques de soins souvent douteuses, on peut se demander ce qui conduit les patients à attendre de longues heures devant le bureau du Dr D. Cette interrogation est d'autant plus insistante que les méthodes de ce médecin paraissent pour le moins aléatoires : il est par exemple fréquent qu'il prescrive des médicaments que les pharmaciens ont cessé d'avoir dans leurs rayons. Outre la référence à un langage religieux, la récurrence de certains diagnostics est aussi un élément qui vient accroître le doute par rapport aux pratiques du Dr D. Ainsi, l'entendra-t-on annoncer à de nombreux patients qu'ils ont le foie sale et que le nettoyage de cet organe se fera avec l'aide de Dieu.

Si les rares réunions donnent l'occasion aux personnels soignants de se plaindre des divers dysfonctionnements, ces problèmes sont encore loin d'être résolus car le docteur D. assure la direction du CMA. Ainsi, lors d'une réunion (début février 2001), il n'a pas hésité à mettre un terme aux accusations des soignants en leur faisant remarquer son statut de médecin et qu'il n'entendait pas changer de mode de fonctionnement. Ce qui laisse sceptique sur l'avenir de la structure, même si de façon paradoxale c'est le même médecin qui énumère les conditions nécessaires au fonctionnement d'un service de santé tout en n'omettant guère de souligner le pouvoir du médecin.

C'est très important de s'entendre et de coopérer dans une structure. Il faut impliquer tous les agents, en impliquant les gens il y a une motivation, en impliquant les gens, les idées sont partagées, on peut compiler les expériences. Il faut un consensus dans une structure. Il faut défendre une cause pour convaincre les autres. Mon système d'approche, c'est amener mes agents à avoir une certaine confiance en eux. Si je suis absent, ils parviennent à gérer mon service. L'infirmier, l'attaché, sont complexés devant le médecin. Le médecin a toutes les qualités pour nier l'expérience

de ces agents. En plus, la santé n'est pas faite pour tout le monde. C'est un métier noble, passionnant, sensible qui fait qu'il faut souvent partager l'avis des autres pour trouver les solutions.

- Des conduites comme le fait d'interrompre une garde sans attendre la relève ou bien éconduire tout simplement une patiente si l'on juge que son problème n'est pas digne d'être pris en charge pendant des heures de garde suscitent bien des désaccords parmi les collègues de celui qui se comporte d'une telle manière dans la structure médicale.

- De même, la non pertinence de l'information transcrite dans le registre médical ne permet pas toujours de faire un suivi adéquat des patients. Une soignante appelait ses collègues à plus de rigueur dans l'enregistrement des informations et faisait remarquer que : " noter deux phrases sur un bout de papier, ce n'est ni une information, ni un dossier. " Tout se passe donc comme s'il y avait deux tendances dans les conduites des soignants : il y a d'un côté ceux qui n'en font pas assez et de l'autre ceux qui en font trop.

- L'observation des différents niveaux d'engagement professionnel conduit à poser aux soignants la question de l'erreur et la manière dont ils y font face dans le quotidien de leur pratique professionnelle. Définie comme étant humaine, l'erreur est largement présentée comme une conséquence inévitable à toute activité. De l'avis de certains soignants, il serait même nécessaire de faire des erreurs pour pouvoir améliorer sa compétence professionnelle :

En médecine, il faut tuer pour avancer, l'erreur apprend. Elle permet d'acquérir de l'expérience.

Mais quand on pose la question sur des vécus personnels d'erreurs, les récits font allusion à des échecs qui laissent très peu de place à la culpabilité. Ce que les soignants disent regretter c'est généralement la perte d'un malade qu'ils ont voulu soigner et qui a perdu la vie à cause d'un manque de matériel ou de plateau technique adéquat pour lui procurer les soins. Il n'y a guère d'aveu d'erreur médicale. Certaines erreurs sont dues à des questions d'organisation du travail ou bien aux tensions latentes entre les corps de santé. Ceci étant, il arrive parfois que dans une situation d'urgence, un agent de santé fasse fi des recommandations d'un supérieur. Un aide-chirurgien qui ne dissimule pas son désarroi face aux conduites de certains confrères soutient que souvent dans l'urgence d'une opération chirurgicale, il n'obéit plus au médecin en salle d'opération.

Le recours à la croyance religieuse devient alors un moyen de faire face à l'erreur. Tout se passe comme si la religion devenait un moyen de se déculpabiliser.

L'erreur est humaine, vous savez dans ce métier, il faut savoir oublier vite, (...) Le fait de croire en Dieu fait accepter l'idée de la mort, c'est le destin.

Dans un numéro récent du bulletin *Santé sud* (n° 49, mars 2001), en évoquant la pratique d'un médecin de campagne au Mali qui se singularise par les soins à domicile, les séances de prières, les relations à plaisanterie qu'il entretient avec ses patients, on conclut que " son lieu d'exercice reflète la représentation que la population se fait d'une structure de santé en campagne qui doit correspondre à celle dans laquelle elle vit tous les jours. (Et que) le fait de transporter dans le centre de soins l'image de son milieu social est un soutien moral et psychologique pour le malade et sa famille. " (p. 3). Ces lignes nous rappellent que la pratique médicale dans les sociétés africaines reste largement sujette à un bricolage chez les soignants entre normes et règles d'une discipline scientifique et celles dominantes dans les univers sociaux usuels.

Conclusion

Que retenir de ce qui vient d'être évoqué ? Certaines pratiques très courantes semblent largement acceptées bien que non recommandées par la déontologie médicale : le retard au service, une certaine tendance à privilégier les patients en fonction de la distance sociale ou de la richesse apparente. Il existe donc une " culture professionnelle locale " qui donne lieu à un jeu réglé avec les normes professionnelles officielles de la santé. À cet égard, ceux qui en font trop tout comme ceux qui n'en font pas assez sont considérés comme des marginaux et sont sanctionnés comme tels.

Par ailleurs, j'ai observé une interférence systématique entre l'univers social personnel et l'univers professionnel des soignants. Cette confusion s'observe aussi bien dans le flou entre le " cadeau " et le " pot-de-vin " que dans la frontière entre l'erreur professionnelle et l'évocation religieuse.

Au final, le travail sur la déontologie des personnels de santé suscite également des questionnements éthiques chez le chercheur en sciences sociales. La confrontation aux faits de souffrance et/ou d'abandon psychologique liés au dysfonctionnement que nous venons d'étudier est difficilement soutenable. L'investigation socioanthropologique sur les déontologies des professionnels de la santé soulève également une interrogation sur l'éthique professionnelle du chercheur.

LA REFERENCE OBSTETRICALE

Aïssa Diara*

La présentation que j'ai faite à l'atelier de Dakar en février 2001 est issue des premières données de mes recherches en cours sur "La référence obstétricale d'un point de vue anthropologique".

Commencée au mois de décembre 2000, cette recherche est menée sous la direction de Yannick Jaffré. Il s'agit de documenter des décès maternels et des "échappées belles" afin de comprendre ce qui a pu expliquer ces décès ou l'accroissement du risque encouru. Pour cela je fais des enquêtes rétrospectives depuis un centre de référence, celui de la commune V de Bamako.

Mes enquêtés sont les principaux acteurs importants intervenus :

- dans les événements ayant précédés l'accouchement
- pendant l'accouchement

Ces acteurs sont :

- les soignants : médecins, internes (étudiants faisant fonction d'interne), sages-femmes, stagiaires, matrones, infirmières obstétriciennes, aides-soignantes
- les administrateurs et garçons de salle
- les parturientes et leurs familles, les accompagnants

Pour présenter ces quelques données, j'ai pensé qu'il serait d'abord intéressant de savoir ce qu'est la référence, d'un côté pour les soignants, et de l'autre pour les parturientes et leurs proches. Ensuite, je présenterai trois cas de dystocie pour montrer ce qui se joue à travers le système de référence-évacuation. Enfin de ces premières données, je dégagerai quelques dysfonctionnements de la référence-évacuation.

* IRD, Bamako

La référence pour les soignants, les parturientes et leur famille

La référence pour les soignants

Quel que soit le cas, pour désigner les parturientes qui passent d'une unité de soin à une autre, les soignants du centre de la commune V utilise le mot référence. Par contre dans un CSCoM (centre de santé communautaire), c'est le mot évacuation qui est utilisé par la matrone.

La référence se *distingue* sous trois formes :

- La référence verbale : elle est celle où la parturiente est orientée sans fiche de référence ni partogramme.
- La référence externe : elle est utilisée au centre de la commune V pour parler des femmes qui ont été orientées sur le centre par un autre. Le centre de la commune V reçoit comme nous l'avons souligné de nombreuses références-évacuations.

En effet, non seulement les huit aires sanitaires communales (ASACO) de la commune V réfèrent sur le centre comme il se doit, mais aussi certaines ASACO qui relèvent d'autres communes. De plus, les centres de santé de référence qui doivent en principe référer à un niveau supérieur, comme par exemple à l'hôpital GT, réfèrent aussi sur la commune V au même niveau qu'eux sur la pyramide sanitaire. D'un autre côté, il faut noter que l'hôpital GT qui constitue le dernier recours réfère aussi sur la commune V.

Toute cette affluence sur le centre fait que très souvent il est débordé. Ce débordement n'est pas sans conséquence dans la prise en charge des parturientes. Ainsi un interne dira :

C'est pratiquement toute la rive droite qu'on gère. Pendant une garde j'ai fait dix laparo, sept grossesse extra utérine, une rupture utérine et deux grossesses extra utérine rompues. Parfois on est obligé d'attendre qu'on lave, stérilise, ce qui entraîne des désagréments : des mort-nés, des décès maternels pour retard de prise en charge.

- Le système de référence interne du service (SRIS) est utilisé au QM par opposition à la référence externe. Cette référence se fait de la sage-femme à l'interne et de celui-ci au médecin. Pour les sages-femmes, la référence se fait sur la base du partogramme qui, lorsqu'il est correctement rempli, indique les zones d'alerte et de référence.

Lorsque les sages-femmes sont un peu dépassées, elles réfèrent aux internes. Le plus souvent même, elles peuvent bien connaître les indications, mais souvent elles réfèrent parce que c'est nous qui sommes tenus à faire la prise en charge.(un interne).

Quant aux internes, contrairement aux sages-femmes qui sont limitées objectivement par le partogramme, ils ne font la référence que s'ils estiment que la situation dépasse leur connaissance :

Bon en fait au niveau des internes il s'agit maintenant de voir... Chacun voit à son niveau s'il peut faire quelque chose, il n'y a pas de problèmes (un interne).

Cette non-limitation des actes de l'interne conduit et, c'est souvent le cas, à des attitudes de survalorisation car la référence au niveau supérieur, c'est-à-dire au médecin, se fait rarement :

Sinon le plus souvent ça s'arrête à notre niveau. Présentement il y a beaucoup moins de référence au niveau du Dr D. C'est-à-dire que les uns et les autres sont formés (un interne).

Il arrive que la commune V réfère sur l'hôpital GT mais les cas sont rares :

Surtout pour les urgences obstétricales c'est très rare. Pendant près de deux ans moi j'ai vu un seul cas, une grossesse extra utérine rompue qui a été référée et qui s'est retrouvée au PG (un interne).

Pourquoi le centre n'oriente-t-il pas vers l'hôpital ? Une première raison est donnée par un interne :

C'est le médecin chef lui-même qui ne veut pas qu'on réfère. C'est un peu de la fierté mal placée.

Une autre raison est avancée :

Parce qu'il y a une crise de confiance. C'est à dire que nous, on a plutôt confiance à faire attendre que de référer les femmes par exemple à GT. Elles risquent d'attendre encore plus que chez nous. Surtout si elles n'ont pas de moyens (un interne).

Et cet interne d'ajouter que l'hôpital GT réfère sur le centre quand les malades sont estimés incapables de payer leur soin.

La référence pour les parturientes et leur famille

Aller d'un centre de santé à un autre est dit en bambara par les parturientes et leur famille de cette manière :

u yan bila ka na yan : on nous a envoyés ici.

Des mots en français sont utilisés aussi pour dire cette référence. Il s'agit du mot "papier" :

u k'an ka papier nyanabo an ka taa : qu'on nous prépare notre papier qu'on parte !

Et du mot "passer" :

ka an passer Sénu dokotoroso la : elle nous a passés au centre de santé de Sénou.

Les raisons de la référence sont liées au mot *kényè* en bambara qui signifie incapacité. Une incapacité du centre de santé à faire accoucher la parturiente. Ainsi il est dit :

a ko koni Sénou kaw kényèra u b'an bila ka ta dugu kônô : elle nous a dit que si les gens de Sénou sont dépassés (*kényèra*) qu'ils vont nous envoyer en ville.

Cette incapacité du service est également dite lorsque le centre ne peut faire "aucun travail sur la parturiente" :

Oluw ye ne lajè dôrôn u ko ayi, k'u tè se ka bara fosi kè ne kan : on m'a examinée et tout de suite on a dit que non, ils ne peuvent faire aucun travail sur moi.

Par ailleurs, la raison de la référence peut être pour la parturiente la recherche d'un accouchement rapide :

A, ne tun bè télmani kô. : moi je cherchais la rapidité.

Présentation de trois cas de dystocie

C'est dans ce contexte de référence où chacun des acteurs, c'est-à-dire les parturientes et leur famille d'un côté et de l'autre les soignants, donne un contenu qui lui est propre que je vais présenter très brièvement les cas de trois jeunes femmes.

- Madame Keïta

Madame Keïta est une jeune femme de 30 ans, d'ethnie manding. Elle habite à Bakodjikoroni en commune V. Son mari est chauffeur de véhicule de transport en commun. Elle a fait six grossesses et a quatre enfants vivants. C'est sa dernière grossesse

qui l'a amenée au centre de la commune V, sinon tous ses précédents accouchements se sont passés au centre de la commune VI.

Sa grossesse arrivait à terme quand, un jeudi soir, elle s'inquiéta de saignement et de contractures abdominales. Le vendredi matin, elle se présenta au centre de Sogoniko où la sage-femme qui la suivait était absente. Elle expliqua ce qui lui arrivait à l'amie de cette dernière. Elle rentra chez elle ce vendredi sans ordonnance, remarqua sa sœur, avec cette constatation de la sage-femme : "Au début de certains travaux, le col s'ouvre avec des saignements. Chaque enfant a sa manière de naître". Le samedi matin, elle repartit au centre avec les mêmes symptômes. Sa sage-femme était présente cette fois-ci, mais elle fut de nouveau examinée par la seconde sage-femme. Elle reçut ainsi deux injections et des médicaments qu'elle acheta à la pharmacie du centre. Elle retourna chez elle avec la ferme recommandation par sa sage-femme de ne revenir que quand son état deviendrait grave. La même nuit du vendredi, elle repartit avec les mêmes plaintes. Une fois de plus on la renvoya avec des médicaments mais en lui disant que si ça devenait grave de ne plus revenir à leur centre mais d'aller directement au centre de la commune V. Ce qu'elle fit le samedi matin mais sans fiche de référence bien qu'elle l'ait pourtant réclamée.

Arrivée ici, eux aussi m'ont négligée, dit-elle.

En effet, Madame Keïta était arrivée au centre à 8h du matin et elle ne fut prise qu'à 15h pour la césarienne. Sa sœur nous raconte :

Je leur ai demandé de venir l'examiner à cause de Dieu. Elles ont refusé, n'avaient-elles pas dit que ce n'était pas encore le moment ?

Ma sœur était en train de geindre. Bon, elle a pris froid. J'ai voulu la couvrir. Elles m'ont rétorqué : êtes-vous venues pour l'accouchement ou dans un dortoir ?

L'enfant fut un mort-né. Le médecin lui a dit que la faute vient des soignants de la commune VI. Pour ce dernier, dès le premier jour c'est-à-dire le jeudi, ils devaient l'évacuer. Mais la sœur de Madame Keïta trouve qu'il y a eu deux fautes :

Le défaut vient de Sogoniko et d'ici aussi. Puisque le premier défaut vient d'eux. Mais le deuxième vient d'ici. Nous sommes venues depuis le matin. Elles aussi, ce sont des sages-femmes, elles ont regardé dans quelle position c'était. Elles devaient appeler le docteur depuis ce moment.

Ce que Madame Keïta et sa sœur ne savent pas c'est que, lorsque le médecin chef a demandé les causes de ce cas de mort-né lors du staff, l'interne de garde a répondu qu'ils attendaient du fil qui ne venait pas pour faire la césarienne. Compte tenu de la mauvaise gestion du stock, chaque nouvelle intervention nécessite d'aller chercher le fil auprès de la personne qui le gère d'où une perte de temps.

De son passage au centre du QM, Madame Keïta retiendra également les remarques de la part des sages-femmes.

Elles ont dit que moi, je suis entre la mort et la vie. Il se peut qu'elles parlent de ma mort alors qu'elles peuvent mourir avant moi. Ou bien ?

- Madame Sacko

Madame Sacko est une jeune femme de 29 ans, d'ethnie sarakholé, mariée à un marabout. Lors d'une première grossesse, l'enfant est décédé à l'âge de 2 ans. C'est d'abord l'aveu d'une interne qui a attiré mon attention :

Nous sommes sur une femme qui a fait une rupture utérine. Enfin, c'est ma faute, cela s'est fait avec moi car elle est venue avec une procidence du bras. Une référée quoi. J'ai voulu faire la manœuvre mais ça s'est mal passé.

Au staff c'est la sage-femme de garde qui tente de présenter le cas après avoir donné l'identité et les antécédents obstétricaux de la femme :

Il s'agit d'une référée de ASACONia accompagnée de sa fiche de référence qui est arrivée ici au centre à 5h du matin avec un non-engagement. C'était une grossesse gémellaire. L'accouchement de J1 a été fait à l'ASACONia. Elle a été immédiatement référée à l'interne de garde qui a fait référence au médecin. J2 est mort-né. La femme a été groupée.

Les internes, d'un commun accord, décident d'attendre l'interne de garde en question pour une présentation complète du cas. Le staff continue avec ses autres présentations.

Un peu plus tard, l'interne après avoir rejoint le staff, présente à son tour le cas de Madame Sacko avec tout ce qu'on sait déjà et avoue que c'est suite à une mauvaise manœuvre qu'elle a faite que la rupture utérine s'est produite. Ses collègues s'interrogent comment a-t-elle pu faire cela. L'atmosphère n'est nullement tendue, au contraire, chacun parle de son expérience en la matière. L'interne Mariam commente qu'elle "ne comprend pas cette rupture puisque le fœtus n'était même pas gros". Etant donné que le protocole opératoire n'est pas encore établi, le staff décide de reporter au lundi suivant la présentation complète de ce cas. Et le chapitre fut clos, du moins pour ce jour, avais-je pensé. Cependant au staff du lundi, on ne parla plus du cas.

Madame Sacko, lorsqu'on lui demande, affirme que c'est à cause de la sage-femme de l'ASACONia que "son ventre a éclaté" :

Elle appuyait très fort. Je lui ai dit que cela peut faire mal à l'enfant. Elle s'est fâchée. Elle est allée s'asseoir sur une chaise et a dit que si c'est comme ça, que j'accouche de moi-même. A cause de ses pressions j'avais mal aux côtes. Elle s'est appuyée sur mon ventre jusqu'à ce qu'il finisse par éclater.

A ASACONia la personne qui l'avait référée au centre du QM nous dit:

J'ai évacué vers 4h on n'a pas fait d'autre façon. Mais cette rupture utérine m'étonne. Je ne m'attendais pas non plus que J2 soit un mort né. Il se peut que le défaut vienne d'ici. Certaines attendent 2 à 3h avant de trouver un véhicule. On dit qu'elles ont traîné chez nous ce qui n'est pas notre erreur parce que nous n'avons pas de véhicule à leur donner. Dans la nuit très tard pour avoir un véhicule, c'est pas facile. Tout cela peut être un défaut. Si elle était parti tôt, J2 pouvait être sauvé.

Lorsque j'ai consulté la liste des personnels de cet ASACO, j'apparis qu'elle est aide-soignante et non matrone comme elle me l'avait dit.

- Madame Samaké

Il s'agit d'une jeune femme de 30 ans, ménagère, d'ethnie bambara. Elle habite à Mana à 22Km du centre de la commune V. Son mari est cultivateur. Elle a fait sept grossesses, cinq enfants sont vivants. La dernière grossesse qui l'a amenée au centre était gémellaire. J'ai fait la connaissance de Madame Samaké lors d'une garde, un samedi matin. Elle venait d'accoucher d'un jumeau vivant, l'autre étant mort-né macéré. Les entretiens nous révèlent ceci : le jeudi après le dîner, Madame Samaké a ressenti de violentes contractures abdominales. Son beau-fils l'amena à moto à Falani où elle faisait ses CPN. Falani est situé à 4km de Mana où ils habitent. La matrone qui la suit était malheureusement absente, partie aux funérailles de son père. C'est l'aide-soignante qui la reçoit, la gardant durant cette nuit. Le vendredi, dans la journée, ses douleurs se sont calmées. Son beau-fils la ramena à la maison. Mais dans la nuit de ce vendredi, les douleurs reprirent. On l'emmena de nouveau à Falani toujours à moto pour retrouver la même aide-soignante qui leur dit cette fois-ci d'aller en ville. Cette même nuit elle retourna à moto à Mana. Sur décision du chef de famille, elle fut reprise à moto pour rejoindre Sénou situé à 10km de Mana. Arrivée à l'ASACO de Sénou à 4h, la sage-femme décida de la référer sur le centre du QM. La coépouse nous dit que les soignants de Sénou n'ont pas voulu la garder car "vu l'état dans lequel elle se trouvait, s'ils la faisaient accoucher et qu'il arrivait malheur, ils en seraient responsables".

La parturiente mit deux heures pour trouver un véhicule qui accepta de l'emmener au centre du QM situé à 12 km de Sénou. Arrivée au centre, elle accoucha de ses jumeaux. Pour la coépouse, le décès du second jumeau remonte à deux nuits avant l'accouchement c'est-à-dire lorsque la parturiente alla pour la première à Falani au début de ses douleurs.

Nous n'avons pu voir l'aide-soignante, mais la matrone revenue de son voyage avance cette explication du décès :

Il se peut qu'avec les nombreux va et vient, du fait qu'elle a quitté ici, on l'a évacuée sur Sénou ensuite quitter là bas... Tout cela a fait quelque temps. Cela joue sur l'enfant.

C'est également l'avis de la sage-femme qui l'a reçue au centre du QM.

La référence-évacuation et ses dysfonctionnements

Le système de santé de référence et d'évacuation est l'une des pratiques organisationnelles des services de santé. Notre présentation montre qu'à travers ce système, un certain nombre d'obstacles apparaissent dans la prise en charge des parturientes. Ces obstacles relèvent de la pratique et de la déontologie.

La pratique

La référence se révèle être une pratique au cours de laquelle se joue la question de la compétence du professionnel de la santé. Cette question s'exprime sous la forme d'une surestimation de connaissance. Une surestimation nous l'avons vu au centre du QM qui se fait au détriment des parturientes. En effet, le centre retient les parturientes en s'abstenant de les référer lorsque la nécessité s'impose, au risque de se retrouver avec des décès maternels ou fœtaux. Et cela pour une question de fierté, fierté de dire qu'ils sont compétents et réfèrent rarement au niveau supérieur. D'autre part, cette question s'exprime également par le fait que l'aide-soignante se donne la compétence de faire l'accouchement alors qu'elle n'en est pas habilitée. De plus elle se hasarde même à garder un cas de dystocie qu'elle devrait immédiatement évacuer. Ce dysfonctionnement dans la référence entraîne les parturientes dans des va-et-vient incessants entre les centres de santé. Il faut noter également que les déplacements se font dans des conditions de transport déplorables. De plus, la parturiente après de longues distances parcourues, arrive financièrement démunie au moment de recevoir les soins appropriés.

Par contre, il est intéressant de remarquer qu'il arrive que le professionnel de la santé avoue son incompétence à la parturiente en la référant sans perdre de temps.

La déontologie

A ce niveau, on s'interroge sur la notion de faute professionnelle notamment sous les formes de dire ou ne pas dire, comment dire et dans quelles conditions. Nous avons vu

qu'à un moment donné il fallait expliquer les causes des décès survenus. Le soignant avoue volontiers ses fautes à ses pairs. Cependant, il ne reconnaît pas sa part de faute devant la parturiente et préfère l'imputer à cette dernière ou aux soignants qui l'ont précédé. Quant à la parturiente, elle ne réclame aucune explication. Par contre, elle se construit une explication suivant ses propres constats. Et quelquefois ses explications ne correspondent pas toujours aux causes réelles du dysfonctionnement.

De la référence il est également intéressant de noter que le soignant renvoie la parturiente chez elle et lui laisse le soin de juger d'elle même de la gravité de son état pour aller au centre de référence.

Ces dysfonctionnements s'accompagnent également de comportements malveillants de la part des soignants. La parturiente est dans l'état psychologique d'une personne qui se sent en insécurité devant les phénomènes de l'accouchement. Elle a besoin d'être rassurée et de comprendre ce qui lui arrive. Elle n'a nullement besoin de mépris, de négligence et surtout pas d'insultes de la part des soignants.

Pour les sept mois à venir, je vais continuer mes recherches sur "La référence obstétricale d'un point de vue anthropologique". Je compte approfondir la notion de faute professionnelle. Comment elle est gérée au sein du service ? Comment se présentent les interactions soignant-soigné autour de ce sujet ?

Pour le moment je n'ai eu qu'un seul cas de décès maternel. Mais ce cas me donne de nouvelles pistes de recherche. Comment le décès maternel est ressenti par la famille ? Le sentiment est-il le même lorsqu'il s'agit d'un décès fœtal ? Et du côté des soignants, quelles sont leurs réactions devant un décès. Ces réactions sont-elles les mêmes lorsque le décès est maternel ou fœtal ? Bref que se passe-t-il après un décès ?

D'autre part, à partir de ce même cas de décès maternel, je compte explorer quelques données sur les grossesses à risque. A un moment donné, pour la famille, il fallait urgemment sauver la mère en interrompant la grossesse. Cette urgence n'a pas été perçue par les soignants. Je m'interroge donc (si cela n'est pas trop hâtif) sur le sujet du droit du vivant pour la famille et les soignants.

D'un autre côté, lors de mes observations, j'ai remarqué que les soignants ne s'occupent pas de la même manière de la parturiente dont le fœtus est vivant et de celle dont le fœtus est déjà mort *in utero*. Pour reprendre l'expression de certaines de mes enquêtées ces dernières sont "négligées" par les soignants alors que les premières bénéficient d'un meilleur traitement. Pourquoi cette différence de prise en charge ?

Qu'en est-il de la "protégée" du soignant ? Par quels cheminements la parturiente devient-elle la "protégée" ? Quels accords s'établissent entre les deux acteurs ? Et dans quelles conditions ces accords sont maintenus ou cassés ?

Enfin, comme il a été souligné lors de cet atelier, il serait fort intéressant de se pencher sur l'identité du soignant. Et surtout comment agence-t-il les connaissances acquises à l'école et celles de son environnement social ? Comment est enseignée la déontologie, occupe-t-elle une place importante dans l'enseignement ? Ensuite pourquoi ne pas s'intéresser aux monitrices qui enseignent, encadrent et évaluent les stagiaires sages-femmes dans les services de santé?

(Je pense que la recherche de réponses à ces questions vont largement remplir ces sept mois à venir. Par ailleurs, je dois écrire un article de mon mémoire sur les représentations et interactions sanitaires à propos du cancer du sein dans un hôpital du Mali).

ETRE SAGE-FEMME AU MALI

Younoussa Touré*

Introduction

L'enquête dont les premières données sont ici présentées s'est déroulée dans certains centres de santé de santé du district de Bamako. Les critères de choix de ces centres, il est vrai, ne sont pas rigoureux. Cependant, nous avons retenu des centres publics, parapublics et privés. Comme centres publics le choix s'est porté sur l'hôpital Gabriel Toure et le centre de santé de référence de Sogoniko en commune VI du district de Bamako.

Ces deux structures ont quasiment le même nombre de sages-femmes, environ une trentaine exerçant réellement en cette qualité*. Elles sont avec le centre de référence de la commune V les plus sollicitées à Bamako. Les sages-femmes de la commune V n'étant pas disponibles selon elles mêmes, nous avons puisé plus de 50% de notre échantillon à Gabriel Toure (30%) et à Sogoniko (28%). Le centre de protection maternelle et infantile (PMI) de Niaréla géré par l'INPS est considéré comme un centre parapublic où les sages-femmes suivent les femmes enceintes mais ne disposent pas de plateau technique pour faire les accouchements. Toutefois, il leur arrive très souvent de suivre leurs "clientes" à l'hôpital pour leur accouchement. Il y a plusieurs centres de cette nature au Mali. C'est pourquoi nous y avons retenu jusqu'à 24% de notre échantillon.

Les centres privés ont très peu de personnel, en général deux sages-femmes au maximum ou une sage-femme aidée par des matrones et des filles de salles ou aides-soignantes. Les sages-femmes exerçant à ces niveaux ne constituent que 18% de notre échantillon comme on peut le lire sur le tableau ci-dessous.

Service Actuel	Observation	Pourcentage
G.Toure	15	30%
Sogoniko	14	28%
Niaréla	12	24%
Privés-CSCOM	9	18%
Total	50	100%

* ISH, Bamako

* En effet, il y a des sages-femmes qui ne travaillent pas à la maternité notamment à Gabriel Toure.

Nous avons souhaité dépasser le nombre de cinquante sages-femmes. Mais les conditions de l'enquête ne l'ont pas permis. Notre questionnaire a été présenté dans la plupart des centres de santé de la ville de Bamako disposant d'une unité de maternité. Mais tous les questionnaires ne nous sont pas revenus et toutes les questions n'ont pas eu, dans tous les cas, de réponse et d'autres n'ont pas eu la réponse appropriée. Nous fûmes obligés de les reprendre avec les intéressées pour avoir un échantillon de cinquante sages-femmes repartir comme ci-dessus indiqué. Si on sait que le Mali ne compte que 500 sages-femmes[†] environ, cet échantillon représenterait alors 10% de la population de sages-femmes. Ce taux statistiquement acceptable permet de larges extrapolations sur les données recueillies. Dans tous les cas, on envisage d'étendre à certains centres de santé de Bamako et de la ville de Gao qui fait l'objet de notre enquête dans le cadre du programme de recherche en anthropologie de la santé.

Comme le laisse apparaître l'échantillonnage, l'enquête à Bamako[‡] a été conduite selon deux méthodes. Une méthode quantitative au moyen d'un questionnaire à l'attention des sages-femmes des centres sus-cités. Cette enquête quantitative a concerné un échantillon de cinquante de sages-femmes, qui en réalité sont celles qui ont accepté de répondre aux questions qui sont posées dans le questionnaire.

L'enquête qualitative, quant à elle, a consisté à la réalisation d'entretiens semi-structurés avec les responsables administratifs et avec certaines responsables de l'Association des sages-femmes du Mali et de l'Ordre des sages-femmes du Mali. Dans l'un comme dans l'autre cas, les questions ont surtout abordé l'origine sociale des sages-femmes, leurs rapports, d'abord avec le centre où elles exercent, ensuite avec le public et particulièrement les femmes qui fréquentent les maternités pour y subir des consultations ou pour y accoucher. Les entretiens ont aussi porté sur la perception que les sages-femmes ont de leur métier et des problèmes et difficultés qu'elles rencontrent dans l'exercice de ce métier.

Il faut préciser que dès le départ, nous avons fait le choix de ne nous intéresser qu'aux sages-femmes. En effet, des enquêtes menées dans d'autres cadres nous avaient permis de nous faire une idée sur les représentations que les uns et les autres se font des sages-femmes. Les femmes qui fréquentent les maternités trouvent que les sages-femmes ne sont pas accueillantes, qu'elles sont même, indifférentes, voire méchantes et corrompues. Pour les uns, elles ne sont pas compétentes alors que pour les autres elles

[†] Ce chiffre nous a été communiqué par la présidente de l'Association des sages-femmes du Mali. Elle tiendrait compte des sages-femmes exerçant à l'intérieur du pays aussi bien dans le secteur public que privé, mais pas celles qui viennent d'être recrutées et dont les noms n'ont pas été communiqués à ladite association.

[‡] L'enquête a été réalisée avec nous même et M. Adama Diawara étudiant en socio-anthropologie de l'ISFRA à Bamako.

paraissent au-dessus de la loi. Même les médecins, qui sont les chefs hiérarchiques, considèrent les sages-femmes comme des "intouchables" ou tout simplement comme des "patrons" nous dira le médecin chef du centre de référence de la Commune VI du District de Bamako. Ces représentations nous permettent aussi d'établir des hypothèses sur lesquelles se fonde la présente enquête.

La première hypothèse est relative au choix du métier de sage-femme. Ce choix serait fortement influencé par les parents et l'environnement social de la future sage-femme. La gestion des sages-femmes a toujours été difficile, en particulier pour les responsables hiérarchiques des sages-femmes. Cette difficulté trouverait sa justification dans le statut socioprofessionnel des conjoints des sages-femmes, lesquels se recruteraient parmi les hauts cadres de l'État ou de la société civile.

Les caractéristiques ci-dessus pourraient aussi expliquer le comportement des sages-femmes vis-à-vis des femmes qui sollicitent leur consultation. Mais on pourrait aussi supposer que ce comportement serait en grande partie déterminé, d'une part, par leurs conditions matérielles de vie et de travail et, d'autre part, par leurs rapports avec leur hiérarchie. Autrement, plus les sages-femmes estiment être dans de mauvaises conditions de travail et de vie (bas salaire, absence d'autres motivations), plus leurs rapports avec les patientes et/ou clientes sont difficiles et conflictuels.

En quoi ces hypothèses sont-elles fondées ? Pourquoi les sages-femmes ont-elles une si mauvaise presse ? Qu'est-ce qui justifie leur comportement aussi mal apprécié ? Et si ces représentations étaient une réalité, pourquoi alors ont-elles choisi de devenir sages-femmes. La recherche de réponses à ces questions nous conduit à nous limiter aux sages-femmes et aux médecins-chefs des centres où l'enquête s'est déroulée.

Le présent exposé est une première analyse des données ainsi recueillies, lesquelles seront complétées par celles issues de l'enquête à mener à Gao. Il comporte six parties. La première tente d'identifier les sages-femmes de l'échantillon : âge, situation matrimoniale et profession du mari, des parents même décédés. La deuxième partie présente l'itinéraire professionnel des sages-femmes et la troisième évoque les sages-femmes dans l'exercice de leur profession. Dans la quatrième et la cinquième partie, nous abordons les rapports des sages-femmes avec leur centre, leurs collègues et avec les populations. La sixième et dernière partie traite de l'attitude des sages-femmes vis-à-vis de leur profession, de son passé, de son présent et de son avenir. Elle donnera l'occasion d'aborder la situation de l'Association des sages-femmes du Mali, qui apparaît comme une réponse aux difficultés que connaissent les sages-femmes dans l'exercice de leur fonction.

En conclusion, on tentera de tirer les enseignements des données et de leur analyse et de voir les perspectives pour la suite de l'enquête sur les sages-femmes au Mali.

Caractéristique de l'échantillon

Répartition selon l'âge des sages-femmes

Si on examine la répartition selon l'âge des sages-femmes qui ont accepté de répondre au questionnaire qui leur a été soumis, on peut affirmer que la catégorie des sages-femmes est une catégorie plutôt âgée. En effet, 62% d'entre elles ont un âge qui varie entre 40 et plus de 50 ans, tandis que seules 14% sont âgées de moins de 30 ans et 14% ont un âge qui varie entre 30 et 39 ans. 8% ne se sont pas déterminées sur leur âge, mais on peut facilement deviner que leur âge se situe également au-delà de 40 ans.

Cette tendance au vieillissement de la population des sages-femmes conduit à poser la question essentielle de la désaffection de la profession. Pourquoi cette profession attire de moins en moins les jeunes filles ? La profession n'aurait-elle plus la même valeur que par le passé ? Mais pour les sages-femmes interrogées, cette tendance s'explique par trois raisons principales. D'abord l'obligation qui était faite aux sages-femmes de débiter leur service par les centres de l'intérieur. Ainsi toutes les jeunes sages-femmes se retrouveraient dans des zones qui ne sont pas encore concernées par notre enquête. Ensuite, il y a la rareté des recrutements dans la fonction publique et le choix des centres privés de n'embaucher que des femmes d'une certaine expérience. Enfin, il y a la situation matrimoniale qui conduit les sages-femmes mariées à suivre l'époux comme le veulent la tradition et le droit de la famille au Mali.

Ces raisons sont, certes, valables. Mais elles n'expliquent pas entièrement le vieillissement réel des de la population des sages-femmes. La seconde raison est, du reste, tempérée par les besoins réels des centres de santé en personnel de santé. Les soignants ne font pas légion dans la classe des chômeurs au Mali.

Situation matrimoniale

La situation matrimoniale apparaît en rapport avec l'âge des sages-femmes. En effet, 85% de celles-ci sont des femmes mariées et seulement 11% sont encore dans l'attente de cet événement. Dans le contexte malien, cela peut se comprendre, puisqu'il est rare de voir une femme âgée et célibataire, à moins qu'elle ne soit divorcée ou veuve comme c'est le cas de près de 3% de notre échantillon. Ainsi, même 40% des sages-femmes de moins de 30 ans sont mariées. Cette situation ne semble pas avoir une incidence majeure dans l'exercice de la profession de sage-femme. Elles ont toutes été sages-femmes avant d'être épouses. Le mari, dans ce cas, sait déjà à quoi s'attendre même si quelques-uns rechignent souvent face aux gardes répétées et intempestives.

Profession du mari

Les sages-femmes sont très souvent considérées comme des épouses de "patrons". Notre enquête confirme ce statut. En effet, plus de 54% de notre échantillon sont des épouses de médecins, d'ingénieur et de cadres supérieurs en général. Si on ajoute à ce taux celui de 8% que constituent les femmes des officiers militaires et assimilés, on voit que, d'une manière générale les sages-femmes, de par la position de leur mari, appartiennent sinon à une classe du moins à une couche supérieure. Cette appartenance détermine-t-elle le comportement des sages-femmes vis-à-vis de leur hiérarchie et des populations ? On peut le penser. Mais, il est certain que la position sociale des époux des sages-femmes intervient pour beaucoup dans leur maintien dans les grands centres urbains et plus précisément à Bamako.

Profession du père

Il en est de la profession du mari comme de celle du père. 25% des sages-femmes sont filles de médecins, ingénieurs et de cadres supérieurs en général. Si ce taux est moins élevé que celui de la catégorie professionnelle du mari, les sages-femmes n'en restent pas moins membres des couches supérieures à la naissance. En effet, 5,7% sont filles d'officiers et assimilés et 14% d'entre elles sont filles de commerçants ou de transporteurs, ce qui, du point de vue du niveau social est quasiment le même que confère le statut de cadre supérieur.

Profession de la mère

L'analyse de la catégorie professionnelle de la mère des sages-femmes conduit aussi aux mêmes conclusions. En effet, si dans la plupart des cas, les mères sont des ménagères, on peut remarquer que 11,4% des sages-femmes comptent leur mère parmi les médecins et cadres supérieurs en général. En plus, on observe que certaines sages-femmes sont des filles d'infirmières et d'aides-soignantes. Elles ont donc été élevées dans un environnement favorable à leur engagement dans la carrière de sage-femme.

Itinéraire professionnel

Dans ce chapitre, nous essayons de tracer l'itinéraire professionnel des sages-femmes. Il ressort des données que, dans leur grande majorité, les sages-femmes ne sont pas passées par d'autre profession avant d'entamer leur carrière actuelle. Toutes affirment avoir fait des études de sages-femmes. Toutefois, certaines ont d'abord été des infirmières de premier cycle avant de poursuivre les études secondaires de santé et devenir des sages-

femmes. Mais cette catégorie n'est pas nombreuse, du moins, dans notre échantillon où elle ne représente que 5%. Par contre, 3% ont été d'abord des infirmières d'État avant de devenir sages-femmes. Dans ce cas, elles ont simplement changé de statut, en se faisant muter dans une maternité.

Il nous a été donné de remarquer un seul cas où une enseignante est devenue sage-femme après avoir fait le concours d'entrée à l'Ecole Secondaire de la Santé à Bamako. Pour celle-ci comme pour les infirmières, leur choix s'explique par des raisons diverses. D'abord, il s'agissait d'améliorer les conditions de vie personnelle, car la fonction de sage-femme est mieux rémunérée que celle d'infirmière ou d'institutrice. Le second motif évoqué est l'amour du métier de sage-femme qu'on retrouve avec plaisir. D'une manière générale, l'itinéraire professionnel des sages-femmes est assez réduit. Il se résume au cursus scolaire, c'est-à-dire aux études secondaires suivies après le Diplôme d'Etudes Fondamentales (DEF). Beaucoup sont allées à l'Ecole Secondaire de la Santé directement après ce diplôme. Mais certaines ont décidé d'y aller après un échec au baccalauréat.

Pour ne pas réduire l'itinéraire professionnel au cursus scolaire, nous avons cherché à savoir, en plus des lieux où les études de sages-femmes ont été effectuées, les stages et autres formations de recyclage suivis après l'école de sages-femmes, et l'ancienneté dans la fonction et dans le service actuel.

- Pour ce qui est des études, il ressort des données que la plupart des sages-femmes ont fait leurs études au Mali à l'Ecole Secondaire de la Santé (ESS). En dehors de l'Ecole Secondaire de la Santé, certaines ont effectué des études à l'étranger, généralement dans l'ex-Union Soviétique et dans des pays de l'Est comme la Pologne. D'autres, en petit nombre, ont effectué ou poursuivi des études dans certains pays africains comme le Sénégal et la République de Guinée Conakry.

- Il en est des études comme des stages et autres formations complémentaires. Toutes les sages-femmes de notre échantillon ont suivi un ou plusieurs stages, ateliers et séminaires de formation, au Mali, dans l'ex-URSS ou dans d'autres pays africains (Sénégal, Maroc notamment). Très peu d'entre elles ont pu suivre des stages dans des pays asiatiques comme le Bangladesh et l'Indonésie. D'une manière générale, ces stages ont porté sur la santé de la reproduction et la santé familiale (allaitement maternelle, micro nutrition, partogramme, périnatalité), sur l'épidémiologie ou sur la santé publique.

- Date d'entrée en fonction : les sages-femmes de Bamako, étant des personnes relativement âgées, leur date d'entrée en fonction remonte, en grande partie aux années 70 avec la sortie des premières promotions de l'Ecole Secondaire de la Santé. C'est, donc, au cours du quinquennat 1970-1974 que plus de 23% des sages-femmes ont commencé leur carrière au Mali. Mais le taux d'insertion dans cette profession chute au fil

des ans. En effet, 66% des sages-femmes de notre échantillon ont été recrutées entre 1970 et 1989. Depuis 1990 la profession de sage-femme semble intéresser de moins en moins de jeunes. On comprend donc aisément pourquoi le Mali ne compte pas plus de 500 sages-femmes pour dix millions d'habitants. Ce faible effectif ne peut être imputé à l'absence d'offres d'emploi. En effet, reconnaît la Présidente de l'Association des sages-femmes, il n'y a pas actuellement de sage-femme au chômage sur le marché malien. C'est le nombre de sages-femmes qui, en réalité, est restreint.

Cette insuffisance pourraient expliquer le peu de mobilité des sages-femmes entre les services. Il ressort, en effet des données, que les sages-femmes ont tendance à se fixer définitivement dans les centres de santé où elles ont été envoyées. Ainsi 45,71% des sages-femmes exercent dans les centres où elles ont été affectées depuis, au moins, dix ans, voire plus de vingt ans pour d'autres. Ainsi, même si 57% des sages-femmes n'ont pas choisi par elles-mêmes de servir dans un centre donné, elles y restent et elles y trouvent de bonnes raisons de rester.

Ces raisons sont le plus souvent liées au mariage et au domicile de la famille. En effet, la législation malienne impose le principe virilocal qui conduit l'épouse à suivre l'époux partout où celui-ci est appelé à servir. Ainsi, par un principe bien connu au Mali de rapprochement des conjoints, une sage-femme est appelée à quitter un centre où, ce qui revient au même, à servir dans un centre situé dans le ressort administratif où réside son mari.

Après le rapprochement des conjoints, il y a la proximité de la résidence. Mais, ce facteur intervient, en particulier, dans les grandes villes. Pour résoudre les problèmes de transport, les sages-femmes cherchent à travailler à proximité de leur domicile. Très souvent, elles réussissent contre le gré des médecins qui se voient ainsi imposer la gestion d'une pléthore de sages-femmes qui auraient pu être déployées ailleurs.

Actuellement, avec la multiplication des centres de santé et la rareté des emplois dans la fonction publique, ces critères tendent à disparaître. Les sages-femmes, comme les autres travailleurs, sont tenues de servir dans les centres qui les ont recrutées, quitte, après à chercher un domicile près de ce centre. On assiste ainsi à un mouvement inverse. Les sages-femmes de la fonction publique choisissent le centre à côté du domicile de leur mari et celles du privé cherchent à habiter près de leur centre.

Il arrive aussi que certaines sages-femmes, notamment en début de carrière, fassent l'objet d'une mutation dans un centre donné. En fonction de cette première donnée, elles s'organisent de telle manière qu'il leur est désormais difficile, voire, impossible de quitter le quartier et donc le centre où elles travaillent.

Enfin, dans quelques rares cas, des sages-femmes affirment avoir volontairement quitté un centre qui est proche de leur domicile pour se retrouver dans un autre où elles espèrent trouver soit de meilleures conditions de travail, soit la possibilité d'acquérir de nouvelles connaissances à l'ombre des spécialistes ou tout simplement pour ne pas rester à croiser les bras dans un centre qui n'est plus ou que peu fréquenté.

Exercice de la profession : les activités professionnelles des sages-femmes

Les tâches de sage-femme

A cause, certainement, de leur grand nombre dans les grands centres, les sages-femmes ne sont pas toutes affectées à l'unité chargée des accouchements. Elles se retrouvent dans plusieurs unités en train d'accomplir plusieurs tâches. Parmi ces tâches, il y a d'abord, effectivement, l'accouchement que se disputent les sages-femmes. Ensuite viennent les consultations prénatales (CPN) et postnatales, la surveillance des parturientes la vaccination, l'animation sociosanitaire à travers les programmes de sensibilisation sous formes d'Information Education et Communication (IEC). Certaines sages-femmes sont chargées de remplir les déclarations de naissance ou d'établir les statistiques.

Dans les petites unités et dans les centres parapublics (PMI), les sages-femmes affirment s'occuper surtout de la consultation d'enfants malades et de vaccination. Toutefois, il y a une certaine mobilité des sages-femmes entre les différentes unités dans un même centre. Selon la décision du médecin chef, elles peuvent être appelées à accomplir telle ou telle tâche. Mais, pour les sages-femmes, toutes ces tâches ne peuvent être accomplies par tout le monde. Il y en a qui exigent plus de compétence et d'expérience que les autres. Par exemple, la consultation prénatale exigerait plus de compétence, mais aussi plus de discrétion, de sagesse, de la part de la sage-femme. Il en est de même pour l'accouchement qui requiert en plus de ces critères, plus de disponibilité et surtout plus de patience affirment les sages-femmes.

Pour prévenir tous les risques liés à l'exercice de la fonction, les sages-femmes travaillent généralement sous la supervision d'une sage-femme maîtresse ou quelques rares fois sous la direction d'un médecin gynécologue. La disponibilité des sages-femmes est, en effet, requise pour assurer les gardes. Mais celles-ci restent l'apanage des jeunes sages-femmes et des sages-femmes stagiaires. Les sages-femmes ayant un âge assez avancé, ne peuvent pas, du fait de leur âge, assurer la garde. Il en est de même pour les sages-femmes qui exercent dans des structures comme les PMI où la garde n'est pas toujours nécessaire. Cependant, on remarque que, dans les grands centres, l'âge n'entre pas toujours en ligne de compte pour assurer les gardes. A Gabriel Toure sur les 15 sages-femmes de l'échantillon

seules six n'assurent pas les gardes. Il s'agit soit de sages-femmes maîtresses, soit de femmes au-delà de la cinquantaine. C'est aussi le cas à Sogoniko où une seule femme n'assure pas de garde puisqu'elle est la sage-femme maîtresse. Dans le secteur privé, où les sages-femmes ne sont pas nombreuses, elles affirment toutes assurer des gardes et même un peu trop.

Problèmes et difficultés dans l'accomplissement des tâches

Les sages-femmes évoquent plusieurs problèmes et difficultés qu'elles rencontrent dans l'accomplissement quotidien des tâches qui leur sont affectées. Ces problèmes sont liés à la nature même de la profession, à son exercice, aux rapports avec leurs collègues et leur hiérarchie et enfin avec les populations qu'elles sont censées servir.

- Problèmes liés à la nature des tâches et à leur exécution.

La santé est un métier ingrat. Il suffit d'un petit incident et votre nom est gâté pour de bon, (Mme Cisse).

Si on analyse cet extrait de la citation d'une sage-femme, on peut affirmer que les sages-femmes sont constamment soumises aux risques liés à l'accomplissement des actes qu'elles sont appelées à poser. Elles sont convaincues qu'une mauvaise appréciation de ces actes peut être fatale pour leur carrière. Mais, elles donnent l'impression de ne pas pouvoir échapper à ce qu'elles considèrent comme "un petit incident" aux conséquences fâcheuses. En effet, elles ne lient pas toujours les éventuelles erreurs à leur incompétence, mais plutôt à des circonstances indépendantes de leur volonté si on en juge par la nature des erreurs. Parmi celles-ci, elles classent d'abord les accidents dystociques, ensuite les hémorragies de la délivrance, les évacuations tardives et enfin, les erreurs dues au manque de matériel et de médicaments de première urgence dans les maternités.

S'agissant des accidents dystociques, ils seraient liés au comportement des femmes durant leur grossesse. Les sages-femmes estiment que la plupart des femmes négligent les consultations prénatales, si bien quand elle arrivent à terme, il leur est impossible de faire un bon diagnostic. Il en est de même pour les hémorragies qu'elles imputent aux fistules vésico-vaginales dont les femmes sont porteuses.

Le problème des évacuations tardives est surtout posé dans les hôpitaux. Là, on regrette le comportement des collègues des structures inférieures qui ne se décident à évacuer que lorsqu'il est déjà trop tard pour sauver la mère ou l'enfant. La possibilité de sauver l'un ou l'autre ou les deux à la fois aurait été possible dans certains cas, si le centre disposait de stock de médicaments et de matériel de travail. Ce qui n'est pas toujours le cas. Cette situation expose les sages-femmes à la vindicte populaire, car soutiennent-elles

les populations ne peuvent s'expliquer cette carence et elles deviennent très agressives lorsque l'une des leurs est en situation difficile. Aussi les sages-femmes se sentent vulnérables et constamment menacées d'autant plus que ces carences ne sont pas près de se résorber.

Rapports avec les centres

Les centres à leur avis sont toujours sous équipés et les populations malheureusement n'en sont pas informées. On peut donc penser que les conditions dans lesquelles les sages-femmes accomplissent leurs tâches déterminent leurs rapports avec les centres où elles travaillent. Plus les centres offrent de meilleures conditions de travail (équipements, médicaments de première urgence) plus les sages-femmes s'y sentent en sécurité et trouvent des raisons de motivation au travail. Les bonnes conditions de travail motivent les sages-femmes et semblent aussi les inciter à recourir au service de leur centre pour elles-mêmes ou pour une de leurs proches. Ainsi, 51% de notre échantillon reconnaissent ne pas avoir eu recours aux services des centres dans lesquels elles travaillent à cause des conditions de travail dans ces centres : insuffisance de matériel, matériel inadéquat, absence de médicament de premières urgences etc.. Elles ne comptent pas non plus le faire si ces conditions n'y sont pas remplies. On peut ajouter à ce taux celui de 6% de sages-femmes qui estiment qu'elles ne peuvent pas se faire consulter dans les maternités où elles travaillent parce qu'elles n'y comptent que des subalternes, c'est-à-dire des matrones et des filles de salle. C'est dire que parmi les conditions nécessaires, il faut ajouter la présence de personnel compétent. C'est, en effet, la raison qu'avance environ 40% des sages-femmes qui avouent avoir accouché ou qui envisagent d'accoucher dans les centres où elles travaillent. Cependant, on remarque que cette condition n'est pas valable pour les sages-femmes qui travaillent dans les cliniques privées. Elles ne peuvent pas y accoucher soit parce que le patron de la clinique s'y oppose, soit parce qu'elles n'ont pas les moyens de le faire.

En plus des conditions techniques, les sages-femmes évoquent des conditions morales et matérielles qui peuvent être un obstacle au bon accomplissement de leurs tâches. En effet, plus de 40% estiment être sous ou mal employées dans les centres où elles exercent. Il peut s'agir quelques fois, d'une mauvaise répartition des tâches au sein du service, mauvaise répartition imputable à la subjectivité du chef de centre. Le mauvais emploi peut aussi être la conséquence d'une absence de décision du chef qui laisse tout le monde faire tout, laissant ainsi un service mal organisé. Dans tous les cas, le travail chez les sages-femmes ne semble pas manquer et elles peuvent même se plaindre de la trop grande sollicitude dont elles font l'objet à tout moment. Cette plainte est d'autant plus

forte que les sages-femmes sont unanimes à reconnaître qu'elles n'ont pas le salaire des tâches qu'elles abattent.

Parmi les problèmes qu'évoquent les sages-femmes, on note les difficiles rapports qu'elles entretiennent avec leur hiérarchie. Celle-ci ne leur semble pas toujours agir avec équité dans la répartition des sages-femmes entre des unités censées être plus lucratives les unes que les autres. Le travail s'en trouve ainsi mal organisé et donc peu satisfaisant autant pour le personnel de santé que pour les populations qui ont recours aux services des centres. Ainsi, si pour 60% d'entre elles, les rapports avec la hiérarchie sont, tout juste, bons, 20% estiment que ces rapports sont passables dans l'ensemble et 20% encore les jugent difficiles, mauvais et compromettant la qualité des services. Cette qualité des services nous permet d'ouvrir un paragraphe sur les rapports entre les sages-femmes et le public.

Rapport avec le public

En dehors des cliniques privées où le prix est assez dissuasif, les sages-femmes n'observent pas de différences de classe majeures entre les femmes qui ont recours à leurs services. Elles reçoivent, en général, toutes les catégories de femmes, notamment dans les grands centres de santé comme l'hôpital Gabriel Toure et le centre de référence de Sogoniko, en Commune VI. Il s'agit des femmes de condition moyenne, des démunies comme dans les CSCOM, ou des femmes évacuées. Dans les cliniques, on reçoit, en plus des femmes des catégories sociales supérieures, des femmes à la recherche d'enfants, c'est-à-dire souffrant de problème gynécologique particulier ayant effet sur la maternité.

Cependant, les rapports varient selon qu'il s'agisse d'une femme malade, d'une femme à accoucher ou d'une femme qui vient pour la planification familiale. La première catégorie, c'est-à-dire celle des malades est appelée la catégorie des "patientes" par les sages-femmes. Celles qui viennent pour les consultations prénatales sont les femmes enceintes ou les "clientes". Les femmes qui viennent pour les visites postnatales ne semblent pas présenter trop d'intérêt pour les sages-femmes qui les appellent les "accouchées".

En fonction donc des modes de désignation des femmes, on devine la nature des rapports qu'elles entretiennent avec les sages-femmes. C'est pourquoi, on peut dire que les sages-femmes ont plus de clientes que de patientes. Ce "clientélisme" est dicté soit par la répartition du travail dans les centres, soit par les rapports sociaux que les femmes entretiennent avec les sages-femmes dans la vie sociale. Ainsi, il arrive qu'une femme qui fréquente un centre pour la première fois soit confiée à une sage-femme qui se fera fort de

la suivre jusqu'à son accouchement. Cette pratique est valable dans 35% des cas. Mais de façon plus courante, les femmes fréquentent, en priorité, des centres où elles ont des voisines en résidence, des amis, des parents d'amis ou pour lesquels elles ont une recommandation particulière. Ainsi, peuvent naître des rapports qui survivront longtemps après la première visite ou après l'accouchement. Si les retombées (morales et/ou matérielles) sont satisfaisantes, la femme peut se passer des déplacements au centre de santé et recevra "sa sage-femme" à son domicile. On assiste ainsi à une sorte d'appropriation réciproque avec l'emploi du possessif dans l'un et l'autre cas : "ma cliente" et "ma sage-femme".

On comprend, alors, pourquoi les sages-femmes ne sont pas assez critiques vis-à-vis des femmes qui viennent au centre de santé. Elles les trouvent même aimables, gentilles, attentives à leurs petits soucis recherchant très souvent leur appui et leur compréhension. Certes, il y en a qui sont agressives, mais ce caractère, reconnaissent les sages-femmes, est plus le fait des accompagnatrices que des femmes en question.

Enfin, les sages-femmes regrettent l'irrégularité dans les consultations, notamment au niveau des femmes démunies, irrégularité qui ne permet pas de mesurer tous les risques de la grossesse. L'intérêt que les sages-femmes éprouvent à parler des tâches qu'elles accomplissent, des rapports qu'elles entretiennent avec les femmes, conduit à se poser des questions sur les motivations qui les ont conduites à embrasser ce métier, leurs opinions et attitudes vis-à-vis de ce métier. Après plusieurs années d'exercice, que reste-t-il de la vocation, des attentes ?

Les sages-femmes et leur profession

En analysant les données de l'enquête, on observe que pour 84 % des sages-femmes interrogées, le choix du métier répond à un désir, un besoin personnel. Cependant, ce choix personnel ne vient pas du néant. Il est la conséquence d'un environnement familial favorable, lorsqu'il n'est pas simplement suggéré par un parent, un ami ou une circonstance particulière.

En effet, avoue une sage-femme : La sage-femme et le maître d'école étaient les personnages les plus en vue et pour lesquels même les administrateurs avaient du respect. Devenir comme la sage-femme de l'unique centre de santé de la ville était un rêve de jeune fille que beaucoup de sages-femmes ont réalisé[§].

[§] Pour mieux comprendre l'influence des sages-femmes sur les jeunes filles des premières années de l'indépendance, il faut connaître le contexte de l'époque. Il n'y avait qu'un centre de santé avec une seule sage-femme. Celle-ci était soit la femme de l'administrateur du cercle, soit celle du Directeur d'école ou d'un

Mais, en plus de cette influence déterminante, les sages-femmes évoquent d'autres mobiles comme la vocation, l'amour pour la profession ou simplement le désir de rendre service, d'être utile en sauvant des vies humaines notamment celle de la mère et de l'enfant. Certaines soutiennent, cependant, être allées à la profession par pure curiosité :

Je voulais savoir comment on met au monde un enfant, ou bien, je voulais me connaître moi-même en tant que femme.

D'autres sont venues à la profession par orgueil personnel :

J'ai été offensée par une sage-femme, et j'ai voulu me venger en devenant sage-femme.

D'autres, encore, ont des mobiles plus pathétiques quoique subjectifs :

J'ai été choyée par la sage-femme qui m'a fait naître, et j'ai décidé d'être comme elle, de faire comme elle.

Enfin, il y a celles qui reconnaissent avoir choisi ce métier, soit parce qu'elles n'ont pas pu poursuivre les études plus longues de médecine, soit parce qu'elles n'ont pas pu passer le baccalauréat qui donne droit à l'inscription à l'Ecole de Médecine. Le passage à l'Ecole de la santé, est dans ce cas considéré comme une étape dans la voie de la médecine. Le choix, très souvent raisonné, de la profession laisse entrevoir que les prétendantes savaient déjà ce qu'elles feraient lorsqu'elles deviendraient sages-femmes. Ont-elles été bien armées pour accomplir la mission qui les attendait ? Sont-elles déçues ou surprises depuis qu'elles exercent cette profession ? En quoi leur attente a-t-elle été ou non comblée ?

De la formation

Les sages-femmes se plaignent toutes de la formation qu'elles ont reçue à l'Ecole Secondaire de la Santé à Bamako. Elles jugent cette formation insuffisante en ce sens qu'elle n'aborde pas des points précis de gynécologie obstétrique que les sages-femmes rencontrent assez souvent dans l'exercice de leur profession. Elle n'aborde pas non plus des aspects simples, liés à l'accueil et à la préparation psychologiques des femmes en détresse et de leurs accompagnateurs. Il en est de même pour les aspects de déontologie qui sont aussi abordés dans les insuffisances. A ce propos les sages-femmes trouvent qu'en réalité, elles n'ont rien reçu d'intéressant en la matière à l'école.

cadre supérieur exerçant dans le cercle. On a là au sein de clubs de fonctionnaires les personnalités les plus en vue dans les villes de l'intérieur et tous les enfants de la ville souhaitaient être comme l'un d'entre eux. C'est le cas de la plupart des sages-femmes actuelles.

Ces insuffisances, de l'avis des sages-femmes ont des conséquences fâcheuses sur la qualité des soins et leur font courir des risques très importants. A propos des risques, elles avouent n'avoir pas eu la formation psychologique nécessaire pour faire face aux dangers de la maternité. Elles se sentent coupables, au moindre incident, à la mort d'un enfant ou d'une femme et ne parviennent pas toujours à supporter cette culpabilité.

Un autre aspect des risques auxquels elles ne se sentent préparées, se retrouve au niveau de l'affrontement quotidien avec des populations souvent désemparées et pour lesquelles elles ne peuvent rien ou presque, compte tenu de la qualité de l'équipement, de l'absence de stocks de médicament et quelquefois de la pauvreté des parturientes qui n'ont pas le moindre sou pour se procurer l'ordonnance qui leur est proposée.

Si toutes ces dispositions ne peuvent pas être gérées par l'école, les sages-femmes estiment qu'elles le peuvent par une formation postscolaire à travers des stages et des séminaires de formation. Mais l'idéal, pour elles, serait l'accès aux grandes écoles de formation de sages-femmes ou d'infirmières obstétriciennes, de pédiatrie ou même de santé publique.

De l'attente

Les opinions après quelques années d'exercice ne sont guère semblables à l'idéal que l'on se faisait en choisissant la fonction de sage-femme. Les jeunes filles qui s'attendaient à recevoir des hommages, de la considération, dignes de grandes dames se trouvent constamment en proie aux injures, à l'agressivité des populations qui, selon elles, ne comprennent pas ce qui se passe réellement dans les centres. La sage-femme actuelle n'est plus l'honorable fonctionnaire de la brousse. Est-ce pour retrouver, ne serait-ce que par défaut, cette honorabilité rêvée que les sages-femmes se cherchent des partenaires de rang social plutôt élevé ?

Cependant, ces considérations ne semblent pas tellement avoir entamé le moral des sages-femmes par rapport à leur profession. Près de 70% se disent satisfaites de leur profession. Elles ont des jugements assez favorables comme :

La profession est une bonne et noble profession, ou bien, elle me convient, elle est adorable et idéale pour une femme.

Surveiller une femme enceinte, l'aider à mettre un enfant au monde, mère et bébé en bonne santé, c'est pour moi un métier idéal (Coulibaly Adama).

Les sages-femmes sont fières d'exercer leur profession, même si elles reconnaissent que les choses y sont assez dures, que cette profession est assez contraignante et qu'elle ne permet pas de nourrir son homme même si elle procure "parfois des cadeaux" en plus du

salaire. Elles ont espoir que les choses vont s'améliorer, notamment, avec l'association qu'elles viennent de créer.

Association nationale des sages-femmes du Mali

Au Mali, il y a deux organisme qui s'occupent des affaires des sages-femmes. Ce sont l'Ordre national des sages-femmes et l'Association nationale des sages-femmes du Mali. Créé dans les années 80, l'Ordre des sages-femmes n'a jamais été, en réalité, opérationnel. Sa première présidente Mme Richard, bien connue au Mali, pour ses compétences techniques, n'a cependant pas pu faire fonctionner à souhait son organisme qu'elle abandonnera avec la création de sa clinique privée dénommée "clinique Farako". Par ailleurs, l'Ordre des sages-femmes a toujours été considéré par celles-ci comme un instrument de répression soutenu par l'État. Il inspirait donc plus de méfiance que de sollicitude. Actuellement, il est dirigé par une sage-femme à la retraite. Celle-ci aurait pu faire mieux que la première si, elle n'avait pas été appelée pour diriger une école privée de formation d'aides-soignantes. Cette nouvelle occupation lui laisse peu de temps pour s'occuper d'une action bénévole. Elle donnera cependant l'occasion à l'Association des sages-femmes de se créer et de développer.

En effet, celle-ci verra le jour le 5 mai 1997 à l'occasion de la célébration de la journée internationale des sages-femmes. L'idée de sa création est venue à la suite de la participation de certaines sages-femmes maliennes à la rencontre des sages-femmes de l'Afrique de l'Ouest et du Centre tenue à Ouagadougou en février 1997. Une des recommandations de cette rencontre était la mise en place d'une Association de sages-femmes dans tous les pays où il n'y en avait pas. De retour de Ouagadougou, les sages-femmes maliennes qui avaient pris part à cette rencontre en qualité de membres de l'Ordre des sages-femmes du Mali vont entamer des démarches pour la création de leur association. Mais pour la première et actuelle présidente de cette association il y avait aussi d'autres motifs qui imposaient la création d'une association de sages-femmes.

Le premier motif est la léthargie de l'Ordre des sages-femmes du Mali. Mme Dicko, au demeurant secrétaire générale de l'Ordre, soutient que depuis sa création, leur institution n'a jamais fonctionné. Cette situation s'est aggravée avec l'ouverture d'une clinique par la présidente de l'Ordre qui, depuis, est complètement absorbée par sa clinique.

Ensuite, poursuit Mme Dicko, l'Ordre avait un caractère para étatique qui ne s'accommodait pas de la nature d'un mouvement associatif, à vocation plus revendicative que répressive. C'est, du reste, convient-elle, pour cette raison que l'ordre des sages-femmes en tant que tel n'a pas été admis comme membre de la coordination des associations et organisations féminines (CAFO).

Enfin, il y avait les problèmes intrinsèques à la profession. Ceux-ci, de l'avis de Mme Dicko, étaient devenus tellement critiques, qu'il fallait trouver un cadre de concertation, de discussion et de négociation avec les employeurs notamment l'État. Les sages-femmes étaient accusées de tous les maux par les usagers et elles-mêmes avaient trop de griefs contre les populations et les pouvoirs publics. Depuis leur sortie, elles ne bénéficient d'aucune formation et elles doivent travailler dans le dénuement technique total.

Avec la démocratisation de la vie publique et l'essor prodigieux du mouvement associatif, les associations à caractère corporatiste se sont multipliées dans le pays. Les sages-femmes, elles aussi, ont senti le besoin de se regrouper pour juguler les attaques dont elles font l'objet. Elles avaient, de l'avis de leur présidente, simplement besoin de leaders, d'initiatrices et de bonne volonté pour faire des textes et convoquer une assemblée générale constitutive. Ce qui fut fait. Et le 5 mai 1997, l'Association des sages-femmes du Mali est née et immatriculée sous le N° 03337/MAT.

Cependant, confrontée à la réalité des faits, l'association va orienter son action beaucoup plus vers la formation technique de ses sociétaires que vers la revendication catégorielle. C'est ainsi qu'elle organisera plusieurs séminaires et ateliers de formation sur des thèmes comme : "Le rôle de la sage-femme dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile" ; "les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA" ; "les mutilations génitales féminines" ; "la ménopause" ; ou "le rôle de la sage-femme dans l'application de la politique sectorielle de santé au Mali".

La déontologie de la sage-femme fera elle aussi l'objet d'un atelier en 1998 qui sera poursuivi de "Normes et procédures et système de référence en 1999" et "Rôle de la sage-femme dans la lutte contre le paludisme notamment chez la femme en grossesse et chez l'enfant" en 2000. Ces ateliers et séminaires qui ont généralement lieu dans le cadre de la célébration du 5 mai journée de la sage-femme sont soutenus par des actions de sensibilisation des sages-femmes sur leur lieu de travail.

Pour les prochaines journées, l'association envisage l'organisation d'ateliers ou de causeries débats, sur les problèmes de déontologie, sur l'utilisation du partogramme et sur les mutilations génitales féminines (MGF), le VIH. Des membres de l'association ont aussi participé à des recherches sur les besoins obstétricaux non couverts. Les résultats de cette recherche devraient faire l'objet d'un atelier à la prochaine fête du 5 mai. L'importance de ses activités réalisées ou à réaliser montre que la profession de sage-femme connaît de sérieuses difficultés au Mali. L'Association des sages-femmes reconnaît l'existence de ces difficultés et problèmes et tente même de les hiérarchiser.

Les problèmes des sages-femmes au Mali.

- le non respect de la déontologie. La présidente de l'Association des sages-femmes classe le non respect de la déontologie comme un problème majeur auquel son association est confrontée. Ce manquement à la déontologie se manifeste de plusieurs manières dont certaines de l'avis même de quelques sages-femmes sont des pratiques très peu recommandables. Il en est ainsi des avortements clandestins, des visites et accouchements à domiciles, etc..
- le mauvais accueil des populations. Les sages-femmes, pour la plupart, ont tendance à oublier que l'accueil est un élément fondamental de l'offre de soins
- le refus de l'utilisation du partogramme. Pour la présidente, une enquête est nécessaire pour savoir pourquoi les sages-femmes ne veulent pas utiliser un instrument aussi précieux pour le suivi de la grossesse

Cependant, pour cette même présidente ces problèmes sont nés de l'insuffisance de la formation que reçoivent ses collègues à l'école :

Les sages-femmes, dit-elle, ne respectent pas la déontologie parce qu'en réalité, elles ne sont pas bien formées pour cela. L'enseignement qu'elles reçoivent à l'école est très sommaire.

En plus des problèmes liés à la formation, il y a ceux inhérents à la gestion des sages-femmes. Ce problème révèle deux aspects : le redéploiement des sages-femmes et l'absence de prime de fonction ou de motivation.

A propos du redéploiement, l'enquête auprès des sages-femmes a montré qu'elles ne sont pas du tout mobiles. La plupart sont dans les mêmes centres urbains depuis au moins dix ans ou plus. Cet immobilisme qui est lié au refus de servir dans un centre rural s'expliquerait par un immobilisme parallèle des sages-femmes exerçant en zone rurale. Autrement dit, les sages-femmes qui sont envoyées en zone rurale passent, en même temps dans les oubliettes de l'administration. Parties pour une durée consensuelle de trois ou quatre ans, elles ne reviennent qu'au bout de dix ans, à moins d'avoir trouvé un mari qu'elles seront tenues de suivre. Elles sont non seulement oubliées pour les mutations, mais aussi et surtout renchérissement-elles pour les formations, séminaires et autres stages de formation qui ne sont accordés qu'aux sages-femmes des villes. C'est pour cette raison que les sages-femmes refuseraient de servir dans les zones rurales ou semi-rurales et font intervenir toutes sortes de relations pour rester en ville.

Les sages-femmes rechignent d'autant plus à servir en "brousse" qu'elles ne bénéficient pas de prime de zone comme cela se fait dans d'autres secteurs de la fonction publique. En fait, il n'y a même pas de prime pour les sages-femmes et cela les incite à vouloir rester en ville où il y a les "affaires". L'Association des sages-femmes dont les

sociétaires (au nombre de 317 sur les 500 sages-femmes maliennes) vivent ces difficultés au quotidien, tente d'apporter quelques solutions pour atténuer leurs effets sur la qualité des soins offerts aux populations.

Les solutions suggérées par l'Association des sages-femmes du Mali

En examinant le discours de la Présidente de l'association, il apparaît que celle-ci est en quête de légitimité auprès des autorités nationales. Elle cherche à se poser en tant que partenaire et à participer ainsi à toutes les prises de décision qui concernent les sages-femmes. En conséquence, elle espère bénéficier de subvention ou d'appui ponctuel lui permettant d'atteindre toutes ses adhérentes et pouvoir mieux les sensibiliser. Ainsi, pense la présidente, l'association doit être associée aux décisions de redéploiement des sages-femmes puis qu'elle les connaît toutes et peut mieux quiconque veiller à une répartition juste et équitable.

Ensuite, l'association souhaite, à défaut d'une formation approfondie, l'organisation périodique de stages et séminaires-ateliers. A ce niveau aussi, elle exige de participer à l'élaboration des listes de participantes pour empêcher aux mêmes personnes de se présenter à tous les séminaires. Enfin, l'association souhaite l'ouverture d'une filiale de formation supérieure de sages-femmes pour leur permettre d'avancer tant sur le plan administratif que scientifique.

Conclusion

En analysant le discours des sages-femmes, on peut affirmer qu'être sage-femme au Mali n'est pas une sinécure. La sage-femme est celle qui travaille dans des conditions lamentables et à laquelle on demande des résultats au-dessus de ses capacités intrinsèques. Avec une formation scolaire insuffisante, elle doit travailler dans des centres au bord du dénuement total. Insuffisamment formée à l'école, la sage-femme malienne doit travailler durant toute sa carrière avec les mêmes connaissances acquises à l'école. Elle commence cette carrière et la termine avec le même niveau de connaissance technique et scientifique. Elle ne peut pas se spécialiser dans sa fonction et reste toujours à la merci des médecins et autres gynécologues. Sur le plan de la rémunération et de la motivation, la sage-femme dotée d'un salaire assez bas ne bénéficie d'aucune prime même quand elle doit servir dans des zones reconnues hostiles à l'homme.

Ainsi la sage-femme malienne apparaît comme une "handicapée technique" exerçant entre le mépris de sa hiérarchie et les récriminations, voire, le rejet des populations. En se référant au rêve de la jeune fille bien née qui espérait conserver la

dignité et la respectabilité des premières sages-femmes blanches et/ou métisses du temps colonial on peut dire que la sage-femme malienne est tombées des nues. Elle n'a plus de considération au niveau de la population et ses conditions de vie matérielle la renvoie à la triste réalité des femmes du commun. La sage-femme malienne est devenue une femme fonctionnaire comme beaucoup d'autres. Et comme beaucoup d'autres elle est hantée par la corruption, le manquement à la déontologie et les mauvais comportements de tout genre. L'Association nationale des sages-femmes du Mali, consciente des insuffisances et du mauvais comportement de ses membres, entend relever le défi. Mais en a-t-elle les moyens ?

En tout cas les charges qui pèsent sur les sages-femmes sont immenses et graves. Elles sont, en plus, assez répandues. C'est pourquoi j'ai fait le choix de ne pas aborder la question des sages-femmes du point de vue du public dans cette première étape de l'enquête. Dans une seconde étape, j'envisage d'élargir l'échantillon des sages-femmes et des centres et d'étendre l'enquête aux populations, c'est-à-dire, les clientes, les patientes, les parturientes, les femmes enceintes et les accouchées.

ETUDE DE LA SOCIALIZATION DE SAGES-FEMMES JEUNES DIPLOMEES DANS LA VIE PROFESSIONNELLE DANS LA ZONE URBAINE DE DAKAR

Patricia Mahé-Vasseur*

La crainte de décéder en couches chez la femme africaine reste omniprésente. Sur les 30 dernières années, les nombreux programmes¹ mis en place visant à améliorer les chances de survie de la femme au cours de sa vie reproductive n'ont que partiellement répondu aux espoirs escomptés. Bien que des causes et déterminants de la mortalité maternelle aient pu être identifiés (sous-utilisation des structures sanitaires, insuffisance de la qualité des soins, et attitudes inadéquates du personnel soignant par rapport aux demandes et besoins des usagers), et ainsi permettre d'élaborer des stratégies plus efficaces, la situation reste précaire. Concernant le Sénégal, le taux de mortalité maternelle de 510/100.000 naissances vivantes (1) reste un indicateur significatif et reflète le paradoxe de la situation.

Les investigations socio-anthropologiques ou approchées de la santé maternelle en place depuis une dizaine d'années ont permis d'élargir le champ des connaissances sur le sujet et d'offrir une analyse plus fine et pertinente axée sur les relations entre les acteurs. De ce fait, des nouvelles pistes de réflexions pourront être proposées. Les résultats des différents travaux convergent pour asseoir la situation de "non-communication" entre soignants et soignés. Cet état avait déjà été pressenti par des études épidémiologiques mais jamais clairement exprimé (2) et (3).

Les recherches qualitatives plus spécifiques sur la profession de sage-femme, actrice incontournable de la maternité, font état :

- de conflits entre identité sociale et identité professionnelle (Niger) (4)
- d'inadéquation entre formation théorique et pratique quotidienne (Côte d'Ivoire (5), Sénégal (6) et (7)) concernant la gestion des urgences, l'annonce d'un décès maternel, les secrets féminins, le manque de moyens matériels, ce qui dans ce contexte oblige les sages-femmes à se réapproprier leurs connaissances de bases pour les rendre plus efficaces
- de décalages de compétences (Mauritanie (8), Sénégal (6) et (7))

* EHESS, Marseille

¹ Programmes: "Soins de Santé Primaire" en 1978 (Alma Ata), "Maternité sans Risque" en 1987 (Nairobi/Niamey), "Santé reproductive" en 1994 (Le Caire), ""Soins Obstétricaux d'Urgence" en 1997 (Abidjan)

- de pratiques néfastes ou illicites, d'absentéisme (8)
- d'agressivité verbale ou physique, d'absence de compassion, et de petite corruption (Bénin (9), Sénégal (6))
- l'étude comportementale des sages-femmes sur le district de Guédiawaye (Sénégal (7)) à laquelle nous avons participé faisait état
- d'une *quête de reconnaissance socioprofessionnelle* contextuelle posée notamment au travers des questions d'insuffisance des rémunérations, de conflits hiérarchiques, de conflits de compétences, de répartition inadaptée des responsabilités et des tâches au sein de l'équipe médicale, et de problèmes éthiques, déontologiques, et religieux contemporains
- d'une *inéquité dans l'interaction sage-femme/parturiente*, qui se levait dès lors que la relation était personnalisée, fait relaté par d'autres études (Niger (10)), (11)
- d'une *prédominance attribuée à la fonction sociale au détriment de la fonction médicale* tels que: la gestion des "secrets féminins" (grossesses cachées de l'adolescente, grossesse adultérine ou incestueuse, avortement clandestin....)
- d'une *incidence massive de la vie privée sur la vie professionnelle* (problèmes de couple, de stérilité, d'infidélité des maris, de jalousie des coépouses, pression de la belle-famille, gestion des enfants et des tâches domestiques...), d'après les sages-femmes interviewées, l'ensemble de ces derniers conflits étaient dues à leurs absences fréquentes du domicile conjugal et plus spécifiquement nocturnes

La synthèse des ces résultats nous amène à poursuivre les investigations sur la profession de la sage-femme notamment, sur les représentations de la dichotomie de son identité (sociale et professionnelle), de ses apprentissages ainsi que sur les interactions avec les différents partenaires professionnels rencontrés et sur les représentations des dites interactions .

Devant un choix pléthorique d'investigations possibles, nous avons choisi celle qui ciblait les étudiantes et les jeunes diplômées, en partant du constat de l'inadéquation entre connaissance théorique et pratique quotidienne. Nous supposons que cette inadéquation est la conséquence d'une dérive, qui apparaîtrait progressivement voire à l'insu de la professionnelle, au fur et à mesure de son insertion sociale dans l'équipe médicale. De ce fait, nous émettons l'hypothèse de l'existence d'un mécanisme social [interactionniste] se produisant lors de l'insertion professionnelle des nouvelles diplômées allant à l'encontre des objectifs pédagogiques acquis lors de la formation de base.

L'hypothèse choisie vise à faire la lumière sur ce qui se passe en amont de la pratique courante. Les travaux jusqu'à maintenant effectués concernent en effet essentiellement la sage-femme "post-diplômée", (nous entendons par-là, la sage-femme

diplômée depuis de nombreuses années). De plus, l'analyse des différentes études² donnent une réponse consensuelle aux interactions sages-femmes /parturientes dans la mesure où elles ont dans l'ensemble rendu compte dans le cadre de la relation de soins de l'inéquité, du manque de compassion, des violences verbale et physique, de la petite corruption, de la privatisation des locaux et des relations, de la non-reconnaissance des fautes de bienséance et professionnelles commises, et de l'absence de sanctions prises à leur égard. L'homogénéité de ces résultats signifie que ce type d'enquête arrive à saturation, tout au moins en ce qui concerne le domaine des structures sanitaires publiques.

Par conséquent, il semble digne d'intérêt d'approfondir les recherches sur les mécanismes de socialisation des "jeunes diplômées" lors de leur insertion professionnelle au sein d'une équipe médicale, dans l'espace d'acquisition du diplôme [avant, pendant et après]. L'éclairage sur les représentations de l'apprentissage de la sage-femme et de son statut d'étudiante, et de ses représentations de la profession semblent indispensable à une compréhension objective du "syndrome dysfonctionnel de la santé"³. Dans cette optique, cibler les jeunes professionnelles offre l'avantage de se polariser sur un "groupe" pour lequel les normes de qualité de soins sont encore fraîches dans la mémoire, les connaissances du code de déontologie sont censées être acquises et la "routine" n'a *a priori* pas encore supplanté la compétence voire la conscience professionnelle, cela restant bien sûr encore à prouver.

Dans ce contexte d'étude, il faut tenir compte du fait que les étudiantes s'initient au milieu médical avec un minimum de connaissances préalables sur la maternité, lesquelles sont en fait les connaissances populaires, acquises au fil de leur éducation depuis la petite enfance. Les sages-femmes expérimentées adhèrent plus ou moins à ces croyances, comme l'a montré l'étude comportementale du centre de santé de Guediawaye (7). Néanmoins, il sera utile d'étudier l'intégration de ce savoir dichotomique (populaire et biomédical) dans les représentations de la maternité et de la profession chez les étudiantes et chez les nouvelles diplômées, notamment lors du passage d'un monde social à l'autre, et ainsi réfléchir à un concept synchrétique du savoir de la sage-femme

Pour confirmer ou infirmer cette hypothèse, l'objectif de ce travail consistera à étudier la socialisation de nouvelles venues dans leur corporation professionnelle. Nous étudierons l'évolution de l'intégration sociale de sages-femmes "élues" dans une équipe médicale en relation avec la variation de la qualité des soins administrée aux parturientes [en salle d'accouchement] ou aux patientes [en consultation prénatale] par rapport aux

² études précitées et études multicentriques sur les professionnels de santé financées conjointement par l'unicef, l'ird et le ministère des affaires étrangères et de la francophonie présentées lors de cet atelier.

³ expression proposée en journée de synthèse de cet atelier par Olivier de Sardan pour regrouper l'ensemble des dysfonctionnements des structures de santé

objectifs fixés par la formation de base. Plus spécifiquement, les pistes de réflexion proposées sont :

- D'étudier la trajectoire professionnelle des sages-femmes :
 - dans le cadre de la transition de leur statut d'étudiante à celui de professionnelle
 - par les interactions rencontrées en priorité avec les différents acteurs professionnels [consœurs, matrones, filles de salle, manœuvres, médecins, personnel administratif, gardien] et secondairement avec les acteurs non-professionnels [parturientes, accompagnants, maris..]
 - ainsi que par les différentes logiques d'action de cette trajectoire, régissant la pratique des sages-femmes (ex: logique d'affinité, de pratique, de rouages administratif, familiale..) au cours de la première année de l'insertion, ainsi qu'à moyen (2 ans d'expérience) et à long terme (10 ans et plus)
- D'en déduire les facteurs de socialisation (voire de non-socialisation) des jeunes professionnelles.
- D'analyser le lien entre la progression de l'insertion socioprofessionnelle avec l'évolution de la qualité des soins administrées aux parturientes.

La méthodologie choisie pour atteindre cet objectif s'effectuera en plusieurs étapes, sur 18 mois. Nous procéderons à des phases d'entretiens auprès d'étudiantes de dernière année d'étude et de sages-femmes diplômées à des stades différents de leurs carrières, ainsi qu' à des phases d'observation sur la première année de pratique des nouvelles diplômées :

- Test préalable auprès de 4 sages-femmes nouvellement diplômées.
- Phase 1 : entretiens auprès de 20 étudiantes de dernière année d'étude (promotion 2000-2001).
- Phase 2 : suivi de 5 diplômées de la promotion 2000-2001, en 2 volets :
 - observation de l'insertion et de son évolution
 - entretiens sur le vécu de la pratique

La deuxième phase se fera en 2 temps :

- à l'entrée dans la vie active sur une durée de 3 mois
- 6 mois plus tard sur une durée de 3 mois

- Phase 3 : entretiens auprès de 10 sages-femmes anciennement diplômées (au moins 2 ans).

- Phase 4 : entretiens auprès de quelques anciennes ayant des spécificités propres pour étudier la trajectoire professionnelle à long terme :

- surveillantes en hôpital de référence, en dispensaire de zone urbaine ou périurbaine
- sage-femme consultante d'unité de maladies sexuellement transmissibles (mst)
- praticienne traditionnelle
- sage-femme cadre: enseignante de l'école de base
- sage-femme administrative (en poste à la direction de la santé)

A la date d'aujourd'hui, seul le test préliminaire a été effectué, les résultats seront présentés au cours d'un prochain atelier.

Bibliographie

Enquête, 1992-93, Démographie et Santé au Sénégal (EDS-II).

KASSAMBARA M., Juin 1990, *Evaluation d'un centre de santé maternel et infantile en milieu urbain, commune IV, Bamako*, Thèse de l'école nationale de Médecine et de Pharmacie: 150 p.

MAHE-VASSEUR P., 1995, *Evaluation de la qualité des soins dans les centres de santé communautaires de Bamako*, Ecole de santé publique de Nancy : 30 .

JAFFRE Y., PRUAL A., "Le corps des Sages-femmes" entre identité professionnelle et sociale, *Sciences Sociales et Santé*, vol. XI, tome 2 : 63-80.

BLIBOLDA A., KAKOU A., TRAORE D., DUPONCHEL J.L., et al., 2000, *Analyse de la profession de sage-femme*, GIDIS/PSA Abidjan, Côte d'Ivoire.

FALL A.S., 1999, *Equité dans l'accès aux services de santé urbaine à Dakar, volet socio-anthropologique*, Rapport final, UNICEF et Ministère des Affaires Etrangères Coopération et Francophonie. Dakar, Sénégal : 32 p.

VASSEUR-MAHE P., SYLLA A., GAYE A., DE BERNIS L., 1999, *Etude de comportement des sages-femmes de la maternité du centre de santé Roi Baudouin*, District de Guediawaye, Dakar, Sénégal : 39 p.

PRUAL A., *Discours et Récits des parturientes, de leur famille et des personnels de santé sur les pratiques autour de l'accouchement à Nouakchott. Analyse et leçons à tirer*, Rapport final.

Programme de "maternité sans risque" et DRASS, . 1999, Nouakchott, Mauritanie: 17 p.

- DE KONINCK M., 1997, Le discours des femmes sur la santé, un savoir essentiel pour l'intervention, Université de Laval, département de médecine sociale et préventive, *Recherches féministes*, vol. 10, n°1, Laval, Canada : 97-112.
- Eric Hahonou, 2000, *Etude socio-anthropologique des interactions entre usagers et agents de la Santé: le cas du service des urgences de l'Hôpital de Niamey, Niger*, Mémoire de DEA de l'EHESS Marseille : 140 p.
- Présentation de travaux à l'atelier de Dakar 2001 sur les professionnels de la santé, non répertoriés :
- OUATTARA F., Les conceptions des soignants dans deux centres de soins au sud-ouest du Burkina Faso : Kourouma et Orodara.
- KONE M., La honte dans le métier de soignants : les sages-femmes à Abidjan.
- TOURE Y., Etre sage-femme au Mali.

APPRENTISSAGE DE LA VIOLENCE INFIRMIERE EN MILIEU HOSPITALIER AU NIGER

Eric Hahonou*

Les urgences hospitalières sont un sujet qui a fait l'objet de quelques études sociologiques sous l'angle interactionniste (Ecole de Chicago) aux États-Unis (J. A. Roth, 1969¹) et en France, mais peu d'études africanistes ont porté sur ce sujet. Les interactions entre agents de santé et usagers entrent dans le droit fil des recherches en anthropologie de la santé en Afrique et des réflexions actuellement menées autour des professionnels de santé, leurs pratiques et identités.

On connaît bien aujourd'hui la très mauvaise situation sanitaire des pays en voie de développement, et celle du Niger est assez symptomatique des problèmes d'accessibilité des populations sahéliennes aux services de santé et aux soins. Au-delà des problèmes d'accessibilité physique (distance des populations aux centres de santé dans un pays extrêmement étendu) et économique (pauvreté), les populations nigériennes sont confrontées à des difficultés d'ordre social, ce qui intéresse plus spécifiquement l'anthropologue.

L'analyse des interactions entre personnel de santé et usagers peut éclairer certains aspects du recours ou non recours des populations aux services publics en matière de santé et éviter des raccourcis réducteurs qui servent de base aux institutions internationales de développement pour définir des stratégies en la matière (*"Le coût d'un traitement moderne peut atteindre 100.000 FCFA alors que celui d'un soin traditionnel à une valeur limite de 1750 FCFA. Ainsi en cas de maladie, les plus pauvres se rabattent sur l'automédication, utilisant soit des remèdes traditionnels à base de plantes, soit des remèdes "modernes" du Nigéria ou d'Asie vendus à bas prix dans leur localité, compromettant leur chance de survie"*, Banque Mondiale, 1996 : 83).

L'étude des interactions agents-usagers menée dans le cadre d'un mémoire de DEA de 1998 à 2000 au service des urgences médico-chirurgicales de l'Hôpital National de Niamey ne remet pas en cause ces faits mais cherche à approfondir la question des rapports entre usagers et agents de la santé au sein d'une institution sanitaire de référence (l'HNN). Par ailleurs, cette institution est censée servir de cadre à la formation (stages pratiques) des

* LASDEL/IRD, Niamey

¹ Roth J. A., 1968, Some contingencies of the moral evaluation and control of clientele: the case of the hospital emergency service, *American Journal of Sociology*, vol. 77, n.5, pp. 839-856.

futurs agents de santé du pays que sont les étudiant(e)s en médecine et les élèves-infirmier(e)s.

L'Hôpital National de Niamey offre à l'observateur extérieur une vision pour le moins déstabilisante d'une institution publique de santé. Plutôt que d'assurer les services de santé auxquels sont en droit de s'attendre les malades, les agents de santé, hommes et femmes de la place, chacun à leur niveau, tentent de tirer parti de leur situation. Nombre d'entre eux se comportent encore en "petits Wangrin" (Hampaté Ba, 1973) à l'image de ce qui caractérisait la médecine scientifique coloniale au Niger, et plus largement dans les pays d'Afrique de l'Ouest issue de l'AOF. Au Niger, aujourd'hui comme hier, les interactions sanitaires sont marquées par des rapports de force, souvent associés à des méthodes coercitives. Cela se traduit au quotidien par des discriminations sociales, économiques et ethniques, diverses formes de violence à l'encontre des patients véritablement pris en otage, tout cela au prix de graves séquelles physiques et souvent de pertes en vies humaines. A ce stade, on peut parler de violence constitutive des rapports entre usagers et agents de santé.

Je tenterai ci-après en restant au plus près du point de vue des agents de santé de décrire l'institution au sein de laquelle ils exercent leurs activités, puis les représentations qu'ils se font des usagers du service et leurs incidences sur les soins. Enfin je décrirai à travers quelques exemples la façon dont les dysfonctionnements qui caractérisent le fonctionnement du service des urgences de l'HNN sont reproduits et soulignerai quelques éléments qui favorisent le maintien de cette situation.

Une institution "nourricière"

Si l'objectif affiché de l'institution de santé est de soulager les individus de leurs maux, l'Hôpital National de Niamey (HNN) ne fonctionne à l'évidence pas comme une fourmilière animée de travailleurs dévoués et orientés vers la réalisation d'un objectif commun.

Mais cela ne constitue pas en soi une réelle surprise si l'on analyse l'Hôpital sous l'angle de la sociologie des organisations. Au Niger, analyser l'hôpital en tant que service public ouvre la porte à de riches comparaisons avec le fonctionnement d'autres services publics (état civil, enseignement scolaire, postes et télécommunications, services de police, services de l'hydraulique villageoise...). Ici comme dans bien d'autres services publics, l'institution est considérée par ses travailleurs comme "nourricière" en ce sens que la place (le poste) qu'on y occupe, plus sans doute que le travail qu'on y exerce, permet de toucher un salaire. Mais outre un salaire (qui par ailleurs n'est pas régulièrement touché), l'agent

de l'Etat attend des "avantages" liés à son poste. Les problèmes de corruption sont partout présents dans les services étatiques. Le rapprochement entre les différentes modalités et formes de (dys-)fonctionnement que prennent les services publics ainsi qu'une comparaison des représentations que se font les employés du service public et de leurs tâches et rôles dans l'institution semblent être des pistes de recherche prometteuses. Mais il convient déjà de souligner une différence essentielle, dès lors qu'avec la santé on touche à un domaine dans lequel la vie d'individus est en jeu. Ici la question du service public et de la déontologie se pose avec plus d'acuité qu'ailleurs.

Si l'image peut paraître caricaturale, je prends le parti de présenter l'Hôpital comme une institution "nourricière" à laquelle viennent s'approvisionner une armée de travailleurs (plus de 500 personnes). On se trouve ici assez éloignés de la définition classique qui présente la rencontre hospitalière comme la conjugaison de malades désireux de recouvrir la santé et qui pensent pouvoir trouver des compétences et des soignants capables et désireux de les soigner (Freidson, 1984)².

Exercer une activité dans l'Hôpital est à tel point vital pour les agents de santé (au sens large, du médecin aux manœuvres en passant par les gardiens, gendarmes et sans oublier les bénévoles) qu'on y vient (habillé en tenue de ville) même les jours de repos et les jours de grève, histoire de pouvoir assurer son revenu quotidien auprès d'un public devenu une clientèle privée. Les moyens sont divers mais tous relèvent du détournement, de l'extorsion douce ou du racket.

Mais ces pratiques sont opérées de manière sélective : le détournement des ressources publiques (médicaments, divers consommables liés aux soins), le mauvais accueil, la négligence thérapeutique... desservent les uns pour servir les autres. Les agents de santé ont un très grand pouvoir de sélection dans la redistribution des ressources. Cependant, comme on le verra par la suite, on est loin d'une logique de redistribution de type "Robin-des-bois" car ceux qui bénéficient de ce système sont précisément ceux qui en auraient le moins besoin... si bien que les inégalités dans l'accès à la santé sont encore accentuées par les pratiques clientélistes des agents.

Catégorisations et hospitalités différenciées

Les représentations que les agents de santé se font de la clientèle influent largement sur le soin qui sera fourni à l'accueil des patients. Dès son arrivée dans l'univers hospitalier, le patient est porteur d'une étiquette qu'il va garder d'un service à l'autre, un

² Freidson E., 1984, La profession médicale, Paris, Payot.

statut qui affecte l'ensemble des interactions successives ainsi que le traitement, à la fois social et médical, qui lui sera réservé. Bien qu'aucune communication ne soit spécialement établie entre les différents personnels de santé, il se dégage une image commune issue d'une sorte de culture des agents de santé, constituée sur la base d'évaluations morales et de critères techniques professionnels. De ces évaluations résulte une catégorisation des malades que je traiterai ci-après en précisant dans quelle mesure elles affectent le comportement professionnel.

Cas légitimes et illégitimes, bons et mauvais malades

L'évaluation des malades par les soignants du service des urgences est pour partie basée sur des critères médicaux. La gravité ou l'urgence relative de l'état de santé de tel malade par rapport à tel autre est l'un des premiers éléments d'appréciation. Mais à ces critères professionnels s'adjoignent des critères moraux, moins spécifiques plus ou moins partagés par la société pour constituer les catégories de patients opérés par les agents.

- Cas légitimes :

Sur un plan strictement professionnel, aux urgences, les cas légitimes sont généralement les cas chirurgicaux en particulier les cas nécessitant une intervention rapide ou des soins intensifs (fractures et traumatismes suite à un accident de la voie publique, points de suture, opération chirurgicale...) seront souvent prioritaires. Cela correspond typiquement aux situations observées par J. Peneff ³(1992 : 133-134) en France et par J. Roth (1968) aux États-Unis. Des cas médicaux d'urgence, les "vraies urgences", telles que détresse respiratoire, attaque cardiaque, neuropaludismes convulsifs... entrent aussi dans cette catégorie. Ils correspondent à l'idée que les agents se font de la fonction, du service et de ce pour quoi ils pensent avoir été formés : Agir rapidement sur un corps malade ou blessé à travers des techniques maîtrisées. La demande de soins des malades est jugée appropriée et dans ces cas, la prise en charge est rapide et les soins sont exécutés sans retard bien que les relations avec les patients restent impersonnelles.

- Les cas "illégitimes" :

Contradictoirement, des blessés ayant un comportement agressif pour lesquels il est parfois demandé l'assistance des gendarmes de l'entrée de l'Hôpital, des prisonniers accompagnés de policiers et des adultes blessés par coups et blessures volontaires ("CBV" dans le jargon urgentiste) ne rentrent pas dans cette catégorie. Une évaluation morale interfère déjà sur les critères techniques professionnels. Ces blessés sont classés parmi les illégitimes.

³ Peneff J., 1992, L'hôpital en urgence, Paris, Métaillé.

On y range également les patients qui viennent aux urgences pour des demandes jugées inappropriées : les "*bobos*" et autres affections jugées bénignes, qui auraient pu attendre jusqu'aux heures d'ouverture des autres services ou qui sont susceptibles d'être traités dans des centres sanitaires de quartier : "*Même pour des maux de tête, les gens viennent.*" (un étudiant de Médecine des urgences).

Les patients dont la gravité de l'état de santé leur est imputée sont également considérés comme *illégitimes*. Ces patients auraient dû venir plus tôt. "*Les gens traînent. Ils perdent du temps avant de venir à l'Hôpital*". Les agents du service avancent la croyance populaire en une gratuité des soins à l'HNN la nuit comme raison de ce retard. Ou bien la famille du malade aura pensé que l'état de santé s'améliorerait de lui-même.

Une grande réprobation est manifestée à l'égard des "*intoxiqués*" c'est-à-dire les cas ayant eu recours à "*la tradition*" (*boro bi safari*⁴ en zarma), aux produits des pharmacies ambulantes ou les personnes ayant tenté un suicide par absorption de nivaquine.

Les incidences de ces évaluations négatives sur l'accueil, la prise en charge et le traitement des patients varient selon les cas : les fausses urgences sont généralement négligées, on fait volontairement attendre longtemps le patient ou au contraire on s'en débarrasse rapidement en le grondant et sans procéder aux soins. On peut encore plus subtilement lui annoncer un coût de l'intervention de nature à le décourager.

Les malades ayant, volontairement ou non, porté atteinte à leur santé (consultation tardive, auto-médication inappropriée, victime de coups et blessures volontaires, tentative de suicide) sont jugés responsables de leur état et doivent en quelque sorte en assumer les conséquences. Aussi on ne s'empresse guère à les soigner et on les culpabilise en insistant généralement sur leur responsabilité dans leur état. On ne consacre pas tous les efforts possibles à tenter de sauver un suicidé et on ne s'apitoie pas trop sur son sort lorsque l'issue s'avère fatale.

Du côté de l'hospitalisation des urgences, le contenu du travail médical diffère et d'autres critères professionnels interviennent dans la catégorisation. Des jugements implicites sont attachés à certaines maladies. Ainsi un malade souffrant de diabète sera jugé comme un "mauvais" malade car il entraînera une surcharge de travail pour les infirmiers (surveillance rapprochée de la glycémie toutes les deux heures, injections d'insuline, travail social auprès de la famille pour insister sur le caractère indispensable de la dépense relative aux examens successifs) ; il sera perçu comme une source de stress et

⁴ Littéralement, *boro bi safari* correspond au "médicament de l'homme noir" qui s'oppose au "médicament du blanc"

une cause directe de réduction du temps de sommeil. Il en va de même pour les personnes souffrantes et qui se plaignent mais atteintes de maladies pour lesquelles l'infirmier se sent relativement impuissant (sida présumé par exemple). A l'inverse, les "bons" malades ont des affections classiques, telle que la crise de paludisme, dont le traitement est connu et entre dans la routine infirmière.

Les nombreux travaux de sociologues américains de l'Ecole de Chicago, qui montrent comment les jugements moraux intervenaient dans la catégorisation des malades mentaux dans certaines institutions de santé aux États-Unis dans les années 1960, donnent un peu de recul vis-à-vis des pratiques actuelles des agents de l'Hôpital National de Niamey au Niger. Glaser et Strauss (Strauss, 1992, pp. 113-141) en 1964 mettaient en évidence comment l'évaluation morale de patients agonisants affectait les soins infirmiers que ceux-ci devaient recevoir. J. A. Roth (1968), quant à lui, s'est attaché à démontrer que la clientèle des services d'urgence dans les hôpitaux est elle aussi catégorisée en fonction de jugements moraux effectués par les personnels de santé. Ces jugements auront un effet direct sur le diagnostic du praticien et le traitement à suivre. On peut ajouter que ces jugements affecteront l'accueil réservé au patient et plus globalement l'ensemble des interactions successives liées à ce patient. Bien qu'à l'arrivée du patient, le personnel des urgences ne dispose que de peu d'informations sur leur client, des jugements relatifs à la "forme" morale du client, le caractère approprié de sa visite aux urgences sont constamment réalisés et tout ce qui va suivre (diagnostic, traitement...) en sera affecté.

Il est à noter d'ailleurs que, à l'HNN, ce ne sont pas seulement les malades qui sont l'objet d'une évaluation morale mais aussi leur entourage, c'est-à-dire les accompagnants du malade. De fait, l'évaluation se fait en premier lieu sur l'apparence du malade (la tenue vestimentaire détermine souvent le statut social de l'usager), elle est ensuite confirmée ou infirmée à travers l'interrogatoire. Ces premières impressions visuelles et relationnelles seront déterminantes dans la catégorisation du patient.

Les cas sociaux, patients protégés et broussards

Au-delà de cette première distinction entre bons et mauvais malades, les agents de l'univers hospitalier produisent des catégories de clients. J'en retiendrai trois principales :

- Les cas sociaux :

Les clients qui ne peuvent pas payer les soins seront classés dans la catégorie "cas sociaux". Leur cas nécessite un travail non médical qui s'ajoute à la charge de travail du personnel. Ils peuvent être référés à l'assistante sociale ou bien bénéficier d'une prise en charge exceptionnelle autorisée par le Directeur de l'HNN, mais même cela constitue une tâche supplémentaire puisqu'il faut intercéder pour le malade envers une tierce personne.

On notera au passage que mis à part l'imputation de cette situation à la pauvreté qui caractérise la grande majorité des habitants du pays, le personnel soignant attribue une part de responsabilité aux centres de soins privés - dans lesquels ils occupent parfois un emploi par ailleurs : "*Les cliniques nous envoient les malades après les avoir dépouillés !*".

Les patients sans accompagnant posent également problème. Ce sont généralement des victimes de CBV ou accident de la voie publique (AVP). La règle qui veut que le conducteur supporte tous les frais de traitement du blessé incite certains chauffards à laisser les blessés sur la route. Et personne n'est enclin à venir en aide à quelqu'un dont on ne sait rien et qui risque de faire engager des frais, surtout par les temps qui courent. Si bien que ce sont des policiers ou des pompiers qui alertés vont ramasser ces gens et les amener aux urgences.

Le manque de moyens, le manque d'accompagnant... viennent entraver le bon déroulement du schéma d'intervention purement technique. Le cas va entraîner une surcharge de travail non pas technique mais social, ce justement pour quoi les soignants se déclarent incompetents et non concernés. Les cas sociaux font les frais de se trouver au cœur de la contradiction fondamentale d'un service public censé procéder au recouvrement des coûts : il doit être ouvert à tous et en même temps assurer en partie le financement de son fonctionnement. Le traitement réservé à cette catégorie de malades est typiquement la négligence thérapeutique. On se détourne autant que possible de ces malades, qui en conséquence trépassent parfois après quelques heures ou jours passés au mieux sur une table d'examen de la salle de soins des urgences chirurgicales, au pire sur le carrelage du couloir du fond (cf. "Stagiaire aux urgences"). Contrairement au cas du personnel des services d'urgence aux États-Unis décrit par J. Roth (1969, p. 853), ici les soignants ont un pouvoir de sélection très grand, au point de créer les conditions de mort par négligence pour certains malades. La négligence peut avoir d'autres incidences graves telles que des séquelles physiques (amputation d'un membre du fait de la progression de l'infection, appendicite se transformant en péritonite...).

- Les "protégés" :

Il est de notoriété publique au Niger que les réseaux de "parents, amis et connaissances" (PAC) sont essentiels pour s'en sortir. On l'a vu, l'accès aux services de santé est facilité si l'on est partie prenante de tels réseaux. Le système des faveurs qui constitue l'un des traits caractéristiques de l'arène hospitalière correspond en fait à un aspect plus général de l'accès aux services publics au Niger.

Comme nous l'avons vu précédemment, certains malades possèdent des soutiens au sein de la hiérarchie de l'Hôpital, ce qui leur permet de bénéficier notamment de la gratuité des soins. Cela provoque souvent des sentiments et des réactions négatives des infirmiers à

l'égard de ces patients privilégiés qui ont les moyens mais qui évitent de payer en passant par la hiérarchie.

Celle de la chambre I, elle est un peu aisée. Son fils est colonel. Elle ne va rien payer! Et c'est toujours ceux-là (les "protégés") qui nous embêtent! (un infirmier).

Ce critère est plus spécifique aux hospitalisations des urgences puisque les protégés ont le privilège de brûler l'étape de l'accueil dans la grande salle des urgences chirurgicales. Habités à un certain confort de vie et des relations hiérarchiques avec le petit personnel, ces patients s'attendent à des prestations domestiques en plus des soins médicaux, ils ont tendance à être exigeants sur la qualité du service. De par leur relation avec la hiérarchie, ils sont en position de force vis-à-vis du personnel exécutant et représentent à cet égard une source de perturbation de l'ordre établi qui veut que les soignants dominent les soignés. Ils sont perçus comme des personnes plaintives qui nuisent à l'organisation du service et à la tranquillité de l'infirmier de garde. Il n'est pas rare qu'on manifeste de la mauvaise volonté, qu'on prétexte des contraintes à l'exécution des soins lorsqu'il faut s'occuper de ces patients : *"on n'a pas le produit, il faut attendre le major"*, *"la pharmacie⁵ a refusé de donner le produit"*. C'est, à travers eux, à la hiérarchie qu'on en veut, la hiérarchie qui entretient le système des privilèges, la hiérarchie qui (au nom du recouvrement des coûts que l'HNN est censé mettre en application) gronde les exécutants qui soignent ou font soigner leurs malades gratuitement alors qu'elle leur ordonne de prendre en charge les siens. En outre, ces patients-là sont précisément ceux qui bénéficient d'une aisance financière.

En fait le terme de "protégé" employé par les agents de santé subalternes est réservé aux patients liés aux supérieurs hiérarchiques. Je l'ai employé ici de façon extensive en l'appliquant à tous les patients bénéficiant d'une protection, de diverses faveurs quel que soit le statut hiérarchique de l'agent de santé. Les malades qui bénéficient de protection à de moindres niveaux viennent consulter à la sauvette auprès d'une connaissance ou d'un parent qui se trouve être en service ce jour-là. Ils reçoivent également à titre gratuit un traitement immédiat (consultation et produits) mais ne sont pas hospitalisés dans le service⁶. Ils sont bien considérés (contrairement aux premiers) et traités. Il s'agit de rendre service à un collègue et non d'exécuter un ordre venu d'en haut.

⁵ La Pharmacie de l'HNN peut délivrer des produits à titre gratuit sur présentation d'un bon de la Direction. Mais l'agent à la Pharmacie se permet parfois de refuser pour manifester son désaccord avec les pratiques de la hiérarchie.

⁶ Sauf les parents directs d'agents de l'HNN qui bénéficient officiellement de la gratuité de la prise en charge.

- Les "broussards" :

La catégorie des "broussards" correspond aux "bons" malades. Ils sont obéissants et soumis face aux soignants. Ils sont déférents et peu enclins aux questions, bref ils sont faciles à traiter. Ce sont des corps malades, seul le travail technique, le traitement, est à faire. La partie "embêtante" du travail, l'accueil, est évacuée. Ce sont des malades qui prennent leur mal en patience et épousent à merveille le rôle que leur attribue le modèle d'intervention médicale dans lequel l'autorité du professionnel de santé est centrale décrit par Freidson. Ce dernier (1984, p. 141) reprenant Wessen la définit par une *"tendance à considérer les troubles du patient comme un problème technique à caractère transitoire qui peut être résolu grâce à une intervention physique et biochimique que seul le médecin est habilité à dispenser. Le principe est que le patient peut être guéri et rendu à lui-même, mais qu'il n'est pas capable de juger ce dont il a besoin, et que, pour recouvrer la santé, il doit se livrer passivement aux mains du personnel, lui obéir sans poser la moindre question et lui permettre de pratiquer sur sa personne tout ce qu'il juge utile de faire"*.

Les "broussards" sont en quelque sorte les malades idéaux et bénéficient donc d'une évaluation morale positive. Le traitement se traduit par une exécution technique des soins, des relations impersonnelles. C'est un travail qui s'inscrit dans la routine. Il faut noter que le peu de considérations pour les caractéristiques socio-économiques des patients peut avoir des conséquences graves pour la santé du malade, mais si les accompagnants trouvent les ressources financières nécessaires au traitement, celui-ci se déroulera bien globalement. Cette évaluation positive des broussards n'empêche pas leur "exploitation". Ce sont de bons "clients", peu informés du système de recouvrement des coûts, souvent analphabètes, ils sont faciles à duper.

Critères non spécifiques à l'univers hospitalier : origine ethnique et marginaux

Malgré la séparation physique entre l'Hôpital et l'extérieur, les critères mobilisés par les agents de santé pour procéder à la catégorisation des patients sont pour une bonne part des critères non spécifiques.

- Les critères ethniques :

A Niamey, zone essentiellement zarma et hausa (ethnies sédentaires), les ethnies nomades tels que les *fulani* (peul) et *bouzou* ou *bella*⁷ (touareg) sont souvent repérées pour

⁷ Les bella sont des populations anciennement esclaves des touaregs (avant la domination coloniale française sur ces derniers, domination achevée dans les années 1910). Bien que sédentarisés pour la plupart depuis plusieurs décennies et libérés de leurs liens serviles, ils ont souvent conservé la langue de leurs anciens

ne pas dire marginalisées. Il faut noter qu'il y a très peu d'agents de santé du service des urgences issus de ces ethnies. Dans la société nigérienne non issue de ces ethnies, il est courant de constater des jugements stéréotypés à leur égard : *"Les peul, c'est toujours difficile avec eux". "Y a pas compliqués comme les bouzou!"*. Ces préjugés exprimés à voix haute, au niveau d'un service public de santé comme les urgences, se trouvent être largement répandus. Ils sont très prégnants dans les mentalités. Sur ce point, la scène hospitalière est typique des représentations et de certains rapports sociaux qui prévalent au sein de la société nigérienne.

- Les marginaux :

Les femmes prostituées sont assez classiquement rangées au ban de la société. Leur vie sexuelle dissolue est l'objet d'une forte réprobation morale et largement répandue. *"Je n'ai pas pitié pour ces gens-là !" disait un infirmier exécutant des points de suture à une prostituée qui hurlait de douleur et suppliait.* Plus globalement, les personnes souffrant de maladies vénériennes, douleurs abdominales ou autres lésions des organes reproducteurs sont soupçonnées d'une vie sexuelle dissolue et sont déconsidérées. Leur malheur présent porte la marque d'une divine punition.

Une autre catégorie de marginaux est celle des malades mentaux, les *"fous"*. Ceux-ci sont pour la plupart reconnaissables au premier coup d'œil par leur saleté extrême et leur odeur. Amenés pour des accidents de la voie publique par des pompiers qui repartent aussitôt, ils sont le plus souvent sans accompagnant et représentent donc une charge de travail supplémentaire. Leur aspect général, leur mode de vie aux antipodes des règles d'hygiène qui sont prédominantes dans l'univers hospitalier, rendent les *"fous"* particulièrement repoussants. On évite bien sûr le contact physique et verbal, on évite même de les regarder.

J'ajouterai que d'une façon générale les critères de statut social (bas ou élevé) répandus dans la société nigérienne se retrouvent au niveau des structures sanitaires, où aucune règle claire ni déontologie (telles que des mesures luttant contre la discrimination raciale comme on peut en observer dans les hôpitaux américains par exemple) ne semble faire contrepoids aux préjugés et aux inégalités sociales.

Il n'est pas étonnant de constater que ces catégories de patients sont fréquemment victimes des violences hospitalières (insultes, indifférence à la douleur, coups, mort par négligence).

maîtres (le tamachek) avec lesquels ils sont plus ou moins assimilés par les autres ethnies sous des dénominations populaires vagues (bouzou, bella).

Combinaison de critères : les patients en situation aléatoire

La catégorisation morale des malades se complique si l'on considère que les critères généraux et spécifiques décrits plus haut peuvent se croiser, se combinant ou se contrariant. Un malade peut basculer de la catégorie des cas légitimes à celles des illégitimes en fonction de l'heure d'arrivée aux urgences (les soignants sont généralement fatigués ou endormis en fin de garde) ou des circonstances de l'accident.

Par ailleurs, des malades bénéficiant a priori d'une évaluation positive peuvent être néanmoins déconsidérés. Par exemple, un broussard d'une origine ethnique discriminée a de fortes chances d'être négligé, quelle que soit l'urgence médico-chirurgicale de son cas. Ainsi, un enfant, belle victime d'une plaie purulente à la jambe, a passé trois jours dans la salle de soins des urgences avant d'être admis au bloc opératoire pour une amputation d'urgence (observations – déc. 1999).

Les passages de malades d'une évaluation négative à une évaluation positive ont également lieu. Ainsi un cas considéré comme illégitime mais ayant une connaissance parmi le personnel soignant ou introduit par le bas (auxiliaires de santé) a toutes les chances d'être bien traité (accueil poli voire chaleureux, manifestations diverses du respect de l'individu). Dans ce cas le patient est passif, il bénéficie de sa relation privilégiée avec un agent qui œuvre pour lui. Le soin qui lui est donné est un témoignage de la qualité du lien social entre celui qui assure l'intermédiation et celui qui procure les soins de santé.

Mais il est aussi des cas où le patient peut être un acteur de ce changement d'étiquette. Un patient hospitalisé effectuant un séjour prolongé a de bonnes chances de nouer des liens de sympathie, de modifier l'image première que se sont faite de lui les soignants, de négocier son statut. C'est une marge de manœuvre ténue et des occasions à saisir qu'offrent des interactions répétées avec les mêmes agents de santé.

Les réalités quotidiennes de ces évaluations à la fois médicales et morales, qui forment une sorte de culture commune des soignants, s'avèrent assez complexes. Il convient de retenir qu'il en découle une organisation professionnelle de la prise en charge, des relations et attitudes spécifiques vis-à-vis des clients et des modes de traitement médical différenciés.

Le contrôle de la clientèle

Le contrôle de la clientèle est défini par Peneff (1992 : 88) comme "un ensemble d'actes et de démarches comprenant des interventions physiques, des menaces, des propositions et des suggestions ayant pour effet de décourager certains individus et d'imposer aux autres un comportement modèle conforme au caractère médical du service

et aux intérêts pratiques des agents". Il se traduit par une sélection des patients par les membres de l'équipe soignante de garde en fonction des critères évoqués plus haut.

Au service des urgences de l'HNN, ce contrôle semble quasi-illimité : des patients pauvres et le plus souvent sans accompagnants meurent régulièrement par négligence thérapeutique sur les tables d'examen ou à même le sol. Aucune sanction n'est prise par la hiérarchie, aucune règle explicite ne fait obligation aux soignants de ne pas exercer de ségrégation, seules les statistiques de décès du service semblent affectées par ce phénomène. Si le chef de service s'émeut parfois d'un cas qui a fait plusieurs jours en salle de soins, chacun s'active facticement sur d'autres cas (ou plutôt autour) pour éviter la corvée de prendre en charge un "illégitime", un indésirable ou un "mauvais" malade. L'état de santé du malade ne lui permet généralement pas de protester contre le non-traitement qui lui est infligé. Conséquence de la toute puissance de la profession et faute d'interaction, ceux-là meurent en silence.

Lorsqu'un accompagnant fait pression pour obtenir une prestation auprès de son malade ou demande à ce qu'il soit libéré, il a de fortes chances (ou malchances) de se faire remettre à sa place :

Le mec, il dort. Il faut attendre un peu. Vous êtes pressés quoi !? Il faut faire rentrer votre taximan et attendre. En tout cas, moi je ne peux pas prendre la décision parce que ce n'est pas moi qui l'ai consulté ! (un infirmier des urgences chirurgicales, garde de nuit).

Au cœur de cette interaction, on trouve l'attente imposée par les agents du service. Le client a alors le choix entre la révolte, la fuite et la résignation. Du point de vue des soignants, être un bon client, c'est être patient. La position de pouvoir des agents de santé est telle qu'elle leur permet de contraindre les clients un peu récalcitrants à se comporter selon la norme hospitalière donc à se soumettre au bon vouloir des premiers. Les règles de Roth (1968 : 853-855) concernant le contrôle de la clientèle par les personnels de service d'urgences se vérifient ici :

- plus il est facile d'éviter d'avoir à traiter des patients pauvres, moins les soignants ont intérêt à investir temps et énergie à instruire les clients à se conformer étroitement à leur idéal
- plus les perspectives de temps des instructeurs sont longues (par exemple dans le cas d'une hospitalisation du client de quelques jours), plus l'instruction (*the training*) des clients est susceptible de prendre la forme d'efforts en vue d'une socialisation progressive dans la direction désirée. Plus les perspectives de temps sont courtes (consultation suivie de soins immédiats et sortie du patient), plus l'instruction prendra la forme d'une coercition intentionnelle (donner des ordres) si les instructeurs ont un

pouvoir suffisant sur leurs clients, ou bien la forme d'efforts subreptices mais immédiats pour les contrôler s'ils n'ont pas un tel pouvoir

Parmi ces formes plus subtiles de contrôle de la clientèle, on peut évoquer la minimisation des plaintes des malades : "*Ça fait mal... c'est rien, c'est la douleur, ça va passer!*". On peut également déployer une activité de façade à l'égard des malades jugés illégitimes, on fait semblant d'avoir beaucoup à faire pour éviter un malade, une requête que l'on prêche mal (surcharge de travail, travail social, renseignements, perte de temps). Cela revient à jouer avec la perception du temps des patients et peut conduire par exemple les "*bobos*" à se décourager devant l'attente. Certains soignants choisissent d'annoncer d'entrée au patient le prix du soin de façon aussi à le décourager.

Enfin, le contrôle des malades agressifs passe le plus souvent par un recours à la force armée c'est-à-dire aux gendarmes à l'entrée qui n'hésiteront pas à se servir de la matraque afin de maîtriser ces individus menaçants.

On est donc dans un système où le pouvoir du soignant est quasi-absolu. Pour la majorité des patients, ce fait est acquis et chacun accepte globalement son statut, la place qui lui est faite et le rôle qui est attendu de lui. Les règles du jeu sont ainsi fixées et leurs remises en question restent rares. Il est clair que le patient se trouve beaucoup plus fortement contraint dans l'univers hospitalier que dans la consultation de médecins privés ou d'autres thérapeutes. Néanmoins, le patient est parfois en mesure de faire bouger le cadre rigide dans lequel il s'est placé. Mis à part l'évasion ou la décharge, le patient peut encore se dégager des contraintes hospitalières par des stratégies de personnalisation des relations avec les agents de santé. Mais la personnalisation des relations n'est pas à la portée de chacun. On entre à l'Hôpital avec son capital fait de statut, de ressources financières, de capacités personnelles... Ces différences sociales initiales prennent une importance particulière lorsque le service public détermine le sort physique des individus.

Les formes de contrôle sont diverses : mise à distance, infériorisation du patient, menace, insultes, recours à la force physique, déviation des demandes ou exigences des malades etc., et souvent efficaces. Le revers de cette efficacité qui empruntent différentes modalités pour décourager les patients de sortir de leur rôle attendu, i.e. "être patient", est l'auto-exclusion que l'on constate dans les milieux populaires ou pauvres (pas de ressources financières, pas de connaissances dans l'institution) qui se résume à la formule : "*ne va à l'hôpital que si tu ne peux pas faire autrement!*". Cela revient à conclure qu'un tel système de soins reconduit et prolonge à son extrême des inégalités sociales devant la maladie et la mort.

Pour terminer ce rapide aperçu des formes de contrôle de la clientèle, j'évoquerai la grève sans service minimum et aborderai du même coup l'initiation des jeunes.

De la théorie à la pratique : l'initiation des jeunes ou l'apprentissage de la violence infirmière

Du point de vue des syndicalistes, infirmiers et personnels auxiliaires en particulier, la grève sans service minimum est la seule "arme" dont dispose les agents de la santé publique face au gouvernement pour obtenir leurs droits.

Il s'agit concrètement de ne pas assurer les services de santé à l'échelle nationale, durant des périodes variables, généralement 24 à 72 heures, et reconductibles. Les premières victimes de cette prise en otage sont les patients hospitalisés livrés à eux-mêmes dans des services désertés, y compris par les élèves-infirmiers impuissants et inexpérimentés affectés à tel ou tel service et qui préfèrent fuir une situation inextricable (gérer seul, sans compétences, un service de médecine qui peut comprendre jusqu'à 60 malades dont certains trépasseront à coup sûr) : *"après une grève de 72 heures, la morgue est pleine à craquer, on ne sait même plus où mettre les morts. On empile les cadavres les uns sur les autres !"* (un infirmier des urgences). D'autres victimes sont les clients non hospitalisés mais privés d'accès aux structures sanitaires partout fermées (sauf le seul service des urgences chirurgicales de l'Hôpital).

Les mémoires de fin d'études des élèves de l'Ecole Nationale de Santé Publique, qui forme les infirmiers diplômés d'État (ainsi que les sages-femmes, techniciens supérieurs de santé publique...), soulignent les questions déontologiques liées aux conséquences des grèves. Certains élèves, souvent pour des raisons personnelles (mort d'un proche lors d'une grève par exemple) ont pris des engagements collectifs de ne jamais faire grève. Mais les "aînés" ne peuvent pas laisser faire les "casseurs de grève" et exercent des pressions d'ordre moral (ce sont eux les "mauvais infirmiers" car ils ne luttent pas pour l'amélioration des conditions des "camarades"), d'ordre physique (menaces et opérations commando d'exclusion par la force des lieux de travail) et d'ordre économique et financier (*"tu verras quand tu seras affecté à Tillabéri c'est à Diffa [à 1.600 km] que tu toucheras ton salaire !"* dit un syndicaliste à un jeune infirmier diplômé). On tente par toute sorte de procédés de faire rentrer ces jeunes dans le rang, de leur faire intégrer les normes de comportement du métier, et faire respecter l'ordre établi.

Si les grèves ont été fréquentes pendant une période (13 mois d'arriérés de salaires, un salaire tous les deux à trois mois en 1999), elles ne sont pas quotidiennes. Pourtant la pression sur les jeunes s'exerce chaque jour sur de multiples sujets, en particulier les attitudes vis-à-vis des patients, les pratiques de soins, les petites combines...

Pour ne donner que quelques exemples, les anciens infirmiers du service des urgences recommandent aux nouvelles recrues de bâcler les soins (négligence des mesures

antiseptiques) tandis qu'un chef de service dira aux étudiants de médecine qui s'attardent sur des patients sans moyens "*faites pas du sentiment ! Celui-ci vous me le renvoyez à l'envoyeur, celui-là vous le mettez sous l'arbre !*".

Le propos laisse penser que, comme le prétend Freidson (1984), le milieu de travail, plus que la formation, agit sur le comportement des travailleurs. Je nuancerai pourtant en soulignant l'attitude symptomatique des jeunes filles élèves-infirmières en première ou deuxième année de formation qui viennent au service faire acte de présence ("*on vient quand on veut, on repart quand on veut !*") et meublent le temps en bavardages futiles⁸.

Conclusion

Si un tel système résiste si bien aux diverses réformes et parvient à se reproduire au fil des générations de soignants et auxiliaires de santé, il convient de souligner quelques-unes des logiques et certains mécanismes qui sont en œuvre.

La corruption, les détournements, l'extorsion douce ou encore le racket sont des pratiques ancrées dans le fonctionnement régulier du service des urgences de l'HNN et sans doute plus largement des services de santé au Niger. La hiérarchie affiche ponctuellement sa réprobation par des notes de service mais cela ne se traduit par aucune sanction car c'est à tous les niveaux que les agents de l'institution participent à ce type de (dys)fonctionnement. Le manœuvre agit à son niveau avec ses moyens et ses connaissances, il joue de l'intermédiation et occasionnellement de ses facultés d'apprentissage sur le tas qu'il négocie, les infirmiers ont, eux aussi, un statut et un capital qu'ils savent mettre à leur profit. Il en est de même pour chaque catégorie d'employé de l'institution et ce jusqu'à la direction, qui a cependant l'avantage de pouvoir diversifier ses sources de revenus (cabinet privé, colloques et missions indemnisés par des per diem, bourses d'études à l'étranger...). De ce fait, comme le souligne Jaffré (1999) une logique de neutralisation réciproques est en œuvre. Si le directeur n'est pas en mesure de renvoyer son personnel, c'est notamment parce que ce personnel subalterne est témoin et souvent complice des malversations et détournements opérés par la hiérarchie.

J'évoquerai d'autres facteurs favorisant ces abus divers que j'ai rapidement évoqués :

⁸ Voir Jaffré Y. & Prual A., 1993, Le corps des sages-femmes, *Sciences Sociales et Santé* 11, 2. Voir aussi, ici, le texte de Touré Y., 2001, "Être sage-femme au Mali".

- l'impunité est générale au Niger, la hiérarchie montre l'exemple et fournit des arguments de légitimation des pratiques des agents subalternes: *"les patrons ont leurs protégés. Moi, je ne fais pas payer un parent ! Et c'est pas ça qui va empêcher de recouvrer les recettes"* (un étudiant de médecine aux urgences)
- l'absence de contrôle interne et le manque d'exigence en terme de qualité de travail: un autre étudiant de médecine des urgences nous dit *"en spécialité Chirurgie, il y a le staff chaque matin et tu dois expliquer tout ce que tu as fait: diagnostic, soins immédiats, traitement à suivre... Mais en Médecine, on se repose, d'ailleurs on ne vient même pas faire les gardes !"*
- la compétence ou la conscience professionnelle ne sont pas valorisées car la promotion sociale passe par l'appartenance à des réseaux politiques (les postes à responsabilité sont attribués en fonction des aléas politiques et changements de régime), familiaux ou syndicaux (affectations aux postes désirés en fonction des relations établies au sein du syndicat)
- personne ne croit aux objectifs de l'institution: *"le docteur arrive toujours en retard, il ne visite pas ses malades, c'est normal ça!! Et c'est pas lui seul... on laisse faire!"* (un infirmier des urgences)
- il n'y a pas d'obligation de réussite et la question de la responsabilité du soignant ou de l'institution vis-à-vis des malades est systématiquement esquivée ou noyée: *"je prescris selon ce que je vois, je ne suis pas responsable si les soins ne sont pas réalisés faute de moyens"* (un étudiant en médecine)
- pour l'agent de santé, il y a un intérêt financier flagrant à ce que le service ne fonctionne pas correctement. En effet, c'est la condition sine qua non de l'acquisition de revenus supplémentaires, puisque ce sont précisément les conditions de pénurie relative (provoquée bien souvent par le vol des médicaments) qui justifient le paiement par les clients de services privés. Ce mauvais fonctionnement du secteur sanitaire public permet également la pratique d'activités privées à l'extérieur de l'Hôpital (soins et revente des médicaments volés dans les quartiers)

Il y a un écart permanent entre les règles et organigrammes de fonctionnement et la vie effective des services de santé. Mais ici, contrairement aux urgences décrites par Peneff (1992), le détournement des règles produit du désordre et de l'inefficacité.

Outre les problèmes déontologiques qui se posent aux praticiens de santé, il s'en pose aussi aux chercheurs en anthropologie de la santé. On ne peut pas se contenter de se féliciter des vertus de la micro-analyse. Ce que l'on décrit et analyse nous interpelle et appelle à une recherche engagée et orientée vers l'action.

ATELIER DE DAKAR
LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE :
PRATIQUES, IDENTITES ET DEONTOLOGIES
(27 FEVRIER AU 2 MARS 2 001)

Programme

Mardi 27 février

- 14 h 30 à 15 h 30 :** Présentation de l'atelier par Abdou Salam Fall, Marc-Eric Gruenais, Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan.
- 15 h 30 à 16 h 15 :** Fred Eboko : *Sida, éthique et communication au Cameroun. Représentations, discours et pratiques sur le sida et la séropositivité.*
- 16 h 15 à 16 h 30 :** Pause café
- 16 h 30 à 17 h 15 :** Abdoua, Elhadji Dabogi : *Les communications sanitaires au Niger : de la formation à l'expertise, à l'aptitude pratique.*
- 17 h 15 à 18 h :** Synthèse de la journée.

Mercredi 28 février

- 9 h à 9 h 45 :** Yveline Diallo : *Les relations des soignants titulaires et bénévoles dans les centres de santé de Conakry.*
- 9 h 45 à 10 h 30 :** René Collignon : *Les pratiques institutionnelles dans le service de psychiatrie de l'hôpital de Fann-Dakar, leçons d'un réexamen critique.*
- 10 h 30 à 11 h :** Pause café
- 11 h à 11 h 45 :** Séverin Abega et als : *Hiérarchies sociales et enjeux de santé dans une société à économie de plantation au sud Cameroun.*

- 11 h 45 à 12 h 30 :** Caroline, Wanja, Njue : *Négociation des risques sur la santé de la reproduction à Kisumu, Kenya.*
- 12 h 30 à 14 h :** Déjeuner
- 14 h à 14 h 45 :** Frédéric Le Marcis : *De la rénovation des murs à celle des pratiques ? L'exemple de JalluBe, maternité et dispensaire (1997-2000) Mali.*
- 14 h 45 à 15 h 30 :** Félix Koné : *Appropriation des patients et détournement des services de soins. (Mali)*
- 15 h 30 à 16 h 15 :** Charles Becker : *Santé et déontologie dans l'histoire sénégalaise. Questionnements à propos des pratiques et des réglementations sanitaires.*
- 16 h 15 à 16 h 45 :** Pause café
- 16 h 45 à 17 h 30 :** Eric Hahonou : *Apprentissage de la violence infirmière en milieu hospitalier au Niger.*
- 17 h 30 à 18 h 15 :** Synthèse de la journée.

Jeudi 1 mars

- 9 h à 9 h 45 :** Adamou Moumouni : *Les manquements à la déontologie : cas des infirmiers au Niger.*
- 9 h 45 à 10 h 30 :** Fatoumata Ouattara : *Les conceptions des soignants dans deux centres de soins au sud-ouest du Burkina Faso : Kourouma et Orodara.*
- 10 h 30 à 11 h :** Pause café.
- 11 h à 11 h 45 :** Nassirou Bako : *La corruption dans les services de santé au Bénin (Titre provisoire)*
- 11 h 45 à 12 h 30 :** Aïssa Diarra : *La mortalité et les risques maternels*
- 12 h 30 à 14 h :** Déjeuner.

- 14 h à 14 h 45 :** Mariatou Koné : *La honte dans le métier de soignants : les sages-femmes à Abidjan.*
- 14 h 45 à 15 h 30 :** Younoussa Toure : *Etre sage-femme au Mali !*
- 15 h 30 à 16 h 15 :** Aboubacar Souley : *Sage-femme à Niamey. Destin, carrière et service public.*
- 16 h 15 à 16 h 45 :** Pause café
- 16 h 45 à 17 h 30 :** Patricia Mahe Vasseur : *Etude de la socialisation de sages-femmes diplômées dans leur vie professionnelle dans la zone urbaine de Dakar.*
- 17 h 30 à 18 h 15 :** Synthèse de la journée.

Vendredi 2 mars :

- 9 h 30 à 12 h 30 :** Synthèse générale. Bilan de l'atelier.
Nouvelles pistes de recherche. Projets.

Partie II

Séminaire EHESS

LA PRATIQUE MEDICALE COMME PROCESSUS ALEATOIRE ET FRAGILE (ALGERIE)

Mohamed Mebtoul*

Introduction

Avant d'aborder la question des sens attribués par les médecins algériens du secteur public à leur activité quotidienne, je souhaiterais, si vous le permettez, préciser la posture et la démarche privilégiée au cours de mes recherches portant en particulier sur la catégorie socioprofessionnelle des médecins algériens. Pour cela, il me semble important de rappeler les lignes de force qui ont traversé notre itinéraire de recherche. Un premier travail ethnographique entrepris dans un dispensaire situé dans un quartier "populaire" d'Oran en (1986), me montrait déjà l'importance de ce travail d'élaboration qui est celui des professionnels de la santé sur la pratique médicale. Dans cet espace sanitaire exigu, on pouvait progressivement relever que l'activité quotidienne était assurée dans la tension (identifié par le nombre important de consultants), le doute, le bricolage, le scepticisme et l'imposition se traduisant par la remise en silence au patient d'une ordonnance. La banalisation de l'espace de soins (absence d'intimité) autorisait ainsi l'anthropologue à observer directement la consultation. Un deuxième moment de mon itinéraire a concerné l'étude sur la diarrhée infantile auprès des mères et des médecins (1989), plus précisément leurs représentations du SRO. Les sels de réhydratation orale étaient impérativement préconisés par l'OMS. Le coût du traitement était très bas. Il a enfin fait l'objet d'une campagne d'information à la télévision (spots publicitaires). Or toutes ces conditions réunies n'ont pas pu effacer non seulement la production d'un usage social du savoir médical (beaucoup de médecins continuaient à prescrire d'autres médicaments pour la diarrhée, mettant en avant l'importance de leur statut), mais aussi la prégnance au sein des familles d'un savoir populaire relatif à la diarrhée infantile. Enfin, ma participation à une étude internationale sur "la place et le rôle des structures de soins dans la santé de l'enfant" (1991) et plus récemment le travail sur les significations attribuées par les médecins et les malades à la prise en charge du diabète et de l'hypertension (1998), illustraient de nouveau la pertinence de cet effet sociétal dans le mode d'agencement de la médecine. Ma constatation toute banale est que la pratique médicale n'échappe pas aux contradictions et aux tensions qui caractérisent la société algérienne. Même si l'imaginaire du médecin est de tenter de construire son monde à soi focalisé sur la réalité organique de la maladie

* Enseignant, Université d'Oran

(disease), il est aussi contraint de reconnaître que les situations socio-sanitaires sont à l'origine d'un ensemble de transformations du travail médical au quotidien.

Pour tenter de mettre au jour ces transformations, mes différentes investigations ont surtout privilégié dans un premier temps la restitution de ce travail d'interprétation opéré quotidiennement par les médecins. Leurs jugements ont une pertinence pour l'anthropologue (Dodier, 1992). Ils montrent bien que la médecine est aussi une construction sociale. Autrement dit, on peut difficilement ignorer l'importance de ces logiques sociales qui imprègnent leur activité quotidienne. Ne pas avoir de tensiomètre dans un dispensaire, ne semble pas se réduire à un acte technique perturbé. L'absence de cet objet technique a aussi un sens attribué par le médecin-acteur. Pour lui, c'est en effet toute sa pratique médicale qui subit un changement important affectant son identité professionnelle. Ce qui le conduit par exemple à caractériser son activité de "bureaucratique". Comprendre de l'intérieur la pratique médicale, représente pour moi une façon de dépasser ce que j'ai appelé la face visible du système de soins officiel qui se limite au dénombrement et à la logique d'accroissement de l'offre de soins. Ces indicateurs centrés sur le nombre de structures de soins et de médecins par habitants permettent difficilement d'appréhender dans toute sa complexité les significations attribuées à la pratique médicale mais aussi les types de rapports noués entre les acteurs du champ sanitaire. Ici, la société algérienne offre l'exemple d'un volontarisme politique forcené dans la mise en place d'un système de soins diversifié rendu possible au cours de la décennie 70 grâce à la rente pétrolière ¹.

Dans nos différents terrains (de l'espace domestique, en passant par la salle de soins du village kabyle aux CHU des grandes métropoles), les questions de santé, de maladie mais aussi de médecine, ne pouvaient être considérées comme des objets "en soi", c'est-à-dire sans liens avec les situations vécues par les différents acteurs sociaux du champ sanitaire (professionnels, usagers, associations et décideurs).

Ces questions sont en réalité profondément retravaillées, interprétées et traduites par ces acteurs, selon leurs propres contraintes, la nature des relations nouées entre eux, leurs objectifs et leurs stratégies respectives. L'anthropologue est conduit à relever les mythes d'une science "pure" ou d'un art au service de "tous" dans des espaces sociosanitaires traversés aussi par des enjeux sociaux et des logiques d'acteurs. La pénurie,

¹ On peut rappeler que le personnel médical est au nombre de 43000. Actuellement, l'Algérie dispose d'un médecin pour 700 habitants. Concernant les structures de soins ce sont 13CHU, 31 Etablissements Hospitaliers sanitaires, 482 polycliniques, 1150 centres de santé, 4390 salles de soins. Il faut cependant indiquer que le taux d'occupation est relativement faible : (50% pour les CHU. Ce taux d'occupation est plus bas pour certaines structures "périphériques" (6 à 7% pour certaines maternités rurales). Ceci montre la forte inadéquation du système de santé à la société.

les contraintes liées aux moyens techniques et thérapeutiques dans les CHU, la gestion très administrée du système de soins officiel, l'émergence sur la scène sociale de cliniques privées (chirurgie, gynécologie) peuvent se lire aussi comme des modalités sociales qui tendent respectivement à affaiblir ou à accroître les intérêts matériels et symboliques des uns ou des autres agents impliqués dans le champ de la santé. Le contexte socio-sanitaire algérien se présente comme ensemble de territoires socialement diversifiés qui montrent bien l'importance des logiques sociales définies comme des logiques d'acteurs insérées dans un processus social qui les rend possible, nous permettant de nous focaliser ici sur la façon dont s'agencent, s'organisent et se nouent les rapports entre les acteurs sociaux du champ médical.

Ce parti pris me conduit à interroger le mode d'agencement et d'ancrage de la pratique médicale dans la société algérienne. Trois aspects seront ici évoqués.

- Dans un premier temps, je présenterai la façon dont les médecins perçoivent les décideurs considérés comme les pourvoyeurs de moyens techniques et thérapeutiques. Ils sont, faut-il le préciser les seuls habilités à définir les règles du jeu institutionnel dans le champ médical (ces acteurs peuvent être bien entendu d'anciens médecins ou gestionnaires, mais qui ont désormais intégré l'espace politique défini ici comme l'espace d'arbitrage et de décision concernant les questions sanitaires).

- Dans un deuxième temps, je ferai référence à l'image sociale que les médecins nous renvoient des patients faiblement acculturés au savoir médical, en insistant sur les multiples ambiguïtés de la relation thérapeutique.

- Dans un troisième temps, il importe aussi de questionner la façon dont se construit la relation entre "confrères" qui exercent dans des structures de soins différentes, nous permettant d'insister sur la fragilité des liens socio-professionnels.

L'État démiurge

En essayant de repérer les éléments essentiels qui traversent le champ médical algérien, j'insisterai sur le rôle dominant et décisif de l'État-acteur dans la constitution de la profession médicale. On est bien en présence de l'état démiurge qui va intégrer de façon autoritaire la médecine dans le champ de ses préoccupations. La structuration et le fonctionnement du champ médical restent dépendants des logiques déployées par les différents pouvoirs qui s'approprient les règles du jeu institutionnel (placement des acteurs chargés de réguler le système de soins selon une logique de cooptation, prise de décision arbitraire dans la construction de beaucoup de formations sanitaires à partir du seul critère

régional, etc.). Ce qui pose problème ici, c'est la nature de cette étatisation tortueuse s'opérant dans l'opacité et l'ambivalence qui est "autant que la coercition une caractéristique reconnue du pouvoir", selon Balandier (1985). Cet aspect important a eu pour effet d'impulser par le haut une forme sociale de médicalisation (Aaïch, Delanoë, 1998) focalisée plus sur le dénombrement que sur les processus à l'œuvre dans les structures de soins. En captant des chiffres produits selon une logique administrative et centralisée, l'objectif se limitait en réalité à donner une visibilité au nombre de structures de soins, de médecins formés et de patients soignés.

Ce contexte socio-politique caractérisé par un volontarisme frondeur, faisant abstraction de la complexité du réel et des logiques des autres acteurs sociaux est important à rappeler pour montrer que les médecins sont en réalité faiblement impliqués dans la constitution de leur profession. Il m'a en effet semblé important d'évoquer dans un travail antérieur (Mebtoul, 2000), cette notion d'intégration de la profession médicale. Elle dévoile bien l'autonomie toute relative des médecins, non pas au niveau de l'exercice de leur travail, mais plutôt dans le système d'action qui imprègne le fonctionnement au quotidien des structures de santé publique. Ils sont en effet contraints de se plier aux orientations dictées par le pouvoir central et local. Ils intègrent donc une organisation du travail conçue en dehors d'eux, portant plus la marque d'une logique bureaucratique. Ici, les notes de service et les circulaires représentent le seul mode de contact imposé par la hiérarchie administrative. Ils peuvent donc difficilement interroger de façon critique les sens à attribuer à leur activité quotidienne. Ce qui se traduit par le repli sur leur propre territoire.

Leurs jugements dévoilent bien des sentiments de frustration, d'isolement, de lassitude et d'impuissance. Écoutons ce médecin généraliste d'un centre de santé :

Avec l'administration, ce sont des rapports d'indifférence. Les gens de la direction sont indifférents vis-à-vis de nous et réciproquement, nous sommes aussi indifférents. Les gens ne sont pas à leur place. Tu mets quelqu'un de responsable de la santé qui n'est pas du milieu de la santé. Par exemple, tu lui demandes un sérum antitétanique. Il n'en voit pas l'importance. Ce n'est pas son domaine. Il ne s'y intéresse pas ; mais ces gens-là , ont d'autres chats à fouetter. Par exemple, notre responsable est aussi responsable de l'association des anciens moudjahidines (anciens combattants de la libération nationale). Il est donc très occupé. En plus un responsable qui fait de la politique est intouchable. Tu as peur pour ta tête. Si par exemple, le directeur nous réunissait une fois par mois, on se comprendrait mieux, on situerait les responsabilités. Maintenant, nous disons, c'est "eux", eux disent : "c'est nous".

Ce médecin n'hésite pas non plus à porter un regard négatif sur la médecine générale telle qu'il semble l'exercer, subissant un processus de déclassement :

La médecine générale, c'est la clinique la plus simple, sommaire, banale. Le malade, tu ne le connais pas ! Tu ne lui parles pas ! Le médecin n'a plus les moyens d'être médecin. Il faut qu'il

Les médecins n'hésitent pas aussi à étiqueter ceux qu'ils nomment de façon abstraite et plurielle comme étant les "responsables", "le système", "l'État", "le ministère de la santé", "les gens de la direction", "la direction de l'hôpital". Si on assiste aujourd'hui à une déconstruction de leur modèle de référence sur la maladie, il faut selon eux imputer la responsabilité au pouvoir qui n'a pas su jouer le rôle de pourvoyeur de moyens. Ils ne peuvent donc donner la pleine mesure de leurs compétences professionnelles. Autrement dit, leur désenchantement serait en partie lié à la mise en œuvre inachevée, lente et tortueuse de l'idéologie scientiste et techniciste dans le cadre de leur activité professionnelle exercée notamment dans les institutions hospitalières. Écoutons ce pédiatre du CHU :

Pour moi, les gens sont au courant. Il y a des responsables. C'est à eux de régler les problèmes. Il nous faut un laboratoire performant, une radio qui fasse réellement toutes les radios. Je n'ai pas en tant que médecin à investir dans une ambulance et une infirmière pour faire les évacuations (médecin spécialiste).

Les tensions au cœur des rapports entre les acteurs du champ médical, montrent aussi que les enjeux de lutte ne sont pas strictement d'ordre sanitaire. En effet, les acteurs respectifs ne font pas que réguler le système de soins, le gérer ou soigner les malades. Ils tentent aussi de donner sens à leur fonction et d'accroître leurs ressources stratégiques dans le champ médical. Il est en outre difficile "de parler sereinement de corps médical" (Arliand, 1987) face à la prégnance des ruptures et des différenciations sociales entre les "segments professionnels" (Strauss, 1992). Les médecins n'ont pas pu se constituer réellement comme une force collective face à l'État. Ce qui leur aurait peut-être permis d'influer de façon décisive sur le mode de régulation centralisé et administratif du système de soins. La "massification" de la profession médicale (Chiffolleau, 1998) a eu plus pour effet de donner une configuration plus banalisée de l'espace de soins sous les coups de boutoir du politique. Il impose les règles du jeu social : "gratuité des soins", puis remise en question en 1997 par une décision rapide et sans consultation prise par le ministère de la santé pour imposer le recouvrement d'une partie des coûts par les malades. Ce ticket modérateur est en réalité plus destiné aux usagers anonymes non détenteurs de capital relationnel. Enfin, l'état continue à promouvoir des programmes sanitaires verticaux.

La fuite de beaucoup de spécialistes vers l'étranger ou le secteur privé, la décision du politique de permettre aujourd'hui l'activité complémentaire autorisant les médecins du secteur public à exercer durant deux demi-journées par semaine dans le secteur privé ou parapublic, me paraissent autant de faits significatifs pour évoquer la "désaffiliation" (Castel, 1996) d'une majorité de médecins à l'égard de "l'ordre médical" constitué dans une logique d'imposition. Ils le perçoivent comme n'étant pas le leur. Ils insistent en effet sur leur exclusion de la définition des règles du jeu au cœur du champ médical. Autant d'éléments qui semblent selon eux contribuer puissamment au déclassement social de la

sur leur exclusion de la définition des règles du jeu au cœur du champ médical. Autant d'éléments qui semblent selon eux contribuer puissamment au déclassement social de la profession médicale ; ce qui n'est pas sans effets sur la façon dont ils appréhendent la relation thérapeutique avec les patients.

Occultation des logiques des patients

Dans nos travaux antérieurs (Mehtoul, 1994), nous avons tenté de montrer que l'imaginaire des médecins est essentiellement dominé par cette double appropriation : le savoir médical actualisé et les techniques "d'exploration". Ils représentent en effet deux éléments constitutifs de leur système de référence sur la maladie. Leur insatisfaction est en premier lieu liée à la dépossession relative de ces éléments qui donnent sens à leur activité. Écoutons ce pédiatre du CHU :

Pour moi, c'est une question de moyens. Lorsqu'on aura les moyens, c'est-à-dire le laboratoire et la radio, c'est alors seulement qu'on pourra nous juger (pédiatre, CHU).

La pratique médicale est mise en défaut dans sa confrontation à la société ; d'où ce décalage entre d'une part, la norme médicale que le médecin souhaite mettre en œuvre en souhaitant disposer de moyens techniques et thérapeutiques et d'autre part, les multiples variations et détournements de la logique professionnelle rêvée et apprise au cours de sa formation. La pratique médicale subit des transformations au contact de la société. La relation thérapeutique, on l'oublie souvent, avec d'être un acte strictement technique, est une construction sociale. Elle peut être définie comme la rencontre entre deux subjectivités qui ne produisent pas nécessairement les mêmes interprétations sur la maladie, la médecine, et la santé.

Dans leurs relations sociales avec les patients faiblement acculturés au savoir médical, les médecins mettent l'accent sur cette forme sociale d'impuissance :

J'ai l'impression que le malade n'est pas un être humain. Ce sont des cas. Il n'y a pas de relation humaine avec le médecin et le malade. Je ne sais pas pourquoi... On n'écoute plus. Est-ce nos problèmes sociaux ? Je ne sais pas. Peut-être qu'inconsciemment le médecin est moins disponible. On n'arrive pas non plus à pallier : il y a trop de monde. Il n'existe pas assez de structures nouvelles (médecin généraliste, polyclinique).

La consultation médicale est perçue par les praticiens généralistes comme une activité routinière et uniforme (ce sont les mêmes cas). Elle est assurée dans un espace sanitaire qui efface toute possibilité d'ouverture du jeu social pour se focaliser uniquement sur la médicalisation, c'est-à-dire la valorisation de la dimension organique de la maladie

(ce que les anglais nomment *disease*). Elle représente ici le "one best way" qui doit s'imposer à la société considérée comme "une cruche vide" (Massé, 1995) qu'il importe de remplir de connaissances. Ecoutons ce médecin :

L'éducation sanitaire est plutôt difficile. Nous vivons dans une société hétérogène au plan de la réceptivité et au plan de l'éducation de base. On aurait besoin d'une mise au point. Il y a des gens qui sont analphabètes. Ils sont attachés à des croyances bizarroïdes. On a l'impression qu'on n'est pas écouté. On parle de quelque chose qui nous paraît évident alors qu'il faut souvent revenir en arrière. Les parents ne saisissent pas l'impact de telle ou telle mesure. On s'adresse à une population qui n'est pas réceptive (pédiatre, CHU).

Le médecin serait confronté à la "légende noire de la médicalisation" selon l'expression de l'historien Faure (1994). Autrement dit, l'obstacle majeur à la pénétration de la lumière de la raison serait en partie dû aux croyances et aux habitudes "populaires" ; d'où les ambiguïtés de la relation thérapeutique :

On a l'impression de parler dans le vide. On a l'impression qu'au niveau de la périphérie, le niveau social, c'est évident, est bas. Je me trouve en face de gens simples. Il faudrait avoir un langage spécial pour eux " (médecin généraliste, centre de santé). Ou encore : "Vu le niveau culturel, parce que les malades ont un niveau bas, c'est rare qu'on explique à un malade ce qu'il a. Même eux, ils ne le demandent pas (médecin généraliste, polyclinique).

La logique profane de soins (Cresson, 1995), représente ici une dimension résiduelle et invisible qui semble être à l'extérieur de leurs préoccupations. Elle n'intègre donc pas leur activité quotidienne. Les médecins évoquent fréquemment l'absence de temps qui leur interdit de créer cet espace d'échange avec le patient et sa famille.

Nous sommes trop occupés ; on n'arrive pas à discuter du cas du malade avec la mère " (résident CHU) ; ou encore : "Nous n'avons pas le temps de nous occuper de l'aspect social. On n'a pas assez de temps. On est débordé de travail parce qu'il y a un manque de personnel et de moyens (résidente en pédiatrie).

Mais le rapport au temps n'est pas une dimension neutre ou déterminée uniquement par des contraintes techniques. Il est aussi de l'ordre d'une construction sociale concernant nos différentes activités. Le rapport au temps nous contraint ainsi à un mode de hiérarchisation de nos préoccupations, en opérant un classement social de ce qui peut être considéré comme étant plus important et plus prioritaire par rapport à ses attentes, sa stratégie et ses contraintes. Enfin quand on tente de comprendre les raisons à l'origine de ce processus fragile et aléatoire au cœur de la pratique médicale, on est bien obligé d'appréhender le type de relations professionnelles entre les "confrères" des différentes structures de soins.

Rareté de l'échange entre "confrères"

Pour les médecins, les relations professionnelles soutenues obéissant à un certain nombre de règles sociales réciproquement admises par ces différentes catégories d'acteurs, sont de l'ordre de l'utopie. C'est pourquoi, la stratégie individuelle semble la plus appropriée pour tenter de capter les informations nécessaires pour assurer l'acte principal que représente le diagnostic. Écoutons d'abord le point de vue du médecin généraliste :

Je peux dire que c'est individuel. IL n'y a pas de bonnes relations avec l'hôpital. Il n'y a pas de communications avec les médecins...C'est toujours une question de temps et de moyens. C'est toujours par écrit. On ne se déplace jamais. C'est toujours par l'intermédiaire du malade. On souhaiterait, pour nous médecin généraliste, avoir un contact avec nos professeurs au moins une fois par mois pour leur exposer certaines maladies ou certains cas intéressants (médecin généraliste, centre de santé).

Par contre, les spécialistes du CHU insistent sur l'impossibilité de créer un espace d'échange avec les confrères d'autres structures de soins. Ici, les relations professionnelles ne semblent avoir aucun sens face au poids des dysfonctionnements internes et aux conditions d'exercice de la pratique médicale dans la société. On retrouve ici cette forme sociale d'impuissance qui les contraint à assurer de façon discontinue l'acte médical.

La complémentarité avec les autres structures de soins est à son minimum. Tout le monde est au plus bas de l'échelle aussi bien matérielle que morale. Ajouter à cela la surcharge des malades et l'insuffisance des moyens. Mais quand il s'agit d'une chose qui dépend de la volonté des médecins, cela marche bien. Malheureusement, les médecins ont d'énormes problèmes. Ils finissent par être impuissants (pédiatre, CHU).

Face à cette logique de repli et d'isolement, la seule alternative qui semble la plus appropriée pour opérer un détournement de la "bureaucratie difforme" (El-Kenz, 1993) va consister pour les médecins à prendre appui sur leur capital relationnel (amis de promotion ou réseau familial). Il s'agit donc de se rendre mutuellement service, de se débrouiller, de produire sa propre tactique (De Certeau, 1983) pour tenter "d'arracher" pour "son" malade un examen complémentaire ou une éventuelle hospitalisation.

La plupart du temps, ce sont des connaissances personnelles : là on a un rendez-vous le jour suivant. Cela ne tarde pas quand on connaît (résident, CHU).

On est bien en présence de territoires professionnels éclatés qui montrent qu'au-delà de la fragilité des relations professionnelles, c'est tout le fonctionnement d'un système de soins déliquescant, en grande partie producteur de logiques de rupture entre les différentes catégories de médecins. Le spécialiste de l'hôpital conteste explicitement

l'activité du médecin généraliste du centre de santé étiqueté comme un mauvais "trieur" parce qu'il se retrouve, lui le spécialiste en train de soigner des maladies bénignes. Ce ne sont pas à ses yeux des maladies de l'hôpital. A contrario, le médecin généraliste regrette explicitement que son activité soit assurée dans l'isolement par rapport à l'hôpital. Le spécialiste ne lui transmet en retour aucune information sur les "cas" orientés vers l'hôpital. Il faut enfin indiquer que ces logiques de rupture vont contribuer à l'errance thérapeutique des patients contraints de multiplier les recours thérapeutiques, confrontés parfois, et ce n'est pas rare, à des décisions divergentes prises par les différents médecins consultés.

Conclusion

Il semble donc possible de conclure à la déconstruction de la logique professionnelle des médecins au contact de la société, révélant le décalage avec leur imaginaire au cœur de leur modèle de référence sur la maladie et centré sur la valorisation du savoir et des techniques médicales. Plus fondamentalement, la pratique médicale va profondément subir les coups de boutoir du politique qui impose de façon centralisée et autoritaire les règles du jeu institutionnel dans le champ médical. Ce mode de régulation administratif imprégnant fortement le fonctionnement des structures de soins n'est pas étranger au déploiement d'un mode d'agencement social de la médecine dans la société marqué par des logiques de rupture entre les acteurs sociaux du champ sanitaire. Il montre d'une part la fragilité des liens professionnels entre "confrères" et d'autre part, les multiples ambiguïtés de la relation sociale nouée avec les patients.

Bibliographie

- AÏCH P., FASSIN D., SALIBA J., (éds.), 1994, *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos.
- AÏACH P., DELANOË D., (éds.), 1998, *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos.
- ARLIAUD M., 1987, *Les médecins*, Paris, La découverte.
- CASTEL R., 1996, *La métamorphose de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard.
- CHIFFOLEAU S., 1995, "La formation des médecins égyptiens", in Longuenesse E., (éds.), *Santé, Médecine et société dans le monde arabe*, Paris, l'Harmattan.
- CRESSON G., 1995, *Le travail domestique de santé*, Paris, l'Harmattan.
- DE CERTEAU M., 1990, *L'invention du quotidien*, I. Arts de faire, Paris, Gallimard.

- DODIER N., 1991, "Expérience privée des personnes et expertise médico-administrative. Une enquête dans la médecine du travail", *Sciences Sociales et Santé*, IX, 2 : 79-121.
- EL-KENZ A., 1983, *Monographie d'une expérience industrielle, le cas du complexe d'El-Hadjar*, Thèse d'État de Sociologie, Paris VIII.
- FAURE O., 1994, *Histoire sociale de la médecine*, Paris, Anthropos.
- FASSIN D., 2000, *Les enjeux politiques de la santé*, Paris, Karthala.
- GOBATTO I., 1999, *Etre médecin au Burkina Faso*, Paris, l'Harmattan.
- HOURS B., 1998, "Les médecins algériens malades de la société civile", *Sciences Sociales et Santé*, vol .16, 2 : 27-32.
- MASSE R., 1995, *Culture et santé publique*, Paris-Montréal, Gaëtan Morin.
- MEBTOUL M., 1994, *Une anthropologie de la proximité, les professionnels de la santé en Algérie*, Paris, l'Harmattan.
- MEBTOUL M., Cook J., Grangaud J.P., Tursz A., 1998, "Les jugements des médecins algériens sur l'activité de soins » : une identité professionnelle fragile", *Sciences Sociales et Santé*, vol.16, 2 : 5-26.
- MEBTOUL M., 2000, "La profession médicale en Algérie : de l'intégration à l'éclatement", in : Cresson G., Schweyer F.X., (éds.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail, aspects sociologiques*, Rennes, ENSP : 63-71.
- STRAUSS J., 1998, "La trame de la négociation, sociologie quantitative et interactionnisme, textes réunis et présentés par Baszanger I., Paris, l'Harmattan.

LE SUJET DE L'OBSERVANCE. EXEMPLE DE LA MISE SOUS TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL DANS LE CADRE D'UN PROJET PILOTE (COTE D'IVOIRE)

Laurent VIDAL*

L'objectif de mon propos est d'aborder le sujet de l'observance en essayant de comprendre qui est ou qui n'est pas observant et, éventuellement qui doit l'être en matière de mise sous traitement antirétroviral (ARV). Je confronterai pour ce faire les positions des patients, des soignants et du système de santé, dans le cas de la mise en place des traitements antirétroviraux de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire.

Les matériaux de terrains et les analyses présentées sont extraits de deux projets de recherche menés en Côte d'Ivoire, entre 1998 et 2000 : le premier visait à étudier les possibles transformations du rapport à l'infection à VIH, dans diverses populations (malades, soignants...) induites par la mise en place des traitements ARV ; le second était un travail d'évaluation de "l'Initiative Onusida", un projet "pilote" visant à rendre accessibles les traitements du sida, dont les antirétroviraux, dans 9 centres de santé, situés dans les deux principales villes de Côte d'Ivoire, Abidjan et Bouaké¹. Ce faisant mon propos doit être situé à sa juste mesure : d'une part, les critiques du processus d'accès aux traitements ARV ne retirent rien au fait que le principe de rendre accessibles ces traitements reste louable et doit demeurer une priorité dans la "prise en charge" du sida en Afrique ; d'autre part, ces mêmes critiques concernent strictement le système et les pratiques existant autour de l'accès aux ARV, et ne prétendent pas qualifier l'ensemble des pratiques médicales en Côte d'Ivoire.

En abordant la question de l'observance par trois entrées — les patients, les soignants, le système — je souhaite souligner le fait que l'on ne peut limiter l'observance, ou la non observance, d'un traitement au rapport d'un individu (le malade) avec une prescription médicale : les "facteurs contextuels" explicatifs de l'observance des traitements renvoient à la capacité d'observance non seulement des patients mais aussi, et peut-être surtout, de son entourage familial, des soignants et, plus généralement, du système de soins.

* IRD, Montpellier

¹ Les données ont été compilées et analysées par Karine Delaunay, dans le cadre du projet de recherche et de l'évaluation (Delaunay, 2001-a et 2000-b, Vidal, 2000, Msellati, 2001), ainsi que par Gadou Dakouri, Gabin Kponhassia, Clémence Essé, Djénéba Coulibaly-Traoré, ainsi que moi-même lors du travail d'évaluation (Vidal, 2001 ; Coulibaly-Traoré, 2001).

Les patients

Les patients qui entament le processus de mise sous traitement (entretien préliminaire, réalisation d'examens, consultations de rendu des résultats, décision définitive de mise ou non sous traitement, subventionné ou non) jugent les critères pour bénéficier d'un traitement ARV mal définis et mal explicités : ils ont un sentiment d'injustice face à une démarche qui leur paraît très aléatoire et ils ont la conviction que les relations personnelles sont essentielles pour avoir un traitement. Donc d'emblée, en particulier chez ceux qui n'ont pas pu accéder à ce type de traitement, pointe une mise en cause du système.

Deux autres images de ces traitements reviennent de façon récurrente : leur coût qui est jugé trop élevé² et leur efficacité, qui amène à dire qu'ils soulagent, bien plus qu'ils ne guérissent. Chez les patients ayant effectivement entamé un traitement et quel que soit leur niveau de ressources financières on observe une crainte permanente d'un dépérissement progressif des solidarités. Solidarités qui créent naturellement des dettes morales et matérielles tout en laissant planer l'incertitude sur la pérennisation de cette aide. Aussi bien vis-à-vis de la famille que de relations plus éloignées, se pose la question de l'information qui a du être partagée en échange de cette aide. On constate par ailleurs que si la mise sous traitement repose sur la mobilisation d'aides extérieures au milieu familial ou conjugal, son observance elle-même comporte *a priori* un risque de dévoilement du secret, voire de stigmatisation au sein de ce milieu (prise régulière de médicaments, alimentation...). En somme, informer celui qui aidera, d'une part, ne résout pas les difficultés liées à la gestion du secret avec d'autres personnes et, d'autre part, peut avoir des conséquences sur la capacité du malade à suivre son traitement, s'il se trouve mis à l'écart du fait de cette révélation.

La vie quotidienne avec ces traitements est marquée par leurs effets secondaires. Alors, s'en trouve altérée l'image que le malade a de l'observance des prises, ceci à un moment où, pourtant, il s'attache à les suivre scrupuleusement. Ces effets secondaires et les difficultés inhérentes à la prise de ces traitements lourds créent un sentiment de découragement. Leur poids financier nuit au niveau de vie quotidien du patient tout en

² Une trithérapie (avec antiprotéase) non subventionnée revient à 2 500 FF par mois. Les patients dits "démunis" pouvaient obtenir une subvention de 75% et donc avoir une trithérapie à environ 800 FF par mois, ce qui reste bien supérieur au salaire minimum ivoirien. Enfin, les membres d'associations de personnes atteintes ou les femmes ayant participé à des essais de réduction de la transmission mère-enfant du VIH ont droit à une subvention de 95% soit un traitement à 100 FF. Ajoutons que les patients ayant effectué le bilan biologique dans le cadre de l'Initiative Onusida d'août 1998 à mars 2000 sont sans ressources pour 40% d'entre eux : seuls 15% des patients disposent d'un revenu mensuel supérieur à 2500 FF, le montant d'une trithérapie non subventionnée.

compromettant ses projets. Epuisement physique et financier se conjuguent alors pour entraîner ou conforter des situations de dépendance, voire amener à des arrêts de traitement.

Le rôle des soignants doit être souligné et il ne faut pas s'arrêter sur une quelconque responsabilité du patient : quand un malade décide d'arrêter son traitement ARV car il lui attribue directement la dégradation de son état de santé, peut-on lui imputer la responsabilité de cette non observance sachant que les effets secondaires possibles ne lui ont pas été expliqués et qu'ils n'ont pas toujours été combattus ?

Les soignants

Cela montre la portée de l'intervention du soignant, de sa relation au patient, dans le type d'observance du traitement développée par la suite. Les attitudes de soignants lors de la mise sous traitement possèdent un certain nombre de caractéristiques générales. La plus remarquable d'entre elles est, qu'avec les traitements ARV, les soignants tendent à se transformer en évaluateurs des capacités financières de leurs patients : d'emblée et systématiquement, ils mentionnent l'impérieuse nécessité de s'assurer que le patient dispose de ressources financières suffisantes pour se payer le traitement — compte tenu de la fourchette de prix dans lequel il se situe, moyennant le taux de subvention qui peut être obtenu. Cette préoccupation place les médecins dans la position délicate et ambiguë de proposer un traitement ARV et de sélectionner les patients qui y auront accès.

Ce travail de sélection soulève par ailleurs deux autres problèmes majeurs. Tout d'abord, elle postule qu'à partir d'un entretien bref et relativement superficiel avec le patient, ses réelles capacités de mobiliser une aide financière, dans la durée, seront identifiées de façon sûre. Nulle enquête sur les conditions de vie réelles du patient pas plus que sur la nature des réseaux amicaux ou familiaux qu'il est susceptible (ou non) de mobiliser n'est effectuée. Nous sommes ici dans un registre d'impressions générales qui suppose, par ailleurs, que ce type d'évaluation *a priori* des capacités financières est fiable : or nous savons que tant la capacité à observer sur le long terme un traitement lourd que le risque de rupture d'observance ne peuvent être formellement et définitivement déterminés à l'avance (Munzenberger, 1997 ; Singh, 1996).

Le second point est que cette sélection économique en vient à reléguer au second plan la sélection biologique ou clinique des patients. Ainsi, les patients dont le bilan biologique correspondant aux critères établis — par des médecins — pour la mise sous traitement, n'auront pas accès aux ARV dès l'instant où leurs capacités financières sont jugées insuffisantes ou trop aléatoires dans la durée. De plus, les médecins hésitent à

demander les examens biologiques à ce type de patients aux ressources estimées insuffisantes : le diagnostic économique supplante donc le diagnostic médico-biologique.

Les médecins ont finalement plus intégré dans leur pratique que les autres catégories de soignants, les difficultés de pérennisation du traitement compte tenu de son coût et de la complexité du processus de mise sous traitement : ils ont plus fréquemment tendance à ne pas inciter leurs patients à envisager un traitement ARV.

Ces attitudes en matière de sélection des patients ne sont pas indifférentes lorsque l'on s'intéresse à l'observance en tant que telle. En premier lieu, force est de constater que, dans le cadre du système mis en place par l'Initiative Onusida et au regard de sa fonction et de ses compétences médicales, le médecin fait parfois preuve d' "inobservance" : il sélectionne, alors qu'un Comité est censé intervenir après lui pour effectuer ce travail ; il lui arrive de ne pas chercher à recueillir les données essentielles à la compréhension de l'état clinique du patient, en s'arrêtant à la mesure superficielle de ses capacités financières. Au-delà de ce constat, la non-observance du médecin ne peut être disjointe des éventuelles difficultés d'observance du patient lui-même : le médecin qui "sélectionne" de lui-même et qui privilégie l'économique sur le médical sera dans une relation avec le patient sous traitement (et non uniquement avec le patient se présentant pour être mis sous traitement) ne facilitant pas l'observance de ce dernier.

Deux observations relatives au contact initial entre le soignant et le patient traduisent la difficulté à construire une relation propice à une observance du traitement à venir. Je pense tout d'abord aux informations contradictoires que reçoit le patient lorsqu'il effectue la démarche de mise sous traitement, de l'assistant social qui l'encourage à ne pas perdre espoir et évoque l'intérêt des traitements ARV au médecin qui, plus tard, tempère fortement ce discours "rassurant" en évoquant les contraintes et écueils liés à l'accès et au suivi de ces traitements. De plus, lorsque le médecin demande au patient de venir avec le proche susceptible de le soutenir financièrement pour acheter régulièrement son traitement, il intègre de fait dans sa démarche une rupture de la confidentialité à laquelle le patient n'est pas nécessairement préparé ou qu'il souhaite tout simplement éviter. Ce qui est directement en jeu à cet instant n'est certes pas l'observance du traitement : ces pratiques médicales ne situent pas la relation thérapeutique dans le registre de la confiance, pourtant indispensable pour que le patient — une fois sous traitement — se sente soutenu par les soignants dans ses efforts pour respecter le suivi du traitement.

En matière de suivi du patient sous traitement ARV, deux pratiques médicales sont susceptibles d'influencer l'observance. Tout d'abord il a été constaté que la position d'écoute du soignant, exigée par la perspective de délivrer un traitement complexe, porteur d'incertitudes et d'interrogations de la part du malade, n'est en réalité guère la règle : et lorsqu'elle s'impose, elle apparaît plus contrainte que spontanée. Les principaux arguments

avancés par les médecins pour justifier leur attitude est à la fois le manque de temps pour pouvoir expliquer les traitements et répondre aux demandes des patients, ainsi que l'absence de formation aux problèmes spécifiques soulevés par le suivi thérapeutique mais aussi psychologique des patients sous ARV. Manque de temps d'autant plus nettement ressenti que les médecins se sont placés dans la situation de devoir sélectionner les patients demandeurs de traitements, intervention qui non seulement les détourne d'une stricte approche médicale de la mise sous traitement, mais de plus est longue. Or ne pouvoir consacrer suffisamment de temps au patient sous traitement ne peut guère encourager celui-ci dans sa démarche d'observance.

En second lieu, un certain nombre d'hésitations des médecins participent de l'image d'un système d'accès aux ARV opaque, aux règles de fonctionnement floues et changeantes. La confiance dans le médecin s'en trouve inévitablement altérée et, partant, le soutien qu'est en droit d'espérer le patient pour suivre les recommandations censées contribuer à une "bonne observance". Faute de directives précises — dont ils sont par ailleurs demandeurs — les médecins changent ou suspendent des traitements. Donc, soit la non observance se voit alors imposée de fait, soit elle se trouve incidemment encouragée par des changements de traitement qui sont aussi peu discutés avec le patient que la forte standardisation du traitement initial.

Lorsqu'à cela s'ajoute le refus de médecins, durant un certain temps, de prescrire des médicaments génériques ARV, sous prétexte que leur "contrôle de qualité" n'avait pas été effectué et alors qu'il y avait des ruptures de stock d'ARV sous forme de spécialités, nous sommes en présence d'une somme de pratiques médicales qui compliquent indiscutablement et même rendent impossible l'observance par le patient de son traitement. Conscient des difficultés qu'ils rencontrent à établir une relation thérapeutique confiante avec leurs patients, nombre de médecins en viennent alors à déléguer aux associations de personnes séropositives le travail de suivi des contraintes posées par les traitements ARV. Les malades ont intégré le fait que les médecins prescrivent mais ne suivent pas le traitement ARV. Le "sujet" de l'observance se déplace, progressivement des malades aux soignants, de la prise d'un traitement à son administration.

Je souhaiterais clore cette présentation des positions de soignants qui participent du contexte de l'observance par deux remarques d'ordre plus général. En premier lieu, les soignants, toutes catégories confondues, sont fortement demandeurs à la fois d'informations et de formations sur la prise en charge par ARV. Demandes exprimées plus systématiquement par les non médecins, peu associés aux séances de formation et regrettant le faible partage d'informations par les médecins, mais que ces derniers formulent aussi. Le contenu de ces demandes est varié : recevoir des directives précises sur les conduites à tenir en cas d'échec ou d'effets secondaires du traitement ; organiser des

formations régulières – et non ponctuelles –, dans les structures sanitaires d'exercice ; être associés aux réunions d'équipe des médecins qui prescrivent les traitements.

Ces deux dernières séries de demandes émanent de non-médecins et soulèvent le problème du hiatus entre médecins et autres soignants, exacerbé par le fait que les non médecins — pourtant au contact direct des malades — s'estiment éloignés d'informations susceptibles de les aider dans leurs tâches d'accueil et de suivi des patients. Ceci alors que les assistants sociaux et les "conseillers" développent des stratégies de prise en charge des patients sous ARV qui visent explicitement à favoriser l'observance des traitements prescrits par les médecins.

Cela me conduit à une seconde remarque sur les liens entre la connaissance des ARV et leur utilisation effective. Les soignants rencontrés qui affirmaient ne pas connaître le coût exact des traitements ARV, les critères biologiques ou cliniques de mise sous traitement ou encore leur disponibilité (dans telle ou telle structure) justifient cela par le fait qu'ils "n'utilisent pas" ces traitements. Ce pragmatisme de la connaissance rejoint le regret formulé par certains de n'avoir pas été formés au maniement de ces traitements *in situ*, sur le lieu même de leur travail et lors de séances où le formateur n'avait pas entre les mains les médicaments dont il évoquait l'utilisation.

Voir, être en situation de travail, pratiquer, sont donc constitutifs de la connaissance (les caractéristiques de la prise en charge par ARV). Dans le même ordre d'idée, les soignants qui ne suivent pas de patients sous ARV ne se prononçaient pas sur l'efficacité de ces molécules : aucune référence n'était faite à un savoir général, académique, attestant de l'efficacité de ces traitements et seule l'absence de pratique guidait leur appréciation sur leurs connaissances. La pratique semble donc nécessaire pour affirmer "connaître", mais elle n'est pas à elle seule suffisante. C'est ce dont témoignent les soignants qui, bien que travaillant dans des structures prenant en charge l'infection à VIH, sont plus au fait des avancées de la connaissance relative à leur pratique dès lors qu'ils sont impliqués dans des activités d'associations de lutte contre le sida ou qu'ils côtoient dans leur entourage un malade du sida (Desgrées du Loû, 2000). Cette proximité avec la maladie, en dehors des activités strictement médicales, enrichit les connaissances et donc modèle *in fine* la pratique professionnelle.

Que la pratique ne soit pas elle seule "suffisante" nous en avons aussi le témoignage à travers le cas de ces non médecins qui prennent en charge le sida et sont demandeurs d'informations. En somme, l'expérience de ces soignants — même si elle ne relève pas d'une connaissance scientifique clinique ou biologique sur les ARV pas plus qu'elle n'est assimilable au suivi clinique effectué par les médecins spécialisés — impulse une demande de connaissances nouvelles ou affinées.

L'exigence centrale qui ressort de l'analyse des attitudes des soignants (pratiquer et côtoyer le sida pour avoir accès à la connaissance de sa prise en charge) constitue un "facteur contextuel" essentiel de l'observance des patients. En effet si l'on admet que l'objectif d'observance doit s'inscrire dans un équilibre entre le "contrôle médical" d'une part, la "résistance des patients", d'autre part (Lerner, 1997 ; O'Connor, 1995), on conçoit difficilement que le premier volet de cette relation soit affaibli par des niveaux de connaissances et d'implications personnelles hétérogènes et une circulation de l'information entre soignants limitée. Pour que le patient puisse exercer un droit de "résistance" qui l'aide dans sa démarche d'observance il ne doit pas être confronté à des attitudes et discours changeants : si c'est néanmoins le cas, il déplacera ses demandes, des médecins et des soignants en général, vers les acteurs du monde associatif.

Le système

Le fonctionnement du système de soins se caractérise par son opacité et sa fragilité. Je mentionnerai les ruptures de stocks de médicaments dans les structures de santé identifiées pour les délivrer : emblématique de la non-observance du système lui-même, cette situation a contraint des patients, dans le meilleur des cas à se prêter, se donner ou s'échanger des remèdes, à se tourner vers les cliniques privées pour compléter un traitement et, dans le pire des cas, à arrêter de se traiter. Ceci alors que le patient a souvent dû attendre plusieurs mois, entre sa première consultation médicale en vue d'obtenir un traitement ARV et la première prise de médicaments de ce traitement. L'abnégation des patients face à une procédure aussi longue et opaque a certes renforcé leur volonté de suivre le plus scrupuleusement possible un traitement aussi difficile à obtenir : dans le même temps, elle n'a pu qu'altérer l'image du système dans l'efficacité desquels ils ont placé leurs espoirs.

Donc, ne décrire l'observance des traitements qu'au travers des stratégies des patients serait assurément réducteur. Il faut replacer les pratiques des soignants et des patients, ainsi que le fonctionnement du système mis en place, dans le système de soins global. Système qui se caractérise, en matière de prise en charge du sida — en général et non spécifiquement par ARV —, par un faible accès au test de dépistage (Desgrées du Loû, 2001), par des pratiques d'annonce de la séropositivité qui ne respectent pas toujours la confidentialité et par des soins (hors ARV) souvent difficilement accessibles aux malades (par manque de ressources financières pour se déplacer ou acheter les remèdes prescrits, ou faute de ces remèdes dans les pharmacies des centres de santé publics). De ce point de vue, le fonctionnement du système conçu pour permettre l'accès aux ARV reprend et parfois même aggrave des dysfonctionnements plus généraux en matière de "prise en charge de l'infection à VIH".

La relative analogie des difficultés auxquelles doivent faire face les patients selon qu'ils s'adressent à une prise en charge "généraliste" du VIH ou "spécialisée" par ARV ne saurait faire oublier la nature différente des attentes qu'ils placent en chacune et des exigences que celles-ci leurs "renvoient". La perspective d'avoir accès aux ARV a créé un espoir réel et inédit chez les malades, pour un traitement par ailleurs fort contraignant (financièrement, physiquement et psychologiquement) : aucune autre offre de soins pour les personnes séropositives n'avait présenté jusqu'alors de telles caractéristiques. La volonté de recourir à un traitement ARV se caractérise donc par une tension entre un espoir et une somme de difficultés à surmonter que le système a de fait accrue. C'est dans ce cadre là que doivent être mesurées les stratégies des patients pour observer leur traitement, ainsi que les difficultés voire l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent pour maintenir une "bonne observance" dans le temps.

La question que l'on ne peut aujourd'hui éviter de se poser est donc de savoir jusqu'à quel point la demande, l'intérêt et l'implication des patients pour ces traitements (il n'est qu'à se rappeler les stratégies qu'ils mettent en œuvre pour observer leurs traitements et pérenniser les financements nécessaires à celui-ci) ne vont pas se trouver émoussés à moyen et long terme par les contraintes créées par le système mis en vigueur par l'Initiative Onusida.

Conclusion : observance et morale

Je soulignerai pour conclure que les procédures de prise en charge par ARV constituent un bon exemple de présence de repères moraux dans la pratique médicale. Des études ont montré, dans les pays du Nord, que la nécessité de s'assurer que le patient pourra suivre régulièrement un traitement lourd débouche parfois, chez des médecins, sur des attitudes qui ne répondent pas à des critères médicaux (Bogart, 2000) : on observe un *a priori* négatif envers le patient toxicomane, jugé — le plus souvent sans "preuve" particulière de cette affirmation — comme incapable d'observer correctement son traitement. Nous sommes ici confronté à l'irruption dans la pratique médicale de principes moraux³, qu'*a posteriori* le comportement du patient sous traitement ne justifie guère.

Des présupposés du même ordre conduisent, en Afrique, certains soignants à juger les malades analphabètes incapables de suivre un traitement un tant soit peu complexe. Or des observations même rapides révèlent clairement la précision avec laquelle ces patients,

³ Au delà du cas des traitements du sida, BH Lerner (1997) a montré que les affirmations médicales relatives à la non observance des traitements ont de tout temps été fondées sur des jugements de valeur, que le patient soit décrit comme "ignorant", "récalcitrant" ou, plus récemment, "non compliant".

avec l'aide du médecin ou du pharmacien, cochant le nombre et la fréquence des prises de médicaments sur les boîtes : par ailleurs, les entretiens effectués avec ces malades sont fréquemment traversés de précisions qui traduisent leur capacité à mémoriser les consignes médicales, de même que les prix des médicaments achetés.

A cela il faut ajouter une moralisation potentielle de la relation thérapeutique : elle s'est moins humanisée que moralisée. Moralisation sous jacente à l'appropriation par le médecin de la sélection "financière" des patients — définissant une catégorie de "bons" malades, car fiables. Moralisation inhérente, aussi, à la demande adressée au patient de lui présenter la personne s'engageant à payer son traitement et qui prend ici deux aspects : d'une part, le soignant vérifie ce faisant que le patient a bien informé autrui de sa séropositivité (ce qui est considéré comme étant la "norme morale") et, d'autre part, il s'assure, là encore, de la fiabilité financière de ce proche (ce qui est aussi présenté comme une "norme morale").

Ces attitudes médicales expriment le fait que ne pas avoir d'argent est non seulement rédhibitoire pour accéder à un traitement mais aussi, d'une certaine façon, contraire à une exigence "morale" induite par le fonctionnement du système mis en place pour réguler l'accès à ces traitements.

Bibliographie

- BOGART L.M., KELLY J.A., CATZ S.L., SOSMAN J.M., 2000, "Impact of medical and nonmedical factors on physician decision making for HIV/AIDS antiretroviral treatment", *Journal of AIDS*, 23 : 396-404.
- COULIBALY-TRAORE D., VIDAL L., 2001, "Les patients infectés par le VIH, l'accès aux traitements et l'Initiative Onusida. Une étude qualitative", in in Msellati P., Vidal L. & Moatti J.-P., 2001, (à paraître).
- DELAUNAY K., 2000-a, "Accès aux traitements antirétroviraux : un suivi de patients" , in L.Vidal & P. Msellati (éd), *op. cit.* : 98-153.
- DELAUNAY K. , DOZON J.-P., KPNHASSIA G., MSELLATI P., 2001-a, Processus décisionnel et mise en place de l'Initiative (1996-2000), in Msellati P., Vidal L. & Moatti J.-P., 2001, (à paraître).
- DELAUNAY K., VIDAL L., MSELLATI P., 2001-b, Description du processus de mise sous traitement, in Msellati P., Vidal L. & Moatti J.-P., (à paraître).
- DESGREES DU LOU A., CHEVALLIER-SCHWARTZ M., COULIBALY-TRAORE D., 2000, "Pratique de dépistage et de prévention du VIH/sida", in L. Vidal & P. Msellati, *op. cit.* : 27-72.

- DESGREES DU LOU A., DE BECHON N., 2001, "Attitudes par rapport au sida, accès au dépistage et connaissances des traitements du VIH à Abidjan dans le contexte de l'implantation de l'Initiative Onusida/Ministère de la santé ivoirien", in Msellati P., Vidal L. & Moatti J.-P., (à paraître).
- LERNER B.-H., 1997, "From careless conspuives to recalcitrant patients : the historical construction of noncompliance", *Social Science and Medicine*, 45, 9 : 1423-31.
- MSELLATI P., VIDAL L. & MOATTI J.-P., 2001, L'accès aux traitements de l'infection à VIH dans les pays en développement. Exemple de l'évaluation de l'Initiative ONUSIDA/Ministère ivoirien de la santé, ANRS Coll. 'Sciences sociales et sida' (à paraître).
- MUNTZENBERGER N., CASSUTO J.-P., GASTAUT J.A., SOUVILLE M., MORIN M., MOATTI J.-P., 1997, "L'observance au cours des essais thérapeutiques dans l'infection à VIH. Une discontinuité entre l'histoire des patients et la logique des essais", *La Presse Médicale*, 8 : 358-65.
- O'CONNOR B.B., 1995, *Healing traditions. Alternative medicine and the health professions*, Philadelphie, University of Philadelphia Press : 287 p.
- SINGH N., SQUIER C., SIVEK C., WAGENER M., HONG NGUYEN M., YU V.L., 1996, "Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus : prospective assessment with implications for enhancing compliance", *AIDS Care*, 8, 3 : 261-269
- VIDAL L. ET MSELLATI P. (ed), 2000, Les thérapies antirétrovirales en Côte d'Ivoire : attentes suscitées et transformations sociales du rapport à la maladie, Rapport final, ANRS : 161 p.
- VIDAL L., ESSE C., GADOU D. ET KPONHASSIA G., 2001, "Les professionnels de santé face à l'Initiative Onusida : une étude qualitative (Abidjan, Bouaké, Côte d'Ivoire)", in Msellati P., Vidal L. & Moatti J.-P., (à paraître).

REMETTRE LA RELATION AU COEUR DE LA METHODE CLINIQUE, UNE PRIORITE POUR AMELIORER LA QUALITE DES SOINS

Pierre Blaise*

Améliorer la qualité de l'offre de soin dans les services de santé devient aujourd'hui une priorité pour la plupart des services de santé entraînés dans la vague des réformes à travers le monde. La perception que le problème tient en grande partie à l'interaction entre soignants et soignés est grandissante et la question se pose de savoir comment améliorer les relations au sein des services de santé pour améliorer la qualité des soins. Remettre la relation humaine au cœur de la méthode clinique, tel est, je crois, l'un des défis majeur à relever après deux décennies marquées par l'extension de la couverture sanitaire par des services de santé opérationnels et dominées par le management.

Au cours des deux décennies qui ont suivi la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires en 1978, la priorité est allée dans les pays en développement (PVD) à l'extension de couverture. Suite à la prise de conscience des contraintes financières pesant sur la pérennisation des services ainsi créés ou revitalisés, et aux difficultés rencontrées pour organiser la participation communautaire, l'Initiative de Bamako (IB) a été lancée puis progressivement généralisée en Afrique au cours de ces dix dernières années.

J'étais en Guinée en 1989 lorsque l' IB a démarré à travers la mise en œuvre du programme PEV-SSP (Knippenberg *et al.* 1997). Le bouillonnement d'idées et d'initiatives autour de cette aventure représentait une formidable opportunité d'apprentissage pour le jeune médecin engagé dans le développement que j'étais. Depuis le terrain, nous avons la perception que la rationalisation des services existants et à venir était la clé du succès. Le recours généralisé aux médicaments essentiels allait faire baisser le coût des traitements. La mise en œuvre de systèmes de gestion de stocks cohérents à l'échelle du pays ferait oublier les continuelles ruptures de stock. L'utilisation systématique des ordinogrammes¹ allait tout à la fois réguler la consommation des médicaments et garantir la qualité clinique des soins donnés par les agents de santé des formations périphériques. Le recouvrement des coûts garantirait la pérennité financière. La participation communautaire ainsi légitimée exercerait, avec la supervision, la pression nécessaire pour maintenir l'ensemble du dispositif. Restait le problème des pauvres, population cible revendiquée par l'IB. L'équité passerait sans doute, nous semblait-il, par la mise en place de mutuelles, et

* IMT, Anvers

¹ Appelés ici stratégies de diagnostic - traitement, ou protocoles thérapeutiques, ou encore guidelines.

d'ailleurs cela avait commencé. Lorsque la technique serait au point, on la généraliserait. Restait aussi le problème de l'hôpital, référence indispensable à la crédibilité des centres de santé: il fallait aussi le rendre fonctionnel. Mais on était sur la voie. En y adaptant les principes déjà à l'œuvre au premier échelon on finirait par aboutir à un système fonctionnel. C'était possible, c'était la bonne voie. D'ailleurs, les premiers résultats montraient que le premier échelon de soins fonctionnait déjà de façon à peu près conforme aux normes établies.

Et le miracle s'est produit. Certes en l'an 2000 la santé pour tous n'est pas réalisée mais quel chemin parcouru ! La Guinée est passée de 1% de couverture vaccinale dans la préfecture où je travaillais à près de 60% dans le pays (Levy-Bruhl et al. 1997). Après 3 ans, chaque sous-préfecture a son centre de santé. Les médicaments essentiels sont généralement disponibles. L'argent n'a pas été massivement détourné comme certains le prédisaient. Au Mali, la population ayant accès à un centre de santé est passée entre 93 et 96 de 3% à 25% et le processus s'accélère (Maiga et al. 1999). Au Zimbabwe, le taux de croissance de l'allocation de ressources en direction des districts périphériques passait à 180% (Manga, 1988), l'usage des médicaments essentiels y est la règle dans les services de santé, les étudiants en médecine ont en poche l'EDLIZ, le guide de prescription des médicaments essentiels. N'en déplaise aux oiseaux de mauvaise augure, le système qui a été mis en place il y a dix ans tient toujours dans de nombreux pays même si dans d'autres, balayés par des tourmentes, tout est à refaire.

Et pourtant !... Pourtant, les services de consultation curative censés répondre à la demande, restent sous utilisés, les taux d'utilisation plafonnent souvent entre 0,2 et 0,3 contacts par an et par habitant (Levy-Bruhl *et al.* 1997; Maiga *et al.* 1999), et de nombreux centres de santé sont constamment au dessous de 0,1 contact par an et par habitant. Après la mise en œuvre des projets vient le temps de l'évaluation. La question se pose alors, récurrente, de comprendre pourquoi, si dans une large mesure les services de santé semblent conformes aux normes planifiées, ils sont à ce point boudés par les populations ? Que s'est-il donc passé ? Est-ce le modèle proposé qui ne prends pas ? Est-ce la mise en œuvre qui s'est enrayée ?

Et si on avait oublié l'essentiel, l'essence même des soins de santé : l'humain ? Soigner, n'est ce pas d'abord et avant tout une affaire de relation humaine, une rencontre entre une souffrance, faite de douleurs certes mais aussi d'angoisses, de questions, et une compétence, elle aussi humaine, terriblement humaine avec ses propres angoisses et ses propres difficultés. Les évaluations, les études montrent que bien souvent les services de santé sont paradoxalement perçus comme hostiles, agressifs pour les patients. Si on leur en donne l'opportunité, ces derniers expriment le sentiment de ne pas être écoutés ni entendus, que leur avis, leur propre explication de ce qui leur arrive n'est pas considérée (Haddad *et al.* 1998). Ils ont le sentiment de n'être pas sujets mais objets d'une mécanique rationnelle

qui propose des réponses standardisées à leurs problèmes individuels complexes. Parfois même, il se plaignent d'avoir été agressés, insultés ou maltraités. Comment et avec quel objectif remettre la relation humaine au centre de l'offre de services de santé, telle est la question qui se pose aujourd'hui à la plupart des services de santé de part le monde aussi bien dans les pays en développement que dans les pays industrialisés².

Que l'on ne se méprenne pas ! Il ne s'agit pas simplement d'adapter l'offre de soins à la demande. Imposer le respect de la dignité du patient, améliorer la qualité de l'accueil, exiger la politesse, soigner la présentation sont bien évidemment importants. Ne serait-ce que parce qu'ils sont par eux même porteur de valeurs humaines, ces aspects méritent promotion. Les avancées dans ce domaine seraient d'autant plus les bienvenues qu'elles augmenteraient sans doute l'acceptabilité des services. Il en résulterait très probablement une satisfaction accrue, l'utilisation suivrait. Mais se contenter d'une telle approche dans le but principal de faire remonter les taux d'utilisation, afin d'être rassuré sur la pérennité du système, dans une logique marchande à court terme, ce serait manquer l'opportunité qui nous est offerte de reconsidérer en profondeur la démarche clinique de soins. Ce serait laisser passer l'occasion d'intégrer la relation, l'interaction soignant - soigné dans une véritable méthode clinique centrée sur le patient.

En effet, une méthode clinique recentrée sur le patient n'est pas seulement plus humaine, plus acceptable. Elle est en même temps plus performante, plus efficace. Elle est également plus adaptée aux services de santé de premier échelon. C'est là en effet qu'a lieu le contact initial, l'interface entre les services de santé et la population, entre les professionnels et les malades (ou malades potentiels) et leur problèmes de santé. Enfin, je suis persuadé qu'elle a une dimension universelle. Ce serait je crois une erreur de penser qu'il s'agit d'un luxe réservé à des institutions privées accessibles à des privilégiés ou à des pays riches. Mais au fait, cette méthode clinique centrée sur le patient, de quoi s'agit-il ?

C'est dans le domaine de la médecine de famille que le concept de "*patient-centred clinical method*" a été développé (Levenstein *et al.* 1986). En Afrique du sud, le département de Family Medicine de l'université de MEDUNSA, avec l'école canadienne de Family Medicine, a développé cette approche comme une méthode clinique à part entière (Henbest, 1989). Il s'agit essentiellement, dans l'interaction soignant-soigné, de reconnaître que l'un et l'autre ont chacun un agenda spécifique et différent. C'est accepter que le patient ne se présente pas avec une maladie, mais plutôt ressent un problème qu'il lie à sa santé, et qui compromet sa capacité de fonctionner comme il le désire dans son environnement physique, social, culturel, familial. Il sollicite une aide pour surmonter, résoudre ce problème. Le rôle du soignant c'est d'apporter une aide en mettant à disposition du patient

² Le recours croissant à des médecines alternatives dites douces, témoigne dans les pays industrialisés de l'insuffisance de globalité dans l'offre de soins allopathique.

des compétences, des connaissances et des ressources techniques qui vont lui permettre d'abord de mieux comprendre ce qu'il vit et ensuite de pouvoir y faire face, de façon efficace, efficiente et acceptable pour, possiblement résoudre, -ou au moins mieux vivre avec- son problème.

Dans l'approche clinique classique, biomédicale, celle à laquelle la plupart d'entre nous a été préparé au cours de ses études à la faculté et dans ces hauts lieux de la médecine que sont les hôpitaux, dans une approche biomédicale donc, l'exercice consiste pour le soignant à interpréter, décoder, traduire en symptômes et syndromes, et regrouper sous des entités nosologiques les plaintes brutes exprimées dans son langage par le patient afin de proposer une conduite à tenir. Le professionnel de santé procède ainsi à un tri, de ce qui est pertinent pour construire son raisonnement diagnostique. Il écarte ce qu'il ne juge pas utile à sa prise de décision. L'interaction, généralement sous le contrôle du soignant, consiste par des questions précises, généralement fermées à obtenir les précisions, les informations non livrées spontanément et qui sont nécessaires à son raisonnement. Il peut ainsi poser un diagnostic, proposer une thérapeutique, ce qui n'exclut pas d'ailleurs éventuellement de conclure à l'absence de pathologie. Dans ce dernier cas le soignant peut alors rassurer son patient en lui expliquant que sa souffrance, pour lui, soignant, ce n'est "rien" , qu'il n'y a donc pas lieu de s'inquiéter!... Bien évidemment, malgré le caractère parfois policier de "l'interrogatoire", une telle approche n'est pas antinomique avec le respect de la dignité, avec l'expression de la compassion. Une attitude bienveillante, respectueuse et un sens de la communication de la part du soignant contribuent d'ailleurs, c'est démontré, à une meilleure compliance.

La méthode clinique centrée sur le patient va cependant bien au-delà. Il s'agit de partir du postulat que la différence entre les priorités du patient et du soignant n'est pas une contrainte qu'il faut gérer mais plutôt que chacun des deux agendas font partie intégrante du processus et doivent tous les deux être explicités au cours d'un processus de facilitation. La technique repose sur l'identification par le soignant, des indices³ offerts par le patient dans son discours et au cours de l'examen clinique (Fehrsen and Henbest, 1993). Ces indices sont considérées comme autant d'opportunités pour le patient d'explicitier son problème dans toutes ses dimensions physiques, psychologiques, sociales et ce autant pour lui même que pour le soignant qui l'écoute et intègre l'information dans son raisonnement clinique.

Au cours de ce processus de facilitation, le soignant saisit les allusions offertes et relance le discours par des questions ouvertes et de la façon la moins directive possible afin d'approfondir la mise à plat des problèmes. L'objectif de cette mise à plat interactive est

³ Clues en anglais

non pas d'arriver à un diagnostic mais de procéder à une évaluation conjointe⁴ de la façon dont le problème se présente dans les trois dimensions clinique (les symptômes), personnelle (le vécu du patient) et contextuelle (l'interaction entre le patient, son problème de santé, et son environnement). Cette évaluation conjointe amène à une négociation au cours de laquelle le soignant peut apporter les éclairages, les techniques qui vont alors permettre de prendre une décision partagée⁵. Cette dernière incluant souvent mais pas nécessairement une dimension thérapeutique. L'approche biomédicale classique et la méthode clinique centrée sur le patient se différencient essentiellement dans leur finalité, qu'il s'agisse de la finalité du processus d'interaction soignant - soigné ou de la finalité du processus de soin dans son ensemble. Dans l'approche biomédicale classique, la relation médecin malade est instrumentalisée afin d'obtenir une participation optimale du malade à la démarche tant diagnostique (précision de l'information) que thérapeutique (compliance) afin d'obtenir un bon résultat apprécié selon des critères biomédicaux et considéré comme la restauration d'un état de bonne santé défini par l'absence de maladie apparente.

La méthode clinique centrée sur le patient voit l'interaction soignant - soigné comme un processus de facilitation destiné à accroître la compréhension du problème par chacun des deux acteurs suivi d'un processus de négociation commune d'un plan d'action partagé. Ces deux processus, facilitation et négociation, sont de nature à accroître la capacité⁶ du patient à faire face à son problème y compris en mettant à sa disposition si nécessaire des informations, des compétences et les ressources existant au niveau des services de santé. Cette '*capacitation*' recouvre le concept "*d'enablement*" développé par Howie (Howie *et al.* 1998; Howie *et al.* 1999). Dans un tel paradigme, l'output de la consultation n'est plus une stratégie diagnostic - traitement mais la capacité retrouvée ou accrue par une personne de faire face à un problème qu'il perçoit comme affectant sa santé. L'*outcome* visé n'est plus la restauration de la bonne santé d'un malade, mais la restauration de sa capacité à fonctionner dans son corps, et dans son environnement selon les critères qui lui sont propres.

La promotion d'une telle approche pose alors trois questions: Est-ce pertinent dans le contexte des services de santé des pays en développement ? Est-ce possible d'opérationnaliser une telle approche ? Est-ce suffisant pour répondre aux problèmes de faible qualité perçue dans les services de santé ?

A la question de savoir s'il est pertinent de promouvoir une méthode clinique centrée sur le patient, la réponse est certainement oui. L'idée selon laquelle les habitants des PVD ne devraient souffrir que de maladies tropicales et de maladies "prioritaires" n'est

⁴ *Three stage mutual assessment* en anglais

⁵ *Negotiated plan* en anglais

⁶ *enablement* en anglais

pas acceptable. Je me souviens de mon étonnement lors des premières consultations en Guinée de la fréquence de ces symptômes mal définis, expressions de mal être, et pour lesquels la mise en évidence d'un parasite probablement innocent permettait de justifier une prescription qui sauvait l'honneur de la médecine moderne. Au Zimbabwe, où les services de santé sont bien utilisés, le recours au services de santé par les malades psychiatriques, la traumatologie résultant de la violence, la malnutrition des enfants, le sida chez des adolescents, les conséquences physiques des viols, des avortements clandestins représentent le sommet d'un iceberg de souffrance qui appelle à aller au-delà d'une réponse strictement biomédicale. En Afrique de l'ouest, lorsqu'on leur en donne l'opportunité, les utilisateurs des services expriment leur frustration de ne pas avoir été écoutés, entendus, compris (Haddad *et al.* 1998). L'association entre une approche centrée sur le patient et le sentiment d'avoir été entendu, compris, d'être en accord avec la décision clinique prise a été démontré dans les communautés pauvres et noires d'Afrique du Sud, une approche centrée sur le patient est également associée à la résolution des symptômes et à la levée de l'inquiétude (Henbest and Fehrsen, 1992). En Afrique, comme en Europe d'ailleurs, le recours simultané à la médecine moderne et à la médecine traditionnelle ou alternative représente probablement l'expression d'une demande de soins plus globaux.

A la question de savoir s'il est possible de mettre œuvre une telle approche, il me semble que c'est en essayant qu'on sera capable de répondre! En Guinée, au Mali, au Cameroun, au Zimbabwe, à Kasongo, ailleurs aussi très certainement, des professionnels de santé développent spontanément, naturellement une approche globale, centrée sur le patient. Mais sauf en de rare occasions⁷ il s'agit de concours de circonstance qui réunissent une personnalité particulière et un contexte favorable. Le challenge est de savoir si, au moyen d'une pédagogie adaptée, il est possible d'introduire une telle méthode avec une prédictibilité raisonnable du résultat en terme de capacité acquise par le personnel soignant. En Europe, une telle formation fait maintenant partie intégrante du curriculum du futur médecin généraliste. En Afrique du sud, plusieurs générations d'étudiants en médecine ont été exposés à la méthode clinique centrée sur le patient (Stewart *et al.* 1986) et un certain nombre d'entre eux pratiquent aujourd'hui la méthode dans leur fonction de "*family practitioner*" de district. La question est de savoir comment et avec quel résultat la formation et la pratique de la méthode sont applicables dans le contexte de services de santé qui fonctionnent avec des infirmiers au premier échelon. Il s'agit là d'une question de recherche.

A la question de savoir si l'introduction d'une telle méthode auprès des personnels soignants est suffisante en elle-même pour qu'elle soit pratiquée efficacement et

⁷ A Kasongo, le *role-model* joué par le superviseur a probablement été déterminant pour expliquer la pratique des soins globaux dans les centres de santé. Ce qui est également intéressant c'est que ce *role model* a continué de fonctionner par la suite sur plusieurs générations de personnel.

systématiquement et amène l'amélioration de qualité des soins escomptée, la réponse est non sans ambiguïté. Tout d'abord, même s'il est raisonnable de penser qu'il y a une forte demande non exprimée pour des soins plus personnalisés, il y a des circonstances dans lesquelles ils ne sont pas souhaités. De la part des patients d'abord : c'est le cas par exemple des maladies sexuellement transmissibles où il est compréhensible que la demande soit celle d'une thérapeutique discrète et efficace qui n'implique pas l'immixtion d'un personnel soignant dans la sphère privée. En réalité, dans ce cas, la méthode centrée sur le patient elle-même devrait mettre rapidement en évidence ce souci du patient et le respecter. Il y a également des situations dans lesquelles un personnel soignant peut être perçu comme n'ayant pas la légitimité sociale qui l'autorise à prendre en charge de façon globale un certain nombre de problèmes. Un jeune infirmier masculin, n'aura pas nécessairement la légitimité requise pour prendre en charge les problèmes d'infertilité du couple, les conseils pour l'accouchement donnés à une mère de famille nombreuse par une jeune infirmière sans enfants risque de n'avoir qu'une crédibilité restreinte.

De la part des soignants ensuite : il est clair qu'il est fort possible que le processus de mise à plat des problèmes de santé dans leur complexité psychosociologique se révèle déstabilisante à l'extrême pour des agents de santé qui ne disposent le plus souvent ni des moyens pour agir, ni d'un contrôle de l'environnement suffisant pour pouvoir apporter une réponse à la problématique qui leur est ainsi confiée. L'absence de relais sociaux avec lesquels les agents de santé peuvent partager les responsabilités représente un obstacle : à quoi bon tout un déballage si on ne sait pas quoi faire de tout ce qui est mis sur la table. Au Zimbabwe rural, devant un enfant mal nourri, dans une famille éclatée, depuis des années sans nouvelles du père émigré pour chercher du travail, avec une mère séropositive, des frères et sœurs qui seront livrés à eux-mêmes à la maison si une hospitalisation est imposée, la tentation est grande de cacher son impuissance derrière des critères de décision strictement médicaux. Et tant pis s'ils ne sont pas recevables par la mère de l'enfant, tant pis si on sait d'avance qu'une fois l'enfant renutri rien n'est en réalité résolu.

L'agressivité d'un personnel de santé vis-à-vis des patients peut également traduire un déficit d'identité professionnelle de la part du personnel soignant s'il peine à se faire reconnaître en tant que professionnel. Le refus de la part du personnel de santé d'engager une relation centrée sur le patient peut aussi refléter une volonté de distanciation afin de marquer la différence de classe sociale entre population de patients et personnel soignant (Jewkes et al. 1998) (Jaffre and Prual, 1994).

Il y a ensuite des conditions organisationnelles pour qu'une telle approche clinique soit possible. Une organisation des soins dans laquelle les activités sont morcelées à l'extrême n'est évidemment pas favorable à une approche globale et empathique. Une charge de travail excessive non plus, même s'il est démontré que bien maîtrisée, la pratique

d'une méthode clinique centrée sur le patient ne requiert pas plus de temps qu'une consultation classique conduite dans des conditions normales (Henbest and Fehrsen, 1992).

Remettre l'humain au cœur de la pratique médicale représente peut être le challenge du siècle qui commence. Il y a aujourd'hui un besoin exprimé de recentrer les soins sur le patient. La médecine de famille dispose d'une méthode clinique qui met la personne au cœur du processus de soins. Il y a peut être là une opportunité pour améliorer la qualité des soins. N'attendons pas la dernière décennie du siècle pour commencer

Bibliographie

- FEHRSEN G.S., HENBEST R.J., 1993, Expanding the patient-centred clinical method: a three-stage assessment, in search of excellence, *Fam Pract*, 10 : 49-54.
- HADDAD S., FOURNIER P., MACHOUF N., YATARA F., 1998, What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary health care services in Guinea, *Soc.Sci.Med.*, 47 : 381-394.
- HENBEST R.J., 1989, Patient-centred care: a review of the concept, *S.A.Fam Pract* : 454-463.
- HENBEST R.J., FEHRSEN G.S., 1992, Patient-centredness: is it applicable outside the West? Its measurement and effect on outcomes, *Fam.Pract*, 9 :311-317.
- HOWIE J.G., HEANEY D.J., MAXWELL M., WALKER J.J., 1998, A comparison of a Patient Enablement Instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations, *Fam.Pract.*, 15 : 165-171.
- HOWIE J.G., HEANEY D.J., MAXWELL M., WALKER J.J., FREEMAN G.K., RAI H., 1999, Quality at general practice consultations: cross sectional survey (see comments), *BMJ*, 319 : 738-743.
- JAFFRE Y., PRUAL A., 1994, Midwives in Niger: an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints, *Soc.Sci.Med.*, 38 : 1069-1073.
- JEWKESR., ABRAHAMSN., MVO Z., 1998, Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services, *Soc.Sci.Med.*, 47 : 1781-1795.
- KNIPPENBERG R., ALIHONOU E., SOUCAT A., OYEGBITE K., CALIVIS M., HOPWOOD I., NIIMI R., DIALLO M.P., CONDE M., OFOSU-AMAAH S., 1997, Implementation of the Bamako Initiative : strategies in Benin and Guinea., *Int.J.Health Plann.Manage*, 12 Suppl 1, : S29-S47.
- LEVENSTEIN J.H., MCCRACKEN E.C., MCWHINNEY I.R., STEWART M.A., BROWN J.B., 1986, The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine, *Fam Pract*, 3 : 24-30.
- LEVY-BRUHL D., SOUCAT A., OSSENI R., NDIAYE J.M., DIENG B., DE BETHUNE X., DIALLO A.T., CONDE M., CISSE M., MOUSSA Y., DRAME K.,

- KNIPPENBERG R., 1997, The Bamako Initiative in Benin and Guinea: improving the effectiveness of primary health care. *Int.J.Health Plann.Manage*, 12 Suppl 1 : S49-S79.
- MAIGA Z., TRAORE NAFO F., EL ABASSI A., 1999, La réforme du secteur santé au Mali, 1989-1996, *Studies in Health Services Organisation & Policy* (12) : 1-131.
- MANGA P., 1988, The transformation of Zimbabwe's health care system: a review of the White Paper on Health, *Soc Sci Med*, 27 : 1131-1138.
- STEWART M., BROWN J., LEVENSTEIN J., MC.CRACKEN E., MC.WHINNEY I.R., 1986) The patient-centred clinical method. 3. Changes, in residents performance over two months of training, *Fam Pract*, 3 : 164-167.

ETHIQUE RELIGIEUSE ET DEONTOLOGIE MEDICALE

Marc-Éric Gruénais *

En proposant cette intervention sur le thème "religion et santé", je voudrais contribuer au débat sur les registres de valeurs qui peuvent venir influencer sur le dialogue entre usagers des services de santé et personnels soignants. Les valeurs dont il sera question ici sont celles qui peuvent être associées à l'offre de soins des structures confessionnelles chrétiennes. S'interroger sur l'incidence des valeurs religieuses sur l'offre de soins peut nous ramener aisément au cœur de nos interrogations sur l'amélioration de la qualité des soins par l'amélioration de la relation entre personnels de santé et patients. Ce qui suit est une toute première ébauche d'une réflexion fondée sur des informations un peu disparates recueillies au Cameroun ; cette ébauche se voudrait également une invitation à développer des travaux sur un domaine important et qui reste, à ma connaissance, encore largement inexploré.

Une offre de soins confessionnelle de qualité ?

Aujourd'hui, très généralement, dans toute l'Afrique subsaharienne, les centres de santé confessionnels ont une bien meilleure réputation que les centres de santé publics ; cette opinion très positive des structures confessionnelles est très largement partagée, aussi bien par les usagers, que par certains administrateurs nationaux de la santé, ou encore par des représentants d'agence de coopération bilatérale ou multilatérale. Pourquoi tant d'opinions favorables à l'égard des structures confessionnelles ? L'offre de soins proposée par les centres de santé confessionnels est-elle toujours de meilleure qualité que l'offre de soins publique ? Mais que veut dire réellement "meilleure qualité" ?

Historiquement, "l'œuvre de santé" émanant des Églises chrétiennes est indissolublement liée à l'entreprise missionnaire, et l'offre de soins confessionnelle a eu incontestablement un effet non négligeable sur la structuration de l'offre de soins dans nombre de pays africains : jusque dans les années 1920, les administrations coloniales laissaient volontiers aux confessionnels la prise en charge de la santé des populations rurales, et nombre de régions encore très difficiles d'accès ne sont desservies que par des structures confessionnelles. Dès lors, les structures confessionnelles bénéficient d'une très importante légitimité historique. On peut alors se demander dans quelle mesure l'opinion

* IRD, Marseille

positive à l'égard des structures confessionnelles n'est pas due aussi en partie à une légitimité accordée *a priori*.

Nombre de réformes des systèmes de santé en cours dans plusieurs pays africains semble pouvoir donner l'occasion de réaffirmer encore un peu plus cette légitimité. En effet, actuellement, dans la réflexion menée sur l'amélioration des systèmes de santé en Afrique, les instances internationales (Banque mondiale, OMS, Union européenne, etc.) considèrent que toutes les structures de soins, privées et publiques, quel que soit leur statut, sont constitutives à part entière des systèmes de santé nationaux. Aujourd'hui, plus que jamais, le secteur privé bénéficie d'une opinion favorable au regard de la rigueur de sa gestion, contraint par la nécessité d'assurer lui-même sa pérennité. Les structures de soins privées amenées à participer aux systèmes de santé nationaux sont alors censées avoir les mêmes droits et les mêmes devoirs que les structures publiques. Or, s'il semble que les bailleurs de fonds expriment encore quelques réticences à traiter avec les représentants du secteur privé lucratif, en revanche, l'offre de soins confessionnelle, qui ressortit au secteur privé mais non lucratif, fait figure d'instance privée beaucoup plus "présentable". Aussi, par exemple, invite-t-on volontiers les personnels de santé travaillant dans le secteur privé confessionnel aux formations organisées dans le cadre de plans nationaux de développement sanitaire et largement financées par des agences de coopération du Nord.

Précisons également que l'offre de santé confessionnelle représente parfois un poids politique et financier tel que les pouvoirs publics sont contraints de considérer les Églises chrétiennes comme des interlocuteurs majeurs de la scène nationale. Le cas du Cameroun est à cet égard exemplaire : sur l'ensemble du territoire camerounais, selon les chiffres officiels, le secteur confessionnel offre 13 % des lits disponibles ; la présence du secteur confessionnel est inégalement répartie sur le territoire national et dans certaines régions du pays il occupe une place prépondérante, avec plus de 50 % des lits. Une estimation officielle portant sur la fin des années 1990 situe l'importance du financement du secteur confessionnel de la santé à près de 10 milliards de francs CFA par an, alors que la moyenne annuelle de l'ensemble de l'aide internationale dans le secteur de la santé pour la même période est de 6 milliards de francs CFA.

La proximité soulignée ci-dessus entre l'entreprise religieuse et l'entreprise sanitaire ne ressortit pas seulement à la qualité de l'offre de soins confessionnelle et à sa légitimité historique. Cette proximité apparaît à bien des égards comme une proximité "par nature" et non seulement liée à des contingences. Est-il nécessaire de rappeler ici que religion et guérison ont partie liée depuis la fondation du christianisme, et que ce lien "organique" se développe notamment en Afrique dans le cadre d'églises prophétiques, des mouvements de Réveil et autres renouveaux charismatiques. Rappelons également que les analogies entre carrière médicale et carrière religieuse sont aisées à établir – et sont d'ailleurs souvent faites – si l'on songe, par exemple, aux discours sur la vocation. Par ailleurs, nombre de pratiques médicalisées interpellent directement les convictions –

religieuses – des praticiens et des "croyants" (euthanasie, contraception, avortement, thérapies géniques, etc.). Enfin, s'il était besoin de donner une légitimité sociologique à cette interrogation sur le lien entre religion et médecine, on pourrait évoquer les développements de E. Freidson faisant du médecin une figure emblématique de "l'entrepreneur de morale", s'adressant à des "profanes", et établissant à cet égard un parallèle entre le médecin et le leader chrétien ¹. Une des questions qui se pose est de savoir notamment si les parallèles ainsi établies relèvent de la métaphore ou s'il existe une relation véritablement consubstantielle entre certaines valeurs qui viennent informer les pratiques médicales et les pratiques religieuses.

Toutes ces raisons (meilleure réputation des structures confessionnelles, légitimité historique ancienne, nouvelle légitimité conférée par la tendance néo-libérale caractérisant l'aide développement, poids financier et politique, proximité des valeurs médicales et religieuses) illustrent combien une interrogation sur la nature de l'offre de soins confessionnelle est loin d'être anecdotique et peut contribuer au débat sur ce qui peut fonder la qualité des prestations offertes par des personnels de santé. S'interroger sur ce que les structures confessionnelles offrent de plus, c'est aussi s'interroger sur ce qui peut venir influencer et améliorer une déontologie souvent malmenée dans la plupart des structures de soins. Plus précisément, que faut-il au-delà des connaissances techniques, pour que les actes médicaux soient posés dans le respect de l'utilisateur ? L'adhésion à des valeurs qui vont au-delà du savoir-faire, en l'occurrence l'adhésion à des valeurs chrétiennes, constitue-t-elle un élément déterminant pour une meilleure attention accordée à l'utilisateur, en faveur d'une déontologie plus affirmée, et, partant, pour une amélioration de la qualité des soins ?

Les structures confessionnelles ont meilleure réputation que les structures publiques, avons-nous dit ; qu'est-ce que les structures confessionnelles offrent de plus que les structures publiques ? Répondre à une telle question n'est pas aisée et demanderait une étude beaucoup plus systématique que celle qui fonde mes propos, je peux néanmoins faire quelques remarques à ce sujet. Les situations observables en Afrique dans les structures de santé publiques sont désormais bien connues et décrites : petite corruption, racket, violence, mauvais accueil, etc., ponctuent assez généralement les relations qui s'instaurent entre usagers et personnels de santé dans des structures caractérisées par le délabrement de leur équipement et l'absence d'hygiène, alors que ces situations seraient moins répandues dans les structures confessionnelles. Il n'est pas aisé, à l'heure actuelle, d'apprécier réellement l'ampleur différentielle de ce type de phénomène dans les structures publiques et les structures confessionnelles. Cependant, certaines observations tendent à montrer que parfois structures confessionnelles et structures publiques diffèrent peu à cet égard ; à l'instar des secondes, les premières peuvent être tout aussi vétustes avec des personnels dont les comportements ne se caractérisent pas toujours par la probité, ainsi cette description à propos d'un hôpital confessionnel urbain au Cameroun : "Quelques-uns des

¹ E. Freidson, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984 (pour la version anglaise, 1972).

patients hospitalisés ne reçoivent pas régulièrement leur traitement et leur état n'est pas surveillé par le personnel paramédical ; ceux qui arrivent nouvellement dans le service sont ignorés ; lorsqu'une perfusion doit être enlevée, c'est le garde-malade qui est chargé de retirer lui-même l'aiguille. Des malades sont refoulés à l'entrée de l'hôpital ou à l'accueil, pour la simple raison qu'ils n'ont pas leur carte de malade sur eux. Un commerce parallèle de médicaments... se développerait depuis longtemps au sein de l'établissement... les règles de base en matière de salubrité ne sont pas respectées..."². Aussi, il existe des centres confessionnels qui délivrent des soins de mauvaise qualité ou, si l'on préfère une autre formulation, il ne suffit pas qu'une structure de soins appartienne au secteur confessionnel pour que les services délivrés soient de bonne qualité³.

Reconnaissons cependant que bien souvent, les structures confessionnelles semblent offrir des prestations de meilleure qualité ; mais des raisons "objectives" peuvent sans doute venir expliquer les raisons de la qualité du service. Des structures périphériques telles que des hôpitaux de district ou des centres de santé de première ligne comptent parmi leurs personnels des techniciens de haut niveau, voire des expatriés. De plus, les structures confessionnelles sont certes privées mais parfois largement subventionnées par des Églises du Nord, notamment pour le fonctionnement courant des centres et pour la rémunération des personnels. Elles peuvent aussi bénéficier d'un approvisionnement en médicaments tout à fait satisfaisant ; ainsi, toujours au Cameroun, le service catholique de la santé dispose de son propre réseau d'approvisionnement en médicaments, indépendant des structures nationales. Dès lors que l'on dispose de personnels formés, régulièrement payés, bénéficiant de l'encadrement de spécialistes, dans des structures subventionnées et disposant d'équipements et de médicaments, il est beaucoup plus facile d'offrir des soins de qualité. La bonne qualité des soins délivrés par les structures confessionnelles peut aussi sans doute s'expliquer en grande partie par un fonctionnement "normal" du système de santé confessionnel comparé au dysfonctionnement du secteur public, que par l'engagement religieux des personnels. Ce qui nous amène alors à poser la question (à infirmer ou confirmer) de savoir dans quelle mesure les structures confessionnelles qui dispensent des soins de qualité ne sont pas surtout celles qui bénéficient d'une aide directe des Églises du Nord, et éventuellement qui bénéficient du service d'expatriés ?

Si le système de soins confessionnel offre des services de meilleure qualité que le système public, cette offre peut parfois être partielle. Toujours au Cameroun j'ai pu constater que certaines structures confessionnelles de première ligne ne délivraient pas

² M. Nkoa Steinmetz, *Aspects organisationnels des hôpitaux et éléments de gestion des ressources humaines. Étude comparée du secteur public et du secteur privé confessionnel au Cameroun*, Mémoire pour l'obtention de la maîtrise en sciences sociales, Yaoundé, Université catholique d'Afrique centrale, juillet 2000 : 72.

³ Bien plus, comme j'ai pu le montrer à propos du sida, se référer à des valeurs religieuses chrétiennes, certes dans le cadre d'églises de type prophétique ou néo-traditionnelles, peut participer à une dynamique d'exclusion des patients (Cf. M.E. Gruénais, "La religion préserve-t-elle du sida ?", *Cahiers d'Études Africaines*, 154, XXXIX (2), 1999 :253-270.

l'ensemble des activités prévues dans le paquet minimum d'activités du fait d'un personnel insuffisamment qualifié, le personnel de ces structures étant formé par une école de soins infirmiers privée confessionnelle et non par l'enseignement public. Plus précisément, certains de ces centres de santé qui, pourtant, proposaient des consultations prénatales n'étaient pas censés réaliser des accouchements faute d'infirmier accoucheur, et cela contrairement aux recommandations de la politique nationale de santé. En d'autres termes, il était entendu que les femmes enceintes relevant de ce type de centres de santé, régulièrement suivies, conseillées et informées sur les risques (ou l'absence de risques) liés à leur grossesse accouchaient à domicile. Sans vouloir ici aborder des questions d'éthique, on peut néanmoins se demander si effectuer une bonne surveillance prénatale mais laisser les femmes accoucher correspond à une offre de soins de qualité.

Quelques caractéristiques de la pratique médicale confessionnelle.

Je rappelais ci-dessus combien était forte la légitimité de l'offre de soins confessionnelle, en particulier en raison de la force du lien entre entreprise missionnaire et entreprise sanitaire depuis la fin du XIX^{ème} siècle. Il est bien connu que dès la fin du XIX^{ème} siècle, outre l'évangélisation, les missionnaires (protestants et catholiques) s'adonnaient à deux activités principales : éduquer et soigner. D'ailleurs, jusque dans les années 1930, les administrations coloniales laissaient volontiers aux missionnaires l'activité de soins aux populations habitant des zones reculées. A cet égard, il serait légitime de s'interroger sur la mesure dans laquelle l'offre de soins (comme l'offre d'éducation) par les missionnaires a contribué à la conversion, ou du moins à l'adhésion des populations aux christianismes.

Il faut également préciser que cette offre de soins confessionnelle bénéficie d'une très grande légitimité auprès des élites africaines. En effet, nombre de cadres, de directeurs de l'administration, voire d'hommes politiques actuellement en fonction ont été formés dans des établissements confessionnels. Il en est d'ailleurs souvent de même des personnels de santé de tout statut. Les cadres faisant partie de l'administration centrale envisagent en général plutôt favorablement toutes les activités du secteur confessionnel. Ils ne voient par exemple aucun inconvénient à la présence de personnels religieux dans les structures de soins publiques, d'autant moins que ces personnels religieux sont bénévoles ou du moins n'émargent pas au budget de l'État ; ces personnels religieux, comme j'ai pu le constater à plusieurs reprises, sont parfois reconnus comme "majors" de la structure de soins et supervisent alors l'activité des personnels de la fonction publique, avec l'assentiment des administrations centrales de la santé. Ainsi, des cadres de l'administration centrale pourraient être particulièrement bienveillants à l'égard de toute entreprise religieuse en raison de leur atavisme chrétien.

L'offre de soins confessionnelle bénéficie ainsi d'une légitimité endogène, si l'on peut dire, mais aussi exogène. En effet, les partenaires du Nord les plus influents, représentants d'agences de coopération bilatérale et multilatérale, acteurs directs (en tant qu'assistants techniques en charge d'un projet spécifique) ou indirects (agissant uniquement comme bailleurs de fonds) des projets de développement, sont en général surtout de culture chrétienne. Ils peuvent souvent se montrer eux aussi plutôt favorables à appuyer les initiatives de développement liées à une église chrétienne en Afrique, et il ne faut sans doute pas minimiser la puissance des réseaux chrétiens dans l'aide au développement. Quelques exemples. L.P. Aujoulat, qui participa au gouvernement de la IV^{ème} république comme Secrétaire d'Etat à la France d'Outre Mer, fut le fondateur de l'Association de laïcs universitaires et chrétiens et missionnaires (Adlucem) qui œuvra beaucoup pour le développement sanitaire au Cameroun. Au sein du conseil d'administration d'une fondation qui soutient une importante action sanitaire, éducative et de développement agricole au nord du Cameroun siégeait des grands commis de l'État français, dont un ancien patron d'EDF qui fut également ministre en son temps. La Coopération française semble parfois particulièrement bien attentionnée à l'égard de demandes émanant d'institutions catholiques. En Centrafrique, la Coopération allemande appuie une institution dont les activités sont essentiellement tournées vers les jeunes et en particulier vers des activités de prévention ; ou encore, c'est une église catholique japonaise qui affecte un médecin et offre tout le soutien logistique à un centre de prise en charge des personnes infectées par le VIH. Les exemples pourraient être multipliés à l'envi. Ce constat amène à poser de nouveau la question, difficile à trancher, de savoir si certaines structures, plus ou moins liées à une Église, bénéficient d'une aide importante parce qu'une évaluation a permis d'attester que leurs personnels manifestent une plus grande probité effective, une meilleure utilisation des fonds, et une meilleure technicité, ou, si, parce que ces structures manifestent un lien avec une Église, elles bénéficient *a priori* d'un jugement positif qui favorise l'aide. Étant donné la très forte légitimité endogène et exogène des institutions chrétiennes, le sens critique à l'égard de l'offre de soins confessionnelle n'est-il pas quelque fois moins aigu, par exemple lorsque cette offre de soins ne se conforment pas aux directives nationales, qu'à l'égard des structures publiques en Afrique ?

L'action sanitaire des missionnaires se caractérisait par une proximité beaucoup plus grande que l'action sanitaire de l'administration coloniale, qui était davantage centrée sur l'hôpital. Encore aujourd'hui les Églises chrétiennes soutiennent des actions sanitaires dans des zones très reculées qui ne sont guère desservies par des structures publiques, et l'offre de soins reste souvent davantage délivrée dans des dispensaires que dans des hôpitaux. Entreprendre des actions de proximité, c'est aussi mener des actions avec et au plus près des populations pour qu'elles se prennent en charge elles-mêmes. A cet égard, certains hagiographes de l'œuvre missionnaire ou encore certains prêtres médecins n'hésitent pas à affirmer que l'œuvre de santé chrétienne annonçait les politiques de

prévention ou de soins de santé primaire recommandées par la suite par l'OMS ⁴. Il est vrai que former des agents de santé villageois, ainsi que des tradipraticiens et des accoucheuses traditionnelles, parfois recrutés prioritairement parmi les catéchistes ou les membres de la chorale de l'église, caractérisa aussi parfois l'action sanitaire missionnaire. Sans doute, dans certains endroits, l'œuvre de santé chrétienne a-t-elle contribué, et parfois continue de contribuer, à former "sur le tas", des auxiliaires de santé, des "leaders de la communauté", des tradipraticiens et autres accoucheuses dites traditionnelles, soit des acteurs non professionnels de la santé, dont l'action réelle est impossible à évaluer, et qui n'ont guère à rendre des comptes (au sens de *accountability*). Rappelons qu'aujourd'hui cette stratégie d'identification et de formation de "spécialistes" de la santé issue de la "communauté" est largement remise en question.

De la proximité de l'action missionnaire naît également une connaissance approfondie des populations qu'il convient de desservir, et aussi une sensibilité particulière à certaines pratiques populaires qui peuvent parfois être jugées incompatibles avec certaines valeurs religieuses. On pense ici évidemment à des attitudes de refus de certains missionnaires ou de sœurs, aux temps héroïques de l'évangélisation, de soigner des individus qui montraient, par exemple par le port d'amulettes, un trop grand attachement à des pratiques "fétichistes" ⁵. Mais cette "connaissance du milieu" des acteurs de l'œuvre de santé chrétienne, peut aujourd'hui, comme j'ai pu le constater, conduire à anticiper certains comportements supposés des populations : éviter d'hospitaliser dans la même pièce des patients de deux groupes distincts dont on sait qu'ils sont traditionnellement ennemis, ou isoler des patients qui présentent tous les symptômes évocateurs de l'infection par le VIH parce que le sida fait peur à des populations peu éduquées. Dès lors, proximité et sensibilité particulière aux pratiques populaires peuvent parfois conduire à une anticipation culturaliste qui influe sur les prestations offertes.

Dès lors, tout naturellement, lorsqu'une action de santé, aussi technique semble-t-elle, s'opère dans un cadre lié au secteur confessionnel, des valeurs caractéristiques de l'activité religieuse ne sont jamais très loin. Parfois, les valeurs religieuses peuvent primer sur les compétences techniques et les évidences médicales. Par exemple, dans le domaine du recrutement des personnels et de l'organisation du travail, "Les critères de sélection apparaissent plus proches de la doctrine chrétienne que d'une stratégie de l'emploi en adéquation avec les contingences auxquelles l'hôpital doit faire face...", comme l'illustre le cas d'une personne dans une structure protestante camerounaise, proche de la retraite, "choisie pour ses qualités humaines et son engagement dans l'Église. Son rôle [était] d'encadrer le personnel et d'assurer la discipline mais au-delà de cette mission très

⁴ On en trouvera quelques illustrations dans J. Pirotte & H. Derroitte (eds.), *Churches and Health Care in the Third World. Past and Present*, Leiden, E.J. Brill, 1991.

⁵ Cf., par exemple, T.O. Ranger, "Godly medicine : the ambiguities of medical mission in South East Tanzania", *Social Science and Medicine*, 15 B, 1981 : 261-277.

générale, elle ne [connaissait] précisément ni ses attributions, ni ses pouvoirs" ⁶. On peut aussi évidemment citer le refus de certains centres de santé confessionnels de mettre en œuvre des aspects des programmes de planning familial reconnus nationalement et internationalement, opposant par exemple à l'usage des contraceptifs chimiques, les méthodes "naturelles" d'espacement des naissances.

Enfin, le lien organique, et finalement indissociable, entre le religieux et le médical qui finit par transparaître de toute œuvre médicale confessionnelle pourrait constituer un terrain particulièrement favorable pour la mise en valeur de guérisons spirituelles. Au Congo, nombre des médecins, membres d'une association médicale chrétienne, déclaraient combien il était nécessaire d'associer la prière à la médecine, affirmant qu'ils n'hésitaient pas à prier avant le début des consultations et lorsqu'ils avaient affaire à des cas difficiles, pour accroître ainsi l'efficacité des soins qu'ils pouvaient prodiguer. Parfois, comme j'ai pu l'observer dans un hôpital confessionnel au Cameroun, une séance de prière collective des personnels de santé et des patients est organisée quotidiennement au début de la journée de travail, et de la musique religieuse est diffusée toute la journée dans la salle d'attente. Dans un autre centre de santé confessionnel, d'obédience protestante mais non dénominationnel ⁷, qui disposait d'un plateau technique très satisfaisant, on pouvait remarquer que chaque porte de la structure était ornée de versets de la Bible et du Coran. Le responsable de cette structure, un chirurgien américain blanc, affirmait avoir été guidé dans le choix du site de son hôpital dans une zone islamisée par l'Esprit saint. D'une manière générale, les observations réalisées au Cameroun montrent qu'un pasteur n'est jamais loin des structures confessionnelles protestantes en milieu rural. Dès lors, un prosélytisme plus ou moins patent selon les structures ne semble jamais totalement absent de l'entreprise sanitaire confessionnelle.

En Afrique centrale, les Églises "historiques" (Église catholique romaine, Église évangélique, Église presbytérienne notamment) doivent aussi faire face aux adhésions (pour ne pas parler de conversion) de plus en plus prononcées de leur "clientèle" potentielle à différents mouvements charismatiques et pentecôtistes dont la fonction affichée est la guérison spirituelle. Mais certains responsables de ces Églises historiques, à cet égard, ne sont pas toujours en reste, si l'on considère, par exemple, le cas de Mgr Milingo, archevêque de Zambie, un des leaders africains du Renouveau charismatique qui est entré en conflit avec le Vatican pour cause de "ministère de guérison" ⁸, ou, de manière moins spectaculaire, les écrits du père jésuite E. de Rosny qui souligne toute la compatibilité existante entre certaines pratiques de guérison africaine et le message de la foi chrétienne ⁹. Le recours aux structures de soins semble donc s'organiser dans un

⁶ M. Nkoa Steinmetz, op. cit, p. 54.

⁷ Appellation reconnue pour désigner un « mouvement » qui refuse tout lien avec une Église.

⁸ Cf. G. ter Haar, *L'Afrique et le monde des esprits*, Paris, Karthala, 1996.

⁹ Cf. par exemple, E. de Rosny, *L'Afrique des guérisons*, Paris, Karthala, 1992.

contexte général favorable aux "guérisons spirituelles" dessiné tant par les Églises historiques que par les "nouveaux mouvements" religieux, et on peut se demander dans quelle mesure ce contexte n'est pas particulièrement propice à répondre à certaines attentes de populations sans doute alors aussi attirées par la religiosité émanant des structures confessionnelles.

Laïciser la réflexion sur l'amélioration de la qualité des soins

L'offre de soins confessionnelle semble en général de meilleure qualité que l'offre publique. Rappelons qu'il existe sans doute des raisons "objectives" explicatives de cette qualité : certains centres confessionnels disposent d'une aide financière, en personnel et en équipement parfois sans commune mesure avec les centres publics. Par ailleurs, cette offre de soins s'inscrit souvent dans un projet global qui dépasse les seules prestations sanitaires : il n'est pas rare de voir associées à l'offre de soins des initiatives en faveur de la scolarisation ou du développement agricole ; l'édification d'un dispensaire peut aussi entrer dans le projet politique d'une élite religieuse locale, comme j'ai pu le constater dans l'ouest du Cameroun en milieu musulman. De ce projet global n'est évidemment pas absent, sinon un certain prosélytisme, du moins une affirmation de la religiosité de l'initiative. Dans un langage de santé publique, on pourrait alors avancer que l'offre de soins confessionnelle manifeste à sa manière une plus grande attention à "l'intégration" et à la "globalité des soins" que les structures publiques.

Les valeurs positives habituellement attribuées aux milieux confessionnels (dévouement, compassion, etc.), et dont on déplore l'absence dans les structures publiques, sont-elles toujours aussi manifestes lorsque, comme nous l'avons fait remarqué, incompétence des personnels, mauvaise gestion et pratiques de petite corruption s'observent dans des structures confessionnelles ? Par ailleurs, on peut parfois s'interroger sur la nature du dévouement et de la compassion censés caractériser l'offre de soins confessionnelle lorsque les préoccupations de santé publique semblent parfois céder devant la morale dans le domaine du planning familial, par exemple, lorsque des malades infectés par le VIH sont isolés, ou encore lorsque l'on contribue à valoriser une "offre de proximité" délivrée par des "acteurs de la communauté" (agents de santé villageois, accoucheuses "traditionnelles", tradipraticiens) dont on sait aujourd'hui qu'elle peut conduire à des pratiques dangereuses. Sans compter que des médecins, exerçant dans le secteur public, et affirmant à qui veut l'entendre leur adhésion au christianisme, peuvent délivrer des soins de très mauvaise qualité.

La question de savoir si les valeurs que l'on souhaiterait voir informer les pratiques des personnels de santé en général, et qui semblent souvent particulièrement absentes de l'offre publique, sont affirmées grâce à l'adhésion à certaines valeurs religieuses reste

entière. De même que la question des raisons de l'attraction particulière des populations pour l'offre de soins confessionnelle : est-ce toujours parce que la qualité technique des prestations est meilleure ou parfois, à qualité égale avec une offre publique, la religiosité de l'offre confessionnelle constitue-t-elle un atout important pour les usagers des structures de soins ?

Ces propos trop rapides n'avaient d'autre but que de souligner combien une interrogation sur la qualité de l'offre de soins confessionnelle, et sur les valeurs qui semblent la caractériser, doit aussi inviter à s'interroger sur les raisons de l'existence ou non de ces mêmes valeurs dans les structures publiques. Cependant, un tel questionnement, et c'est là le second point que je voulais souligner, ne doit certainement pas se concentrer sur les seules valeurs (religieuses, de compassion, de dévouement, etc.) mais aussi prendre toute la mesure des effets du système (financement, importance de l'aide, globalité du projet, etc.) sur l'amélioration de la qualité des soins, que la structure soit confessionnelle ou laïque.

LA SAGE-FEMME ET LE DOUANIER. CULTURES PROFESSIONNELLES LOCALES ET CULTURE BUREAUCRATIQUE PRIVATISEE.

Jean-Pierre Olivier de Sardan*

Nous voudrions ici, pour comprendre certains des "fonctionnements réels" des administrations africaines (lesquels, si l'on se réfère aux normes officielles, aux discours publics, et aux attentes des usagers, sont incontestablement des "dysfonctionnements") mettre en parallèle deux professions apparemment aux antipodes l'une de l'autre : celle de sage-femme et celle de douanier. Nous procéderons tout d'abord à une comparaison proche des données empiriques¹, pour déboucher ensuite sur une proposition de modèle exploratoire, tentant de d'interpréter les comportements des agents publics comme renvoyant à des normes pratiques et non comme un simple écart par rapport aux normes officielles. Deux composantes de ces normes pratiques seront analysées : les cultures professionnelles locales, spécifiques, et la culture bureaucratique privatisée, transversale.

Pourquoi ces deux professions ?

Tout les oppose à première vue. Le douanier opère dans un registre du contrôle et de la répression, alors que la sage-femme est associée à une délivrance, et s'inscrit dans le champ des soins, de la prise en charge², voire de la compassion. Du point de vue de l' "usager" l'apparition du premier est plutôt annonciatrice de mauvaise nouvelle, alors que la venue de la seconde signale l'inverse, même si dans les deux cas un fond d'angoisse est toujours présent : mais ces deux angoisses ne sont pas de même nature.

Les deux cultures professionnelles sont pour le moins différentes, et relèvent de cursus de formation complètement divergents. La fonction de douanier est centrée sur la

* IRD, Marseille

¹ Nous nous appuyons ici sur les résultats de deux programmes de recherche en cours de publication. Le premier, financé par l'UNICEF et la Coopération française, et coordonné par Y. Jaffré et J.P. Olivier de Sardan, est relatif à l'accès aux soins dans 5 capitales ouest-africaines, avec pour responsables nationaux Y. Diallo (Conakry), M. Koné (Abidjan), Y. Touré (Bamako), A. Fall (Dakar) et A. Souley (Niamey). Le second, financé par la Commission européenne et la DDC suisse, et coordonné par G. Blundo et J.P. Olivier de Sardan, porte sur la corruption dans 3 pays africains (en particulier dans les douanes, la justice et les marchés publics), avec pour responsables nationaux M. Tidjani Alou (Niger), N. Bako-Arifari (Bénin) et G. Blundo (Sénégal). Sur les méthodes d'enquête et certains premiers résultats, cf. Blundo & Olivier de Sardan, 2000 ; Jaffré, 1999

² Soins et prise en charge correspondent à l'association en anglais de *cure* et de *care*

répression des fraudes, elle renvoie à une culture juridique, mais aussi à un apprentissage de techniques policières, à la maîtrise de réglementations complexes, à des procédures de surveillance, de guet, de soupçon. La fonction de sage-femme est de type para-médical, focalisée sur l'assistance à l'accouchement : sa préparation (consultations pré-natales) et la détection éventuelle de risques, sa facilitation, son monitoring, certaines manœuvres en cas de problèmes mineurs, l'appel à des spécialistes en cas de problèmes graves, les premiers soins aux nouveaux-nés et à l'accouchée...

Et pourtant ces deux métiers sans commune mesure sont tous deux en Afrique l'objet d'une réputation exécrationnelle. Les discours quotidiens spontanés comme les entretiens d'enquête convergent : les sages-femmes sont très largement décriées, on leur reproche d'insulter les parturientes, de les mépriser, de les racketter ; quant aux douaniers, on les considère comme appartenant à une profession maudite, porteuse d'enrichissement aussi rapide qu'illicite, toujours prête à réprimer ou à extorquer.

D'une certaine façon ces deux professions entretiennent, semble-t-il, avec leurs "usagers" respectifs (et selon le point de vue de ceux-ci) des relations similaires : le douanier comme la sage-femme s'enrichissent à leurs dépens, ils les traitent avec morgue, ils peuvent tout se permettre car l'impunité leur est garantie, ils s'en prennent aux démunis et s'arrangent avec les riches et les puissants, et malheur à qui ne connaît ni douanier (pour qui fait du commerce) ni sage-femme (pour qui accouche) car seule la connaissance personnelle peut permettre de se tirer d'affaire avec eux... Cette vision fort pessimiste et désabusée est largement partagée, selon nos enquêtes.

Pourquoi donc ces deux "extrêmes professionnels" sont-ils ainsi rapprochés dans l'opprobre public ?

Des formes de "violence" et de "racket" ayant un air de famille

Les sages-femmes

Toutes nos enquêtes le montrent : les maternités sont, plus encore que les dispensaires et les hôpitaux, perçues comme des lieux de corruption, au sens large du terme ³. Et on retrouve, autour de l'accouchement, l'ensemble des dysfonctionnements relevés quotidiennement dans les centres de santé, mais quasiment "en pire". En fait, le parcours de la parturiente est aussi un parcours d'obstacles, où l'on peut identifier diverses séquences distinctes, qui sont chacune, de façon plus ou moins aiguë, des lieux de "frictions" entre d'un côté les personnels de santé (sages-femmes, mais aussi matrones,

³ Sur ce sens large, cf. à propos du « complexe de la corruption », Olivier de Sardan, 1999

aides-soignantes, infirmières, filles de salle, gardien) et de l'autre les usagers (parturientes, mais aussi accompagnantes et maris) : l'arrivée, l'attente avant l'entrée en salle de travail, la salle de travail, les suites de couches, la sortie. Nous prendrons comme exemple privilégié ici une séquence particulière, la salle de travail, et un lieu de friction spécifique dans cette séquence, ayant pour pivot le problème suivant : comment accélérer le travail ?

Face à une femme (en particulier les primipares), suspecte de ne pas "pousser" assez, les sages-femmes allient volontiers le bâton et la carotte. Le bâton, c'est la violence verbale (insultes du type "tu ne faisais pas tant de manières quand tu t'es fait mettre cet enfant"), parfois la violence physique (pour comprimer énergiquement le ventre), et la menace ("si tu ne pousses pas assez, on va t'envoyer à la maternité centrale"⁴). La carotte, c'est la proposition d'administrer "un sérum", c'est-à-dire en fait une injection par perfusion d'ocytociques (syntho) pour augmenter le rythme et la force des contractions, ceci contre rémunération. Autrement dit, les sages-femmes ont comme pratique courante de vendre, à titre personnel, une injection de syntho, bien au-delà des indications normales de ce produit⁵. Ces flacons, les sages-femmes se les procurent en les achetant elles-mêmes, pour les revendre aux "clientes".

Extrait du carnet de note d'une élève sage-femme, stagiaire, pendant la nuit du 2 au 3 mai, dans une maternité de Niamey :

Après l'accouchement de leur "passe" (protégée), la sage-femme, la fille de salle et l'infirmière se sont endormies. Après 1 heure du matin, nous (les stagiaires) avons au total 4 femmes en travail (...). A 5 heures 30, accouchement de Mme A d'un enfant de sexe féminin, né vivant, à terme. Cinq minutes après nous observons une vente, par la sage-femme, de syntho à une femme en travail. En fait c'est le reste du syntho acheté par une autre patiente. Après avoir reçu l'argent du produit, elle place la perfusion à la femme. Il est à remarquer que la sage-femme s'est réveillée uniquement parce qu'elle voulait vendre son syntho⁶.

Parfois le même flacon, dilué, est revendu en plusieurs "doses". Parfois la sage-femme "place" son produit avec la complicité des filles de salle, plus proches des parturientes. Parfois les "recettes" ainsi obtenues sont "mutualisées", au niveau de l'équipe de garde (qui, dans une maternité, est l'unité pertinente). Mais dans tous les cas l'objectif est clairement économique : c'est le meilleur moyen d'arrondir le salaire, et parfois de le doubler ou le tripler⁷. Mais "l'argument de vente", si l'on peut dire, joue sur la

⁴ La référence, qui est une indication thérapeutique décisive pour réduire la mortalité maternelle, est donc utilisée totalement à contre-emploi, comme menace : aller à la maternité centrale, cela signifie payer au moins 10 fois plus cher l'accouchement, et risquer une « opération » (la césarienne), redoutée par les femmes – non sans raisons parfois, vu les problèmes d'asepsie souvent rencontrés.

⁵ Cela n'est pas sans conséquence néfaste en matière de santé publique : alors que la prescription d'ocytocique doit être réservée à des indications très particulières, son administration quasi systématique développe les risques de rupture utérine

⁶ Cité in Souley, 2000 : 16-17

⁷ Sur Niamey, par exemple, le syntho est vendu entre 5.000 et 8.000. Si l'on estime que le bénéfice est de 4.000 à 7.000 (en fait plus, si le même flacon sert à plusieurs administrations), on a, pour une moyenne de

vulnérabilité des femmes en couches : accepter de payer pour accélérer le travail, c'est soulager l'angoisse, c'est souffrir moins longtemps, c'est éloigner la menace de l'évacuation ou de la césarienne...

Les douaniers

Plus encore au niveau de la douane, on a affaire à un parcours du combattant, où, de séquence en séquence, les occasions de friction, c'est-à-dire de ponction, se multiplient. On prendra ici aussi un exemple parmi bien d'autres : les contrôles effectués sur les routes, hors des postes de douane, par la brigade mobile (dite "la brigade"). Cette brigade a pour mission de non seulement de vérifier que les véhicules qu'elle intercepte ont des papiers de dédouanement en règle (établis aux postes réguliers), et donc ne contiennent pas de marchandise de contrebande, non déclarée, mais aussi de vérifier que ces dédouanements sont "normaux", autrement dit qu'il n'y a pas eu sous-évaluation de complaisance par les douaniers postés à l'entrée sur le territoire. Cette brigade a toute latitude pour réévaluer le montant des droits à payer et établir des redressements ou infliger des amendes.

Il y a normalement des "indications" (sondages aléatoires, motifs de soupçons, ou action sur renseignements) qui devraient borner les interventions de la brigade. Mais en fait celle-ci agit bien au-delà de ces indications, et utilise son pouvoir quasi discrétionnaire pour prélever un péage presque systématique sur tous les transporteurs qui passent à sa portée. Il suffit de menacer d'opérer un contrôle : celui-ci implique en effet un déchargement intégral pour fouille du véhicule, et une perte considérable de temps et d'énergie, même pour un camion "en règle", lequel n'a de surcroît aucune garantie que ses papiers ne seront pas contestés malgré tout. L'usage est donc de glisser, que l'on soit en règle ou pas, une certaine somme à la brigade. Les "convois" (camions groupés sous l'autorité d'un chef de convoi expert en arrangements avec la douane) ont leurs propres tarifs.

Les sommes recueillies, considérables⁸, sont en général "mutualisées" au niveau de la brigade, avec une redistribution d'une partie du gain vers les supérieurs hiérarchiques. Ici aussi, mais d'une autre façon, le "racket" profite de la vulnérabilité de l'usager, en prenant son temps en otage, et en jouant sur sa fatigue.

deux accouchements par jour, pour 15 jours par mois de service, un « revenu » mensuel supplémentaire allant de 120.000 à 210.000, pour un salaire officiel situé entre 50.000 et 90.000

⁸ 5.000 à 10.000 CFA par camion pour mettons 20 camions par jour, cela fait une "recette" de 100.000 à 200.000 CFA par jour, plus qu'un mois de salaire.

Brève comparaison

Bien sûr il s'agit de deux "formes élémentaires" de corruption profondément différentes. Le douanier est ainsi dans une logique de "péage", alors que la sage-femme joue sur une logique de transaction ⁹. Un point commun est certes que chacun met en œuvre un savoir spécialisé complexe, hermétique à l'usager moyen. Ce dernier, du fait de son ignorance, dans un cas du code de la douane, dans l'autre cas des techniques obstétricales, est d'emblée en position de faiblesse. Mais ces deux types de savoirs sont très spécifiques, sans aucun rapport entre eux, et ils renvoient à des univers techniques incommensurables.

Dans les deux cas les justifications avancées, celles qui servent de "support" ou de "légitimation" à la ponction, ont un fondement réel : il existe de vraies indications pour le syntho ; de même, certaines déclarations en douanes sont sous-évaluées, avec ou non la complaisance des postes-frontières. Mais dans les deux cas les pratiques réelles sont étendues démesurément au-delà du seul noyau admissible, pour devenir systématiques.

A première vue les victimes de ces pratiques sont seulement les usagers : le transporteur comme la parturiente sont l'objet d'un prélèvement indu, qui passe de leur poche dans celle du douanier ou celle de la sage-femme. Mais il y aussi un préjudice, certes annexe, subi par le "tiers-absent" ¹⁰, à savoir le service public, acteur invisible pour les parties, mais qui pourtant perd ainsi une partie éventuelle de ses recettes douanières (pour les cas de fraudes rendues possibles par la complaisance de la brigade) ou de ses recettes de santé. (pour les cas d'indications normales de syntho dont le produit aurait dû être fourni par les stocks publics, ou en raison des "casses" éventuelles entraînées par ces pratiques).

Mais surtout ces "formes élémentaires" de racket font partie, dans le domaine des douanes comme dans celui de la santé, d'un ensemble beaucoup plus général de dysfonctionnements et de pratiques plus ou moins illicites, de fait quasi banalisées. Il n'est aucune séquence de contact entre douaniers et usagers où l'on ne trouve, de façon généralisée, diverses formes d'"arrangements" ou de ponctions, toujours au bénéfice personnel du douanier, mais aussi parfois au bénéfice de l'usager (et alors aux dépens de l'État), que ce soit sous la forme de la création de files d'attente (engendrant donc des "raccourcis" ou des "passe-droit" payants) ou qu'il s'agisse de sous-évaluations "négociées" des marchandises. Ces pratiques illicites vont de la base (petite corruption systémique) au sommet (faveurs accordées pour raisons politiques ou clientélistes, ou grande corruption). Quant au secteur de la santé, il est lui aussi largement victime d'une

⁹ Nous avons, dans nos études sur la "petite corruption" en Afrique, identifié plusieurs "formes élémentaires" de corruption : la commission, le péage, la privatisation de l'acte, la gratification...

¹⁰ Cf. Meyer-Bisch, 2000

"privatisation" interne : surfacturations indues, ventes illicites de médicaments, consultations privées clandestines, détournements de matériels et de fournitures, utilisation du secteur public pour capter une clientèle privée, tout cela est monnaie courante, dans les maternités comme dans les dispensaires et hôpitaux.

Dans ces deux domaines aussi, on constate une attitude fréquente, pour ne pas dire dominante, de morgue et de dédain envers les usagers anonymes, que leur vulnérabilité permet semble-t-il d'humilier, d'ignorer, de mépriser à loisir. Les témoignages d'usagers sont le plus souvent accablants : "on ne nous regarde même pas", "on nous traite comme des animaux", sont des remarques fréquentes. Inversement, dès lors qu'on "connaît quelqu'un", le comportement change, voire s'inverse. Les relations avec un usager familial, ou simplement "recommandé" (par un ami, un collègue, un parent), redeviennent "humaines", parfois même sur-personnalisées : l'utilisateur est alors pris en charge avec égards, ou empressement. Il est à tous égards infiniment préférable, si l'on a affaire avec la douane ou avec la santé (et c'est vrai aussi des autres services publics), d'avoir en leur sein un "PAC" (parent, ami, ou connaissance). Diverses stratégies des acteurs visent d'ailleurs à se constituer ainsi une "relation" dans l'administration concernée. On voit donc des relations "dyadiques" permanentes s'instaurer : la femme enceinte parlera alors de "sa sage-femme", qu'elle consulte, parfois à domicile, et qui se rendra disponible quoi qu'il arrive pour l'accouchement, et le transporteur évoquera quant à lui "son douanier" dont il attendra la présence au poste de douane pour s'y présenter.

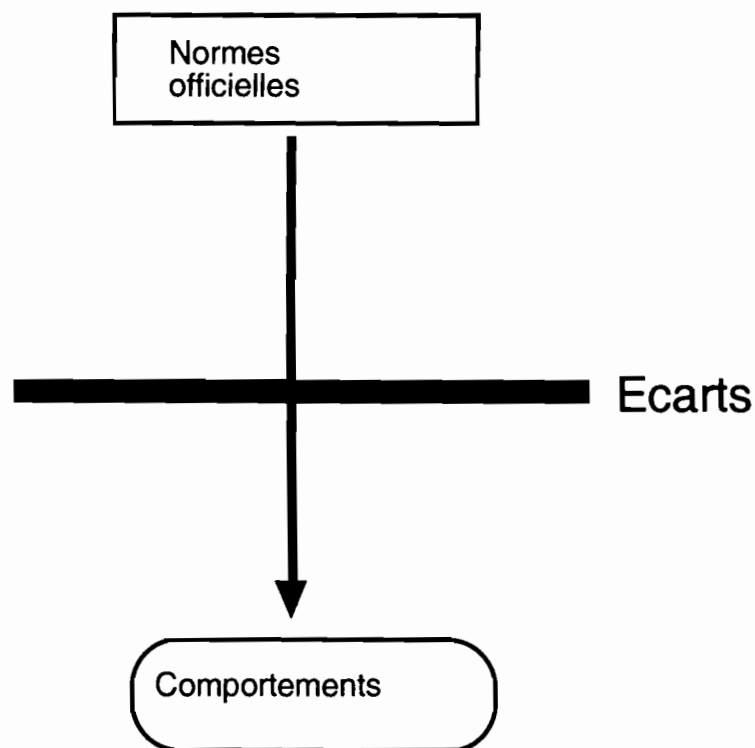
Bien évidemment les phénomènes ici évoqués vont bien au-delà des douanes ou des maternités, et concernent l'ensemble des administrations et services publics.

Proposition d'un modèle exploratoire

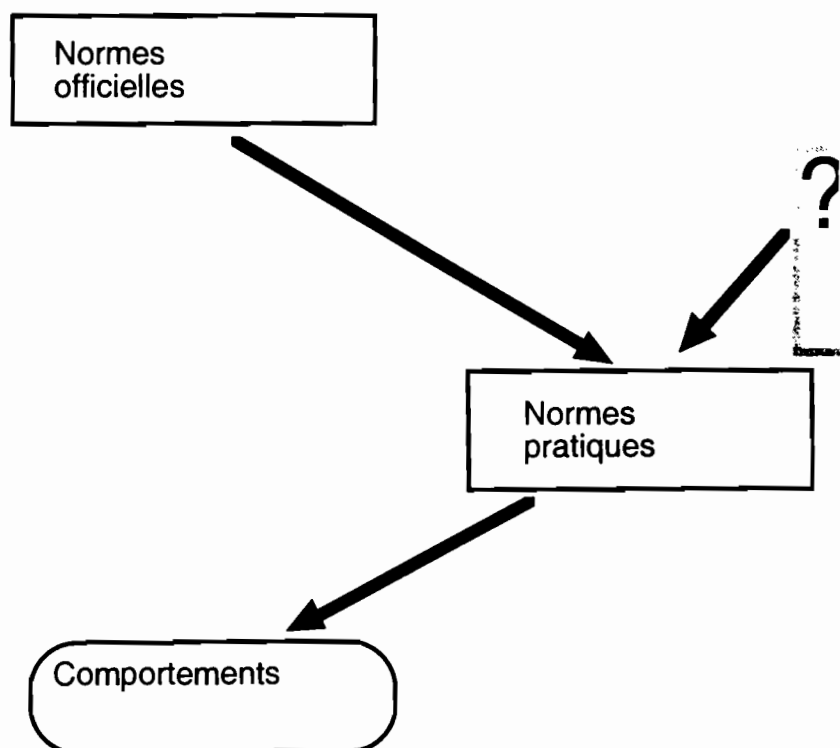
Nous voudrions rendre compte, par ce modèle, de la présence, dans les deux domaines considérés, à la fois d'éléments relevant de cultures professionnelles très spécifiques et sans commune mesure, et d'éléments renvoyant à une sorte de culture bureaucratique commune.

Préalable : normes et comportements

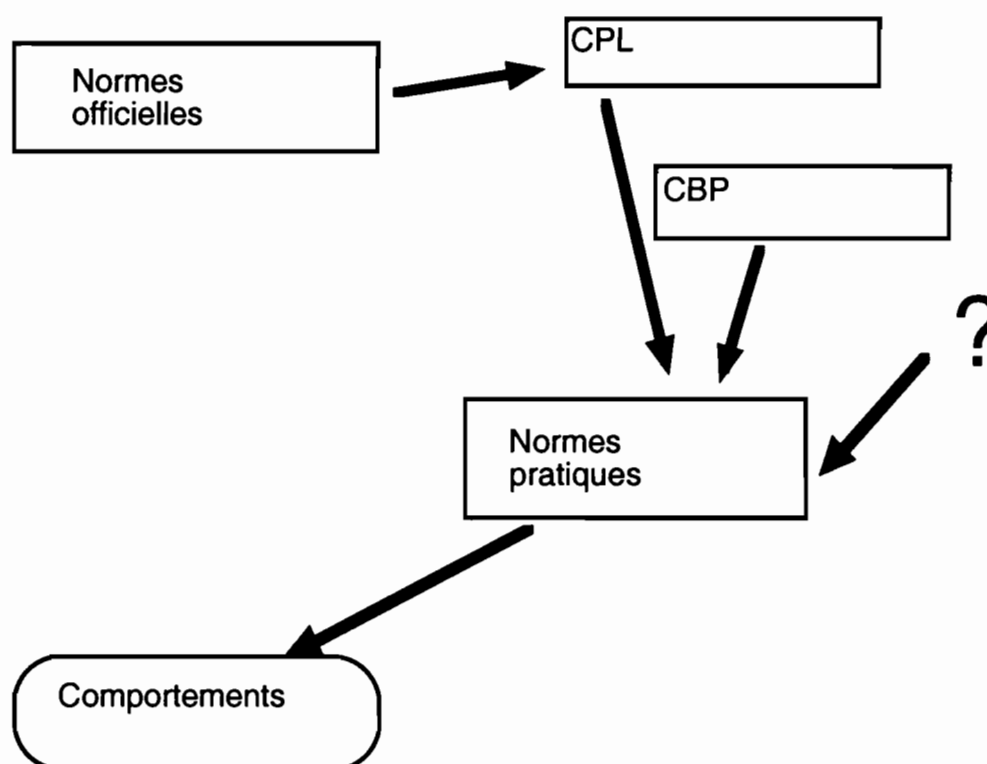
Selon un schéma linéaire encore souvent prévalent, les écarts constatés entre normes et comportements relèvent essentiellement d'une mauvaise "application" des normes, ou d'une insuffisante compréhension de celles-ci (le "message" est brouillé), et il convient alors soit de mieux surveiller l'application des normes (contrôle), soit de mieux en garantir la maîtrise par les acteurs (formation).



Nous préférons utiliser un schéma plus complexe, qui insère, entre les normes officielles et les comportements, un niveau de normes "pratiques". Les comportements réels ne sont pas simplement des déviations par rapport aux normes officielles, ils relèvent en fait d'autres normes, non dites, que l'on appellera normes pratiques. Autrement dit les comportements, dont on constate qu'ils ne suivent pas les normes officielles, ne sont pas simplement erratiques, non conformes, aléatoires, ils sont réglés par d'autres normes de fait, qu'il convient de "découvrir". Cette découverte est d'autant moins simple que ces normes pratiques ne sont pas nécessairement conscientes, connues des acteurs eux-mêmes.



Notre hypothèse, ici, portera sur l'existence de deux composantes de ces normes pratiques, que nous nous proposons d'appeler respectivement "culture professionnelle local" (CPL) et "culture bureaucratique privatisée" (CBP) ¹¹.



¹¹ Le rôle que joue la "pluralité des normes" en Afrique a déjà été signalé (cf. Berry, 1993 ; Chauveau, Le Pape & Olivier de Sardan, 2001). Mais les exemples analysés relèvent le plus souvent de domaines particuliers, comme le foncier, où divers types de légitimités et de recours nettement identifiés et "visibles" s'affrontent. Nous tentons ici d'explorer, avec l'administration, soumise officiellement à un seul type de normes, d'autres modalités, plus fluides et latentes, de cette "pluralité".

Les cultures professionnelles locales (CPL)

Chaque métier a ses compétences techniques et ses normes professionnelles officielles, qu'un système de formation spécifique (cursus professionnel, avec formation initiale et formations continues) a pour mission d'inculquer. Mais chaque métier est pratiqué de fait, localement, d'une façon quelque peu différente du modèle officiel, tout en incorporant de nombreux éléments de celui-ci, mais mêlés à des habitudes, des routines et des "tours de mains" correspondant à un "savoir-faire" spécifique, à des ajustements liés au site, au fonctionnement particulier de la structure, au système local de gestion, à la nature de la hiérarchie en place, aux relations entre collègues, aux contraintes contextuelles, matérielles, financières, etc. C'est cet ensemble composite que nous appellerons "culture professionnelle locale", ou CPL.

La CPL des sages-femmes en Afrique est marquée par un écart considérable entre la formation théorique reçue (souvent de type très scolaire), et les conditions d'exercice "réel" du métier ensuite, dans un contexte de pénurie grave de matériels et de médicaments. Les stages pratiques, en fin de formation, sont souvent un traumatisme : les stagiaires découvrent le "vrai" métier de sage-femme, loin de la sécurité aseptisée des cours : ce sont elles qui doivent subitement faire l'essentiel du travail, sous la surveillance souvent lointaine de sages-femmes du service, qui les insultent parfois lorsqu'elles les réveillent "pour rien". Ces stages, et les deux ou trois premières années d'affectation, constituent le lieu essentiel de la socialisation professionnelle, l'espace d'apprentissage de cette CPL. On y découvre comment se débrouiller avec tel ou tel médicament en rupture de stock, à travailler sans doigtiers disponibles, avec un tensiomètre en panne, et l'ambulance qui fait les courses du chef de service. On y apprend les trucs de métier, et aussi les "combines" plus ou moins tolérées. On y fait le tri entre certains gestes indispensables, et d'autres que l'on s'habitue à négliger. On s'y protège peu à peu contre la souffrance et la mort, on s'y défend de mieux en mieux contre les exigences excessives des parturientes et de leurs accompagnants, on s'habitue au dénuement et aux injustices, on en revient de ses illusions initiales, on commence à arrondir les fins de mois.

Cet apprentissage "sur le terrain", avec un mélange d'initiation et de désenchantement, les douaniers le font aussi au sortir de l'école des douanes, bien sûr dans des conditions totalement différentes, et pour aboutir à une CPL complètement différente, marquée par une culture de "corps en tenue", où cette fois-ci le tri s'opère au sein d'une réglementation complexe et changeante, entre ce qui est utile et ce qui est inutile, ce que l'on doit absolument respecter et ce avec quoi on peut prendre des distances ou que l'on peut négocier. Peu à peu on apprend les non-dits et les codes informels, les filières et les raccourcis, on commence à avoir ses "indics" et à savoir les manipuler, on noue des relations privilégiées avec tel transitaire ou tel commerçant, on acquiert un savoir-faire dans les rapports avec ses chefs ou avec ses subordonnés, on devine quels sont les

"ascenseurs" qu'il faut renvoyer, les services qu'il faut savoir rendre, les bénéfices auxquels on peut prétendre, on apprend à ruser et à transiger.

La CPL des douaniers et la CPL des sages-femmes sont évidemment totalement irréductibles l'une à l'autre.. Chacune combine trois ensemble d'éléments au moins : (a) des "traces" directes des normes et compétences officielles respectives, (b) des traces plus indirectes, toujours "adaptées" et "trafiquées", parfois "détournées" ; (c) un ensemble de comportements appris sur le tas, autrement dit de normes informelles produites localement, à la fois d'ordre "technique", d'ordre "relationnel", et d'ordre "économique" (on pourrait ici parler de "*coping strategies*", de "débrouilles").

Une CPL quelconque mixe d'ailleurs souvent divers corps ou statuts, formels ou informels : la CPL d'une maternité associe, autour des sages-femmes, les aides soignantes, les filles de salle, parfois des matrones ou des secouristes, chacun de ces "corps" pouvant de fait pratiquer les mêmes actes thérapeutiques, nouer des relations similaires avec les usagers, et développer les mêmes "combines". De même, un bureau de douane, c'est aussi des transitaires officiels ou clandestins, et des rabatteurs ou indicateurs (cf. *karen dwan*, "chien de douane", en langue hausa).

Le plus souvent la forme privilégiée que prend la CPL, c'est le service ou l'équipe (une maternité ou une équipe de garde ; un bureau de douane ou une brigade), avec, dans le système actuel de turn-over frénétique des administrations africaines, où les chefs de services restent rarement plus d'un an et où la valse des affectations ne s'arrête guère, une "permanence" de la CPL (c'est-à-dire une mémoire des habitudes, routines, et combines locales) qui est assurée paradoxalement par les petits personnels, souvent "bénévoles", et, eux, stables, car non affectables ailleurs.

On en arrive ici à des traits structuraux des services publics, qui renvoient quant à eux à une culture bureaucratique transversale aux différentes professions.

La culture bureaucratique privatisée(CBP)

Quels que soient les services publics ou les administrations concernées, un certain nombre de comportement récurrents se manifestent, dans la façon de travailler des fonctionnaires et leurs rapports avec les usagers ¹². On les regroupera sous les traits suivants :

¹² Nous laisserons de côté deux questions importantes, qui nous emmèneraient trop loin : d'une part celle de savoir si l'on retrouve une partie de ces comportements dans les entreprises privées ; d'autre part celle des "exceptions", à savoir les fonctionnaires – et il y en a – qui ont des comportements éloignés du modèle de la culture bureaucratique privatisée, soit parce qu'ils agissent plus près des normes officielles (fonctionnaires zélés, compétents, efficaces, intègres....), soit parce qu'ils s'en éloignent au contraire à l'excès (délinquance).

- Le "privilégisme"

Toute fonction bureaucratique implique un ensemble de privilèges, visibles et invisibles, qui sont au cœur de l'identité professionnelle. Les "avantages de fonction" (dont beaucoup sont informels, relevant de l'usage et non du droit, des situations acquises et non des conventions collectives) sont étendus autant que possible (et le plus souvent au détriment des "clients"), le "marquage" de la distinction entre le fonctionnaire et le vulgaire usager doit être affirmé, et la supériorité du premier sur le second sans cesse réaffirmée, l'espace professionnel est totalement approprié par les fonctionnaires (pour leur sociabilité personnelle) en excluant ainsi toute conception d'un espace partagé entre les agents publics et les usagers (l'usager est donc un gêneur), etc.

- La "privatisation interne"

Tout acte professionnel faisant normalement partie du cahier des charges d'un fonctionnaire n'est effectué avec zèle et célérité (et parfois même n'est effectué tout court) que si le fonctionnaire reçoit une rémunération privée de l'usager concerné. Un poste quelconque est donc évalué moins en fonction de son profil officiel, ou du salaire officiel qu'il procure, qu'en fonction des opportunités d'appointements "supplémentaires" (normalement illicites, mais devenus quasi routiniers) qu'il offre. Cette sorte de "privatisation interne" (il faut payer le fonctionnaire à l'acte) supporte aussi bien des stratégies de "survie" (par exemple avec les retards de salaires importants connus ici ou là) que des stratégies d'accumulation.

- Le clientélisme

Les affectations et promotions dans la fonction publique relèvent pour une très grande part du clientélisme, et en particulier du clientélisme partidaire. En fonction des multiples changements d'alliances au sein des majorités et des alternances éventuelles au pouvoir, les postes de tous ordres servent à remercier les militants, cadres, et financiers des partis, et leurs obligés, pour les services rendus. Il n'y a inversement que peu de promotions qui se fassent selon des critères de compétence et de technicité. Un effet très important de ce système est l'existence d'une impunité généralisée. Toute sanction pour faute professionnelle est très difficile à appliquer, le sanctionné pouvant le plus souvent faire appel à des protecteurs plus influents que le sanctionneur. Une démission rampante de la chaîne hiérarchique face à toute prise de risque ou tentative de réforme en découle. Un autre effet est que tout poste est censé procurer une "rente", dont le bénéficiaire est redevable au parti, ou au nominateur, ce qui crée une "dette" devant être payée ultérieurement en faveurs, en complaisances ou parfois en argent...

- Improductivité

Dans tous les services (et la santé, par exemple, n'échappe pas à la règle), la productivité du travail est particulièrement faible. Non seulement, les heures de présence officielles ne sont pas respectées (certains personnels soignants ne font assez souvent que 5 heures journalières au lieu de 8, par exemple), mais encore une partie non négligeable de la présence au travail est consacrée à des activités non professionnelles (sociabilité entre collègues ou visites privées). Cette improductivité est à la fois compensée et aggravée par la présence dans beaucoup de services de "bénévoles", personnels permanents mais non statutaires et non rémunérés, qui deviennent nécessaires au fonctionnement des services et reçoivent de menues gratifications "informelles".

- Déshumanisation et sur-personnalisation

L'inattention, le dédain et même le mépris envers les usagers anonymes, que avons évoqués plus haut à propos des maternités et des douanes, se retrouvent partout, dans l'ensemble des administrations et services publics. Mais, partout aussi, on constate inversement des parenthèses d'attention, d'égards et même de compassion, réservés pour l'essentiel aux personnes recommandées, et, parfois, à de rares anonymes chanceux.

Ces différentes caractéristiques de la CBP sont donc transversales aux divers domaines administratifs. Certains comportements des personnels de santé, qui choquent quiconque est habitué à ce que la santé constitue un univers autonome régi par des règles spécifiques, se comprennent sans doute mieux si l'on sait qu'il s'agit en fait de comportements largement répandus dans les autres services publics. Il faut pour que la CBP puisse se reproduire quotidiennement un environnement "favorable". En l'occurrence, c'est la crise générale de l'État en Afrique, voire sa déliquescence, qui a permis à la CBP de s'installer ou en tout cas de se développer ¹³. Les facteurs "favorables" sont bien connus : les multiples retards de salaires dans de nombreux pays, divers effets pervers des politiques d'ajustement structurel, la dérégulation des salaires à l'extérieur de la fonction publique, l'absence dramatique de moyens de fonctionnement, le caractère fictif des budgets, l'irresponsabilité des élites politiques, la corruption électorale généralisée...

Combinaisons des CPL et de la CBP ?

C'est évidemment par commodité analytique que nous distinguerons ce qui relève d'une CPL, et ce qui relève de la CBP. Par exemple, on pourrait déchiffrer dans l'absence de compassion et de prise en charge des malades par les personnels de santé cette double influence :

¹³ L'héritage colonial, ainsi que les séquelles de la guerre froide, des partis uniques et des régimes militaires y sont aussi pour beaucoup

- d'un côté une CPL qui a incorporé diverses "défenses" face aux exigences indues des malades ou aux risques d'une prise en charge qui devient vite sans limites, ou face à l'impuissance devant les souffrance ou la mort ;
- de l'autre côté, une CBP qui construit l'utilisateur anonyme comme tout à la fois un gêneur, un inférieur, et une proie.

De même, le rapport très particulier au temps que l'on constate chez les sages-femmes relèverait simultanément :

- d'un temps "technique" lié à la CPL (rythme des "gardes" nocturnes, temps trompeur du "faux travail", temps plus standardisé expérimentalement de la dilatation, temps normalisé du partogramme, etc.)
- d'un temps "bureaucratique" lié à la CBP (le temps illégitime de l'utilisateur est toujours une perturbation du temps légitime de l'agent)

Mais il y a évidemment d'autres éléments qui entrent en ligne de compte, et la question des "normes pratiques" ne peut se réduire aux deux seules composantes ici identifiées, CPL et CBP. Par exemple, le contexte social immédiat peut intervenir : dans un centre de santé rural, villageois, le poids des relations d'interconnaissance ("face to face societies") vient considérablement moduler la composante CBP, dans la mesure où l'infirmier, ou la sage-femme, ont comme clients des acteurs pour beaucoup connus, non anonymes.

D'autre part, les normes sociales venant de la société englobante interfèrent aussi, tantôt dans le même sens, tantôt en sens contraire. Les préséances statutaires (âge, genre, condition sociale) sont ainsi parfois respectées, parfois ignorées, dans les interactions entre fonctionnaires et usagers.

Conclusion

Le modèle proposé ici se veut exploratoire, et non explicatif. Il ne s'agit donc pas de présenter un système interprétatif "bouclé", mais de définir des lignes de pente permettant d'avancer dans la compréhension du "fonctionnement réel" des administrations africaines contemporaines, fort éloigné du fonctionnement "officiel" (celui des organigrammes ou de la langue de bois officielle) : pourquoi les agents du service public – et plus particulièrement ceux de la santé – agissent-ils comme ils le font ? Nous devons avoir comme postulat que ce sont tous des gens parfaitement "normaux" (autrement dit que nous-même, si nous étions à leur place, agirions de même), et que leurs comportements ne sont pas purement aléatoires, mais suivent un certain nombre de logiques, certes diverses,

mais relativement limitées en nombre, et qu'il nous faut identifier. En utilisant ici le terme de "culture", comme quasi équivalent à "normes pratiques", nous avons voulu insister sur l'exploration de ces logiques, c'est-à-dire de "représentations, normes et stratégies relativement partagées". On aura compris que c'est là une utilisation totalement non culturaliste (et donc ni traditionnaliste, ni déterministe, ni homogénéisante) du concept de "culture".

La compréhension de ces normes pratiques nous semble être un point de passage obligé de toute réforme. C'est en effet le seul moyen de pouvoir un jour répondre à cette question : quelles sont, parmi ces normes pratiques, celles qui sont modifiables, et dans quelles conditions ? Sinon, on continuera à ne s'appuyer que sur les normes officielles, pour tenter par tous les moyens de les inculquer encore et toujours aux acteurs administratifs, à coup de "projets", de stages, séminaires et autres formations. Le problème est que les "projets", stages, séminaires et autres formations sont depuis longtemps "récupérés" et "détournés" par les normes pratiques existantes, à la fois comme ressources supplémentaires à capter, et à la fois à l'intérieur d'une compétence généralisée en "double langage" qui est sans doute une importante composante commune aux cultures professionnelles locales et à la culture bureaucratique privatisée, dans l'Afrique contemporaine ¹⁴...

Bibliographie

- BIERSCHENK T., CHAUVEAU J.P., OLIVIER DE SARDAN J.P. (éds), 1999, *Les courtiers locaux du développement*, Paris: Karthala.
- BERRY, S., 1993, *No condition is permanent. The social dynamics of agrarian change in Sub-Saharan Africa*, Madison: University of Wisconsin Press.
- BLUNDO G., OLIVIER DE SARDAN J.P., 2000, " La corruption comme terrain: pour une approche socio-anthropologique ", *Nouveaux Cahiers de l'IUED* (Genève), 9 : 21-46.
- CHAUVEAU J.P., LE PAPE M., OLIVIER DE SARDAN J.P., 2001, " La pluralité des normes et leurs dynamiques en Afrique ", in Winter (éd), *Inégalités et politiques publiques en Afrique. Pluralité des normes et jeux d'acteurs*, Paris: Karthala.
- 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 : 3-17.
- MEYER-BISCH P., 2000, " La corruption des ordres et des acteurs du politique: la lutte contre le gris ", *Nouveaux Cahiers de l'IUED* (Genève), 9 : 65-86.

¹⁴ Dans le contexte du développement, la maîtrise de ce double langage est une ressource importante (cf. Bierschenk, Chauveau & Olivier de Sardan, 2000)

- OLIVIER DE SARDAN J.P., 1999, " A moral economy of corruption in Africa ? ", *The Journal of Modern African Studies*, 37 (1) : 25-52.
- SOULEY A., 2000, " Santé urbaine à Niamey : indicateurs de l'équité et de la qualité dans l'accès aux soins. Rapport final de l'enquête socio-anthropologique ", Niamey : IRD (multigr.).

LA RELATION MEDECIN-MALADE PROBLEMES RELATIONNELS ENTRE LE PERSONNEL MEDICAL, PARA-MEDICAL ET LES MALADES (ET LEUR ENTOURAGE)

Ginette Raimbault*

"Diverses disciplines peuvent collaborer dès lors qu'elles sont animées par une même volonté d'améliorer la situation des malades dans les services de santé. Il peut en être ainsi entre une certaine anthropologie et une certaine psychanalyse qu'illustrent ici les propos de G. Raimbault. Nous présentons ici - au plus proche de sa communication au séminaire - un de ses articles exemplaire de la complémentarité et proximité de nos approches" (Y.J.).

Les discussions en groupe dans un service de néphrologie pédiatrique paraissent être une méthode de travail et de collaboration entre pédiatres, infirmières et psychanalystes fructueuses sur plusieurs plans : sensibilisation de l'équipe aux problèmes relationnels, formation, enseignement et recherche.

Les modalités de ces groupes sont variables : à la demande, occasionnels et systématiques. La mise en question permanente par chacun de ses positions par rapport à sa pratique, aux malades et leur famille et aux autres membres de l'équipe paraît un élément essentiel pour assurer une prise en charge adaptée à chaque malade, à chaque famille, et non pas standardisée à "l'hémodialysé, au transplanté".

"Analyser avec les médecins et le personnel soignant les difficultés de relation dans les cas de néphropathies dépistées de façon précoce chez l'enfant et à pronostic éventuellement fatal à plus ou moins longue échéance", tel était le thème de recherche que Monsieur le Professeur Royer nous avait proposé d'étudier dans son service à une époque où hémodialyse et transplantation n'étaient pas encore appliquées à l'enfant.

Pour cette recherche, nous avons utilisé différentes approches dont l'une était la "présentation de cas". Aux réunions hebdomadaires du service destinées aux médecins hospitaliers de Paris et de province, et aux praticiens, et où étaient discutés les aspects "scientifiques" de telle ou telle maladie nous avons systématiquement apporté ce que nous avons entendu à propos de tel ou tel "cas", le "cas" comprenant outre la maladie lui-même et sa famille, ce qu'en disaient les autres enfants hospitalisés et l'équipe soignante depuis le "patron" jusqu'à la fille de salle. Il ne s'agissait donc pas d'un dossier, de résultats d'examens mais de l'écoute et de l'observation d'une situation intra et interpersonnelle. Ces présentations ont été le point de départ de discussions souvent fort animées où chacun exposait son point de vue, ses réactions, s'efforçait de justifier ce qu'il proposait comme "vérité", et où, à quelques exceptions près, chacun s'est trouvé sollicité, appelé à remettre

* INSERM, Paris

en question ses questions, reconnaissant ainsi non plus intellectuellement, mais "par le vécu" la différence entre la vérité de l'autre et la sienne. Les conclusions de ces discussions se sont avérées décevantes pour ceux qui en espéraient l'élaboration ou plutôt la standardisation d'une "conduite à tenir". Pour ceux qui n'y avaient pas assisté, demeurait la question "que faire ?". Répondre à ce "que faire" impliquait en fait la poursuite à l'intérieur de l'équipe d'une réflexion centrée autour de certaines propositions clés : — quelles sont les préoccupations de cet enfant atteint de cette maladie, et de sa famille ? que demandent-ils ? à qui ? — quel est le (ou les) membre de l'équipe investi par l'enfant et sa famille et capable de les prendre en charge ? comment cet enfant, cette famille, nous concernent-ils, nous soignants, médecins, infirmières, psychanalystes, en tant qu'équipe et individuellement ?

Un tel groupe de discussion fonctionne sur un ensemble de présupposés théoriques (qui ne sont pas admis par tous) :

- dans un stress, les soins qui s'adressent uniquement aux besoins physiques ne suffisent pas : le malade et sa famille ont besoin d'aide pour métaboliser le stress
- cette métabolisation passe, chez l'être humain, à travers la verbalisation
- l'investissement par le malade, et sa famille, du soignant est tel que l'introduction dans la relation d'un tiers "spécialiste de la verbalisation" est une mesure artificielle inefficace dans la majorité des cas
- par contre, ce spécialiste peut, soit pour chaque individu pris dans la situation, soit dans l'équipe, favoriser en tant que tiers, la circulation de la parole

La mise à jour des opinions, sentiments, réactions, affects et des différents mécanismes de défense conscients et inconscients utilisés par chacun pour faire avec l'intolérable que représente l'enfant atteint d'une maladie mortelle, n'aboutit pas forcément à la disparition des tensions à l'intérieur du groupe des soignants. Il a pu se faire même que quelques-uns ne supportent pas cet éclairage et reprennent avec plus de conviction telle ou telle attitude qui avait cependant pu être perçue comme attitude rassurante, sécurisante pour eux essentiellement, plutôt que pour les malades. Il nous est apparu qu'il était préférable cependant de laisser chacun trouver sa formule, celle qui lui permettait le mieux de remplir sa fonction. Psychothérapie de groupe, psychanalyse de groupe, psychanalyse sauvage ne sont pas notre propos.

A partir de ces présentations auxquelles assistaient des praticiens est venue une demande pour la formation de ce qu'il est maintenant convenu d'appeler un "groupe Balint" et dont nous pourrions éventuellement parler. Ce groupe, en marge de l'équipe hospitalière — indiscutablement été favorisé par ce type de "sensibilisation" à la relation médecin-malade.

Lorsque les techniques d'hémodialyse et de transplantation ont pu être mises en application chez l'enfant l'équipe s'est trouvée devant une situation modifiée à plusieurs points de vue. Il se trouve en effet qu'à cette introduction d'un autre terme dans la relation médecin-malade (et famille), terme venant en place de la mort, a correspondu un changement dans le personnel médical, et une extension des activités du service, incluant en particulier l'enseignement universitaire. L'organisation et l'orientation du service étant ainsi structurées différemment, la présence dans l'équipe d'une psychanalyste a suscité une série de demandes toutes autres que celle formulée au départ par le responsable du service. Plutôt que de "présenter des cas" nous avons repris ces demandes dans des discussions de groupe avec tous ceux que cela pouvait intéresser. Ces réunions n'ont eu alors aucun caractère formel, systématique ni quant à leur périodicité, ni quant à leur contenu ou thème. En pratique, par exemple, à chaque changement d'interne on nous adresse une demande de "tests". Nous reprenons cette demande avec l'interne afin de lui faire préciser ce qu'il attend de ce test pour son diagnostic, sa thérapeutique. Cela résume bien souvent au désir d'avoir un chiffre dans le dossier ou plus sommairement "pour avoir une idée de ce que pense l'enfant". Nous proposons alors que toutes les personnes qui ont eu affaire avec cet enfant se réunissent avec nous (y compris les externes, le professeur agrégé, les infirmières, diététiciennes...) "pour parler". Ce type de réunion permet :

- un certain enseignement : ici, par exemple sur les tests, leur utilité et leurs limites, leur validité dans le cas de l'enfant hospitalisé gravement malade...
- une prise de conscience de ce que chaque membre de l'équipe sait quelque chose de l'enfant et de sa famille, savoir dont il sous-estime l'étendue et la valeur, savoir qu'il ignore savoir. A cette prise de conscience s'ajoute une formation à l'observation
- la confrontation de ces différents "savoirs" méconnus, négligés, considérés comme à côté du problème, sans importance, aboutit à une connaissance moins parcellaire du malade
- la mise en question des positions a priori explicitées par les uns et les autres, des conduites systématiques, et progressivement la mise en question de chacun dans sa pratique

Un autre type de groupe "accidentel" si on peut dire, a pu se former également à propos d'incidents, incidents mineurs, incidents majeurs. Par exemple lorsqu'un enfant du rein est décédée le personnel soignant s'est trouvé très divisé quant à la conduite à tenir vis-à-vis des autres enfants. N'allaient-ils pas être choqués si on leur disait qu'une de leur compagne était morte ? N'allaient-ils pas être traumatisés si on leur disait la vérité quant aux circonstances de cette mort ? Ne fallait-il pas mieux dire que c'était un accident, qui s'était passé ailleurs, déconnecter ainsi cette mort et cette malade du groupe des enfants au rein ? Un même type de réunion s'est passé récemment à propos du désir exprimé par une mère que ses deux fillettes en traitement, l'une en hémodialyse, l'autre en dialyse péritonéale puissent voir l'hôpital le corps de leur jeune frère atteint de la même maladie et décédé. Toutes les questions autour de l'enfant et de la mort, le concept de la mort chez

l'enfant, les conduites des adultes en face de l'enfant mourant, les réactions conscientes et inconscientes des soignants confrontés à l'évidence de leur impuissance ont été alors abordées en groupe.

Peu à peu se sont institués des groupes de discussions plus systématiques. Je laisse de côté les résistances qu'une telle institution suscite dans un premier temps, et par vagues : participer à des groupes, c'est bavarder, c'est ne rien faire. Nous retrouvons là le dilemme entre le faire dont le résultat est visible, par exemple laver les carreaux, et le faire dont le résultat n'est pas tangible, par exemple rester près d'un enfant à lui tenir la main. Il est difficile d'établir des critères pour apprécier la validité de ce genre d'activité. C'est néanmoins par rapport à cette évaluation que se situe la progression de ces groupes de "travail" mettant l'accent ainsi sur le terme "travail" plutôt que celui de "discussion" ou de "formation".

Nous avons ensuite, d'un commun accord avec infirmières et néphrologues essayé d'organiser des réunions hebdomadaires où le temps de discussion était également réparti entre la maladie et le malade. Ceci nous semble a posteriori entériner le clivage maladie — dossier — objet d'une part, malade — discours — sujet ou individu d'autre part. Nous avons progressivement abandonné cette forme de groupe où était traité d'une part la maladie, d'autre part le malade.

Actuellement les groupes de discussions se déroulent de la façon suivante :

- premièrement pour tel secteur c'est-à-dire celui de l'hémodialyse, ils sont hebdomadaires ou du moins les groupes officiels sont hebdomadaires. Y sont discutés les "urgences" c'est-à-dire les cas qui font problèmes, aux internes, aux chefs de clinique, etc., ou les non urgences, les cas qui ne font plus problème, qui ont sombré dans l'oubli, l'habitude et que les "psy" ont repérés et considèrent eux comme inquiétants
- une deuxième partie de la discussion est consacrée à l'évaluation systématique d'un certain nombre d'enfants en hémodialyse, évaluation faite dans le cadre d'une étude internationale, donc standardisée dans la mesure du possible. Il se trouve que pour une recherche qui doit utiliser une machine, non pas celle de l'hémodialyse, mais un ordinateur, nous avons réussi à obtenir un système de mise en carte où les notations "psy" ne sont pas codées en chiffres, en plus ou moins, mais avec des lettres. C'est ainsi que l'état physique, l'état affectif de l'enfant, ses réactions à sa maladie, au traitement, à son entourage, ses activités scolaires, sociales, les réactions de l'équipe à cet enfant, etc., sont cotées non plus par des "biens", "mal", "normal", "déficient", etc., mais décrites telles qu'elles sont perçues par le groupe qui en a discuté. Cette humanisation de l'ordinateur fait peut-être pendant au besoin d'humanisation du rein artificiel exprimé par les enfants dans leur discours et dans leurs dessins.

S'il m'est permis de parler de l'expérience dans le service de Monsieur Royer en dehors de la prise en charge des hémodialysés, je voudrais ajouter un autre type de groupe qui n'est apparemment pas en relation directe avec les problèmes des hémodialysés mais qui cependant nous paraît avoir des possibilités de formation dont les effets vont se manifester au niveau de la prise en charge des hémodialysés. En effet les néphrologues du service ont accepté que nous enregistrions leur consultation — consultations d'enfants envoyés par des médecins d'autres services, ou des médecins traitants, ou amenés par les familles venant d'elles-mêmes pour des problèmes... de pipi, par exemple. Les enregistrements retranscrits sont ensuite analysés par le groupe des médecins assurant la consultation. Nous avons choisi d'étudier dans un premier temps essentiellement les premières consultations, c'est-à-dire la prise de contact avec l'hôpital et avec un service spécialisé. Dans ces discussions de nombreuses questions ont été soulevées : qui est demandeur : le médecin ou la famille ? quel rôle remplit la famille quand c'est le médecin qui est demandeur ? à qui faut-il répondre ? comment répondre à la demande du malade ? que devient l'enfant ? qu'est-ce qui amène le médecin hospitalier à se taire ? à parler d'abondance ? à expliquer ? à renvoyer au médecin traitant ou à un autre service ? quel est le rôle d'un service spécialisé hospitalier : s'occuper de la partie malade du corps ou s'occuper de l'individu et de sa famille ? Qu'elles soient considérées comme exercice d'hygiène ou groupes de formation, ces réunions ont pour effet là encore la remise en circulation de ce qui est habituellement tu dans la relation médecin-malade : le processus de pensée du médecin.

UNE CONFIGURATION PARTICULIERE : LE DISPOSITIF AFFECTIF DES PERSONNELS DE SANTE EN AFRIQUE DE L'OUEST

Yannick Jaffré*

Brève description du fonctionnement des services de santé

Les études menées dans les services de santé dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest (Dakar, Abidjan, Niamey, Conakry, Bamako) ont permis de souligner un ensemble de dysfonctionnements (Cf. Des services de santé "pour de vrai" Jaffré Y. in bulletin APAD, à voir aussi ouvrage à paraître sous la dir. Jaffré Y. & Olivier de Sardan J.-P.) :

- confusion des statuts et des fonctions avec un constant décalage vers le haut de la hiérarchie
- polysémie des fonctions avec une grande diversité des formes de légitimité sur les lieux et les fonctions
- polysémie des lieux
- procédures complexes et régulières d'entrée dans les fonctions avec notamment une régulière utilisation des réseaux
- impossibilité des sanctions et neutralisation des pouvoirs : chacun tient l'autre par la "barbichette" de ses connaissances et grande hétéronomie des pouvoirs
- préoccupation des gains et corruption
- recherche du gain conduisant souvent à l'utilisation de la violence
- crainte des patients conduisant à une constante personnalisation de la relation et utilisation privative des structures de soins

Mais ces observations qui sont de divers ordres allant de dysfonctionnements de la structure à des formes de violences individuelles restent avant tout des descriptions. Et décrire précisément et systématiquement était indispensable. Mais il importe maintenant de comprendre les raisons des conduites des personnels de santé¹.

* IRD, Marseille

¹ Nous limitons ici notre travail aux personnels de santé. Il s'agit bien évidemment d'un choix qui ne signifie aucunement que l'on puisse penser ce qui se déroule dans ce domaine indépendamment d'un "tout social". Par exemple, s'il y a beaucoup de bénévoles dans la santé c'est aussi parce qu'il y a beaucoup de chômeurs dans la société, etc.

Une posture particulière pour comprendre, d'un point de vue spécifique, les interactions entre soignants et soignés ?

- La nécessité d'une certaine méfiance" et de quelques précautions méthodologiques

Dans ce domaine concernant les "mauvaises" conduites des personnels de santé, il y a une forte sollicitation à passer de l'étude descriptive à un jugement normatif : "les personnels sont mauvais", "ne sont pas motivés", etc.

Cette approche, souvent naïvement endossée par la santé publique, relève assez globalement d'une moralisation et d'une "psychologisation" hâtive, mais utilise aussi souvent de manière "massive" des concepts tirés de la sociologie comme celui "d'acteur". Tout cela doit être nuancé. En fait, comprendre les conduites des agents de santé implique d'utiliser d'autres notions comme celles de complexité du sujet (Devereux), de polysémie de l'acte de soin, et de variabilité diachronique des sujets. Comme le soulignait Lucien Febvre, il faut renoncer à cette idée d'un "sujet abstrait qui se croit identique à travers la succession de ses âges". Il faut donc articuler la singularité complexe des agents, avec un ensemble de contextes et de vastes et collectifs déterminants sociaux.

- La nécessité de penser les liens entre contexte et singularité de l'acteur

On ne peut pas, non plus, se limiter à évoquer exclusivement un jeu de contraintes sociales (mauvais salaires, manque d'encadrement, etc.) parce que ces pratiques sont mises en œuvre par des acteurs qui portent des jugements sur leurs actes et qui sont dotés d'une conscience réflexive (Cf. Giddens). Il faut donc s'attacher à rendre compte des rapports entre conduites singulières et contexte social plus global. Comment certaines normes et contraintes sociales sont singulièrement "incorporées" ou, au contraire, par d'autres, "refusées".

- Une posture entre psychologie et anthropologie

Nous voudrions nous situer dans un "entre deux" : comprendre dans un contexte social particulier - celui qui concerne les personnels de santé - les liens entre des conduites sanitaires singulièrement effectuées, mais qui engagent des questions d'éthiques et de déontologie, qui sont des valeurs collectives. Trois ensembles sont donc à articuler : des normes collectives, des conduites singulières et les mondes sociaux de ces acteurs. "Mondes sociaux" que Becker & Strauss définissaient comme "une manière de penser spécifique à un groupe et un ensemble d'objets, des lieux, des maîtrises techniques", etc. Terme et définition finalement très proches de ce que Lucien Febvre nommait un "outillage affectif". Mais puisque nous souhaitons inclure ces ensembles dans de plus

vastes contraintes ou déterminants comme celui des fonctionnements de l'État, il serait plus précis de dire que nous tenterons de décrire ici une "configuration" (Cf.Elias). C'est donc, tout en travaillant sur des matériaux précis, dresser aussi une sorte de programme pour une socio- ou anthropo-psychologie qui aurait pour fonction de :

- décrire des régularités plus que des singularités
- comprendre comment du sens se construit au sein d'interactions plus que dans ce que l'on suppose d'une intériorité invariable
- incorporer des configurations larges (contextes langagiers, formes particulières du lien social, moment historique d'une société extérieure à la mise en place d'une bureaucratie)
- comprendre les liens complexes entre singulier et collectif

Nous allons présenter, depuis cette position, divers matériaux provenant de :

- enquête collective UNICEF
- enquêtes individuelles menées au Mali auprès de divers personnels de santé (discours sur...)
- observations en situations dans des services hospitaliers : Staff, service de pédiatrie (discours en situation...)

Il en résulte quelques hypothèses d'ordres différents, les unes plus particulièrement liées à la profession et d'autres impliquant de plus vastes inclusions.

Ce qui relève de la pratique professionnelle

Ce qui est préférentiellement lié à un ordre langagier et affectif

- "Routine" et inexistence de l'autre

Tout vient ici confirmer ce que soulignait Simmel : "La relation qu'on appelle connaissance ne signifie pas qu'on a accès à ce qu'il y a de personnel dans l'individualité de l'autre, mais seulement qu'on a pris note de l'existence de cette personne". Cette prise en compte de la personne est souvent empêchée, contrainte par la "force de l'habitude". "C'est devenu une routine", nous disent les sages-femmes.

Alors qu'une femme accouchait, une aide-soignante est montée sur la table pour lui faire des pressions : elle appuyait sur son ventre avec force en lui demandant de pousser en même temps. Trois autres l'entouraient et lui tenaient les cuisses bien écartées. La manœuvre tenait le bassin pour ne pas qu'elle salisse la table. Le tout était ponctué de rires et d'échanges animés de paroles. Tout à

coup une dispute éclata entre celle qui était en haut, et une autre qui était en bas. Pendant au moins cinq minutes, appuyée sur le ventre de la femme, elle menaçait l'autre et la traitait de tous les noms, les autres essayaient de la calmer sous les va-et-vient indifférents de la sage-femme. La femme n'en pouvant plus se mit à les supplier : "ayez pitié de moi, aidez moi".

On a reçu une évacuée à qui on devait faire une transfusion sanguine. Après avoir fait son groupage, on réussit à trouver un sachet de sang. Entre temps la lingère était venue causer avec ses copines. Sans arrêter la causerie elle entreprit de faire la transfusion. Elle trouva une veine et plaça la transfusion. Une des aides infirmière s'écria : "il ne faut jamais faire ça sans voir si les sangs sont compatibles (...)". Tout ce que répondit la lingère c'est : "je n'en sais rien, j'étais juste venu parler avec mes copines autrement je ne serai pas venu dans cette salle".

Même s'il faut, bien évidemment nuancer ces rapprochements, ces propos ne sont pas sans évoquer ceux que Hatzfeld a recueillis de la bouche des survivants des massacres perpétrés au Rwanda :

Tu n'avais pas pensé que tu pouvais ne pas nous tuer ? Il répondit : "Non à force de tuer, on avait oublié de vous considérer". (...) Ils avaient enlevé l'humanité aux Tutsis pour les tuer plus à l'aise...

Cette "routinisation" de l'action, et par suite du rapport à l'autre, peut être spécifiée de deux manières. Il s'agit tout d'abord de ce qui correspond, dans ce domaine comme ailleurs, à "des côtoiements de vie" qui ne sont, bien évidemment, pas spécifique à la santé, mais apparaissent plus violemment dans ce domaine :

...Maman s'est rendormie, les mains glacées. La femme de chambre a grommelé parce que j'ai renvoyé le dîner qu'elle apportait à six heures : implacable routine des cliniques où l'agonie, la mort sont des incidents quotidiens (S. de Beauvoir).

En fait, il y a toujours un extrême écart entre les vies répétées et "de garde", où il faut bien vivre, oublier la détresse et la répétition fastidieuse des actes de soin et, par exemple, l'accouchement qui est un événement humainement signifiant pour ceux qui le vivent.

Les gardes de nuit étaient souvent pareilles (...). Nous étions donc cinq ce jour là, le thé se faisait juste devant la porte de la salle de travail par un gardien qui nous emmenait nos verres dans la salle (...). Nous étions un peu choqué au début de voir les gens prendre le thé dans la salle de garde si près des femmes qui souffrent, mais nous étions cette fois ci en train de rire et parler dans la salle d'accouchement. (...) Entre la musique, le thé, la boisson, on accouchait une femme par-ci par-là, faisant un toucher vaginal en esquissant quelques pas de danse. (...) Un cas nous a tenu en haleine toute la nuit, les deux sages-femmes n'étaient pas d'accord sur le diagnostic, pour l'une c'était un gros siège et pour l'autre une grossesse gémellaire (...) Par un concours de circonstance, la situation se détendit et on se mit à parier : un coca pour le vainqueur...

Comment ne pas évoquer ici Bergson parlant de l'insensibilité qui accompagne d'ordinaire le rire : "L'indifférence est son milieu naturel. Le comique exige donc quelque

chose comme une anesthésie du cœur". Violence certes, mais aussi, sans doute, pour les personnels de santé, une protection contre une trop grande implication affective.

Cette "mise à distance" du sujet malade ou de la parturiente, s'effectue aussi par l'entrée dans un langage spécifique où l'on parle de cas et non pas de personnes. Il suffit d'un exemple de dialogue autour d'une erreur médicale pour comprendre ce mécanisme :

Non c'était céphalique... non le premier était un siège...

S.F. : C'est Kanté qui l'a sorti, avec la manœuvre de Moriceau,

Interne : Est mort né ?

S.F. : Non c'est l'autre qui est mort né, un siège complet...

Un staff c'est aussi un langage, une forme de discours sur l'autre, mais qui ici ne laisse pas de place à la personne...

Ce qui est lié à l'environnement technique

- L'entrée dans la pratique professionnelle confronte à une difficile concordance entre ce qui a été enseigné ou véhiculé comme vision d'une médecine efficace et les situations réelles qui obligent à "inventer" souvent en dehors de normes techniques et des précautions qu'elles définissent. Cela commence au plus simple comme les fenêtres que l'on ouvre à cause de la chaleur et qui empêchent de respecter l'intimité, - dès lors celle-ci a-t-elle un sens pour d'autres actes et situations ? - jusqu'à des contraintes qui minent jusqu'aux soubassements de la formation, comme, par exemple, ce qui concerne des préceptes d'hygiène :

Dix minutes à peine après la sortie du bébé, il y a eut une coupure de courant : une femme au ventre ouvert attachée à une table et reliée à la vie par du matériel électrique attendait comme le groupe n'est pas automatique, l'instrumentaliste est sorti complètement du bloc pour aller l'actionner. (...) Quand on sait toutes les précautions qu'on prend avant d'entrer en salle opératoire pour être stérile ; on comprend aisément les risques qu'il y a, quand celui qui est chargé de passer les instruments, sort pendant au moins cinq minutes, avec tout son accoutrement, pour mettre en marche un groupe électrogène et revenir prendre sa place auprès du reste du groupe.

- L'entrée dans la vie professionnelle confronte aussi à une grande incertitude quant à la possibilité de soigner ou sur "l'écart entre possibilité théoriquement décrite lors des études et le faible pouvoir pratique de guérir".

Certes, la vie est la valeur suprême. Mais en même temps, la réalité, la plus concrète et la plus quotidienne, dément cette assertion. Les contraintes sociales et socio-économiques sont très fortes, et ce n'est le plus souvent que personnellement que l'on peut pallier ces insuffisances sociales : mettre personnellement en conformité la réalité et les valeurs morales indispensables à l'acte de soins :

Il m'arrive, bien sûr de payer le transport des malades (...). Je fais même souvent des bons de caisse (...). On est obligé, dans des situations graves (...), de faire les premiers soins. Si les parents ne viennent pas, celui qui a fait le traitement en faisant le bon est obligé de payer... A la malienne on dit qu'on laisse à Dieu, parce qu'ici les gens ont trop pitié... Je le fais à cause de Dieu, et ça passe.

Nous avons des cas où, le malade et ses accompagnants n'ont pas d'argent. S'ils n'ont pas de soutiens pour prendre en charge leurs prestations médicales, ils périssent comme ça (...). Par exemple, on a souvent des femmes qui doivent être évacuées rapidement. Quand on leur donne des fiches référence et qu'on leur dit de partir, elles restent devant nous, disant qu'elles n'ont pas d'argent pour leur transport jusqu'au lieu de référence sanitaire. Comme nous ne voulons pas qu'elles aient des problèmes, si nous avons de l'argent, nous leur donnons le transport de notre poche.

Nombre d'actes médicaux, et notamment les évacuations, correspondent à une décision médicale qui ne peut être mise en œuvre que selon des possibilités sociales... Et face à l'urgence des problèmes à régler, les soignants ne peuvent souvent faire efficacement leur travail qu'en assumant personnellement les soins. Impossible tâche, qui induit des conduites de fuite et l'obligation de se "désintéresser" du sort du patient.

- L'atteinte à la cohérence des soins ou "la dislocation de l'acte de soin"

De manière globale, les professionnels vivent de régulières déceptions qui consistent en l'établissement de diagnostics et de propositions de traitements qui ne pourront pas, et ne seront pas suivis :

Voici ce qu'avait dit au médecin celui qui accompagnait l'enfant : "Docteur nous sommes venus avec l'enfant, il s'est blessé au pied en jouant au ballon. Il faut lui faire seulement les premiers soins, pour que l'hémorragie s'arrête. Son oncle est Major à l'infirmerie du Camp militaire. Quand il sera là, il fera le reste du traitement à son domicile". Le médecin a répondu : "si c'est ainsi, mieux vaut l'amener maintenant chez cet oncle major. Si quelqu'un d'autre doit s'en mêler, nous, nous préférons ne pas le toucher. Il faut que vous nous donniez l'assurance que tout le traitement sera fait ici. Dans le cas contraire mieux vaut l'amener dès maintenant".

Dans bien des cas, la consultation est certes violente pour les malades. Mais elle est aussi une sorte de constante désillusion pour les personnels. Ils y perdent leurs espérances professionnelles et ce qui les institue comme soignants : la capacité de soigner.

Ordonnance : 2850 F ; La mère a payé les produits sur le champ. Elle dit qu'elle sera remboursée par son mari, le soir. Elle n'a cependant pas voulu commencer le traitement, c'est-à-dire faire l'injection de quinimax ordonnée par le médecin. Elle dit que l'enfant n'a rien mangé et risque d'avoir des vertiges s'il faisait l'injection. Il ne pourra marcher pour rejoindre la maison. C'est pourquoi elle préfère attendre le soir.

Les cadres de l'interaction

La plupart des actions de santé publique souhaitent améliorer la qualité de la consultation. Mais, ce cadre de l'interaction, loin d'être un "donné intemporel et invariable", apparaît comme une construction, sociale et historique, ayant des caractéristiques spécifiques que nous pouvons lister (cf. Goffman).

– Une interaction régie par l'urgence

La maladie, toujours évoquant la mort, situe l'acte de soins dans un rapport à l'urgence et autorise, de ce fait, une demande insistante de la part des malades. A ce titre, elle permet que l'on déroge aux principales règles de bienséances. Elle fait notamment "sauter le verrou de la honte" : Sentiment qui régit les principales conduites sociales d'évitement et de réserve.

Il n'y a pas de honte à demander des médicaments ou d'autres services à un médecin si c'est dans le cadre de la maladie. Le médecin sait que c'est par rapport à un besoin (*mako*) pour ta maladie que tu lui demandes ça.

Cette confrontation à la douleur et au risque place le soignant dans une impossible alternative. Il doit souvent soit répondre personnellement (à ses propres frais), soit bafouer toute déontologie.

Quand le travail a commencé, et qu'ils devaient partir, son mari a dit qu'il n'avait même pas 5 F. sur lui, et qu'il ne peut même pas payer le taxi pour aller au quartier Mali. Ce jour là, je lui ai donné 5000F. pour prendre le taxi et je lui ai dit de garder le reste pour les premiers soins...

– Une demande infinie

Mais cette demande, que chaque malade individuellement trouve juste, s'ajoute et devient pour les personnels à qui elle s'adresse, une demande infinie. Ainsi vécue, elle apparaît comme étant caractérisée par le nombre et la pression morale et affective.

Nous sommes dans une épidémie de pauvreté généralisée (...) L'ASACOMA couvre une population de 32000 habitants dont 90% sont pauvres. (...) Un individu, si tu te mets sous un fardeau que tu ne peux supporter, il va t'écraser.

Les gens pensent que le médecin doit leur rendre service gratuitement. Ils se disent que c'est son devoir. Souvent même, on se fait agresser par des malades. Il y a des malades qui viennent nous dire que : c'est votre devoir de soigner les gens. Qu'est-ce que vous faites de votre serment ? Vous devriez veiller sur les gens. Et si nous devons traiter tout le monde gratuitement ? Le médecin aussi doit vivre. Mais malheureusement, la population pense que nous devons leur traiter gratuitement.

– La loi du "tout ou rien"

Mais cette demande des malades ne se caractérise pas uniquement par son nombre. Elle est aussi intransigeante, stipulant qu'il s'agit toujours de mener jusqu'au bout ce qui est débuté. Bref, la règle qui gouverne, dans le domaine de la santé – comme dans d'autres domaines d'ailleurs – peut s'énoncer simplement : "Quand on commence, il faut finir ou alors il ne fallait pas commencer". S'engager, c'est toujours s'engager longuement et sans savoir ce qui va advenir.

C'est pourquoi j'ai un poids sur la conscience quand de tels actes se produisent. Je me dis aussi que si je n'avais pas eu pitié de ce monsieur en lui offrant les premiers soins, il allait peut être mourir sans soutien. J'ai pris tous les produits en bon dans la pharmacie pour lui prodiguer des soins. A la fin du mois, ce bon sera coupé sur mon salaire. Je l'ai pris en charge à cause de Dieu. Comme c'est un vieux, il a été renversé par quelqu'un qui ne s'est même pas arrêté, alors j'ai eu pitié de lui et j'ai voulu seulement l'aider. Il est venu faire ses pansements avec moi jusqu'à la guérison. Vous savez les actions de ce genre ne finissent pas...

Ce qui relève des rapports entre le monde professionnel et le monde social

La prééminence du social sur le professionnel

Les enclaves du social dans le professionnel sont constantes. Elles apparaissent de plus comme légitimes. Par exemple certains maris refusent que leur femme assume les gardes de nuit. Et, les roulements sont ainsi dépendant des aléas des choix familiaux.

Le personnel féminin avait toujours des problèmes avec leur mari du fait de passer 1 jour sur 2 de garde dans les services

Une dette qui n'en finit pas...

Mais ces enclaves du social ne se limitent pas à cette légitimité accordée au familial au détriment du professionnel. Elles concernent aussi la constante pression pour tenir des engagements que, le plus souvent, on ne savait pas avoir pris. Cette question est centrale. En effet, les pratiques de "petite" corruption ne s'expliquent pas par une "vénalité spécifique", mais par l'obligation d'assumer diverses charges. Ainsi que le souligne l'un de nos interlocuteurs :

Je ne pense pas que c'est parce que le salaire est minime qu'on arrive à corrompre quelqu'un. Je pense que c'est un problème de besoin. C'est suivant le besoin qu'on arrive à corrompre pour avoir quelque chose.

Et cela d'autant plus, que l'accès à une profession, définie avant tout comme une source de revenus, correspond à une stratégie familiale :

Ma décision a été motivée par la famille qui souhaitait que je trouve du travail pour les aider.

Avoir un emploi, c'est dès lors pouvoir rendre à ceux qui ont investi dans votre formation².

Une nasse bien "verrouillée"

Cet accès à la profession se révèle, de plus, être un piège aussi puisque dès lors que l'on a un métier, les charges s'accroissent³ :

C'est propre à tout jeune qui accède à un emploi. Moi j'ai tout un tas de monde chez moi. J'ai des frères, des cousins, des sœurs, des frères de ma femme. Il y a tout un arsenal de monde chez moi. C'est tout à fait normal, parce que je travaille. (...) Si je ne le fais pas, je serais condamné par la société. Avant que je gagne ce travail, j'ai été élevé et nourri par quelqu'un. Tu es pris en charge pour faire tes études et tout, une fois que tu as un boulot, il n'hésite pas à venir chez toi et tu ne peux en aucune façon les refouler, parce que ce sont de proches parents.

L'accroissement des besoins est donc parallèle à celui de l'acquisition d'un statut social. "Etre capable" est véritablement la formule qui peut représenter la préoccupation de ceux qui sont devenus "quelqu'un". Cette exigence est d'autant plus tyrannique que la forme du lien social et familial oblige à assumer ses obligations, sous peine de rupture :

Si je dis que je ne peux pas prendre en charge mes frères ou la sœur de ma femme, on va me traiter de méchant. On va dire que ce type est méchant. On va dire *mògòjugu a tè mògò fè*. Ils peuvent même arriver à dire *dangaden* parce que je ne respecterais pas les paroles des parents. (...) De plus, quand tu as des problèmes, les gens ne vont pas t'aider. Tu t'assois et tu vois bien que tes proches parents ne sont pas loin de chez toi, il se passe des choses chez toi et personne ne vient. Même si tu ne dis rien, il y a le remord, le regret qui te rongent intérieurement. Cet isolement est difficile à supporter.

Une fois de plus les domaines de la parenté et du magico-religieux (malédiction) comme de larges structures englobantes, viennent contraindre ceux qui tentent d'écrire leur destin sous la forme d'une réussite individuelle et autonome.

² Cf. Marie A. : Avatars de la dette communautaire... (1997)

³ De semblables remarques sont faites par Marie (1997) : "On se trouverait ainsi en présence de l'un des effets paradoxaux de la crise : en même temps qu'elle réduit les moyens de la solidarité communautaire (ce qui va dans le sens de l'individualisation), elle rend celle-ci plus que jamais nécessaire mais plus aussi plus exigeante (ce qui va dans le sens de sa remise en cause par ceux qu'elle tend à pressurer dans un climat de tensions grandissantes).

Des accords harmonieux ou conflictuels entre situations professionnelles et sociales conduisant à des formes variables de dislocation :

Pour le dire simplement, certains groupes familiaux sont globalement dans une cohérence relevant soit d'un "traditionnel" désignant en fait des contextes ruraux, d'autres dans une modernité souvent urbaine, la plupart enfin sont dans des systèmes contradictoires tiraillés entre des obligations sociales et des déontologies professionnelles : Dans un plan d'expérience continu, comment articuler des actions dans des mondes disjoints ? L'exemple qui précède représente un cas de dislocation. Plus harmonieux est, par contre la situation décrite par ces autres propos :

Mon cas est particulier. Je suis dans ma propre concession. J'ai une famille et je vis avec mon mari. J'ai une fille et une bonne. Il n'y a que nous quatre qui partageons la maison, sinon il n'y a personne d'autre.

Certaines pratiques d'honnêteté professionnelle s'expliquent sans doute par ce qui se joue dans cette extériorité familiale. A la jointure de ces mondes, par une possible ou impossible cohérence entre des contraintes familiales et des normes professionnelles, pour certains, il y a une insertion globale dans un système économique "moderne" (occidentalisé ?) ; pour d'autre des formes d'insertion conflictuelle. Peut-être aussi est-ce en rapport avec cette cohérence entre mondes professionnels et sociaux que se trouve la possibilité de voir émerger des "réformateurs" ?

Les stratégies de ces réformateurs pourraient être étudiées. Très rapidement, elles vont de techniques simples pour se protéger d'une trop grande pression de la demande, comme par exemple, l'interposition d'un secrétariat dans la salle d'attente, ce qui oblige chacun à payer sans pouvoir se prévaloir d'une proximité avec les soignant. Dans d'autres cas, il y a la possibilité de distinguer la gestion des finances du centre ou du projet de sa gestion personnelle. On aide sa famille sur ses propres deniers que l'on distingue visiblement. Enfin, dans de plus rares cas, on peut démontrer que l'honnêteté envers les structures mais surtout les bailleurs extérieurs est plus rentable à long terme. On peut ainsi plus redistribuer.

Ces remarques ne vont pas sans poser quelques questions à des programmes de santé publique qui naïvement construisent leurs appréciations des conduites des agents de santé sur des jugements normatifs construits par la santé publique (cet agent a bien agit) sans comprendre que ceux-ci sont souvent en opposition avec des jugements sociaux d'approbation : cette conduite est agréable et conforme à des règles familiales morales.

En fait on pourrait soutenir l'idée que les programmes de développement sanitaire en innovant et en imposant dans des domaines partiels des formes économiques qui ne sont

pas forcément en cohérence avec les économies familiales ; contribuent à créer les problèmes qu'ils se donnent ensuite pour tâche de résoudre.

Dans bien des cas, pour un individu, s'inscrire dans une logique gestionnaire rigoureuse comme le souhaitent les programmes de santé publique, impliquerait qu'il "décroche" de son milieu social, qu'il choisisse une "désaffiliation active" (cf. supra) de son collectif social et familial. Ce processus s'observe fort banalement lorsqu'un soignant, "exemplaire et honnête" aux yeux des programmes sanitaires est socialement disqualifié par ses proches, indexé sous les qualificatifs si douloureux à assumer de "méchant" ou de "nègre blanc" (*tubabufin*). Etre "honnête" est souvent interprété comme avoir pris le parti de l'autre lointain ("le responsable du projet") et refuser de "redistribuer" à ses proches.

Individuellement, les soignants sont dans l'obligation de vivre "dans la mauvaise foi", sur "le mode d'être ce que je ne suis pas" (Cf. Sartre 1943).

Les catégories psychologiques et morales locales

L'ensemble des situations que nous venons de décrire s'enracine dans un ensemble de cohérences collectives. Au plus simple, nous pouvons en rendre compte par une sorte d'inventaire lexical qui ne peut aucunement être conçu comme ce qui inférerait des conduites, mais plutôt comme un niveau minima de constitution de formes de consensus collectif sur le sens d'un mot ou d'une notion, voire d'un sentiment à un moment donné.

Il s'agit donc d'effectuer ce qu'Alphonse Dupront nomme un "sondage d'enracinements" ("inventorier les idées de grande circulation"), des "continuités des signes", des cohérences locales, des implantations :

N'établissons pas des enracinements sociologiques simplistes où nous ne pouvons que diminuer la complexité de l'histoire. Il faut concevoir plutôt, au plan spirituel, une immense élaboration de notions, de formes, d'idées, une mise en circulation plus ou moins chaotique où la vie collective prend selon son besoin (Dupront 27) (...) Mais là encore toute liaison de causalité trop étroite, comme de fixer des catégories mentales, des notions, voire des principes à une classe déterminée, aboutit à une mécanisation très vite paralysante. Deuxième aspect de cette vérité : les contraires sont donnés à la fois...(30)

Par spécificité d'existence historique, il est plus fait de tendances ou de cohérences collectives que de doctrines, ou de constructions rationnelles, des révolutions concomitantes.

Ce travail peut se faire au moins, de trois "points de vue" :

- lister et définir les termes désignant des sentiments dans les discours des soignants

- étudier les procédures de justification et d'évaluation de leurs actes et conceptions (principe de justice, prudence, bienveillance, etc.) : leurs modes d'évaluation de leurs actions
- étudier les formes du rapport à soi : introspection, rigueur morale, etc.

Tout ceci permet de construire - ou construit ? - des sortes de micro formations discursives qui tout à la fois reflètent et constituent un ensemble de normes éthiques et comportementales. Plus précisément il s'agit de repérer à partir de situations précises des formes partielles mais régulières de continuité des signes. Deux exemples :

Les "règlements à l'Africaine"

Cette interaction se construit très largement autour de quatre termes majeurs : La faute (*jurumu*, *hakè*), la sanction, la culpabilité et le pardon. Prenons quelques exemples de ces manières spécifiques qui induisent des formes régulières de règlement des conflits.

C'est ainsi qu'il a choisi la voie du règlement "à l'africaine", à l'amiable : le conseil s'est réuni, et a estimé que A. est quelqu'un de bien, respectueux, bon médecin (rigueur, travail bien fait...), pour cela on a décidé de le garder. Il n'a pas remboursé l'argent.

Fatou avait emmené une patiente un jour, elle était acculée pour 1000 francs pour une injection que la patiente avait déjà faite ; malgré l'intervention de la maîtresse sage-femme en sa faveur, elle déclare avoir été tellement brutalisée par la sage-femme qu'elle a été obligée de céder. Et la femme de poursuivre d'après les rumeurs, la sage femme avait failli être renvoyé, mais elle est toujours à la maternité.

Médicaments détournés : Le conseil d'administration ne renvoie que s'il y a récurrence grave. Sinon les coupables sont réaffectés à d'autres services moins "responsabilisants". Issus du même quartier, le CA passe l'éponge sur beaucoup de méfaits.

Dressons rapidement la carte des caractéristiques de ce micro-dispositif.

- il conjugue une arithmétique laxiste de la faute (*nyangili*) : une sorte "d'absolution" répétitive où chaque faute est re-pardonnée. Comme le soulignait Delumeau citant Pascal : "Il n'y aurait pas tant de faciliter à pêcher s'il n'y avait tant de facilité à absoudre"
- il est congruent avec d'autres domaines comme celui de la vie familiale où le vol est une pratique qui n'est pas disruptive des relations sociales (Cf. aussi Pia di Bella)
- enfin, d'un point de vue moral et psychologique, il n'existe sans doute pas de sentiment de componction (sentiment de son indignité devant ses fautes), pas plus que de contrition (douleur vive et sincère), tout au plus parfois des conduites d'attrition (regret par crainte des peines)

Mémoriaux & remords

Un autre lieu où s'articule le professionnel et ce qui ressortit au plus intime de la vie psychique est le remord. Sentiment qui ici se situe entre l'erreur médicale, le souvenir et l'auto-accusation.

J'ai eu à commettre plusieurs erreurs, je vous parle d'un cas. C'est vrai que quand j'étais étudiant, j'ai fait mon stage de fin de cycle en médecine interne au Point G. Il m'est arrivé une fois de tuer une dame. Je peux situer ça dans le cas d'une erreur, parce que c'était une dame qui avait accouché, elle était abattue. Comme l'accompagnant de la dame m'avait dit qu'elle ne dormait pas du tout et que ça fait des jours qu'elle est dans cet état. J'ai pensé que c'était un problème de sommeil. Je lui ai injecté directement deux ampoules de "diazepan 10" par les veines, et sur le champ, elle est décédée. Jusqu'à présent je pense à ça, parce que ça m'a beaucoup marqué. Je suis allé voir le professeur pour lui expliquer. En son temps, c'était le professeur P.. Il m'a dit que la pratique médicale c'est ça. Mais, ce qui est important là-dedans, c'est de ne plus commettre la même erreur. Sinon, qu'ils ont eux-mêmes fait des erreurs comme ça. C'est la seule erreur qui m'a surtout marqué, et je suis sûr que je ne vais jamais l'oublier.

Ici se conjugue l'insistance du souvenir, et ces instances où l'on est pardonné, comme dans une sorte d'absolution laïque donnée par un pair et un maître, un confident charitable qui sera assez proche, mais dont la dissymétrie de situation permettra l'efficacité.

Le sentiment d'un désenchantement "illocutionnaire"

Les jugements moraux ne sont pas, en leur premier usage, descriptifs (cf. Canto-Sperber). Dans leur forme la plus habituelle - comme promettre, prier quelqu'un, donner un conseil -, ils se rapportent, en fait, aux locuteurs. L'acte est accompli en disant quelque chose à quelqu'un. Ils correspondent donc très largement à des actes illocutionnaires en ce qu'ils sont supposés engager "la parole" des locuteurs.

C'est le rapport du locuteur à son dire, la forme de cet engagement qui est aujourd'hui l'objet d'une question. Il est l'objet d'une suspicion, comme si la parole n'engageait plus celui qui la profère. Autrement dit, ce qui est ressenti est une sensation de délitement du contrôle social⁴, le sentiment d'une dégradation, lié au milieu urbain et très largement aux nouvelles formes politiques⁵, ?

⁴ Nous sommes ici très proche de ce que souligne Castel (2001) dans d'autres contextes : "...le risque de dissociation qui pèse sur les sociétés modernes et qui est une forme de dynamique de désaffiliation renvoyant en premier lieu à des dysfonctionnements de l'organisation du travail. L'anomie à la fin du XIXe siècle, où ce que j'ai proposé d'appeler aujourd'hui la désaffiliation, nomment des situations de décrochage. Cela

Une maman nous disait : maintenant, il n'y a de parenté que de nom.

Maintenant on rencontre beaucoup de voleurs chez nous. Sinon avant quand on te disait voleur, c'était la fuite (*dugubila*, lit. laisser le village). Tu étais complètement effacé de ta famille et ton nom devenait comme un tas d'ordures. Tu devais complètement disparaître. (...), c'était fini pour ta dignité (*dambé*). Aujourd'hui personne, ou presque, ne tient sa promesse (*lahidu*). Il y a encore quand même des gens qui honorent leurs engagements, mais ils ne sont pas nombreux. La plupart des gens sont des trompeurs (...) Ce sont des "gâteurs de promesse" (*lahidu tinyènw*).

Le manque d'honneur à ne pas tenir sa promesse (*lahidu tiime baliya*) est due à la non reconnaissance de soi-même (*yérédon baliya*).

Chez nous au Mali, s'il t'arrive quelque chose et que tu n'as pas d'argent, c'est tant pis pour toi. Ça veut bien dire qu'il n'y a plus de dignité, plus de solidarité (*nyògòn démé*), plus de pitié (*hiné*). Tout est profit (*fén kò*). (...) Nous sommes pourris ici, surtout le domaine de la santé est carrément foutu. Les gens du gouvernement parlent mais ce sont des sottises (*manamana kan*).

Que reste t-il de la rectitude d'un acte, si ce n'est peut-être dans quelques situations particulières, où l'interconnaissance vient contraindre et les paroles et les conduites ? Personnaliser la relation apparaît alors comme un des recours et un secours.

En l'absence d'un État et de tiers social, des conduites aléatoires et parcellaires

En fait, même si cela peut sembler paradoxal, ce qui précède démontre que les malades qui cherchent une relation personnalisée et les soignants qui ne peuvent s'attacher qu'à des cas particuliers, s'accordent.

Puisqu'il n'existe aucune prise en charge par un système dépendant d'un État, la solidarité s'exerce soit dans des ensembles sociaux "d'interconnaissances" (famille, collègues, etc.) soit dépend de l'aléatoire de la rencontre (la "bonne fortune") et de la pitié. Très concrètement cette pitié singulièrement ressentie est cependant suscitée par des sortes de "signifiants" qui, pour diverses raisons psychologiques et sociales, émeuvent le soignant. Accroches qui semblent correspondre à des positions affectives individuelles, ou sortes de "déclencheurs affectifs culturels", qu'importe ! Pour qu'un autre soit pris en

signifie que les individus ne sont plus inscrits dans des régulations collectives, qu'ils ont perdu leurs assises ou leurs supports et qu'ils se mettent à flotter parce qu'ils n'ont plus de repères".

⁵ Poussé au delà d'une certaine limite, le mensonge produit des résultats contraires au but recherché; cette limite est atteinte quand le public auquel le mensonge est destiné, est contraint, afin de survivre, d'ignorer la frontière qui sépare la vérité du mensonge. Quand nous sommes convaincus que certaines actions sont pour nous une nécessité vitale, il n'importe plus que cette croyance se fonde sur le mensonge ou sur la vérité; la vérité en laquelle on peut se fier disparaît entièrement de la vie publique, et avec elle disparaît le principal facteur de stabilité dans le perpétuel mouvement des affaires humaines." (Arendt, 1972 : 11).

charge, il faut que qu'un "signe" en accrochant⁶ l'affectivité d'un soignant suscite de la compassion et confère de l'existence à un malade.

En consultation prénatale, FN déclare avoir reçu des infirmes – aveugles - qu'elle a consultés gratuitement. L'accompagnante d'une hospitalisée soutient avoir reçu gratuitement des médicaments de la part d'AF.

J'ai reçu avant-hier une femme qui a fait un accouchement gémellaire, elle est arrivée avec un tableau de dysenterie. La S.-F. qui déclare n'avoir reçu de cette femme qu'une somme de 4500 F. Elle déclare aussi l'avoir assistée presque gratuitement parce qu'elle devait payer 13 000 F.

J'ai eu une femme dont son accouchement est devenu un peu difficile, parce que le travail a un peu traîné. Mais quand elle a accouché, l'enfant a pu seulement ouvrir ses yeux une seule fois. Après l'enfant est décédé. Ça m'a fait très mal. C'était la femme de notre gérant. Ça m'a fait mal jusqu'à ce que j'ai pleuré, parce que je ne voulais pas qu'elle perde son enfant, surtout que c'était un garçon, en plus il était comme la photocopie de l'homme. Ça ne m'a pas plu du tout. J'ai même regretté pourquoi elle a accouché avec moi, parce que je ne voulais pas que son enfant meure.

En fait, l'attention et les soins accordés aux malades ne dépendent pas obligatoirement ni automatiquement de critères objectifs, et les modalités de prises en charges ne correspondent pas forcément à celles que propose le discours médical. Elles ne s'accordent pas uniquement à des critères objectifs, mais correspondent aussi aux aléas des relations humaines et aux possibilités financières des acteurs qu'ils soient soignants ou soignés. Même si, l'urgence, parce qu'elle conjugue des critères médicaux et la détresse d'un patient, représente un des domaines où les enjeux sont les plus observables :

Un jour j'étais de garde, on devait faire un forceps à une femme et elle n'avait pas d'argent, c'était un cas social et j'ai vu sa maman pleurer. Le médecin a demandé deux paires de gants et des médicaments à l'instrumentaliste. J'ai dit que j'avais des gants et que je les lui donnais, alors le médecin s'est rué sur moi : "pourquoi tu dis ça ? Cette femme ment, etc.

Conclusion

L'ensemble de ces traits dessinent une certaine forme de cohérence collective, une configuration particulière, articulant à la fois à des déterminants sociaux spécifiques et des pratiques d'acteurs. Nous pouvons en résumer les deux principaux traits :

- la prise en charge du malade, correspond à un transfert beaucoup plus large d'une responsabilité familiale vers une prise en charge sociale : mais l'état des institutions fait qu'il s'agit en fait d'un transfert vers des structures virtuelles qui n'ont pas de réel pouvoir de fonctionnement

⁶ C'est ce que souligne aussi l'un des interlocuteurs de Hatzfeld (op. cit. 2000 : 182) : "Je ne suis pas sûre de croire ou de comprendre la pitié d'un étranger. Les Tutsis étaient peut-être simplement cachés trop loin de la route, ou peut-être n'ont-ils pas montré de visages valables pour ce genre de sentiment."

- les conduites des acteurs prennent place dans des ensembles conflictuels, dans des mondes disjoints, discordants (langagiers, psychologiquement, économiquement), discordances initiées notamment par des programmes de développement. Ce phénomène n'est aucunement spécifique à la santé. Simplement il est plus remarquable dans ce domaine puisqu'il conduit à certaines pratiques notamment de corruption qui semblent plus "choquantes" puisque ce qui touche à la santé n'est pas censé être gouverné par la recherche du profit mais par le souci de servir "son prochain" (?)

Il en découle, au moins deux conséquences :

- la dimension éthique de l'acte de soin, être responsable des malades, demande sans doute une "formation psychologique", mais aussi que soient mis en œuvre des programmes permettant d'exercer les obligations incluses dans les catégories locales de responsabilité⁷
- ces possibilités ne sont pas que "langagière", pour reprendre les termes de Castel, cela implique des "supports" qui sont aussi des moyens techniques et financiers
- théoriquement, il importe de mettre en œuvre une sorte de psychologie normale, ou anthropologie des sensibilités qui englobe aussi bien le plus intime des choix de conduite que le plus matériel des situations vécues

Bibliographie

ARENDT A., 1972, *Du mensonge à la violence*, Paris, Calmann-Levy.

CANTO-SPERBER M., 1994, *La philosophie morale britannique*, Paris, PUF.

CASTEL R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard.

CASTEL R., HAROCHE C., 2001, *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi*, Paris, Fayard.

DELUMEAU J., 1992, *L'aveu et le pardon. Les difficultés de la confession XIIIe-XVIIIe siècle*, Paris, Fayard.

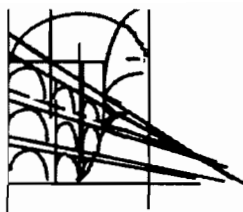
DELUMEAU J., WANEGFFLEN T., 1965, *Naissance et affirmation de la réforme*, Paris, PUF.

DUPRONT A., 1996, *Qu'est-ce que les lumières ?*, Paris, Gallimard.

ELIAS N., 1985, *La société de cours*, Paris, Flammarion.

⁷ Nous renvoyons une nouvelle fois à Castel R. : "La question qui m'intéresse surtout est celle des conditions de possibilité, ce que j'appelle les supports, à partir desquels un individu peut ou ne peut pas développer ce type de stratégies. Ce n'est pas de l'individu comme intériorité qu'il s'agit, bien que l'individu puisse avoir une intériorité."

- GAUCHET M., 1998, *Essai de psychologie contemporaine. Un nouvel âge de la personnalité*, Le débat, N° 99, mars-avril.
- GOFFMAN E., 1991, *Les cadres de l'expérience*, Ed. de Minuit.
- HATZFELD J., 2000, *Dans le nu de la vie. Récits des marais rwandais*, Paris, Seuil
- JAFFRE Y., 1999, *La santé "pour de vrai"*, Berlin, Bulletin APAD
- MARIE A. (éd.), 1997, *L'Afrique des Individus*, Paris, Karthala
- PIA DI BELLA M., 1998, *Vols et sanctions en Méditerranée*, Amsterdam, Ed. des Archives contemporaines.
- SARTRE J.-P., 1943, *L'être et le néant, Essai d'ontologie phénoménologique*, Paris, Gallimard.
- Simmel G., 1998, *La parure et autres essais*, Paris, Ed. Maison des Sciences de l'Homme.



Dans le cadre des séminaires de l'EHESS-Marseille et de la formation doctorale
de sciences sociales 2000-2001

« Anthropologie et Sociologie de la santé »

Les professionnels de santé : pratiques, identités & déontologies

Jean-Pierre Olivier de Sardan, Jean-Louis Fabiani (EHESS)
Marc-Éric Gruénais (IRD), Yannick Jaffré (Shadyc)

Séminaire intensif du 19 au 22 mars 2001, salle de réunion, 3^e étage

Lundi 19 mars

- 9h30 Introduction
10h00 **Jean-Louis Fabiani** (EHESS)
Actualité de la sociologie des professions : l'exemple des professions de santé.
11h30 **Jean Peneff** (Université Aix-Marseille)
De l'enquête sur les professions hospitalières aux enjeux de l'étude de la médecine.
14h30 **Alice Desclaux** (Université Aix-Marseille)
Le « même » ou « l'autre » ? La construction de la distinction entre infirmiers et malades au Burkina Faso.

Mardi 20 mars

- 10h00 **Ginette Raimbault** (INSERM)
Psychanalyste chez les médecins : l'apport de M. Balint.
11h30 **Pierre Blaise** (Institut de Médecine Tropicale, Anvers)
La « médecine de famille » : potentiel des méthodes cliniques centrées sur le patient en Afrique.
14h30 **Yannick Jaffré** (Shadyc)
L'outillage affectif des personnels de santé.

Mercredi 21 mars

- 10h00 **Ilana Löwy** (CERMES)
Essais cliniques des thérapies nouvelles : médecins, chercheurs et usagers.
11h30 **Laurent Vidal** (IRD)
Le sujet de l'observance. Réflexions sur l'expérience clinique en Afrique.
14h30 **Raymond Massé** (Université de Laval)
Éthique et santé publique.

Jeudi 22 mars

- 10h00 **Mohamed Mebtoul** (Université d'Oran)
Le sens de l'activité quotidienne des médecins algériens : une identité professionnelle fragile.
11h30 **Marc-Eric Gruénais** (IRD)
Éthique religieuse et déontologie médicale en Afrique.
14h30 **Jean-Pierre Olivier de Sardan** (EHESS/CNRS)
Le douanier et la sage-femme.

Liste des participants

Nom	Fonction	Institution	Adresse	Courriel
ABDOULAYE M.	Etudiant thèse	EHESS	168, rue St Pierre Cité U Cornil – Ch. 422 13005 Marseille	abdoulaye.mohamed@camail.com
ABEGA S.C.		UCAC	BP. 8166 Yaoundé Cameroun	icy.ucac.fssg-fthnk@camnet.com
AISSATA A.			Distri et Sanitaire Commune I Niamey Niger	
ALHASSANE O.	Médecin stagiaire	CESAG	BP. 3802 Niamey Niger	ousseini@hotmail.com
BA M.K.			Liberté 6 n° 6895 BP. 16551	khadijuba@camail.com
BAKO-ARIFARI N.		IUED/PARIS	BP. 233 Parakou Bénin	bakoarif@hotmail.com
BARDON JACQUET C.	Doctorant	EHESS	6, rue Houdon 75008 Paris	bjchristine@yahoo.com
BECKER C.			Amitié n° 4327 BP. 5598 Dakar Fann Sénégal	becker@ird.sn
BELLAS CABANE D.	Pédiatre en PMI - DEA Anthropologie médicale	LEHA -DGAISS des Bouches du Rhône	5, rue du Dr. Urpar 13200 Arles	
BONCIANI M.	Etudiante-master	Institut Supérieur de Fonté – Rome	369 D, via Prevestine sc. A int 9 00177 Roma	jascuabo@tin.it

BOTT E.	Etudiante	IFEAS Mayence	Ernst-Abbe-Str. 9 55124 Mainz	evelyn.bott@gmx.de
BOUCHAYER F.	Sociologue chargée de mission	MIRE – DREES	Min. Emploi Solidarité	françoise.bouchayer@sante.gouv.fr
CHEN H.P.	Etudiante DEA	EHESS	23, rue Châteaubriand 13007 Marseille	douchka.chen@worldonline.fr
CISSE M.	Stagiaire guinéen	CESAG	BP. 3802	mcisse@yahoo.fr
COLLIGNON R.			7, rue Léopold Bellan (boîte 40) 75002 Paris	collig@mae.u-parisio.fr
DESPLATS D.	Permanent (coordination)	ONG Santé Sud	Marseille	mand.desplats@free.fr
DIAL F.B.		IRD	IRD BP. 1386 Camp Jeremy Sénégal	fbdial@irtld.sn
DIALLO Y.D.			P.a. Unité villa 80	tél : 835 16 19
DIARRA A.			BP. 13 Kouliboroba Mali	aissadiara@yahoo.fr
EBANG-ONDO E.	Doctorant	EHESS/SHADYC	C.U. les Gazelles Ch. 429 Avenue Jules Ferry 13621 Aix-en-Provence	e.ebang-ondo@caramail.com
EBOKO F.			17, rue E. Péroux 78600 Maisons-Lafitte	fred.eboko@wanadoo.fr
ELHADJI A.N.	Etudiant DEA	EHESS	32, avenue Camille Pelletan 13003 Marseille	elndiaye@hotmail.com
ELHADJI-DAGOBI A.	Doctorant	SHADYC	2, rue de la Charité 13002 Marseille	hajdagobi@yahoo.fr

ENTEN F.		MSF	Addis Ababa Ethiopie	enten@hotmail.com
EPARVIER V.	DEA	LEHA	19, rue Brogin 13004 Marseille	v.eparvier@yahoo.fr
ESNAULT E.	DEA	EHESS	56, rue Caisserie 13002 Marseille	esnaut@yahoo.fr
FALL A.S.	Sociologue	IFAN	IFAN BP. 206 Université Cheikh Anta Diop Dakar Sénégal	asfall2001@yahoo.fr
FAYE S.		IRD	IRD Hann	fayes@ird.sn
GARCON L.	Etudiant DEA	EHESS	BP. 10726 Niamey Niger	loicgarcon@caramail.com
GAUCHER C.	Etudiant	Université Laval	1190 de la Pte-aux-Lièvres # 3 Québec, QC Canada, G1L4L8	cgaucher@irdpq.qc.ca
GOMA B.	Etudiant	EHESS	86, bd Pont de Vivaux 13010 Marseille	b_goma@yahoo.fr
GRIMALDI M.	Etudiante	EHESS	18, rue du Roi de Sicile 75004 Paris	maylisgrimaldi@yahoo.fr
HAHONOU E.K.		LASDEL/IRD	Niamey Niger	komlavi@intnet.ne
HANN F.		IRD	S/c F.B. Dial IRD – BP. 1386 Camp Jeremy Sénégal	fhane@caramail.com
IMOROU A.B.	DEA	EHESS	168, rue St Pierre 13005 Marseille	aimorou@yahoo.fr

JOUVENTIN P.	Médecin	AMADES	15, rue Vilontuic 84000 Avignon	
KONE M.		IES/IRD	04 BP 293 Abidjan 04 Côte d'Ivoire	mkone@bassam.ird.ci mkone@ird.ci
KONE Y.F.		ISH	I.S.H. BP. 159 Bamako Mali	ish@datatech.toolnet.org
LE MARCIS F.			12, rue Faie Félix 94300 Vincennes	frederic.lemarcis@wanadoo.fr
LECUYER S.	Préparation DEA	EHESS	Route de St Priest 63390 St Gervais d'Auvergne	lecuyer.sandrine@wanadoo.fr
LEGUEN DIALLO Y.		IRD-SHADYC	24, rue Etienne Milan 13008 Marseille	ydiallo@ehess.cnrs-mrs.fr
LERMAT M.	Etudiant	EHESS	2, place des Augustins 13002 Marseille	mlermat@yahoo.com
LEVY P.	Etudiant	EHESS		pierrelevy@mageos.com
LEWANDOWSKA Y.	DEA	EHESS	199 C, avenue du Prado 13008 Marseille	yoannalew@yahoo.com
MAHE VASSEUR P.	Diplôme EHESS	EHESS	BP. 16705 Dakar Fann Sénégal	patvasseur@yahoo.fr
MARQUES A.	DEA Sociologie	EHESS	13, avenue Georges Clémenceau 94360 Bry-sur-Marne	marquesanac@yahoo.com.br
MARQUI H.	Doctorante	Toulouse II	Ch. 111 – Res. Honnorat 21, bd Jourdan 75014 Paris	den.hel@laposte.net
MEBTOUL M.	Enseignant	Université d'Oran	BP. 1524 Oran-Mn'noeur Algérie	metbtoul@netcourrier.com

MENDY A.F.			HLM 5 BP. 10902 - Dakar Sénégal	amendy@caramail.com flomendy@yahoo.fr
MOUMOUNI Adamou	Doctorant	EHESS/SHADYC	38, bd Jean Moulin 13005 Marseille	tchimba@yahoo.fr
MOUSSA A.	DEA	EHESS	38, bd Jean Moulin 13005 Marseille	fourra@yahoo.fr
NDAO A.			BP. 16206 Dakar Fann Sénégal	life-mbg@sentoo.sn
NDIAYE L.		UCAD	Dept. Sociologie UCAD BP. 1386 Niamey Niger	lamine.ndiaye@ird.sn
NDOYE T.			Parcelles assainies Unité n° 145 Dakar Sénégal	tijoo16@yahoo.fr
NIANS Y.	Médecin Psychiatre	Hôpital Fann CHU		
NJUE C.	DEA	EHESS	42, rue Louis Astruc 13005 Marseille	carolynewanja@hotmail.com
OUATTARA F.			18, rue Flégier 13001 Marseille	ouattara@ehess.cnrs-mrs.fr
OUEDRAGO M.	Psychologue			
PALCHOUX B.	Dir. Delpair	Le MAMS		
PAUMIER Marie	DEA Anthropologie	Aix-Marseille III	Bordeaux	mariepaumier@hotmail.com
REMORAT C.	Etudes doctorales	SHADYC	820, Avenue Coueste 13400 Aubagne	remurat@nomades.fr

ROUSSELON V.	DEA Anthropologie	Aix-Marseille III	1, rue du 29 Brumaire 42100 Saint Etienne	valerie.rousseon@libertysurf.fr
SARRADON E.	Médecin + Anthropologue	LEHA	05300 Le Poet	sarradon-evr@wanadoo.fr
SOULEY A.	Doctorant	EHESS	2, rue de la Charité 13002 Marseille	asouley@yahoo.com
SOW N.K.	Médecin – Etudiante DEA Anthropologie	Aix-Marseille	26, avenue Gustave Desplaces 13100 Aix en Provence	khoudias@yahoo.fr
TAVERNE B.		IRD	IRD-Hann BP. 1386 Dakar Sénégal	taverne@ird.sn
THIOURE M.			BP. 15052 Dakar Fann Sénégal	tél : 825 39 87
THOMAS V.	DEA	EHESS	6, rue Metingne 75019 Paris	valerie.thomas@magecos.com
TOURE Y.			I.S.H. BP. 159 Bamako Mali	ish@datatech.toolnet.org
TRAORE M.	Médecin généraliste - DEA Anthropologie médicale	Exercice libéral à Saint-Rémy de Provence	25, avenue Fauconnet 13210 St Rémy de Provence	motraore@wanadoo.fr
VAN STAEVEL E.	Etudiante thèse enseignante école d'infirmières	EHESS	4, rue du Général de Sène 69000 Lyon	elvire@free.fr
VIDAL L.	Chercheur	IRD	BP. 5045 34032 Montpellier Cedex 1	lvidal@mpl.ird.fr
VINARD P.		Epidaure	1, rue Bausairolles 34000 Montpellier	philippe.vinard@wanadoo.fr
WADE	Chercheur	SHADYC	34, place des Moulins 13002 Marseille	kadou@ehess ;cnrs-mrs.fr

WERNER	Chercheur	IRD		werner@bondy.ird.fr
WGONE G.			Rue 59X68 Fann-Hock Dakar Sénégal	tél : 822 36 61
WOLF J.	Doctorante	EHESS	55, quai St Maurice 80800 Amiens	jwolf@libertysurf.fr
ZASK	Chercheur	CNRS / SHADYC	2, rue de la Charité 13002 Marseille	zask@ehess.cnrs-mrs.fr

Publications

Sommaire

La santé en Afrique

Anciens et nouveaux défis

Introduction

La "santé pour tous" en Afrique : un leurre ?
Marc-Eric Gruénais et Roland Pourtier p. 3

● **Première partie** **Milieus et santé**

L'Afrique n'est pas un cas particulier.
Retour des grands fléaux, émergence de maladies nouvelles
André Prost p. 15

Santé et tropicalité en Afrique subsaharienne :
un système multirisque
Jeanne-Marie Amat-Roze P. 24

Les paludismes en Afrique subsaharienne
Dominique Baudon p. 36

La lutte contre la maladie du sommeil : grandeurs
et servitudes
Jean Jannin et Pierre Cattand p. 46

L'enchocercose en l'an 2000 : une endémie
en régression
Jacques Prod'hon, Michel Boussinesq et Jean-Marc Hougard p. 53

Villes africaines et santé : de la jeunesse des vieilles
endémies, à l'émergence de nouvelles épidémies
Gérard Salem, Emmanuelle Cadot et Florence Fourmet p. 60

● **Deuxième partie** **Situations nouvelles ?**

L'épidémie du VIH/sida en Afrique : état des lieux
Nathalie Lydié p. 73

Qu'est-ce que traiter le sida en Afrique ?
Laurent Vidal et Philippe Mselatti p. 91

Une crise épidémiologique dans les sociétés

de post-apartheid : le sida en Afrique du Sud et en Namibie
Didier Fassin

La santé de la reproduction : nouvelle approche globale
en Afrique subsaharienne
Annabel Desgrées du Loû et Patrice Vimard

p. 116

"L'accouchement c'est la guerre".
Accoucher en milieu rural nigérien
**Jean-Pierre Olivier de Sardan, Adamou Moumouni
et Aboubacar Souley**

p. 136

Nutrition et alimentation en Afrique au sud du Sahara.
Les défis du XXI^e siècle
Bernard Maire et Francis Delpeuch

p. 155

● Troisième partie **Organiser la santé**

Etat de santé de l'Etat en Afrique subsaharienne
Wim Van Lerberghe et Vincent de Brouwere

p. 175

La politique publique en matière de santé dans les faits
en Afrique de l'Ouest francophone
Joseph Brunet-Jailly

p. 191

Les structures confessionnelles privées dans la réorganisation
d'un système de santé : le cas du Cameroun
Alain Le Vigouroux et Raphaël Okalla

p. 204

Le secteur pharmaceutique dans les Etats africains
francophones
Jeanne Maritoux, Carinne Bruneton et Philippe Bouscharain

p. 210

Les mutuelles de santé en Afrique : conditions
d'un développement
Alain Detourmy

p. 230

Les organisations non gouvernementales et les pouvoirs
publics à la santé : l'exemple du Kenya
Carolyne W. Njue

p. 241

Profession : médecin
Marie Badaka

p. 250

La conjugaison des difficultés : école et santé à Bamako (Mali)
Yannick Jaffré et Fatoumata Dicko

p. 259

La santé en situation de conflit : le cas du Congo-Brazzaville
Madeleine Yila-Boumpoto

p. 267

Les "médecines africaines" et le syndrome du prophète.
L'exemple du Congo
Joseph Tonda et Marc-Eric Gruénais

p. 273

Systèmes et politiques de santé

De la santé publique à l'anthropologie

Table des matières

Introduction : Pour une anthropologie de la santé en sociétés. <i>Bernard Hours</i>	5
---	---

Première partie **Politiques de santé publique et systèmes de santé**

Chapitre I : La globalisation et la santé.Éléments pour une analyse anthropologique. <i>Didier Fassin</i>	25
Chapitre II : La santé publique comme projet politique et projet individuel. <i>Raymond Massé</i>	41

Deuxième partie **Anciens et nouveaux acteurs**

Chapitre III : Communautés et État dans les systèmes de santé en Afrique. <i>Marc-Éric Gruénais</i>	67
Chapitre IV : Une étrange absence de crise... L'adaptation des systèmes de santé du Sud au VIH/sida. <i>Alice Desclaux</i>	87
Chapitre V : Les acteurs sociaux face à la santé publique : médecins, État et usagers (Algérie). <i>Mohamed Mebtoul</i>	103
Chapitre VI : Identités professionnelles en médecine générale et en soins de santé primaires. <i>Monique Van Dormael</i>	117
Chapitre VII : Les médecins acteurs dans les systèmes de sante . Une étude de cas au Burkina Faso. <i>Isabelle Gobatto</i>	137
Chapitre VIII : Les associations équatoriennes d'aide aux personnes atteintes par le VIH/sida. <i>Bernard Champouloux</i>	163
Chapitre IX : Idéo-logiques des prises de décision : le cas des ONG face au gouvernement indien à propos du sida. <i>Frédéric Bourdier</i>	191

Troisième partie
Rapports sociaux dans les institutions de santé

Chapitre X : Transformations des systèmes de santé et responsabilité des femmes. <i>Francine Saillant</i>	221
Chapitre XI : Soins domestiques et services publics. Une transformation de l'espace des soins au Québec. <i>Éric Gagnon</i>	249
Chapitre XII : De l'institution au terrain, de la maladie à la santé mentale. <i>Michel Audisio</i>	265
Chapitre XIII : Le concept de communauté et ses limites : à propos des centres de santé communautaires du Mali. <i>Hubert Balique</i>	275

Quatrième partie
Logiques et pratiques de la maladie

Chapitre XIV : Les brèches symboliques de la maladie dans le socialisme de marché. <i>Monique Sélim</i>	287
Chapitre XV : Anthropologie des MST-sida au Maroc. Existe-t-il une politique de santé sexuelle ? <i>Abdessamad Dialmy</i>	301
Chapitre XVI : Recherches sur les parcours de soin de patients africains séropositifs en France. <i>Olivier Douville, Alliou Blondin-Diop</i>	329
Conclusion : Perspectives en guise de clôture. <i>Jean Benoist</i>	345
Les auteurs	355