

# **LASDEL**

**Laboratoire d'études et recherches sur les dynamiques**

**sociales et le développement local**

**BP 12901, Niamey, Niger – tél. (227) 72 37 80**

**BP 1383, Parakou, Bénin – tél. (229) 61 16 58**

## **Interactions entre personnels de santé et usagers à Niamey**

**A. Souley**

**(enquêtes de H. Moussa, A. Tidjani et A. Tidjani Alou)**

**novembre 2001**

**Etudes et Travaux n° 2**



## Table des matières

<b>Introduction .....</b>	<b>4</b>
<b>La vie des formations sanitaires.....</b>	<b>9</b>
Consultation de nourrisson : une femme qui a l'habitude des lieux .....	9
Consultation curative : un homme qui vient pour la première fois.....	10
Consultation curative : une fille qui "passe" .....	10
Accouchement : un cas classique.....	11
Une femme raconte son accouchement.....	12
Une stagiaire dépeint sa nuit de garde .....	13
<b>Les métiers de la santé : destin, carrière et service public.....</b>	<b>14</b>
Les personnels de santé.....	15
Chef de CSI .....	15
Directrice de maternité .....	16
Le sort des adjoints : une infirmière certifiée .....	17
Diplômé d'état mais adjoint .....	18
Les personnels auxiliaires .....	19
Vendre des médicaments .....	19
Effectuer un stage de secouriste .....	19
Conduire l'ambulance .....	20
Garder les lieux.....	21
<b>Indicateurs qualitatifs de la non-équité et de la mauvaise qualité.....</b>	<b>22</b>
Des espaces hostiles .....	22
Question d'aiguillage: à la porte.....	22
Conduite à tenir : au hall d'attente .....	23
Le stylo, le papier et les autres équipements .....	24
Des espaces privatisés .....	25
Faire attendre le patient .....	25
Prendre son petit déjeuner .....	26
Passer du bon temps .....	27
Faire comme chez soi : une petite activité lucrative informelle ? .....	27
Divers écarts par rapport aux normes officielles .....	28
Des activités des professionnels de santé .....	28
Du pouvoir de monnayer le risque .....	32
Maternités cent risques .....	34
<b>Les ménages : les indices de dénuement.....</b>	<b>41</b>
Description générale .....	41
Les interactions avec la santé publique.....	41
Ceux qui sont fréquents aux soins.....	42
Le recours aux structures de soins.....	42
La quête de l'intermédiaire.....	42
Le soignant compétent.....	43
La pharmacie par terre.....	43
Ce bout de papier appelé ordonnance.....	44
La politique de recouvrement des coûts .....	44
Ce qu'est la pauvreté.....	45
<b>Quelques pistes pour agir .....</b>	<b>45</b>

## Introduction

Cette étude a été conduite en 1999<sup>1</sup> par une équipe de socio-anthropologie désormais intégrée au LASDEL. Cette équipe était composée de Souley Aboubacar, coordinateur ; Moussa Zangaou Hadiza, enquêtrice ; Tidjani Abdoukadi, enquêteur ; Tidjani Alou Aboubacar, enquêteur. L'étude s'est déroulée de février à septembre 1999 à Niamey dans les quartiers Boukoki, Gawèye et Talladjé. Elle a connu deux phases, à savoir : (a) une enquête dans les structures de santé (de février à juillet 1999) ; et (b) une enquête auprès de familles démunies (d'août à septembre 1999). Le présent rapport comprend un exposé sur le déroulement méthodologique des enquêtes dans les centres de santé et auprès des ménages, les principaux résultats concernant ces deux phases de recherche et quelques pistes de réflexion.

L'étude socio-anthropologique a débuté par les traditionnelles démarches administratives. Après le recrutement, mi-janvier, trois enquêteurs, des étudiants de niveau licence en sociologie, ont d'abord été formés à la méthode d'enquête et sensibilisés sur les fondements et les objectifs de l'étude engagée. Ils ont, ensuite, suivi un stage d'initiation pratique à l'enquête d'anthropologie urbaine, et particulièrement au protocole ECRIS (enquête collective rapide d'identification des conflits et des groupes stratégiques) ; c'était à l'occasion d'une étude menée par notre équipe sur la drépanocytose avec la collaboration du Dr Youssouf Gamatié de la Faculté des sciences de la santé de l'Université Abdou Moumouni de Niamey. Cette initiation s'est déroulée au service de pédiatrie A de l'hôpital national de Niamey.

Au début du mois de février 1999, les démarches administratives auprès des autorités municipales et des districts sanitaires ont été menées avec l'aide de la Direction de la Santé de la Communauté Urbaine de Niamey (DSCUN). Cela a permis pour la suite aux enquêteurs de prendre contact directement avec les médecins – chefs, les responsables des centres médicaux ainsi que les chefs de quartiers. Trois sites avaient été retenus<sup>2</sup> : Gawèye dans la commune III, Talladjé dans la commune II et Boukoki dans la commune I.

Avant ces contacts directs entre enquêteurs et autorités, le coordinateur national, accompagné à chaque fois par l'enquêteur désigné pour la commune, a effectué les présentations auprès des administrateurs délégués ou leurs proches collaborateurs. Les trois enquêteurs ont, enfin, procédé à une enquête dite de repérage : visite des centres médicaux, recueil de la documentation sur la situation sanitaire de la commune, point sur la situation générale de la commune.

A la suite de toutes ces démarches, un programme de travail a été élaboré en tenant compte de l'évolution des deux autres volets de recherche, particulièrement le volet socio-économique qui n'en était qu'à sa mise en place. Ainsi, l'enquête dans les centres de santé devait-elle être conduite avant l'enquête dans les ménages, de manière à ne pas perdre du temps en attendant le démarrage du volet socio-économique.

### *L'enquête collective de lancement*

L'enquête dans les centres de santé est lancée le 15 février 1999 par une enquête collective de huit jours dans les centres de santé et auprès de quelques familles dans les trois quartiers retenus. Cette enquête avait un triple objectif : adapter le protocole d'enquête à des

<sup>1</sup> Il s'agissait d'un programme de recherche sur l'équité dans l'accès aux soins, financé par la Coopération française et géré par l'UNICEF, portant sur 5 capitales africaines (Dakar, Abidjan, Bamako, Conakry et Niamey). Ce programme comportait 3 volets, dont un volet socio-anthropologique, coordonné par Y. Jaffré et J.P. Olivier de Sardan, incluant le présent travail.

<sup>2</sup> Le principal critère était l'existence dans un même quartier "populaire" d'un complexe regroupant les trois services : CSI (Centre de santé intégré, ex-dispensaire), CSMI (Centre de santé maternelle et infantile, ex-PMI) et maternité. Il y avait aussi un souci de concordance avec les deux autres volets du projet de recherche ("socio-économie" et "qualité des soins").

structures de santé urbaines, dégager un ensemble commun d'hypothèses, de questions de recherches et de méthodes de travail pour les cinq villes et lancer le volet socio-anthropologique sur Niamey. Ces objectifs ont été largement atteints à la fin de l'enquête<sup>3</sup>.

Quelques hypothèses générales ressortent des premières observations effectuées à cette occasion :

- **La forte extériorité** des structures de soin par rapport aux malades. Les structures apparaissent comme des espaces clos, souvent hostiles, peu compréhensibles, bureaucratiques, en partie privatisés par les personnels, relevant du parcours du combattant. Plus les malades sont pauvres, plus les structures de soin leur sont inhospitalières.
- **"Connaître" quelqu'un** dans une structure de soin est une garantie d'un meilleur accès, d'un meilleur accueil, voire de meilleurs soins. Pour ceux qui sont dépourvus de telles connaissances, on relève des micro-stratégies pour nouer un lien personnel avec un membre de la structure. La pauvreté, lorsqu'elle est corrélée à un faible ou très faible réseau social, et à une méconnaissance de ces stratégies, est alors un handicap majeur.
- **Le système des "faveurs"**, qui crée un traitement différentiel des malades selon qu'on les connaît ou pas, est en partie légitime aux yeux des populations lorsqu'il recoupe des liens personnels, et beaucoup plus inacceptable lorsqu'il se fonde simplement sur le statut social.
- Les populations semblent placer **la quête du médicament** au centre de leur quête de soins. Or, les médicaments sont en général absents dans les structures sans recouvrement des coûts. Là où il y a eu mise en place d'un recouvrement des coûts, le médicament est certes disponible et peu onéreux, mais son accès est difficile (nécessité de passer d'abord par une consultation payante) et peu transparent (diversité des tarifs souvent incompris par les malades). A l'inverse, les "pharmacies par terre" offrent des médicaments à l'unité, directement accessibles, assortis parfois de crédit, amenés à la porte du consommateur.
- **Les itinéraires thérapeutiques** varient non seulement selon le niveau socio-économique et scolaire, mais aussi selon la gravité perçue et les catégories nosologiques populaires. Les pharmacies par terre semblent être le principal recours. La fièvre chez le nourrisson et le petit enfant semble être un signal déterminant le recours aux structures de soin. Celles-ci sont contre-indiquées pour la jaunisse. Le *weyno / zahi* se soigne essentiellement à base de plantes.
- Au niveau comportemental, **les principaux reproches** adressés aux personnels de santé sont : la mauvaise qualité de l'accueil, le non-respect des normes de bienséance ou de politesse, l'absence d'explications, l'absence de disponibilité. Les principaux reproches adressés aux malades et aux accompagnants par les personnels de santé sont : le non-respect des normes d'hygiène ou d'isolement, les recours trop tardifs, les consultations en urgence non justifiées, la mauvaise observation des traitements.
- Dans les structures de soin, **la division des tâches** semble excessive, très rigide, bureaucratique et ne permettant pas un travail en équipe. Il y a de façon surprenante une certaine pléthore de personnels, que la mauvaise organisation rend en partie inefficace. Il y a absence générale de sanctions. Tantôt les tâches effectuées sont sous-qualifiées (infirmier se bornant à distribuer de la nivaquine), tantôt elles sont sur-qualifiées (fille de salle faisant des accouchements).

---

<sup>3</sup> Dans la mesure où cette enquête collective a lancé l'ensemble du programme de recherche socio-anthropologique, elle a aussi mobilisé les responsables des quatre autres capitales et les deux coordinateurs

- **Le rôle des "bénévoles"** (parfois 1/3 des personnels), non payés, qui espèrent "un jour" être embauchés, qui bénéficient de divers "petits avantages" et qui sont le plus en contact avec les malades (filles de salle, en particulier) est important. Parmi ces bénévoles, on note la présence de quelques femmes-relais, présentes en permanence sur le site, et qui jouent un rôle non négligeable d'accueil et d'accompagnement, non prévu dans leur fonction, et qui semble particulièrement utile (cf. point 1).
- L'effectuation de **prestations sanitaires à titre privé** par les infirmiers hors des heures de travail, et parfois sur le site ou la structure, ainsi que la vente de médicaments prélevés d'une façon ou d'une autre au sein de la structure, ne semblent pas être des pratiques inconnues.
- Le **privé "confessionnel"** (islamique ou chrétien) a une bien meilleure réputation que les formations sanitaires publiques (en termes d'accueil, de disponibilité des médicaments, et de bas prix) ; on peut donc venir de quartiers éloignés pour y avoir recours.
- Il n'y a **aucune réelle prise en charge des indigents**, et des pauvres parmi les pauvres. Ceux-ci semblent complètement exclus là où il y a recouvrement des coûts.

Sur la base de ces hypothèses, des indicateurs et des pistes de recherche ont été élaborés. C'est ce qui représente, en termes méthodologiques, le cahier de charge pour un enquêteur. Les indicateurs identifient clairement les tâches à remplir par l'enquêteur. Ainsi, le cahier de charge comprenait les points suivants :

- Plan de chaque formation sanitaire, et de chaque bâtiment, avec noms administratifs, surnoms populaires (français, zarma, hausa, ...) et fonctions.
- Suivi et observation détaillés de "parcours" de malades (10 cas minimum) au sein de la formation, en tenant compte des variables suivantes : homme / femme, enfants / adultes, pauvres / non pauvres, urgence / consultation de routine.
- Observation et description des activités et interactions pour chaque poste de travail (accueil et attente, carnet, consultation, piqûres, pansement, pesée, etc.) selon les moments (matin, après midi, jour ouvrable, week-end, jour de grève, jour férié, garde, permanence)
- Récits détaillés :
  - d'accouchements dans la structure (5 cas minimum)
  - de maladies d'enfant avec passage dans la structure (5 cas minimum)
  - d'avortements provoqués (2 ou 3 cas minimum)
  - de maladies chroniques (2 ou 3 cas minimum)
- Biographies de personnels (major, infirmier, infirmière, sage femme, fille de salle, gardien, manœuvre), en insistant sur les différences perçues entre la formation et la réalité, les motivations, attentes et déceptions, etc.
- Recueil des définitions (personnels et familles) sur les thèmes suivants :
  - gravité d'une maladie (seuil de gravité ?)
  - bienséance, normes de comportement, accueil
  - pauvreté et paupérisation (processus, classification)
  - normes d'hygiène
  - prévention
  - faveurs légitimes et illégitimes

- risque
- compétence d'un soignant
- la "honte" pour un soignant ou pour un malade
- Ce que deviennent les ordonnances : achat et sélection éventuelle (qui finance, qui conseille, qui choisit), observance, pharmacie personnelle, etc. (10 cas minimum)
- Etude de cas (les divers points de vue des acteurs)
  - un conflit dans la structure
  - un problème autour d'une consultation ou d'un accouchement
- Tous entretiens permettant de confirmer ou d'infirmer les hypothèses et d'en émettre d'autres, de suivre les pistes dégagées ou d'en tracer d'autres.
- Recueil de documentation écrite :
  - statistiques et registres
  - matériel didactique utilisé dans les séances d'éducation pour la santé (EPS)
  - définitions des tâches
  - rapports officiels, notes de service
- Inventaire de l'équipement (fonctionnant ou pas)

Pour chacun des "sites" d'enquête à savoir CSI, CSMI et maternité, un plan de recueil de données est élaboré par le coordinateur ; ce plan s'inspire largement des résultats de l'enquête collective et de discussions avec les enquêteurs. Une réunion de restitution et de discussion a lieu une fois par semaine. Chaque enquêteur rend compte de l'évolution de ses investigations et des difficultés qu'il rencontre concrètement. Suivant les cas et les circonstances, le plan pour un site donné peut être réaménagé. Un contrôle régulier de l'exécution du cahier de charge sur le terrain est fait par le coordinateur au moins deux fois par semaine. Enfin, l'ensemble de l'équipe effectue à la fin de chaque séjour d'un mois sur un site une enquête d'observation générale : toutes les données recueillies par un enquêteur sur un site sont revues et corrigées si nécessaire.

Au total, sur les trois sites que sont Boukoki, Talladjé et Gawèye, 265 entretiens ont été conduits à la fois auprès de personnels de santé et de patients ou accompagnants (91 dans les CSI, 88 dans les maternités et 86 dans les CSMI). Les entretiens sont individuels ou collectifs, menés en français, en hausa ou en zarma. Sur les 265 entretiens, 153 ont été intégralement enregistrés sur bande audio. Concernant les observations, 167 séances ont été menées (53 dans les CSI, 53 aussi dans les maternités et 61 dans les CSMI). Nous avons considéré les moments suivants : jour ouvrable, jour férié, samedi et dimanche, jour de grève avec ou sans service minimum, moments creux et heures de service. Par ailleurs, dans les maternités, les enquêteurs ont observé la permanence et la garde avec les agents.

### *Les ménages*

Le second axe du volet socio-anthropologique, l'enquête dans les ménages, a débuté le 2 août. Sur le calendrier, les recherches devaient commencer le 16 juillet et s'achever le 14 août. Cette programmation n'a pas été respectée car nous devrions attendre la fin de la saisie des résultats du volet socio-économique (cf. ci-dessus, note 1). Le démarrage de cette enquête a connu un léger retard. Finalement, nous n'avons pas attendu, comme prévu, la fin des opérations de saisie des résultats. Notre collègue du volet socio-économique a eu l'amabilité de consacrer 3 journées à dresser des listes de ménages avec nos enquêteurs. Les enquêteurs ont, ensuite, procédé au repérage des concessions à l'aide de cartes topographiques.

Le travail de recueil des données, c'est-à-dire la conduite des entretiens, s'est fait sur la base d'un canevas. Il s'agit d'un guide d'entretien qui donne un aperçu sur la situation des ménages, aborde les questions des itinéraires thérapeutiques, des réseaux sociaux et de la pauvreté. Les entretiens se font aux domiciles des enquêtés, en langues zarma, hausa ou française. Il y avait aussi bien des entretiens en groupe que des entretiens individuels. Nous avons connu des cas de refus de répondre et des cas de ménages non retrouvés. Dans les deux cas, les ménages ont été remplacés par d'autres, sur la base de critères d'habitation, d'accès à l'eau courante et à l'électricité et d'alimentation. Sur l'ensemble des entretiens réalisés, dix ont été retenus par enquêteur, ce qui nous donne 30 entretiens pour l'ensemble des trois quartiers retenus.

### *Coordination entre les différents volets de recherche*

Deux réunions de coordination et d'information sur le Projet Santé Urbaine ont été organisées par la DSCUN le 6 juillet et le 25 août 1999. Elles regroupaient l'équipe cadre de la DSCUN, les responsables des trois volets de recherche et l'administrateur des programmes santé UNICEF. Des recommandations ont été formulées à l'issue de la première rencontre. L'une portait sur la nécessité de rencontres régulières entre les responsables des trois volets de recherche aux fins d'échanges d'information, de façon à mieux harmoniser la recherche sur le terrain.

Suivant cette recommandation, les responsables des trois volets se sont retrouvés le 9 juillet 1999, dans le service de Pédiatrie A de l'Hôpital National de Niamey à l'effet d'examiner les questions suivantes : situation de chaque volet (évolution, état actuel, perspectives, difficultés) et interactions entre les différents volets. De leurs discussions, deux points de convergence ont été clairement établis à savoir l'accueil des patients et l'opinion des patients sur les prestations des agents.

Chacun des trois volets aborde ces questions. Pour le volet "socio-anthropologique", c'est à travers les observations dans les centres de santé et les entretiens auprès des usagers de ces centres. Le volet "socio-économique" rapporte les opinions des populations relativement à l'accueil reçu dans les centres de santé et aux critères de satisfaction ou de non-satisfaction. Quant au volet "qualité", après l'observation technique du comportement des agents, il reçoit en retour les avis des patients les traitements qui leurs sont prescrits.

### *Difficultés*

Les plus dommageables sont liées à l'allocation de ressources financières. Au tout début de l'enquête, la procédure de décaissement a été lourde et fastidieuse. On s'est retrouvé à régler des problèmes purement administratifs ne relevant pas du tout de la coordination scientifique d'une étude. Ce sont des aléas dont peuvent difficilement tenir compte des enquêteurs en train de travailler sur le terrain. Vers la fin de l'enquête, les entraves ont été plus accentuées. Nous nous sommes retrouvés avec pratiquement deux mois sans la moindre ressource. Aucune explication claire n'a pu être fournie par nos interlocuteurs sur ce blocage qui a provoqué l'arrêt, fin septembre, de toutes nos activités : impossibilité de faire travailler les enquêteurs, d'acheter même le simple matériel fongible (sinon de sa propre poche), confusion dans les dépenses, etc. Cette situation qui a perduré jusqu'au 8 novembre nous a quasiment coupé du terrain et de nos données ; d'où des difficultés pour reprendre et achever l'exploitation. Après le déblocage, nous avons dû recourir aux services d'un linguiste pour accélérer et finaliser toutes les corrections, surtout pour la transcription et la traduction des entretiens.

Par rapport aux terrains, nombre de nos interlocuteurs sont plutôt habitués à des enquêtes quantitatives, notamment par questionnaire : on ne perçoit pas toujours l'utilité ou la raison d'être d'un entretien ou d'une simple observation. Cela entraîne, parfois, et c'est le cas par exemple dans un CSI, l'hostilité de quelques responsables. Cependant, en règle générale, nous avons été très bien accueillis dans les centres de santé.

Enfin, on doit regretter l'insuffisance, voire l'absence, d'échange, d'animation et de coordination entre les volets et les services de l'UNICEF et de la DSCUN. Bien souvent, les contacts que nous avons eu ont été informels. En dehors de ces contacts informels et de la réunion du 9 juillet évoquée plus haut, on n'a pas du tout eu l'impression d'effectuer un travail pluridisciplinaire. Entre les humeurs des fonctionnaires qui sont censés collaborer avec nous et les impatiences des enquêteurs, les interactions étaient plus compliquées à gérer que l'enquête proprement dite. A ce niveau, la disponibilité et les encouragements du Docteur Ouoba nous ont beaucoup aidé.

## **La vie des formations sanitaires**

On oublie trop souvent que les formations sanitaires sont des services publics au même titre que les autres services dans d'autres secteurs de la vie publique comme le transport, les communications ou encore l'énergie. Même si les activités ne sont pas identiques, les pratiques généralement décriées par les usagers sont comparables : lourdeur administrative, tendance à la bureaucratisation, système de faveur, développement de normes parallèles de fonctionnement, etc. De fait, toutes ces pratiques se retrouvent dans les formations sanitaires aussi. Cependant, elles revêtent un caractère plus choquant ou scandaleux par ce qu'elles touchent à un domaine fondamental de la vie humaine, à savoir la santé.

Les activités des services publics de santé tournent essentiellement autour des soins curatifs. L'aspect prévention, en dehors des vaccinations, reste négligeable. Dans les récits ci-dessous, nous verrons successivement une femme, un homme et une jeune fille venus en consultation, et, un cas d'accouchement.

### ***Consultation de nourrisson : une femme qui a l'habitude des lieux***

Dans la matinée du 2 juin 1999, notre enquêtrice à Gawèye guette des patients au CSMI de Gawèye. Elle s'intéresse à une femme qui amène son enfant en consultation. La femme en question est d'apparence non pauvre et semble connaître les lieux.

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

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

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

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

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

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

A 9 heures et 25 minutes, la mère de Mohamed va au guichet de la pharmacie. Après les salutations d'usage, elle tend l'ordonnance à la vendeuse. Elle lui remet, ensuite, l'argent au moment où elle lui donne un petit sachet dans lequel on peut voir les comprimés de cotrim. Notre femme s'en va aussitôt. Nous notons qu'elle ne repasse pas chez l'infirmière demander les conseils d'utilisation. La mère de Mohamed Ahaman quitte le CSMI à 9 heures et 29 minutes. Elle s'en va seule, sans son amie de tout à l'heure. (Source : Hadiza Moussa Zangaou, CSI de Gawèye, observations du 20 mai au 30 juin 1999)

### ***Consultation curative : un homme qui vient pour la première fois***

Nous sommes le 21 mai 1999 au CSI de Talladjé ; il est 10 heures et 40 minutes. Abdoukadi Tidjani, qui mène les enquêtes à Talladjé, prend pour "objet" d'observation Boureïma, un homme adulte. Contrairement à la mère de Mohamed, notre homme paraît beaucoup moins aisé, pour ne pas dire pauvre. De plus, il n'est pas du tout familier à l'endroit.

C'est à 10 heures et 45 minutes qu'un homme, habillé d'un grand boubou sale et déchiré par endroits, entre dans l'enceinte du complexe sanitaire. Il se dirige droit jusqu'au bâtiment du CSI où se font d'habitude les consultations curatives. Arrivée dans le hall, il salue le groupe de personnes qu'il a trouvé : il y a une infirmière, un technicien d'hygiène, une secouriste et deux patients. Il s'assoit sur le banc à côté d'une fillette qui est aussi venue en consultation. Le groupe de soignants semble être en discussion calme ; quant à nos trois patients, ils sont plutôt auditeurs.

Trois minutes s'écoulent. Visiblement impatient, Boureïma demande à la fillette qui est à côté de lui s'il y a un patient dans la salle de tri. La fillette lui répond qu'il n'y a aucun patient à l'intérieur. C'est alors que Boureïma se lève et rentre dans la salle. Il y trouve un infirmier assis à son bureau. Il le salue. Ce dernier, calme, répond et demande à Boureïma s'il a un carnet ; Boureïma répond non. L'infirmier lui dit alors d'aller acheter un carnet à côté, en lui indiquant le bâtiment du recouvrement. Boureïma ne bouge pas. Il explique à l'infirmier qu'il n'a aucun centime et que cela fait deux jours qu'il a de la fièvre. Il insiste en argumentant sur le caractère social de son cas. L'infirmier, toujours indifférent mais de manière courtoise, lui répond qu'il ne peut absolument rien faire pour lui. Il lui explique que c'est à cause du système qui est maintenant en vigueur. C'est la nouvelle formule et tout le monde doit payer. Cela ne dépend pas de l'infirmier. Inlassable dans la justification de la particularité de son cas, difficile et démuné complètement, Boureïma tente d'attendrir notre infirmier. Hélas, pour lui, l'infirmier objecte sans cesse le changement de système, son devoir de l'appliquer et donc son incapacité à le contourner. Cette fois-ci, Boureïma, plutôt résigné que convaincu, ressort de la salle et revient s'asseoir sur le banc dans le hall. Il s'offre 7 minutes d'observation (ponctuée peut-être de réflexion sur son dénuement face à la situation.) Sous ses yeux, les agents bavardaient paisiblement et à haute voix alors que les patients rentraient et sortaient de chez l'infirmier. Spectacle banal, sans doute. Finalement, notre homme se lève et quitte les lieux. Ne regardant que devant lui, il ne s'adresse à personne. Il est 10 heures et 59 minutes. Boureïma n'a pas été examiné, il n'a reçu aucun soin. C'est normal ! (Source : Abdoukadi Tidjani, CSI de Talladjé, observations du 20 mai au 30 juin 1999)

### ***Consultation curative : une fille qui "passe"***

Ce matin du 27 mai 1999, une femme, parente à un membre du personnel soignant, amène sa fille en consultation au CSI de Gawèye. La patiente présente une caractéristique que Boureïma n'a pas : un lien de parenté avec un des membres du personnel soignant. Comme on va le voir, cela est, non seulement, déterminant dans l'accès aux soins, mais il permet aussi de recevoir un accueil plus chaleureux.

Une fillette accompagnée de sa maman fait son entrée au CSI à 9 heures et 8 minutes. Salamatou (ainsi se nomme la fillette) est la nièce de la bénévoles qui se trouve au service curatif. Arrivée dans le hall d'attente, la mère de Salamatou s'assoit sur le banc et fait appeler sa parente par une fille de salle. Il y avait foule. La bénévoles qui était appelée vient rejoindre la patiente et sa mère. Elle les salue longuement, puis revient dans la salle des soins. Sur son chemin, elle passe par le guichet de la pharmacie où elle dit quelques mots à la vendeuse.

C'est cette dernière qui introduit la petite Salamatou et sa mère directement auprès de l'infirmière bénévoles à 9 heures et 13 minutes. Une fois la malade installée, l'infirmière invite la mère à s'asseoir aussi. Elle lui remet le thermomètre en lui disant de procéder à une prise rectale. La dame prépare sa fille alors que Salamatou commence à se débattre en pleurant. C'est dans cette agitation que tombe et se casse le thermomètre. L'infirmière, surprise mais calme, dit alors à la mère : « Hayo wo kan ni bogu zangu hinka na go. Ni ga bana. Cet objet que tu viens de casser, il coûte 1.000 FCFA. Tu vas le rembourser. » Pour toute réponse, la mère de Salamatou sourit

timidement. Le thermomètre cassé est aussitôt remplacé par un autre que la bénévoles ramène du bureau du major. Cette fois-ci, l'infirmière se charge de tenir la petite fille et de lui faire la prise de température. Salamatou avait 39°5.

A 9 heures et 17 minutes, l'infirmière prescrit sur un bout de papier du quinimax, de l'aspegic, du vogalène et de l'ampicilline. Sur un deuxième bout de papier, elle note la température et le traitement. L'infirmière remet l'ordonnance à la bénévoles qui se rend auprès de la vendeuse au guichet de la pharmacie. La vendeuse prend l'ordonnance, la lit et porte quelques marques sur un petit carnet. Elle prend ensuite 2 seringues, 4 ampoules de quinimax et quelques comprimés. Elle donne les seringues et les ampoules à la bénévoles, met les comprimés dans la poche de sa blouse et les rapporte à l'infirmière. Cette dernière explique la posologie des comprimés à la mère de Salamatou. Pendant ce temps, la bénévoles conduit la fillette dans la salle des soins pour lui faire l'injection de quinimax. Il est 9 heures et 20 minutes.

Lorsqu'elles reviennent auprès de la mère de Salamatou, une minute après, la bénévoles dit à celle-ci quelques mots en fulfulde. La vendeuse est repartie à son poste. La mère de Salamatou se lève, remercie l'infirmière et prend congé. A 9 heures et 23 minutes, Salamatou et sa mère quittent l'infirmière et la bénévoles. Notre patiente et sa mère sont accompagnées jusqu'au portail par la vendeuse de la pharmacie.

Nous avons interrogé l'infirmière et ensuite la pharmacienne pour avoir des éclairages par rapport au cas de Salamatou. La première nous confia que la mère de Salamatou est une "passe" de la bénévoles. C'est ce qui expliquerait le fait qu'elle ne soit pas passée auprès du percepteur pour s'acquitter des frais de carnet (200 FCFA) ; ceci expliquerait aussi le fait qu'elle n'ait pas eu à payer également 200 FCFA pour la consultation. Or et en principe (pour les soignants entre eux), même les "passes" sont tenues de s'acheter un carnet de consultation. C'est seulement la consultation qui peut être gratuite. A la pharmacie, non plus, la mère de Salamatou n'a rien payé. D'après nos interlocutrices, ce sont l'infirmière, la bénévoles et la vendeuse qui ont financé l'achat des produits "à crédit". Ce qui explique les notes portées par la pharmacienne dans un carnet : les produits prélevés dans le stock de la pharmacie et les sommes leur correspondant sont soigneusement enregistrés. Quant au thermomètre cassé, l'infirmière a promis de le faire rembourser par la bénévoles parente de la petite fille. (Source : Hadiza Moussa Zangaou, CSI de Gawèye, observations du 20 mai au 30 juin 1999)

### *Accouchement : un cas classique*

Le 12 avril 1999, maternité Talladjé : nous allons assister à un accouchement. La parturiente se prénomme Ramatou ; elle a 26 ans et c'est une ménagère. L'observateur est installé dans le hall d'attente en compagnie de filles de salle et de quelques visiteurs.

Une voiture particulière entre dans l'enceinte du complexe sanitaire et s'arrête à la porte de la maternité à 20 heures et 40 minutes. Une femme enceinte et deux autres femmes assez âgées sortent de la voiture. La femme enceinte aidée par l'une des accompagnantes franchit l'escalier qui débouche sur le hall où il y avait un remue-ménage, tandis que la deuxième accompagnante s'occupait à décharger les bagages (seaux, bassines, nattes, tasses ...) du coffre arrière de la voiture.

Dans le hall il y avait huit personnes dont trois filles de salle. L'une des filles de salle était debout et s'apprêtait à quitter la maternité tandis que les deux autres assises discutaient avec les visiteurs. C'est la fille de salle qui était debout qui s'adresse à l'accompagnante en lui disant de conduire la parturiente dans la salle d'accouchement ; ce qu'elle fit.

Il n'y avait personne dans la salle d'accouchement. La sage-femme qui doit assurer la garde cette nuit venait d'arriver. Elle était dans la salle de garde en compagnie de sa collègue qu'elle devait remplacer. L'une était en train de porter sa blouse et l'autre s'affairait à quitter les lieux.

C'est à 20 heures et 48 minutes que la sage-femme entre dans la salle d'accouchement. Elle appelle aussitôt la fille de salle. La prise en charge de la parturiente commence. Nous ne sommes pas autorisée à pénétrer dans la salle d'accouchement. A 21 heures et 3 minutes, l'infirmière qui doit assurer la garde en même temps que la sage-femme arrive. Deux minutes seulement après, la fille de salle sort de la salle d'accouchement avec un haricot contenant le placenta et un pagne maculé de sang dans les mains. Elle appelle l'une des accompagnantes qui était assise dans le hall et lui tend ces effets tout en lui demandant d'amener des pagnes propres et du savon. L'accompagnante s'exécute et la fille de salle retourne en salle d'accouchement avec ce qu'elle a demandé.

A 21 heures et 15 minutes, l'accouchée sort de la salle d'accouchement en compagnie de la fille de salle qui tenait le nouveau-né enveloppé dans un pagne dans ses bras. Elles vont ensemble vers les salles de suite de couches. La fille de salle pénètre dans une des salles et installe

le nouveau-né et sa mère. Elle ressort une minute après pour dire aux accompagnantes, qui étaient toujours dans le hall, d'aller rejoindre leur accouchée.

A 21 heures et 21 minutes, la sage-femme sort de la salle d'accouchement avec un bout de papier à la main et un sachet contenant trois comprimés. C'est une ordonnance portant le produit "arphos" et les trois comprimés sont du "métergin". Elle fait appeler l'une des accompagnantes et lui tend l'ordonnance et les comprimés en lui précisant que les comprimés sont à prendre tout de suite en une seule prise.

Le lendemain à 9 heures, lorsque nous pénétrons dans la salle où l'accouchée a passé la nuit, cette dernière affirme n'avoir pas vu la sage-femme depuis qu'elle l'a quittée en salle d'accouchement.

À 9 heures et 42 minutes, une sage-femme qui vient d'arriver (responsable des suites de couches) remet à l'accouchée et à deux autres accouchées les carnets de leurs enfants et leur dit de les amener au CSMI pour les vaccinations. Les femmes prennent chacune son bébé dans les bras et se dirigèrent une à une, vers le CSMI situé en face de la maternité à une dizaine de mètres. Notre accouchée (Ramatou), revient à la maternité à 9 heures et 58 minutes et rentre dans la salle de soins où la sage-femme responsable des suites de couches venait de déposer deux registres et ressortait. C'est la sage-femme responsable des suites de couches qui perçoit les frais de lit (2.100 FCFA) qu'acquitte toute accouchée. Elle procède aussi à une sorte de séance d'éducation pour la santé (à propos de l'allaitement surtout) dans la salle de soins qui est aussi son bureau et où elle réunit toutes les accouchées qu'elle va libérer.

Notre sage-femme revient à son bureau à 10 heures et 15 minutes. Après sa mise en place, l'encaissement des frais de lit et la séance d'éducation pour la santé pour les trois accouchées du jour débutent à 10 heures et 17 minutes. Nos accouchées ressortent du bureau à 10 heures et 42 minutes.

Ramatou dit avoir payé 150 FCFA au CSMI pour la seringue et que cette nuit son mari était parti acheter à la pharmacie le médicament qu'on lui avait prescrit ; l'arphos a coûté 4.250 FCFA. Ramatou dit aussi qu'elles ont suivi une petite séance d'éducation sur l'allaitement maternel et que chacune d'entre elles a payé 2.100 FCFA pour les frais de lit.

C'est à 10 heures et 52 minutes que Ramatou quitte la maternité avec ses deux accompagnantes et son bébé. (Source : Abdoukadri Tidjani, maternité de Talladjé, observations du 7 avril au 10 mai 1999)

Les quatre cas ci-dessus donnent une idée de ce qu'un observateur extérieur peut voir sur une longue durée. Pour varier les points de vue, nous présentons deux récits faits par des observateurs participants. Il s'agit d'une femme qui raconte son accouchement et d'une stagiaire qui décrit son travail au cours d'une nuit de garde.

### *Une femme raconte son accouchement*

Fouréra a 28 ans. L'entretien est enregistré le 24 avril 1999 à son domicile à Talladjé. A la différence de l'enquêteur qui n'a pas accès à la salle d'accouchement, la femme peut nous faire vivre son accouchement dans les détails tels qu'elle les a vécus.

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

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

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

Après cette consultation, la sage-femme m'a dit d'aller dans la salle de travail. Je suis sortie de la salle d'accouchement, mais je ne suis pas allée dans la salle de travail parce que je ne pouvais ni me coucher ni m'asseoir. Je suis donc restée à marcher dans le couloir. Trois quarts d'heures après, j'ai senti que les douleurs augmentaient et j'ai demandé à une fille de salle qui se trouvait à côté de moi si je pouvais rentrer. Elle m'a dit oui. Quand je suis rentrée dans la salle d'accouchement, la sage-femme était en train d'écrire dans un carnet et je suis restée debout près de cinq minutes entrain de l'attendre. Lorsqu'elle a fini, elle m'a dit de monter sur la table. Pendant que j'étais en train de m'installer sur la table, elle a mis ses doigts. Après, elle m'a dit de rester sur la table. Quand elle a vu que l'expulsion a commencé, elle m'a demandé les gants ; je lui ai dit que je n'avais pas de gants. La sage-femme m'a alors répondu qu'il faut que j'en achète et que cela coûte 1.000 FCFA. Je lui ai répondu que je lui remettrais l'argent après. Elle a alors pris une paire de gants qu'elle a portés et s'est approchée de moi pour faire l'accouchement.

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

Quant à la deuxième fille de salle (je ne peux pas vous dire le moment où elle est entrée dans la salle d'accouchement), elle s'est occupée de moi. Elle m'a fait la garniture et m'a demandé si je n'avais pas de vertige. Je lui ai répondu non. Je suis resté plus de 30 minutes dans la salle d'accouchement. Après une des filles de salle m'a dit de me lever. Elle avait auparavant pris des pagnes et du savon avec mes accompagnantes puisque entre temps ma sœur était retournée à la maison pour apporter le nécessaire. Lorsque je me suis levée, elle a pris le bébé dans ses bras et m'a dit de sortir. Nous sommes allées ensemble en suites de couches. La fille de salle a installé le bébé et m'a dit de m'asseoir au bord du lit ; après elle est ressortie pour appeler mes accompagnantes qui étaient venues aussitôt. J'ai remis à cette fille de salle les 1.000 FCFA réclamés par la sage-femme pour les gants.

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

Le lendemain, jeudi donc, vers 9 heures et 30 minutes, une fille de salle m'a amené le carnet de mon bébé pour me dire d'aller au CSMI pour la vaccination du petit. Je me suis levée et je suis partie. Quand je suis arrivée au CSMI, comme je connais l'assistante sociale qui fait les vaccinations, elle m'a tout de suite fait ça et je n'ai même pas donné les 150 FCFA de la seringue. Cela m'a pris à peine trois minutes. Quand je suis revenue du CSMI, je suis allée dans la salle où on fait les déclarations de naissances (salle de soins). Là j'ai trouvé deux autres accouchées qui attendaient. J'ai alors déposé le carnet de l'enfant sur la table de la sage-femme comme les autres femmes. Nous avons attendu plus de 10 minutes avant que la sage-femme ne vienne.

Quand elle est venue, elle a pris les carnets qui étaient sur la table pour les enregistrer. Après elle m'a posé quelques questions sur ma profession, celle de mon mari. Elle m'a alors demandé de donner 2.100 FCFA pour les frais de lit. Je lui ai alors répondu que je ne les avais pas et qu'il fallait attendre l'arrivée de mon mari. Puis elle a passé le carnet à l'agent d'état civil qui entre temps était arrivé dans la salle avec son registre. Lui aussi m'a posé beaucoup de questions sur le nombre d'enfant que j'avais, si j'ai des co-épouses, combien d'enfants mon mari avait au total, ma profession, celle de mon mari, ... Après cela, l'agent a remis le carnet à la sage-femme qui, après, a rempli un bout de papier avec le nom de l'enfant, du père, de la mère, date et lieu de naissance et le numéro de la déclaration de naissance. Mais contrairement aux autres accouchées qui avaient payé chacune 2.100 FCFA, la sage-femme a refusé de me remettre mon carnet. Elle m'a alors dit d'aller attendre l'arrivée de mon mari.

Jusqu'à 11 heures, mon mari ne venait toujours pas. Je suis allée voir la sage-femme dans le bureau de la directrice pour lui dire que je voulais rentrer et que mon mari repasserait après pour payer et retirer le carnet. Elle m'a alors répondu que je pouvais partir et c'est ainsi que nous avons quitté la maternité après 11 heures du matin. Au moment où je vous parle mon carnet est toujours à la maternité parce que jusque là mon mari n'est pas allé le chercher. » (Source : Abdoukadi Tidjani, maternité de Talladjé, observations du 7 avril au 10 mai 1999)

### *Une stagiaire dépeint sa nuit de garde*

Le second témoignage est celui d'une élève sage-femme. Elle nous raconte une nuit de garde, effectuée du 2 au 3 mai 1999, à la maternité de Boukoki. Son récit nous fait découvrir des pratiques presque banales dans certaines de nos maternités : les trafics autour du médicament, le comportement des agents titulaires ou encore les avortements provoqués pour éviter une grossesse non désirée.

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

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

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

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

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

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

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

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

Nous continuons les accouchements. A 5 heures et 37 minutes, Ramatou Oumarou accouche d'un enfant de sexe féminin, né vivant, à terme. Au cours de l'accouchement, elle a une déchirure de périnée, deuxième degré. Il a fallu qu'elle achète le fil de suture auprès de la fille de salle à 2.000 FCFA pour qu'on lui fasse la suture. Après avoir vendu le fil de suture, la fille de salle se recouche comme la sage-femme et se rendort aussitôt. Tout le travail est fait par nous les stagiaires, car les titulaires dorment.

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

Il est 7 heures et 45 minutes : remplissage du cahier de permanence. (Source : Aboubacar Tidjani Alou, maternité de Boukoki, observations de 7 avril au 10 mai 1999)

Avec les deux derniers récits, nous voyons l'intérêt méthodologique de varier les points de vue. Des phénomènes assez généraux, mais qui se pratiquent "dans l'ombre" (la nuit par exemple), donc qu'on ne peut pas observer au cours d'une évaluation technique, apparaissent au grand jour. C'est de ces phénomènes qu'est fait le quotidien de nos formations sanitaires.

## **Les métiers de la santé : destin, carrière et service public**

Il serait intéressant, à présent, de regarder du côté de ceux qui animent ces formations sanitaires. Nous les avons interrogés par rapport à l'exercice de leur métier, aux relations

qu'ils ont avec les usagers et à certaines questions d'actualité telles que les grèves sans service minimum, la politique de recouvrement de coût et la vente de médicaments par terre.

## *Les personnels de santé*

### *Chef de CSI*

Appelé « major », c'est le personnage central d'un complexe sanitaire. Cela est très remarquable lorsque les trois services que sont les soins curatifs, les soins maternels et infantiles ainsi que la maternité sont regroupés au sein d'un même emplacement<sup>4</sup>. Les majors sont exclusivement des infirmiers. Il semble que cela est dû à leur formation qui touche des domaines variés et notamment ceux des sages-femmes et des assistants sociaux.

Moutari Dan Joumèye est infirmier diplômé d'Etat, chef du CSI de Gawèye depuis le 4 janvier 1999. C'est une affectation proposée par sa hiérarchie et pour laquelle il était d'accord. Précédemment, il a servi au dispensaire central de Niamey (3 mois), au CSI de Lamordé (de 1990 à 1998) où il était chef. Notre major totalise 9 ans de service.

Le choix du métier s'explique par des motivations d'ordre social et l'attrait de la blouse. Son cursus scolaire est classique (brevet + 3 années à l'ENSP), si l'on excepte l'obtention du BAC D en 1995 comme auditeur libre.

Ses tâches concrètes sont : transmission du télégramme officiel (T.O), rédaction des rapports trimestriels, commandes des médicaments, épidémiologiste du district sanitaire, consultation curative des malades, vaccination pendant les tournées foraines. Il a un salaire de 83.000 FCFA (indemnités comprises). Il est aussi secrétaire général à l'information du SUSAS (syndicat unique de la santé et de l'action sociale).

Le major dit ne pas être tout à fait satisfait dans son travail parce que «les mêmes pathologies de tous les jours sont encore là non combattues. On tourne autour du pot ». Il perçoit un grand écart entre la théorie et la pratique. Cela s'explique par le fait qu'il y a une confrontation des cultures et des mentalités. Par exemple, à l'école on apprend à un infirmier à demander à son patient de bien dégager la fesse pour faire une injection. Dans la réalité « on ne peut pas demander à une femme dans notre société de le faire ».

Les formations continues telles que les séminaires et ateliers sont appréciées car elles permettent aux agents de se recycler. Cependant Moutari souligne que le mode de désignation est « arbitraire parce que ceux qui méritent d'y aller n'y vont pas toujours. Ce sont généralement les protégés, parents, amis et alliés qui sont désignés. On ne cherche pas l'efficacité. Il arrive qu'une infirmière parte à un séminaire de planification familiale à la place d'une sage-femme. C'est du gâchis ».

Il trouve les relations avec les patients bonnes. Néanmoins ce qui est, dit-il, regrettable c'est l'absence d'implication de la population dans la gestion des problèmes de santé. Concernant les gratifications (poisson, chèvre, volaille par exemple) offertes par certains patients du temps où il était à Lamordé, notre infirmier affirme que c'était volontaire et qu'il ne s'est jamais senti manipulé ou corrompu. Ici à Gawèye, il ne reçoit pas de cadeaux car « un patient qui achète tout, ne peut rien donner ». De même, il lui arrivait, toujours à Lamordé de traiter à ses risques et périls des malades à domicile parce ceux-ci sont généralement des connaissances ou des amis.

Pour ce qui est de l'organisation du centre, il dit ne rien trouver à dire parce le centre a seulement trois mois d'existence et « il n'y a pas encore eu de bilan ». Dans l'ensemble, ses relations avec ses collègues sont bonnes, même s'il reconnaît qu'il y a eu « des petits problèmes par rapport aux gardes et aux permanences ».

Les multiples arrêts de travail dans le secteur de la santé sont justifiés pour le major eu égard aux mauvaises conditions de travail auxquelles est confronté le corps médical. Les activités qui correspondent au service minimum sont la prise en charge des urgences et des malades hospitalisés.

La décentralisation du système sanitaire est une bonne chose selon monsieur Moutari car cela suppose « la délégation du pouvoir du centre à la périphérie et exige l'implication de la population ». Quant au mode de recouvrement des coûts, il présente des avantages et des inconvénients. Comme avantages le major note la viabilité des formations sanitaires qui

---

<sup>4</sup> Sur les trois sites qui ont fait l'objet de nos investigations, seul Talladjé satisfait à cette condition. A Gawèye, la maternité est située dans l'enceinte de l'hôpital de district, alors que le CSI et le CSMI sont localisés dans un bâtiment unique dans le quartier. Dans le cas de Boukoki, les trois services sont strictement séparés.

deviennent ainsi autonomes car pouvant procéder au « renouvellement des stocks sans difficulté. Les médicaments sont alors toujours disponibles ». Les inconvénients relevés par le major sont liés au coût du traitement car, dit-il, « c'est très cher par rapport au niveau de vie des populations et à leur pouvoir d'achat. Par exemple, pour un traitement complet de paludisme, il faut environ 3.000 FCFA. Et puis, le carnet est cher. De même, l'agent de santé ne reçoit pas les soins gratuitement comme par le passé ».

Moutari soutient les discours des délégués médicaux. Voilà ce qu'il dit en substance : « Je suis pour les spécialités des délégués médicaux. C'est vrai que nous sommes un pays pauvre, mais il faut au delà de cette réalité chercher l'efficacité. Je suis à 100% pour les spécialités. Pour ceux qui viennent de la ville, je leur prescris la spécialité. Je n'ai pas confiance aux génériques qui sont mal conditionnés et sous-dosés. Par exemple, pour un produit dosé à 500 mg, tu trouves à peine 100 mg. Il y a beaucoup d'échecs de traitement avec les génériques ».

A l'opposé, il est tout à fait contre la pharmacie par terre qu'il qualifie de grand problème. « La lutte contre cela devant venir du politique, mais on attend toujours ». Le major relève, entre autres dangers, le manque d'instruction des vendeurs de ces médicaments, les conditions de stockage qui sont déplorables (produits le plus souvent exposés à la chaleur), le risque pour le patient de prendre un médicament déjà périmé, le manque total de contrôle de la part du gouvernement. Ces produits, dit le major « ne sont pas fiables. Les ambulants vendent des produits dont les indications ne correspondent pas au mal du client. Ces médicaments sont certes à moindre coût, mais ils font plus de mal que de bien. C'est pourquoi, il faut confisquer tous les produits périmés ». (Source : Hadiza Moussa Zangaou, CSI de Gawèye)

### *Directrice de maternité*

C'est la première responsable au sein d'une maternité. Généralement, elle est secondée par une surveillante. Nous sommes dans le champ professionnel des sages-femmes. Parfois, il y a aussi des techniciennes en soins obstétricaux, catégorie de personnel plus gradée. Cependant, il semble que la formation est identique ; c'est le niveau de recrutement (BEPC pour les sages-femmes et BAC pour les techniciennes) qui les distinguerait. En tout état de cause, et en ce qui concerne nos sites d'enquête, c'est une sage-femme qui est responsable de service même en la présence d'une technicienne en soins obstétricaux.

Maïfada Hadjara est sage-femme diplômée d'Etat. Dans la fonction publique nigérienne, elle est classée dans la catégorie B2. Elle remplit actuellement la fonction de responsable de la maternité au sein de l'hôpital de district de Gawèye. Elle a pris service dans ce centre le 10 avril 1997. La mutation avait été proposée par la hiérarchie et elle avait accepté. Précédemment, notre directrice a servi dans les postes suivants : hôpital national de Niamey, CSI de Keita, maternité centrale de Niamey et maternité Lamordé.

Le choix du métier est volontaire et motivé par le désir "d'aider ses prochains". Mme Maïfada a suivi un cursus scolaire classique : CEPE + 1 an de formation à l'ENSP (grade infirmière certifiée d'Etat), admission au concours d'entrée à l'ENSP niveau moyen + formation de 3 ans à l'ENSP (grade sage-femme diplômée d'Etat.) Elle cumule 27 ans de service.

Les tâches concrètes exécutées sont : tâches administratives, traitement des femmes accouchées, traitement des femmes enceintes malades, consultations des femmes en post-partum, traitement des nouveau-nés, planning familial. En dehors de ces activités professionnelles, madame la directrice est militante dans un parti politique.

Selon Mme Maïfada Hadjara, c'est le contact humain qui différencie la profession apprise de la profession vécue. C'est avec la pratique que la personne est en contact avec les réalités. L'on découvre aussi à ce stade, des cas de pathologies qu'on n'a pas pu étudier sur les bancs de l'école.

Pour ce qui est de la gestion de la carrière de l'agent, la directrice pense que si les formations continues étaient régulières, ce serait une bonne chose. La désignation des participants à ce genre de rencontre, dans les maternités, est faite par les directrices, précise madame Maïfada. Dans cette maternité (celle de Gawèye), dit-elle, « moi en tout cas à mon niveau, je suis un responsable, j'ai un calendrier où je fais passer tout le monde à tour de rôle ... C'est toujours au niveau du district qu'on nous prévient. On nous demande de donner un nom ... »

D'autre part, Mme Maïfada déclare qu'elle n'a jamais accepté les gratifications de la part des patients. Mieux, « même quand un patient insiste et laisse un cadeau, je ne prends pas. Je donne ça aux filles de salle ou à l'agent d'Etat civil et comme cela se passe généralement après un traitement, je ne considère pas cela comme de la corruption. » La directrice affirme que malgré les sollicitations de certaines personnes elle n'a jamais traité à domicile car nous confie-t-elle : « j'ai peur. »

Elle trouve adéquats le cadre de son poste de travail et l'organisation du centre puisque, d'une part il y a à la disposition du personnel un matériel suffisant, et d'autre part, il existe une

entraide mutuelle entre les agents occupant des postes différents. Cela fait que les relations sociales comme professionnelles entre collègues sont bonnes.

Aux diverses critiques faites à l'encontre du corps médical Mme Maïfada réagit en soutenant que « ce n'est pas général. Il y a des cas où l'accueil est bon. Cela dépend de l'agent... Ça m'étonnerait qu'il y ait absence d'explication. La patiente ne veut peut-être pas comprendre... »

À propos des grèves, elle dit ce qui suit : « moi je sais que je n'ai suivi aucune de ces grèves, je les trouve injustifiées. Et jusqu'à l'arrêt complet du travail ! Non, ce n'est pas normal. On ne peut pas comparer une vie humaine avec de l'argent. Quand on doit aller en grève, il faut la faire au moins avec service minimum. Et dans ce cas, nous faisons les accouchements, le traitement des cas urgents comme les avortements et les saignements ».

« La décentralisation du système sanitaire qui suppose une association de la population aux questions liées à sa santé est une initiative à laquelle il faut adhérer » selon madame Maïfada. C'est d'ailleurs pourquoi elle dit que le système de recouvrement des coûts est bon : « ici à la maternité nous n'avons pas de problème avec les femmes. Je ne sais pas comment elles se débrouillent, mais elles viennent toujours avec leur argent ».

De la classification de la pauvreté que Mme Maïfada fait, il en ressort deux principales catégories : les moins démunis et les totalement démunis. Selon la Directrice, « il faut considérer la première catégorie comme renfermant ceux pour qui le minimum est assuré aujourd'hui, demain pas. La seconde catégorie regroupe ceux qui ne peuvent rien assurer. »

À l'endroit des délégués médicaux, Mme Maïfada dit : « ils viennent pour qu'on puisse vendre leurs produits. C'est pour leur publicité qu'ils viennent. Nous, nous soutenons le gouvernement surtout que nous travaillons dans un système de recouvrement de coûts. Moi je soutiens le générique parce que les gens n'ont pas les moyens d'acheter les spécialités. Nous avons toujours traité avec les génériques et c'est efficace. Ceux qui ont les moyens peuvent aller vers les spécialités. Pour moi-même et ma famille, nous nous sommes toujours traités avec les génériques. »

Considérant les produits de la pharmacie par terre comme provenant essentiellement du Nigeria, Mme Maïfada fait beaucoup de critiques à leur encontre : « ils sont exposés à la chaleur. Les gens qui les prennent disent que ce sont des drogues. Ils ne sont pas efficaces... Pour ceux qui ne savent pas lire, on leur vend souvent des produits périmés. »

Enfin, sur ce que font les stagiaires, la directrice déclare : « ils font tout, l'accouchement, la PF. Ils sont supervisés par la sage-femme. Chaque fois qu'il y a risque de dérapage, on intervient. Et nous n'avons pas de problèmes avec eux ». (Source : Hadiza Moussa Zangaou, maternité de Gawèye, observations)

### *Le sort des adjoints : une infirmière certifiée*

Parmi les soignants professionnels, être "diplômé d'état" ouvre la porte à des responsabilités. Par contre, lorsqu'on est "certifié", on se trouve souvent sous l'autorité du "diplômé d'état". Cela a son incidence dans les relations de travail.

Elle s'appelle Basilia Dasilva. Elle a 34 ans, divorcée et mère de 5 enfants. Avant d'entrée dans le corps de la santé, Basilia travaillait pour les sœurs chrétiennes de l'école primaire mission fille de Niamey comme éducatrice des enfants. Il lui arrivait aussi de s'occuper du catéchisme. En 1990, elle a décidé de quitter les sœurs pour passer le concours de l'école nationale des infirmiers certifiés et des assistants sociaux (ENICAS), niveau élémentaire. A la fin de sa formation de 2 ans à Zinder, Basilia est sortie, première de sa promotion.

Après une année de chômage, elle a suivi son mari, fonctionnaire de l'Etat, affecté à Zinder. Là, elle a fait un stage à la maternité de la ville. A la fin du stage, elle fut engagée par l'Etat à la même maternité. Son travail consistait à suivre les femmes avant et après l'accouchement.

Le mari de Basilia est de nouveau affecté ; Basilia le suit à Diffa où elle a servi tout d'abord au CSMI et ensuite au CSI. Après une année de service, ils ont été affectés à Niamey où elle fut directement mise à la disposition du CSI de Boukoki. Au CSI, elle s'occupe de la consultation des malades âgés de plus de 7 ans. Cette affectation à Boukoki s'explique par le fait que son lieu de résidence à Niamey est le quartier Boukoki. Cependant, notre infirmière aurait préféré travailler à la maternité, car elle se sentira très proche des femmes qui viennent accoucher et elle peut partager leurs douleurs.

Les rapports avec ses collègues sont très bons, surtout avec les secouristes. « Elles n'ont pas la "grosse tête" comme on dit. » Avec le major titulaire, les rapports sont plus difficiles. Cette difficulté est due au fait que « le major ne nous donne jamais les produits pour les premiers soins

aux malades. Il semblerait que ces produits sont vendus aux malades, surtout la nuit. Lorsqu'un malade vient avec une plaie ouverte, pour la suture, il paie 6.000 FCFA ou 8.000 FCFA. Il y a une crainte du major, crainte suggérée par le fait qu'il est considéré comme un "follay ize", possédé par des génies. Cela complique les rapports avec les malades. Par exemple, lorsque nous prescrivons des produits à un malade, ce dernier peut aller voir le major, s'il connaît le major ; le major le ramène au CSI et lui donne les médicaments que nous lui avons prescrits. Finalement, le malade pensera que nous avons les médicaments à notre possession. Dans toutes ses magouilles, il ne nous a jamais donné quelque chose, aucun centime. (...) La nuit, il y a des malades qui viennent acheter les médicaments chez le major, moi par exemple la nuit, j'ai surpris au moins 2 fois les malades entrain d'être traités par le major. Sa clientèle c'est surtout les gens de Katako. Ils le connaissent tellement, si vous connaissez quelqu'un de Katako, il va tout vous raconter. Avant-hier, il y a quelqu'un qui est venu se faire consulter, je lui ai fait l'ordonnance, il m'a demandé le prix du produit à la pharmacie, je lui ai dit à peu près 7.000 FCFA, après j'ai vu Allassane, le manœuvre, dire au malade de venir, il peut trouver les produits à 5.000 FCFA auprès du major. Actuellement, nous sommes trois pour un seul poste. S'il n'y avait pas les bénévoles de la Croix Rouge, ça allait être difficile. Tu vois, l'infirmier Mamane ne fait jamais de garde. Moi, je viens 6 jours sur 7. Pour le téléphone, on n'a pas de clé. Il a fallu que Mamane fasse un double pour qu'on ait accès au téléphone. »

Basilie prétend qu'elle n'utilise jamais les produits vendus par les vendeurs ambulants car elle n'a pas confiance. Elle dit que parfois, il y a des ampoules de quinimax qui changent de couleur et l'on te dit que c'est la chaleur.

Autre problème, le cas des bénévoles : selon elle, « il y a des malades qui refusent de recevoir une injection de leur part. Parmi ces malades, nous avons les enfants. Nous avons eu plusieurs enfants qui ont eu des problèmes pour marcher, après une injection faite par les bénévoles. Pour pallier ce problème, j'exige qu'elle fasse une intra rectale aux enfants. Il n'y a pas de risque. » (Source : Aboubacar Tidjani Alou, CSMI de Boukoki, observations)

### *Diplômé d'état mais adjoint*

Ce n'est pas toujours que le grade d'infirmier diplômé d'état ouvre la porte à la direction d'un CSI. Dans certain cas, à grade équivalent, on demeure quand même sous l'autorité de plus ancien que soi. C'est la situation que vit cet adjoint.

Il s'appelle Mahamane Tchiroma. Il est né à Tessaoua en 1964. Il est marié, et père de deux enfants. Il habite ce quartier, de même que ses parents. Il a fait son primaire à l'école mission Canada. Après le primaire, il a fait son collège au CEG III jusqu'au brevet.

Il obtient son diplôme d'infirmier diplômé d'Etat en 1984 avec mention bien. Il est mis à la disposition de la direction de la santé publique de Diffa. De là, on l'affecte au CSI de N'Guigmi comme adjoint au chef. Après une année de service, il formule une demande d'affectation pour Niamey. Ce n'est qu'en 1990 que sa demande est satisfaite. Il travaille comme infirmier au garage de la Mairie, au dispensaire du Nouveau Marché, à Kollo, puis à Téra. Après Téra, il est affecté au dispensaire central de Niamey. C'est de là qu'il est venu au CSI de Boukoki.

« Actuellement, je trouve qu'on est de trop ici : deux infirmiers diplômés d'état sans grand travail. Il n'y a pratiquement rien à faire ici à part les tâches préventives et curatives. Par exemple, dans la brousse, je fais le suivi des malades, les consultations, les observations des hospitalisés, avec des gestions internes et des évacuations, alors qu'ici je n'ai que les consultations à faire.

Notre adjoint n'a pas un droit de regard sur la gestion de la pharmacie. « Tu vois, normalement, il doit y avoir des cahiers de gestion, de sortie quotidienne, même si c'est vraiment un petit dépôt qui est ravitaillé trimestriellement par l'Etat et des dons. Or, le major ne me donne jamais la clef même quand il sort. Mais si je lui demande de me faire sortir tel ou tel produit, il le fait. A mon avis, le major devrait partir depuis longtemps ; on ne peut pas tous perdurer ici, pour les mêmes tâches. Ce n'est pas une gestion rationnelle du personnel, mais c'est du gaspillage. D'ailleurs j'ai signalé ça au ministère, il faut qu'il parte, ils m'ont dit qu'ils vont voir le cas. Parfois, il est au courant de mes tractations, parfois il ne l'est pas. Il faut être très clair et honnête, il a duré ici, et il doit partir. Ce n'est pas par ambition que je dis ça mais c'est par rapport au travail. (...)

J'ai de bons rapports de travail avec les élèves de la croix rouge. Elles font de leur mieux. Elles ne sont même pas reconnues par l'Etat, elles n'ont que des certificats de travail à la fin de leur stage. Elles ne perçoivent rien du tout. Elles assistent chaque jour au travail quotidien, elles assistent aux gardes et aux permanences, elles font du nettoyage et des pansements, elles font souvent les collyres et comprimés.

Mes rapports avec les délégués médicaux sont très bons, parce qu'ils donnent des échantillons ; ils viennent, ils nous font part des nouveautés de leurs rubriques. Je pense que les

produits génériques sont très bien, je ne suis pas contre les génériques surtout pour celui qui n'a pas les moyens, son efficacité dépend de son dosage. (...)

A mon avis, pour le recouvrement de coût, il faut surtout éviter la mauvaise gestion, le problème de détournement des fonds, mais aussi, il faut que les prix des médicaments soient abordables pour la population. On doit vendre des génériques qui répondent aux normes et à toutes les catégories de maladies, de pathologie, même si ce n'est pas rentable. (...)

Pour le téléphone, tu sais que j'ai une clef avec moi, Ibrahim a une clef aussi. Je téléphone uniquement dans le cadre du service, parce que je vois toujours des circulaires pour la bonne gestion du courant, du téléphone, etc. » (Source : Aboubacar Tidjani Alou, CSI de Boukoki, observations)

### *Les personnels auxiliaires*

Tous les portraits qui précèdent concernent des professionnels soignants. Dans nos formations sanitaires, ce ne sont pas les seuls qui y travaillent. Il y a aussi d'autres catégories de personnels. Parmi celles-là, on peut citer tous les bénévoles (de l'infirmière aux manœuvres), les agents relevant de la municipalité (certains gardiens et filles de salle, les agents de l'état civil) ou encore les nouvelles recrues du recouvrement des coûts (percepteur, vendeur à la pharmacie ou gestionnaire du dépôt de médicament). Nous présentons successivement un vendeur de médicaments, un secouriste, un chauffeur ambulancier et un gardien.

### *Vendre des médicaments*

A la faveur de l'instauration de la politique de recouvrement des coûts, une nouvelle catégorie d'agents a investi le champ de la santé. Ce sont les percepteurs, les vendeurs en pharmacie ainsi que les gestionnaires. Leur entrée dans le champ ne se fait pas partout sans heurts. C'est ce que prouve le témoignage ci-dessous.

Bachir Issoufou est né vers 1964 à Madarounfa. Après des études primaires et secondaires à Maradi et Niamey, il obtint son baccalauréat en 1992. Il s'inscrit alors à la faculté de médecine de l'Université Abdou Moumouni de Niamey où il ne restera que 4 ans, n'ayant pas eu la chance de poursuivre.

Au sujet de sa nouvelle fonction, Bachir dit : « c'est par l'intermédiaire d'un ami que j'ai appris qu'il y avait un test de recrutement d'un vendeur en pharmacie pour le CSI ; c'était même un peu en retard que j'ai déposé mon dossier. Nous avons passé le test et ça a marché pour moi. Nous avons alors fait une formation d'une semaine sur l'organisation de la pharmacie avant de prendre fonction le 6 avril. (...)

Au début, il y avait un problème d'incompréhension avec les agents du fait de l'installation du recouvrement. Il y a eu des attaques verbales, des insultes. Les agents pensaient que c'était une pharmacie de "blancs". Ensuite, il y a eu l'histoire des ristournes qu'ils continuent d'ailleurs à réclamer. Par ailleurs, le personnel n'a pas voulu reverser le reliquat des médicaments que l'État mettait à leur disposition dans la nouvelle pharmacie. (...)

Actuellement, certains agents viennent acheter les médicaments au guichet à la place des malades pour les leur surfacturer. Un médicament peut être vendu 2 à 3 fois son prix au patient. C'est pourquoi les agents de santé ne veulent pas qu'on explique aux patients tout le système. Ils veulent les garder dans l'ignorance pour continuer leur pratique. C'est la faute du comité de santé qui ne fait pas son travail de sensibilisation. (...)

Il y a aussi une insuffisance, car nous n'avons pas toutes les molécules génériques, et une rupture des médicaments dans la pharmacie du fait que le système de renouvellement des stocks est très compliqué ; ce qui fait que les patients sont abusés, ils payent les carnets et ils n'ont pas les médicaments. Enfin, souvent les malades se traitent mal à la maison avec les génériques, ce qui fait que quand ils viennent au CSI et qu'on leur prescrit les mêmes médicaments, ce n'est pas efficace. » (source : Abdoukadi Tidjani, CSI de Talladjé, observations du 20 mai au 30 juin 1999)

### *Effectuer un stage de secouriste*

Ce sont généralement de jeunes demoiselles qui ont suivi une formation de secouriste à la Croix Rouge Nigérienne. A la fin de leur formation, elles effectuent une sorte de stage de

perfectionnement dans une formation sanitaire, principalement dans les CSI. Là, plusieurs tâches leur sont attribuées : hygiène, pansements, collyres, injections, etc. En réalité, elles sont corvéables à merci.

Zalika Abdou est née le 4 octobre 1977 à Dosso. Elle fit ses études primaires à Niamey de 1985 à 1993, à la fin desquelles elle obtient un CFEPD. En octobre 1993, elle entre au CEG toujours à Niamey, mais elle quittera malheureusement le collège dès 1996 sans avoir terminé son cycle parce qu'elle ne voulait plus étudier, dira-t-elle.

D'octobre 1996 à janvier 1997, elle va fréquenter le centre de formation de la Croix Rouge d'où elle sortira secouriste. C'est donc munie de son attestation de secouriste que Zalika, en même temps que 4 autres camarades, va se présenter au major du CSI de Talladjé pour demander l'autorisation de faire un stage dans la formation sanitaire. Elles seront toutes acceptées. Elle débutera son stage à la salle de CPN en février 1997 où elle restera un mois. Puis, elle passera un autre mois au CSI dans la salle de pansement et de collyre. Depuis avril 1997, elle est permanente au bâtiment du CSMI où elle s'occupe de la distribution des numéros (souvent), du classement des fiches des enfants et surtout des démonstrations diététiques. C'est une aide assistante sociale qui lui a appris à faire ces démonstrations.

Il faut ajouter qu'en dehors de ces activités, Zalika fait régulièrement des cours privés pour les assistantes sociales. Son stage s'est donc transformé en bénévolat parce que, affirme-t-elle, son travail lui plaît. Même si aujourd'hui elle n'est pas payée, elle garde l'espoir qu'un jour elle sera embauchée. (source : Abdoukadi Tidjani, CSI de Talladjé, observations)

### *Conduire l'ambulance*

Sur l'ensemble des sites d'enquêtes, c'est une seule et même voiture qui sert à la fois d'ambulance et de véhicule de service pour les multiples courses de la formation sanitaire et de ses agents. Le chauffeur est donc aussi ambulancier. L'essentiel des problèmes auxquels il est confronté tournent, comme on s'en doute, autour du carburant et de l'entretien de son outil de travail.

Aboubacar Lawal est auxiliaire. Il fait chauffeur ambulancier au District Sanitaire de Gawèye depuis le 10 avril 1997. Il a demandé ce service à cause de la proximité avec son domicile. C'est son premier emploi. Ses tâches concrètes sont : évacuations, transport de la ration alimentaire, différentes tâches administratives, etc. Il n'a aucune activité associative ou syndicale. Son salaire net est de 26.000 FCFA. La commune III l'a recruté après un avis d'appel d'offre déposé à la main d'œuvre auquel il a répondu.

Le travail que Aboubacar exerce depuis 2 ans ne le satisfait pas pour plusieurs raisons : « Les heures supplémentaires qui devraient lui être payées 15.000 FCFA le mois n'ont jamais encore été réglées. Il y a des problèmes aigus de maintenance qui font que l'ambulance tombe toujours en panne pour cause de vétusté ou faute de carburant. » Sur ce dernier point, Aboubacar donne d'autres clarifications. En effet, la mise en circulation de l'ambulance date de 1985 et le véhicule a déjà été utilisé à la maternité centrale et au centre des grandes endémies. La dotation en essence qui est de 3.000 FCFA par jour ne permet pas souvent, selon le chauffeur, de faire tous les déplacements : « Nous avons des bons d'essence de la compagnie Shell qui n'est pas représentée dans toute la commune III. En cas de panne, il faut aller jusqu'au petit marché à pied avec un bidon pour chercher du carburant. C'est parce que les 3.000 FCFA d'essence ne suffisent pas. Au moment où le litre d'essence est passé de 310 à 340 FCFA, j'ai demandé à la surveillante une augmentation du montant journalier. On allait à l'époque 3 fois par jour à l'hôpital pour chercher le petit-déjeuner, le déjeuner et le dîner. Mais compte tenu de ce problème et comme le véhicule est en mauvais état, nous n'allons plus chercher le petit-déjeuner. Quant à la coopération belge qui nous a promis une ambulance, elle n'a pas encore honoré son engagement. Souvent on est confronté à des situations où quand il y a panne d'essence, c'est le malade qui débourse de l'argent pour dépanner. »

Ces pannes fréquentes n'ont pas causé de problèmes majeurs entre l'administration et Aboubacar. Mais cela n'a pas été le cas avec son collègue qui a eu « une violente prise de bec avec la surveillante un jour qu'il est tombé en panne alors qu'il évacuait une patiente. » Dans le même ordre d'idées, Aboubacar déclare qu'il est exposé en même temps que son collègue à plusieurs risques. « Notre véhicule n'est pas assuré, moi-même je n'ai pas mon carnet d'assurance et en cas d'accident, ce serait très grave. De même, on évacue les patients sans manœuvres. Ce qui fait que c'est le chauffeur qui transporte le malade pour le mettre dans le véhicule ou pour l'en sortir et cela nous le faisons sans gants. Le sang de certains patients coulent sur nos habits alors que l'on n'a même pas prévu de savon pour les chauffeurs. Nous évacuons souvent à des heures tardives de la nuit ; en cas de panne, les voleurs peuvent nous attaquer et nous tuer. »

Entre agents, Aboubacar affirme qu'il n'y a aucune difficulté qui les oppose. Aboubacar se charge souvent de faire les commissions du personnel qualifié : « Il m'arrive de vérifier si les

salaires des agents sont faits. Quand je ramène son salaire à un agent, il me fait des gestes (500 FCFA, 1000 FCFA ou autre chose.) Également, quand ils font une préparation spéciale, on m'invite à manger. »

Sur la vision que les patientes ont de la maternité, Aboubacar dit : « elles pensent que les produits ne sont pas chers. Elles sont accueillies ici mieux que dans les autres centres. »

Par rapport au système des faveurs, Aboubacar pense que « cela n'est pas bien. » Il se rappelle avoir, une ou 2 fois, joué aux intermédiaires. Mais Aboubacar avoue l'avoir aussi regretté : « parfois, des mères ayant des nourrissons viennent de très bon matin abandonnant les travaux ménagers. Par exemple, à l'hôpital, lorsque nous évacuons des malades, on nous dit qu'il n'y a plus de lits disponibles et curieusement d'autres qui viennent après en trouvent. Ça aussi ça s'appelle faveur. » (Source : Hadiza Moussa Zangaou, maternité de Gawèye, observations)

### *Garder les lieux*

Le gardien est, de tout le personnel d'une structure, celui qui ne bouge presque jamais. Il constitue, de ce fait, la mémoire des lieux. C'est celui qui, par sa longue présence, en sait plus que n'importe qui sur les normes réelles de fonctionnement du service. Il connaît l'histoire et les petites histoires du service, les agents qui se succèdent, etc. Pratiquant souvent plusieurs métiers (entre autres devin ou marabout), le gardien est toujours sollicité pour plus que ses fonctions officielles.

Soumaïla Karimou né vers 1954 à Kourégou (Téra).

« Je n'ai fait ni l'école française, ni l'école coranique. J'étais venu à Niamey faire fortune comme beaucoup de mes camarades en 1990. J'avais un frère qui m'a précédé et qui vivait à Yantala et j'étais chez lui. J'ai alors été recruté comme manœuvre par un tâcheron. Nous sommes allés travailler dans un village (Koubia) où nous avons construit une maison. C'est après qu'il a eu le marché de construction de la maternité et nous sommes venus ici en 1991. Nous avons commencé donc en 1991 et nous n'avons fini qu'en 1996 du fait de multitudes interruptions des travaux. J'étais manœuvre et gardien à la fois et j'étais payé pour toutes ces tâches. J'étais payé 40.000 FCFA pour le gardiennage et j'avais 750 FCFA par jour pour le travail de manœuvre. (...)

À la fin des travaux, j'avais demandé à rester et j'en ai parlé au major de l'équipe qui m'a alors dit d'introduire une demande auprès de la mairie. Ce que j'ai fait par son intermédiaire en 1996. C'est ensemble avec le major que nous sommes allés déposer ma demande à la mairie. Depuis lors, nous n'avons pas eu de suite. On nous dit à chaque fois d'attendre, mais la directrice nous a donné une attestation d'embauche temporaire, un autre manœuvre et moi, à la maternité en mars 1998. C'est sur cette base qu'on nous donne 1.000 FCFA par mois, mais cela est dérisoire. Cela ne peut pas me permettre de supporter mes 3 femmes et mes 4 enfants. (...)

Je fais un peu de plomberie dans le quartier et je peux avoir 2 à 3 sollicitations par mois et à chaque fois je gagne entre 1.500 et 3.000 FCFA. Cependant, c'est essentiellement mon activité de "zimma" (guérisseur devin) qui me fait vivre. Les gens viennent me voir en consultation pour les malades mentaux et les filles qui n'arrivent pas à trouver de mari. Il n'y a pas de tarif précis. Le minimum est à 1.500 FCFA. Certains m'apportent 1.500 FCFA, d'autres 2.000 FCFA et souvent même plus. Nous avons même fait un travail avant l'ouverture de la maternité avec certaines filles de salle pour qu'aucune femme ne meure en couches dans cette maternité (nous avons égorgé un bouc blanc) et depuis l'ouverture aucun décès n'a été enregistré. (...)

En dehors des 1.000 FCFA de ristournes, ils ne vous donnent rien. Néanmoins, quand on est malade, la directrice nous donne des médicaments. La directrice est gentille, le plus souvent, ce sont les autres sages-femmes qui l'empêchent d'augmenter nos ristournes. Mon principal problème, c'est le fait que je ne sois pas engagé. Je travaille pour la maternité, le CSI et le CSMI. J'ai besoin d'un engagement définitif. Je n'ai pas de problème avec les autres agents (sages-femmes, assistantes, infirmières). C'est seulement avec un chauffeur qu'on ne s'entend pas très bien parce qu'il m'a accusé de n'avoir pas un jour passé la nuit au CSI et d'avoir pris des vivres qu'il aurait laissé dans l'ambulance en partant ». (Source : Abdoukadi Tidjani, CSI de Talladjé, observations)

Au de-là des discours classiques, au ton harmonieux, des responsables soignants, il s'avère que les pratiques réelles tranchent souvent avec les organigrammes et les recommandations officiels. Il est absurde de croire que les préoccupations des uns et des autres, même au sein d'une équipe, se rencontrent toutes et convergent vers des aspirations identiques. Les conditions de travail, les interactions avec les usagers ainsi que les humeurs personnelles sont autant d'éléments à prendre en compte dans la gestion des ressources humaines. C'est aussi cela le quotidien de nos formations sanitaires.

## Indicateurs qualitatifs de la non-équité et de la mauvaise qualité

Nous quittons les personnels et le fonctionnement des structures pour donner la parole aux usagers des services publics de santé. Dans l'ensemble, l'analyse des résultats de nos observations et entretiens confirment les hypothèses issues de l'enquête collective de lancement. Chez les usagers des formations sanitaires de Niamey, les indicateurs de la qualité et de l'équité dans l'accès aux soins se mesurent à deux niveaux : l'accueil et les prestations. L'accueil s'entend au sens strict, c'est-à-dire en référence aux manières de recevoir les gens, de les écouter et de leur parler en tant qu'individu. Cela nous renvoie à la société en générale et, notamment, aux us et coutumes en matière de sociabilité et de bienséance. Les prestations concernent le fonctionnement des formations sanitaires tel que les agents de santé le leur laissent appréhender ; c'est tout ce qui se rapporte aux consultations et aux pratiques, jugées non conformes, des agents. La conformité des pratiques des agents se lit par rapport à des normes liées à la morale et à la gestion de la chose étatique (publique si l'on veut).

Nous allons décliner les deux indicateurs ci-dessus en trois points. Le premier point rend compte de l'hostilité ressentie par les populations fréquentant les structures de santé. Le second point traite d'une sorte de "privatisation" par les agents de l'espace public que constituent les centres de santé. Enfin, au troisième point, nous traiterons des écarts de conduites évidents des prestataires de soins et de leurs collaborateurs (écarts perçus du point de vue des populations).

### *Des espaces hostiles*

Les structures que nous avons observées, quelle qu'elles soient, constituent des espaces pour les agents de santé y travaillant, des espaces médicaux, clos, extérieurs à ceux à qui ils sont sensés rendre service. Que ces espaces soient des bureaux ou des hangars, ne s'y sentent à l'aise que ceux qui y travaillent. Ces derniers sont maîtres chez eux. Du "major", chef de service, au gardien, mémoire des lieux (ailleurs on dirait chef de terre).

### *Question d'aiguillage: à la porte*

Ce qui frappe avant tout, c'est l'absence de dispositif organisé d'accueil ou d'indication écrite permettant de s'orienter entre les différents bureaux d'une structure. Le patient ou le visiteur entre dans un espace où il est obligé, s'il vient pour la première fois et s'il ne connaît personne, de s'adresser à quelqu'un (peu importe l'interlocuteur) pour se renseigner : où est-ce que l'on doit s'adresser pour ci ? Qui est-ce qui s'occupe de ça ? Comment ça se passe ? Combien ça coûte ? A la place du service accueil dans les centres de santé, il y a soit le gardien, soit les manœuvres ou les filles de salle, soit n'importe qui (patient, accompagnant, visiteur, enquêteur, etc.). On assiste, alors, à des spectacles de ce genre :

Nous sommes au portail d'entrée principale d'une maternité. Les 2 battants du portail sont fermés. Le gardien est assis sur une chaise contre le plus large des battants, à son extrémité. Il a placé un banc pour les 2 observateurs à côté de lui. Une jeune femme s'amène, accompagnée d'une fillette.

La femme : Bonjour

Le gardien : Bonjour. Où vas-tu ?

La femme : A la maternité.

Le gardien : Pour quoi faire ?

La femme : Prendre des comprimés.

Le gardien : Ah ! C'est pour l'espacement des naissances ? Montre-moi ton carnet.

La femme : Le voilà.

Le gardien : Je t'ai vue hier aussi ici.

La femme : Oui. La soignante n'était pas venue ; donc je suis revenue ce matin.

Le gardien : Bon, tu peux passer. Mais et cette fillette ?

La femme : C'est ma fille.

Le gardien : Que me dis-tu là ? Cette "grande demoiselle" serait ta fille ? Ce n'est pas croyable, voyons !

La femme : C'est pourtant vrai.

Le gardien : Bon, admettons. Mais qu'est-ce qu'elle va faire avec toi ?

La femme : Elle m'accompagne.

Le gardien : écoute-moi bien. Cette fille ne vient pas ici pour quelque chose ; elle n'a besoin de rien ; elle ne te sert à rien. Alors, qu'elle t'attende ici.

La femme : Et pourquoi tu as laissé la femme qui me précède passer avec ses 2 enfants ?

Le gardien : Ah ! C'est donc ça ? Tu cherches des histoires maintenant ?

La femme : Non. Pourquoi ?

Le gardien : Alors tu vas rester dehors. Ici, c'est un lieu de travail ; ce n'est pas le marché.

La femme : Je te prie de m'excuser. C'est tout juste une plaisanterie.

Le gardien : Bon, passe ; ta fille attend ici.

(Source : A. Souley, rapport d'observation – supervision Boukoki)

Nous sommes au portail d'entrée principale d'un CSMI. Deux femmes, dont l'une porte un enfant dans ses bras, ouvrent le grand portail, saluent un groupe d'hommes (le gardien, 2 de ses amis et les 2 observateurs) assis près de la maison du gardien. Elles s'avancent vers l'entrée du bâtiment. Tous, les hommes, les regardent.

Le gardien : Laissez les faire ; elles vont revenir nous trouver ici.

Nos femmes entrent dans le bâtiment et ressortent aussitôt. Elles se dirigent vers le groupe d'hommes.

Une des femmes : Nous avons un enfant malade. Il y a maintenant 2 jours qu'il souffre ainsi. Sa mère revient d'un voyage en campagne où elle s'est rendue pour un mariage. C'est ... (elle est interrompue par le gardien).

Le gardien : Il n'y a pas de travail aujourd'hui ; les agents sont en grève. Prenez patience et revenez dans 3 jours quand le travail reprendra.

La femme : Il n'y a pas de travail ? Alors comment allons nous faire ? Il s'agit d'un enfant qui est malade et cela depuis 2 jours ! Comment attendre encore ?

Le gardien (irrité) : Je vous le répète, les agents sont en grève aujourd'hui et pour 3 jours encore. Ce n'est pas ma faute et d'ailleurs ce n'est pas leur faute à eux aussi. Alors, vous devez chercher ailleurs.

La femme : Mais où diable s'il y a grève ?

Le gardien (presque en s'emportant) : Je viens de vous le dire. Prenez patience ou bien allez voir dans un centre médical privé.

La femme : Dieu est grand ! (S'adressant à l'autre femme) allons-nous-en ; il n'y a pas de solution ici.

Source : A. Souley, rapport d'observation – supervision Boukoki

### *Conduite à tenir : au hall d'attente*

L'utilisateur débouche toujours, s'il franchit le portail principal, au hall d'attente. Là, la stratégie consiste à faire comme ceux après qui on est venu : on salue, on s'assoit s'il y a de la place et on attend son tour. Le nouveau venu n'est pas censé ignorer le fonctionnement et les procédures en cours dans la structure. Or, l'observation montre que c'est justement l'ignorance qui est de règle chez la majorité des usagers. Ce climat est entretenu aussi bien par les agents de santé que par les usagers des services de santé. Pour les personnels, il y a certainement tous les aspects bureaucratiques et routiniers qui fondent l'organisation du système général de santé en lui-même. Par contre, chez les usagers, même lorsque l'on est un

habitué des lieux, on s'attache moins à connaître et à maîtriser les procédures de fonctionnement qu'à établir des relations privilégiées avec les agents de santé, afin de recevoir un bon accueil et d'être bien soigné.

De fait, dans la réalité et de façon systématique, l'usager, qu'il soit nouveau ou habitué, ne perçoit pas la structure de soins et ses prestations en dehors du lien particulier qu'il est susceptible de tisser avec un agent de la structure. Lorsque l'on connaît quelqu'un dans une maternité ou dans un centre de soins intégrés, on y va avec la certitude d'en ressortir satisfait ; lorsque l'on ne connaît personne, on y va avec l'espoir de connaître quelqu'un. Il est clair que c'est l'absence de dispositif d'accueil d'information et d'orientation qui crée et entretient la quête de la relation privilégiée par les usagers. En plus des différences classiques entre classes sociales (riche et pauvre, instruit et non instruit, adulte et enfant, ...), cette tendance accentue l'inégal accès aux soins.

### *Le stylo, le papier et les autres équipements*

Lorsqu'on aborde le fonctionnement, l'impression dominante est le règne de règles bureaucratiques excessivement routinières. Les différents services communiquent par des supports écrits (tickets de consultation, ordonnances, diverses prescriptions). Le stylo et le papier sont les principaux outils de travail. Ces deux objets occultent une pléthore de matériel et autres équipements "en panne" ou non utilisés : mobilier divers, tensiomètres, thermomètres, stéthoscopes, pèse nourrissons, etc. Le personnel se plaint toujours, et de manière rhétorique, du manque de matériel. Or, le travail s'effectue quand même, avec le stylo et le papier (dans le cadre des relations, l'oral suffit largement).

L'observation montre clairement que l'absence de ce matériel dont on se plaint inlassablement n'entrave en rien le fonctionnement réel routinier et administratif des services. En effet, les infirmiers et sages-femmes ne "touchent" que très rarement leurs patients ; ils n'utilisent donc aussi que très rarement tensiomètres et stéthoscopes. Voici, par exemple, une scène de consultation de nourrisson qui se déroule dans un CSMI et qui dure moins de deux minutes :

Le soignant, complétant des colonnes sur un registre : « Au suivant ! ».

La femme s'approche du bureau, pose un bout de carton (numéro 14) sur le bureau et reste debout : « Bonjour » (de façon timide et presque inaudible).

- « Comment t'appelles-tu ?

- Fati

- Et ton enfant ?

- Dodo »

Le soignant, saisissant un bout de papier (un bulletin de vote apparemment) : « Qu'est-ce qu'il a ? »

La femme, regardant alternativement son bébé et le soignant : « Depuis 2 jours, il ne cesse de pleurer ; il refuse de téter ; il a de la fièvre aussi »

Le soignant, finissant d'écrire sur le premier bulletin, en saisit un second : « Tu vas payer des comprimés ; tiens, vas là-bas si tu as de l'argent ; sinon vas chercher l'argent et viens payer ces produits ici, de l'autre côté. On t'expliquera comment les utiliser »

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

Le soignant, à un manœuvre qui passe sous sa fenêtre : « Tu as eu le journal du PMU (le journal du parieur) ? »

Le manœuvre : « Non, la fille du PMU n'est pas encore arrivée »

Le soignant, tournant une page de son registre : « Au suivant »

Source : A. Souley, rapport d'observation – supervision Talladjé

Le dialogue est visiblement pauvre ; la consultation expéditive, l'interrogatoire se fait sans intérêt, voire sans égard pour le patient; il n'y a ni écoute attentive, ni explication, ni gestes tendres pour le soigné.

Au cours de nos observations, nous avons remarqué que seuls le thermomètre (qui se casse souvent) et le pèse-personne (qui marche toujours) sont réellement et plus ou moins quotidiennement utilisés, notamment pour les consultations de nourrissons et les consultations prénatales. Cependant, il ne faut pas se tromper : le soignant, assis d'un côté du bureau qui le sépare de la mère, tend le thermomètre à cette dernière (cause pour laquelle il tombe et se casse souvent) qui prend la température de son enfant ; pour le pèse-bébé, ce sont les filles de salle ou les mères elles-mêmes qui y placent les enfants. On ne peut donc pas parler de contact.

En fait et au risque de paraître cruel, on est même tenté de dire que le manque de matériel et les pannes sans cesse relevées, allègent considérablement la charge de travail des soignants, car ils peuvent ainsi justifier le caractère expéditif des consultations. Ce qui ne doit pas, a priori, les mécontenter. Le manque ou la panne du matériel supprime la possibilité d'interaction, de contact "physique" pour être plus clair, entre soignant et soigné. Dans tous les cas, les plaintes des personnels soignants, exprimées en "manque ou panne" de matériel, renvoient plus à la raréfaction des médicaments dans les centres de soins qu'à un déficit réel ressenti d'équipement technique.

A notre sens, l'omniprésence du stylo et du papier ainsi que les problèmes d'accueil évoqués plus haut témoignent d'un sérieux déficit de communication. L'absence d'accueil et d'orientation implique la tendance systémique à la personnalisation du lien thérapeutique. Lorsque l'interaction soignant – soigné n'est pas sécurisée par un lien particulier, on observe un manque d'auscultation avec questionnement apaisant et marques de compassion pour l'utilisateur. Il y a mauvais accueil, donc mauvais traitement ou, pour le moins, traitement non satisfaisant. C'est, nous semble-t-il, ce qui entraîne l'émergence et la perpétuation chez les usagers de perceptions négatives des services de santé publiques, d'où l'hostilité ressentie et maintes fois exprimée. L'accès à ces services et la qualité de leurs prestations ne sont pas seulement liés au statut professionnel ou économique ; pour la plupart des usagers, les démunis en tout cas (c'est-à-dire les plus nombreux), le facteur social, c'est-à-dire l'interconnaissance, est plus déterminant.

### *Des espaces privatisés*

Les structures de santé sont à l'image de l'administration publique en général. Ce sont des lieux que peuvent utiliser les personnels pour des besoins non professionnels.

### *Faire attendre le patient*

Ainsi y reçoit-on des visites que ce soit pour des soins ou pour des raisons autres. On prend son temps, on reçoit son visiteur, on le présente aux collègues et on s'entretient en privé avec lui. Cela arrive parfois même en pleine consultation. Les patients attendront :

Fragments d'une observation chronométrée au CSI de Boukoki, le 3 juin 1999.

08:15. Lorsque je me suis installé dans le hall, le major était dans la salle d'injection avec un jeune homme. Quant aux secouristes bénévoles, elles sont assises là, dans le hall, à ne rien faire.

08:30. Le major revient de la salle d'injection. Il va dans la salle de consultation. Il retrouve deux amis à lui. Ils se mettent à bavarder, sans tenir compte de tout le public assis là et qui entend parfaitement les conversations. Parmi le public, deux patients (un homme et une femme) attendent. Ils sont assis sur le banc. Après le départ des amis du major, il commence la consultation. Le passage des deux patients chez dans son bureau dure au total 12 minutes. Le major reste là pendant une dizaine de minutes encore, avant de ressortir pour se diriger vers le portail d'entrée du CSI.

09:35. Il n'y a une patiente, bien habillée, qui vient s'asseoir dans le hall. Elle attend le major (qui n'est pas là) pour se faire soigner. Lorsqu'il est revenu, il a dit à la femme, qu'il connaît apparemment, d'attendre un peu. Il entre dans le bureau réservé qui fait office de pharmacie. Il en sort avec une seringue, une ampoule de "quinimax" et du coton. Ensuite, il invite la femme à entrer dans la salle d'injection. Quelques instants après, la femme ressort de la salle d'injection.

09:42. Je suis toujours assis dans le hall, avec les trois secouristes du jour et le major Ibrahim. Aujourd'hui, il parfume toutes les salles du dispensaire avec de l'encens. Une fois arrivée dans la salle de pansement, il appelle la secouriste qui fait les pansements, à venir balayer et nettoyer cette salle. Il semblerait qu'elle est très sale. Après la séquence d'encensement des salles, il revient parmi nous, pour discuter du thème qui le préoccupe aujourd'hui : la salubrité.

09:47. Le major quitte encore le dispensaire, pour aller vers le CSMI. A noter qu'il n'y a aucun agent capable de faire une consultation.

09:57. Le major revient de sa balade. Trois malades l'attendent dans le hall. Sans leur dire un seul mot, il entre dans son bureau. Il va droit au réfrigérateur et se met à casser de la glace.

10:00. Il commence la consultation. Cette fois-ci, les patients demeurent moins de temps dans le bureau du major (durée totale pour les trois : 4 minutes. Une fois les consultations expédiées, le major ressort encore, en direction du CSMI.

10:10. Il revient. Il trouve un homme avec sa fille malade. Ils attendent devant la salle de consultation. Lorsqu'il est entré dans son bureau, il dit au monsieur d'entrer : « *he furo*, hé là, entre ». Le monsieur qui prend la main de sa fille entre dans le bureau. Quelques instants après, il ressort avec une ordonnance.

10:15. Après la consultation de cette fille, le major part cette fois-ci chez lui.

10:30. Le major revient de chez lui. Il trouve une élève qui l'attend dans le hall. Sans rien dire, il entre dans son bureau, appelle l'élève. La jeune fille ressort 3 minutes après avec une ordonnance. Après cette consultation, le major reste enfin dans son bureau. Il fait du rangement.

11:30. Il n'y a aucun malade dans le hall. Le major est sorti de son bureau, pour venir bavarder avec nous sur la dégradation des mœurs.

Source : Aboubacar Tidjani Alou, Le CSI de Boukoki, observations du 20 mai au 30 juin 1999

### *Prendre son petit déjeuner*

Le personnel se restaure généralement en groupe dans une des salles de ses bâtiments. Il faut souligner qu'il s'agit presque exclusivement du personnel féminin. Ce sont les manœuvres, les filles de salle, les élèves stagiaires de l'ENSP ou encore les bénévoles qui font les "corvées". On prend le petit déjeuner entre 8 heures et 9 heures et une collation vers 16 heures. Bien entendu, et là encore, les patients attendent sagement que commence le travail.

Nous sommes à la maternité de Boukoki, le 6 août 1999, notre enquêteur suit l'équipe de permanence. Il est en place depuis 7 heures et 45 minutes. Depuis le hall d'entrée, il nous décrit les mouvements des soignants.

Il est 8 heures et 10 minutes. L'infirmière qui se charge des vaccinations des nouveau-nés arrive. Elle est suivie par le manœuvre et par l'infirmière de garde jusqu'à son bureau. Les accompagnatrices discutent avec une fille de salle sur une ordonnance. Une sage-femme qui ne voulait pas faire la consultation pour le moment (elle est mariée à un grand commerçant de la place) chasse l'accompagnatrice. Elle invite la femme en grossesse à aller s'asseoir sur le banc dans le hall d'attente. En fait, elle veut prendre son petit déjeuner dans la salle d'accouchement. (Source : Aboubacar Tidjani Alou, CSI de Boukoki, observations)

Quand on observe ce genre de scène, où le personnel soignant s'enferme dans un bureau pour prendre son petit déjeuner ou une collation alors que des femmes et des enfants attendent dehors, "impatients" et parfois sans avoir eux pris de petit déjeuner, on pense à un tableau surréaliste. La porte du bureau qui est fermée pour se cacher des yeux des patients (alors que les usages sociaux voudraient qu'on invite à manger tout celui qui est là au moment où on passe à table), au-delà du caractère non réglementaire, est un mur qui se dresse entre ceux qui possèdent les lieux et ceux qui y sont étrangers.

### *Passer du bon temps*

On se repose aussi au service. Quand il n'y a plus de malade à recevoir ou quand on est de garde ou de permanence avec des élèves stagiaires, on se repose allègrement sous le "split", la "clim" ou le brasseur d'air en attendant une urgence ou une "affaire". Inutile de donner encore des exemples : le témoignage de l'élève stagiaire de l'ENSP (cf. ci-dessus) en dit long sur le temps de travail réellement accompli par nos sages-femmes. En dehors du cas exceptionnel de Gawèye où il n'y a presque jamais de stagiaire et où les filles de salle ne font pas les accouchements, on peut dire, sans exagérer, que le service fonctionne pour beaucoup comme un lieu de repos, loin des multiples activités sociales menées à la maison. Certaines femmes n'hésitent d'ailleurs pas à s'amener avec leurs enfants au travail (contre toutes les normes hospitalières) ; les gosses se promèneront partout, surveillés de temps à autre par le personnel subalterne.

### *Faire comme chez soi : une petite activité lucrative informelle ?*

Enfin, "la chèvre mange là où elle est attachée" : les installations et l'équipement de service servent aussi aux besoins personnels. C'est le cas du réfrigérateur utilisé pour faire de la glace et congeler des yaourts à vendre, de la cour utilisée comme potager, jardin ou enclos pour bétail. Ce sont surtout les gardiens qui "mettent en valeur" les lieux qu'ils gardent. Partout, ils ont un enclos pour bétail, un potager ou un jardin ; ils y sèment des légumes ou même des graminées en saison de pluie.

On ne s'appesantira pas sur l'usage du téléphone, souvent source de conflits entre les membres du personnel soignant (voir le cas de Boukoki). Néanmoins, rappelons que les quartiers où nous avons enquêté ont un caractère périphérique par rapport au centre de Niamey, où sont concentrés les administrations et les commerces. Par ailleurs, ils sont très peu desservis en matière de communication téléphonique. Cela fait que le téléphone installé dans une maternité ou un CSI, par exemple, place le major ou la directrice dans une position d'intense sollicitation à la fois des autres membres des personnels que des parents, amis et connaissances habitant le quartier. Le souci, dans toutes les sollicitations, est d'éviter d'avoir à "descendre" en ville pour régler un problème. Il n'est donc pas étonnant de rencontrer des cas où existe carrément une sorte de cabine payante ouverte à des personnes extérieures au service.

Terminons par la vente et ou la plastification de carnets de consultations. A Boukoki, il existe un réseau entre des infirmières et sages-femmes et un imprimeur. Ces dernières reçoivent des stocks de carnets qu'elles vendent au moment des consultations. Cette activité n'est pas prévue. Une fois leur carnet acheté et la consultation finie, les femmes font plastifier le carnet à la sortie du centre médical par un manoeuvre ou un chauffeur qui les attend :

Moussa est chauffeur d'ambulance. Il travaille au CSMI de Boukoki depuis 1989.

(...) Moussa fait la plastification des carnets de santé des femmes qui viennent en consultation. Avec cette activité, Moussa gagne, du lundi au jeudi, entre 1.500 et 2.000 FCFA par jour. Autrement dit, il gagne 6.000 à 8.000 FCFA par semaine ou 24.000 à 32.000 FCFA par mois. C'est grâce à cette activité que Moussa entretient sa famille. « Cette activité me permet de joindre les 2 bouts car on ne peut pas compter sur le salaire ». (Source : Aboubacar Tidjani Alou, CSMI de Boukoki)

Nous sommes bien loin des organigrammes officiels et des règlements intérieurs qui fixent clairement les modalités de fonctionnement des services, les tâches et responsabilités précises de chacun et les droits des usagers. Faire attendre les patients, se restaurer sous leurs yeux, faire du bureau un lieu de repos, abuser des équipements ou encore exercer une activité lucrative illégale dans l'enceinte d'une structure médicale impliquent une conception, une interprétation et une pratique de la profession en contradiction flagrante avec des normes théoriques apprises. La privatisation du lieu de travail s'effectue automatiquement, disons presque inconsciemment. De nouvelles "normes", réelles celles-là et opérantes, fonctionnent sans se dire, sans avoir besoin d'être dites : « c'est comme ça que ça se passe ». Le "ça"

autorise alors le genre de comportements que nous venons de décrire. Les barrières qui séparent les soignants et les soignés sont renforcées encore un peu plus.

### *Divers écarts par rapport aux normes officielles*

Ils ne sont que la suite logique de tout ce qui précède. On peut toujours disserter sur l'influence de la situation économique générale du pays ou encore sur les tares de l'administration. Cependant, à l'échelle d'une petite structure tel que le CSI ou la maternité, on ne peut s'en tenir qu'aux faits. Jusqu'ici, nous avons décrit les pratiques des agents de santé en suivant leurs interactions avec les usagers et en regardant de près certaines de leurs activités non professionnelles et non prévues. Essayons d'aller plus loin en considérant le fonctionnaire, spécialiste de la santé, dans son travail (au sens strict) et ce que ses actes professionnels peuvent créer comme désagrément ou danger chez les usagers.

### *Des activités des professionnels de santé*

Commençons par le plus banal et général, à savoir les horaires de travail et l'exécution concrète des tâches.

#### Les horaires de travail

Le service commence partout, à l'exception des gardes et des permanences, **au plus tôt**, vers 9 heures le matin et vers 16 heures l'après-midi. Il s'achève le matin dans les environs de 11 heures et l'après-midi à 17 heures et demie **au plus tard**. Cela signifie un maximum de 4 heures de travail par jour soit 20 heures par semaine, au lieu de 40 heures légales. Il faut, néanmoins relever le cas particulier des gardes et permanences où les agents alternent 12 heures de service et 48 heures de récupération. On arrive là à un maximum de 24 heures par semaine.

#### Synthèse d'observations d'un poste de travail dans une maternité :

La porte de la salle de soins fait face au hall d'attente de la maternité. Dans la salle sont installés une balance pèse-bébé sur l'étagère, un banc en bois pour les accouchées et deux tables pour la sage-femme et l'agent d'état civil.

Dans la salle de soins quatre activités sont essentiellement menées tous les jours ouvrables par une sage-femme et un agent d'état civil qui quitte son bureau pour la circonstance : l'enregistrement des naissances, de séances collectives d'éducation pour la santé (EPS), la perception des frais d'accouchement (par la sage-femme) et l'établissement des déclarations de naissance (effectué par l'agent d'état civil).

C'est toujours un peu après 9 heures du matin qu'arrive chaque fois la sage-femme responsable des suites de couches qui travaille dans la salle des soins, alors que l'agent d'état civil arrive lui toujours aux environs de 8 heures.

Lorsque la sage-femme arrive à la maternité, elle commence par aller dans le bureau de la directrice pour la saluer et porter sa blouse (2 à 5 minutes). Elle ressort ensuite pour se rendre dans la salle d'accouchement pour prendre les carnets des femmes qui ont accouché la veille (3 à 10 selon les jours). Elle va dans la salle de soins, le poste de travail que nous observons, pour vérifier les carnets et enregistrer certaines informations sur le registre de naissance (10 à 15 minutes). Après ce premier enregistrement, elle va dans les suites de couches pour remettre à chaque femme son carnet et lui dire d'aller au CSMI, situé à une dizaine de mètres en face de la maternité, pour faire vacciner son enfant contre le BCG (à peine 3 minutes). Après la remise des carnets, les accouchées ou leurs accompagnantes amènent les bébés à la vaccination et au fur et à mesure qu'elles reviennent, les accouchées regagnent la salle de soins où elles s'alignent sur un banc et remettent les carnets à la sage-femme qui les range sur sa table.

Lorsque toutes les femmes sont là, la sage-femme entame une petite séance d'EPS sur l'allaitement maternel qui dure à peine deux minutes. Elle prend un bébé et montre aux femmes comment le tenir. Après l'EPS, c'est la pesée qui suit : la sage-femme prend un à un chaque bébé, le place elle-même sur la balance et marque son poids sur le carnet. Au même moment, elle vérifie le pansement ombilical du bébé (il arrive qu'elle demande à une fille de salle de le refaire s'il est mal fait, dans la salle même).

La sage-femme se rassoit après la pesée et reprend les carnets dans l'ordre où a été faite la pesée. Elle fait venir l'agent d'état civil (qui est donc là depuis plus d'une heure) qui s'assoit devant l'autre table. Elle vérifie dans chaque carnet si la vaccination a été faite ; elle demande le nom de l'enfant et celui du père (si sa carte d'identité n'est pas dans le carnet) qu'elle mentionne dans son registre. Après, elle prend son registre de reçu et demande à chaque femme 2.100 FCFA correspondant aux frais d'accouchement (ou frais de lit). Quand la femme remet l'argent, un reçu lui est aussitôt établi et la sage-femme remet le carnet et le reçu à l'agent d'état civil qui est à côté d'elle.

L'agent d'état civil établit alors la déclaration de naissance et pose une série de questions à l'accouchée sur elle-même et sur son mari (profession, niveau d'étude, nombre d'enfant, nombre de co-épouses, lieu de résidence, ...). Toutes les réponses sont portées sur le registre de déclaration. Après cela, l'agent remet le carnet à la sage-femme et lui communique le numéro de la déclaration.

La sage-femme prend alors un bout de papier sur lequel elle porte le nom de l'enfant, sa date et son lieu de naissance, les noms du père et de la mère plus le numéro de la déclaration de naissance. Elle prend le carnet de la femme et écrit la date du prochain rendez-vous à la maternité (huitième jour après l'accouchement).

En remettant le carnet de la femme, la sage-femme prend le bout de papier qu'elle a rempli et dit à l'accouchée qu'elle doit le remettre à son mari, afin que celui-ci aille, muni de ce papier, retirer l'extrait d'acte de naissance de son enfant un mois après à la municipalité.

Notons également que si une ordonnance a été prescrite à l'accouchée ou à son enfant, la sage-femme insiste pour que les médicaments soient achetés avant que la femme ne quitte la maternité pour qu'on lui montre la posologie. Les femmes quittent alors la maternité.

Les activités de la salle de soins sont terminées vers 11 heures. Il y a rarement des sorties les après-midi et même lorsqu'il y en a c'est généralement la directrice qui s'en charge. Les jours fériés ou les jours de grève c'est aussi la directrice qui fait les sorties. (Source : Abdoukadi Tidjani, maternité de Talladjé, observations)

### Un poste de travail dans un CSMI, le 8 mars 1999 :

Nous sommes là depuis 7 heures et 20 minutes précises. A notre arrivée, il y avait dans le hall d'attente du CSMI une bonne vingtaine de femmes et d'enfants. Aucun membre du personnel, en dehors bien sûr du gardien n'est sur place. Un premier manœuvre arrive à 7 heures et 48 minutes. Il passe 5 minutes chez le gardien, avant d'aller chercher ses outils et se mettre au travail. Dix minutes après lui, une secouriste arrive.

Aux consultations de nourrissons, les thermomètres sont remis aux patientes. Seule notre secouriste est encore en place. Il est 8 heures et 25 minutes. C'est à cet instant que la première infirmière franchit l'escalier du hall d'attente. Nous notons d'autres arrivées entre 8 heures et demie et 9 heures moins le quart.

Revenons à notre secouriste. Elle est entrain de compter l'argent des carnets vendus. Dans un des bureaux, les infirmières sont entrain de causer. En fait, les consultations ne commencent que lorsque le service de tri (là où se trouve la secouriste) commence à faire passer les femmes. Ce jour, cette procédure débute à 9 heures et 5 minutes. Une dame, avec son enfant malade, passe. La secouriste lui indique le bureau dans lequel elle doit se présenter.

A cette heure, seule la secouriste fait son travail : elle prend le poids et la température des enfants, elle les note sur le carnet ; la femme continue son chemin, après, dans un des bureaux des infirmières. Une patiente vient avec son carnet déchiré. La secouriste lui conseille de le plastifier si elle le veut le garder longtemps. Pour plastifier les carnets, il suffit de voir le chauffeur de l'ambulance du CSMI ; on le trouve en sortant du hall d'attente, à l'ombre d'un arbre.

Le gardien du centre anti-lèpre vient avec une femme et son enfant malade. On s'occupe directement de la femme alors qu'il y avait plus de 10 femmes dans le hall d'attente. Il est intéressant de noter que les femmes qui attendent ne disent rien du tout ; on n'a même pas l'impression qu'elles boudent.

Il est 9 heures et 14 minutes. Un cas d'urgence arrive (la secouriste dit que c'est un cas d'urgence). Elle ne prend pas le poids, mais elle prend la température qui est de 36°. L'enfant n'a pas de fièvre, dit-elle. Elle indique à la femme un bureau où se trouve une infirmière. Cette dernière, après avoir regardé les yeux et la bouche de l'enfant, conclue qu'il est anémié. Elle remplit un papier qu'elle donne à la mère, en lui disant de se rendre à l'hôpital national de Niamey. La secouriste continue son travail d'aiguillage et le hall d'attente se vide petit à petit.

A 10 heures précises, notre infirmière quitte son bureau. Elle se dirige vers le portail d'entrée principale. Un quart d'heure après, elle est de retour. A son retour, il n'y avait qu'une seule femme qui attendait. Une deuxième secouriste était venue rejoindre la première. Les 2

femmes discutent de tout et de rien. L'infirmière fait de la lecture. Elle est rejointe par une de ses collègues dans le bureau ; elles bavardent.

Il sera bientôt 10 heures et demie. Il n'y a aucune patiente. Au moment où nous voulions interroger une des secouristes, voilà une femme qui arrive. Elle porte, comme d'ailleurs la plupart des femmes de ce matin, l'habillement caractéristique des "izalistes"<sup>5</sup>. Elle a un enfant. La secouriste, qui la connaît apparemment, lui demande si l'enfant se remet. Ce à quoi la femme répond que ça va mieux. La secouriste note quelque chose sur le carnet de la femme et l'invite à aller voir l'infirmière. Environ 30 secondes après, la femme et son enfant quittent le bureau de l'infirmière et repartent à la maison.

Il est 10 heures et 55 minutes. Il n'y a aucune activité de soins. Rien à faire. Sauf bavarder, tricoter ou ... s'en aller. (Source : Aboubacar Tidjani Alou, Le CSMI de Boukoki, observations)

## Un bureau et la salle de consultation curative dans un CSI :

### Le bureau du major :

C'est tous les jours (du lundi au dimanche entre 9 et 10 heures, voire au-delà selon l'affluence des malades, qu'ont lieu les consultations curatives dans le bureau du major. Les après-midi, le major reste en compagnie des infirmières dans la salle réservée aux soins curatifs. Pendant les grèves sans service minimum, le bureau du major est fermé. Le major fait ses consultations toujours muni d'un stéthoscope pendu à son cou. Il l'utilise surtout pour les enfants malades. De même, il se sert d'un thermomètre et d'une balance qui est presque toujours dans le hall où ont lieu les pesées des patients (ceux qui viennent pour les CPN, la PF et les consultations curatives).

Dans ce bureau, il y a un placard (d'où le major fait souvent sortir des produits), une table de consultation, un grand bureau, une chaise et 2 fauteuils. Le reste du personnel fait fréquemment irruption dans le bureau du major, qui pour demander un objet, qui pour "référer" un "cas particulier", qui pour raconter des banalités du genre "à qui le tour pour la tontine, une telle est presque à terme". Les dimanches, sont disponibles dans le bureau du major, des reçus, des carnets et quelques produits médicaux. Cela s'explique par le fait que le percepteur et la vendeuse en pharmacie sont de repos ce jour-là.

### La salle du curatif (consultations et soins) :

La salle du curatif comprend 2 pièces. A l'avant, il y a la pièce où se déroulent les consultations menées par une infirmière. Elle est quelquefois épaulée par 1 ou 2 étudiants de la faculté de médecine. A l'arrière, se trouve la pièce des soins (piqûres et pansements). La consultation se déroule de la même façon que chez le major à la seule différence que l'infirmière ne dispose pas de stéthoscope. Cette salle est assez bruyante du fait des causeries entre soignants (au moins un d'entre eux tient toujours compagnie à celle qui consulte), des nombreuses allées et venues de ceux-ci entre différents postes et le hall où ils font les pesées et la prise de température. Notons ici que le seul thermomètre qu'on balade entre tous les patients n'est presque jamais nettoyé quand il change d'utilisateur. Le patient qui est consulté par le major ou les infirmières passe ensuite à la pharmacie pour l'achat des médicaments, s'il est muni d'une ordonnance. Pour ceux qui ont des pansements à faire ou ceux ayant déjà leurs ampoules (précédemment payées) pour les injections, ils vont directement dans la salle des soins. Le plus souvent, c'est une infirmière bénévole qui est chargée d'administrer des piqûres et de faire les pansements aux malades. Il y a dans cette salle 2 chaises où s'installent les malades, une table où sont déposés quelques produits (coton, mercurochrome, ciseaux, eau distillée,...). Les patients auxquels on fait les piqûres, sont toujours exposés au regard d'autrui ; cela même quand la principale porte du curatif est fermée. Ce qui d'ailleurs n'est pas toujours le cas. En effet, l'entrée laissée entre la pièce de consultation et la pièce des soins n'a pas de porte. La première pièce aussi tient lieu de "cantine" pour les soignants qui prennent tous les matins leur petit déjeuner (kopto, dambou,...) entre 8 heures 30 minutes et 9 heures.

La salle du curatif est en activité du lundi au dimanche, de 8 heures à 12 heures pendant les matinées et de 15 heures 30 minutes à 18 heures, les après-midi. Toutefois, les activités sont moins intenses à partir de 10 heures, dans la matinée. Dans la soirée, les malades viennent à compte-gouttes entre 16 heures et 17 heures. En période de grève avec service minimum, les consultations au niveau du poste du curatif cessent à partir de 10 heures et les après-midi, elles n'ont pas du tout lieu. Enfin, les jours fériés et lorsqu'il y a grève sans service minimum, tout le CSI reste fermé. (Source : Hadiza Moussa Zangaou, CSI de Gawèye, observations)

---

<sup>5</sup> Secte islamique particulièrement « puritaine »

Comme il est facile de le voir, le temps de travail n'équivaut pas du tout aux durées légales. Bien sûr ce n'est pas toujours le fait de la volonté des soignants. Cependant, on peut se demander quel accueil serait réservé par les soignants à une mère qui arriverait au CSMI après 11 heures. La réponse coule de source, si l'on voit comment Amina, venue dès 8 heures, a été reçue le 2 mars 1999.

Amina (32 ans, 6 accouchements, ménagère habitant Talladjé) arrive à 8 heures et 3 minutes dans l'enceinte du centre de soins. Elle porte un enfant sur le dos et est accompagnée par une fillette qui porte, elle aussi, sur son dos un deuxième enfant. Elles se dirigent vers le CSMI, au lieu où se font les consultations de nourrissons. Quand elles arrivent au hangar qui sert de hall d'attente et de lieu de consultations, la foule était dense. Le long banc qui fait le tour du hall était déjà entièrement occupé. Amina et son accompagnatrice se tiennent debout juste à l'entrée du hall, il est 8 heures et 5 minutes.

Quelques instants après, Amina demande à sa voisine si le ramassage des carnets a été effectué. Cette dernière lui répond « oui » et lui conseille d'aller remettre les siens dans la salle de vaccination, en espérant que les agents accepteraient. La perplexité, voire l'anxiété, de Amina est perceptible. Après quelques instants d'hésitation, elle décide de suivre le conseil de sa voisine : la voilà qui se dirige vers la salle de vaccination, accompagnée toujours par la fillette.

Dans la salle de vaccination, elle trouve une assistante sociale en train de vérifier les carnets ramassés et de faire le calcul d'âge. Elle lui tend les 2 carnets des enfants en lui disant qu'elle est là pour la pesée et la vaccination. L'assistante lui fait remarquer que, pour ce matin, elle va prendre les carnets ; par contre, prochainement, Amina a intérêt à venir très tôt. « Tu as de la chance car on n'a pas encore commencé » dit la soignante. Elle remet à Amina le n° 46 et lui dit d'aller attendre dehors ; il est 8 heures et 16 minutes. (Source : Abdoukadi Tidjani, CSMI de Talladjé, observations)

### Ceux qui travaillent

Passons à l'exécution des tâches. L'essentiel du travail, comme il ressort dans différents récits, est effectué par le personnel subalterne ou non qualifié à savoir les élèves stagiaires de l'ENSP, les bénévoles, les filles de salle, les secouristes et les manœuvres.

Si les bénévoles sont parfois qualifiés et s'épuisent à la tâche dans l'espoir d'un recrutement, les filles de salle, les secouristes et les manœuvres se prennent souvent pour des sages femmes ou des infirmiers : ils effectuent les mêmes gestes que les professionnels. C'est le cas, par exemple, de ce manœuvre de Gawèye, de cette secouriste à Boukoki et de cette fille de salle à Talladjé :

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

Elle s'appelle Rabi Maigari, elle est âgée de 25 ans, célibataire et habitant au quartier Gamkalé Sebangay. Elle est bénévole.

Rabi a arrêté ses études en classe de cinquième au collège, suite à une longue maladie. A sa sortie de l'hôpital, Rabi a préféré suivre avec ses amies de la Croix Rouge, une formation en secourisme. Après les 6 mois de formation, elle était la seule à être admise au test organisé par la Croix Rouge. (...)

Après sa formation, le président de la Croix Rouge nigérienne l'a amenée auprès du major du CSI de Boukoki pour un stage. Pendant son apprentissage, Rabi a passé environ 7 mois dans la salle de pansements. Elle venait chaque matin et chaque soir. Quand elle a appris à faire le pansement, le major lui a suggéré de venir seulement le matin. Après, elle a commencé à faire la garde (pour la garde, il faut une secouriste et une infirmière). Ce même major lui a trouvé un travail de remplaçante au cabinet Ango, où elle a passé 7 mois aussi. Au CSI de Boukoki, il lui arrive de faire des consultations, si le major est absent, et même de prescrire des ordonnances aux malades. Actuellement, elle s'occupe de la salle d'injection. (Source : Aboubacar Tidjani Alou, CSI de Boukoki)

Bonzougou, fille de salle, dit qu'elle n'a jamais eu une quelconque formation ici à la maternité, ni au CSMI. Elle ajoute cependant, qu'elle faisait déjà des accouchements dans le quartier Talladjé.

« Au CSMI, notre travail était plutôt un travail d'animation puisqu'il consistait à aller dans le quartier de maison en maison pour expliquer aux femmes l'utilité des CPN et des vaccinations et le convaincre pour qu'elles viennent aux consultations parce que jusqu'à l'ouverture du CSMI, des femmes enceintes de Talladjé ne vont pas en consultations ; souvent, beaucoup accouchaient même à la maison.

À la maternité notre travail consistait à faire le ménage (nettoyer les murs et la salle d'accouchement, faire les lits dans les suites de couches) et surtout à assister les sages-femmes et l'infirmière au moment des accouchements. Outre l'accueil que nous faisons dès que la parturiente arrive et se couche sur la table pour accoucher dans la salle, nous plaçons une bassine sous la table pour récupérer le sang et une nappe en plastique apportée par la femme sur la table à l'endroit où le bébé sera accueilli. C'est la fille de salle qui chauffe de l'eau pour la toilette du bébé, c'est elle qui lave le bébé et lui fait le pansement ombilical. La fille de salle appuie sur le ventre de l'accouchée après extraction du placenta pour évacuer le reste de sang ; elle prend ensuite les pagens sales de l'accouchée et le placenta dans le « haricot » (récipient) pour les remettre à l'accompagnante. C'est également la fille de salle qui place une couche à l'accouchée et l'accompagne en suites de couches pour l'installer » (Source : Abdoukadri Tidjani, maternité de Talladjé, observations)

Quant aux élèves stagiaires de l'ENSP, en leur présence, les agents titulaires n'accomplissent tout simplement aucune tâche ; on s'endort confortablement et on sermonne copieusement l'incapable élève qui ose troubler le sommeil du titulaire pour le moindre problème. Nous avons déjà présenté, ci-dessus, le récit d'une élève ; complétons le tableau avec cette observation menée dans la nuit du 8 au 9 août 1999 :

Une sage-femme, s'amenant en maugréant devant une femme en train d'accoucher et entourée par 3 élèves stagiaires et 2 filles de salle dubitatives : « Qu'est-ce qu'il y a ? »

Une fille de salle, presque en s'emportant et coupant la parole à une des stagiaires qui balbutiait : « Ce sont ces petites élèves de maintenant qui paniquent alors qu'elles ne connaissent rien et qu'elles refusent que nous leur montrions comment faire ; je leur ai dit de ne pas te réveiller et de nous laisser faire si elles ne peuvent pas. Faire accoucher une femme ne s'apprend pas sur des cahiers ! »

La sage-femme, jurant : « Mais c'est une "primi" non ? Ce sont des paresseuses qui refusent de pousser, elles aiment le plaisir mais pas la souffrance. Déchirez la et faites un forceps au besoin, c'est tout »

La fille de salle : « Qu'est-ce que je vous avais dit ? »

La sage-femme, repoussant une des stagiaires, et s'adressant à une des filles de salle : « Aide-moi. Je me demande vraiment ce qu'on vous apprend maintenant à l'école. Ces sages femmes "nouvelle formule" ! À votre place, c'est une honte pour moi de déranger ma titulaire pour un si petit problème. D'ailleurs ce n'est même pas un problème... » (Source : Aboubacar Souley, rapport d'observation – supervision Boukoki)

Où peut conduire ce genre de situation ? On ne peut pas le dire avec certitude. Cependant, il est facile de comprendre pourquoi beaucoup de femmes craignent les maternités. Il n'est nullement besoin d'être devin ou prophète pour se rendre compte que toute sorte de dérive est possible.

Jusqu'ici nous avons fait des constatations banales et générales, sans insister sur ce que les pratiques des agents de santé peuvent avoir de dangereux pour la santé des usagers. À présent, nous abordons cet autre « trou noir » du fonctionnement de nos formations sanitaires.

### *Du pouvoir de monnayer le risque*

Il s'agit de ces phénomènes institués parallèlement aux règles théoriques. Cela va au-delà d'une privatisation "simple" ou de l'usage abusif, voire frauduleux, du service public. D'un côté, nous avons des centres de santé où on ne cherche même pas à se cacher pour les pratiques illégales ; d'un autre côté, dans d'autres centres, on sonde la vigilance de tout observateur. Ces phénomènes sont : les faveurs et les transactions autour du médicament ou

de certains actes médicaux<sup>6</sup>. Ces phénomènes sont généralisés et s'observent à la fois dans les CSI, les CSMI et les maternités. Cependant et comme nous le verrons, la situation dans les maternités est plus dramatique.

### Les faveurs

C'est le premier accroc à l'équité. "Passe" est le terme utilisé et consacré par les personnels pour parler des faveurs accordées aux parents, amis, connaissances et clients.

« Les faveurs pour les collègues ou leurs enfants, c'est normal. Par exemple, ils peuvent ne pas respecter la préséance ou je peux même leur donner des médicaments si j'en ai. L'agent peut même quitter son poste de travail pour aller accompagner son enfant dans autre centre de soin mieux équipé. Mais on ne peut pas généraliser pour des gens qu'on connaît à peine. On ne peut faire des faveurs pour tout le monde qu'on connaît. Il ne faut donc pas exagérer. » [EM, responsable d'un CSI]

« Ici, on ne fait pas de visite prénatale normalement. C'est au CSMI de le faire, mais bon, nous nous permettons de faire cette visite à nos parents, amis et connaissances. C'est pour cela qu'on a ouvert un registre pour ces cas. On fait aussi des "passes" pour les accouchées. Simplement, pour ces cas, on ne fait pas de reçu ; on donne le numéro seulement. » [ZU, surveillante dans une maternité]

« S'agissant des faveurs, c'est normal que j'aide mon parent, que je le soigne sans qu'il paie. La chèvre mange là où elle est attachée » [TA, infirmière stagiaire dans un CSI]

« Les passes de certains d'entre nous, quand ils viennent en consultation, ils ne s'arrêtent pas pour au moins payer le carnet. Ils vont directement voir les soignants. Si je décidais de m'opposer au système de passe, nous ne nous entendrons pas ». [BI, percepteur dans un hôpital]

Ces propos se passent de tout commentaire. Pour tous ceux qui travaillent dans une structure de santé, il est quasi naturel de s'occuper d'abord de leur "passe". On peut aussi confier son "passe" à un collègue et il aura le même traitement de faveur, c'est-à-dire un bon accueil, un bon traitement, sans perte de temps et, peut-être, le médicament offert gratuitement.

Cette conception est à mettre en relation avec certains problèmes que connaît le système de recouvrement des coûts. En effet, pour une très large majorité des agents, il est inadmissible de faire payer le moindre acte à un "passe", à fortiori à soi-même. Il est donc normal d'observer des blocages organisés (voir le témoignage du vendeur de médicament présenté plus haut) ou des tentatives de remise en cause :

« Même pour des maux de tête, il faut s'acheter l'aspirine. Les agents du centre ont lutté contre cette pratique. S'ils avaient eu gain de cause, nous aurions pu, nous aussi, faire venir nos "passes". Nous avons tous lutté contre ça. Nous avons même proposé d'instituer le demi-tarif ou alors de permettre à tout agent d'amener son "passe" ; on ferait alors, pour ces cas, une réduction après accouchement. Jusqu'ici nous n'avons pas pu résoudre ce problème ». [AI, fille de salle dans une maternité]

### Les transactions autour du "médicament"

Il existe quatre moyens d'acquérir des médicaments pour les soignants : le détournement de la dotation de l'Etat, les dons des délégués médicaux ou de supérieurs hiérarchiques (médecins en général), la récupération de reliquats de produits administrés aux clients et l'achat direct en pharmacie. Les dons des délégués médicaux ou des supérieurs hiérarchiques sont des échantillons médicaux gratuits ou proviennent de prélèvements sur des aides ponctuelles étrangères. En ce qui concerne les reliquats, il s'agit de produits ou

---

<sup>6</sup> Les transactions les plus courantes se font autour du médicament et du petit matériel usuel (essentiellement gants, doigtiers, accessoires pour une injection, une perfusion ou une suture). Les prix pratiqués varient selon le service, l'équipe soignante, le moment du jour, et la tête du client. Les risques aussi. A titre d'illustration, une paire de gants vaut entre 500 et 1.500 FCFA, une suture revient à 2.000 ou 4.000 FCFA, une perfusion coûte 5.000 à 8.000 FCFA, etc.

médicaments achetés par les patients ou leurs accompagnants. Lors de l'acte thérapeutique (injection, préparation d'une perfusion, suture, etc.), on récupère ou on suture une ampoule d'un paquet de cinq, on garde le reste d'un fil de suture, on met au frigo un sérum entamé au quart, etc. Les reliquats ne sont pas restitués, sauf en cas de réclamation<sup>7</sup>.

« Il nous arrive de discuter avec les délégués médicaux si le major n'est pas là. Ils nous donnent même des produits. On peut les vendre en dehors du dispensaire, ou aider aussi nos parents, ou nos "passes". Tu vois pendant les gardes, l'équipe de garde achète les seringues pour les revendre aux malades qui ne veulent pas se rendre dans les pharmacies. » [MI, secouriste dans un CSI]

### Le détournement de la dotation de l'Etat

Presque partout au Niger, en tout cas dans les formations sanitaires qui ne sont pas encore passées sous recouvrement des coûts, l'Etat, ou ses démembrements, assurent, le plus souvent grâce à l'aide, un minimum de ressources dites de fonctionnement : équipements, médicaments et produits accessoires (coton, compresses, etc.). C'est ce qui s'appelle la dotation. En ce qui concerne les médicaments et certains produits, les formations sanitaires reçoivent chacune une certaine quantité qui est stockée et gérée par le responsable de la formation sanitaire. Ce dernier, selon son stock, met à disposition de ses différents services, chaque jour, quelques médicaments et produits qui sont, en principe, délivrés gratuitement aux patients jusqu'à épuisement. Il s'agit, fondamentalement, d'assurer au minimum les premiers soins avec des médicaments essentiels, la priorité devant être accordée aux indigents. Or, et contrairement à ce qui est prévu, cette dotation est le plus souvent détournée, et distribuée entre agents. Dans certains cas extrêmes, le responsable se l'accapare tout seul, ce qui conduit à des conflits.

### La prescription et la vente de médicaments à titre privé

Cette question de médicaments détournés implique aussi la prescription suivie de la vente de médicaments ou de reliquats de produits. La tactique consiste à prescrire en ordonnance au client le produit qu'on a en possession ; ensuite, on lui explique qu'il n'est pas besoin d'aller jusqu'à la pharmacie car on possède soi-même le produit et qu'on peut le céder à meilleur marché. Dans les maternités (nous y reviendrons), ils sont vendus à plusieurs patients successifs (gants ou doigtiers vendus à l'unité au prix double de la paire, restes de fils de suture revendus au prix double du fil entier, perfusion vendue et appliquée avec tout le dispositif à plusieurs femmes, etc.). Il y a plus grave :

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

### *Maternités cent risques*

Scène d'une matinée normale dans une maternité : Boukoki, le 15 août 1999.

Il est 6 heures et 15 minutes. Quelques accompagnatrices sortent au dehors et se préparent pour la prière du matin. Nous observons une fille de salle, qui vient de finir ses ablutions, se diriger vers la salle de garde. Elle réveille la sage-femme. Cinq minutes après, cette dernière passe devant nous ; elle semble se diriger vers les toilettes.

Jusqu'à 7 heures 15, ce sont des va-et-vient calmes : des pas qui traînent, des robinets qui s'ouvrent et des femmes assises sous des arbres ou dans les couloirs du hall et égrainant des chapelets. (...)

A 7 heures et 22 minutes, l'infirmière sort de la salle d'accouchement. Elle a une perfusion et ses accessoires à la main. C'est le restant du "synto" de la nuit. Elle quitte le bâtiment de la maternité et se dirige vers la sortie. Non, elle va plutôt chez le gardien, et remet le "synto" à une des femmes du gardien. Après quelques échanges familiers, elle s'en va, sortant de la maternité.

---

<sup>7</sup> C'est justement suite à des réclamations qu'on découvre ce genre de pratiques.

Douze minutes après, il y a une infirmière qui arrive ; la remplaçante. A 7 heures et 38 minutes, le manœuvre commence le ménage. Nous nous approchons de lui pour lui poser quelques questions. Au moment où nous bavardons avec lui, la fille de salle de garde lui donne "sa part" de savon. « Tiens, en voilà pour toi ; il n'y a pas eu beaucoup d'accouchement cette nuit. » Tout ceci se fait sans la moindre gêne. Il n'y a que nous qui sommes scandalisés. (...)

A 7 heures et 45 minutes, l'infirmière remplit les carnets. La fille de salle dit à l'infirmière qu'il y a eu environ 4 "passes" cette nuit. (...) (Source : Aboubacar Tidjani Alou, nuit de garde à la maternité de Boukoki)

La spécificité des maternités tient du fait qu'elles fonctionnent quasiment comme un service d'urgence : la matière principale dont elles sont en charge, à savoir l'accouchement, tient une place déterminante dans la vie de toute famille. On connaît toutes les représentations culturelles relatives à ce fait social ; on sait les angoisses qu'il génère<sup>8</sup>. C'est autour de ces représentations (notamment celles qui ont trait aux risques ressentis pour la mère et l'enfant) et de l'ignorance des usagers par rapport aux procédures médicales (tout ce qui se passe dans la salle d'accouchement) que les agents de santé font leur commerce.

### Le savon de Marseille des accouchées

Dans les maternités, un morceau (parfois deux) de savon de lessive est systématiquement remis aux filles de salle par les accompagnantes. D'ailleurs, le savon fait partie des éléments classiques de la trousse qui accompagne chaque parturiente à la maternité. Cette pratique s'observe aussi dans les CSI qui assurent des accouchements en milieu rural (cf. Olivier de Sardan, Moumouni et Souley, 1997). Selon un haut responsable du ministère de la santé, cette pratique est quasiment devenue une loi dans les maternités nigériennes. On ne la considère pas comme un acte non réglementaire alors que, dans aucun texte, cette pratique n'est citée. A Niamey, le savon donné reçoit des traitements divers : une partie est utilisée pour le ménage et l'hygiène dans le service ; une autre partie est redistribuée entre personnels.

### L'usage abusif et non fondé de certains produits

Il s'agit, notamment, des produits qui accélèrent les contractions pour les parturientes. L'accouchement étant toujours une affaire d'urgence, le client ou ses accompagnants sont prompts à suivre les indications des soignants sans trop réfléchir. Le vente se fait sur place, au comptant et en espèces. Le plus souvent, les sages femmes laissent aux filles de salle le soin de la négociation et de l'encaissement, les transactions se faisant directement entre ces dernières et les accompagnantes. Ici, à l'arnaque, s'ajoute le risque sanitaire réel constitué par l'administration de produits en principe non réutilisables quand ils sont entamés.

Une femme, accompagnant une parturiente à la maternité de Boukoki, est interrogée le 15 août 1999 par notre enquêteur. Il est 22 heures et 41 minutes. L'enquêteur raconte :

Je bavardais avec une accompagnatrice et le gardien. Cette dernière se plaint de cette nouvelle « ère (zamani en hausa) du sérum ». Elle dit que toute femme qui accouche reçoit obligatoirement un sérum. Elle ne comprend pas cette tendance étonnante. Le gardien nous raconte l'histoire d'un marabout qui amène sa femme pour accoucher. Les sages-femmes lui ont demandé 4.000 FCFA pour le "synto" ; mais le gardien, à qui il a parlé de ça, lui a recommandé de ne rien donner et d'attendre. Lorsque la femme du marabout était sur le point d'accoucher, la fille de salle a cherché son accompagnatrice pour lui diminuer le prix de la perfusion. Malheureusement pour la fille de salle et l'équipe soignante, le marabout avait déjà donné la consigne de ne rien donner ! La femme a finalement accouché sans "synto" (Source : Aboubacar Tidjani Alou, nuit de garde à la maternité de Boukoki)

Cette pratique est rendue possible, d'une certaine manière, par la prescription quasi systématique de l'ordonnance. Elle est également entretenue et érigée en système de fonctionnement en raison du fait que le commerce se passe entre filles de salle et accompagnantes. En effet, les accompagnantes n'ont pas accès à la salle d'accouchement ;

---

<sup>8</sup> Cf Olivier de Sardan, J.P., Moumouni, A. & Souley, A., « L'accouchement, c'est la guerre ». Grossesse et accouchement en milieu rural nigérien », Etudes et travaux du LASDEL, n°1

elles ne savent donc pas ce qui s'y trame réellement, préoccupées qu'elles sont par le souci de voir le plus tôt possible survenir la délivrance de leur parturiente. Il suffit donc, par exemple, pour une équipe, de faire croire qu'une parturiente se trouve dans un état très grave, de faire peser la menace d'une évacuation à l'échelon supérieur (la maternité centrale Gazobi) où les prix sont hors de portée pour que les accompagnantes entrent dans le jeu. De toute façon, qui va aller fouiller dans des bouts de papiers après la délivrance et l'annonce d'une bonne nouvelle très attendue ?

Cependant, il arrive que des parents curieux demande à la parturiente ce qu'on lui a fait dans la salle d'accouchement. Il y a donc risque de découverte de la supercherie. C'est sans compter la parade prévue par les soignantes à cet effet : elles prennent la précaution d'entamer, au moins au quart, tout produit. Cela conduit à la prescription systématique de l'ordonnance. Les produits généralement prescrits, indifféremment de l'histoire génésique de la parturiente, sont les utérotoniques, les antibiotiques et les analgésiques. Et donc, pour éviter toute forme de contestation, et pour continuer à pratiquer tranquillement son commerce, on entame le produit sur tout client capté : une multipare avec une dilatation de 6 centimètres évoluant normalement aurait quand même dans ce schéma une prescription d'utérotonique ; une primipare dont la dilatation est plus ou moins normale se ferait quand même déchirer ; etc. Les prescriptions ne sont pas toujours ni motivées ni fondées médicalement.

### Les avortements provoqués et les constats de viol ou de virginité

En situation d'enquête normale, personne ne reconnaît ces pratiques.

Concernant les avortements provoqués (interruptions volontaires de grossesse non désirée par jeune fille célibataire), pratique illégale et fortement stigmatisée sur le plan social, nous n'avons qu'un témoignage direct. Néanmoins, certains enquêtés ayant requis l'anonymat n'ont pas nié l'existence d'une telle pratique dans les maternités. On parle même de réseaux divers qui auraient comme points névralgiques, pour ce qui est des établissements publics, les centres de référence. Le lieu le plus cité est la maternité Poudrière. "L'affaire" est alors présentée comme une simple opération de curetage ou de curage. Cette opération est, naturellement, payante. Néanmoins, ce qui se passe dans le secteur public ne serait que le face visible de l'iceberg. En effet, les réseaux privés, animés par des agents du public, semblent être les plus actifs. C'est ce que confirme le témoignage suivant.

L'enquêtée ne voulait pas répondre directement aux questions de notre enquêteur. Elle a, de son propre chef, proposé de raconter son premier avortement par écrit. Nous reproduisons, ici, textuellement le texte qu'elle nous a remis. Notons que c'est une élève âgée, à la date de l'interview (soit le 15 avril 1999), de 19 ans. Les faits qu'elle rapporte datent de 1998, alors qu'elle était en classe de quatrième au collège.

« J'ai 18 ans et j'habite à XX. C'est pour la première fois, dans ma vie, que j'ai eu à faire un avortement. Pour commencer, c'est en septembre 1998. J'ai remarqué des retards de règles pendant un mois. J'ai alors contacté mon copain pour lui dire que j'ai un retard d'un mois. Il me dit non, ce n'est pas une grossesse, il ne faut pas avoir peur. Depuis lors, je n'ai pas eu la conscience tranquille. Jours et nuits avec mon copain, nous n'arrêtons pas de parler du retard des règles. Mon copain me dit d'attendre le deuxième mois.

Voilà, on est dans le deuxième mois. On attend la fin du mois pour voir ce qui va se passer et rien ne s'est passé. C'est en ce moment que j'ai compris que c'était une grossesse parce que je me sentais fatiguée dans mon corps. Je me sentais mal et mon copain de son côté s'inquiétait pour moi parce que, quand les parents seront au courant, ça va chauffer pour moi. Donc, on avait décidé d'avorter.

La grossesse fait maintenant 3 mois et j'ai commencé à vomir. Dès que je mange pour dépasser la dose normale, je ne peux plus boire de l'eau car je risque de vomir. Mes parents ont constaté que je vomis vite. Donc la maman m'avait appelé pour me demander : « Quand est-ce tu as vu tes règles pour la dernière fois ? » J'ai donné une date et depuis le jour là, je mets mon coton pour leur montrer que je suis indisposée. De l'autre côté, mon copain est parti pour voir un de ses amis pour qu'il l'aide à chercher quelqu'un qui fait des avortements.

Pendant une semaine, ils cherchaient et voilà un docteur qu'ils ont trouvé à XY. Ils ont pris rendez-vous avec lui, pour le voir et pour prendre rendez-vous pour moi. Quand ils sont allés chez lui, il leur a demandé combien de mois de grossesse a la fille. Ils ont répondu trois. Le

docteur a dit que, pour trois mois, ça fait 15.000 FCFA. Alors, ils ont pris le rendez-vous pour moi pour le lendemain.

Le lendemain donc, au soir, je suis allée chez mon copain. Il me dit qu'à 19 heures, on va aller chez le docteur. Je lui demande de quel docteur il s'agit ? Il me répond que c'est celui qui doit faire l'avortement. J'étais mécontente parce que tout le monde dit qu'on meurt dans les avortements. Donc, je voyais ma mort déjà. A 19 heures, je me sentais faible, mais quand même on est parti.

Arrivé chez le docteur, après les salutations, il me dit d'entrer dans la chambre à coucher. Il me dit de me déshabiller. Il me dit de me coucher sur une natte qui est là pour ça. Il prépare 2 injections. Après avoir fini, il me dit de m'étaler très bien parce qu'il veut me faire des injections. Quand il finit les injections, il prend ses appareils pour mettre dans mon vagin. Il essaye d'ouvrir le col. Puis, il me dit c'est fini, tu peux t'habiller.

Je me suis habillée, je suis sortie sur la terrasse. J'ai vu l'ami de mon copain, mais je n'ai pas vu mon copain. J'ai demandé d'après lui à son ami qui me dit qu'il est à côté. On est sorti avec son ami, on le voit à la porte. Je lui pose la question de savoir pourquoi il est à la porte. Il me répond chérie, je t'aime, je ne peux pas rester et te voir dans cet état. Pour lui, c'est sur place que l'avortement se fait. Après, il est rentré dans la maison pour donner son argent au docteur. Et après, nous sommes partis à la maison.

A la maison, j'ai eu des maux de ventre, mais pas beaucoup. Cependant, le lendemain toute la journée, j'ai eu les maux de ventre. La nuit aussi, je n'ai pas dormi, et pendant 3 jours. Et ça n'a pas marché pendant ces jours. Ensemble, mon copain et moi, on a décidé de repartir pour le voir. Quand on est parti, il dit de payer 10.000 FCFA. Mon copain a accepté. Le docteur m'a fait une injection et il a mis l'appareil dans le vagin pour ouvrir le col. On dirait qu'il a coupé quelque chose dans mon ventre. Cette fois-ci c'est depuis là-bas que j'ai commencé à sentir les maux de ventre et je criais à voix basse.

Je n'ai jamais vu l'inquiétude de mon copain comme ce jour-là. Je l'ai vu parce qu'il ne sait quoi faire. Il m'a déposé à la maison. Arrivée à la maison, j'étais inquiète parce que je pensais à ma mort. A 22 heures, on était sur la terrasse avec mes parents. Je regardais le visage de tout le monde et la maman avait compris que quelque chose n'allait pas. Comme je partageais la même chambre que ma sœur, elle a remarqué que je portais trop aux toilettes parce que mon ventre me faisait mal. Et j'ai envie d'uriner. Arrivée dans les toilettes, je n'arrive pas à uriner et ma sœur m'a demandé « qu'est-ce qui ne va pas ? » ; je réponds que tout va bien.

Quand j'ai fini de parler à ma sœur, j'ai encore eu envie d'uriner. Cette fois, dès que je me lève du matelas, on dirait que quelque chose s'est coupé dans mon ventre. Et voilà l'urine suivie de sang. Je cours vers les toilettes et ma sœur qui vient dans les toilettes et me demande encore « qu'est-ce qui ne va pas ? » ; je réponds toujours que tout va bien. Elle va réveiller la maman et mon papa. Le papa dit de m'amener à la maternité. En ce moment j'étais encore dans les toilettes.

Quand je suis sortie, mes frères et sœurs me regardaient et le sang coulait encore. Je retourne aux toilettes et voilà le fœtus qui sort avec le cordon. Je tire le cordon, je le coupe avec la main. Je mets le fœtus dans le W.C. Quand je suis sortie, je me suis habillée. On est rentré dans la voiture de mon père (moi, ma sœur, un de mes grands frères et mon père qui conduisait) et on est parti pour la maternité. Arrivée à la maternité, je suis allée dans la salle d'accouchement où j'ai vu 2 femmes. L'une m'a demandé « qu'est-ce qu'il y a ? » ; je réponds que j'ai fait un avortement. Elle me dit d'aller uriner. Je suis allée, je n'ai pas pu uriner. Je suis revenue et elle m'a dit de monter sur la table d'accouchement.

La sage-femme me fait une ordonnance de quelques médicaments et la sage-femme met ses gants et me demande si le fœtus est sorti. Je réponds oui et elle met sa main dans mon vagin pour enlever le placenta qu'elle met dans un plateau pour le donner à ma sœur ainsi que l'ordonnance. La sage-femme dit que je vais passer la nuit à la maternité. Donc ma sœur est partie à la maison avec mon père et mon frère et j'ai passé la nuit là-bas seule. Le lendemain, ma sœur vient avec les médicaments et la sage-femme qui m'appelle et m'explique comment je vais prendre les médicaments. Elle me conseille de venir au CSMI pour prendre des pilules ou des stérilets pour ne plus tomber enceinte. Je n'ai rien payé et les sages-femmes ont été gentilles avec moi. Quand je suis venue à la maison, la maman m'appelle et me conseille de ne plus faire ça. Mon copain, de son côté, était content parce que je suis sauvée. Moi aussi j'étais contente parce que je suis en vie. Avec mon copain, on a décidé d'utiliser les capotes pour ne plus faire la même chose » (source : Abdoukadi Tidjani maternité de Talladjé, observations)

Que se passe-t-il avec une grossesse de plus de 3 mois ? Le cas de figure le plus évoqué par nos informateurs, et rencontré au cours de l'enquête, consiste à provoquer l'accouchement d'un enfant qui sera considéré comme "mort-né". Nous renvoyons au témoignage de l'élève stagiaire qui décrivait sa nuit de garde ci-dessus. Certes l'enfant est né, vivant, mais la volonté de la jeune accouchée et de son accompagnante de le supprimer était

très évidente, de même que la complicité tacite de la sage-femme. Il est clair que ces femmes espéraient, voire étaient convaincues, que l'enfant serait né mort. Heureusement, pour cet enfant, mais qui sait ce qui se serait passé s'il n'y avait aucun témoin ?

Cette question se pose car, selon des témoignages d'une sage-femme (opposée celle-là au genre de pratique dont nous traitons ici) interrogée à Gawèye, certaines jeunes filles célibataires, avec la complicité de leurs parents, "s'arrangeraient" pour laisser mourir un enfant non désiré à la naissance.

« Nous avons reçu un jour un cas ici à la maternité. Je venais de prendre mon tour de garde. Un taxi est arrivé et s'est garé tout juste à côté du parking là-bas. Il y avait une fille et sa tante ou bien sa cousine, je ne sais pas trop. Le chauffeur nous a alertées pour nous dire qu'il y a une fille qui a accouché dans son taxi. Quand nous sommes venues, l'enfant était effectivement sorti. Cependant, j'ai tout de suite vu qu'il ne respirait pas. On les a fait sortir et sur place, sur une natte et des pagnes, on a vainement tenté de le réanimer. On a continué dans la salle d'accouchement, sans succès. Ma collègue et moi, mais aussi les filles de salle, nous étions toutes presque en larmes. Par contre, la fille et son accompagnante étaient carrément indifférentes ; elles n'exprimaient aucune peine. Nous étions scandalisées et j'ai menacé de les dénoncer. L'accompagnante s'est défendue en disant que la fille ne connaissait rien et qu'elle l'avait averti très tardivement. Bref, on a laissé tomber » [PF, sage-femme exerçant dans une maternité]

Nous avons recueilli plus de témoignages en matière de constat de viol ou de virginité. Il suffit de demander à une soignante de raconter un cas dont elle aurait entendu parler pour délier les langues : on va de récits précis, avec dates et identités, à des histoires tellement bien décrites qu'on a du mal à s'imaginer que le conteur n'en fut pas acteur. En règle générale, un groupe de femmes vient et désire savoir si une fille a été violée ou si elle a son hymen intact. Cette vérification est entourée de maintes précautions par les femmes. On ne fait appel à la sage-femme qu'à titre très privé ; si cette dernière accepte de procéder à la vérification, elle requiert forcément aux demandeurs de taire son nom en cas de problème, et surtout, elle implique au moins une collègue ou une fille de salle prise comme témoin (on ne sait jamais). Cependant, aucun document écrit n'est établi. Comme le dit cette sage-femme, pour les cas de viols,

« Normalement, ceci n'est pas de notre ressort, nous les sages-femmes. Cela relève de la compétence des gynécologues. Ce sont les résultats de leurs examens qui sont reconnus par la justice. A la maternité, on n'est pas habilité à faire ce travail, mais si les parents viennent vers nous, nous faisons le constat. Nous le gardons pour nous-mêmes, c'est-à-dire que nous ne consignons rien par écrit. Nous leur communiquons le résultat et nous leur disons d'aller dans un commissariat pour prendre un papier qui va leur permettre d'avoir une consultation auprès d'un gynécologue. » [MG, sage-femme exerçant dans une maternité]

Il n'a pas été fait cas de transactions financières concernant ces constats effectués par les sages-femmes.

### La discrimination entre parturientes dans l'accueil et le traitement

« Les sages-femmes n'aiment trop avoir à faire aux primipares ; ce sont toujours des cas assez compliqués. Un jour j'ai fait un accouchement d'une primipare. La sage-femme titulaire était assise au bureau, mais elle me regardait de temps à temps. Il faut dire que c'était mon premier passage avec elle. Sinon, après, les titulaires te laissent faire sans te surveiller. Alors donc, pour cet accouchement, la dilatation avançait normalement, mais très lentement. Avec une fille de salle, j'essayais d'encourager la parturiente à pousser. Elle était très fatiguée et gémissait beaucoup. Ce qui agaçait la sage-femme qui me disait déchire la, "elles sont toutes comme ça, promptes à aller avec les hommes, jouissant de plaisir, mais incapables de se maîtriser face à la douleur, quelle honte ces enfants de maintenant". On rigolait un peu en essayant de dédramatiser les propos de la sage-femme. Mais elle continuait à me dire de la déchirer. J'étais très inquiète car il y avait risque, si ça dure, d'étouffement pour l'enfant ; je me disais aussi que de toute façon, c'était la titulaire qui est responsable, donc qu'il fallait suivre son conseil. J'étais sur le point de le faire, j'avais dit à la fille de salle de me donner une lame, mais j'ai voulu encore attendre un peu. Et là, dans un dernier sursaut, la parturiente a poussé et l'expulsion a commencé. Tout s'est bien déroulé par la suite. J'étais soulagée. La sage-femme a dit à l'endroit de la parturiente "tu as de la chance, car si c'était moi qui t'accouchais, je t'aurais déchiré dès le début". » [FL, élève stagiaire, deuxième année sage-femme, ENSP]

Il est de notoriété que les primipares sont souvent stigmatisées dans nos maternités lorsqu'elles expriment par trop leur douleur. N'oublions pas que nous sommes dans une société, même en milieu urbain, où l'accouchement doit se faire dans la plus grande intimité possible. On s'attend, partout, que la parturiente ne déshonore pas sa famille (particulièrement sa mère) par une manifestation très voyante de sa douleur : pleurs, cris, gémissements forts, lamentations, etc. Même si l'on reconnaît volontiers que « l'accouchement, c'est une guerre », on tient absolument à ce que la femme soit digne et le moins expressive possible pendant l'accouchement.

Cet esprit est si ancré et largement partagé socialement que les sages-femmes, même dans les centres où elles ont bonne réputation, n'hésitent pas à proférer des menaces vis-à-vis des primipares. Certaines le font avec excès et outrage en parlant, comme dans l'exemple ci-dessus, de l'insouciance et de la joie de la femme lorsqu'elle jouissait de plaisir. D'autres se contentent de faire peser la menace de la déchirure et de passer à l'acte :

Dans la nuit du 16 au 17 août 1999, notre enquêtrice à Gawèye fait la garde avec l'équipe de la nuit. Voici des extraits de son compte rendu. Nous avons sélectionné des extraits qui concernent uniquement une jeune femme prénommée Kadizatou. Suivons la, du début à la fin de l'accouchement. Elle est entourée d'une sage-femme, d'une infirmière, d'une élève stagiaire et d'une fille de salle. Il faut noter que, pendant toute la durée de l'accouchement de Kadizatou, l'équipe soignante aura en permanence 2 parturientes dans la salle d'accouchement.

Il est 4 heures et 22 minutes. Madame Abdoul Bakou Kadizatou vient dans la salle d'accouchement, d'un pas hésitant. Elle s'adresse à la sage-femme : « c'est mon ventre qui me fait mal ». La soignante lui cède le tabouret sur lequel elle était assise, en attendant, dit-elle, qu'une table soit libérée. (...) Trois minutes après, Kadizatou est examinée par la sage-femme. C'est une primipare de 22 ans venant de Karadjé.

A 4 heures et 29 minutes, Kadizatou réclame avec insistance la sage-femme. Celle-ci accourt auprès de la patiente, laissant l'infirmière et la matrone s'occuper d'une autre femme. La sage-femme fait un deuxième toucher vaginal à Kadizatou à 4 heures et 32 minutes. (...)

Il est 4 heures et 47 minutes. Kadizatou s'agite. (...)

A 5 heures et 12 minutes, après lui avoir fait un toucher vaginal, la sage-femme place sous Kadizatou une bassine.

Quatre minutes s'écoulent. La sage-femme et la matrone ordonnent à Kadizatou de pousser fort comme c'est son premier enfant. A 5 heures et 22 minutes, une stagiaire vient auprès de Kadizatou. Elle remplace la sage-femme pour un moment. Elle se met à chatouiller le ventre de Kadizatou. L'infirmière met la « popinelle » en marche.

La sage-femme revient auprès de Kadizatou 5 minutes après. Elle lui lance : « remue toi, vas-y, vas-y, il arrive ». Malgré les efforts de Kadizatou, l'expulsion n'intervient pas. La sage-femme prend alors une paire de ciseaux et menace la jeune femme de la taillader si elle ne pousse pas.

A 5 heures et 33 minutes, la sage-femme porte une paire de gants stériles qu'elle vient de faire sortir de l'armoire. Avec un doigtier, elle protège sa main droite et fait encore un toucher vaginal.

La sage-femme pose ses bras sur le ventre de Kadizatou et appuie fort. Elle appelle au secours la matrone qui à son tour appuie aussi de tout son poids.

Il est 5 heures et 42 minutes. La tête du bébé qui est apparue depuis quelques instants, refuse malheureusement de sortir. À l'aide de ses ciseaux, la sage-femme fait alors une déchirure au niveau du périnée, se saisit de la tête et tire. L'enfant ne sort pas pour autant. Une minute après, la matrone appuie une fois de plus sur le ventre de Kadizatou. La sage-femme tire la tête à nouveau et sort enfin le bébé dont la mère vit des moments assez pénibles. Le nouveau-né est de sexe féminin. La sage-femme coupe ensuite le cordon ombilical. Il est 5 heures et 45 minutes.

A 5 heures et 47 minutes, la stagiaire porte des gants. Elle prend l'enfant et le met sur la paillasse. Avec l'eau chaude que lui présente une fille de salle, elle lave le bébé. L'infirmière et l'une des filles de salle vont dehors afin de se préparer pour la prière du matin.

C'est à 5 heures et 50 minutes que le placenta tombe : la fille de salle le met dans un haricot et le dépose sur la paillasse en attendant qu'on le pèse. La sage-femme pour sa part commence la suture.

Entre 5 heures 53 et 5 heures 56, la stagiaire s'occupe du nouveau-né. Elle le pèse, le toise et mesure le périmètre crânien. Elle fait ce dernier acte maladroitement puisque l'infirmière, revenue en salle d'accouchement après les ablutions, lui demande de reprendre, tout en la guidant.

Après, la stagiaire met du collyre dans les yeux de l'enfant puis lui fait le pansement au nombril. À la fin, elle dépose le bébé dans le berceau.

À présent, il est 6 heures. La suture se poursuit. Kadizatou se plaint sans arrêt. L'infirmière titulaire lui fait une injection. La suture s'achève 8 minutes après. Nous voyons la matrone qui commence le ménage. La sage-femme place un tampon dans le vagin de Kadizatou puis, le retire plein de sang. Elle jette le tampon dans la bassine contenant une quantité assez importante de sang. La matrone prend la bassine et va dehors la remettre à une des accompagnantes.

Notre montre indique 6 heures et 29 minutes. Tandis que la sage-femme examine une femme qui vient d'arriver, la matrone place des couches à Kadizatou. (Source : Hadiza Moussa Zangaou, nuit de garde à la maternité de Gawèye)

### La révision utérine

On frise le cynisme avec la révision utérine : sachant pertinemment que l'accouchée court le risque de saigner abondamment, on peut refuser de la lui faire tout juste après l'accouchement. On attend le début des écoulements pour pouvoir prescrire l'achat de gants ou de doigtiers. Bien entendu, on dispose de ce qu'on prescrit, et on le vend. Pour cette stagiaire, cette pratique est bien connue à Boukoki :

« Normalement, la révision se fait automatiquement pour les multipares. Cependant, à la maternité de Boukoki, on ne fait jamais de révision utérine après un accouchement, sauf si le cas s'aggrave. Pourquoi alors ? Je pense, et d'ailleurs nous en avons souvent parlé avec nos monitrices à l'école, que c'est pour des raisons commerciales : il faut coûte que coûte faire acheter une paire de gants à la parturiente. » [RI, élève stagiaire]

Le drame ici, c'est que l'urgence autorise le prescripteur à majorer le prix autant qu'il veut. Tout dépend du lieu (à Boukoki c'est plus cher qu'à Talladjé), du moment (c'est plus cher la nuit que le jour, le week-end qu'un jour ouvrable), de l'équipe (certaines personnes ont encore quelques scrupules, l'équipe précédente a cassé les prix, certaines accompagnantes ont mené une négociation serrée) et de la tête du client (c'est plus facile d'arnaquer une femme pauvre non lettrée qu'une diplômée manifestement familière des pratiques administratives). Quelques exemples : un sérum avec utérotonique coûte entre 5.000 et 8.000 FCFA ; un fil de suture vaut 3.000 ou 2.500 FCFA ; le gant (car il est vendu à la pièce) a un prix standard fixé à 500 FCFA, etc.

Ces pratiques dénotent une certaine déficience de l'organisation proprement administrative des services de santé. Il y a des services ou des structures qui "marchent" plus ou moins bien. Il y a des maternités que les femmes redoutent ; il y en a qui sont vivement recommandées et estimées par une large majorité de femmes (comme celle de Gawèye), même celles qui n'habitent pas près de ces maternités.

« Ici, elles sont vraiment très gentilles ; ça n'a rien à avoir avec Lamordé ou bien la maternité centrale. Ce n'est pas comparable. Personnellement, j'ai une sœur à Saga qui est venue spécialement pour accoucher dans cette maternité car je le lui avais conseillé. On ne peut rien leur reprocher. » [FI, ménagère à Gawèye]

Cela veut dire que les structures redoutées ou non appréciées ne sont pas organisées, gérées de manière à satisfaire les populations. Il y a donc un problème de responsabilité, un problème certain d'autorité, de gestion technique et administrative.

## Les ménages : les indices de dénuement

L'enquête collective avait révélé l'absence totale d'une prise en charge des indigents et des pauvres parmi les pauvres. Il était même ressorti que ces derniers semblaient complètement exclus là où il y a recouvrement des coûts. L'enquête dans les ménages confirme cela et montre combien est difficile la situation des démunis en milieu urbain et notamment par rapport à l'accès aux soins. Promiscuité, précarité, privations : ces trois mots résument le quotidien des personnes que nous avons observées.

### *Description générale*

Ce sont des ménages de taille variable, entre 4 et 12 personnes par ménage. Ils sont dirigés par des hommes, pour les 2/3 d'entre eux, dont l'âge va de 28 à 60 ans. Les chefs de ménage exercent des activités diverses : chauffeur, petit vendeur ("tablier"), réparateur de pneumatique ("vulcanisateur"), "photographe", vendeuse de beignets, etc.

Toutes les familles visitées vivent dans des concessions collectives où l'on trouve 4 à 8 ménages. L'habitat est en banco (21 sur 30) ou bien en paillote (9 cas sur 30). Neuf concessions sur 30, toutes à Gawèye, sont situées sur des terrains non lotis. Les familles sont partout, sauf sur les terrains non lotis et pour une famille à Boukoki, en situation de location. Le loyer varie de 6.000 à 10.000 FCFA. Les maisons comportent une à 4 pièces au maximum. Le cas le plus fréquent est celui du ménage à 7 dans une maison de 2 pièces, père, mère et fils compris.

Dans 2 concessions visitées à Talladjé, il existe des installations pour l'électricité et l'approvisionnement en eau. Cependant, partout, les familles n'ont pas d'accès direct à l'eau et pas d'accès du tout à l'électricité. L'éclairage la nuit est assuré par des lampes à pétrole ; il faut prévoir chaque soir entre 25 et 50 FCFA pour cela. On s'approvisionne en eau auprès des bornes fontaines publiques ou privées ou auprès des vendeurs ambulants, les *ga ruwa*. Le prix du seau d'eau, environ 15 litres, s'élève à 10 FCFA en moyenne. La consommation journalière peut atteindre 20, voire 50 FCFA.

Le bois de chauffe est acheté, pour une part, et ramassé, pour une autre part. Trois à 5 bouts de bois d'environ 60 cm de long valent autour de 100 FCFA. Pour compléter les besoins journaliers, il faut chercher des tiges ou des branchages. La situation géographique des 3 quartiers, tous situés en périphérie, permet aux habitants de se procurer ces branchages et tiges : à la ceinture verte pour le cas de Talladjé, dans les bas-fonds de Gountou Yéna pour le cas de Boukoki et dans les champs et jardins environnant toute la commune III pour le cas de Gawèye. Dans ce dernier quartier, certaines ménagères n'hésitent pas à prélever des tiges sur la clôture de leur paillote en cas de besoin.

Le repas est assuré en général une fois par jour. Il est fait essentiellement à base de céréales : farine de manioc, mil, maïs et rarement riz. Parfois, ce menu est remplacé par la bouillie, *fura* ou *donu*. On consomme beaucoup le *kopto* préparé avec des tourteaux d'arachide ou des restes de pâtes de céréales séchés puis transformés en farine. Il n'y a pas d'espace fixe réservé à la cuisine. L'hygiène n'est pas non plus une préoccupation. Il est très fréquent de retrouver à l'intérieur d'une concession des immondices en plein milieu de la cour ou à côté d'une maison ou même d'un endroit souvent utilisé comme cuisine.

### *Les interactions avec la santé publique*

On peut poser certaines constantes, très frappantes :

### *Ceux qui sont fréquents aux soins*

Ce sont généralement les enfants qui sont malades ; ils ont de la fièvre ; ils toussent et sont enrhumés ; ils ont des plaies ; etc. Ils sont à peine vêtus, quand ils ont la chance d'avoir un vêtement. Ceux qui sont lavés (cela arrive une fois par jour pour la moitié des enfants) le sont rarement avec du savon ; dans plusieurs cas, le savon est remplacé par un détergent, "omo", moins cher (25 FCFA un sachet), également utilisé pour la vaisselle et la lessive.

### *Le recours aux structures de soins*

Le premier recours, en cas de maladie, est l'automédication à domicile. On fait appel aux vendeurs ambulants de médicaments chimiques. L'accès est très facile : on peut acheter une pastille, une gélule ou un comprimé, au jour le jour, à crédit, 10 à 50 FCFA. Pour certaines pathologies (*zahi*, *weyno*, maladies mentales), le seul recours est la médecine locale, directement par l'usage de plantes ou, indirectement par la consultation de "guérisseurs" (*boka* ou *zimma*). La prise de décision concernant ces types de recours est indépendante ou suggérée par des parents, des amis, des voisins ou même des vendeurs ambulants de médicaments modernes.

C'est seulement après un ou plusieurs échecs de ces recours qu'on s'adresse à une structure de santé publique.

« *Loktoro kwara wo, sohon, nooru sanni no ; din sinda mo, ma si ba koy ga ni bon taabandi, zamma i si ba ni guna* - le recours à un centre de santé moderne, de nos jours, est question d'argent ; si tu n'en as pas, évite d'aller te faire de la peine, parce qu'ils ne vont même pas te regarder. » [NK, chef de famille à Talladjé]

« C'est payant maintenant ; d'ailleurs à Talladjé, même quand tu payes le carnet, tu n'as pas droit à la moindre aspirine, même pas ça. » [TY, un jeune déscolarisé]

Cela dit, le recours à une formation sanitaire est néanmoins systématique et direct lorsqu'il s'agit d'accouchement ou de blessure grave (fracture, brûlure, morsure de chien ou de serpent, plaie ouverte avec abondant écoulement de sang). On se débrouille, on bat l'appel de toutes les bonnes volontés, on en appelle à Dieu. La gravité et l'urgence effacent la hantise d'être rejeté par les agents de santé.

### *La quête de l'intermédiaire*

Sur le comportement des ces agents justement, l'unanimité est faite sur le lien conditionnel entre la qualité de l'accueil et du traitement et le fait de connaître quelqu'un à l'intérieur d'une structure. "Connaître quelqu'un" vaut mieux que la corruption. Les démunis n'ont pas les moyens ni pour corrompre ni même pour faire un petit geste (la cola) quand ils sont bien reçus et traités. Il faut éviter, dit-on, de se faire humilier : « *Kar ka kada mutuncinka* – évite de te faire humilier » souligne ce chef de ménage à Gawèye. Se faire humilier veut dire être mal reçu par les agents de santé.

« Tu sais bien que ce n'est pas bon d'aller là-bas et d'avoir à faire à une personne qui ne te respecte pas, qui ne te considère même pas. On peut te jeter à la figure n'importe quoi ; du genre "on ne travaille pas, allez voir ailleurs", sans même t'écouter ! Ce n'est pas la peine. Autant aller chez les chrétiens qui sont à la Sixième ou chez la clinique d'Iran. » [EL, mécanicien à Talladjé]

Certains cherchent alors à avoir un contact avec un agent de la structure médical : on s'arrange pour le croiser et le saluer assez souvent dans la rue ; on passe aussi par les amis ou les parents de l'agent ; etc.

### *Le soignant compétent*

Un agent compétent est d'abord et avant tout une personne "bonne" (*mutunen kwarai* ou *musulmi* en hausa, *boro hanno* ou *alsilama* en zarma) ; il vous accueille bien, vous salue, vous parle et vous traite vite, sans perdre de temps. Être bon et rapide, voilà ce que semblent rechercher nos interlocuteurs. La bonté dont il s'agit recouvre en fait les règles élémentaires d'humanité : bienveillance et compassion. La perte de temps perçue par ceux qui fréquentent les structures de santé participe de la même idée ; elle renvoie à un sentiment d'être en présence de gens qui n'ont pas pitié, qui n'ont pas de temps à vous consacrer : « *i si bakar ; ni ga ne i do wo forey no* - ils n'ont pas pitié ; on dirait que c'est une plaisanterie pour eux ».

- « Que signifie « faire du bon travail » pour un soignant ? »

- « Parmi les soignants, il y en a qui vous parlent comme s'ils vous grondaient : "va t'asseoir, attends ton tour, fais ceci, fais cela. A l'opposé, il y en a aussi qui vous sourient, qui ne font pas de discrimination par rapport aux enfants. Elles prennent l'enfant. Elles l'examinent. Pendant que les unes parlent avec l'enfant, les autres l'amuse. Elles font tout pour l'enfant. Elles respectent les gens, allant jusqu'à supplier les enfants ou bien les mères.

- C'est cela le bon soignant ?

- Oui.

- Et toi Kadidja, qu'est-ce qu'un bon soignant pour toi ?

- Un bon soignant c'est celui qui a de la considération pour les gens. Celui qui lorsque tu te présentes, il te demande ce que tu ressens, il ne te crie pas dessus, il ne te fout pas la trouille. Il t'interroge calmement, tu lui réponds et il te donne une prescription. Après, il te dit d'aller acheter les médicaments si Dieu t'a donné les moyens t'en acheter, et de revenir pour que tu sois traité. Aujourd'hui, les difficultés existent partout.

(Entretiens de Hadiza Moussa Zangaou dans un ménage à Gawèye, le 27 juillet 1999)

### *La pharmacie par terre*

"Logiquement", pourrions-nous dire, la quête du médicament conduit à la pharmacie par terre, c'est-à-dire aux vendeurs ambulants de médicaments chimiques. Logique parce que c'est direct, facile, rapide, sans la perte de temps de la consultation et de l'ordonnance, etc.

- « Alors si tu as de l'argent et que toi ou ta fille tombe malade, vas-tu immédiatement acheter les médicaments ou bien faudrait-il que tu essayes avec les revendeurs ambulants ?

- Il faudrait que j'essaie. Quand cela ne marche pas, alors je vais au dispensaire. Il faudrait l'autre montre ses limites. »

(Entretiens de Abdoukadi Tidjani dans un ménage à Talladjé, le 13 juillet 1999)

- « Est-ce que vous payez les médicaments chez les vendeurs ambulants ?

- Les gens de la pharmacie par terre ?

- Oui, est ce que vous en achetez chez eux ?

- Nous achetons avec les vendeurs ambulants souvent, naturellement. J'achète parfois auprès de ces vendeurs.

- Pourquoi est-ce que vous achetez chez eux ?

- Tu sais quand un enfant a la fièvre, les maux de ventre ou les maux de tête, avec tes moyens limités de pauvre tu peux t'en procurer.

- Tu parlais des moyens limités de pauvre, est-ce tu veux dire que leurs produits ne coûtent pas chers ?

- Oui ils ne coûtent pas chers car on peut s'acheter des médicaments à vingt-cinq francs. Tu peux en avoir pour trente-cinq francs. A la pharmacie, tu ne peux pas avoir de telles propositions.

- Bon, à part cela, quelles autres raisons vous poussent à les acheter ?

- Moi c'est ce qui me pousse à payer à la pharmacie par terre.

- Est-ce qu'ils vous inspirent confiance ?

- Ils ne nous inspirent pas confiance ; c'est à cause du coût qui est bon marché.
- Bon marché ?
- C'est vraiment à cause des prix bas. Si tu te rends à la formation sanitaire aujourd'hui, même pour des maux de tête on te prescrit une ordonnance. Quand on ne dispose pas des moyens, comment faire ? Tu n'as pas payé les médicaments, l'ordonnance est toujours là conservée. Quand tu fais appel aux vendeurs ambulants, les prix sont négociables, ils peuvent te vendre leurs médicaments. Ne serait-ce que pour calmer ta douleur, même si ces médicaments ne soignent pas, ils calment au moins la douleur.
- Les médicaments ne sont pas chers, ils calment les douleurs et il y a la proximité, n'est-ce pas ?
- Ils sont ambulants, en les voyant circuler on les hèle. Nous achetons leurs médicaments parce que nous n'avons pas les moyens de nous acheter les médicaments prescrits dans les formations sanitaires. Cependant, les médicaments prescrits dans les formations sanitaires sont beaucoup plus efficaces.

(Entretiens de Hadiza Moussa Zangaou dans un ménage à Gawèye, le 27 juillet 1999)

On a à faire à des jeunes gens avec qui on parle le même langage, qui ne se privent pas de donner des conseils, qui peuvent revenir le lendemain pour vous livrer à domicile, qui consentent à faire des crédits, etc. C'est sans commune mesure avec l'interminable attente devant la porte du major, de chez qui on sortira forcément avec une ordonnance.

### *Ce bout de papier appelé ordonnance*

Cette ordonnance est une véritable hantise. Les chefs de ménage la redoutent car elle peut constituer un prétexte de discordance entre la femme préoccupée par la souffrance de son enfant et l'homme incapable de trouver l'argent pour payer les produits prescrits. Une telle incapacité est vite interprétée comme de l'insouciance, voire comme un manque de compassion.

Sur tout un autre plan, la situation d'extrême pauvreté, engendre des problèmes entre les couples.

Presque toutes les femmes enquêtées affirment qu'elles se disputent toujours avec leurs maris lorsqu'elles leur présentent des ordonnances. En effet, ces hommes prennent les ordonnances et promettent de chercher les produits ; mais au lieu de s'exécuter, ils gardent l'ordonnance avec eux et vaquent à d'autres occupations jusqu'à ce qu'ils aient de l'argent. Bien entendu l'enfant souffre entre temps. Deux hypothèses sont plausibles pour les mères : soit elles considèrent que le mari refuse d'acheter les produits, autrement dit qu'il se désintéresse de la maladie de l'enfant, soit elles comprennent la situation de pauvreté de leur conjoint et « cherchent » de leur côté aussi. Hélas, dans la plupart des cas, ces femmes choisissent la première hypothèse. Cela entraîne nécessairement des disputes entre les conjoints... (Aboubacar Tidjani Alou, synthèse des entretiens dans les ménages à Boukoki)

Dans tous les cas, la majorité de nos interlocuteurs déclarent payer rarement des produits sur prescription médicale. Lorsque l'on achète des produits sur ordonnance, on achète une partie des produits prescrits ; et même cela n'est possible qu'avec l'aide de parents ou amis. Il n'est pas étonnant, alors, de voir s'installer dans une structure de santé publique un système parallèle privé de vente de médicaments (cf. le témoignage de l'infirmière certifiée de Boukoki, ci-dessus). La prescription suivie de la vente de produits issus de détournement ou de dons rencontre une disposition correspondante chez les patients : l'offre répond à une demande **suggérée**.

### *La politique de recouvrement des coûts*

Le système de recouvrement des coûts est opérationnel à Gawèye depuis bientôt 2 ans alors qu'il s'installe à Talladjé. Par contre, sa mise en œuvre à Boukoki traîne. On évoque des problèmes de financement qui seraient liés à des événements politiques passés. Toujours est-il que ce système est fortement décrié à Talladjé, aussi bien par les personnels de santé que par les populations que nous avons rencontrées (cf. ci-dessus). D'un côté, on se demande ce qu'on

va gagner et pourquoi les soins devraient être payants même pour le personnel ; de l'autre, on ne s'explique pas le fait que le forfait (carnet + consultation) ne donne même pas droit aux premiers soins. Au moment de notre passage au CSI, le comité de santé était en plein pourparler avec les uns et les autres. Visiblement, il y avait un déficit certain d'information.

### ***Ce qu'est la pauvreté***

La pauvreté se définit comme un état de dénuement (*Nwaari nda bankarey jeNyan* – litt. manque de nourriture et d'habit <sup>9</sup>) ; il y a deux types de pauvres, à savoir ceux qui réussissent à s'assurer le minimum (*boro kan gonda Nwaari kan ga Nwaa, amma kan si to a ma boro fo no* – litt. quelqu'un qui a à manger mais dont la nourriture est insuffisante pour nourrir une tierce personne), et ceux qui sont incapables de trouver le minimum (*boro kan sinda hay kulu kala boro fo ma ga* – litt. une personne qui n'a rien et qui a besoin de l'aide d'autrui). Le plus souvent, on dit d'une personne classée dans le premier cas qu'elle est *talaka* ou *talka* ; dans le second cas, on parle de *alfukaru*.

La solidarité, l'entraide et la compassion sont des valeurs qui se perdent de plus en plus dans la communauté. Tous les enquêtés vous le diront. Ils diront aussi, pour ceux qui reçoivent encore un appui quelconque, que l'aide est insignifiante. La question de la dignité, de l'honneur revient encore ici : le démuné doit toujours taire en lui tout sursaut de dignité ou d'honneur. On dit, en hausa, « *wanda bai da, bai da batu ; ko macce ba ta daukar batunshi* - celui qui est démuné, n'a pas la parole ; même une femme ne l'écoute pas ». Tendre la main, quémander revient à s'abaisser aux yeux d'autrui et ce sont des attitudes stigmatisantes. « *Boro kan sinda, a si hini ga hay kulu te, kala hawi ; hawi day ga ti a wane* - celui qui est démuné ne peut rien faire, que la honte ; il n'y a que la honte pour lui ». D'où la récurrence de l'évocation et de l'invocation inlassables de Dieu : on l'évoque sans cesse pour que les autres, les nantis, s'en souviennent ; on l'invoque à chaque instant pour conjurer l'état dans lequel on est.

Plutôt que de quémander, d'avoir la honte, de nombreux pères et mères incapables de sortir de l'état de *talaka* ou de *alfukaru*, regardent impuissants grandir leurs enfants sans éducation. La précarité, la promiscuité et les privations conduisent les enfants à la rue, sur les dépotoirs, sur les trottoirs. Les jeunes filles sont exposées aux grossesses non désirées alors que les garçons, au bout d'un certain temps, sont tentés par les "petites combines" pour s'assurer les 2 à 3 verres de "thé" quotidiens et les 3 à 4 cigarettes journalières. Ces garçons passent aussi leur journée à s'entraîner à l'haltérophilie, histoire d'avoir un gabarit dissuasif. La nuit, seuls les parents et les plus petits des enfants sont à la maison. Les jeunes, filles et garçons, investissent le quartier ou la ville. Tous les chats sont gris la nuit...

### **Quelques pistes pour agir**

L'esprit de l'aspect recherche dans le projet santé urbaine peut être formulé en ces termes : mieux documenter, étudier et comprendre les questions de l'accès aux soins des plus démunés et des plus vulnérables parmi les populations urbaines. Dans cet esprit, la contribution de l'anthropologue, comme on le sait, ne peut consister en des solutions toutes faites. Il s'agit plutôt, dans la limite des interactions mises en évidence sur un milieu social donné, d'ouvrir des pistes de réflexion et de permettre l'établissement d'un échange, d'un dialogue entre tous les acteurs sociaux impliqués dans une arène particulière de la vie globale. L'étude des interactions entre populations et centres de santé et les entretiens avec des familles dans les quartiers populaires de Niamey nous ont montré des indices de la non-équité dans l'accès aux soins et de dénuement dans les ménages. Pour participer à un débat de santé publique, c'est-à-dire discuter avec les commanditaires ainsi que nos collègues médecins et économistes, quelques points peuvent être lancés.

---

<sup>9</sup> Nous transcrivons par N la nasale vélaire parfois transcrite sous la forme « ng »

### ***Le problème de l'accueil***

Avec des soignants et des soignés issus de la même culture ou partageant quasiment les mêmes valeurs culturelles, on ne devrait pas s'attendre à un conflit sur les règles de bienséance. Dans une société à forte prégnance de l'oral et des symboles (les notions d'honneur, de honte notamment), il est étonnant d'observer chez les soignants un double manque : professionnel d'abord car, même s'ils ne reçoivent pas un cours spécifique sur la communication, on ne peut pas dire que les agents de santé ne sont pas sensibilisés lors leur formation sur l'importance de l'accueil du patient ; social enfin car ils sont du milieu mais s'écartent de normes pourtant partagées par eux aussi.

Le propos n'est pas de s'appesantir sur ces manquements ni d'indiquer des modules de formation à l'intention des soignants sur l'accueil du patient. Tout le monde s'accorde sur le rôle déterminant de l'accueil, du premier contact, dans le processus de traitement du patient. Un patient reçu selon les us et coutumes locales, écouté et réconforté se sent confiant et à l'aise pour dire sa douleur. Il a plus de chance d'appliquer un traitement et de revenir une autre fois dans la structure de santé. C'est un client potentiellement "fidélisable". Par contre, les reproches adressés aux agents de santé sur l'accueil sont le fait de patients déçus parce que mal reçus. Ils ne reviendront plus que contraints par l'urgence, quand ils auront épuisé tous les autres recours (automédication, pharmacie par terre, plantes médicinales, charlatans, privé confessionnel), c'est-à-dire trop tard. Ils seront soit à la marge, soit quasiment auto exclus du système public. Car même dans l'urgence absolue, ils auront besoin de connaître quelqu'un pour accéder à un service de santé public.

Accueillir est donc élémentaire. On n'acquiert pas une telle disposition par l'étude d'une discipline spécifique ou de techniques de communication sophistiquées. Le mauvais accueil ne peut se justifier par les salaires impayés, qui prédisposeraient les agents à des humeurs désagréables, ni par l'ignorance ou la mauvaise tenue des patients, et encore moins par un manque de moyens de travail. Ce que nous avons observé permet de dire qu'il s'agit plutôt de choses plus simples : l'attirance et le goût pour le métier, la bienveillance et la compassion envers son prochain, l'éthique professionnelle. Comment expliquer leur absence ?

### ***La communication***

Sur nos 3 sites, seul Boukoki, qui dépend administrativement de la commune Niamey I, n'est pas sous système de recouvrement de coût. Pour Gawèye, on peut presque parler d'une aventure qui a fait du chemin car le recouvrement est en place depuis bientôt 2 ans. A Talladjé enfin, le système s'installe progressivement depuis mars dernier. En gros, l'ensemble du personnel soignant trouve inadmissible qu'un agent de la profession ne puisse pas bénéficier sinon de la gratuité des soins, du moins de quelques faveurs. « Nous, on ne gagne rien dedans. Tu es là à prodiguer des soins, tu fais tourner le service, l'argent rentre et tu n'as aucune compensation ». Il y a de quoi s'offusquer, de quoi se rebeller. Quant aux usagers, beaucoup se demandent pourquoi ce service vital de l'Etat est devenu payant et où vont les sommes qu'on leur réclame pour les soins. Ils ne sont pas nombreux qui ne croient pas que l'argent est partagé entre les agents de santé.

L'introduction du système a suivi partout un schéma classique : d'un côté, séminaire pour les chefs de structures sanitaires, formation à la gestion pour les gestionnaires et dotation en médicaments ; de l'autre, réunion d'information avec les chefs de quartier, campagne de sensibilisation par les représentants des populations, mise en place des comités de gestion. Très vite, les responsables du ministère et les médecins chefs se sont rendus compte de ce que recouvre dans la réalité la notion de participation communautaire. « Les populations ne participent pas ; même leurs représentants ne comprennent pas bien le système ». Pour un infirmier qui connaît bien le système car il l'a appliqué (en phase expérimentale) en milieu rural, « c'est un système qui est opérationnel en campagne. En ville ce n'est pas possible. Ici, qui allez-vous convoquer ? Qui va perdre son temps à vous écouter ? Ou à venir participer à des réunions sans rien gagner ? Dites le moi ».

On peut allonger la liste avec d'autres équivoques comme la tarification différente d'une structure à une autre, la répartition des ristournes entre les différentes catégories de personnel, l'intrusion de personnes "étrangères" au corps de la santé (gestionnaires, vendeurs en pharmacie ou en dépôts de médicaments, représentants des populations) dans un champ propre à la santé, intrusion très souvent mal vécue, etc. Dans tous les cas, c'est à se demander si l'on n'est pas aller trop vite dans cette expérience. Visiblement, il y a un manque de circulation large de l'information, non seulement au sein même du corps de la santé, mais aussi auprès des usagers. Sur un de nos sites, nous avons été frappés de voir combien certains agents en voulaient à leur chef du seul fait que c'est lui qui passait l'information ; il était traité comme s'il était le père de l'introduction du système de recouvrement des coûts.

Sur tout un autre plan, soulignons l'absence d'indications d'orientation sur panneaux ou sur d'autres supports dans nos structures sanitaires. En dehors de l'entrée de l'hôpital de District de Gawèye où l'on peut lire les noms des services aussi bien en français qu'en hausa et zarma, il n'y a guère de lieu où on peut s'orienter tout seul. Même si la majorité de la population est analphabète, il est possible d'envisager des supports visuels simples comme des dessins ou des symboles. Sur d'autres terrains, en campagne notamment, on a pu observer des affiches d'explication ou des panneaux d'orientation avec écriture en arabe coranique. Les initiatives, les idées simples et pratiques ne sont pas dans les textes...

### *Un regard sur la déontologie*

Le premier point à relever concerne **la formation des agents** : elle ne peut pas être mise en cause au regard des questions que nous traitons. En effet, malgré tous les reproches qu'on leur adresse sur l'accueil et le traitement, les agents reçoivent bien et traitent bien leurs parents, amis, connaissances et clients. Les usagers eux-mêmes en sont conscients : un agent compétent est celui qui est "bon" et qui ne vous fait pas perdre du temps. Or, un agent est "bon" et prompt dans l'exécution d'une tâche lorsqu'il reçoit quelqu'un qu'il connaît. Pourquoi se comporte-t-il tout autrement face à un patient anonyme ?

Seconde question, celle de **la responsabilité** : on a l'impression d'avoir à faire à un corps où les agents ne sont pas susceptibles d'être inquiétés pour une faute professionnelle. Des cas avérés d'indélicatesse, de refus de prise en charge ou d'erreur grave dans le diagnostic ou le traitement ne sont jamais sanctionnés, si ce n'est par l'affectation du fautif dans un autre service ou dans une autre localité. Nous avons relevé des pratiques illégales établies parfois comme système de fonctionnement; les populations le savent. Qu'en est-il des responsables à un niveau plus élevé ? Comment cette sage femme peut s'estimer en droit de refouler une primipare victime d'une déchirure et dont la plaie semble infectée sous prétexte que la patiente "pue" ? Peut-on justifier le maintien d'un agent qui arrive toujours en état d'ébriété flagrante au travail, dans un service qui reçoit très souvent des urgences ? Quelles sages-femmes et quels infirmiers veulent former les moniteurs de l'ENSP lorsqu'ils restent impassibles aux différents signaux d'alarme donnés par les élèves stagiaires sur les pratiques réelles des agents de santé ? Sur toutes ces questions, le genre de réponse qu'on entend ressemble à ces propos : « Ce n'est pas la femme de n'importe qui » ; « Tout le monde le fait, même le responsable dont tu parles » ; « C'est la situation, que peut-on faire ? » ; « Est-ce que tu peux porter sur toi la responsabilité de mettre en péril la carrière d'un chef de famille qui va se retrouver demain à la rue et sans ressource ? ».

Le troisième élément qui interpelle se rapporte à **l'organisation du travail**. Il s'agit précisément de la description exacte des tâches et des responsabilités de chacun : Qui doit faire quoi ? Où s'arrête la compétence de tel ? Quelles sont les activités interdites dans un service ? Comment évaluer la "rentabilité" ou la performance d'un service ou d'une équipe ? Finalement qui est le chef d'orchestre ? L'autorité manque visiblement dans certains centres de santé. Cela se lit dans les commentaires "croustillants" sur les faits et gestes de tel ou tel responsable, et les regards des agents subalternes, des élèves stagiaires et des bénévoles. Par exemple, les élèves de l'ENSP connaissent tous les centres de santé où on ne peut même pas se permettre 5 minutes de retard, à plus forte raison le moindre manquement dans l'admission

d'un patient. Les élèves de l'ENSP savent bien dans quels établissements on peut se permettre certains comportements (retards ou absences non justifiés, sortir en boîte ou se faire visiter par des amants aux heures de garde) sur le lieu de stage. Il y a des structures de bonne réputation et des structures de mauvaise réputation. Quelle est l'approche des pouvoirs publics sur ces questions ?

### *La prise en charge des démunis*

C'est le point noir du panorama que nous brossons. L'indigence est absente des préoccupations du recouvrement des coûts. Dans ce système, dès lors qu'on ne dispose d'aucun sou, on est systématiquement exclu de l'accès aux soins, et même pire, de l'accès à la consultation, garantie dans un système sans politique de recouvrement. Il n'existe pas de service "social" dans les structures où nous avons enquêté. Les opinions exprimées par les démunis ainsi que les résultats de nos observations dans les centres de soins montrent que les indigents sont, pour le moins, exclus du système de santé publique.

On pourrait penser que la prise en charge de l'indigence serait l'une des tâches principales des assistants sociaux. Ces derniers travaillent quasiment uniquement dans les CSMI, structures s'occupant exclusivement du couple mère - enfant. Nous les avons observés dans leurs tâches quotidiennes au service : leur travail "social" se résume à des séances de démonstrations culinaires aux mères d'enfants malnutris<sup>10</sup>.

Au fondement, semble-t-il, il s'agissait de prendre en charge sans hospitalisation des enfants malnutris, d'où l'appellation de CRENA, pour centre de récupération nutritionnelle ambulatoire. Au cours des consultations de nourrissons, les mères d'enfants malnutris sont systématiquement orientées vers les assistantes sociales. Là, on leur explique que l'évolution de leur enfant n'est pas satisfaisante du tout en ce qui concerne le poids notamment, et qu'il conviendrait de procéder à une récupération nutritionnelle. Alors, le CRENA était le lieu où ces mères recevaient gratuitement le complément nutritionnel indispensable pour elles et leurs enfants ; elles étaient également sensibilisées sur l'hygiène, l'alimentation, le sevrage, etc. Des recettes leur étaient enseignées, avec démonstration sur place au CRENA.

Jusqu'à une date récente, 1997 selon nos informations, le programme alimentaire mondial (PAM) assurait l'approvisionnement des CSMI en divers produits : céréales, huiles, sucre, sel, vitamines, etc. Ces produits gérés par les assistants sociaux devaient servir à la lutte contre la malnutrition. Depuis peu, les assistants sociaux s'adressent à des ONG, CARITAS ou SALAMA par exemple, pour se ravitailler. Bien entendu, ce type d'ONG s'occupant principalement d'autres genres de charités ou recevant plusieurs requêtes en tout genre, les demandes des assistants sociaux, même lorsqu'elles trouvent un accueil favorable, ne sont pas satisfaites totalement. Les agents "sociaux" sont donc amenés à organiser la lutte contre la malnutrition avec "les moyens de bord".

Dans la pratique, et sous nos yeux, il semble bien que les différents membres du personnel des centres de santé s'octroient et se répartissent sinon l'essentiel des dons, du moins une bonne partie. Cette pratique est tout à fait publique ; donc vécue et interprétée comme légitime. Les dons ne suffisant pas, les mères des enfants malnutris sont alors et "naturellement" sollicitées à travers des cotisations et des corvées. C'est cela "les moyens de bord" dont il s'agit : les mères vont cotiser 25 à 100 FCFA par personne pour les démonstrations culinaires ; elles font le marché et préparent le plat sous la supervision des assistants sociaux. De fait, aujourd'hui et comme nous l'avons vu, la récupération nutritionnelle des enfants malnutris est largement prise en charge par les mères des enfants malnutris.

---

<sup>10</sup> A Boukoki, une organisation non gouvernementale, Salama, met à la disposition de l'assistante sociale un véhicule une fois par semaine pour effectuer des enquêtes sociales auprès de familles démunies. Même dans ce cas, l'assistante sociale trouve, à juste titre, qu'il ne sert à rien de recenser les gens sans pouvoir leur apporter le moindre secours.

Avec cette limite objective, il est indécent de parler de prise en charge. Lorsque les malnutris se prennent en charge dans un service public (et là nous ne parlons que du couple mère - enfant) dont ils assurent quasiment le fonctionnement, qu'en est-il des démunis (à l'échelle de la population globale) qui sont complètement exclus du système sanitaire officiel ? Le rôle des assistants sociaux doit-il se limiter à des démonstrations culinaires subventionnées par des pauvres dans des CSMI ? Quelle pourrait être la contribution des collectivités locales (des comités de santé ?) à la résolution de la question de l'indigence en général ?