

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

Les urgences à l'hôpital de Niamey

E. Hahonou

Etudes et Travaux n° 5

Introduction

Le système de santé nigérien se caractérise par une très faible accessibilité : on estime que moins d'un tiers de la population (32%) a accès à des soins de santé moderne. L'insuffisance numérique de centres de santé et le maillage du dispositif sanitaire favorise les populations urbaines. Ce "privilège urbain" décrit par C. Raynaut (1987 : 42-52) prévaut encore aujourd'hui. Ce privilège est essentiellement décrit en termes de couverture sanitaire, d'opportunités de ressources économiques et de niveau de scolarisation.

La ville, et plus particulièrement la capitale, offre une très large gamme de services de santé. Les services publics de santé y sont plus nombreux: dispensaires, centres de santé intégrés, maternités, hôpitaux de district, hôpitaux nationaux... Outre les agents de santé fonctionnaires qui y travaillent, on trouve aussi des médecins consultants privés, des cabinets médicaux et cliniques dont le coût élevé réserve l'accès à une frange marginale de la population nigérienne. Alors que 5,5% de la population nigérienne vit à Niamey, la moitié du personnel sanitaire du pays y est concentré (Raynaut 1990). Il faut ajouter à cela la présence de vendeurs ambulants de médicaments qui autorise la pratique de l'automédication ainsi que de nombreux "guérisseurs"¹ pour donner une vision des alternatives en matière de santé qui se présentent aux citoyens.

Mais s'il reste vrai que globalement résider en ville constitue au Niger un indiscutable privilège, à y regarder de plus près d'autres inégalités se manifestent. En effet, la concentration du personnel et l'existence de nombreuses structures sanitaires dans la capitale ne garantissent en rien l'accès aux soins. Raynaut notait qu'en 1986, seule une minorité de la population urbaine était véritablement en mesure de bénéficier de ce privilège urbain. Une enquête récente menée par le Programme des Nations Unies pour le Développement met en avant le fait qu'au niveau des structures sanitaires publiques "les pauvres mal habillés et sans argent, sont traités avec rudesse par le personnel de santé et que les malades sont souvent obligés de verser des pourboires pour obtenir des services" (PNUD 1998 : 41-42). La pauvreté apparaît donc comme un facteur limitant l'accès aux services de santé. Mais ce n'est pas le seul facteur comme le suggère cette remarque d'une femme enquêtée: "à l'hôpital... si vous ne connaissez personne, vous n'avez pas de chance" (Banque Mondiale 1996 : 83). Le fait de résider en ville au sein des quartiers populaires offre des opportunités de lier connaissance avec des personnes (parents, amis ou connaissances [PAC]) susceptibles de faciliter l'accès aux soins (consultation gratuite, dons de médicaments...), des possibilités de s'insérer dans des réseaux d'entraide ...

Durant la colonisation et au lendemain de l'Indépendance, les services de santé étaient gratuits au Niger, comme dans la plupart des pays africains. Avec la crise économique, la qualité des services de santé s'est dégradée et la recherche de solutions au financement de la santé a débouché en 1987 sur l'adoption du principe de participation financière des populations en vue d'un recouvrement partiel des coûts (l'Initiative de Bamako²). Le système

¹ Le terme de « guérisseurs » sera utilisé ici par commodité. Il désigne les individus pratiquant des méthodes de thérapie alternatives à la médecine scientifique du secteur public. Les termes de « médecine traditionnelle » ou « tradipraticien » seront évités car ils sont souvent porteurs d'image d'immobilisme alors que les techniques employées sont en évolution permanente et font preuve de grandes capacités d'adaptation (interprétation des radiographies effectuées à l'Hôpital pour la réduction des fractures par exemple).

² Suite aux difficultés d'ordre économique et organisationnel rencontrées dans la mise en oeuvre des résolutions prises à Alma Ata en 1978 lors de la Conférence internationale de l'OMS sur les Soins de Santé Primaires (SSP), les Ministres africains de la santé, lors de la 37ème session du Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique, tenue à Bamako au Mali en septembre 1987, ont adopté le principe de "consacrer des ressources supplémentaires aux SSP par le biais de fonds renouvelables destinés à l'achat de médicaments essentiels gérés par la communauté". Ces ressources supplémentaires et renouvelables devaient être générées par une meilleure articulation entre le financement de l'Etat, le financement extérieur et celui des communautés. Le principe fondamental consiste à fournir aux centres de santé une dotation initiale de médicaments essentiels et à mettre en place un mécanisme devant permettre le renouvellement des stocks et le financement des autres dépenses de fonctionnement local à partir des produits de vente de ces médicaments auprès des populations. Le principe de la

de recouvrement des coûts en matière de santé qui est actuellement en cours d'application (progressive) dans l'ensemble du pays concerne également l'Hôpital National de Niamey. Il s'insère dans un difficile contexte qui cumule à une situation sanitaire dramatique, une situation de crise économique, politique et sociale. L'irrégularité et les retards de paiement des salariés de la fonction publique, dont le cumul dépasse une année, sont aggravés par les aléas de la démocratisation au Niger (annulation des élections locales, coup d'État, gouvernement de transition, nouvelles élections présidentielles...).

L'Hôpital constitue un monde à part, un univers inséré dans une logique d'anonymat liée au cadre urbain, avec sa dimension imposante, ses codes et son mode de fonctionnement propres. Son organisation fonctionnelle tranche avec les modes de vie des usagers qui sont amenés à s'y rendre pour des soins. Venus de tout le pays mais principalement de Niamey et ses environs immédiats, les usagers ont recours au centre de référence pour diverses raisons qui s'insèrent dans des logiques thérapeutiques. Qu'on y vienne après avoir tout essayé "lorsqu'on n'a plus le choix" ou parce qu'on sait pouvoir y trouver une connaissance, rien n'est joué d'avance. Y gagnera-t-on le remède à la maladie? Y trouvera-t-on le relais social qui aidera à s'en sortir? Le passage dans l'univers hospitalier donne lieu à une rencontre singulière entre patients et personnel de santé, rencontre dont l'issue reste incertaine. Même si cette relation entre patients et personnel de santé est connue pour être généralement caractérisée par un rapport inégal entre le demandeur de soins et celui qui possède le pouvoir de guérir (Fassin 1992), les différents acteurs possèdent des marges de manœuvre.

L'objet de cette étude (il s'agit ici d'une version résumée), réalisée dans le cadre d'un DEA en sciences sociales de l'EHESS Marseille³, est de décrire et d'explicitier les interactions entre le personnel du service des Urgences de l'Hôpital National de Niamey et des usagers. Ces interactions sont parsemées de règles formelles et informelles, de malentendus entre des individus aux statuts hiérarchisés, de conflits...

Orientation et conditions de l'enquête

Le choix d'un tel sujet à l'intersection de la sociologie interactionniste appliquée au domaine de la médecine et de l'anthropologie de la santé commandait une méthode axée sur l'observation et une présence de longue durée dans le même service. Un statut de stagiaire de septembre 1999 à février 2000 m'a permis l'accès à des informations qualitatives qu'une enquête par questionnaire n'aurait pas pu donner. Outre l'observation participante telle que la pratique Jean Peneff (1992), j'ai accordé une place importante aux discours par des entretiens (libres ou semi dirigés). Ces entretiens avec les agents d'une part et avec les usagers d'autre part sont des garde-fous pour éviter de mauvaises interprétations des comportements observés que ce soit du côté des personnels de santé ou du côté des attitudes et des représentations des patients, surtout dans un contexte culturel *autre*. Je n'ai pas ou peu recouru à des comptages (temps effectif de travail, temps de pause, nombre effectif de patients, temps d'interaction lors des interrogatoires...), ces données existant déjà par ailleurs, pour mettre plutôt l'accent sur le contenu et la qualité des interactions.

Le déroulement de l'étude dans son ensemble a été marqué par de nombreux allers-retours entre le terrain et les aspects plus théoriques. Les enquêtes se sont étalées entre juin 1999 et juillet 2000. Les premières informations ont été obtenues par des entretiens informels (en français ou en *zarma*⁴) avec diverses personnes ayant eu une expérience de l'HNN (expatriés travaillant dans le domaine de la santé, accompagnant d'un malade après sa sortie) et des observations réalisées *ex situ* (boutiquiers et vendeurs divers, pharmacie ONPPC à

gratuité des soins était abandonné au profit de celui de la participation des bénéficiaires (source: UNICEF Madagascar, 1997).

³ EHESS : Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

⁴ La langue *zarma* est la langue vernaculaire la plus utilisée à Niamey et dans ses environs. Seule une très petite minorité parle la langue officielle, i.e. le français.

l'entrée). Ces informations, qui sont globalement connues des usagers de l'Hôpital, m'ont évité d'arriver en naïf sur le site de recherche. Mais l'essentiel des données ont été recueillies *in situ* (dans l'Hôpital) à partir des observations quotidiennes et des entretiens occasionnels menés pendant les "temps-morts" (techniquement ou médicalement parlant, mais qui sont loin d'être "morts" sur le plan social) avec le personnel soignant (élèves-stagiaires de l'ENSP, infirmiers, étudiants en médecine, médecins titulaires, chef de service ...) et le personnel auxiliaire de santé (filles de salle, manœuvres) du service des Urgences et d'autres services.

La direction générale de l'Hôpital s'est révélée très ouverte à ce type de recherche, le thème ayant été clairement affiché à ce niveau. Le directeur de l'HNN a très nettement facilité la tâche par sa disponibilité et en assurant les indispensables présentations qui ont permis mon insertion officielle en tant que stagiaire au sein des Urgences médico-chirurgicales. Il ne semble pas que l'introduction par la voie hiérarchique ait trop joué en ma défaveur du point de vue des agents subalternes, les stagiaires étant légion à l'HNN du fait de sa vocation de terrain de pratique (étudiants en médecine et élèves infirmiers). Par ailleurs, la présence d'étrangers (coopérants expatriés affectés à un service, jumelage avec l'Hôpital de Beauvais) est courante à l'HNN.

Après du personnel exécutant, l'objet déclaré de mon stage était les conditions de travail des agents de la Santé et les comportements des patients. Ce thème assez large combiné à une présence longue sur le terrain a permis des observations sans trop de modification du comportement des agents à l'égard des patients et des discussions ouvertes. Les questions posées au personnel sur les conditions de travail et les relations avec les malades s'inscrivaient assez "naturellement" dans le cadre du rapport de stage qu'est censé rédiger tout stagiaire.

Le partage des mêmes conditions de travail durant une période relativement longue et la pratique de langues locales (*zarma* et *hausa*) ont pu instaurer une certaine familiarité et un climat de travail relativement confiant. Les observations ont été faites à partir de postes divers tels les salles d'accueil-soins et d'hospitalisation des patients au niveau du service des Urgences, les autres services (accueil-aiguillage, perception, radiologie, médecine, etc.), les couloirs, les cours et aires d'attente de l'Hôpital. Le port de la blouse blanche m'a permis d'être assimilé au personnel (même temporaire) de l'HNN. Le changement de positionnement et de rôle, survenu par hasard à l'occasion de la maladie de l'enfant d'un ami, m'a permis de découvrir des aspects "cachés" des attitudes des agents de santé et des comportements différenciés selon les services. C'est en tant qu'utilisateur anonyme des services de l'HNN (adoption du rôle d'accompagnant⁵), que j'ai pu obtenir confirmation de pratiques de corruption ou de racket.

Quelques entretiens avec des patients et accompagnants après leur sortie ont permis une appréhension du point de vue des *profanes* et, plus loin, une confrontation des points de vue. Les entretiens ont souvent donné lieu à des enregistrements et ont fourni de précieuses informations. Ils ne donnent que des points de vue de particuliers et ne prétendent pas être représentatifs d'une vision homogène des usagers (qui d'emblée est exclue des hypothèses de travail). Leur utilisation sous forme d'études de cas nous éclairera sur une vision profane du monde hospitalier, sur les malentendus entre usagers et personnels de santé.

⁵ Les accompagnants sont des parents ou relations plus ou moins proches des malades, compagnons indispensables pour assurer les besoins quotidiens des malades et parer aux nombreux imprévus et manques de l'Hôpital (manque de matériel et médicaments, manque de temps, manque de personnel...).

Stagiaire aux Urgences

S'il est reconnu que toute étude de terrain transforme le chercheur qui l'entreprend, cela vaut d'autant plus lorsque l'étude porte sur des interactions entre acteurs caractérisées par des rapports de force et de violence. L'observation de telles relations pose de nombreuses questions et assaille de doutes le chercheur. Mal-être, malaise, embarras, impression de ne pas être à sa place... sont autant de sentiments et pensées confus qui viennent troubler le regard ou plutôt construire une vision qui ne cessera de se modifier à mesure que la recherche et la compréhension progressent. Face à la violence sociale, la mort, la souffrance inutile ou une situation d'urgence stressante, le statut et la position du chercheur en socio-anthropologie sont bousculés et remis en cause. Comment rester observateur d'un spectacle que l'on ne peut s'empêcher de condamner?

Quelques exemples parlants extraits de mon journal de terrain suffiront à esquisser un tableau de ce que l'observation participante permet d'appréhender au premier abord.

J'aperçois un vieil homme perfusé allongé sur le dos dans le couloir situé à l'arrière de la salle de soins. Il pousse sur ses jambes fléchies et progresse mollement sur le sol carrelé en gémissant faiblement. Chacun l'enjambe pour passer du côté de la salle de repos des internes. J'interroge l'infirmier que j'accompagne en sortant du bureau des infirmiers: « *Que fait cet homme dans le couloir? Qu'est-ce qu'il a ?* » « *Laisse!* », me rétorque l'infirmier sur un ton ferme et sans équivoque. Nous passons comme les autres notre chemin. L'après-midi, j'apprenais le décès dans le couloir de ce vieil homme arrivé la veille. Commentaire de l'infirmier: "*Personne n'en a voulu, ni la Médecine B1 ni les Urgences, car il n'a pas d'accompagnant!*".

Lors d'une grève sans service minimum, j'assurais le rôle de brancardier au service des Urgences. Un accidenté de la route souffrant de douleur dans la cage thoracique est allongé sur une table d'examen depuis trois heures sans que des soins lui aient été apportés. Le médecin de garde a fait remarquer par deux fois que son cas nécessitait une hospitalisation aux Urgences. L'EM dit au blessé de se transborder lui-même sur le chariot roulant. Son bulletin mentionne pourtant bien en évidence la nécessité d'une "immobilisation" du malade. Le chariot est sanguinolent. Je décide de le nettoyer. Pour ce faire, je cherche pendant plusieurs minutes des gants et une serpillière. Alors que j'entreprends de nettoyer le chariot, le blessé me dit en français qu'il préfère se lever pour se rendre à pied côté hospitalisation. Je le soutiens par le bras et nous atteignons à grand peine la partie hospitalisation des Urgences. L'infirmier de garde me dit à notre arrivée: "*Où est son bulletin à celui-là. C'est pas un dépotoir ici!*". Nous forçons le passage et je l'installe dans une chambre.

Un infirmier à propos d'un homme dans le coma, hospitalisé depuis la veille: "*En tout cas, il ferait bien de trépasser maintenant et nous laisser dormir tranquillement cette nuit!*"

Ces diverses manifestations d'indifférence m'ont d'emblée heurté et la neutralité affichée du début de stage n'a pas tenu longtemps. L'observation s'est avérée rapidement plus participante que je ne le souhaitais.

N'ayant aucune formation médicale, ce que j'étais en mesure d'apporter aux patients se résumait à un travail d'assistance morale et sociale et un travail d'intermédiation. Assez logiquement, je m'insérais dans les interstices du système, en adoptant, pour un temps, le rôle d'un "*intermédiaire*" (selon la dénomination locale) répondant du même coup aux attentes des usagers. Cette intermédiation est par ailleurs assurée par tout agent de l'institution. Comme on le montrera, l'intermédiation est un des mécanismes fondamentaux de son fonctionnement. Assurer le bon contact entre un patient et un soignant, c'était interférer en faveur de l'un, au détriment de l'autre (en interrompant l'instant de répit qu'on s'accorde lorsqu'on se met à l'écart ou qu'on évite de prêter attention à un malade dans l'attente de soins...).

Cela revient à opter pour le contact personnel comme stratégie d'enquête. Tantôt altruiste, tantôt intéressé, il m'est arrivé plus d'une fois - non sans quelques scrupules - d'exploiter le lien ainsi créé pour des entretiens ultérieurs afin d'aborder les discours et représentations des usagers des Urgences. L'accès à des informations relatives aux sentiments des patients à l'égard de l'institution sanitaire et de ses agents a été facilité par la relation de confiance établie lors de l'interaction in situ.

Il m'a fallu ainsi jouer un double jeu et jongler avec les ambiguïtés de mon statut. Je me trouvais dans l'inconfortable position qui consiste à vouloir gagner les faveurs des uns (ceux qui exercent ce qu'il convient d'appeler une violence) et celles des autres (ceux qui la subissent) alors que les acteurs sont dans des rapports parfois antagonistes. D'une part, il y a la volonté d'intégration au sein des équipes soignantes, le désir de maintenir un climat social favorable à l'investigation et la recherche sociologique au sein de l'institution en manifestant des attitudes "normales", et, d'autre part, le sentiment de culpabilité vis-à-vis de ceux qui subissent dans la souffrance. C'est entre ces sentiments contradictoires et ces objectifs distincts que je me suis trouvé partagé. Certaines situations qui me révoltaient exigeaient néanmoins silence et discrétion, ce qui revenait à se faire violence pour endurer l'observation passive de l'inacceptable, afin de permettre la poursuite de l'exercice d'observation. Ainsi il m'est arrivé d'assister à une interaction au cours de laquelle un accompagnant et son malade impotent se sont vus renvoyés sans ménagements par le FFI de garde à l'Aiguillage. Un peu plus tard à la sortie du service, l'accompagnant m'interpellait: "*Vous êtes qui avec votre collègue pour nous traiter comme ça ?!*". Le port de la blouse blanche s'est parfois avéré lourd à porter.

Exercer ses activités, ou son métier, dans ces conditions conduit à s'interroger sur le sens des investigations menées. "*Quel est le sens d'une telle recherche?*" se prend-on à penser.

A mesure que s'est déroulée cette étude de terrain, ma vision manichéenne du système et de ses acteurs s'est peu à peu modifiée. Sans me défaire totalement d'une prise de parti en faveur des usagers des services de santé, les limites d'un engagement humanitaire me sont d'abord assez rapidement apparues. Il est quasiment impossible de se consacrer seul à l'aide et au soutien des exclus du système. Une telle entreprise est périlleuse à la fois psychologiquement et physiquement. La tenter permet toutefois d'éclairer le peu d'alternatives qui se présentent aux agents de santé exerçant dans un tel système et ainsi de mieux comprendre ce qui conduit les agents de santé à de telles attitudes d'indifférence envers des individus malades.

La prise en charge d'un patient requiert en effet une grande énergie morale et physique de la part des soignants. Certains agents en viennent même parfois à se plaindre d'avoir eu à aider de trop nombreux parents malades durant la semaine. Chaque cas nécessite en effet un travail d'assistance et d'intermédiation qui comprend des présentations (donc une présence physique) pour mettre en contact personnalisé un malade et un soignant dans chacun des différents services de l'HNN où le malade sera adressé, un suivi du malade tout au long de son parcours hospitalier, un travail de négociation pour obtenir des produits à titre gratuit, des déboursments monétaires parfois inévitables, etc. La prise en charge d'un parent malade demande un investissement personnel considérable. On le fait pour des parents par obligation morale et/ou sociale. Le faire pour des inconnus relève du don de soi, de la "vocation". Dès lors l'indifférence envers la souffrance de l'autre, un inconnu, devient la norme. Il n'est pas question de se laisser envahir par la sensibilité, faute de quoi on ne peut plus travailler.

La médecine moderne n'est plus celle d'Hippocrate qui liait des qualités morales aux capacités de jugements et à l'habileté du médecin. Si la référence peut paraître lointaine, la question déontologique se pose néanmoins au Niger comme en Europe ou ailleurs. La douceur qui caractérisait la médecine grecque selon Hérodote⁶ a cédé la place à la violence

⁶ Source : Encyclopedia universalis, Hippocrate.

thérapeutique. La douleur a acquis une valeur positive. La question morale est posée aux praticiens de la santé. Elle est également posée au sociologue dans sa recherche.

De tout cela il ressort que l'affectif devient une "donnée objective de terrain" comme le souligne Aïda Kanafani-Zahar (1999 : 33). Dans l'article intitulé "*Le risque au quotidien: l'ethnologie de la survie dans Beyrouth en guerre*", l'auteur se focalise un temps sur la blague de guerre et y voit un moyen de tourner la guerre en ridicule et de rendre la mort plus familière à ceux qui vivent en situation quasi constante de danger. Les blagues permettent un recul, une nécessaire distance. On rit "*en parlant de choses graves*" de façon à exorciser ou conjurer la mort. Au même titre que les rumeurs, note l'auteur, il s'agit de "*transformer le réel*".

Un parallèle peut être fait avec les attitudes des agents de la santé face à la souffrance et la mort qui sont omniprésentes. Les blagues à propos des malades de la part des infirmiers, médecins ou manœuvres du service des Urgences, qui au premier abord choquent et peuvent sembler cruelles, ne sont peut-être in fine que des manières de gérer les sentiments confus qu'occasionne la mort d'un patient: angoisse, désarroi, impuissance, sentiment de culpabilité... Il m'a fallu faire le chemin moi-même pour relativiser les normes de comportements des agents de santé. Plusieurs voies sont possibles: l'une d'entre elles est l'indifférence affichée. Finalement, il s'agit aussi de s'en sortir personnellement.

Les conditions de l'action

Les interactions prennent place dans un cadre précis, défini par des propriétés structurelles. J'évoquerai donc ici brièvement la situation socioéconomique et politique du Niger, la situation sanitaire et les caractéristiques du système de soins nigérien. Les spécificités de l'Hôpital National de Niamey seront abordées dans le chapitre premier.

Situation socio-économique et politique

Le Niger fait partie des pays les moins avancés (173ème pays sur 175 selon l'Indice de Développement Humain, PNUD 1998). Sa population essentiellement rurale (18% seulement sont des urbains) est estimée à 10 millions d'habitants en 1999 et se concentre dans la partie sud du pays (soit environ un quart de la superficie totale du Niger). Le taux d'accroissement démographique est de 3,3%, soit un des plus élevés du monde (PNUD 1998)*.

Le taux d'analphabétisme est le plus élevé dans le monde, il est estimé à 83% en 1997. Des disparités sont à noter entre hommes et femmes dans ce domaine: le taux d'analphabétisme atteint 88% pour les femmes contre 78% pour les hommes.

La chute des recettes à l'exportation (l'uranium assurait la majeure partie des ressources d'exportation du Niger), le poids croissant de la dette extérieure, la dévaluation du franc CFA, les déficits alimentaires liés à des sécheresses répétées... ont contribué à une très nette dégradation de la situation socio-économique du pays et une paupérisation de l'ensemble de la population au cours de la dernière décennie. Le PIB a connu un recul de 50% depuis le début des années 1980.

Il faut ajouter à cela une instabilité politique du pays qui se traduit notamment par des suspensions des aides internationales, quoique le secteur santé soit un peu moins touché.

* Toutes les données statistiques relatives à la situation socio-économique, politique et sanitaire du pays sont issues du *Rapport National sur le Développement Humain - Niger 1998*, Niamey, édité par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD).

Situation sanitaire

Le secteur santé est à l'image des autres indicateurs sociaux du Niger. Le tableau ci-dessous résume une situation que nombre d'experts jugent "dramatique".

	1960-1977	1977-1988	1989-1993	1998
Taux d'accroissement naturel (en %)	2,77 %	3,3 %	3,3 %	3,3 %
Taux de mortalité infantile (en ‰)	129 ‰	123 ‰	127 ‰	127 ‰
Taux de mortalité infantojuvénile (en ‰)	258 ‰	232 ‰	320 ‰	274 ‰
Espérance de vie à la naissance (ans)	-	40 ans	47 ans	48 ans
Taux de mortalité maternelle (en ‰)	-	7‰	7 ‰	7 ‰

(source: PNUD, 1998).

Taux de couverture sanitaire

Le système de santé nigérien se caractérise par une très faible accessibilité. Moins d'un tiers de la population soit 32% a accès à des soins de santé moderne. La situation est marquée par une insuffisance numérique de centres de santé et aussi un maillage du dispositif sanitaire qui ne favorise pas les populations rurales. Plus de la moitié de ces dernières réside à plus de 15 km d'un centre de santé. Dans un tel contexte, les formations sanitaires n'arrivent pas à répondre aux attentes des populations, particulièrement les plus vulnérables. On dénombre un centre de santé maternelle et infantile pour respectivement 35.000 femmes en âge de procréer et 27.000 enfants de moins de 5 ans.

Taux d'encadrement sanitaire

Les fonctionnaires de la santé représentent environ 5.400 agents en 1998. On compte au Niger un médecin pour plus de 40.000 habitants, un infirmier pour plus de 6.000 habitants, 1 sage femme pour 6.000 femmes en âge de procréer soit 1.900 femmes enceintes en moyenne.⁷ Les autorités sanitaires en 1998 faisaient état d'un besoin complémentaire en personnel de 1.036 agents par rapport aux normes et sur la base des structures déjà existantes.

En ce qui concerne la distribution de personnel, les populations de la capitale, Niamey, sont nettement plus avantagées que la moyenne puisqu'on trouve 60% des médecins, 50% des sages femmes et 30% des infirmiers du pays. Même si l'on ajoute les agents engagés directement par les Etablissements Publics à caractère Administratif, les ressources humaines du secteur sanitaire sont qualitativement et quantitativement insuffisantes.

⁷ Les normes de l'OMS sont de 1 médecin pour 10.000 habitants, un infirmier pour 5.000 habitants et une sage femme pour 5.000 femmes en âge de procréer.

Dépenses de santé

Les dépenses publiques de santé ont régulièrement augmenté depuis 1990 passant de 5,6 milliards à 7,8 milliards en 1994. Ramenées à l'ensemble des dépenses de fonctionnement de l'Etat, elles gravitent autour de 7 à 8 % avec des évolutions irrégulières. Elles sont constamment inférieures à 1% du PIB.

Les trois quarts des dépenses publiques de santé vont à de coûteux soins médicaux qui profitent à une petite minorité de la population habitant en zone urbaine. "Les allocations budgétaires sont à la fois inefficaces et inéquitables" (source: *Bilan Commun des Pays - CCA - ONU 1999 : 43-45*).

Principales causes de morbi-mortalité

Les pathologies infectieuses et parasitaires constituent les principales causes de morbi-mortalité. Le paludisme, les maladies diarrhéiques et les infections des voies respiratoires sont les principaux motifs de consultation surtout chez les moins de 5 ans. La rougeole et la méningite font des épidémies saisonnières meurtrières.

Organisation du système de santé nigérien

La déclaration de Politique Sectorielle de Santé de 1995 a formulé une réorganisation du système de santé visant à une plus grande décentralisation à travers un système à trois niveaux: un niveau central chargé de l'appui stratégique (Ministère de la Santé Publique et ses directions centrales et directions coordonnatrices des Projets et Programmes), un niveau intermédiaire responsable de l'appui (Directions Départementales de la Santé et centres départementaux de référence), et un niveau district sanitaire correspondant au niveau opérationnel (arrondissements et communes). C'est à ce dernier niveau notamment que se met en œuvre la stratégie de participation communautaire des populations prévue par l'Initiative de Bamako (recouvrement des coûts, participation aux comités de santé et comités de gestion...). Dans chacun des 42 districts sanitaires qui couvrent le pays, des Centres de Santé Intégrés (CSI) offrent aux populations un paquet minimum d'activités. Des Hôpitaux de District (HD) de référence sont censés assurer le paquet complémentaire d'activités (urgences médico-chirurgicales et obstétricales, consultations de référence, activités de médecine générale et de maternité, hospitalisation, laboratoire d'analyses et radiologie). Mais la chirurgie n'est offerte que par très peu d'HD (Loga, Gaya, Say, Tera, Tessaoua), ce qui implique des transferts vers d'autres HD ou vers l'Hôpital National

Les hôpitaux et maternités nationaux et les centres hospitaliers centres de références nationaux ont le statut d'Etablissement Public à caractère Administratif (EPA). L'ordonnance 92-011 du 6 avril 1992 a érigé l'Hôpital National de Niamey en EPA. Cette réforme statutaire lui conserve la mission de service public et lui confère une autonomie de gestion des activités et de gestion budgétaire basée partiellement sur un recouvrement des coûts des prestations (19% des recettes), sous la supervision du Ministère de la Santé Publique.

La politique sectorielle du Niger en matière de santé

En juillet 1995, les grandes orientations de la politique sectorielle de santé du gouvernement nigérien ont été fixées dans la Déclaration de Politique Sectorielle de Santé dont l'objectif majeur était l'amélioration de l'état de santé de la population à l'horizon de l'an 2000. Outre la décentralisation et la réorganisation du système de santé sur trois niveaux, les stratégies proposées pour atteindre cet objectif sont l'accroissement de la disponibilité des ressources, l'extension de la couverture sanitaire, la formation du personnel, l'amélioration de la qualité des services, la lutte contre les principales maladies, l'approvisionnement et la disponibilité de médicaments essentiels génériques, l'information-éducation-communication

(IEC) pour la santé. Un appui à la mise en œuvre de cette politique est assuré par des organisations internationales (Banque Mondiale, Commission des Communautés Européennes, coopérations bilatérales française, belge, allemande...).

L'argumentation des institutions internationales repose essentiellement sur des aspects économiques et financiers (Banque Mondiale 1996 : 83):

- Du fait de la pauvreté, on assiste à une prolifération des pharmacies ambulantes (commerce informel de médicaments dans les rues);

- "Le coût d'un traitement moderne peut atteindre 100.000 francs CFA alors que celui d'un soin traditionnel à une valeur limite de 1750 francs CFA. Ainsi en cas de maladie, les plus pauvres se rabattent sur l'automédication, utilisant soit des remèdes traditionnels à base de plantes soit des remèdes "modernes" du Nigéria ou d'Asie vendus à bas prix dans leur localité, compromettant leur chance de survie" ;

- Pauvreté et mauvais état de santé sont liés;

- La pauvreté est un facteur limitant l'accès aux services publics de santé du fait de la cherté des soins et des médicaments;

- Pour la plupart les services de santé sont accessibles à une faible proportion de la population;

Il est généralement reconnu que les pauvres mal habillés et sans argent, sont traités avec rudesse par le personnel de santé et que les malades sont souvent obligés de verser des pourboires pour obtenir des services : *"à l'hôpital..., si vous ne connaissez personne, vous n'avez pas de chance"*.

Ces quelques caractéristiques touchent du doigt des aspects du contexte sanitaire et socio-économique des Nigériens tout en présentant une vision très simplifiée et donc réductrice. Elles constituent néanmoins des bases pour les stratégies de développement sanitaire du pays.

L'Hôpital National de Niamey

Historique et présentation

L'Hôpital a été créé en 1922 par le gouverneur Jules Brévié alors que Niamey n'était encore qu'un village et néanmoins un chef lieu de circonscription de l'Afrique Occidentale Française. L'Hôpital ne comptait en 1922 que trois bâtiments. A partir de là, l'Hôpital de Niamey s'est progressivement développé en se dotant d'un premier bloc opératoire en 1938 puis un nouveau en 1954, des services de Chirurgie et de Médecine (1952), un service de psychiatrie en 1955, un pavillon pour les contagieux en 1956, etc. On compte aujourd'hui plus de vingt services différents qui permettent de couvrir la majorité des affections de la population nigérienne (Source: Bulletin d'information de l'HNN - février 1997).

L'Hôpital National de Niamey (HNN), comme d'autres centres de référence nationaux (Hôpital de Lamordé, Hôpital National de Zinder), s'insère dans le système global de santé au Niger et constitue un élément fondamental de la politique de santé. Depuis 1992, il est doté du statut d'Etablissement Public à caractère Administratif (EPA) qui lui octroie la personnalité civile et l'autonomie financière. Toutefois son fonctionnement dépend encore largement de l'aide extérieure (32 médecins coopérants étrangers affectés dans différents services, subventions pour la construction de bâtiments nouveaux ou la rénovation d'anciens, approvisionnement en médicaments et autres consommables, dons divers), et de la subvention de l'Etat, dont la participation (1 milliards de francs CFA par an en 1997 et en 1998) représente 78% des recettes de l'HNN. L'exigence de recouvrement des coûts entre parfois en opposition avec la mission de service public qui est la sienne.

Les effectifs en personnel de l'HNN dépassent les 520 agents dont 77 médecins (y compris les 32 expatriés). Néanmoins, compte tenu du niveau d'activité de l'Hôpital⁸, on considère qu'il y a un manque réel de personnel qualifié. Ce manque de personnel qualifié conduit l'HNN à proposer des formules spéciales d'emploi qui se conjuguent plus ou moins avec sa mission d'enseignement. La plupart des étudiants en médecine sont amenés à y faire leurs différents stages pratiques, leur internat ou leur résidentiat. Faute de véritables internes (jeunes diplômés en médecine désirant compléter leur formation par un stage pratique encadré par des médecins expérimentés), l'HNN a recours au statut de Faisant Fonction d'Interne (FFI) qui est donné à des étudiants en médecine en dernière année qui n'ont pas encore soutenu leur thèse (situation temporaire qui tend à durer). Ces FFI sont employés temporairement par l'Hôpital pour assurer les fonctions normalement attribuées à un interne. Faute d'encadrement adéquat, cette façon de procéder conduit à une perte qualitative dans les soins puisqu'on emploie des personnes dans des postes pour lesquels elles n'ont pas les compétences.

Ce processus de délégation vers le bas s'inscrit dans l'histoire de la médecine (Véga 1997) et l'on observe ici une répercussion en cascade au sein de la division du travail médical: les étudiants en médecine prennent les responsabilités et exécutent le travail des médecins, les infirmiers font des diagnostics et des ordonnances plutôt que de se contenter d'exécuter les ordres des médecins, les élèves-infirmiers assument seuls des tâches de soins et parfois la "responsabilité" d'un service (pendant les grèves), les filles de salle et les manœuvres font des soins et placent des perfusions, les accompagnants assurent le rôle de garde-malade et le "service domestique" (alimentation, toilette, etc.).

Une autre caractéristique importante de l'HNN est la forte proportion de médecins militaires qui y exercent, à l'instar de la médecine coloniale. L'HNN joue dans leur carrière professionnelle le rôle de rampe de promotion (les trois derniers directeurs de l'HNN étaient

⁸ L'activité de l'HNN est intense. On compte plus de 20.000 entrées par an, plus de 220.000 journées et plus de 150.000 consultations. Le taux d'occupation des 840 lits est de 75 % et la durée moyenne de séjour de 11 jours (chiffres de 1996 – source: bulletin d'information de l'HNN).

des militaires gradés). De médecin-lieutenant-colonel on passe directeur, de directeur on passe éventuellement Ministre de la Santé.

Aux heures d'ouverture des bureaux (7h-12h30 et 15h-18h en semaine), les malades sont généralement orientés par le bureau Accueil – Aiguillage situé à l'entrée de l'Hôpital. Ce service effectue le tri des patients suite à une consultation médicale rapide qui permet par un interrogatoire très succinct de déterminer vers quel service les patients seront orientés. Un très grand nombre de patients affluent quotidiennement dans ce bureau. La plupart des usagers qui transitent par l'Accueil - Aiguillage ne sont pas envoyés au service des Urgences mais dans les autres services plus spécialisés de l'Hôpital (pédiatrie, cardiologie, neurologie, psychiatrie, ORL, etc.). En dehors de ces horaires qui sont en décalage avec les heures d'autorisation de visite, c'est le service des Urgences qui assure ce tri-aiguillage. Les Urgences médico-chirurgicales ne sont donc qu'un service parmi d'autres, un maillon de la chaîne sanitaire de l'HNN par lequel passent ou plus exactement "sont enregistrés" 40 à 70 malades par jour.

Il faut toutefois noter que ces chiffres sont approximatifs puisque les données issues des registres ne sont pas entièrement fiables. Les données ont tendance à sous-estimer le nombre réel des utilisateurs du service. L'enregistrement n'est pas systématique. Quelques malades ne sont pas enregistrés soit par négligence ou surcharge de travail, soit parce qu'on veut leur éviter le paiement de la consultation.

Les Urgences médico-chirurgicales

Le bâtiment qui accueille l'actuel service des Urgences Médico-Chirurgicales de l'HNN existe depuis 1996 grâce à l'appui de la Coopération Française. Les cas d'urgences étaient auparavant traités au niveau de l'Accueil à l'entrée.

La réhabilitation relativement récente des locaux donne aux lieux un aspect très propre voire presque neuf bien que les tensiomètres muraux soient déjà tous hors d'usage.

Il s'agit d'un service polyvalent qui reçoit dans un même bâtiment tous types de malades. Il se divise en deux sous-services distincts. On distingue classiquement les Urgences chirurgicales et les Urgences médicales.

C'est au niveau des Urgences chirurgicales que les patients sont reçus en consultation dans la grande salle réhabilitée⁹. Suite à cette consultation, plusieurs cas de figure peuvent se présenter. En cas d'urgence, on fournira les premiers soins au patient, à qui l'on délivrera généralement une ordonnance (pour payer les produits que l'Hôpital ne fournit pas bien qu'il soit censé le faire!) et qui sera ensuite gardé en observation dans la salle quelques temps. On procèdera alors soit à sa sortie soit à son transfert pour une hospitalisation dans un service de l'HNN.

Les Urgences médicales reçoivent en principe les patients dont l'état nécessite une hospitalisation immédiate avec une observation rapprochée (le nombre de malades par infirmier y est moins élevé que dans les autres services de l'HNN) et assurent à ce titre une fonction d'hébergement.

Au niveau des Urgences chirurgicales, on constate que 75 à 80 % des usagers des Urgences sont de sexe masculin. Cela s'explique notamment par une exposition plus grande aux risques traumatiques¹⁰ (ce sont essentiellement les hommes qui conduisent, réalisent des

⁹ La grande salle d'accueil – soins a été réhabilitée entre mars à juillet 1998. D'une façon générale, les Urgences semblent toujours en chantier que ce soit pour refaire l'électricité, mettre en place le guichet de perception, installer des matériels (climatiseurs) ou réparer quelque chose.

¹⁰ Des variations saisonnières relatives au paludisme, aux maladies respiratoires et aux diverses épidémies peuvent affecter ces proportions mais il reste que la très grande majorité (81%) des entrées aux Urgences chirurgicales est due à des traumatismes divers (accidents de la voie publique, coups et blessures

activités et travaux dangereux)¹¹. Bien que l’HNN soit un centre de référence national, la très grande majorité des entrants aux Urgences est issue de la Communauté Urbaine de Niamey, c’est-à-dire le département de Niamey (source: consultation des registres d’entrée aux Urgences). Cela ne les classe pas comme urbains pour autant.

A l’opposé (et logiquement), les raisons des hospitalisations de malades aux Urgences sont surtout d’ordre médical. Le rapport trimestriel d’hospitalisation ci-après montre que pour un tiers des patients, le séjour aux Urgences médicales n’est qu’une étape de l’hospitalisation à l’HNN. Pour la moitié d’entre eux, l’hospitalisation aux Urgences aboutit à une sortie (qui ne correspond pas nécessairement à une guérison, contrairement à l’intitulé!). Près d’un malade sur huit décède dans le service. La durée moyenne annuelle de séjour aux Urgences médicales est inférieure à trois jours (la norme affichée est de 48 heures).

RAPPORT TRIMESTRIEL D’HOSPITALISATION (Urgences médicales) – ANNEE 1998

	1er trim.	2e trim.	3e trim.	4e trim.	ANNUEL
Nombre d'entrées	374	242	299	235	1150
Guérison – sortie	184	106	146	138	574
Décès	52	39	32	30	153
Transfert	119	92	115	66	392
Autres	19	5	6	1	31
Nombre de lits	20	18	18	18	
Journées d'hospitalisation sortant	992	789	796	800	3377
Journées d'hospitalisation total	1036	792	865	811	3504
Durée moyenne de séjour	2,4	3,26	2,66	3,4	2,93
Taux d'occupation de lit	62,74	48,35	52,8	49,51	53,35
% sortant décédés	13,9	16,11	10,7	12,76	13,3
% de transférés	31,8	38	38,46	28	34,1

La partie hospitalisation des Urgences a reçu 1150 malades en 1998, contre 1944 en 1997 et près de 2000 aussi en 1999. (source : données statistiques trimestrielles et annuelles recueillies par l’administration centrale de l’HNN auprès de chaque service). Ces données officielles sont quelque peu sous évaluées mais elles donnent une idée du nombre de malades traités chaque année. Depuis l’informatisation (août 1999), l’enregistrement est désormais

volontaires, chutes, fractures et plaies diverses, blessures par morsure, accidents du travail ou sportifs). Les raisons médicales, accidents cardiaques, rétentions d’urines et les soins intensifs (réanimation, oxygénation, piqûre antivénimeuse) viennent statistiquement très loin derrière avec 19%.

¹¹ Certains médecins avancent que le bas statut de la femme dans la société n’est pas étranger à cette disproportion dans l’utilisation des centres de soins au Niger. Il ne m’est pas possible de le démontrer, ni de l’infirmier.

pratiquement systématique puisque l'hospitalisation des patients ne se fait qu'à condition que le règlement des sommes dues ait été fait¹².

Les Urgences chirurgicales

Description des lieux

Le bâtiment des Urgences médico-chirurgicales fait face au parking principal de l'HNN, tout de suite après l'entrée. Un hall d'attente équipé de quelques bancs est situé à l'avant du bâtiment. Ce hall donne accès au guichet de perception des Urgences, à la fenêtre de la salle de garde et à la porte d'entrée du bâtiment. Un couloir dessert l'ensemble des salles du service et donne accès à la salle d'accueil et de soins.

Cette salle peut accueillir plusieurs patients en même temps puisque 6 tables d'examen y sont disponibles. La salle est disposée en angle, ce qui n'est pas anodin du point de vue de l'accessibilité de certaines tables. A la tête de chacune des tables d'examen sont installés un tensiomètre mural et un appareillage d'oxygénation. La disposition des tables est telle qu'une certaine promiscuité y est ressentie. Jusqu'en janvier 2000, il n'y avait aucun paravent pour séparer les malades, ce que tout le monde s'accordait à reconnaître comme une lacune importante (problème de la pudeur des malades que les conditions matérielles ne permettaient pas de préserver et qui conduisait souvent les patients, surtout les patientes, à manifester des comportements de résistance à certains soins). Jusqu'à l'installation de deux appareils de climatisation début novembre 1999 "*après trois années de réclamations*", deux ventilateurs de plafond brassaient faiblement l'air de la salle. Les deux fenêtres donnant sur le hall restaient généralement ouvertes pour améliorer la circulation de l'air.

Le matériel de la salle très sommaire comprend une poupinelle, un aspirateur, un appareil de drainage thoracique, quelques boîtes d'instruments chirurgicaux, un four d'aseptisation, des tambours à champ. Un placard de rangement bas longe toute une partie de la salle. Il dispose de deux éviers et sert à l'occasion de table de préparation. Les murs et le sol sont carrelés.

L'affichage est un autre élément révélateur de l'ambiance de travail et des rapports qui s'établissent entre la hiérarchie et les agents d'exécution.

Depuis l'installation de la climatisation, on a placardé la mention "*Veillez refermer les portes*" à laquelle a été ajouté en manuscrit "*Irkooy se, don Allah*"¹³ qui dénote une difficulté certaine à faire respecter les consignes.

Un dessin en couleur et commenté des viscères humaines et un dessin humoristique en français qui est un rappel sur l'hygiène des mains à proximité de l'évier sont affichés.

Le médecin chef de service a établi des fiches techniques plastifiées en grand format (50 x 30 cm) et les a fixées sur les murs de la salle d'accueil-soins afin de limiter les erreurs médicales. Elles sont relatives aux procédures de prise en charge des maladies et traumatismes les plus courants: prise en charge des brûlés aux Urgences, sondage en urologie, prise en charge des traumatismes crâniens, pneumothorax suffoquant, envenimation par morsure de vipère, crise d'asthme, plâtres, antibioprophylaxie en chirurgie, intoxication à la chloroquine aux Urgences, arrêt cardiaque. Ces fiches sont destinées au personnel soignant du service qui

¹² "*Depuis l'informatisation, on n'a plus beaucoup de malades comme avant parce que pour rentrer même si c'est un blessé, un accidenté, il faut que la personne paie les 11.000 CFA!*" (un infirmier, sur un ton de satisfaction).

¹³ "Au nom de Dieu" en langue zarma et hausa.

n'y prête cependant guère attention : *"C'est bon en théorie, mais on n'a pas le temps et puis il n'y a pas le matériel pour ça ici!"* (un EM)

Au dessus de chaque table d'examen figure la note *"un accompagnant par malade"* à laquelle s'est accolée la mention manuscrite *"sauf malade agité"*. Il faut effectivement parfois deux accompagnants pour maintenir un malade inconscient ou en délire qui risquerait de chuter ou d'arracher ses perfusions. La difficulté de contrôler le flux des patients dans la salle se heurte à la fonction de garde-malade des accompagnants à la fois indispensables dans la division du travail médical et gênants (encombrement nuisible à la circulation des soignants) dans leur rôle plus social de soutien auprès du malade. *"Ils viennent parfois à cinq! En dehors des heures de visite même. Ils vont faire des milliers de kilomètres pour rendre visite. Sinon, c'est qu'ils n'aiment pas le malade. Même le malade ne sera pas content si untel ne lui a pas rendu visite. Alors qu'ils ont besoin de repos. Du repos!"* (un EM). On entrevoit déjà là un conflit entre normes socioculturelles et normes médicales que nous examinerons dans la partie de l'étude plus spécifiquement consacrée aux interactions.

La salle d'accueil et de soins donne sur la salle de garde. Celle-ci dispose de deux bureaux et deux chaises qui font face au mur, et tournent le dos à la porte de communication avec la grande salle d'où arrivent les patients. A gauche du bureau, une fenêtre latérale permet de communiquer avec les personnes situées dans le hall. Face au bureau, une vitre à guichet donne sur la Perception des Urgences. A droite du bureau, un tableau d'affichage donne la liste des équipes de garde durant le mois courant, indique le calendrier des consultations et informe le personnel par des notes de service. Il permet par ailleurs l'annonce des dates de soutenances et de divers événements familiaux (mariage, baptême...).

Une armoire à pharmacie est située dans un angle. Approvisionnée en principe chaque matin par le major des Urgences, elle contient deux cartons de divers produits consommables (ringer, salé, glucosé, etc.). La pharmacie centrale de l'HNN sert régulièrement au major un tiers de moins que ce qu'il a commandé. Les produits sont rapidement épuisés et ne suffisent généralement pas à couvrir les besoins de fonctionnement d'un tel service. L'armoire en question ferme à clef mais dans la pratique cela nuit à l'accessibilité des produits si la clef restait entre les mains d'un responsable qu'il faudrait solliciter à tout moment pour prendre un produit. Sur le flan de l'armoire à pharmacie figure une représentation d'un squelette commenté et une inscription déclarant: *"ceux qui sont prompts à accuser et à traduire en justice sont souvent plus coupables que leurs victimes"*, indice de quelques tensions entre agents et direction de l'HNN à propos des détournements par les soignants des produits pharmaceutiques destinés aux malades clients de l'Hôpital.

Au fond de la salle de garde, en retrait, se situe la salle de repos des infirmiers. Elle est équipée sommairement de deux lits avec matelas, d'un ventilateur sur pied et d'un évier fonctionnel. Elle sert de salle de vestiaire. Les personnels de service y prennent également leur repas. Le sol est souvent sale car les manœuvres y font rarement le ménage. La nuit, deux EM ou infirmiers par lits y dorment. Une seconde salle de repos plus difficile d'accès est située à l'arrière du bâtiment. On y est moins dérangé (dans le sommeil lors des gardes de nuit en particulier). Elle dispose du même équipement mais semble réservée aux étudiants de médecine ou faisant fonction d'interne (FFI).

Les seules toilettes publiques pour l'ensemble du service des Urgences sont situées face à cette seconde salle de repos. Elles sont rarement nettoyées par les manœuvres si bien qu'on supporte mal de rester dans le couloir qui y mène du fait de l'odeur qui s'y répand.

La salle de perception des Urgences est un petit local équipé d'un ordinateur, une imprimante, une chaise et un lit pour la nuit. Ce service, fonctionnel depuis août 1999, est ouvert en permanence mais fonctionne beaucoup plus lorsque la perception de l'aiguillage est fermée. D'anciens manœuvres recyclés en agents de saisie s'y relaient toutes les 12 heures. L'agent de saisie seul, dans son local, s'enferme le plus souvent à clef à cause des sommes parfois conséquentes contenues dans sa caisse de recettes. Il communique avec les clients par

un guichet qui donne sur le hall. Les clients n'accèdent en général aux services de l'HNN qu'après avoir payé les frais de consultation, d'examen, etc.

La porte du fond de la salle d'accueil et de soins donne sur un couloir qui dessert la salle de réanimation et la salle de plâtres. La salle de réanimation est équipée de matériel de réanimation (électrochoc, moniteur de suivi cardiaque...) mais n'est pratiquement jamais utilisée en tant que telle parce qu'elle requiert des compétences spécifiques que n'ont pas les étudiants en médecine et infirmiers du service. En outre, il est rare que des cas médicaux nécessitant une réanimation intensive se présentent aux Urgences. On s'y rend pour y boire de l'eau fraîche (il y a un réfrigérateur pour la conservation du sang de transfusion dans lequel on place un récipient d'eau) ou y prendre divers produits manquants (une clef, ultime rempart contre les dérobades de produits, est confiée à l'infirmier de garde des hospitalisations).

La salle de plâtres n'est pratiquement pas équipée. Mis à part un évier hors d'usage et une armoire vitrée inutilisée contenant des bandes plâtrées périmées, il y a une table de travail qui reçoit toutes sortes de malades (plâtreage, points de sutures lorsqu'il y a encombrement dans la grande salle, pose de sonde urinaire).

Pour compléter la description des lieux, il faut encore évoquer les bureaux, la réserve et la salle des manœuvres.

Le chef de service des Urgences est un médecin expatrié de la Coopération Française. Il dispose d'un bureau à l'entrée du service des Urgences médico-chirurgicales mais ne l'utilise pas. Un autre bureau, climatisé, lui est réservé dans l'enceinte de l'Aiguillage parmi les salles de consultation où il reçoit des patients sur rendez-vous. Ce bureau de consultation est jouté par deux salles qui servent au stockage de médicaments et matériels consommables (dons de la Coopération Française) que le coopérant est chargé de gérer. A part lors des visites quotidiennes aux patients hospitalisés (cf. chapitre III), il est peu présent physiquement dans le bâtiment des Urgences.

L'adjoint du chef de service dispose également d'un bureau climatisé face à l'entrée de la salle d'accueil des Urgences. Il y reçoit parfois des patients en consultation et des visites privées.

Le "major" possède lui aussi son propre bureau dans une grande salle, ex-"intervention 3", d'où il gère son service (gestion de l'approvisionnement des services d'Urgences en produits pharmaceutiques et consommables, gestion du personnel). Des armoires à pharmacie fournies sont régulièrement réapprovisionnées par la Pharmacie centrale de l'HNN (quoique les pénuries de produits ne soient pas rares). Seul le major en possède les clefs, ce qui lui laisse toute latitude pour approvisionner quotidiennement les deux parties des Urgences. La réserve lui sert également à entreposer diverses choses (les deux cartons fournis hebdomadairement par le chef de service, des fauteuils roulants, des cartons de produits divers, des brancards...).

Enfin, la salle des manœuvres est une salle de repos réservée aux auxiliaires. Les manœuvres et les filles de salle viennent s'y reposer sur les matelas et le lit, y prendre leurs repas, faire du petit commerce ou se traiter occasionnellement contre un accès palustre... C'est un lieu de socialisation où l'ambiance est très détendue, les éclats de rires y sont fréquents, mais à part, le major qui vient parfois causer, les autres catégories de personnel gardent leurs distances.

Face à cette salle des manœuvres dans le couloir est fixé au mur un négatoscope qui permet de lire les clichés des radiographies.

Les travailleurs et l'organisation du travail

Le personnel des Urgences chirurgicales est organisé en équipes qui prennent des tours de garde de 24 heures tous les 4 jours avec un repos une fois par mois. La programmation bi-mensuelle des équipes est affichée dans la salle de garde. Chaque équipe est composée d'un chirurgien, un résident ou CES¹⁴, un anesthésiste, un FFI ou un interne de chirurgie, un FFI ou un interne de médecine, une équipe d'étudiants de médecine en 7ème année (EM7) en chirurgie, une équipe d'EM7 en médecine, une équipe de deux ou trois infirmiers.

Toutes ces personnes sont presque exclusivement des hommes (on aperçoit très occasionnellement une ou deux EM7 féminines). L'équipe est répartie sur le service des Urgences chirurgicales et le Bloc Opératoire en fonction des besoins qui se déclarent.

"Ce sont les étudiants qui tiennent le service" s'accorde t'on à reconnaître aux Urgences. *"Les patrons (i.e. les médecins) restent chez eux!"*. En fait, ce sont les étudiants de médecine en 7ème année et les infirmiers du Bloc qui assurent les gardes. Les médecins sont rarement présent aux Urgences mais ils restent joignables en principe par téléphone ou talkie-walkie. L'ambulance peut aller les prendre chez eux au besoin (intervention chirurgicale urgente ou diagnostic difficile). C'est beaucoup plus dans ce rôle de taxi pour les médecins que dans celui de transport des malades que ce véhicule sert.

Tout de blanc vêtu, comme les infirmiers, les étudiants de médecine se distinguent par le port du stéthoscope et du stylo dans la poche du haut, etc. autant d'indices destinés au milieu professionnel plutôt qu'aux patients, indices qui manifestent la marque de la détention du savoir et du pouvoir et la volonté de se distinguer socialement des infirmiers. De même si une certaine façon de se tenir, de parler et de se comporter échappe sans doute aux profanes, ils sont sans ambiguïté pour les initiés qui travaillent dans le même milieu.

Les étudiants de médecine au cours de leur 7ème année (année d'obtention du diplôme de médecin) doivent obligatoirement passer 3 mois dans chaque spécialité, à savoir la Médecine, la Chirurgie et la Maternité¹⁵. Au sein de l'HNN, ils sont donc amenés à tourner dans différents services de Médecine et de Chirurgie et notamment aux Urgences médico-chirurgicales. Dans les faits, ce sont les 7ème année en Chirurgie qui assurent les gardes. Ils diagnostiquent, prescrivent, font les soins immédiats et prennent les décisions courantes.

Les EM7 qui font leur spécialité en Médecine ont une présence plutôt théorique (une garde tous les 6 jours par groupe de trois étudiants). Aucun contrôle de présence n'étant vraiment effectif, les EM7 en Médecine ne viennent généralement pas prendre leur garde. Ces mêmes étudiants lorsqu'ils sont en Chirurgie viennent par contre régulièrement. L'explication de ce changement d'attitude en fonction de la spécialité en cours s'explique par l'existence d'une forme de contrôle continu pour la seule Chirurgie: le Staff de Chirurgie. La remarque d'E. Freidson à propos de l'influence essentielle du milieu de travail sur le comportement va dans le même sens: *"Seeman et Evans ont montré que les mêmes médecins – les mêmes individus – se comportent différemment à l'hôpital si la surveillance vient à changer de nature."* (1984 : 98).

Le FFI est un étudiant un peu plus expérimenté qui est employé et rémunéré directement par l'HNN et qui assure la responsabilité du service. Il tient un rôle central au cours de la garde car c'est à lui que l'on s'adressera pour un cas difficile avant de faire appel en dernier recours au médecin de garde qui se trouve dans son bureau, au bloc ou chez lui.

¹⁴ Rappel: CES = Chirurgien en Spécialité, FFI = Faisant Fonction d'Interne, EM7 = Etudiant de médecine 7ème année.

¹⁵ Le stage pratique en maternité se déroule dans deux maternités en ville.

Le staff de chirurgie réunit chaque matin (sauf le week-end¹⁶) vers 7h45, les EM7 de garde de la veille tenus de présenter les cas de traumatologie les plus intéressants qui se sont présentés durant les dernières 24 heures aux Urgences chirurgicales. Cette réunion quotidienne exerce une forte pression sur les EM7. Si le Staff est théoriquement une occasion d'apprendre à partir d'études de cas, il est vécu comme une véritable épreuve au cours de laquelle les EM7 doivent démontrer la maîtrise technique de leur sujet face à leurs professeurs. Documents radiographiques à l'appui, ils doivent faire une présentation claire des dommages et exposer la conduite à tenir pour réduire une fracture ou procéder à une intervention chirurgicale. Il faut répondre aux questions des chirurgiens et faire face aux critiques sarcastiques et ironiques. *"Parfois on t'insulte si tu dis des bêtises. C'est une façon de nous préparer aux cliniques après les 9 mois de stage de 7ème année. Ils sont sévères!"* (un EM7).

Du point de vue des EM, ne pas perdre la face devant les médecins, chirurgiens et les autres étudiants peut devenir un objectif principal du staff. Cela les conduit à diverses stratégies pour éviter le ridicule ou la honte en public. La dérobaie est difficile et plus risquée encore que le ridicule. Aussi durant la garde, des cas trop complexes seront évités et laissés au FFI. Ce n'est qu'après ce Staff que la relève sera effectuée en salle d'accueil et de soins et qu'une visite sera éventuellement conduite en présence des pairs.

"Pour les gardes, si on vient à manquer, on nous gronde. Or, on ne nous donne même pas un franc! [...] Nous avons des bourses mais des bourses théoriques. En 3ème cycle, on est censés recevoir en bourse entière : 45.000 CFA. Depuis octobre 1998 nous n'avons rien touché. Maintenant, ça fait 30 à 36 mois d'arriérés de bourse!" (un EM7).

Les infirmiers (IDE ou IC) sont généralement expérimentés. Concrètement leur travail ne diffère pas de celui des EM mais ils exécutent toutes les petites opérations courantes avec une habileté et une rapidité que n'ont pas les EM. Leur plus grande expérience compense leurs moindres connaissances théoriques et une certaine complémentarité avec les EM semble reconnue de part et d'autre.

Un duo de manœuvres, reconnaissables à leur bleu de travail, est affecté à l'ensemble du service des Urgences médico-chirurgicales pour 24 heures. Les deux manœuvres assurent la "sale besogne": le nettoyage des sols, les tâches de manutention, les transferts des malades sur des brancards à roulettes défectueux dans tous les services de l'HNN (radiologie, chirurgie, bloc opératoire, morgue, etc.). Ils ne sont pas très contents d'être aux urgences car il y a beaucoup de travail : *"Il vaut mieux la réanimation (post-opératoire). Là-bas il fait frais et puis il n'y a pas de travail. Tu dors 5/5!"*

Contrairement aux autres manœuvres affectés à un service particulier, ceux des Urgences sont sollicités à tous moments. Le volume de travail est encore plus important durant la nuit car les deux manœuvres se retrouvent les seuls agents de leur catégorie pour tout l'Hôpital. En cas de décès dans n'importe quel service, c'est un manœuvre des Urgences qu'on appellera pour transporter le corps à la morgue. Ils se plaignent souvent de cette charge de travail et sont largement soutenus par les infirmiers. Ils appartiennent d'ailleurs tous au même syndicat d'agents de la santé (SUSAS).

Le salaire reste une revendication majeure des auxiliaires: *"Un manœuvre va faire 10 ans, il peut même pas acheter un vélo. Il faut quitter ce pays! 26.000 CFA par mois!"*. Pourtant ils restent. Faute de mieux et grâce aux petits "à-côtés" ou avantages liés à leur position, l'accès aux soins et à des ressources (médicaments en particulier). Cet aspect n'est pas propre aux seuls manœuvres, ni même aux seuls agents de la Santé.

¹⁶ Pour les gardes qui ont eu lieu le week-end, le staff a lieu le lundi et les étudiants sont tenus d'assurer leur présentation.

On considère généralement au Niger qu'un poste de fonctionnaire dans l'administration constitue une position à exploiter, chaque poste a ses avantages, certains sont plus intéressants que d'autres.

"Toi, tu n'es pas de la santé mais en tant qu'enseignant, tu as d'autres avantages!" dit une infirmière à une amie enseignante dans une file d'attente.

Même non payé, il est avantageux d'être considéré comme faisant partie du personnel de santé car cela fait bénéficier d'un statut et des avantages qui lui sont liés (gratuité des médicaments ou des prestations, monétarisation de la fonction d'intermédiaire entre patients et soignants, valorisation sociale...). C'est pourquoi l'accès à des postes d'auxiliaires de santé (manœuvres, filles de salle...) passe souvent par des formes de bénévolat dans l'attente d'une titularisation qui peut se concrétiser (ou non) qu'après plusieurs années.

Les filles de salle, au nombre de trois, travaillent uniquement la matinée. Elles sont très reconnaissables à leur blouse jaune. Elles sont chargées du nettoyage des murs carrelés des chambres qui sont régulièrement salis par les clients qui crachent l'eau de cola et s'essuient les mains sur les murs après les repas. *"Les gens crachent toujours. Même si on leur dit parce que c'est toujours des gens différents. Sinon, on leur dit et ils arrêtent."*

Elles sont aussi supposées assurer la propreté des murs des autres salles mais le font rarement. Par contre, elles préparent parfois des bandes de gaze et compresses pour les besoins du service. Elles lavent une fois par semaine les poubelles du service, plus régulièrement inspectées par les chats qui errent dans tout l'hôpital.

Elles travaillent uniquement la matinée mais restent parfois un peu plus tard pour tenter de bénéficier du repas servi par les cuisines de l'HNN aux infirmiers.

"On fait la nourriture ici, mais c'est pour les malades. Si l'infirmier gagne, il va nous donner un peu. On va partir pour manger. Les enfants restent comme ça à la maison. Le mari aussi il ne peut pas rentrer. Il faut le soir. Le soir, on prie ici. Après on part à la maison. Si on a la maïs, tu vas piler tu vas donner la bouillie aux enfants."

Comme les autres auxiliaires, les filles de salle habitent souvent les quartiers périphériques qui sont moins chers au niveau du loyer. Mais il y a les frais de transport (le bus) : *"J'habite Haro Banda (de l'autre côté du fleuve). C'est 300 CFA pour l'aller, 300 CFA pour le retour. Notre salaire, c'est 20.000 CFA!"*. En fait, elles attendent le soir quand il fait moins chaud et marchent pour économiser. Pour compléter leurs revenus, certaines filles de salle font du petit commerce dans l'Hôpital (yaourt glacé, pagnes, chaussures, sacs à main, parfums...).

Une figure singulière du service des Urgences est une vieille femme qui vient prêter main forte lorsqu'il y a affluence. Elle est chargée (ou plutôt se charge elle-même) de limiter l'accès à la salle de soins et aux chambres pour éviter l'encombrement. Très sévère, elle gronde les patients et n'hésite pas à faire évacuer par les gendarmes de l'entrée des accompagnants récalcitrants ou contestataires.

Un extrait du journal de terrain retraçant quelques moments forts d'une nuit de garde donnera une image plus claire des tâches effectuées et des conditions de travail du personnel soignant de ce service d'Urgences chirurgicales.

Une nuit de décembre 1999 aux Urgences chirurgicales

(2ème nuit de grève depuis le lancement de la grève sans service minimum)

20h05 – discussion sous le hall d'entrée avec un EM7. Sujets: le sens de la grève sans service minimum juste à la passation entre les deux gouvernements, le calme relatif au niveau du travail (un seul cas sérieux d'appendicite), mes vacances en Europe... De nombreux élèves de 2ème année à l'ENSP (ou ENSP2) discutent devant l'entrée des urgences. Affectés à un service sans responsable, certains décident de repartir plutôt que de se retrouver à assumer seuls la responsabilité des malades hospitalisés.

20h15 – enfant de deux ans décédé à domicile. Les adultes qui le portent demandent un certificat de décès que l'EM7 leur délivre sans même vérifier l'état de l'enfant puis il leur indique vaguement la morgue où ils devront déposer le corps parmi les autres avec le papier délivré à poser sur le mort.

Dans la grande salle, un jeune militaire souffrant d'une crise d'appendicite occupe une table d'examen. Le reste de la salle est vide. La consultation du registre des entrées indique l'enregistrement de 28 personnes au cours de la journée du vendredi (ce qui est peu, même si, comme le signale l'EM7, tous n'ont pas été enregistrés). Les EM7 vont prier à tour de rôle. Des ENSP2 en stage obligatoire prennent leur service. Aucun infirmier ni auxiliaire n'est en service. L'équipe est composée d'un FFI, de 3 EM7 et une demi douzaine d'ENSP2. Les médecins de garde sont chez eux.

21h30 – constat de décès d'un patient aux Urgences médicales. Il n'y avait personne pour assurer la garde de ce service.

22h50 – Appel au Talkie-Walkie du chirurgien de garde (un expatrié égyptien) pour le cas du militaire admis pour syndrome appendiculaire:

- "Envoyez moi l'ambulance!"

- "Y en a pas, c'est grève!"

- "J'arrive!"

On délivre une ordonnance à l'accompagnant du militaire (un autre militaire) qui part se procurer les produits nécessaires à l'intervention au bloc opératoire et à la convalescence. A 23h30, c'est l'EM7 qui a pris en charge le malade à son arrivée qui accompagne le chirurgien au bloc pour l'assister.

23h48 – arrivée d'une voiture pick-up avec un mort. Celui-ci est enveloppé dans une natte. Le FFI fait le certificat de décès sans examiner le corps. Transport à la morgue par les accompagnants.[...]

02h10 – arrivée de deux jeunes hommes (16 et 22 ans) accidentés de la route accompagnés d'autres personnes. On réveille l'EM7. Suture de l'arcade sourcilière pour l'un. Douleurs aux reins et au pied droit pour l'autre. Radio du pied et de la cheville. Brancardage à la radio. Retour à 02h55 en salle des Urgences. Installation sur une table d'examen où il passera la nuit entière dans l'attente de parents qui devraient régler les frais (radio + consultation). Le jeune de 16 ans et ses amis font leurs fonds de poche et tentent de négocier le prix. Ils obtiennent de l'EM7 la non prise en compte des frais de suture. Sortie vers 03h30.

Les Urgences médicales

La partie dite Urgences médicales est séparée des Urgences chirurgicales par une porte coupe-feu. Elle dispose au total de 18 lits-porte répartis dans 5 chambres d'hospitalisation.

Les chambres 2 à 5 comprennent chacune un ventilateur de plafond (fonctionnel mais peu efficace), 4 lits inclinables munis de matelas (sans draps) et des porte-perfusions. Les murs et les sols sont carrelés. L'éclairage et les prises électriques au dessus des lits fonctionnent. Par contre, les tensiomètres fixés aux murs ne fonctionnent plus.

Une distribution théorique des malades en fonction des causes d'hospitalisation permet aux infirmiers d'organiser la répartition des nouveaux arrivés.

La CH3 est réservée en principe à la traumatologie. Tandis que les CH2 (pour les hommes), CH4 (peut accueillir des traumatismes si la CH3 est pleine) et CH5 (plutôt pour les femmes) concernent plutôt le "médical". La chambre 1 (CH1) comporte deux lits. Elle est climatisée. La réanimation sous oxygène y est possible. Elle est généralement réservée aux "protégés": "*Ce sont les patrons qui mettent leur malades*" (un infirmier). Une grande vitre permet l'observation des malades depuis une salle de soins adjacente, qui reste le plus souvent inutilisée.

La salle de soins fait face à la salle de garde des infirmiers. Elle est en fait vide de matériel et les élèves de première année de l'ENSP ont l'habitude de s'y prélasser et d'y causer entre elles assises sur les tables de travail pendant leur temps de stage obligatoire (la matinée).

La salle de garde des infirmiers du service hospitalisation des Urgences est située juste après la porte coupe-feu. La pièce est relativement petite. Elle donne accès direct à des toilettes et douches réservées aux infirmiers de garde. Elle comporte une chaise, un bureau, un lit avec un matelas, un porte-perfusion métallique qui fait office de porte-manteaux, une armoire à pharmacie. Les toilettes sont fonctionnelles et propres (sauf un problème de chasse d'eau qui traîne "*depuis-depuis*") ainsi que la douche et le lavabo. C'est à la fois une salle de travail (administratif et travail de préparation technique) et une salle de repos. On y est tout le temps de la garde aussi chaque infirmier amène son poste radio pour se tenir informé des nouvelles et pour l'animation.

Deux fenêtres donnent sur la cour où sont installés des accompagnants et des malades à l'ombre d'un arbre (le *garbey* des urgences).

Au mur, face au bureau, sont affichés la liste des tours de garde pour deux mois, une liste des valeurs normales pour différents examens de laboratoire, un calendrier UE - PSF (Union Européenne – Pharmaciens Sans Frontières) mentionnant les différentes spécialités et leurs médicaments génériques correspondants disponibles au Niger. Il y a également une liste des numéros de postes téléphoniques au sein de l'HNN mais depuis quelques temps le poste ne peut que recevoir les appels.

Une note de service signée du chef de service précise que "*seuls sont autorisés à être hospitalisés dans les lits porte du service des urgences les malades munis d'une observation médicale*". Cela laisse à penser que la règle tacite était souvent enfreinte par les infirmiers et qu'une clarification s'est révélée nécessaire pour palier à un engorgement du service.

Cela nous conduit à considérer l'hôpital en tant qu'organisation. Comme dans toute organisation, un ensemble de règles tacites ou explicites permet de cadrer les activités, fixer les hiérarchies, ordonner la division des tâches... mais ces règles sont systématiquement manipulées et transformées par les acteurs auxquels elles s'adressent, elles sont l'objet de rappels épisodiques par la hiérarchie puis connaissent des relâchements dans leur application et tout cela participe au fonctionnement "normal" d'une organisation qui en aucun cas ne

pourrait fonctionner de manière efficace si chacun se contentait de suivre à la lettre les règles établies. Il me semble qu'on peut ici avancer, dans le sens des interactionnistes de l'Ecole de Chicago, que l'organisation officieuse ou réelle de l'institution ou du service est le résultat d'un processus collectif d'interactions professionnelles et d'adaptations à la norme officielle produite par l'appareil administratif et bureaucratique de l'institution, à un organigramme formel. Il convient de garder en mémoire cette référence pour observer les appropriations qui en sont faites et tenter de comprendre les raisons qui amènent les acteurs à les transformer comme ils le font. Dans le cas présent, par exemple, une observation prolongée dans le service permet d'expliquer cette pratique d'hospitalisation de malades non autorisés par le système des faveurs qui prévaut dans le milieu et qui consiste à faire bénéficier de la gratuité des soins ou d'autres avantages (hébergement, médicament, etc.) à des personnes liées (« parents, amis ou connaissances » selon l'expression populaire consacrée).

Des fiches techniques de prise en charge des cas de maladie les plus courants ont été affichées début janvier 2000 par le médecin chef afin d'éviter des erreurs ou omissions de la part des infirmiers dans le traitement. Cela dérange les infirmiers qui reconnaissent l'utilité de ces aide-mémoires mais avouent ne pas pouvoir s'y référer devant des malades (signe d'un manque de compétence des infirmiers). Par ailleurs, les fiches étant rédigées "hors contexte", elles risquent d'amener des problèmes avec des patients qui estimeraient que les procédures de prise en charge du malade n'ont pas été suivies correctement.

Le matériel technique est très réduit. Un tensiomètre, un thermomètre médical et un stéthoscope disparaissent fréquemment au gré des emprunts et des non-retours. Il y a peu de produits consommables dans l'armoire à pharmacie.

"Avant c'était mieux que maintenant. Il y avait des produits. Presque tout! Les seringues, les aiguilles étaient mieux que maintenant. Parce que ça, c'est un stock périmé qu'on a découvert. »

« Il y a moins de médicaments, moins d'entretien, c'était plus propre. Il y avait des produits d'entretien, savon liquide parfumé, Ajax, Omo, eau de javel, savon pour le personnel, détergent pour les carreaux, les gants pour le ménage, les gants pour le personnel, les bandes, compresses, les plâtres en quantité... on ne se plaignait pas!" (un infirmier).

On manque régulièrement de coton, de sparadrap, de désinfectant, de sérum, de seringues, de valium, etc. Des produits périmés depuis plusieurs années sont encore là. "*Pour les garrots, on se débrouille avec des gants plastiques usagés.*" Le Chef de service, parti en congés, n'a laissé au service que "*le minimum pour fonctionner afin d'éviter des disparitions. Ce qui n'empêche rien!*" concède l'infirmier de garde.

Le matériel administratif comprend un registre statistique du service, des imprimés (bulletins d'exams, fiches médicales et fiches de transfert), les dossiers des malades classés par chambre et par lit (cf. plan des lieux et organisation de la visite aux malades) et un cahier de visite dans lequel sont notés les traitements prescrits par le médecin qui dirige la visite. Faute d'ordonnancier, les ordonnances sont délivrées sur des morceaux de papiers récupérés. Un tampon du service fera office de validation auprès du pharmacien.

La pharmacie est approvisionnée en principe chaque matin par le major. En réalité, il arrive que le major ne serve aucun produit, ce qui a finalement plus d'incidences pour les soignants que pour les patients qui ont toutes les chances de toute façon de se voir remettre une ordonnance. Plus ponctuellement, à mesure que les besoins se déclarent, les infirmiers vont demander les produits manquants au major, et plus rarement au chef de service. Les produits sont donc alloués au compte-gouttes et en fonction du demandeur.

La pharmacie des Urgences chirurgicales étant relativement moins fournie que celle-ci, le personnel du premier service vient parfois demander à l'infirmier de garde des hospitalisations quelques produits ou matériels, qui leur sont parfois accordés ("*on ne sait jamais, un jour ce sera peut-être moi qui en aurait besoin*"), parfois pas (on se les réserve).

Chacun se plaint de la pénurie mais chacun se sert. Fuite de responsabilité, complicité et complaisance sont la règle, lorsque l'on ne se trouve pas en présence d'un véritable trafic de produits. Les produits distribués par l'Hôpital pour les besoins du service sont mis de côté jusqu'à la "*descente*" (heure de fin de service), ou, mieux, confiés à des tierces personnes (souvent un infirmier de repos habillé en civil) qui les sortent de l'HNN aux heures de visites, profitant de l'anonymat dans la foule pour quitter l'Hôpital. Que ce soit quelques seringues et produits divers ou des cartons entiers, tous ces produits détournés permettent aux agents de mieux supporter les mois de salaires impayés et de maintenir un certain train de vie (motocyclette, cigarettes, redistribution sociale). Ils sont soit utilisés pour des consultations et soins particuliers que les infirmiers, étudiants en médecine et même élèves de l'ENSP pratiquent au niveau des quartiers populaires de la capitale, soit revendus sur le marché. On trouve paraît-il au Grand Marché tout un couloir où l'on peut acheter ces produits qui proviennent de l'HNN mais aussi d'autres structures sanitaires, ou de l'ONPPC.

Les travailleurs et l'organisation du travail

Le service de garde des hospitalisations est assuré à tour de rôle par un infirmier diplômé d'Etat (IDE) issu d'une équipe de 3 à 5 infirmiers (dont une seule femme), en fonction des aléas du recrutement et des congés, tous affectés à ce seul service de l'HNN. Selon leur nombre et les arrangements avec le major (leur supérieur hiérarchique direct), les infirmiers (tous IDE) prennent leur poste pour 12 ou 24 heures, avec des temps de repos également variables. Les manœuvres et filles de salle travaillent également dans cette partie des Urgences.

Des élèves de l'ENSP sont accueillies dans le service tout au long de l'année. Ils ou elles sont amenés à côtoyer tous les services de l'HNN. Une grande proportion d'élèves ENSP aux Urgences sont des jeunes filles. Elles sont censés être en formation pratique. Les infirmiers considèrent qu'elles ne font rien. Faute d'instructions claires, d'encadrement véritable et de motivation, les élèves, souvent en surnombre, passent la plupart de leur temps à bavarder. L'une d'elles déclare "*on vient quand on veut, on sort quand on veut!*".

Les motivations des élèves ENSP sont rarement humanitaires. C'est une sorte de placement pour l'avenir et puis "*c'est mieux que de croiser les bras à la maison*" (une élève). Le cas des élèves de l'ENSP, futures sages-femmes ou IDE, est assez symptomatique d'un état d'esprit des personnels soignants. Dans ce sens, je soulignerai ici certains points de l'article de Jaffré et Prual "Le corps des sages-femmes" (1994 : 165-185) confirmés par des observations et entretiens récents obtenus dans le cadre de la présente étude. L'origine sociale aisée d'une proportion importante des élèves ENSP semble confirmée aujourd'hui. Il se pourrait même que cette proportion s'accroisse si l'on tient compte du fait que l'accès aux bourses d'études s'est restreint et que les frais annuels d'inscription ont augmenté à plusieurs reprises passant pour la première année de 250.000 CFA en 1998 à 300.000 CFA en 1999¹⁷. Presque toutes les élèves infirmières viennent à l'école en véhicule (particulier ou taxi). La situation est différente pour les futurs infirmiers qui sont souvent de condition sociale plus modeste. Jaffré et Prual soulignent également l'origine socio-professionnelle des parents et les lieux d'origine et de résidence et leur importance dans la compréhension des rapports avec des clients issus du milieu rural. Pour les sages-femmes, 43% ont des parents fonctionnaires et 74% ont été élevées en milieu urbain. Il y aurait donc un fossé séparant les soignantes urbaines des clients ruraux. Cela n'est pas prouvé pour le cas des usagers de l'HNN car leur origine est difficile à cerner. Les registres d'entrées mentionnent que la très grande majorité des usagers sont issus de la Commune Urbaine de Niamey (C.U.N.), ce qui reste large et n'indique rien sur la distinction rural/urbain faite par les auteurs.

¹⁷ Les études d'infirmiers, sages-femmes et laborantins se déroulent sur trois années au sein de l'Ecole Nationale de Santé Publique dont les bâtiments se situent à côté de l'HNN. Le coût de la deuxième année est le même que celui de la première et celui de la troisième est plus élevé encore.

Le travail

Le travail du service est rythmé par la visite aux malades effectuée dans la matinée après le "Staff", qui peut durer plus ou moins longtemps selon le nombre de cas présentés. Elle commence en général après 9h30. Le staff du lundi souvent plus long retarde beaucoup la visite et désorganise un peu le service.

La visite est effectuée par l'infirmier de garde, l'adjoint au chef de service et le médecin chef du service des Urgences. Le major, bien qu'il soit qualifié¹⁸ pour cette tâche et officiellement responsable de la qualité des soins fournis par les IDE, participe rarement à cette visite. Il agit dans le service des Urgences un peu comme un « électron libre », que ses supérieurs ne parviennent pas à contrôler. La visite est menée par l'agent de santé hiérarchiquement supérieur, donc le plus souvent par le chef de service. En l'absence de celui-ci, c'est donc son adjoint qui prend la direction de la visite. Il arrive qu'en l'absence des médecins titulaires ce soient des étudiants en médecine qui assurent ce rôle.

Le travail est organisé de façon très méthodique. Chaque chambre est passée en revue dans l'ordre circulaire et croissant de la disposition des chambres (CH1 à CH5) et des lits (L1 à L4). On (travail des manœuvres) demande en général aux accompagnants des malades de quitter la pièce et d'attendre à l'extérieur, sauf lorsqu'il s'agit de personnes accompagnant des nourrissons, de jeunes enfants malades ou des malades qui ne peuvent s'exprimer (comas, paralysie partielle, muets...).

La visite est généralement faite au pas de course. Pour chaque patient, l'infirmier de garde donne au médecin le dossier de suivi médical correspondant et prend note dans un "cahier de visite" de toutes les indications de traitement, des ordres et remarques des médecins. Le médecin chef procède à un interrogatoire rapide (avec l'appui d'un membre de l'équipe qui traduit), souvent sans toucher le malade. Dossier en main, il adresse des indications techniques et placent quelques remarques sarcastiques ou critiques à l'égard du travail réalisé la veille ou pendant la nuit par l'infirmier de garde. Mais l'infirmier concerné a généralement été relevé par un autre dès 8 heures du matin.

Le travail est plus technique que social. Le diagnostic est très rarement révélé au malade, aux parents ou autres accompagnants.

Le service ne disposant que d'un nombre limité de lits, un souci net de faire la place se dégage au cours de chaque visite. Ceci d'autant plus que la durée maximale théorique de 48 heures est généralement dépassée. Les possibilités de transferts et de sorties sont donc l'objet d'une attention particulière sauf pour certains patients privilégiés¹⁹. La plupart du temps, il revient au malade ou à ses accompagnants de se trouver une place dans un service de l'Hôpital quoique cette tâche de liaison inter-services doive en principe être assurée par le major. Mais compte tenu des tensions qui existent entre les services, il est souvent difficile de faire admettre un malade dans un service, même pour le directeur dit-on. Au lieu de batailler dans une négociation laborieuse, on laisse les clients s'occuper de cette négociation.

Le temps consacré aux patients est généralement très court. Il est fonction du statut du malade vis-à-vis des relations existantes ou établies avec des personnels du service ou de

¹⁸ Le major est un Technicien Supérieur en Soins Infirmiers (TSSI)

¹⁹ L'alternative à un séjour aux urgences médicales jusqu'à guérison est le transfert dans d'autres services. Les 11.000 FCFA de frais d'hospitalisation aux urgences couvrent une période de quinze jours. En cas de changement de service, le patient doit payer les frais d'hospitalisation propres au service qu'il intégrera. Ces frais peuvent aller de 2.100 CFA à 37.500 CFA selon la catégorie de chambre d'hospitalisation. En principe les frais sont payés à l'avance et sont remboursables en fonction de la durée effective du séjour du malade. Dans les faits, rares sont les patients qui ont accès à cette information. Un séjour prolongé aux Urgences constitue une situation privilégiée si l'on considère le nombre limité de malades par chambre, le ratio de personnel soignant par malade dans ce service et les meilleures conditions d'hygiène.

l'HNN. Les malades anonymes (sans "connaissances") sont traités en moins de deux minutes tandis que les privilégiés peuvent se voir accorder jusqu'à dix minutes et plus. Les cas médicaux graves sont parfois l'objet d'une plus grande attention mais pas systématiquement. Lors de la visite, lorsque les traitements ou soins prescrits laissent présager une trop coûteuse ordonnance, les infirmiers font parfois remarquer au médecin les difficultés financières des patients. Il arrive en effet qu'à la suite d'une ordonnance délivrée, les accompagnants du malade ne soient pas en mesure de payer les produits prescrits. Le malade restera donc sans soins, sans traitement. La feuille de suivi médical permet de constater l'absence de traitement. A moins de faire appel au Service Social, chargé de la prise en charge des indigents²⁰.

Visite ordinaire aux Urgences médicales

4 Octobre 1999 (à partir de notes de terrain prises pendant la visite)

CH2L2²¹ : "Les scarifications n'ont jamais rien soigné. Si ça soignait, ça se saurait." dit le chef de service au malade drépanocytaire dont les scarifications sont récentes. Instructions à l'IDE sur le traitement à suivre.

CH2L3 : L'enfant malade du paludisme entre en crise, il est très agité. Le chef de service attribue cette crise aux effets anxiogènes du valium. On dit aux parents "il faut le tenir!". Instructions à l'IDE.

CH3L1 : Une femme victime d'une fracture de la hanche se plaint de douleurs. Pour toute réponse, l'adjoint au chef de service²² lui dit en zarma "iri ga bey naη kaη ga dooru!" (c'est-à-dire "nous savons bien où ça fait mal!"). Cela clôt l'interaction. Le chef de service n'a pas eu de traduction de ce qui s'est dit. Pas d'instructions. Ce qui sous-entend la poursuite du traitement en cours. On passe au lit suivant.

CH3L2 : "un post-opératoire²³, qu'est-ce qu'il fait là?" Le chef de service explique en français au malade fracturé ce qui aurait dû être et les mouvements à éviter. Instructions à l'IDE.

CH3L3 : "Ça vous fait mal?" demande le chef de service au malade qui ne répond pas. Il ne comprend pas le français. Le médecin continuant son examen avec son stéthoscope "il respire bien!". Instructions à l'IDE.

CH4L2 : Devant le malade, le chef de service s'exclame "Tout ce qu'il ne faut pas faire on le voit ici!". La remarque relative aux mauvais soins s'adresse indirectement à l'IDE. Il explique au malade ce qu'il convient de faire pour maintenir la jambe fracturée dans une bonne position. Il demande à l'accompagnant de le faire mais c'est l'IDE qui le fait finalement.

CH5L2 : On trouve la femme malade couchée sur le sol. Elle est sermonnée en zarma par l'adjoint. Elle répond en se recouchant sur le lit qu'elle a mal au ventre. Cela n'est pas pris en considération. Pas d'instruction. Fin de la visite.

Il arrive que certains malades ne se réveillent pas durant la visite même en insistant par de vives secousses. Les médecins font alors savoir à l'infirmier qu'ils ne sont pas dupes. L'infirmier de garde aura sans doute administré un puissant sédatif au malade afin de se garantir une nuit tranquille. La prescription de calmants et antalgiques divers aux malades qui se plaignent de douleurs est un fait courant dans ce service.

²⁰ Le service social est supposé s'assurer de la prise en charge des clients les plus pauvres, tout au moins ceux qu'ils reconnaissent ou déclarent comme nécessiteux. Un certificat d'indigence délivré par la Communauté Urbaine de Niamey est généralement accordé sans peine aux personnes qui en font la demande. Ce ne sont pas nécessairement les plus nécessiteux qui en bénéficient. L'accès à ce service demande l'intermédiation de l'assistante sociale, qui ne disposant pas de moyens de se rendre à la Commune Urbaine, laisse souvent les gens se débrouiller (les anonymes en particulier).

²¹ CH2L2 : Chambre 2 Lit 2

²² C'est ce même médecin qui lors d'un entretien en a parlé produira un discours sur la douleur: "il faut gérer la douleur en attendant l'intervention."

²³ Les malades ne sont pas censés être retournés aux hospitalisations des Urgences après une opération. Il existe un service Post-Opératoire (PO) à cet effet.

Pour les deux médecins, la visite se termine par un survol des cas entrés pendant la nuit du côté des Urgences chirurgicales. Les week-ends et les jours de grève, cette visite n'a pas lieu.

Au cours de ces visites comme lors des consultations du reste, on remarquera une commune attitude d'évitement du contact avec les corps malades chez les médecins, comme chez les EM ou les infirmiers. Cette pratique n'est pas propre au personnel de l'HNN, on la retrouve dans toutes les structures sanitaires nigériennes. Une comparaison avec les comportements des personnels soignants aux Etats-Unis (Roth 1969) ou en France (Véga 1997; Peneff 1992) semblerait indiquer que le phénomène est un trait de la culture médicale hospitalière. Mais nous n'oublions pas ici que l'Hôpital au Niger est construit sur le modèle français et que seules des études comparatives sur les représentations du corps et de la contagion, sur les perceptions des risques pour les soignants, permettraient une généralisation sur le niveau de prégnance des concepts bio-médicaux enseignés durant la formation sur comportements des personnels soignants. Quoiqu'il soit plus difficile d'éviter les contacts du côté des Urgences chirurgicales où les soins impliquent un corps à corps direct avec les malades et blessés, des stratégies de mise à distance ou de limitation des contacts avec la souillure des malades sont systématiquement mises en œuvre. On examine plus par l'interrogatoire que par le toucher, lorsqu'on ne peut éviter ce dernier on en limite la durée, on se lave régulièrement les mains, on se défile lorsqu'un patient est sale.... La description nostalgique par le personnel soignant de conditions de travail passées où gants, produits d'entretien parfumés, savons ne manquaient pas (voir plus haut "Matériel technique") comme les rituels de toilette des infirmiers sont des indices révélateurs d'une obsessionnelle recherche d'asepsie olfactive et bactérienne qui réinstalle la distance entre soignants et soignés²⁴.

Comme le fait remarquer Peneff (1992 : 61), le degré de souillure auquel on est exposé dépend de la position hiérarchique et on observe une délégation des tâches les plus exposées vers les statuts les plus bas. De ce point de vue, le statut de l'accompagnant au Niger apparaît comme le plus bas des statuts, puisque c'est à eux que revient de laver les corps malades, de faire disparaître traces de vomissements, urines et défécations...

Pour l'infirmier en service, le travail de soins va pouvoir commencer. Il va prescrire les différents produits non disponibles²⁵ aux accompagnants et exécuter les soins à leur retour, si toutefois ils ont pu rapporter les produits. Une soudaine effervescence se manifeste de la part des accompagnants qui se pressent à la porte de la salle de garde. Chacun désire que son malade soit traité au plus vite, que son ordonnance passe en premier. Les connaissances sont traitées en premier lieu. Ainsi un manoeuvre de l'HNN dont la fille est hospitalisée aux Urgences passe devant tout le monde pour obtenir rapidement l'ordonnance qu'il va "négocier" auprès de la pharmacie de l'HNN.

Après chaque soin, il faut accomplir le travail administratif de suivi. Ce n'est que lorsque tous les soins aux malades ont été exécutés qu'on pourra s'accorder une pause. Ces moments d'attente passés dans la petite salle de garde sont entrecoupés par diverses visites. On écoute les informations à la radio ou on discute avec un collègue de passage. Des agents d'autres services de l'HNN passent pour demander quelques consommables à l'infirmier de garde. Les accompagnants des malades viennent tour à tour solliciter une intervention (replacer un sérum terminé), un soin (administrer un calmant), un renseignement...

A 12h30 c'est la descente des administratifs et l'entrée des visiteurs. Le personnel peuvent profiter de la pause pour déjeuner. Un repas simple mais copieux est servi par les cuisines de l'HNN. On se lave les mains, on se réunit, on attend éventuellement un collègue avant d'attaquer le plat commun. On se plaint à l'occasion du manque de viande et on décrie

²⁴ Pour une analyse approfondie sur ce point, je renvoie à Véga, 1997, pp. 120-124.

²⁵ La disponibilité des produits est souvent relative puisque des traitements de faveur arrivent à être faits pour certains patients ayant des connaissances.

les détournements des chefs qui se feraient réserver la viande. Pour les plus débrouillards ou difficiles, il y a la cafétéria mais il faut pouvoir payer!²⁶.

L'après-midi de travail commence avec la descente des visiteurs, qui quittent l'Hôpital ou tout au moins évacuent les chambres des malades. Le travail est routinier: suivi des malades ou blessés graves, exécution des soins à heures fixes...

Souvent des manœuvres, des filles de salles et des élèves infirmières viennent au bureau de garde pour obtenir des ordonnances qu'ils dictent à l'infirmier, moyen facile pour ces catégories de personnel d'accéder à la ressource pharmaceutique. Une fois l'ordonnance faite, ceux-là se rendent à la pharmacie de l'HNN pour obtenir gratuitement les produits qui seront monnayés d'une façon ou d'une autre (vente directe aux patients de l'HNN, utilisation dans les prestations fournies dans les quartiers, revente sur le marché ...).

La garde de nuit est généralement assez calme du côté des hospitalisations si aucun malade à problème ne vient la perturber (comme un diabétique en crise dont il faut relever les taux de glycémie régulièrement pour pouvoir lui administrer ses doses d'insuline). L'infirmier de service peut alors sortir bavarder avec ses collègues des Urgences chirurgicales. Dans la nuit, l'infirmier fait le tour des malades avant de tenter de dormir un peu. Avec de la chance, il dormira jusqu'au matin sans être trop dérangé. Mais "souvent on te réveille pour des futilités. Ils demandent une seringue. Il n'y en a pas. Ils pouvaient prescrire ça!" (un IDE).

La description ci-après d'une nuit de garde typique à partir des notes de terrain permettra de mieux apprécier le contenu du travail infirmier avec ses variations de rythme, ses alternances entre temps de travail médical, temps social et temps de repos ou de sommeil, avec son lot d'évènements tragiques qui d'ailleurs pose la question cruciale de l'erreur médicale d'une part, et soulève le problème de la communication entre soignants et patients d'autre part, notamment face à la mort.

²⁶ La cafétéria fonctionne quand même bien. Elle est fréquentée par les EM et les infirmiers qui parviennent à s'en sortir financièrement grâce à leurs activités en dehors de l'HNN.

Extrait de journal de terrain : une garde de nuit aux Urgences médicales (août 1999)

20h40 : un infirmier des Urgences chirurgicales vient demander un perfuseur. L'infirmier de garde lui répond qu'il n'y en a pas. L'autre s'exclame "mais c'est pas possible... avant-hier c'était les aiguilles qui manquaient!" L'infirmier de garde défait une clef de son trousseau et sort. Il part en salle de réanimation mais en revient sans perfuseur. L'autre a quitté.

Des accompagnants continuent d'arriver. Ils passeront la nuit à l'HNN. Normalement, l'heure de fin de visite est passée mais on les laisse.

20h55 : une accompagnante vient signaler que le sérum de sa malade est terminé.

21h15 : l'infirmier de garde part placer le sérum. Il exécute l'opération sans gants et le fait remarquer en rigolant: "Y en a pas!". Il se lave les mains au retour.

Un peu plus tard, un manoeuvre vient chercher des seringues pour sa belle-sœur hospitalisée.

22h20 : une infirmière de pédiatrie réussit à obtenir une ampoule de valium pour un malade de son service.

22h40 : un délégué médical passe pour faire la promotion de ses produits pharmaceutiques

22h50 : l'accompagnant du malade en CH2L3 vient prévenir que le sérum est fini. L'infirmier se déplace pour procéder au remplacement et revient.

22h55 : un infirmier des Urgences chirurgicales vient chercher du sparadrap

23h07 : l'accompagnant du CH2L3 vient à nouveau: "Il dit qu'il a mal!". L'infirmier prend le nécessaire dans l'armoire à pharmacie pour le soulager. Le soin est terminé à 23h20.

23h40 : l'accompagnant du CH2L3 revient encore pour une crise du malade. L'infirmier de garde va chercher un collègue de l'autre côté. Lorsqu'il revient au chevet du malade et constate le décès. Il tente une réanimation manuelle pour la forme devant les accompagnants puis leur demande de le couvrir d'un drap. Arrivé au bureau l'infirmier procède au constat avec gravité. Le manoeuvre passe prendre le papier pour le transport du corps à la morgue. Présentation des condoléances à l'accompagnant qui répond: "c'est chacun son tour!"

période de calme.

03h00 : un étudiant en médecine conduit un asthmatique pour une hospitalisation. L'homme est fonctionnaire mais son dossier de prise en charge pose problème. On régularisera demain. Après 20 minutes, l'accompagnant de l'asthmatique revient avec les produits prescrits sur l'ordonnance. L'infirmier se relève et procède aux soins.

04h00 : c'est le calme plat jusqu'au petit matin. Tout le personnel sans exception dort à poings fermés.

08h00 : Avant la passation, l'infirmier, reprenant les dossiers, rectifie la notation d'un soin qu'il avait oublié de faire au DCD de cette nuit.

Le rôle de médiation de l'infirmier

L'univers hospitalier constitue en soi un monde à part avec son langage spécifique (le vocabulaire médical et la langue française) qui dans le contexte nigérien se dresse comme une barrière de communication, ses règles de fonctionnement pas nécessairement accessibles aux profanes, ses codes professionnels... Le fossé entre ce microcosme hospitalier et le monde dont est issu sa clientèle semble plus accentué qu'en Europe, du fait des modes de vie ruraux qui dominent, l'accès limité à la connaissance médicale lié à l'analphabétisme, etc. met en évidence un besoin de médiation. C'est le constat d'un réel problème de communication qui m'amène à utiliser la notion de besoin plutôt qu'une réflexion de type fonctionnaliste sur le rôle de l'infirmier dans la société.

Le rôle de médiation est l'un des aspects importants du travail que l'infirmier est amené à jouer. On peut prêter plusieurs sens à ce terme. Un premier sens est celui d'intermédiaire et de facilitateur que tout agent de l'Hôpital, et plus largement tout agent de la santé, est conduit à prendre. Ce travail consiste à faire jouer ses réseaux pour rendre plus accessible les soins dans les structures sanitaires. Les infirmiers et auxiliaires de santé en font parfois une activité génératrice de revenus, ils vendent un service, celui de faciliter le déroulement du parcours thérapeutique dans l'institution en cassant l'anonymat qui caractérise les structures sanitaires modernes urbaines²⁷. Les "passes" ne sont pas nécessairement monétarisés. On fera une "passe" à titre gratuit pour un parent, un voisin ou un ami. En tout cas, il s'agit d'établir une relation privilégiée entre un soignant et un patient ou plus généralement entre un agent de l'institution et un usager. Il peut s'agir de faire gagner du temps en ne faisant pas faire la queue à un usager, faire bénéficier d'une réduction, etc. On touche là à des phénomènes de détournements des règlements au profit, direct ou indirect, des agents, à des faits qui peuvent parfois être tantôt assimilés à la corruption tantôt à "l'extorsion douce" pour reprendre l'expression d'Olivier de Sardan (1984)...

Comme on l'a vu, l'infirmier assure aussi une médiation sociale entre médecin et usagers pauvres. Plus proche des usagers de l'Hôpital par ses origines sociales, c'est souvent l'infirmier qui fait remarquer au médecin les difficultés financières d'un patient incapable de payer les produits nécessaires à son traitement et qui intercédera en la faveur du patient pour obtenir un produit auprès du médecin chef ou l'obtention d'une prise en charge financière auprès de l'assistante sociale.

« La faute revient à avant. Avant tout était gratuit, un pays qui ne produit rien! Maintenant on fait le recouvrement des coûts sans avertir les gens. Il faut voir comment les gens réagissent quand on leur annonce qu'il faut payer 1.600 CFA. C'est normal que les gens réagissent car l'information n'a pas passé dans la population. » (un infirmier des Urgences).

Toute entrée aux Urgences d'un malade qui doit être ausculté se traduit préalablement par le paiement de 1.600 CFA pour la seule consultation sans délivrance de produits. Le personnel du service estime que ce paiement est difficile à faire passer et trouve légitime la réticence des patients. Lorsque la hiérarchie de l'HNN sonne le rappel de la règle du recouvrement des coûts même pour les parents, les protestations du personnel fusent:

- « Comment je vais dire à un parent de payer alors que c'est quelque chose que je fais avec mes dix doigts ! ? Tout au plus on utilise une lame, du désinfectant et du coton, c'est tout !

- Ils disent qu'il faut faire payer avant toute intervention mais ils ne veulent pas l'écrire, à cause de la responsabilité si le patient meure.

- Moi, si c'est un parent, je lui fais gratuit en tout cas ! c'est pas à cause de ça que ça fait diminuer les recettes recouvrées. Surtout pour ce qu'ils font avec l'argent... » (extrait de discussion de couloir entre deux infirmiers des Urgences chirurgicales)

²⁷ Il faut faire remarquer ici que l'anonymat n'est pas le seul fait des structures sanitaires mais qu'on le retrouve dans tous les services administratifs (Caisse Nationale de Sécurité Sociale, Justice, etc.) et que partout apparaissent des médiateurs ou intermédiaires.

L'illégitimité de cette règle semble partagée par l'ensemble du personnel soignant de l'Hôpital. Du point de vue des soignants, le doute sur la destination finale des recettes recouvrées renforce encore la légitimité de leurs pratiques.

Les infirmiers ont clairement conscience de la cherté des soins à l'Hôpital pour les patients pauvres et compatissent surtout dans le discours mais parfois dans les gestes. Ainsi il leur arrive de garder un malade en salle de soins pour lui éviter les frais d'hospitalisation, d'informer un patient pris en sympathie sur les alternatives de façon à ce qu'il choisisse en fonction de ses moyens financiers... Cela provoque un encombrement relatif de la salle de soins qui ne compte que 6 tables d'examen et du même coup les coups de gueule des patrons (« *Allez il faut pas faire du sentiment. Vous rangez ça de côté ! Celle-là vous la faite sortir, le retour du bloc vous le renvoyez...* »).

Il faut noter que c'est en général sur cet argument financier que se base le discours infirmier de compréhension et de justification du recours aux "coutumes" des malades avant d'envisager en dernier recours l'Hôpital.

Un autre sens de la médiation est à rechercher du côté du travail d'interprétation qui consiste à traduire en diagnostic médical les réponses parfois décalées des malades à l'interrogatoire, réponses à des questions dont il ne comprennent pas toujours le fondement et le sens (l'orientation). Par ailleurs, l'infirmier sait que certains patients et en particulier les jeunes enfants tendent à mentir lors de l'interrogatoire pour éviter une palpation douloureuse. Il sait aussi que derrière une maladie que le patient ou ses accompagnants définiront comme "weyno" en zarma (ou "zahi" en hausa), il est nécessaire d'approfondir la question sachant que ce terme générique qui désigne les maux de ventre ne peut pas directement déboucher sur l'identification des causes des maux de ventre (origine virale, origine bactérienne...) et donc sur une prescription précise de médicaments. Son travail consiste donc ici à reconstruire le problème du patient dans le cadre rigide du modèle d'élaboration d'un diagnostic médical. Cette reconstruction suit donc des procédures logiques précises qui exigent des connaissances théoriques minimales (acquises lors de la formation) d'une part, et la connaissance préalable des modes de raisonnements des malades (origine sociale proche, expérience des modes de raisonnements et d'expression des malades) d'autre part. Ainsi l'infirmier est en mesure de déterminer les questions qu'il convient de poser à des patients qui a priori ignorent tout du mode de raisonnement médical.

On peut pousser cette notion d'interprétation pour aboutir à la médiation dans le sens d'une interface entre deux systèmes de sens. L'infirmier est, de par son origine sociale, à la fois tenant de la culture populaire et, de par sa formation, tenant d'une culture savante. A cheval entre deux mondes (l'un hospitalier, l'autre extra-hospitalier), les infirmiers doivent assurer le rôle d'agents de liaison inter-mondes suivant l'expression de Strauss (Strauss 1992). Cette position entre deux savoirs qu'on a l'habitude d'opposer et qu'une frontière physique (l'enceinte de l'Hôpital), sociale (le statut de l'agent de santé dans la société) et culturelle (culture hospitalière) marque distinctement n'est pas aisée à tenir. Les infirmiers comme la plupart des autres agents de santé reconnaissent d'une part l'efficacité de la médecine moderne qu'ils appliquent chaque jour mais leur position à l'égard de la médecine dite traditionnelle n'est pas aussi tranchée que peut l'être celle des médecins occidentaux:

« Les produits traditionnels sont très puissants. Une à deux cuillères à soupe par jour doivent suffire, tout au plus un verre Duralex. Or les malades prennent la grande tasse. Dès qu'ils veulent boire, c'est toute la préparation qu'ils avalent. Ça finit par une intoxication. Un ami à moi qui est secouriste est décédé l'année dernière, ici en chambre 2! C'est un problème de dose! » (un IDE).

Les hospitalisations en urgence pour intoxication à base d'herbes médicinales sont courantes. Il n'y a aucun doute porté par les infirmiers sur l'efficacité des préparations traditionnelles pas plus qu'il n'y en a sur le traitement des fractures par les guérisseurs (les fractures fermées tout au moins). Si cela ne réussit pas c'est parce que les gens ne font pas ce qu'il faudrait faire ou "parce qu'Allah en a décidé ainsi".

Les usagers dans la division du travail

Parmi les usagers des services de santé, il convient de distinguer différentes catégories d'acteurs. On laissera quelque peu les visiteurs de côté pour s'intéresser plus spécifiquement aux patients, qui sont directement impliqués dans la division du travail, c'est-à-dire les malades et leurs accompagnants.

Le travail et les rôles des accompagnants

Le malade hospitalisé n'est le plus souvent pas en mesure de subvenir à ses besoins élémentaires. On a vu qu'une des conséquences en chaîne de la délégation des tâches au sein de la structure hospitalière aboutit à mettre au travail les usagers mêmes de la structure. Bien qu'ils ne figurent pas dans l'organigramme ni parmi les effectifs du personnel auxiliaire, les accompagnants sont inscrits de fait dans la division du travail hospitalier. Une facette de leur rôle auprès du malade se trouve en effet être un garde-malade et parfois même un aide-soignant.

Le travail de garde-malade est non qualifié et ne demande aucune aptitude particulière. Laver le corps du malade, éliminer ses déjections, nourrir le malade, le manipuler pour changer de position, veiller sur lui pendant son sommeil ou durant les phases d'inconscience de telle sorte que les perfusions ne s'arrachent pas, etc. Ces tâches relèvent de ce que A.-M. Arborio (1996) nomme les savoirs profanes et qui sont généralement confiées à des personnels de l'institution hospitalière. Du point de vue du malade, l'accompagnant possède un avantage sur les agents garde-malades et aide-soignants puisqu'il est personnellement impliqué dans la maladie.

Pour une partie de la "sale besogne" ou les tâches domestiques et autres fastidieuses activités, ce sont les accompagnants qui se voient obligés de faire ce que le personnel de l'HNN n'est pas en mesure ou refuse de faire. Le plus souvent, ce n'est pas en conscience de ce qui devrait être que ces activités sont entreprises mais au contraire dans l'ignorance des règles qui déterminent la division du travail entre personnel de la santé et usagers. Quand bien même certains estiment que ce n'est pas normal, "il faut le faire!".

Le rôle d'aide-soignant consiste à fournir au soignant les matériels et médicaments que requiert le diagnostic effectué. Du point de vue des normes d'hygiène et de santé dans une institution sanitaire, les lacunes cognitives de l'accompagnant en la matière nuisent objectivement aux conditions de santé du malade. C'est en tant que non-professionnel que l'accompagnant exécute cette mission. Cet aspect comporte des risques importants pour le malade lorsque sa vie est en danger imminent. Car fournir les produits au soignant signifie ici sortir de l'HNN pour aller à la pharmacie la plus proche et tenter de rapporter ceux-ci au plus vite. Mais bien souvent l'accompagnant n'est pas en mesure de faire l'arbitrage s'il vient à lui manquer d'argent pour acheter tous les produits de la liste.

« Bon, il (l'étudiant en médecine) a dit « vraiment si tu veux sauver la vie de ton enfant, voilà les médicaments là ! » Il m'a fait toute une liste... plus de sept médicaments. Il m'a dit mais les deux là sont très importants, il faut tout faire pour ramener les deux là, d'amener rapidement, il va soigner l'enfant. Je suis reparti, j'ai ramené tous les sept. Rapidement il a commencé. Maintenant il prescrivait encore d'autres, je n'avais plus rien ! Il fallait que je fasse la course²⁸, faire des prêts ainsi de suite. » (Roger, père d'un enfant victime d'un neuro-palu).

Surévaluant sans doute l'importance du papier, l'accompagnant choisira le plus souvent de "faire les courses" en ville pour pouvoir tout payer au lieu de sélectionner les produits les plus essentiels. Conscients de ses "réflexes" d'accompagnants, les infirmiers ou EM qui rédigent les ordonnances insistent souvent sur les médicaments prioritaires mais les accompagnants voulant bien faire préféreront tout prendre pour maximiser les chances de guérisons. Pourtant cette ordonnance ne sera pas la dernière et les difficultés pour obtenir les

²⁸ « Faire la course » signifie chercher des crédits en ville, pour obtenir l'argent nécessaire aux soins.

produits réclamés pour le traitement ou les soins vont croître à mesure que la carrière du malade se prolonge. Bien sûr, on apprend sur le tas mais il va falloir mobiliser des ressources financières de moins en moins accessibles étant donné qu'on aura fait appel aux aides les plus faciles (parents et amis) en premier lieu.

C'est donc l'ensemble des tâches d'aide-soignant et de garde-malade qui est assumé par les accompagnants. Mais il y a également des tâches administratives, telles que trouver un lit pour son malade dans un service de l'Hôpital, qui sont à la charge sur l'accompagnant.

En outre, la situation exige parfois de faire le travail de soignant (en temps de grève par exemple) et bien qu'ils soient profanes, il leur faut apprendre à reproduire ce qu'ils ont pu observer: changer un sérum, refaire un pansement, faire une injection...

Le cas d'Abdelrahmane illustre bien cette capacité d'apprentissage sur le tas. Celui-ci explique que lorsque le sérum de son frère était terminé, il a dû replacer un nouveau sérum dans les règles de l'art au prix d'un conflit ouvert avec l'élève-infirmière aux méthodes moins efficaces. C'est notamment en observant attentivement les soignants des Urgences qu'il a pu apprendre la façon de faire et l'appliquer ensuite sur son frère. « *Parce que moi même comme j'ai vu comment ils font dans la salle des Urgences. C'est la vraie bonne façon. Parce que le sparadrap il faut le couper en deux. On le pose comme ça, celui là on le plie comme ça. Et après on le pose. Bon, là-bas (au service de médecine B) ils ne font pas ça.* » (Abdelrahmane)

Ces activités à caractère médical comportent bien évidemment des risques importants pour la santé des malades mais au niveau de l'institution ces aspects sont tus ou minimisés.

Enfin, en tant que porte-parole du malade, l'accompagnant est (ou est censé être) l'allié le plus sûr du malade dans cet univers hostile où les besoins de protection ressentis sont renforcés. Il protège au mieux ses intérêts en mettant en œuvre tout ce qui est exigé par les circonstances. Cette fonction nécessite une certaine débrouillardise et il apparaît que certains profils d'accompagnants sont plus efficaces que d'autres. Pour forcer le trait, je dirais qu'un accompagnant masculin, urbain et lettré est potentiellement plus utile au malade qu'un accompagnant féminin, rural et illettré²⁹. Il est en effet très difficile lorsqu'on vient du milieu rural et que l'on ne sait pas lire la ville de se débrouiller en dehors de l'Hôpital pour trouver une pharmacie de garde qui possède tous les produits de la liste, pour s'orienter dans la ville, négocier avec les taximan, retrouver l'HNN, apprécier l'urgence de l'état du malade.... Ainsi, à l'intérieur de l'HNN, il n'est pas rare de rencontrer des femmes assises à l'ombre d'un arbre à attendre. *"Iri si hay kulu bey. Boro kaη sinda baani ne yaa, tira ne yaa"* (*"nous ne savons rien du tout. Le malade est là, voici le papier"*). Elles signifient par là leur ignorance de toute le fonctionnement de l'institution et leur incapacité à sortir de l'ombre. Elles n'ont rien compris à ce qu'on leur a dit, elles ne savent pas qui leur a parlé... donc elles s'assoient là pour attendre qu'on vienne à elle. Il est difficile d'estimer le temps que ces personnes ont passé et passeront ainsi au sein de la structure sanitaire, incapables d'accéder efficacement aux soins.

L'accompagnant est amené à négocier pour obtenir des privilèges, des informations sur l'état de santé du malade, etc. Ces négociations évoluent et se transforment durant le séjour dans l'institution hospitalière. L'impact de la clientèle sur le traitement semble s'accroître avec la durée (longue maladie) ou la fréquence (malades chroniques) du séjour hospitalier.

« Parce que par finir, si je m'en suis en sortir c'est grâce à mon ouverture envers les gens. Ça m'a permis de faire une connaissance immédiate et cette connaissance immédiate m'a vraiment aidé. Bon, c'est une parenthèse parce que c'est un secret. Le gars là par exemple, il m'a dit un jour d'attendre pour les produits, qu'il en a chez lui et qu'il va m'amener. Il m'a vendu ça. » (Roger, père d'un enfant hospitalisé aux Urgences).

²⁹ Le taux d'alphabétisation des femmes est inférieur à celui des hommes qui est déjà très bas. La situation s'aggrave en milieu rural. Enfin, la répartition des tâches est telle que les femmes sont plus souvent locutrices d'une seule langue. Des femmes d'ethnie touareg ou peul auront particulièrement des difficultés à s'exprimer à l'Hôpital.

L'opacité de l'univers hospitalier tend à se réduire avec le temps, à mesure que l'expérience personnelle permet d'apprendre par tâtonnements, trébuchements et succès les règles qui prévalent et les conduites à tenir. A travers tous ces rôles, l'accompagnant acquiert une expérience, il s'initie à l'usage de la structure sanitaire.

Le rôle de malade

Être malade et entreprendre une démarche thérapeutique auprès des soignants qui travaillent dans l'institution hospitalière, c'est déjà se définir comme demandeur, accepter de soumettre son corps aux mains des professionnels. Cela implique donc la reconnaissance d'une supériorité du soignant sur le soigné. Partant, l'individu malade devra reconsidérer son statut relativement à ce contexte particulier où les rapports de force sont a priori en sa défaveur. Être malade implique donc d'adopter un rôle, une règle de conduite et une attitude en adéquation avec son statut de demandeur. La vie sociale au sein de l'hôpital est un théâtre peut-être un peu plus dangereux que les autres. Ce n'est pas seulement la face qui se joue ici, l'enjeu tourne autour de la santé et de la vie même des acteurs. Ne pas se comporter tel que son rôle l'exige comporte des risques pour l'usager. C'est en appréciant ces enjeux et risques, en fonction de l'évolution de la relation au soignant que le malade (et son entourage) adoptera une règle de conduite et estimera ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire.

Cela renvoie aux rites de présentation et rites d'évitement de Goffman (1974), qui sont deux formes du concept central de déférence. La déférence est définie comme un "*composant symbolique de l'activité humaine dont la fonction est d'exprimer dans les règles à un bénéficiaire l'appréciation portée sur lui ou sur quelque chose dont il est le symbole, l'extension ou l'agent*" (Goffman 1974 : 50-51). Le concept complémentaire du premier est celui de la tenue. La tenue est définie comme un "*élément du comportement cérémoniel... qui sert à montrer à l'entourage que l'on est une personne douée de certaines qualités...*". Les règles de conduite d'un individu envers les autres interactants sont à la fois des obligations morales et sociales, et des attentes vis-à-vis des autres et envers lui-même. Elles varient selon les cultures.

Au Niger, face à l'homme de médecine (infirmier ou médecin, le patient ne fait guère la différence!) paré de la toute puissance de son savoir, chacun sait qu'il convient de tenir son rôle de malade ("bon" malade). L'idiome du malade sans connaissances dans l'Hôpital se traduit par des actes ou signaux propres à une situation d'interaction sous la marque d'un rapport de force inégal. L'acceptation de cette situation s'exprime à travers un langage corporel et verbal qui veut signifier le respect et la soumission. Ainsi le malade anonyme se présentera humblement en n'interpelant pas directement les infirmiers, il tentera d'être discret mais visible. Si un agent lui prête un regard, il se permettra de présenter son papier en prenant soin de se courber et de présenter le papier avec la main droite soutenue par la gauche, il évitera de poser des questions au soignant qui l'examine. On engagera facilement la conversation par un "*s'il vous plaît...*". Dans l'ignorance du statut véritable du soignant on servira du "*lokotoro*" ("docteur") qu'il soit infirmier ou étudiant de médecine, une formule correspondant au vouvoiement sera également volontiers utilisée... Voilà quelques actes qui entre dans "l'ordre des choses" pour le malade comme pour le soignant.

Il est utile de rappeler ici qu'au Niger, l'Hôpital a de tout temps représenté l'Etat, une force politique et militaire en même temps qu'un accès à la santé. Cette image aux multiples facettes confère à l'institution et à ses agents une ambiguïté qui semble s'être perpétuée (cf. historique des institutions sanitaires). C'est donc à la fois comme détenteur d'un "pouvoir de vie et de mort" (celui du médecin qui peut guérir) pour reprendre les termes d'Augé (1977) et comme détenteur du pouvoir du "serviteur de l'Etat" (Weber 1959) et représentant de la force publique que l'agent de santé peut apparaître aux yeux des usagers, et c'est à ce double titre qu'on se soumet à sa domination. Mais l'attitude de soumission n'est pas systématique. En effet, les malades peuvent adopter des comportements de résistance au traitement s'ils estiment que leur intimité est violée, que les gestes médicaux transgressent leur intégrité. Il est

fréquent d'observer des femmes se débattre vivement lorsqu'un soignant lui soulève le pagne pour les nécessités d'un examen.

D'une façon générale, c'est la soumission qui caractérise l'attitude des malades mais aussi et surtout celle des accompagnants, car le malade reste finalement très en retrait dans l'interaction avec les soignants. La forte proportion parmi les consommateurs de services d'urgence de cas traumatiques rendant plus difficile l'expression directe des malades et la présence d'un accompagnant-porte-parole l'expliquent en partie. Le malade devient un objet au centre d'une interaction entre soignant et accompagnant à laquelle il participe très passivement. On parle de lui à la troisième personne et plutôt en tant que corps malade qu'en tant qu'individu.

A propos des visiteurs, on soulignera toutefois leur place sur cette scène hospitalière. Les visiteurs ou accompagnants ponctuels remplissent un rôle social important dans le cadre socioculturel nigérien. Ils témoignent au malade de leur intérêt pour sa santé et de leur compassion à son égard. On apportera les salutations de ceux qui n'ont pas pu se déplacer, on apportera éventuellement un repas, on discutera un moment, on laissera quelque argent en guise de contribution solidaire... Le visiteur constitue le lien physique et symbolique avec le village, l'extérieur de l'Hôpital.

Les conditions de travail : discours et pratiques des agents de santé

Telles qu'elles sont évoquées par le personnel du service des Urgences, les conditions de travail sont exprimées en termes de manques (manque d'encadrement, manque de matériel, manque de compétences et manque de salaire) et en référence à un passé, pas nécessairement idéalisé, qui était le temps de la gratuité. "La faute à avant! Avant tout était gratuit. Un pays qui ne produit rien!". On montre du doigt le système entier pour ses insuffisances et ses dysfonctionnements. Traduction d'une impuissance ou expression des conflits latents, le discours sur les conditions de travail dénote le climat qui prévaut à l'exercice du métier. Scènes de coulisses, les conflits larvés restent internes, on ne les dévoile pas au grand jour en présence du public. Par contre, les "temps morts" (sur le plan du travail médical) sont mis à profit pour évacuer les tensions à travers les discours. On accuse volontiers les autres catégories professionnelles qui prennent des libertés avec le règlement, peut-être pour mieux se départir de ses propres libertés et responsabilités dans le fonctionnement et les dysfonctionnements de l'institution.

Rapports médecins – infirmiers : les enjeux extérieurs à l'hôpital et leurs implications

La fuite des responsabilités des supérieurs hiérarchiques revient souvent parmi les dénonciations des subalternes qui se sentent livrés à eux-mêmes.

"Untel, il ferait mieux de venir voir ses malades qu'il nous envoie, au lieu de tourner là. C'est pas lui seul, ils sont tous pareils. Untel a l'habitude de nous envoyer des malades qui meurent ici. Il refuse de venir les voir. La nuit, le médecin est chez lui. C'est au besoin qu'on va le chercher. Au téléphone, au Motorola, y a pas moyen. On envoie l'ambulance, il n'est pas là. C'est de l'essence gaspillée. Personne ne dit rien, c'est normal! Le jour, ils sont là. A la descente, ils s'en vont au lieu de faire le tour de garde complet. [...] Samedi, Dimanche, c'est nous qui faisons tout (...) Regarde l'heure, c'est du travail, ça?! C'est pas lui seul qui n'a pas eu son salaire! Le dernier salaire remonte à près de deux mois. Le propriétaire crie. La Nigelec fait le relevé, la SNE la même chose. Ça nous fait 11 mois d'arriérés!" (un infirmier des Urgences médicales)

Cette critique est également reprise par les étudiants de médecine des Urgences chirurgicales, sur les épaules desquels repose tout le service. Cela traduit d'autre part le sentiment d'impuissance et d'incapacité qui résulte logiquement de la délégation des tâches décrites plus haut. Il faut également noter que la situation d'enquête favorise cette stigmatisation des catégories. Comme le note Schwartz (Schwartz 1993 : 273), au delà de l'information contenue, on peut déceler derrière ces critiques des tentatives de renforcer sa propre légitimité.

Ces discours sur le mode de la délation sont aussi un indice de sentiments refoulés et de la vitalité des conflits au sein de l'institution. On se rappellera pour cela de l'autorité au style paternaliste des chefs, les remarques sarcastiques et les soupçons non dissimulés auxquels les infirmiers ne peuvent répondre, voire l'humiliation qu'ils doivent supporter durant la visite si les soins ne sont pas faits comme le souhaitent les médecins, de l'ambiance du staff...

Si d'un côté les médecins semblent faire le strict minimum à l'Hôpital pour conserver leur place et leur rôle dans le microcosme médical nigérien, ou dans un segment particulier, le contact avec leurs collègues, leur statut dans l'HNN, on devine là des stratégies de carrière pour accéder aux postes à responsabilité et/ou prestige, voire au pouvoir, c'est parce qu'ils disposent de ressources particulières. La plupart des médecins nigériens de l'HNN exercent le plus souvent une partie de leur temps dans des centres privés, cliniques et autres cabinets médicaux de façon à "arrondir les fins de mois" sinon "vivre décemment". Les formations, stages de spécialisation, séminaires et autres colloques relatifs aux maladies endémiques en Afrique ou au sida pris en charge par les bailleurs de fonds leur permettent de toucher des per diem, bourses ou autres formes de financement ou d'indemnisation.

Les infirmiers sont, par contre, dans une situation moins avantageuse bien que des formations soient également parfois organisées (dans le cadre du jumelage avec l'Hôpital de Beauvais par exemple). L'Etat semblant ne pas reconnaître le travail des agents de la santé puisque ni le paiement régulier des salaires ni la promotion ne sont assurés, on est conduit à s'interroger sur ce qui maintient les infirmiers et les autres employés subalternes dans leur service. Certains infirmiers, de même que la plupart des médecins et étudiants en médecine, s'emploient également dans le privé en tant que salariés d'institutions privées. Mais tous n'ont pas la chance ou bien ne disposent pas des réseaux pour accéder à de tels emplois. Il reste alors la solution de travailler à son propre compte au niveau de son quartier d'habitation, solution qui n'est d'ailleurs pas exclusive d'un autre emploi rémunéré. Ainsi comprend t'on mieux que ceux-ci roulent encore à moto ou prennent le taxi pour venir, s'habillent correctement, parviennent à subvenir aux besoins de la famille élargie et à tenir leur rang social (ce qui implique souvent une redistribution). Selon le discours infirmier, pour la majorité des nigériens la consultation n'est pas un acte qui justifie un paiement. Elle doit pour cela s'accompagner de la délivrance des produits et pour cela l'HNN est une précieuse source à laquelle on vient puiser même les jours de repos. Le non-paiement des salaires est un argument fort de légitimation et de justification de ces actes. En somme, il faut bien se servir soi-même puisque l'Etat n'assure pas son rôle d'employeur. On notera pourtant que l'argument n'est que discursif puisque le phénomène était déjà observable avant la crise financière qu'a traversé le pays et qu'il est toujours observable aujourd'hui (depuis l'arrivée du nouveau Président de la République élu) alors que les salaires sont payés mensuellement. Toutefois, c'est avec une certaine idée de la conscience professionnelle que certains accomplissent ces actes de détournements des ressources publiques. Ainsi on ne viendra pas chercher des produits un jour de grève: *"Hier, je voulais venir chercher un produit parce que ma femme n'allait pas bien mais j'ai vu que je n'avais pas raison puisque je fais grève!"* (un infirmier).

Le manque d'encadrement se traduit donc souvent par diverses formes d'absentéisme des médecins. Parmi ces formes d'absentéisme on peut relever par ordre croissant de durée : les petits déplacements internes dans les différents services de l'Hôpital qui rendent momentanément inaccessibles certains matériels (« où se trouve le responsable de l'oxygène ? » un IDE à l'arrivée d'un malade asthmatique) ou empêchent des décisions importantes pour la vie des malades (« *Il faut voir avec untel, il faut attendre, moi je ne peux pas prendre la décision* » un EM7), l'absence notoire des médecins lors des gardes (de nuit en particulier), les missions diverses qui rendent inopérants certains services pendant une période prolongée (« il y a un (médecin) nigérien en formation en France... en chirurgie thoracique mais d'ici son retour, il restera que des os blancs sous quelques mètres de terre » un FFI à propos d'un malade nécessitant une intervention), etc. Cela constitue une sorte de privilège de la hiérarchie supérieure que ne peuvent se permettre ni les infirmiers, ni les étudiants de médecine ou les manœuvres, car ils sont soumis à des contraintes spécifiques : l'obligation de

présence liée au contrôle à travers le Staff pour les uns, la présence à l'HNN de ce qui constitue l'essentiel de la subsistance (accès aux ressources de l'HNN) pour les autres.

Les arrangements moraux et pratiques face à la pénurie de matériel

Le manque de matériel et de consommables, comme nous l'avons vu plus haut, est une constante du fonctionnement du service. Celle-ci est directement liée au détournement des règles par les agents de santé. Lorsque, en présence d'un observateur extérieur (en l'occurrence le stagiaire-anthropologue), un infirmier d'un autre service vient à réclamer un produit ou un matériel que le responsable ne se sent pas en mesure de refuser, ce dernier déclare en guise de défense : « un jour, ce sera peut-être moi qui aurai besoin ! ». Face à cette pénurie relative, à laquelle les infirmiers contribuent largement, ceux-ci se dégagent (avec un rien de mauvaise foi) de la responsabilité dans les dysfonctionnements pointés du doigt : "Nous on est impuissants. Il y a le bic et l'ordonnancier. On prescrit!".

Derrière le discours de l'impuissance de l'individu face au système et ses normes de fonctionnement, les infirmiers et EM se justifient, s'innocentent en accusant soit les autres soit le système. Cela a des incidences d'autant plus graves sur la santé des malades qu'on se trouve dans un service d'urgences, face à des situations de santé critiques qui réclament une disponibilité en produits aussi rapide que possible et des actions médicales rapides, mais ces aspects du problème sont systématiquement mis à l'écart. Cela conduit parfois les soignants à réutiliser des matériels à usage unique tels que les seringues ou les gants d'intervention ou bien des produits périmés servis par la Pharmacie ou le chef de service des Urgences. On laisse là encore de côté les risques que l'on fait encourir aux patients, qui le plus souvent ne sont pas conscients de leur exposition à des risques infectieux, contagieux ou autres. Il faut remarquer par ailleurs que les risques de santé auxquels sont exposés les personnels soignants quoique relativement bien connus sont également minimisés. Une piqûre au doigt lors d'un soin avec une aiguille souillée, on se lave les mains, a fait une poupée de gaze bien imbibée de désinfectant et puis on continue. L'absence de gants dans les manipulations de blessés ou autres contacts avec le sang, les fluides ... ne constitue pas un facteur de blocage des soins.

L'attitude de distanciation des agents de santé face aux responsabilités et à la souffrance

Si les uns déclarent "je prescris selon ce que je vois, je ne suis pas responsable si les soins ne sont pas réalisés faute de moyens!" (un étudiant en médecine), les autres mettent à plat les problèmes de conscience professionnelle et de déontologie médicale : "Avant il y avait tout. Maintenant il n'y a rien. Si on perd un malade par manque de produit, après on a ça sur la conscience! Il n'y a pas de produits, on ne peut rien faire!" (un infirmier).

L'ensemble de ces états d'âmes et d'humeur s'inscrivent dans le contexte de négociation (Strauss 1992) avec les patients mais aussi au cœur des interactions entre personnel de santé. La règle reste qu'on évite la compassion et qu'on a plutôt tendance à adopter une attitude de rejet de la responsabilité. On ne cherche pas à contextualiser le diagnostic, c'est-à-dire à tenir compte de la situation sociale et financière du malade.

Différents visages de la distanciation se font jour pour les agents de santé confrontés quotidiennement à la souffrance et la mort. La diversité des attitudes des soignants face à la mort sont révélatrices d'un processus avant tout psychologique et individuel. On adoptera tantôt des propos fatalistes ("Si c'est venu, si c'est la fin. On ne peut rien faire!" une élève ENSP ; "Quand c'est l'heure, c'est l'heure. C'est la loi de la vie. Pourquoi les gens pleurent? Cela ne sert à rien. C'est fini. C'est une carcasse!" un infirmier), tantôt des remarques sur le mode de la plaisanterie ou de la dérision (à l'entrée d'une femme diabétique aux Urgences médicales, l'infirmier lâche : "elle tire ses dernières bouffées d'oxygène!").

Quand la fatigue s'en mêle, comme lors d'une nuit de garde où vers 5 heures du matin, un jeune enfant mourait après 15 min. en salle d'accueil-soins, on cède au désespoir et au découragement: "C'est dégueulasse! Les autres sont partis dormir, ils sont découragés.

Travailler sans moyens, on ne sert à rien. On ne peut même pas répondre aux sollicitations des patients. Ça fait mal. Les malades n'ont rien et l'Hôpital aussi."

Mettre une distance vis-à-vis des malades revient également à se protéger tant sur le plan physique (représentations infirmières des risques de contamination, efforts physiques harassants qu'il faut produire pour suivre un malade) que psychologique (porter la douleur des autres conduit à une impasse car elle est sans fin). Il est impossible de s'occuper de tous comme on le ferait pour un malade apparenté ou un ami. L'antagonisme entre malades et soignants naît de cette difficulté inhérente au travail de soignant.

La question de la compétence : rivalités et conflits

Toujours sur le mode de la délation, les infirmiers ont tendance à critiquer les étudiants en médecine sur leurs compétences : *"Il y en a des (EM) qui ne font pas le minimum à l'Accueil"*. Outre un sentiment de jalousie, les critiques adressées aux EM et médecins sont parfois fondées. Comme ailleurs, les erreurs professionnelles existent. Lorsque le travail n'est pas bien réalisé au départ, cela oblige les infirmiers des hospitalisations à le reprendre. De l'autre côté, les EM éprouvent, du fait de leur formation théorique plus poussée, un sentiment de supériorité vis-à-vis des infirmiers. Certains se froissent même d'être confondus par les clients qui ne parviennent pas à distinguer les infirmiers des étudiants de médecine (il faut rappeler que tous portent la blouse blanche).

La présence d'un médecin coopérant français à la tête du service des Urgences médico-chirurgicales n'est pas sans poser problème. Son poste suscite des jalousies, on lui reproche son attitude paternaliste et coloniale. *"C'est la France qui a négocié le poste avec la réhabilitation des Urgences!"*, *"d'ailleurs, on ne voit pas son travail. Il n'est jamais là. Il passe. C'est nous qui supportons tout!"* (un infirmier). Les humiliations ressenties pendant la visite à l'occasion des remarques du chef laissent des traces: *"Ce sont des collègues. On se respecte. C'est pas devant les malades qu'on gronde les gens. Ce ne sont pas des manières de faire!"* (un autre infirmier).

Le chef de service des Urgences n'est pas en reste en matière de critiques adressées à ces collègues de travail. Outre le manque de compétences des infirmiers dénoncé vertement ouvertement lors des visites (« celui-ci ne vaut rien, l'autre ne sait rien faire ! »), le coopérant se plaint en a parte du manque d'implication du personnel. Il se cantonne lui-même dans un rôle de magasinier et de supervision du service à distance. Il se prend parfois à rêver à voix haute d'un service exemplaire où travailleraient sous sa direction des infirmiers et brancardiers français avec quelques stagiaires nigériens, mais la Coopération ne lui en donne pas les moyens (source : interview du chef de service). Cela traduit à la fois les difficultés matérielles (« manque chronique de compresses »), organisationnelles (« absence de programmation ») et humaines dans le fonctionnement du service des Urgences.

Par ailleurs, ces quelques manifestations des tensions existantes au sein des personnels de l'HNN montrent qu'une présentation homogénéisante de l'Hôpital serait trompeuse. De nombreux conflits, qui se cristallisent souvent autour du détournement des règles, sous-tendent et animent cette "communauté" de travailleurs. On apparaît comme une communauté vis-à-vis de l'extérieur mais finalement la communauté est segmentée en groupes ou catégories sociales bien distinctes. Chaque catégorie est définie par un statut, un niveau d'études et de salaire, des tâches précises dans la division du travail, l'accès à certains types de ressources, des contraintes spécifiques, des réseaux propres, des alliances et des modes d'action en vue d'une ascension sociale...

Au sein d'une même catégorie de personnel des antagonismes se révèlent. Les discussions autour de la responsabilité du soignant face à son malade et la conscience du travail bien fait reviennent régulièrement dans les conversations.

La relève d'un infirmier par un autre conduit parfois à ces considérations critiques. Ainsi un infirmier prend à témoin son collègue pour dénoncer des cathéters mal posés : « *C'est du travail ça, il faut tout refaire derrière !* » Les plaintes sur le travail effectué par les collègues sont un indice des tensions entre personnel au sein d'une même catégorie.

Outre, la compétence et la conscience professionnelles, on critique l'organisation du travail, la planification des gardes dans le service des Urgences. Pourtant lorsqu'un conflit vient à naître avec la clientèle, c'est l'esprit de corps qui l'emporte. On fait front, même si l'on a tort.

Le retard des salaires et le recours à la grève

Un autre mode d'expression des revendications infirmières et plus généralement des agents de santé (plutôt les agents subalternes) est la grève. Un puissant syndicat, le SUSAS (Syndicat Unique de la Santé et de l'Action Sociale), prend régulièrement le flambeau des agents de santé et conduit des grèves sans service minimum³⁰. Le clivage précédemment relevé se prolonge logiquement ici sur le plan des revendications syndicales puisque les médecins sont peu présents dans le SUSAS et généralement pas solidaires des infirmiers et personnels auxiliaires de santé. Ils lui préfèrent le SYNPHAMED (Syndicat des pharmaciens et des médecins) qui se trouve être beaucoup moins actifs sur la scène publique des revendications salariales. Les revendications syndicales, exprimées par le SUSAS, reprennent plus spécifiquement les problèmes de salaires et celui des affectations. Le SUSAS dénonce la non transparence des décisions administratives des agents (« affectations punitives³¹ »), bien qu'il exerce lui-même à l'occasion des pressions sur l'administration (Ministère de la Santé et Ministère de la Fonction Publique) pour avantager certains de ses membres. Mais l'essentiel des revendications des syndiqués se concentre autour du non paiement des salaires, de la révision de la grille salariale et de la promotion du statut infirmier. Le problème du non paiement des salaires de la fonction publique (12 mois d'arriérés) a conduit différentes catégories de personnel de la Santé à procéder à des grèves.

La grève sans service minimum est la forme la plus extrême de lutte syndicale pour les agents de la santé. C'est une « arme » (expression des syndicalistes) courante contre le gouvernement qui consiste en quelque sorte en une prise en otage de la population nigérienne malade (hospitalisée ou non) Elle a de fâcheuses conséquences pour les malades hospitalisés du fait de la désertion quasi totale des services par le personnel de nombreux patients décèdent à l'HNN (cf. "Une nuit de garde aux Urgences chirurgicales").

Pour parer à cela, la direction de l'HNN a la possibilité de recourir légalement à des réquisitions de personnel. Dans la mesure où quelques infirmiers et FFI sont directement payés par l'HNN, ils peuvent difficilement refuser de se présenter lorsque la note de service les nomme pour assurer la garde. Tous les agents ne sont pas d'accord avec cette extrémité mais la pression est telle que la plupart suivent le mouvement de grève. Certains syndicalistes passent d'ailleurs dans les services de l'HNN pour convaincre les récalcitrants, les "casseurs de grève". Ces interventions touchent notamment les contractuels qui se trouvent entre deux feux. Elles peuvent être musclées mais se font le plus souvent sous la forme de menaces verbales: "tu verras quand tu auras passé le concours de la fonction publique, si tu es à Diffa, c'est à Tillabéri³² que tu toucheras ton salaire!".

³⁰ Entre les mois de septembre et d'octobre 1999, 4 grèves sans service minimum de 48 heures à 72 heures ont été menées.

³¹ Les postes situés en zone désertique sont généralement considérés comme des affectations punitives auxquelles sont opposées les « affectations de complaisance ».

³² Le pouvoir des syndicats est tel qu'ils sont en mesure d'avantager ou de désavantager un agent de la fonction publique. Diffa et Tillabéri sont distants de plus de 1500 km.

Les grèves de 48 heures ou 72 heures se succèdent parfois et accolées aux week-ends la période totale d'absence de services peut dépasser les 10 jours.

Dans les services où la réquisition ne parvient pas à être appliquée, les malades les plus faibles ou ceux dont l'état nécessite absolument soins et surveillance médicale vont grossir les pourcentages de décès de l'HNN: "Après plusieurs jours de grève, la morgue est pleine à craquer. On ne sait plus où déposer les morts" (un manœuvre).

Les nouveaux IDE expriment facilement les problèmes de conscience que leur posent ces grèves et certains jeunes refusent de céder à la pression des syndicalistes. Tandis que la question déontologique de telles grèves est systématiquement écartée et renvoyée par les responsables syndicaux sur les Ministères concernés et les gouvernements successifs : « Ce n'est pas par plaisir qu'on fait ça ! Nous souhaitons arrêter ces grèves. Nous souhaitons que les autorités qui vont entrer au pouvoir devront prendre en compte et élaborer un calendrier d'apurement des arriérés de salaires » (un responsable du SUSAS).

Détournements et corruption : une logique de neutralisation réciproque

Au cours de l'enquête, il m'est apparu comme remarquable le fait que la question sensible de la corruption était rarement évoquée par les agents de santé en service. Elle se range plutôt du côté de l'argumentation de la direction de l'HNN. Celle-ci dénonce les agents de santé qui se livrent à « *des arnaques, un troc éhonté auprès des patients et à d'autres actes gravissimes faisant distorsion à la déontologie* » (circulaire n. 46/DHNN d'août 1998 encore affichée dans la salle de soins inutilisée du service des Urgences médicales).

Ces problèmes de corruption, de racket des malades sont donc bien connus de la direction mais les notes quoique placardées ici et là restent lettres mortes. Aucune sanction effective n'est prise à l'égard des coupables. Ainsi un infirmier pris la main dans le sac avec plus de 100 ampoules d'Ampicilline économisées sur les patients a juste été affecté ailleurs. "C'est le règne de l'impunité!" se plaignent les médecins coopérants.

Le détournement des ressources publiques à des fins individuelles est devenu un fait répandu sinon généralisé au Niger (agents de l'administration publique, salariés d'entreprises privées, salariés de projets de développement, membres de bureau de coopérative ou d'association, etc.) et si sur la scène hospitalière le phénomène paraît moins acceptable moralement, il est dans les faits accepté dans la mesure où il n'est pas réellement combattu et que tout le monde y recourt. De ce point de vue, la scène hospitalière n'est ni plus ni moins que le reflet de ce qui se passe dans la société nigérienne d'aujourd'hui. Les relations entre patients et personnels soignants sont éclairantes sur les relations plus générales des usagers avec les services publics. On y retrouve les mêmes pratiques à mots couverts, l'ambiguïté et la difficile limite entre le cadeau et la corruption, la manipulation des règles (l'exploitation de l'ignorance des règles par le public), l'insuffisance du traitement des fonctionnaires et la légitimation des comportements de prédation, le même jeu autour du temps (on fait attendre les patients en feignant la fatigue ou l'indisponibilité), le système des privilèges, le même renversement des normes et règles morales (celui qui n'aide pas un agent de santé à « débrouiller » ou faire la corruption est le « méchant »), etc .³³

Quant à l'impunité relative des auteurs de détournements des règles, on tentera d'avancer une explication partielle par ce que Jaffré appelle une "logique des neutralisations réciproques" et qu'il définit comme déterminant des capacités de négociation des personnels de santé (in APAD 1999 n°17 : 7). Jaffré oppose le « pouvoir de l'occupant », qui caractérise les agents de santé subalternes stables dans leur emploi et dans leur poste, au pouvoir

³³ Cf. pour des phénomènes analogues dans des centres de santé de premier niveau à Niamey le n°2 d'Etudes et travaux du LASDEL, et dans d'autres administrations nigériennes le n° 3 d'Etudes et travaux du LASDEL.

hiérarchique des médecins et directeurs dont la présence est temporaire au sein d'une structure (du fait des promotions, bourses d'étude, affectations).

Au sein du microcosme hospitalier tout finit par se savoir. Les écarts des supérieurs hiérarchiques obligés de faire appel à des intermédiaires subalternes pour se réserver une chambre d'hospitalisation pour la bagatelle, se faire livrer de la viande en provenance des cuisines ou utiliser des matériels de l'Hôpital à des fins personnelles, les empêchent d'exercer leur pouvoir avec toute la rigueur théorique de leur position hiérarchique lorsque ces mêmes subalternes sont pris à manipuler les règles, à se cacher la nuit dans l'HNN pour éviter de travailler. Si "*les manœuvres sont rois ici!*" comme le déclare un EM irrité par l'impertinence des blouses bleues qui n'exécutent pas les ordres ou rechignent à le faire, c'est effectivement parce que "*tout le monde se tient par la barbichette*" (Jaffré, Ibid.). Dès lors, les actes répréhensibles, contraires à la déontologie et aux règles élémentaires d'hygiène et de santé, ou encore en rupture avec la bonne gestion des deniers publics sont difficilement sanctionnables.

Les récits biographiques des infirmiers montrent également comment cette neutralisation des pouvoirs peut s'opérer à travers des alliances (un parent, un promotionnaire au sein de l'administration, un ami syndicaliste...). Ainsi tel infirmier a pu se maintenir en place dans un poste à sa convenance, malgré des manigances « par le haut » pour l'en évincer, il a pu également se faire muter dans une autre institution contre le gré du directeur de l'HNN, grâce à ses appuis syndicaux.

Un autre facteur d'explication est évoqué par les agents de santé. Les libertés prises avec les règles tiendraient au climat général d'impunité dans le pays, et ce aux plus hauts niveaux³⁴. « Plus on monte, plus ça détourne ! » disent les médecins coopérants qui concluent à la faillite de l'Etat. Cela désigne en particulier le non-paiement des salaires. Du point de vue des agents de santé, cet aspect ne fait que fonder le sentiment de légitimité de ces pratiques. Si l'Etat n'assure pas pleinement son rôle d'employeur alors l'infirmier, qui a une famille à charge, estime qu'il est légitime de faire la grève et de recourir à diverses pratiques illicites, quitte à ce que la clientèle en fasse les frais. Par ailleurs, les agents de santé au bas de l'échelle hiérarchique pointent du doigt le rôle des appartenances politiques. « Untel, on sait pourquoi il est là ! C'est un militant de tel parti ! ». La hiérarchie médicale (et, il faut le rappeler, en même temps militaire) est effectivement fortement soumise aux aléas des changements de régime au Niger. Les nominations aux plus hauts postes (directeurs de l'HNN, postes à responsabilité au sein du Ministère de la Santé...) ne sont pas fonction du mérite mais de la couleur politique des candidats à l'ascension sociale. Quels que soient les « casseroles » (affaires de détournement, incompétence avérée, fautes professionnelles) attachées à tel ou tel individu, l'interventionnisme politique est un trait caractéristique du fonctionnement interne de l'Hôpital et plus largement du fonctionnement des administrations et services publics nigériens.

Le recours et l'accès aux soins d'urgence : des itinéraires diversifiés et aléatoires

A l'extérieur des frontières de l'Hôpital, les usagers sont confrontés à une offre de soins caractérisée par une grande diversité. Les enquêtes auprès des usagers révèlent l'étendue de l'éventail des recours possibles pour les nigériens, éventail par ailleurs comparable à celui des habitants des pays voisins (Bulletin APAD 1999 n°17). Du recours aux "recettes de grands-mères" ou "médications populaires basées sur les pharmacopées anciennes" (Monteillet in bulletin APAD 1999 n°17) à celui des *zimma* et autres guérisseurs, de l'automédication et l'auto-administration de comprimés souvent d'origine du Nigeria achetés auprès des "pharmacies par terre" à l'imitation d'un traitement sur l'avis d'un(e) voisin(e) pour qui "ça a marché!", du recours à l'infirmier ou l'élève-infirmier du quartier à celui de

³⁴ Le renversement, resté impuni, du Général Baré par un coup d'Etat et le détournement manifeste des ressources publiques par de hauts responsables de l'Etat est souvent cité en exemple par les agents de santé (infirmiers, EM et médecins) du « laisser-aller » général qui caractérise le pays.

structures sanitaires plus officielles privées ou publiques, les alternatives thérapeutiques pour tenter de résoudre un problème de santé ne manquent pas pour les malades urbains.

On notera ici simplement que contrairement à une opinion répandue en milieu hospitalier, l'Hôpital n'est pas toujours le dernier recours. Cela supposerait que les malades agissent toujours de façon à éviter ce recours ultime (pour des raisons qui relèveraient essentiellement du coût économique) et que l'Hôpital parvient effectivement toujours à traiter le problème de santé des malades (ce qui n'est pas le cas. Voir plus loin le cas d'Idrissa). Quoique cette représentation des soignants reste caricaturale, elle n'en est pas moins révélatrice d'un état de fait: une grande partie des usagers arrivent relativement mal en point et démunis à l'Hôpital. Ce problème de cherté des soins apparaît clairement dans la ré-élaboration qui suit de l'itinéraire-type d'un usager sans expérience de l'Hôpital et sans "connaissances". A partir de récits d'usagers et d'observations quotidiennes aux différents postes, j'ai tenté de recomposer l'itinéraire-type de l'usager anonyme et commun du service des Urgences de l'HNN. Cet itinéraire sera ensuite comparé à celui d'un usager possédant un relais au sein de la structure sanitaire afin de mieux saisir en quoi consiste le privilège d'être introduit.

Itinéraire-type d'un usager commun des Urgences

Il est frappant de constater que la plupart des gens consacrent l'essentiel du temps de leur arrivée à tenter de s'orienter, à rechercher la bonne personne, "le bon endroit". En tant que personnel de l'HNN, il ne se passe pas une heure où l'on ne renseigne quelque personne égarée. A l'entrée de l'Hôpital, des gendarmes postés à la porte orientent tout d'abord les patients vers le service d'accueil-aiguillage. Face à la porte d'entrée du service, un immense panneau mural en français est censé renseigner les arrivants. Ce panneau est pratiquement inutile pour le commun des nigériens et n'est généralement pas lu par les patients dont la grande majorité est analphabète³⁵. On peut se demander dans quelle mesure il ne passe pas plus pour la marque d'une frontière qui séparerait les profanes des initiés. Cette impression d'espace clos, coupé de l'extérieur et protégé, est renforcée par la présence de gendarmes.

Les jours ouvrables, pendant les horaires d'ouverture des services administratifs (7h30 – 12h30 et 15h30 – 18h30), chaque patient doit passer par le service d'accueil-aiguillage. Des manœuvres (3 pour ce service) sont supposés aider les personnes invalides à accéder au hall d'attente (en brancard, fauteuil roulant...), mais cette tâche est en réalité assurée par les accompagnants. Une grande quantité de bancs sont disposés dans ce grand hall d'attente couvert. Un IDE est chargé d'organiser l'arrivée des patients dans le bureau de l'accueil-aiguillage. En l'absence de cet agent chargé de réguler le flux des patients et les faire entrer chacun leur tour, il peut régner une certaine confusion à ce niveau, les gens pénétrant directement dans le bureau.

Le service d'accueil-aiguillage est dirigé par un IDE major secondé par un étudiant en médecine FFI. Ils ont pour tâche de renseigner les gens ou bien les orienter sur les consultations ou un service d'hospitalisation suite à un examen. Le patient reçoit généralement un accueil froid, la politesse la plus élémentaire n'est pas respectée, l'interrogatoire technique est mené sur un ton sec et autoritaire (cf. le protocole d'accueil en annexe 5). Le patient n'est pas considéré par le personnel du service qui sans salutations procède à un interrogatoire standard sur la base de questions fermées, sans aucun contact physique avec le malade.

Deux hommes entrent dans le bureau d'accueil-aiguillage. L'infirmier leur dit sèchement d'attendre dehors leur tour. Ils rentrent à nouveau lorsque le patient précédent sort du bureau. Ils expliquent qu'ils ont un malade dans la voiture et qu'il faut venir l'examiner car il ne peut pas se déplacer. Le major leur dit: "C'est pas mon problème. Débrouillez-vous pour l'amener dans le bureau si vous voulez qu'on l'examine". Les accompagnants reviennent en

³⁵ 87 % de la population nigérienne est analphabète (source: IDH PNUD 1998).

soutenant un vieillard impotent. L'interrogatoire commence: nom, prénom, âge, provenance, motif de la venue. Pendant ce temps là, le vieillard fait comprendre à ses accompagnants qu'ils ne peut plus endurer la station debout et se laisse choir sur le sol. L'interrogatoire se poursuit. Sans aucun examen physique, un diagnostic présumé est établi et le patient orienté en médecine B. (extrait de journal de terrain, observations au bureau d'accueil, octobre 1999).

Avant d'arriver à destination, les patients se voient remettre un billet qui leur permettra d'accéder à l'intérieur de l'HNN, une fois le service payé auprès de la "Perception". Au règlement des sommes, un reçu est remis au patient. C'est en possession de ces précieux "laisser-passer" que le patient (ainsi que ses accompagnants) peut accéder à l'intérieur de l'HNN après vérification faite par les gendarmes. L'entrée s'effectue soit au niveau du portillon des piétons soit au niveau du grand portail pour les personnes véhiculées.

En dehors des horaires d'ouverture de ces services, les week-ends, les jours fériés, les jours de grève et la nuit (18h30 – 7 h 30), les personnes arrivant à l'HNN peuvent accéder directement au service des Urgences et s'acquitter des sommes dues auprès du service de Perception qui se trouve également installé à ce niveau.

Lorsqu'on est admis à entrer³⁶ dans l'enceinte de l'HNN, un plan géant de l'Hôpital se présente au public. Il est, lui aussi, censé renseigner les arrivants. La mesure prise est, là encore, peu adaptée aux caractéristiques des populations auxquelles s'adressent ces informations. Outre l'analphabétisme évoqué précédemment, la représentation sur un plan vertical de la disposition dans l'espace des différents bâtiments abritant des services aux noms barbares n'est pas à l'abord du premier venu. Ce panneau placé là suite à la réhabilitation récente par la Coopération Française correspond à une certaine représentation du monde qui ne trouve pas forcément ici un public averti. Mais, au delà des particularités socioculturelles de la population nigérienne, comme le souligne Peneff (1992 : 23-24.), la situation de stress liée à un incident de santé jugé grave met en défaut les plus lettrés. Dans ce contexte, l'attitude immédiate du malade (ou blessé) et de ses accompagnants (on n'arrive en général pas seul à l'Hôpital) consistera à aborder un porteur de blouse pour obtenir des indications, ou à défaut le premier passant venu. A moins que l'un d'entre eux ne soit un habitué des lieux, les nouveaux entrants forment des petits groupes de personnes errant, allant d'un informateur à un autre. Cette quête d'information peut durer un moment.

D'une part, le lieu ou la personne recherché sont vaguement définis. On peut avoir une "connaissance", i.e. une relation sociale (ami), dont on ne peut donner que partiellement l'identité, on peut ne pas connaître son poste de service ou ses jours de travail. C'est souvent le cas!

D'autre part, aucun personnel dans l'enceinte de l'HNN n'est affecté à une tâche de renseignement du public, chacun vaque à ses occupations. Les indications sont données en vitesse et restent vagues. On n'accompagne pas les gens comme on le ferait en brousse pour mettre une personne sur la voie, ni comme le recommande le protocole d'accueil des malades (annexe au rapport annuel d'activités 1998 de l'HNN, cf. annexe 5). A la recherche d'un service de l'Hôpital, le patient analphabète, muni de son précieux papier, adopte une attitude humble et présente le "papier" en guise d'interrogation ("tira ne yaa!"). Le papier semble acquérir une grande valeur dès lors qu'on en ignore le contenu, qu'on n'en mesure pas la portée. Il participe au marquage de la frontière entre savants et ignorants et conditionne déjà le patient illettré dans le statut et le rôle qui seront les siens.

A l'arrivée des Urgences, les accompagnants ne sont pas relayés dans leur tâche d'assistance et de transport des malades et blessés. Ni les manœuvres dont c'est le rôle, ni d'autres catégories de personnel n'assurent ce travail qui, ailleurs, sont les signes (affichés et/ou réels) d'une prise en charge du patient (Peneff 1992). Il n'est de ce fait pas étonnant de

³⁶ Ce n'est pas toujours le cas puisque les gendarmes peuvent décider de refouler un patient, y compris lorsque celui-ci est en possession des "laisser-passer" comme ce fut le cas pour Aïssa .

constater très peu de différences, à ce niveau là, entre la situation d'accueil en fonctionnement normal de l'institution et la situation d'exception que constitue la grève. A l'HNN, la plupart des patients arrive donc sans recevoir d'assistance de la part des personnels de santé.

L'arrivée en voiture facilite grandement l'orientation car le conducteur peut se repérer aux panneaux de signalisation routière. Lorsque l'arrivée s'effectue en véhicule, la voiture (véhicule particulier, taxi, pompiers, policiers...) les dépose en général face à la porte d'entrée des Urgences. S'il s'agit des pompiers ou des policiers, ils portent (sur un brancard) ou conduisent le patient à l'intérieur, présentent le cas aux agents de santé de garde et repartent aussitôt.

Dans la majorité des cas, les malades s'acheminent eux-mêmes jusqu'au hall d'entrée, souvent en titubant, sinon en boitant ou en se traînant à terre pour parvenir jusqu'à la salle. Mais le plus souvent les malades rentrent aux Urgences très affaiblis et sont de ce fait assez passifs. En effet, dans de très nombreux cas, les malades ont attendu longtemps – volontairement ou non - avant de recourir aux services de l'Hôpital. Les accompagnants sont tenus d'aider leur malade et de ressortir aussitôt sur les injonctions du personnel soignant.

L'attitude des accompagnants est généralement humble, discrète, timide. Face au peu d'empressement du personnel, les gens sont le plus souvent patients, au sens premier du terme. Ils restent debouts, le papier à la main. Eventuellement prévenu du mauvais accueil lors du passage à l'aiguillage, on attend que quelque agent approche. Le doute sur l'attitude à adopter, sur ce qu'il conviendrait de faire et de dire, semble l'emporter sur l'urgence perçue de la situation. Sur l'invitation du regard, du geste ou de la parole, de la part d'une "blouse blanche" affairée, le patient s'installera sur une table d'examen où il sera tôt ou tard examiné. Les soignants examinent physiquement le malade en même temps qu'ils interrogent l'accompagnant. Suite à l'examen clinique, plusieurs cas de figure peuvent être envisagés. Le patient peut être :

- relâché (théoriquement lorsqu'on juge que l'état du patient ne nécessite pas de soins qui ne puissent être dispensés en dehors de l'HNN);
- maintenu en salle de tri (en observation, attente de résultats d'examen, attente de la libération de lits d'hospitalisation...);
- admis aux Urgences médicales sur un lit-porte (le cas nécessite une hospitalisation avec observation rapprochée, le patient est un "protégé", les autres services sont pleins);
- admis dans un service d'hospitalisation de l'HNN (pédiatrie pour les enfants, médecine B pour les adultes, service des brûlés...);
- transféré à la morgue en cas de décès.

Avant l'hospitalisation, les patients doivent effectuer des démarches administratives: paiement de la consultation à la perception, règlement du "prix du lit" (*daroo nooru* en zarma), paiement éventuel des frais d'examen... En outre, il faudra sortir de l'HNN pour payer les produits prescrits par le soignant sur la première ordonnance. Il se peut que les produits ne soient pas disponibles à la pharmacie ONPPC à l'entrée de l'HNN, dans ce cas il faudra prospecter les pharmacies ouvertes les plus proches, voire les pharmacies de garde s'il s'agit d'un jour férié ou qu'on se trouve en dehors des horaires d'ouverture. Ainsi la recherche des produits nécessaires au traitement du malade peut s'avérer très difficile. A moins, comme on le verra, de négocier...

A titre indicatif, le coût moyen en médicaments uniquement pour une crise de neuropalu est de l'ordre de 35.000 CFA. (coût recomposé à partir d'ordonnances). A cette dépense s'ajouteront les frais de consultation, d'examen et d'hospitalisation. Outre ces frais médicaux,

les patients devront régler les éventuels frais de transport vers l'Hôpital (taxi³⁷), assurer leur subsistance (nourriture) et leur confort (bassines, pot de chambre, nattes pour dormir...).

<u>Quelques tarifs:</u>		<u>Equivalence zarma</u>
La consultation	1.600 CFA	furyaη nooru ³⁸
L'hospitalisation (pour 15 jours)	11.000 CFA ³⁹	daru nooru
- aux Urgences		
- en catégorie 1	37.500 CFA	
- en catégorie 2	28.125 CFA	
- en catégorie 3	18.750 CFA	
- en catégorie 4	9.375 CFA	
- pour un lit dans une grande salle commune	2.100 CFA	
Radiographie	6.000 CFA	radia nooru / fota nooru
Echographie	5.000 CFA	radia nooru
Goutte épaisse	2.500 CFA	} kuro sambuyan nooru
Numération sanguine ou Groupe sanguin	3.000 CFA	

Compte tenu de ces prix, les sommes apportées par les patients sont souvent insuffisantes, ce qui pousse les accompagnants à "faire les courses", c'est-à-dire à sortir de l'HNN pour trouver les ressources financières complémentaires. Que ce soit pour ceux qui ont des connaissances en ville en faisant appel à des dons d'amis et de parents, que ce soit la vente de biens ou le recours à un emprunt, la quête de liquidités monétaires s'avère souvent laborieuse. Les ruraux, les "broussards" sont parfois obligés de retourner chez eux pour vendre un animal et réunir les sommes requises.

A la sortie, il ne faudra pas oublier les pourboires en monnaie ou en nature (médicaments non utilisés) à laisser aux différents agents qui se sont montrés compatissants (un manœuvre, un infirmier). Les frais s'accumulent, les "papiers" s'ajoutent aux papiers, qu'il faudra conserver soigneusement afin de pouvoir ressortir de l'HNN (preuve du paiement à présenter aux gendarmes de l'entrée).

Le parcours dans l'univers hospitalier apparaît ainsi comme une série d'étapes à passer, de franchissements de postes successifs. A chaque poste se trouve un agent de santé avec lequel il faut composer. Seule une connaissance dans la place peut faciliter la situation.

³⁷ Les frais de taxi pour ce type de courses sont en général plus élevés que les courses normales.

³⁸ *Furyaη nooru* en zarma ainsi son équivalent en hausa *kudin shiga* signifient littéralement "argent d'entrée". Les gens assimilent le paiement de la consultation à celui d'un prix d'entrée dans l'HNN. Cela est révélateur des nombreux malentendus qui sous-tendent les interactions entre usagers et agents de santé.

³⁹ A titre de comparaison, avec 11.000 CFA on peut acheter un sac de mil de 100 kg, qui sera consommé dans un mois par une famille de 5 personnes. Les salaires de base des agents de santé s'échelonnent de 20.000 CFA à 80.000 CFA environ.

Itinéraire-type d'un "protégé"

On opposera ici à l'itinéraire de l'utilisateur anonyme et commun celui du "protégé", c'est-à-dire une personne malade qui possède une connaissance dans l'Hôpital, ne serait-ce qu'un manœuvre. Cette connaissance permet justement de sortir de l'anonymat. Devenir quelqu'un à l'Hôpital, c'est y connaître quelqu'un et bénéficier de sa protection. Comparativement à un usager non introduit, pour le malade bénéficiant d'une connaissance dans l'institution, les démarches sont facilitées. L'intermédiaire prend à sa charge l'ensemble des interactions successives avec les agents en service. Sa connaissance des procédures lui permet justement de les court-circuiter. L'inter-connaissance agit comme de l'huile dans les rouages. Le cas d'Agali résumé ci-dessous est assez illustratif:

Agali (jeune touareg d'Agadez vivant à Niamey) est venu à l'HNN en compagnie de son ami (un élève stagiaire) qui y travaille et de son malade (un "promotionnaire" arrivé de Libye avec un bras cassé). Il se souvient avoir reçu un bon accueil sans délais d'attente grâce à son ami qui les a présentés partout (gendarmes, infirmier, médecin). Le malade ne parlant pas le français⁴⁰, Agali a servi d'interprète pour le médecin des Urgences. Ils ont fait une radio et puis on lui a dit de revenir tôt l'après-midi pour voir le chirurgien "en consultation d'urgence". Son ami l'a présenté à la secrétaire du chirurgien: "Pas de problème!" (la secrétaire). Lors de la consultation, le chirurgien a dit qu'il fallait couper le bras et puis ils sont partis pour réfléchir...⁴¹.

On constate la grande fluidité du parcours. Cela se traduit à chaque étape par un accueil plus aimable, un gain de temps (on peut se permettre de passer en priorité dans les files d'attente), une éventuelle gratuité des services (non paiement de la consultation, non paiement des médicaments ou de certains examens).

En fait, la qualité et le niveau de service fourni dépendront du statut relatif du demandeur vis-à-vis de l'agent à qui le service est demandé. Généralement, plus on est haut placé dans la hiérarchie de l'institution et plus le niveau de service auquel on peut prétendre faire bénéficier "son" malade est élevé. Un médecin n'a pas besoin de passer par l'Aiguillage, il s'adressera directement au service de l'HNN susceptible de répondre au besoin. Par exemple, la mère d'un colonel promotionnaire d'un médecin-militaire chef de service à l'HNN se voit conduite directement aux hospitalisations des Urgences. Elle est installée en chambre 1 (cf. chapitre III) où elle est examinée par un médecin titulaire. Tout est mis en œuvre, gratuitement, pour sa santé et son confort: draps pour le lit, climatisation, médicaments et examens, surveillance rapprochée de l'infirmier de garde, attention particulière lors des visites médicales quotidiennes, etc.⁴². Le tout sans aucune procédure administrative puisqu'elle ne sera pas officiellement enregistrée (observations aux Urgences médicales-septembre 1999).

Toutefois dans la majorité des cas, le malade ou son accompagnant n'est lié (par connaissance ou parenté) qu'avec un simple agent de l'Hôpital. L'efficacité de l'"itinéraire-bis" reposera alors sur la disponibilité de l'agent pour accompagner le malade tout au long de sa carrière hospitalière. Il suffit qu'un maillon vienne à sauter pour que toute la facilitation soit remise en question comme l'illustre le cas d'Aïssa.

⁴⁰ Le CES est zarmaphone et francophone. Le malade touareg ne l'est pas. Le soignant et le malade se retrouvent donc à n'avoir aucune langue en commun. Ce qui est un cas qui n'a rien d'exceptionnel!

⁴¹ Finalement, bien que le malade accepta le diagnostic, les accompagnants décidèrent d'attendre l'arrivée d'un parent du malade. La famille préféra recourir à un guérisseur qui proposait de guérir le bras sans toutefois lui permettre de recouvrir ses fonctions.

⁴² Un médecin coopérant m'a rapporté le cas extrême du parent d'un responsable de l'HNN dont les frais d'évacuation sanitaire par avion ont été pris en charge par l'HNN (lors d'une décision du conseil d'administration) bien que le cas ait été reconnu incurable.

Aïssa est mère d'un enfant de deux ans qui est tombé malade. Aïssa s'est rendue directement à l'HNN où elle a pu obtenir un rendez-vous en consultation avec un pédiatre. Le jour venu, le pédiatre consultant était absent. Par chance, elle a rencontré un parent médecin à l'HNN qui lui a arrangé un rendez-vous et l'a présentée à un autre pédiatre. Elle a reçu un très bon accueil et suite à l'interrogatoire, le pédiatre a prescrit des médicaments, un examen sanguin et lui a donné un autre rendez-vous. Faute de moyens, Aïssa a préféré faire l'examen sanguin dans un centre de santé privé moins cher que l'HNN. Deux jours plus tard, à son retour pour le rendez-vous, le gendarme posté à l'entrée lui a refusé l'accès à l'HNN malgré son papier de rendez-vous sous prétexte qu'elle a procédé aux examens à l'extérieur de l'Hôpital. Aïssa n'a pas pu voir le pédiatre. Elle est revenue une semaine plus tard mais celui-ci a refusé de la recevoir puisqu'elle avait manqué le rendez-vous donné précédemment. (source: entretien non enregistré en français avec Aïssa -juillet 2000).

Bien que la patiente était en possession du "laisser-passer" (le bulletin de rendez-vous pour une consultation), l'absence de soutien personnalisé lors de la seconde entrée l'a rendue à l'anonymat et mise sous la dépendance du bon vouloir de l'agent de sécurité en service ce jour là. Lors de sa troisième venue, elle s'est gardée de montrer le bulletin d'examen réalisé à l'extérieur et a pu passer l'étape de l'entrée, mais le pédiatre se sera vexé du rendez-vous manqué et lui aura signifié l'état des rapports médecin-patient en refusant de la recevoir.

On voit ici que posséder une connaissance ne suffit pas toujours, encore faut-il que cette connaissance s'impose physiquement tout au long de la chaîne. Il faut qu'à chaque niveau (l'accueil, l'entrée, la consultation, l'hospitalisation, les soins, etc.), cette personne présente le service demandé comme un service personnel à lui rendre au nom du lien qui existe entre les membres d'une même institution, et à charge de revanche. C'est la meilleure garantie de la qualité de service qu'elle puisse offrir à "son" malade.

C'est à partir de ces expériences propagées par le bouche-à-oreille que se construisent les représentations populaires des soins à l'Hôpital. Celui-ci n'étant accessible et efficace que pour quelques uns, on devine aisément que son image est plutôt négativement perçue par la majorité des usagers potentiels, qui de toute façon ont eu peu ou prou affaire avec des centres de santé qui fonctionnent globalement sur les mêmes principes.

Représentations populaires des soins à l'Hôpital et stratégies

"Dès que l'efficacité de la biomédecine est reconnue... elle prend place dans l'éventail des représentations et pratiques relatives à la sphère des effets, qui est précisément majoritairement organisée par le principe de l'efficacité." N. Sindzingre (1983).

Je n'aborderai pas ici les attentes et exigences des malades hospitalisés qui constituent ce que Caudill (1952) nomme la culture des malades mais plutôt l'opinion que se font en général les usagers de l'Hôpital.

Le service des Urgences proprement dit est mal identifié dans sa spécificité par les usagers. Il n'a pas une traduction très précise en langue vernaculaire, puisque on se contente de localiser dans l'espace et/ou le temps le bâtiment qui abrite le service. On parle plus facilement de l'Hôpital en tant qu'institution globale et des "maisons" (*fuyaq* en zarma) situées près de tel ou tel repère. Pour les Urgences, c'est "l'endroit où en va d'abord" ou encore l'arbre, un *garbey* (nom zarma) sous lequel se réfugient les accompagnants des malades en dehors des heures de visite, qui sert d'indicateur. Sous le *garbey*, on dort une bonne partie du temps, on y bavarde avec les autres accompagnants, on y prend le thé et les repas, on y passe souvent la nuit. Il arrive aussi que des malades y soient conduits dans l'attente d'une autre solution. Lorsque ceux-ci n'ont pas les moyens d'être hospitalisés et qu'ils doivent attendre un rendez-vous en consultation programmé dans la semaine, il est préférable de s'installer là plutôt que de retourner en ville si l'on n'y connaît personne. C'est le cas souvent des ruraux qui découvrent la capitale pour la première fois à l'occasion de leur incident de santé.

Ailleurs, c'est un autre repère accessible à des usagers analphabètes: "mango do" désignera le manguier situé dans la cour du bâtiment d'Urologie, "etajo do" désignera le bâtiment à étage de la Médecine B... Les noms ésotériques des spécialités médicales qui désignent les différents services abrités dans les nombreux bâtiments du site de l'HNN n'ont pas leur correspondant dans les langues vernaculaires contrairement aux arbres ou à certains lieux familiers (la mosquée, les toilettes...). L'espace hospitalier est ainsi recomposé et réapproprié par les usagers.

Si les Urgences ne sont pas l'objet d'un discours spécifique, c'est également parce que du point de vue des usagers ce service ne diffère guère des autres par lesquels il a fallu passer. C'est donc les soins à l'Hôpital qui sont relatés bien que les patients interrogés dans le cadre de cette étude soient tous passés par les Urgences.

L'Hôpital, comme les autres structures modernes de santé aux échelons inférieurs, est désormais intégré dans les alternatives thérapeutiques des malades et leur entourage face à un problème de santé. A ce titre, on se forme une opinion sur l'institution et ses agents. On y retrouve classiquement les difficultés d'accès aux soins, la mauvaise qualité de l'accueil et un système caractérisé par des privilèges.

Un difficile accès aux soins d'urgences

L'exemple des "taximan" et leur rapport aux blessés est assez significatif d'une montée de l'individualisme en milieu urbain et des difficultés d'accès aux hôpitaux en situation d'urgence: *"Lorsqu'on a un problème dans le quartier ou bien un accident sur la route, c'est très difficile de gagner un taxi. Les taximan refusent de prendre les gens en mauvaise santé"*.

Hamadou, lui-même ancien taximan, raconte comment un taximan a refusé de le prendre en voyant les convulsions qui animaient l'enfant qu'il portait dans ses bras. *"Si c'est un accident de la route, c'est pire! Les taximan ne s'arrêtent même pas car c'est trop d'emmerdements: le sang dans la voiture; l'absence d'accompagnant et le risque d'être accusé d'être l'auteur de l'accident (sinon, pourquoi tu vas l'amener si c'est pas toi qui l'a renversé), avec toutes les charges que cela implique, la vengeance de la famille, le paiement des soins, le risque d'être emprisonné; et le temps passé à l'Hôpital, tu ne gagnes rien!"*

Cela illustre bien une première difficulté perçue par les usagers des soins de santé d'urgence pour accéder aux structures sanitaires susceptibles de résoudre le problème de santé d'un malade. Il est clair que pour les ruraux, la difficulté ne se résume pas à trouver un taxi. Il leur faut le plus souvent d'abord partir dans un centre de santé qui se déclarant inapte à traiter le cas procèdera à une évacuation sanitaire s'il y a une voiture, si elle fonctionne, si le chauffeur est là, s'il y a les moyens pour mettre l'essence... série de "si" qui à mesure qu'elle s'allonge minimise d'autant les possibilités de procéder à un traitement dit "d'urgence". Le transport d'urgence pose souvent un problème crucial. Il est vécu comme une contrainte structurelle avec laquelle chacun doit tenter de se débrouiller selon ses aptitudes personnelles, ses moyens financiers (compte tenu des réticences des taxis en ville, il faut "motiver" le chauffeur, c'est-à-dire accepter son prix) et ses connaissances.

L'accès à l'Hôpital réglé, il faut encore accéder aux soins. D'une part, il y a le problème de la cherté des soins. D'autre part, l'Hôpital ressemble beaucoup aux autres structures sanitaires au Niger en ce sens qu'il est typiquement perçu comme un système de privilèges.

En ce qui concerne le coût des soins, le débours d'argent est perçu comme un obstacle important à l'obtention de soins: *"Hopital gonda taabi, za windo me ni ga bana nooru. Di ni koy, di ni mana no nooru, i sa zanka guna. Ba bora a ga bu no, di ni mana no nooru, i sa a guna. Yadinga di ba bora sinda baani, ni si koy hopital!"* (mère d'un enfant hospitalisé pour accident) : *"l'Hôpital c'est difficile. Dès l'entrée il faut que tu payes. Si tu y vas, si tu n'as pas payé l'argent, ils ne regardent pas ton enfant. Même si la personne va mourir, si tu n'as pas*

payé, ils ne l'examinent pas. Donc si tu as un malade, tu ne vas pas à l'Hôpital!". Le manque de ressources financières constitue donc un obstacle majeur au recours à l'Hôpital.

En outre, ce n'est un secret pour personne au Niger, *"si l'on ne veut pas être négligé, il faut gagner une relation"* (un usager). Derrière cette phrase c'est à la fois le problème de l'accueil qui est évoqué et une stratégie du "relationnel" qui est proposée. L'accueil des patients est l'un des problèmes récurrents évoqués par les usagers des structures sanitaires au Niger en général. Ce n'est un secret pour personne qu'à moins de connaître quelqu'un, les patients y sont généralement déconsidérés. A l'intérieur comme à l'extérieur de l'HNN, et plus généralement des structures de santé, gagner une relation privilégiée avec un agent de santé est une stratégie qui profite et que beaucoup de nigériens pratiquent. Cela entre dans un système socioculturel plus vaste qui se caractérise par la constitution de réseaux relationnels. Mais si le fonctionnement du système est connu de tous, ce n'est pas pour autant que chacun est à même de mettre à profit cette information. Là encore, on devine le privilège d'être urbain: en ville, il est plus probable d'être mis en contact avec un agent de santé (par connaissances interposées) qu'en milieu rural. De plus, un pauvre présente moins d'intérêt pour les membres d'un réseau d'inter-connaissances comprenant des infirmiers qu'un personnage possédant des ressources et susceptible de rendre aussi service à son tour. Enfin, tout le monde n'a pas les mêmes dispositions personnelles à se créer des liens.

Comme on l'a vu à travers l'itinéraire-type d'un "protégé", la connaissance d'un agent permet de bénéficier de réduction des coûts et parfois même de la gratuité des soins⁴³. Dans le cas contraire, on se rend à l'Hôpital en sachant que l'épreuve sera difficile. *"Hala ni si boro bey, ni ga taabi"* (*"si tu ne connais personne, tu vas fatiguer"*), ce qui laisse entendre que le patient devra faire face à des dépenses importantes et sans doute endurer d'inutiles souffrances. Il n'est pas rare en effet que lors de l'hospitalisation d'un malade l'infirmier de garde endormi refuse (*"a wonji, a go ga jirbi"*) de soulager les douleurs d'un patient: *"On n'a pas de médicament, on ne peut rien faire. Il faut attendre le docteur. Il faut demain."* (propos rapporté par un usager).

"Lorsqu'un enfant malnutri n'est pas amené par ses parents au dispensaire, c'est le plus souvent à cause d'une accessibilité physique, financière et humaine restreinte, et non seulement pour des raisons culturelles qu'on entend parfois invoquer." (Fassin 1990). Cette formule de Fassin résume bien le problème d'accessibilité évoqué par les usagers de l'Hôpital National de Niamey.

La question de l'efficacité : une confiance limitée dans la médecine hospitalière

Outre l'accessibilité, d'autres aspects sont à considérer. Les usagers de l'HNN interrogés (essentiellement des citoyens relativement informés par la rumeur et l'expérience personnelle) ont une confiance limitée en l'institution. Selon certains patients (d'après leur expérience), la médecine des blancs ne marche pas, en particulier pour les fractures dont le traitement est long, coûteux et parfois inefficace.

L'enfant d'Assibi a été renversé par un taxi qui l'a conduit de suite à l'HNN. Il avait des blessures ouvertes partout et la jambe cassée. Les gens de l'Hôpital l'ont plâtré. Cela n'allait pas, ils ont refait et refait. Après deux mois de traitement, la fracture de l'enfant n'était toujours pas remise. Pourtant, *"chaque jour l'ordonnance, chaque jour l'ordonnance!"*. Si bien que le père a décidé de faire sortir l'enfant pour le conduire chez un guérisseur. Celui-ci a permis à l'enfant de retrouver rapidement ses facultés motrices.

Le cas de l'enfant d'Assibi est somme toute assez courant. En ville, juste après l'accident, les personnes qui entourent le malade pensent le plus souvent à transporter celui-ci aussi vite que possible au service des Urgences de l'HNN où sont donnés les premiers soins. Il est toujours temps de faire marche arrière plus tard.

⁴³ Pour des développements sur la relation entre clientélisme et droit d'accès à la gratuité voir Berche, 1998.

Stratégie de sortie de l'institution : décharges et « évasions »

En ce qui concerne les fractures, les récits d'usagers, les propos des soignants (pour les "fractures fermées" précisent-ils) et l'examen du cahier des décharges des Urgences tendent à dire qu'il est intéressant de recourir au guérisseur plutôt qu'aux services de l'Hôpital. En 1998, on dénombrait 87 décharges dans le registre des Urgences médico-chirurgicales de l'HNN dont 67 (77%) avaient pour motif d'admission des fractures ou autres traumatismes des membres. La plupart de ces décharges sont signées le jour même de l'admission après les premiers soins, ou après la radio éventuellement et souvent avant l'hospitalisation. L'efficacité des guérisseurs ou "rebouteurs" (en français du Niger) dans ce domaine précis est assez largement reconnue. De nombreux patients s'y rendent d'ailleurs directement.

Une étude réalisée par des élèves infirmiers de l'ENSP en 1983 (Atikou Balarabé et Djibo Amadou, 1983) signale que les patients justifient leur choix du recours au "rebouteur" en mettant en avant la relation de confiance et l'accueil de celui-ci qui ne demande que le "prix de la sueur", la possibilité d'effectuer un traitement tout en restant dans son cadre familial à domicile et la surveillance post-traumatique effectuée par le "rebouteur". Ils évoquent en outre les aspects magiques et apprécient la moindre immobilisation.

Cas de Mohamadou, revendeur de céréales en gros au marché de Katako :

- "J'ai amené ma fille à l'HNN. Elle est tombée et s'est cassé le bras. La radio a montré une fracture d'un des deux os de l'avant-bras. On a signé un papier pour sortir que si on veut on revient si ça ne marche pas avec le guérisseur. Je suis allé chez le guérisseur avec la petite. Il n'a pas mis les bois pour faire l'attelle mais il a touché et soufflé avec la bouche en disant des paroles. Après une semaine c'était fini! Il a dit de payer ce qu'on peut. J'ai donné 1000 F CFA. Mais même si tu ne peux pas, tu t'en vas comme ça. C'est ça le vrai guérisseur!

- Pourquoi as-tu quitté l'Hôpital? C'est cher?

- Je ne sais même pas combien ça coûte. J'ai entendu parler seulement du guérisseur au quartier."

Cet autre exemple montre que contrairement à l'argumentation des institutions internationales de développement qui attribuent la désertion des structures de santé au problème du coût comparatif excessif des soins modernes (cf. introduction, contexte structurel), l'aspect financier n'est pas nécessairement déterminant dans le choix du recours aux guérisseurs. On voit là qu'une telle vision est très réductrice de la perception des clients. Le coût du traitement est abordé ici non pas en comparaison du coût à l'hôpital mais plutôt comme un argument illustrateur du "vrai" guérisseur comparé implicitement aux charlatans qui peuvent exiger des sommes pour leurs prestations. Au passage on remarquera que la "vitalité des médecines traditionnelles" en milieu urbain, soulignée par Dozon en 1987, semble toujours d'actualité.

En ce qui concerne le recours aux guérisseurs et autres rebouteurs, on pourrait regrouper, sans grand risque d'erreur, les "évadés" avec les signataires de décharge. Mais la démarche de la décharge nécessite la présence d'un parent lettré aux côtés du malade et les moyens de règlement pour les prestations reçues. Face à une facture qu'on s'imagine trop lourde, une solution médicale estimée trop longue ou trop incertaine quant à ses effets sur l'amélioration de l'état de santé, certains malades prennent la décision de sortir de l'Hôpital sans en avertir personne. Aux Urgences de l'HNN, les "évasions" désignent donc les sorties de malades sans règlement de la situation administrative et financière. Après une tentative infructueuse aux heures de service, ces malades valides pourront toujours échapper à la vigilance des gendarmes en profitant des horaires de visite.

Stratégie de prudence: "deux remèdes valent mieux qu'un"

Quand bien même de nombreux patients restent hospitalisés, cela ne signifie pas qu'ils aient confiance en la médecine scientifique. Il n'est pas rare que les patients aient recours aux traitements dits traditionnels vendus dans l'enceinte même de l'HNN que ce soit par des "guérisseurs", des "charlatans" ou vendeurs ambulants, ou bien même par des agents de santé

lors des heures creuses et sans la blouse... On cumule donc les médicaments de pharmacie prescrits par les agents de santé dans l'exercice de leur fonction et les traitements à base de plantes médicinales, histoire de maximiser ses chances de guérison et peut-être aussi de satisfaire l'entourage familial qui ne manquera pas de faire pression dans ce sens. C'est une pratique bien courante à laquelle on s'adonne parfois collectivement (une chambrée) lorsque les fournisseurs font la tournée (Moussa hospitalisé à l'HNN en chirurgie V). Le recours aux plantes médicinales au sein de l'HNN se traduit parfois tragiquement par un transfert d'un service de l'Hôpital vers les Urgences où l'on traitera le malade pour intoxication. Il convient de retenir que du point de vue des usagers la médecine moderne scientifique (*lokotoro kwara, anasaara safaro*) et la médecine dite "traditionnelle" (*boro bi safaro*) ne s'opposent pas nécessairement mais peuvent être perçues comme complémentaires voire supplémentaires.

Stratégie par défaut : être patient

A défaut de relations privilégiées, c'est-à-dire personnalisées, au sein de l'institution, la plupart des usagers pensent qu'il faut faire profil bas et se résigner à "avoir de la patience": "*kala suuru*" en zarma ou "*sai ankuri*" en hausa. Bon nombre d'entre eux, pauvres et sans relations, n'entrevoient aucune autre solution. Ceux-là sont engagés dans une situation sur laquelle ils n'ont pas de prise, une situation où ils savent être en position de dépendance, à la merci du bon vouloir de ceux qui savent, de ceux qui peuvent guérir ou contribuer à la guérison. L'Hôpital est ainsi et il faut bien faire avec, faute de pouvoir faire autrement. Lorsque l'HNN est le dernier espoir et le dernier recours parce que l'état de santé du malade ne laisse guère envisager d'autre solution, alors on est bien contraint d'accepter son statut d'anonyme, de corps malade. Il est difficile de faire valoir l'urgence de la situation de "son" malade lorsque l'on est personne dans l'institution. Le malade lui-même ou le blessé devra gérer le temps en fonction de son appréciation de la situation d'interaction, de la douleur, des accompagnants, etc. Cela se traduira le plus souvent par s'armer de patience.

Au delà du pouvoir des vivants, il y a la volonté divine qui décide du sort des malades. Quelle que soit l'issue de la maladie, il faut accepter son sort, attendre avec patience et s'en remettre à Dieu.

"Le docteur a tout essayé mais l'enfant est toujours vraiment dans le coma. Inconscient, le corps était tout chaud. Et je lui (au docteur) disais « Bon, qu'est-ce qu'on va faire ? ». Il dit de se patienter. Mon neveu, qui m'avait accompagné, pleurait déjà. Salla (la mère) aussi pleurait. Je les ai évacués. Je me suis dit comme l'enfant continuait à respirer ce n'est pas grave, je suis là, j'ai commencé par prier. Je me suis remis à Dieu." (Roger, usager des Urgences).

"*Kala suuru*" c'est aussi l'annonce faite par les soignants quand il faut informer la famille de la mort de leur malade. Face à l'inéluctable, quand l'heure est venue, il faut bien se résigner.

Au final, trois règles simples et généralement reconnues se dégagent des représentations et stratégies d'adaptation chez les usagers des Urgences interrogés: 1) connaître quelqu'un appartenant à l'institution est une garantie de qualité et de rapidité de service ; 2) faute de connaissance, il faut se préparer à déboursier beaucoup d'argent pour se faire soigner à l'Hôpital ("*kalde nooru boobo!*") ; 3) Il faut accepter son statut et savoir prendre son mal en patience.

Nous verrons par la suite qu'il réside toutefois une marge de manœuvre à travers la négociation avec le personnel de santé de l'Hôpital.

Représentations et attitudes des soignants vis-à-vis de la clientèle : catégorisations des patients et hospitalités différenciées

Nous avons vu à travers les itinéraires d'usagers au sein de l'Hôpital que les agents de santé se comportaient selon les deux types d'usagers premièrement distingués (les anonymes, les protégés). Dès son arrivée à l'entrée, le malade et ses accompagnants sont étiquetés. Les gendarmes et le gardien postés au grand portail sont les premiers à se faire une idée sur la personne. En fonction de leur appréciation, ils agiront de manière différenciée avec les clients. Les uns entreront en toute facilité sur leur bonne mine (voiture de haut standing, tenue vestimentaire luxueuse, aplomb...) tandis que les autres seront tenus de respecter au plus près les procédures (attente dans la queue à l'Aiguillage, Perception, présentation des papiers...). Les patients portent leur image, leur statut, d'un service à l'autre. Les jugements portés sur eux affectent l'ensemble des interactions successives ainsi que le traitement réservé à ces patients. Les premières évaluations qui conditionnent l'entrée du malade dans l'univers hospitalier vont le plus souvent être reconduites par les autres personnels de l'Hôpital bien qu'aucune communication ne soit établie entre ces différents personnels. Une sorte de culture des agents de santé se constitue sur la base de ces évaluations. Dans la catégorisation des malades qu'opèrent les soignants, critères techniques professionnels et évaluations morales sont mêlés. Aux critères généraux que l'on retrouve globalement dans la société s'adjoignent des critères plus spécifiques liés à une activité professionnelle donnée. Il conviendra de repérer des distinctions qu'opèrent systématiquement les agents de santé à l'égard des clients et de voir dans quelle mesure ils affectent le comportement professionnel.

Cas légitimes et illégitimes, bons et mauvais malades

L'évaluation des malades par les soignants du service des Urgences est pour partie basée sur des critères médicaux. La gravité ou l'urgence relative de l'état de santé de tel malade par rapport à tel autre est l'un des premiers éléments d'appréciation qui entre en ligne de compte dans le comportement des soignants. Cette catégorisation des malades est d'ordre professionnel. Le client qui arrive aux Urgences consulte-t-il pour des raisons chirurgicales ou médicales? En fonction de cette première distinction, le patient sera orienté vers un EM chirurgie ou un EM médecine (s'il y en a un).

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

Contradictoirement, des blessés ayant un comportement agressif pour lesquels il est parfois demandé l'assistance des gendarmes de l'entrée de l'Hôpital, des prisonniers accompagnés de policiers et des adultes blessés par coups et blessures volontaires ne rentrent pas dans cette catégorie. Une évaluation morale interfère déjà sur les critères techniques professionnels. Ces blessés sont classés parmi les « illégitimes », qui comprennent également les patients qui viennent aux Urgences pour des demandes jugées inappropriées: les "bobos" et autres affections jugées bénignes, qui auraient pu attendre jusqu'aux heures d'ouverture des autres services ou qui sont susceptibles d'être traitées dans des centres sanitaires de quartier: "*Même pour des maux de tête, les gens viennent.*" (un EM des urgences).

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

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

Les incidences de ces évaluations négatives sur l'accueil, la prise en charge et le traitement des patients varient selon les cas:

Les fausses urgences sont généralement négligées, on fait volontairement attendre longtemps le patient ou au contraire on s'en débarrasse rapidement en le grondant et sans procéder aux soins. On peut encore plus subtilement lui annoncer un coût de l'intervention de nature à le décourager.

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

Du côté des Urgences médicales, le contenu du travail médical diffère et d'autres critères professionnels interviennent dans la catégorisation. Des jugements implicites sont attachés à certaines maladies. Ainsi un malade souffrant de diabète sera jugé comme un "mauvais" malade car il entraînera une surcharge de travail pour les infirmiers (surveillance rapprochée de la glycémie chaque deux heures, injections d'insuline, travail social auprès de la famille pour insister sur le caractère indispensable de la dépense relative aux examens successifs); il sera perçu comme une source de stress et une cause directe de réduction du temps de sommeil. Il en va de même pour les personnes souffrantes et qui se plaignent mais atteintes de maladies pour lesquelles l'infirmier se sent relativement impuissant (sida présumé par exemple). A l'inverse, les "bons" malades ont des affections classiques, telles que la crise de paludisme, dont le traitement est connu et entre dans la routine infirmière.

D'autres éléments de catégorisation des malades relèvent plus d'une évaluation morale. J. A. Roth (1968) s'est attaché à démontrer que la clientèle de services d'urgence dans les hôpitaux est elle aussi catégorisée en fonction de jugements moraux effectués par les personnels de santé. Ces jugements auront un effet direct sur le diagnostic du praticien et le traitement à suivre. On peut ajouter que ces jugements affecteront l'accueil réservé au patient et plus globalement l'ensemble des interactions successives liées à ce patient. Bien qu'à l'arrivée du patient, le personnel des Urgences ne dispose que de peu d'informations sur leur client, des jugements relatifs à la "forme" morale du client, le caractère approprié de sa visite aux Urgences sont constamment réalisés et tout ce qui va suivre (diagnostic, traitement...) en sera affecté.

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

Les cas sociaux, patients protégés et broussards

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

Les cas sociaux

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

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

Certains malades chroniques n'ont d'autre choix que de vivre à l'HNN en permanence, ce sont des habitués. Un vieil homme asthmatique par exemple vit là depuis deux ans. A chaque crise, un membre du personnel des Urgences le met sous oxygène dans la salle de soins jusqu'à ce que cela aille mieux. "Ce sont des cas sociaux!".

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

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

Les "protégés"

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

Comme nous l'avons vu précédemment, certains malades possèdent des soutiens au sein de la hiérarchie de l'Hôpital, ce qui leur permet de bénéficier notamment de la gratuité des soins. Cela provoque souvent des sentiments et des réactions négatives des infirmiers à l'égard de ces patients privilégiés qui ont les moyens mais qui évitent de payer en passant par la hiérarchie : *"Celle de la chambre 1, elle est un peu aisée. Son fils est colonel. Elle ne va rien payer! Et c'est toujours ceux-là (les "protégés") qui nous embêtent!"* (un infirmier). Ce critère est plus spécifique aux Urgences médicales puisque les protégés ont le privilège de brûler l'étape de l'accueil dans la grande salle des Urgences chirurgicales. Habités à un certain confort de vie et des relations hiérarchiques avec le petit personnel, ces patients s'attendent à des prestations domestiques en plus des soins médicaux, ils ont tendance à être exigeants sur la qualité du service. De par leur relation avec la hiérarchie, ils sont en position de force vis-à-vis du personnel exécutant et représentent à cet égard une source de perturbation de l'ordre établi qui veut que les soignants dominent les soignés. Ils sont perçus comme des personnes plaintives qui nuisent à l'organisation du service et à la tranquillité de l'infirmier de garde. Il n'est pas rare qu'on manifeste de la mauvaise volonté, qu'on prétexte des contraintes à l'exécution des soins lorsqu'il faut s'occuper de ces patients: "on n'a pas le produit, il faut attendre le major", "la pharmacie⁴⁴ a refusé de donner le produit". C'est, à travers eux, à la hiérarchie qu'on en veut, la hiérarchie qui entretient le système des privilèges, la hiérarchie qui (au nom du recouvrement des coûts que l'HNN est censé mettre en application) gronde les exécutants qui soignent ou font soigner leurs malades gratuitement alors qu'elle leur ordonne de prendre en charge les siens. En outre, ces patients là sont précisément ceux qui bénéficient d'une aisance financière.

En fait le terme de "protégé" employé par les agents de santé subalternes est réservé aux patients liés aux supérieurs hiérarchiques. Je l'ai employé ici de façon extensive en l'appliquant à tous les patients bénéficiant d'une protection, de diverses faveurs quel que soit le statut hiérarchique de l'agent de santé. Les malades qui bénéficient de protection à de moindres niveaux viennent consulter à la sauvette auprès d'une connaissance ou d'un parent qui se trouve être en service ce jour là. Ils reçoivent également à titre gratuit un traitement immédiat (consultation et produits) mais ne sont pas hospitalisés dans le service⁴⁵. Ils sont bien considérés (contrairement aux premiers) et traités. Il s'agit de rendre service à un collègue et non d'exécuter un ordre venu d'en haut.

Les "broussards"

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

⁴⁴ La Pharmacie de l'HNN peut délivrer des produits à titre gratuit sur présentation d'un bon de la Direction. Mais l'agent à la Pharmacie se permet parfois de refuser pour manifester son désaccord avec les pratiques de la hiérarchie.

⁴⁵ Sauf les parents directs d'agents de l'HNN qui bénéficient officiellement de la gratuité de la prise en charge.

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

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

Comme le propose J. A. Roth (1968), il convient de préciser que certains critères se retrouvent largement partagés par la société, tandis que d'autres sont plus spécifiques au travail des agents hospitaliers. Malgré la séparation physique entre l'Hôpital et l'extérieur que j'ai précédemment soulignée, les critères mobilisés par les agents de santé pour procéder à la catégorisation des patients sont pour une bonne part des critères non spécifiques.

Les critères ethniques

A Niamey, zone essentiellement zarma et hausa (ethnies sédentaires), les ethnies nomades tels que les *Fulani* (Peuls) et *Buzu* ou *Bella* (ex-dépendant des Touaregs) sont souvent repérées pour ne pas dire marginalisées. Il faut noter qu'il y a très peu d'agents de santé du service des urgences issus de ces ethnies. Il est courant de constater des jugements stéréotypés à leur égard: "*Les Peuls, c'est toujours difficile avec eux*". "*Y a pas compliqué comme les Buzu !*". Ces préjugés exprimés à voix haute au niveau d'un service public de santé comme les Urgences se trouvent être largement répandus en ville. Ils sont très prégnants dans les mentalités. Sur ce point, la scène hospitalière est typique des représentations et de certains rapports sociaux qui prévalent au sein de la société nigérienne.

Les marginaux

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

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

J'ajouterai que d'une façon générale les critères de statut social (bas ou élevé) répandus dans la société nigérienne se retrouvent au niveau des structures sanitaires et notamment à l'HNN, où aucune règle claire ni déontologie (telles que des mesures luttant contre la discrimination raciale comme on peut en observer dans les hôpitaux américains par exemple) ne semble faire contrepoids aux préjugés et aux inégalités sociales. Les personnes disposant d'un statut élevé seront mieux accueillies que celles relevant d'un bas statut. Ainsi un homme habillé en grand boubou sera mieux pris en considération qu'un homme d'apparence pauvre et cela vaut bien au delà du cadre très étroit d'un service d'Urgences.

Combinaison de critères : les patients en situation aléatoire

La catégorisation morale des malades se complique si l'on considère que les critères généraux et spécifiques décrits plus haut peuvent se croiser, se combinant ou se contrariant.

Un malade peut basculer de la catégorie des cas légitimes à celles des illégitimes en fonction de l'heure d'arrivée aux Urgences (les soignants sont généralement fatigués ou endormis en fin de garde) ou des circonstances de l'accident. Ce fut le cas par exemple d'un policier victime d'un accident de la route et souffrant de multiples fractures ouvertes aux jambes. Le policier en civil, conduisait sa moto en état d'ivresse, et était accompagné d'une fille de la nuit. Un infirmier de garde procédant aux soins dit: *"Un policier! et père de famille! à cette heure dans les rues... Je n'ai pas de pitié pour ces gens-là"* (observations – nuit de garde, février 2000).

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

Les passages de malades d'une évaluation négative à une évaluation positive ont également lieu. Ainsi un cas considéré comme illégitime mais ayant une connaissance parmi le personnel soignant ou introduit par le bas (auxiliaires de santé) a toutes les chances d'être bien traité (accueil poli voire chaleureux, manifestations diverses du respect de l'individu). Dans ce cas le patient est passif, il bénéficie de sa relation privilégiée avec un agent qui œuvre pour lui. Mais il est aussi des cas où le patient peut être un acteur de ce changement d'étiquette. Un patient hospitalisé effectuant un séjour prolongé a de bonnes chances de nouer des liens de sympathie, de modifier l'image première que se sont faite de lui les soignants, de négocier son statut. C'est une marge de manœuvre ténue et des occasions à saisir qu'offrent des interactions répétées avec les mêmes agents des santé.

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

Le contrôle de la clientèle

Le contrôle de la clientèle est défini par Peneff (1992 : 88) comme *"un ensemble d'actes et de démarches comprenant des interventions physiques, des menaces, des propositions et des suggestions ayant pour effet de décourager certains individus et d'imposer aux autres un comportement modèle conforme au caractère médical du service et aux intérêts pratiques des agents"*. Il se traduit par une sélection des patients par les membres de l'équipe soignante de garde en fonction des critères évoqués plus haut.

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

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

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

Au cœur de cette interaction, on trouve l'attente imposée par les agents du service. Le client a alors le choix entre la révolte, la fuite et la résignation. Du point de vue des soignants, être un bon client, c'est être patient. La position de pouvoir des agents de santé est telle qu'elle leur permet de contraindre les clients un peu récalcitrants à se comporter selon la norme hospitalière donc à se soumettre au bon vouloir des premiers. Les règles de Roth (1968 : 853-855) concernant le contrôle de la clientèle par les personnels de service d'urgences se vérifient ici: 1) Plus il est facile d'éviter d'avoir à traiter des patients pauvres, moins les soignants ont intérêt à investir temps et énergie à instruire les clients à se conformer étroitement à leur idéal. 2) Plus les perspectives de temps des instructeurs sont longues, plus l'instruction (*training*) des clients est susceptible de prendre la forme d'efforts en vue d'une socialisation progressive dans la direction désirée ; plus les perspectives de temps sont courtes, plus l'instruction prendra la forme d'une coercition intentionnelle (donner des ordres) si les instructeurs ont un pouvoir suffisant sur leurs clients, ou bien la forme d'efforts subreptices mais immédiats pour les contrôler s'ils n'ont pas un tel pouvoir. Parmi ces formes plus subtiles de contrôle de la clientèle, on peut évoquer la minimisation des plaintes des malades: "Ça fait mal... c'est rien, c'est la douleur, ça va passer!".

On peut également déployer une activité de façade à l'égard des malades jugés illégitimes, on fait semblant d'avoir beaucoup à faire pour éviter un malade, une requête que l'on ressent mal (surcharge de travail, travail social, renseignements, perte de temps). Cela revient à jouer avec la perception du temps des patients et peut conduire par exemple les "bobos" à se décourager devant l'attente. Certains soignants choisissent d'annoncer d'entrée au patient le prix du soin de façon aussi à le décourager.

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

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

Les formes de contrôle sont diverses: mise à distance, infériorisation du patient, menace, insultes, recours à la force physique, déviation des demandes ou exigences des malades, etc. et souvent efficaces. Le revers de cette efficacité qui empruntent différentes modalités pour décourager les patients de sortir de leur rôle attendu, i.e. "être patient", est l'auto-exclusion que l'on constate dans les milieux populaires ou pauvres et qui se résume à la formule: "ne va à l'Hôpital que si tu ne peux pas faire autrement!".

Cela revient à conclure qu'un tel système de soins reconduit et prolonge à son extrême des inégalités sociales devant la maladie et la mort.

Négociations au quotidien

La pauvreté des échanges entre soignants et soignés dénote la séparation nette entre les deux mondes référents des acteurs. La vision médicale domine celle des profanes. Aussi négocier sa maladie est une marge de manœuvre bien faible du patient face au soignant.

La marge de manœuvre du client face au représentant de l'institution publique pour accéder à un service n'est guère plus grande, mais les possibilités de négocier existent. Compte tenu des réalités du fonctionnement de l'Hôpital, la plupart des interactions entre agents et usagers tournent autour de la négociation des services. Le service public de santé est en grande partie l'objet d'une privatisation par chaque agent, qui à son poste, dans la division des tâches qu'il a négocié, détient une parcelle de pouvoir. Qu'il soit réel ou fictif, ce pouvoir permet à chaque agent de trouver des subsides auprès de la clientèle. A l'HNN, le flux journalier des consommateurs de soins offre aux agents de nombreuses occasions de monétiser leurs services. Les négociations prennent diverses formes en fonction du contexte dans lequel elles s'inscrivent mais restent sous le signe d'un rapport inégal où le client subit plus ou moins fortement la domination de l'agent de l'Etat.

Mais toutes les interactions ne débouchent pas sur un terrain d'entente et si l'on prend par ailleurs en considération les caractéristiques des deux univers dont sont issus les acteurs des interactions sanitaires, on ne s'étonne guère d'y trouver de nombreux malentendus. La communication entre acteurs fonctionne mal: on se méprend sur le sens des paroles, des gestes et des attitudes de l'autre. L'interaction symbolique ne fonctionne efficacement que sur la base d'une culture commune qui ne s'établit que progressivement à mesure que les interactions se multiplient.

Négociations autour de la maladie

Une première approche de la négociation consiste, dans la lignée de la théorie de l'ordre négocié de Strauss, à lire la maladie comme une construction sociale négociée. Si, comme on l'a vu, la vision du soignant pèse particulièrement dans l'univers hospitalier, la vision profane de la maladie n'est pas totalement absente. Elle n'est pas sans incidence d'une part sur le diagnostic, et d'autre part sur le traitement. On peut étendre la notion de malade-acteur utilisée par Baszanger (1986 : 10) à propos des phénomènes de négociations autour des maladies chroniques à celle de "patient-acteur", pour intégrer les accompagnants dont on a vu l'importance dans le contexte hospitalier nigérien.

Dans l'interaction entre soignants et usagers des services de santé de l'HNN, on a vu que la vision du soignant tend à dominer. Le diagnostic est, théoriquement plus que pratiquement, la première confrontation en termes de visions du monde. Mais les visions du monde des profanes sont généralement effacées, en retrait, face au "médecin", détenteur du savoir. L'interprétation que les patients se font de la maladie n'intéresse pas les soignants. Elle est a priori jugée inopérante et inutile. Elle parasite l'identification de la maladie par le soignant. Aussi le plus souvent, les interrogatoires sont stéréotypés, orientés vers les affections les plus courantes, au risque de passer à côté du bon diagnostic. Il est seulement demandé au patient de répondre par oui ou par non.

Exemple d'une séquence-type de la relation médecin-patient lors de la phase de diagnostic (extrait de notes de terrain, observations / salle de soins des Urgences chirurgicales, novembre 1999):

- « Est-ce que l'enfant a eu de la fièvre?
- Oui
- Est-ce qu'il vomit?
- Non
- Est-ce qu'il tousse?
- Non

- Je vais faire l'ordonnance. Vous allez payer les médicaments. Donnez 2 le matin, le midi, le soir. Si ça ne va pas, vous revenez lundi en consultation. »

Le soignant interprète les réponses qui sont des symptômes et les traduit en diagnostic, puis en ordonnance. Le diagnostic n'étant pas révélé au patient profane, les échanges de vue sont très limités. La non révélation du diagnostic évite les éventuelles contestations. Un interrogatoire rondement mené peut être établi dans un temps moyen de 3 à 4 minutes. De fait, il n'est guère laissé d'espace à l'expression de la vision profane de la maladie. Sur ce plan, cela est conforme au "modèle d'intervention médicale" selon lequel le patient est supposé absolument ignorant, déraisonnable et incapable de comprendre quoique ce soit à la maladie (Freidson, 1984). Il est tellement éloigné des savoirs scientifiques qui fondent la médecine moderne: à quoi bon lui expliquer !? Il y a d'un côté le savoir du médecin (ou l'étudiant de médecine ou l'infirmier qui en ont les apparences), un savoir positif et efficace, et de l'autre l'ignorance totale. La culture médicale profane n'est absolument pas reconnue par le milieu professionnel, ni bien souvent par les patients eux-mêmes.

En outre, il faut noter qu'aux Urgences les soignants ont plutôt tendance au sous-diagnostic (on renvoie les malades jugés bénins, on "expédie" d'autres par des traitements de routine, on minimise les plaintes...), toute complication médicale semble perçue comme une charge de travail supplémentaire qu'il faut évacuer ou remettre à plus tard.

Contrairement à ce qui se passe en France ou aux Etats-Unis, le patient au Niger cherche rarement à influencer le type de traitement médical qui lui est administré. L'aura du médecin est telle que son jugement n'est quasiment jamais remis en question et que la moindre quête d'information concernant l'affection qui "frappe" le malade est jugée impertinente. Cependant il arrive, parfois, qu'un accompagnant force le soignant à aller dans son sens. Les uns insistent auprès des soignants pour obtenir la rédaction d'une ordonnance ou un médicament (cf. nuit de garde aux Urgences chirurgicales), d'autres recherchent l'obtention d'une hospitalisation de leur malade. Ainsi une mère, revenant pour la cinquième fois avec son nourrisson dans l'idée de le faire hospitaliser, a finalement obtenu l'hospitalisation de l'enfant malgré l'avis du soignant qui lui a accordée (sans doute pour se débarrasser de celle-ci), bien qu'il estimait que son état ne le nécessitait pas. Toutefois dans ce cas la négociation portait moins sur le diagnostic que sur le résultat qui est l'hospitalisation du malade.

Du diagnostic on passe à la phase du traitement dans laquelle la marge de manœuvre du patient (i.e. le malade et sa famille) s'accroît relativement puisque, dans l'hypothèse où celui-ci a pu acquérir les médicaments, il lui reste possible (si son état le lui permet) de réviser son avis sur l'efficacité du traitement. S'il doute ou juge le traitement inefficace, il pourra toujours biaiser avec les soignants pour éviter de prendre les médicaments ou bien adjoindre une médication à base de plantes médicinales pour augmenter ses chances de guérison (toujours de son point de vue).

Faute de moyens, le patient peut aussi décider de ne prendre qu'une partie du traitement (payer quelques médicaments de la liste ou bien tous les médicaments mais en moindre quantité), il est peu probable qu'un soignant le dissuade de faire ainsi. Tout au plus, il sera grondé de n'avoir pas acquis les produits nécessaires au traitement:

"Il faut payer les médicaments! Tu veux que le malade meure ?!" dit l'infirmier de garde à l'accompagnant qui revient de la ville sans les produits. Le lendemain, on fait appel à l'assistante sociale pour qu'elle fasse le nécessaire pour la prise en charge du malade. (notes de terrain, observations Urgences médicales – sept 1999).

On constate d'une part que la construction sociale de la maladie est évolutive au cours de la carrière du malade à l'hôpital et d'autre part qu'elle résulte des interactions qui s'y déroulent au cours du traitement. La confrontation des visions du monde y prend une place un peu plus importante qu'au cours de la phase de diagnostic. Elle aura une incidence dans le suivi du traitement et donc dans l'issue de cet accident de santé.

Négocier l'accès aux soins : l'incertitude du parcours hospitalier

Une autre approche de la négociation revient à aborder les relations entre agents de santé et usagers comme des rapports marchands caractérisés par des négociations privées au sein de la sphère publique et en même temps des rapports de force.

Paraphrasant Strauss (1992), il faut souligner que pour qu'il y ait négociation il faut des enjeux. Si le malade rencontrait effectivement une personne compétente prête à l'aider dans sa quête de santé, alors il n'y aurait guère à négocier. C'est par exemple le cas lorsque l'interaction a lieu entre un agent de l'Hôpital et un patient lié en tant que parent, ami ou connaissance. Dans ce cas, une relation préexiste à la situation d'interaction et les attentes des uns et des autres convergent. Nous avons face à face des protagonistes plutôt que des antagonistes. Il faut donc qu'il existe une certaine tension entre les parties. Cette tension naît du décalage entre l'offre médicale et la demande de soins.

Au sein de l'Hôpital, chaque professionnel poursuit ses objectifs propres, s'ils divergent de ceux des autres acteurs alors il sera nécessaire de négocier pour que chacun y trouve son intérêt. Strauss (1992) note que les diverses catégories d'acteurs seront amenées à négocier les unes avec les autres, notamment entre agents de l'Hôpital. Mais on s'intéressera surtout ici aux négociations qui s'établissent entre agents de l'HNN et malades dans le cadre limité du service des Urgences. L'enjeu d'une telle négociation est l'accès aux services de santé, non pas en tant qu'institutions mais en tant qu'actes médicaux, actes susceptibles d'améliorer l'état de santé des individus malades.

A l'HNN, la norme est d'être mal accueilli et mal traité. Lorsqu'un malade débarque aux Urgences de l'HNN, il espère être soulagé au plus vite mais ne s'étonne pas plus que ça de ne pas être "regardé" (i.e. examiné) car il sait son statut relatif. Sa marge de manœuvre pour être examiné rapidement par un personnel soignant, est ténue. Être bien accueilli et traité devient en quelque sorte un privilège à négocier. Ce qui se négocie, c'est le traitement social autant que médical de la maladie.

Si l'institution hospitalière publique est censée ramener tout malade à un meilleur état de santé, on observe dans la pratique des agents de santé de l'Etat qui agissent pour leur propre compte notamment en monétisant leurs prestations parfois au détriment de la santé du malade. Cette contradiction n'est pas un phénomène anodin ou rare, elle se produit régulièrement.

Bien sûr, il y a aussi des malades qui sont effectivement rendus à la vie normale en meilleure santé suite à leur passage aux Urgences, c'est-à-dire que l'HNN assure en partie le rôle qui est ordinairement assigné à une telle institution suivant une procédure normale (au sens de correspondant à la règle). Mais comme le dit Strauss (1992 : 98) "*autour des règles qui encadrent le fonctionnement de l'hôpital, il existe un immense espace de contingence qui dépasse celui couvert par les règles*". Si bien que le parcours hospitalier de tout patient est jalonné de zones d'ombre, des zones d'incertitude sur les démarches à suivre, les attitudes à adopter à chaque étape. Une fois entré dans l'institution, depuis l'entrée jusqu'à la sortie, tout acte, tout service est susceptible de faire l'objet d'une négociation.

De façon caricaturale on pourrait assimiler la position du malade dans l'Hôpital à celle d'un otage, et pas seulement pendant les épisodes de grève sans service minimum (où cela est particulièrement flagrant) car ce service minimum est justement ce qui est négocié quotidiennement: une entrée dans l'HNN (à négocier avec les gendarmes), un rendez-vous en consultation (négociation à l'accueil-aiguillage), un examen, un lit, un soin, un produit... Au delà du service minimum, il est possible pour quelques patients (les plus malins) de négocier à leur avantage, le non-paiement de la consultation, une réduction sur le prix d'une petite intervention chirurgicale (en jouant sur le coefficient K appliqué en fonction des types de soins) ou encore l'extension de la durée de séjour aux hospitalisations des Urgences.

Mais la négociation n'est pas nécessairement marchande, le service peut être négocié contre un simple acte de déférence, une reconnaissance du pouvoir de l'autre...

D'une façon générale, on peut retenir que plus l'urgence est pressante, le rythme des négociations élevé, la durée de séjour courte, la qualité des accompagnants et la complexité des questions négociées grandes, les ressources financières faibles, les alternatives à la négociation peu nombreuses..., et moins le patient se trouve en position favorable pour négocier. Le contexte de négociation est un élément important pour définir le rapport du patient vis-à-vis de l'agent de l'Hôpital avec lequel il négocie. Il constitue un environnement immédiat sur lequel le patient n'a pas de prise.

On a vu qu'une stratégie active du patient consiste à essayer d'établir un lien. Il est rare que le passage à l'accueil-soins des Urgences chirurgicales laisse au patient le temps nécessaire de sortir de l'anonymat. Dès lors que l'on est hospitalisé, les rapports ont plus de chance d'évoluer vers une relation personnalisée avec un ou plusieurs agents. La parenté à plaisanterie constitue une voie d'entrée privilégiée, de même que la causerie, les petits débours d'argent durant le séjour ou au moment du départ en signe de reconnaissance, le petit présent en nature (le restant des produits non utilisés) qui entretiennent l'amitié... sont autant de moyens de gagner une relation afin de recevoir un meilleur accueil et un meilleur traitement médical.

Si globalement les enjeux restent les mêmes quel que soit l'interactant auquel on est confronté en tant que patient, il n'est pas indifférent, selon la nature de ce que l'on négocie, de le faire avec un manœuvre, un infirmier ou un médecin puisque chacun occupe une position différente qui lui permet d'accéder à certains services et pas d'autres, chacun poursuit des objectifs particuliers et a des niveaux d'exigence différents. La nature de ce qu'on négocie auprès d'un agent dépend assez étroitement de la division du travail.

Ainsi auprès d'un manœuvre peuvent se négocier différents petits services tels qu'une intermédiation pour être en contact avec un médecin ou un infirmier pour une consultation, l'obtention d'un lit dans un service, la fourniture rapide des produits prescrits par le soignant qui sont nécessaires au traitement (médicaments ou petits matériels), un gain de temps (éviter les files d'attente), une réduction du prix d'un examen (ce n'est plus aussi facile depuis l'informatisation de la perception)... C'est essentiellement sur les apparences du pouvoir (apparences aux yeux des patients profanes) que les manœuvres sont en position de force dans la négociation.

Les infirmiers et les étudiants de médecine peuvent également faciliter ces divers aspects de la carrière de malade à l'Hôpital. En outre, ils ont en tant que soignants un pouvoir supérieur puisque ce sont eux qui dressent les ordonnances aux malades. Ils font partie de la catégorie à laquelle les patients sont les plus prompts à témoigner leur reconnaissance lorsque le malade sort en bonne santé (on leur donne les produits non utilisés ou un billet "pour la cola").

Les médecins sont peu présents aux Urgences. Leurs négociations se tiennent pour la plupart dans le cadre plus intime et discret de leur bureau de consultation. C'est là, selon les infirmiers, que les médecins consultants recrutent des patients qu'ils pourront examiner dans le cadre de leurs activités professionnelles privées, à l'extérieur de l'Hôpital. Ils sont, par ailleurs, seuls à se permettre de faire bénéficier de l'ensemble des facilités, en toute visibilité, à leurs protégés: gratuité des soins et traitements, chambre individuelle climatisée, service immédiat... Ce n'est pas une relation que l'on gagne sur place mais une connaissance antérieure qui permet d'atteindre ce niveau de facilités.

On est finalement amené à négocier avec des agents plus ou moins en rapport avec sa propre condition (statut, classe sociale, richesse...). Le riche commerçant n'a pas affaire aux manœuvres ni aux étudiants en médecine, il passe directement par un médecin titulaire. De même le paysan a plus de chance de se trouver en interaction avec un manœuvre avant d'atteindre les infirmiers et EM des Urgences. Le niveau de services que l'on est à même de

négocier va crescendo avec le niveau hiérarchique et social des agents avec lesquels on entre en interaction. Du point de vue des soignants, il est plus intéressant de s'occuper de personnes aisées (susceptibles de bien rétribuer le service ou de le rendre de quelque manière) que de pauvres. Une incidence de ce constat est l'allongement relatif du parcours qui permet d'accéder effectivement aux soins pour la grande masse des paysans pauvres. A priori, plus il y a d'acteurs intermédiaires, plus du point de vue du patient cela coûtera en temps (donc en dégradation de l'état de santé du malade) et en argent.

Formes de la négociation : extorsion douce, racket, arrangements

La position de force des agents de santé vis-à-vis des patients se traduit souvent par la prise d'initiative dans la négociation. Ce sont en quelque sorte des professionnels de la négociation. Ils savent ce qu'ils sont en mesure de proposer, pour quel type de client, où, comment, et avec qui l'obtenir.

Le cas de Seybou, Songhay de Tillabéri, illettré, employé de maison chez un coopérant, venu de Tillabéri pour accompagner son fils Morou souffrant d'une appendicite et devant être opéré en urgence en mai 1999, est assez illustratif d'une carrière négociée, à travers diverses formes d'interaction.

"Deux manœuvres sont venus chercher Morou. On nous a dit d'attendre à côté en tant que parents (j'étais avec la grande femme⁴⁶). Après 10 minutes, on nous a appelé. Ils ont pris le sang de Morou et dit de l'amener au Laboratoire. J'ai amené vite-vite! Avec le flacon et le papier, le type a dit il faut payer 6000 et 300 F CFA de timbre. J'ai payé. Ils ont pris le flacon, mis dans l'appareil. Et après 15 minutes, il a donné le résultat. Je suis retourné (aux Urgences) avec le papier et le reçu." (extrait d'entretien avec Seybou, juin 1999).

Les 6000 F CFA correspondent à la somme des examens de numération sanguine et de groupe sanguin, examens réalisés avant toute opération. Ils correspondent à la somme inscrite sur le reçu. Les 300 F CFA de timbre sont une taxe sur le service d'examen sanguin inventée par et pour l'agent. Un patient venant du milieu rural étant a priori peu ou pas informé des règles de fonctionnement de l'HNN est facile à duper. L'agent ne se serait peut-être pas permis de faire cela avec un patient de Niamey, plus au fait des règles de l'HNN. On voit ici une forme "d'extorsion douce", dans laquelle l'agent exploite l'ignorance du patient.

A un autre poste, une autre étape de la carrière du patient, d'autres agents de l'HNN sont en position d'exploiter à leur tour la situation. Une forme plus violente d'exploitation est le racket. Le même patient après l'opération se voit dans la nécessité de trouver au plus vite les produits indispensables au traitement post-opératoire:

"Après l'opération, je suis retourné chercher les produits de l'ordonnance. Morou disait n'importe quoi. Moi, j'ai eu peur. Il avait mal et voulait toucher à sa blessure. Ils l'ont attaché. L'infirmier a dit d'acheter des piqûres. A la pharmacie de devant, il n'y en avait pas. Donc, je suis retourné voir le médecin de garde. Il a dit: "bon, je vais voir un ami pour en gagner." J'ai dit "mais comment?". Il a répondu qu'il faut payer le même prix que la pharmacie. J'ai demandé l'ordonnance mais il a dit "y'en a pas!". Il a dit le prix. "Tu peux vérifier à la pharmacie, même s'ils n'ont pas le produit, ils vont te dire le prix". J'ai payé. Le lendemain, j'ai vérifié le prix à la pharmacie à l'entrée. C'est ça! En tout, j'ai payé une douzaine de sérum sans ordonnance⁴⁷. Puisqu'on a fait 5 jours." (extrait d'entretien avec Seybou, juin 1999).

La situation d'urgence accentue le rapport inégal entre soignant et patient. Elle donne la possibilité d'exercer un pouvoir coercitif. La vie du malade est devenue l'enjeu de la

⁴⁶ M. Seybou a deux femmes. La "grande femme" est sa première femme, la mère de l'enfant hospitalisé.

⁴⁷ Il faut comprendre : "sans reçu".

négociation. Les patients ne sont pas en mesure de choisir. "La bourse ou la vie !" est le message sous tendu par ce type de rapport⁴⁸.

A partir d'une telle expérience, au cours de l'hospitalisation du malade, libre au client de reprendre l'initiative pour la suite du traitement. Le prix est le même qu'à la pharmacie et il y a le déplacement en moins à effectuer:

"Il y avait un manœuvre gentil. Il venait chaque matin, demandait des nouvelles. Il part acheter les médicaments à la pharmacie à la porte (de l'Hôpital) pour moi et présente le cachet (c'est la garantie!). Mais si il était gentil c'était pas pour rien. A la fin, je lui ai donné 2000 F CFA." (Seybou, idem).

Tout est susceptible de devoir se négocier. Ainsi, plus tard, au cours de l'hospitalisation de Morou, on signifie à Seybou qu'il doit libérer la chambre. Il est vrai que le malade (post-opératoire) ne doit pas revenir en principe aux Urgences, mais Seybou a obtenu de son ami travaillant à l'HNN le privilège d'y retourner après l'opération.

" A un moment, ils ont voulu nous déménager. Le manœuvre m'a prévenu: "Wallaye, j'ai appris ça! C'est pas Morou M.?" J'ai dit "oui!".

"Il faut aller voir le médecin. Celui qui est en garde là, sinon on va vous faire quitter ici. Là-bas, qu'on va vous amener c'est trop pourri et puis il y a trop de pagaille"

- C'est ça qu'il a dit que "c'est pourri!"?

- C'est trop pourri. Oui!! Tu ne peux même pas manger là-bas [Rire].

Alors je suis parti voir mon ami médecin, il est de Tillabéri.

Le médecin m'a garanti qu'on peut rester. Il me dit "mais, là, c'est un jouet. Il voulait faire pour avoir des cadeaux. C'est-à-dire que si on dit "bon! On va changer." Le type va aller négocier et puis... Il voulait au moins que vous allez quitter pour mettre quelqu'un. Pour celui qui le négoce avec.. Les autres dans la chambre ont tous quitté!" (Seybou, idem).

Ici c'est autour de la règle déterminant la durée théorique du séjour aux Urgences médicales que se joue la négociation. Les 11.000 F CFA payés d'avance correspondent au coût d'une hospitalisation quelque soit la durée. "En principe, on ne fait pas plus de 48 heures aux Urgences médicales mais il arrive que ça dépasse!" (un IDE). En réalité, le dépassement se trouve être la règle plutôt que l'exception. Les séjours de plus d'une semaine ne sont pas rares. C'est au médecin chef (ou à son adjoint), durant la visite médicale, de juger de la nécessité de maintenir ou non un malade dans le service d'hospitalisation des Urgences. En leur absence, un agent de santé peut faire valoir auprès du client un manque de place fictif dans le service. Dès lors, le lit acquiert une valeur négociable. Pour le patient qui occupe le lit, un changement de service se solde par un nouveau paiement (2.100 F CFA au minimum) et une dégradation des conditions d'hospitalisation (dortoirs de 32 lits) et de surveillance médicale. Aussi il peut être avantageux de faire un petit débours pour garder son malade en place.

Ces expériences multiples sont autant d'occasions d'acquérir une connaissance du fonctionnement de l'HNN. Les bases sont posées et les rapports avec les agents peuvent prendre la forme d'accords tacites dans lesquels chacune des parties sait ce que l'autre est censé faire et quelles sont ses attentes.

De retour à l'HNN pour l'enlèvement des fils, le médecin avec lequel il avait rendez-vous étant absent, Seybou a négocié avec un agent de l'HNN pour qu'il fasse le nécessaire et écourter une déjà trop longue attente:

"Waato kaŋ goyo ban... J'ai enlevé 2 000 CFA, j'ai dit "bon, tu peux faire la cola!"

⁴⁸ J'ai pu confirmer l'existence de ces pratiques en expérimentant cette situation en tant qu'accompagnant d'un enfant présentant les symptômes d'une crise de neuro-paludisme et devant être hospitalisé dans un service de pédiatrie: "Voilà le lit. Donnez l'ordonnance. Bon, il faut placer un sérum tout de suite. On en a pas ici. Il faut aller à la pharmacie. Exceptionnellement je vous en cède un pour 2.500 F CFA mais demain il faudra aller à la pharmacie!" (janvier 2000 - extrait de journal de terrain). La tractation s'est déroulée à voix basse, dans le bureau du major, sous couvert d'un discours de service rendu aux clients.

Il dit "merci patron, merci, merci patron." [...]

- Mais comment tu as su que c'est ça qu'il veut?

- Je sais! Je sais. Parce que j'ai déjà vécu là-bas à l'hôpital. Je connais tous les... tous les tic-tac là-bas, je connais! Je ne suis pas nouveau. J'ai fait une semaine là-bas, presque dix jours ... donc... je vois tout ce qui se passe là-bas, hein!" (extrait d'entretien enregistré en français avec Seybou, août 1999).

Sur le plan médical, rien ne justifiait de faire revenir le malade à l'HNN pour faire enlever les fils. Cet acte simple aurait pu être exécuté au dispensaire ou à l'hôpital de Tillabéri. Le médecin consultant étant absent, c'est un infirmier ou un manœuvre (plutôt qu'un "docteur" comme le croit Seybou) qui a saisi l'opportunité pour empocher un "cadeau". Le passage du racket au cadeau de remerciement est subtil. C'est la formation des patients à la culture hospitalière qui permet d'inverser la prise d'initiative. On retrouve alors ici le langage codé de la corruption qui n'est pas propre aux services de santé mais s'applique à tous les services publics et que les usagers sont rapidement amenés à décoder en "gestes" à effectuer. Pour celui qui n'a pas compris ou n'en a pas les moyens, le prix à payer en termes de santé est extrêmement cher.

La négociation marchande entre patients et personnels de santé agissant à leur compte reste un trait caractéristique (mais non systématique) du fonctionnement courant de l'Hôpital et plus généralement des structures sanitaires au Niger. Mais les négociations ne prennent pas seulement la forme marchande. Les clients prennent parfois l'initiative de la négociation pour d'autres buts. Des accompagnants peuvent par exemple chercher à négocier leur présence auprès du malade en salle de soins, tenter de convaincre les agents de faire une exception en contournant la règle d'un seul accompagnant par malade, en faisant valoir la spécificité de leur cas.

"L'enfant allait un peu mieux. J'ai décidé à passer la nuit là-bas. Il y a une dame là, très sévère, elle a refusé. J'ai dit que je ne peux pas laisser l'enfant là. Elle dit c'est quelqu'un d'entre nous, soit la maman, soit c'est moi. L'infirmier de garde, il a pris une affection pour moi quoi. Une compassion. Il a dit que comme moi je m'exprime en français et que madame ne comprend rien de ça, donc il vaut mieux qu'il me garde, là, ça va l'aider. Et que la maman là, comme l'enfant est dans le coma et sous perfusion, il faut que quelqu'un soit auprès de lui pour garder. Et que moi entre temps, s'il y a des médicaments à prescrire, je peux faire les courses. Donc, il préfère que nous soyons les deux. Mais la dame refuse. Elle est partie appeler les gendarmes de venir m'évacuer. Le garde n'a rien fait et elle a fini par me laisser." (extrait d'entretien enregistré en français avec Roger, juin 2000)

De telles négociations prennent alors la forme d'ententes à caractère temporel. La contrepartie attendue est la discrétion et la collaboration du client (faciliter le travail des soignants).

Si à travers la négociation les parties parviennent souvent à s'entendre parce que chacun gagne à un accord, il arrive aussi que les interactions sanitaires débouchent sur des malentendus.

Opacité de la communication : malentendus, jeux de pouvoirs et conflits entre patients et soignants

"Dans la nuit, l'un des accompagnants, l'homme, est venu prévenir l'infirmier de garde que cela n'allait pas pour son malade. En arrivant dans la chambre le malade poussait un soupir et cessait de respirer. Tentative de réanimation, bouche à bouche, massage cardiaque... en vain. L'infirmier ferme les yeux du sujet alité. Sous les regards toujours interrogateurs des accompagnants, il leur dit de le couvrir d'un drap. Nous quittons la chambre suivis des accompagnants qui nous arrêtent pour demander "C'est comment?". L'infirmier déclare "il est décédé!". L'homme s'exclame alors "Allah wakbar!" et la femme se met ensuite à pleurer." (extrait de notes de terrain – août 1999)

Un EM conduit sur un chariot, des Urgences à la radiographie, une petite victime d'une fracture. Il faut traverser la cour et le soleil est au zénith. La grande sœur recouvre entièrement la fillette d'un pagne, lui couvrant la tête. L'EM retire le pagne. La femme met à nouveau le pagne jusqu'au-dessus du visage de l'enfant. L'EM sans un mot redescend le tissu au niveau du cou et poursuit sa route. (extrait de notes de terrain, jour de grève – octobre 1999).

Ces deux exemples anodins relatifs à la signification attribuée au geste de couvrir le visage d'une personne d'un tissu illustrent l'incompréhension qui marque bien souvent la relation entre soignant et usagers de l'HNN. Pour le professionnel, ce geste est l'acte symbolique qui marque le décès d'une personne, tout comme la clôture des yeux. Pour le profane, ce geste ne recouvre aucune signification particulière, c'est tout juste ici une protection contre le soleil, en d'autres circonstances contre les moustiques.

L'univers des soignants fait référence à des concepts bio-médicaux trop éloignés de ce à quoi la grande majorité des usagers est susceptible d'accéder. Si l'on considère le niveau d'analphabétisme au Niger (83 %), on prend un peu la mesure de la distance qui sépare les soignants des patients. Les attitudes des patients sont notamment liées à des représentations de la santé, de la maladie et de la guérison dont la complexité ne permet pas d'aborder l'étude ici⁴⁹ mais qui constituent leurs références pour l'action. Entre ces deux types de représentations de la santé et de la maladie, il y a un véritable fossé. Quand bien même, il le voudrait, l'infirmier peut difficilement remédier à ce problème. On l'a vu, ses capacités d'agent de liaison inter-mondes sont limitées.

Dans ce premier exemple, le malentendu n'a pas de conséquence importante. Nous avons vu qu'en d'autres situations, le fossé qui sépare les deux visions du monde peut avoir des incidences fâcheuses pour la santé des malades, comme le recours à une double médication (traitement prescrit par les soignants et préparations à base de plantes médicinales) dont j'ai évoqué les effets néfastes. En l'absence de communication efficace, le modèle même d'intervention médicale est remis en cause car le malade et son entourage sont actifs. Leurs représentations de la santé viennent interférer avec le message médical, y compris dans l'enceinte de l'institution sanitaire où l'on est censé mieux maîtriser le suivi du traitement, de telle sorte que les effets attendus s'en trouveront perturbés.

Outre les questions d'ordre médical, les malentendus peuvent graviter autour du fonctionnement de l'institution hospitalière. Les règles de fonctionnement d'un service public (règles officielles et contournements), la logique bureaucratique, les stratégies des agents de santé ne vont pas de soi. Leur compréhension nécessite un apprentissage par l'expérimentation, une initiation en quelque sorte. D'un côté, il y a des agents vivant quotidiennement cette culture hospitalière, ils possèdent un capital de connaissances qui leur permet d'évoluer aisément dans l'Hôpital. De l'autre côté, les patients, profanes, sont des usagers ponctuels qui transitent et ne perçoivent les règles que partiellement en décodant partiellement et progressivement les logiques qui gouvernent règles et attitudes. Les règles établies de longue date pour les professionnels restent mystérieuses pour les nouveaux usagers, les évidences qui font le quotidien des uns restent des énigmes pour les autres. De fait, la communication inefficace est pratiquement inhérente au système.

On peut avancer d'autres explications structurelles à ces malentendus. Le problème de la langue de communication est une cause de malentendus. Les personnes ne pouvant s'exprimer correctement ni en français (langage de l'enseignement et de la pratique médicale au Niger), ni en zarma (langue la plus courante à Niamey), ni en hausa (langue du commerce et du groupe ethnique numériquement majoritaire au Niger) auront toutes les peines du monde à exprimer leur plainte. Ce problème de la langue n'est pas nouveau. Il était déjà souligné comme une des difficultés de l'implantation de la médecine moderne en Afrique occidentale du temps de la colonisation française (cf. Bado 1996).

On peut encore évoquer le problème lié à la non-traduction immédiate et aisée des symptômes d'un système de sens à un autre. On a pu voir que les infirmiers sont mal armés pour jouer efficacement leur rôle d'agents inter-mondes (connaissance approximative des

⁴⁹ Je renvoie sur ce point aux ouvrages ou articles de Jaffré et Olivier de Sardan (1999), Luxereau (1987, 1989), Massé (1997), Zemléni (1982).

notions médicales, formation peu orientée sur la communication, bricolage conceptuel...) entre deux "mondes sociaux" (concept de Mead, in Blumer 1969).

Mais, il faut y ajouter le jeu des acteurs. Pour maintenir les rapports entre agents de santé et usagers que j'ai décrits, les premiers ont tout intérêt à conserver des zones de flous et garder les patients dans l'ignorance. Le manque d'information des clients profite aux agents surtout ceux qui bâtissent leur pouvoir sur les apparences.

Enfin, il arrive que les malentendus débouchent sur des conflits. L'interaction qui suit entre un EM et un patient touareg (du Nord Niger) montre que la conception des rapports entre agent de l'Etat et citoyen évolue.

"C'est parce que je suis touareg et que j'ai la peau blanche qu'on nous néglige! Je suis nigérien comme toi!" (l'un des accompagnant touareg de la malade s'adressant à un EM).

De telles attitudes de contestation et de révolte face à la négligence des soignants, interprétées comme des signes de discrimination ethnique ou raciale, ne sont pas uniques mais elles résultent d'une situation sociopolitique particulière. Les touareg du nord du pays ont pris les armes plusieurs années durant contre le pouvoir et négocié une paix en position de force vis-à-vis du gouvernement nigérien. Ils font valoir, carte d'ancien combattant en main, des droits gagnés par la lutte armée. Quand bien même ces conflits éclatent sur fond de malentendus, ils témoignent d'une évolution des rapports sociaux, de la modification progressive des représentations et des pratiques au sein de la société nigérienne. La scène hospitalière apparaît à ce titre comme le reflet du processus de changement social.

Mais si le malentendu semble être la règle plutôt que l'exception, le conflit ne naît pas seulement de malentendus. Les antagonismes entre usagers et agents de la santé recèlent des tensions larvées issues d'enjeux bien identifiés par les acteurs. Ces tensions dégénèrent parfois en conflit ouvert comme l'illustre l'interaction suivante sur le mode de l'altercation :

- Un jeune homme accompagnant: "Hey, madame, votre Hôpital, si c'es pas qu'on est obligé, on ne vient pas!"

- L'étudiante en médecine: "*To, il faut y aller en ville!*"

Certains patients, étudiants, intellectuels, privilégiés... ne sont pas aussi dociles que les broussards. La contestation se fait entendre même au sein de l'Hôpital. Les pratiques abusives des soignants à l'égard de la masse finit par entrer en dissonance avec le discours d'idéal démocratique qui est largement vulgarisé en milieu urbain.

Avec l'accroissement du niveau d'éducation, du niveau d'information sur ses droits, on peut s'attendre à ce qu'à l'avenir ces manifestations contre les formes les plus brutales du contrôle de la clientèle et l'exercice d'un pouvoir arbitraire qui apparaît de plus en plus illégitime viennent à s'intensifier. De l'autre côté, les agents de l'institution chercheront probablement à maintenir ce contrôle, peut-être sous des formes plus subtiles.

Conclusions et perspectives

La valeur heuristique de l'approche socio-anthropologique de l'univers hospitalier a déjà été soulignée par de nombreux chercheurs en sciences sociales. L'ethnologue en blouse blanche, selon l'expression d'Anne Vega (1997), se situe à la croisée des approches de la sociologie interactionniste et de l'anthropologie. Il bénéficie de méthodes et théories multiples qui permettent d'accéder aux pratiques, discours et représentations des différents acteurs. Une étude socio-anthropologique sur les interactions entre services de santé et populations donne l'occasion de découvrir les logiques d'acteurs qui sont mises en œuvre quotidiennement autour de la santé et de la maladie. C'est en cela qu'elle peut apporter un éclairage à la santé publique.

Cette étude dans un cadre urgentiste ouvre sur quelques réflexions générales.

Nécessité d'une réflexion spécifique sur les conditions d'accès effectif aux soins

Lorsque les soignants se plaignent d'avoir affaire à des moribonds qui ont trop attendus avant de venir et envisagent l'Hôpital comme dernier recours, ils touchent du doigt une vérité, en même temps qu'ils caricaturent à outrance les logiques thérapeutiques des patients, puisqu'il est vrai du point de vue de la majorité des usagers qu'aller à l'Hôpital est une décision à laquelle on se résout lorsque l'on n'a plus le choix face à une vie qui semble imminemment menacée. Les soignants, et plus largement les agents de santé, jusqu'aux plus hauts niveaux de l'administration, ont à l'évidence une grande part de responsabilité dans la situation présente. Les traitements différenciés, la discrimination sociale et ethnique, la violence des rapports agents-usagers, l'exploitation économique des patients, etc. sont le produit d'interactions sociales ; mais celles-ci sont largement déterminées d'entrée de jeu par un rapport inégal. Sachant l'accueil que l'on va recevoir faute de relations dans le système, la patience est pratiquement la seule arme du malade et de ses accompagnants. Les formes de domination et de contrôle sont diverses: mise à distance, infériorisation du patient, recours à la force physique, déviation des demandes ou exigences des malades, etc. Elles sont souvent efficaces en termes de contrôle de la clientèle. L'auto exclusion que l'on constate dans les milieux populaires ou pauvres se résume à la formule: "Ne va à l'Hôpital que si tu ne peux pas faire autrement!". Les populations riches quant à elles constituent la clientèle des centres de soins privés. Face à cette situation, la recherche d'une augmentation du taux de couverture sanitaire pour mieux satisfaire les besoins des populations semble ne répondre que très partiellement au problème de l'accès aux soins.

Un mur d'incompréhension semble avoir été dressé (on s'acharne même à l'entretenir) entre les acteurs de ces deux mondes aux langages et logiques différents. L'univers hospitalier accumule tous les aspects d'une institution totalitaire; clôturé et gardé, c'est une institution où règne la bureaucratie et dans laquelle l'individu n'a pas sa place. Le manque de communication y est flagrant, on n'écoute guère les malades, et on prête finalement peu d'intérêt à leur santé, les diagnostics ne sont pas révélés aux patients, aucune explication n'est donnée en réponse à l'angoisse du malade et de sa famille. Aux yeux de la population, l'Hôpital est devenu synonyme de mauvais accueil et de dépenses (l'ordonnance)..

Comme pour d'autres projets importés, ou devrait-on dire comme pour toute intervention planifiée, les principes de « détournement » et de « sélection » (ou appropriation sélective) sont appliqués par les acteurs sociaux (Olivier de Sardan 1997 : 133-134). Les projets de développement sanitaire ont bel et bien été détournés. Nous sommes bien loin (presque à l'opposé, suis-je tenté de dire) des objectifs de "la Santé pour tous en l'an 2000" affichés par les ambitieux programmes des institutions internationales. Les structures sanitaires pourront être plus nombreuses, mieux réparties sur l'ensemble du territoire pour compenser le déséquilibre urbain/rural, les personnels mieux formés techniquement, il n'en restera pas moins que la question de l'accès aux soins n'en sera pas pour autant réglée.

Violence thérapeutique, trait caractéristique du rapport hospitalier

Le cadre des Urgences est d'une certaine manière typique des rapports entre personnels et usagers des hôpitaux, maternités et autres centres publics de santé au Niger. La violence y apparaît comme un trait caractéristique. Cela conduit à poser la question des droits de l'homme dans cette société. Car finalement l'Etat contribue contradictoirement à renforcer les inégalités sociales devant la maladie. Les services de santé apparaissent comme l'instrument d'un pouvoir coercitif de petits fonctionnaires sur les populations, même s'ils restent un recours thérapeutique d'une efficacité globalement reconnue (puisqu'elle est intégrée à l'ensemble des stratégies thérapeutiques des malades).

Je rejoins volontiers Elliot Freidson (1984) lorsqu'il conclut qu'il convient de limiter l'autonomie de la profession médicale de façon à rétablir un plus juste équilibre des pouvoirs de décision entre les professionnels et les profanes (les usagers ou le public en général). Cette autonomie a certes favorisé les progrès du savoir scientifique mais elle a également empêché l'amélioration des modalités sociales de leur application, comme le souligne Freidson. Il est manifeste que l'auto-contrôle et l'auto-réglementation de la profession sont plus un mythe qu'une réalité. On l'a vu ici, le pouvoir du soignant est quasi-absolu, à la limite du pouvoir divin, dès lors qu'un individu s'est résolu à mettre son sort entre les mains de l'institution. Le soignant a le pouvoir de vie ou de mort. Pourtant si le malade vient à décéder on s'en remettra plus probablement à Dieu qu'à la responsabilité du soignant. Cette question de la responsabilité du soignant est rarement évoquée. Peut-on alors parler de « droits des malades »? On voit mal ici comment éviter les abus de pouvoir que ne manquent pas d'exercer les agents de la santé, toutes catégories confondues. Il n'y a dans les faits aucun recours pour la grande masse des analphabètes face à la violence imposée par les agents de santé qui manifestement s'emploient plus dans la santé pour les avantages sociaux que le secteur procure que par vocation. Tout cela nous fait mesurer la distance qui sépare les réalités du développement sanitaire au Niger (et ailleurs) des principes qui ont guidé initialement l'exercice de la médecine hippocratique. Aux côtés des capacités de jugement et à l'habileté du médecin, on valorisait les qualités morales (l'abnégation) de celui-ci. De la douceur qui selon Hérodote caractérisait la médecine grecque à l'exercice actuel de la médecine au Niger, il y a eu une longue évolution et un renversement de ce qui constitue la norme. On a vu croître l'importance accordée aux aspects techniques de ce qui est devenue une science appliquée au détriment des aspects plus sociaux et moraux (l'éthique).

Lorsque la violence thérapeutique se traduit par la mort des patients, la question de l'impunité des soignants émerge. On voit qu'ici, contrairement à la situation décrite par Penneff (1992), l'improvisation par le collectif ne débouche pas sur l'efficacité mais sur des dysfonctionnements graves. Au delà des comportements individuels de fuite et d'évitement, la responsabilité du sort des patients est collective et c'est à l'institution qu'il revient de l'endosser.

Des pistes pour l'avenir

Les résultats de cette étude n'apportent pas de grandes surprises, ils corroborent ceux d'autres études en cours dans différents pays d'Afrique de l'Ouest. Les descriptions du fonctionnement des structures de santé que faisaient B. Hours au Cameroun ou M-E. Gruénais à Brazzaville (Congo) ont de nombreux points communs avec celle que j'ai pu proposer ici pour le service des Urgences de l'Hôpital de National de Niamey. Une approche comparative permettrait sans doute d'accéder à des solutions globales relatives au développement sanitaire. Dans l'immédiat et sur un plan pratique, il conviendrait de faire des propositions puisqu'ici comme là-bas il y a des individus au sein des institutions de santé, des institutions de coopération, ou des ONG, etc., qui tentent d'améliorer la situation et ne cessent de buter sur des contraintes autant sociales et culturelles que techniques, matérielles et financières.

Freidson met l'accent sur l'environnement et les conditions de travail des médecins plutôt que sur la formation. Pourtant, l'absence des sciences sociales d'une part et de la

déontologie d'autre part dans l'enseignement de la médecine (en France, au Niger) me semble être une lacune importante à signaler et dont les conséquences sur le modèle d'intervention médicale sont non négligeables.

Comme le dit Fassin (1992), il s'agit de mettre en cause l'idée implicitement admise par les médecins et leurs patients que la médecine est simplement une "science biologique appliquée". En rétablissant le malade dans son rôle actif, en tant qu'individu acteur de sa maladie et de sa guérison, en lui accordant la place que le modèle d'intervention médicale lui nie, il semble possible de dépasser certains obstacles au développement sanitaire. Limiter l'autonomie de la médecine est certes souhaitable. En définir les conditions est une tâche à laquelle la sociologie et l'anthropologie peuvent contribuer. Si un même individu exerçant la médecine peut changer totalement d'attitude selon le cadre dans lequel il évolue (je fais allusion ici au comportement différencié des étudiants de médecine selon qu'ils sont en stage de médecine ou bien de chirurgie), il me semble important de prêter attention aux structures d'encadrement de la pratique médicale par des pairs.

On a vu que la domination des agents de santé et l'exploitation des patients qui en résulte repose souvent sur les apparences du pouvoir, on a vu que ceux-ci ont une préférence marquée pour les « broussards » plus dociles et moins informés des règles que les intellectuels. On peut en conclure que , pour tendre vers une relation moins déséquilibrée entre usagers et agents de santé, il serait nécessaire d'accroître le niveau d'information des populations sur leurs droits.

Au delà des strictes limites de la santé, les interactions observées ouvrent sur les modes relationnels qui caractérisent l'individu face à l'institution publique, le citoyen face à l'Etat, car la scène hospitalière est en bien des aspects un reflet de ce qui se joue dans la société, et des dysfonctionnements du secteur public au Niger.

Pour terminer j'insisterai sur un constat que me suggère la relecture de cette étude. Tantôt le trait est grossi: tous les malades ne sont pas des victimes et le personnel des Urgences de l'HNN sauve effectivement des vies ; tantôt la description est en dessous de la vérité, car tout ne se laisse pas observer d'une part et d'autre part le métier de sociologue implique, lui aussi, une mise à distance. Ne pas tomber dans un style sentimental, c'est tenter de traduire les faits observés dans un langage relativement neutre (bien qu'ici le parti pris en faveur des patients n'est pas caché). Mais les mots sont en deçà des réalités. Le mot « humiliation », noyé dans une phrase, est autre chose que le sentiment vécu.

Ouvrages et articles cités

Anthropologie de la santé et de la maladie - Journal des Anthropologues, 60 (1995)

APAD, 1999, Anthropologie de la santé, 17, Olivier de Sardan (ed.), Münster - LIT

Arborio A-M., 1996, Savoir profane et expertise sociale. Les aides soignantes dans l'institution hospitalière, Genèses, 22 (1996), pp. 87-106.

Augé M., 1977, Pouvoirs de vie, pouvoirs de mort, Paris, Flammarion.

Bado J-P., 1996, Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique. 1900 - 1960, Paris, Kathala.

Banque Mondiale, 1996, EPP 1994.

Baszanger I., 1986, Les maladies chroniques et leur ordre négocié, Revue Française de Sociologie, XXVII, (1986), pp. 3-27.

Berche T., 1998, Anthropologie et santé publique en pays Dogon, Paris, APAD-Karthala.

Blumer H., 1969, Symbolic interactionism. Perspective and method, Los Angeles, University of California press.

Faizang S., 1997, Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites de malades, Sciences Sociales et Santé, 15, 3, (1997), pp. 5-23.

Fassin D., 1992, Pouvoirs et maladies en Afrique, Paris, PUF.

Fassin D., 1996, L'essentiel c'est de participer. Démocratie locale et santé communautaire dans les villes du Tiers Monde, Les Annales de la Recherche Urbaine - Ville et Santé Publique - 73, (1996)

Fassin D. et Jaffré Y., 1990, Sociétés, développement et santé, Paris, Ellipses.

Freidson E., 1970, Influence du client sur l'exercice de la médecine, in Herzlich C. (ed.)

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

Ginzburg C., 1980, Le fromage et les vers, l'univers d'un meunier du XVIIe siècle, Paris, Aubier.

Goffman E., 1968, Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus, Paris, Editions de Minuit.

Goffman E., 1974, Les rites d'interaction, Paris, Editions de Minuit.

Héritier F., 1996, De la violence, Paris, Odile Jacob.

Herzlich C., 1969, Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale, Paris, Mouton

Herzlich C. (ed), 1970, Médecine, maladie et société, Paris, Mouton.

HNN, 1997, Bulletin d'information.

Hours B., 1985, L'Etat sorcier. Santé publique et société au Cameroun, Paris, L'Harmattan.

Hours B., 1989, Les soins de santé primaires comme objet des sciences sociales, in Jeannee E. et Salem G. (eds), Urbanisation et Santé dans les Villes du Tiers Monde. Transition Epidémiologique. Changement Social et Soins de Santé Primaires, Paris, ORSTOM, pp. 283-295.

Jaffré Y. et Olivier de Sardan J-P. (eds.), 1999, La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'ouest, Paris, PUF.

Jaffré Y. & Prual A., 1993, Le corps des sages-femmes, Sciences Sociales et Santé 11, 2, (1993)

Kanafani-Zahar A., 1999, Le risque au quotidien: l'ethnologie de la survie dans Beyrouth en guerre, Journal des Anthropologues - Situations de violence - 76, (1999), pp. 33-48

Lebreton D., 1995, Anthropologie de la douleur, Paris, Métailié.

Luxereau A., 1987, Perception de la santé et de la maladie chez les hausa de Maradi, in Retel-Laurentin A. (ed), Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles, Paris, l'Harmattan, p.135-144.

Luxereau A., 1989, Le corps vivant, la santé, les remèdes à Maradi (Niger), in Jeannee E. et Salem G. (eds), Urbanisation et Santé dans les villes du Tiers Monde. Transition Epidémiologique. Changement Social et Soins de Santé Primaires, Paris, ORSTOM, (1989), pp. 319-331.

Malinowski B., 1963, Les Argonautes du Pacifique occidental, Paris, Gallimard.

Massé R., 1997, Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux, Anthropologie et Sociétés, 21, 1

Olivier de Sardan J-P., 1984, Les sociétés songhay-zarma (Niger-Mali) - chefs, guerriers, esclaves, paysans..., Paris, Karthala.

Olivier de Sardan J-P., 1997, Anthropologie et développement, Paris, APAD – Karthala.

ONU, 1999, Bilan commun des pays (CCA)

Peneff J., 1992, L'hôpital en urgence, Paris, Métailié.

PNUD, 1998, Rapport National sur le Développement Humain – Niger

Raynaud C., Le privilège urbain: conditions de vie et santé au Niger, Politique Africaine, 28, (1987), pp. 42-52.

Raynaud C, Inégalités économiques et solidarités sociales, in Fassin D. et Jaffré Y.(eds), 1990, pp. 136-154.

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

Schwartz O., 1993, in Anderson N., Le Hobo, 1993, Paris, Nathan, pp. 265-305.

Strauss A., 1987, Qualitative analysis for social scientists, New York, Cambridge University Press.

Strauss A., 1993, La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme, Paris, L'Harmattan. Logiques sociales.

UNICEF Madagascar, 1997, Projet de revitalisation de 6 CSI à Tananarive.

Véga A., Les infirmières hospitalières françaises: l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles, Sciences Sociales et Santé, 15, 3, (1997), pp. 103-130.

Zempléni A., Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique, Archives des sciences sociales des religions, 54, 1 (1982), pp. 5-19.