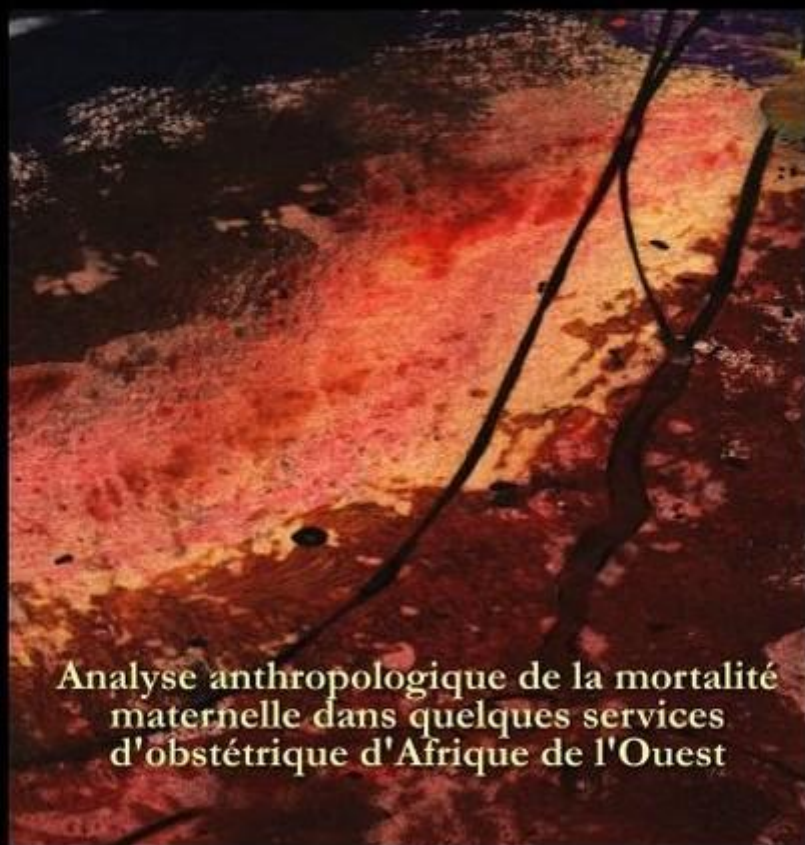


Yannick Jaffré

Yveline Diallo Patricia Vasseur
Chrystelle Grenier-Torres

LA BATAILLE DES FEMMES



Analyse anthropologique de la mortalité
maternelle dans quelques services
d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest

Editions Faustroll

CNRS
UNITÉ MIXTE INTERNATIONALE
LABORATOIRE ENVIRONNEMENTS - SANTÉ - SOCIÉTÉS

YANNICK JAFFRÉ
YVELINE DIALLO - PATRICIA VASSEUR
CHRISTELLE GRENIER-TORRES

LA BATAILLE DES FEMMES

ANALYSE ANTHROPOLOGIQUE
DE LA MORTALITÉ MATERNELLE
DANS QUELQUES SERVICES D'OBSTÉTRIQUE
D'AFRIQUE DE L'OUEST

ÉDITIONS FAUSTROLL
DESCARTES
2009

Ce travail a été effectué
dans le cadre du programme AQUASOU
(Amélioration de la Qualité des Soins Obstétricaux d'Urgence)
financé par le Ministère Français
des Affaires Étrangères et Européennes

Publié avec le concours du WHEP
(Women Health Education Programme)

<http://whep.info>

ISBN 2-915436-17-7

Edition originale

©2009 Editions Faustroll
Descartes

Dépôt légal : janvier 2009

« Je vous avais mandé le plus heureux et le plus singulier accouchement ; une mort affreuse l'a suivi ! »
Voltaire, *Correspondance*, 10/9/1749,
à la mort d'Émilie du Châtelet

AVANT-PROPOS

PR. CHRISTIANE WELFFENS-EKRA ¹

CE livre est issu du « volet anthropologique » du programme d'amélioration de la qualité des soins obstétricaux d'urgence (AQUASOU) réalisé sous l'autorité de la Société Africaine de Gynéco-Obstétrique (SAGO) et financé par le Ministère français des Affaires Étrangères.

L'une des originalités de ce programme de « recherche-action » fut d'avoir été réellement pluridisciplinaire. Pas uniquement « sur le papier » comme cela est trop souvent le cas. Mais « en acte », en articulant des améliorations techniques, le recueil de données quantitatives et des approches qualitatives. Comment d'ailleurs parler de « qualité des soins » sans lier la clinique, l'éthique et le social ?

Cet ouvrage, concernant un des volets de ce vaste programme, témoigne de l'importance des sciences sociales à la fois pour décrire

¹Présidente de la Société Africaine de Gynéco-Obstétrique

le réel des accouchements et la manière dont, diverses pratiques sociales et professionnelles construisent le risque obstétrical et partant néo-natal. En cela il voudrait être un utile instrument de travail pour ceux qui souhaitent analyser leur propre service ou former des personnels de santé.

Cet ouvrage, ne condamne pas. Il respecte aussi l'anonymat de ceux qui ont courageusement accueilli ces étranges fureteurs que sont les anthropologues. Ce livre renvoie simplement à nous tous qui travaillons dans le domaine de la santé maternelle et néo-natale, une image précise des lieux où nous évoluons.

Il ouvre ainsi les yeux et cette réflexivité est essentielle. En « surlignant » ce que sont nos routines l'enquête anthropologique nous incite à transformer nos pratiques.

Certes, rien n'est simple. De vastes englobements politiques, une gestion des carrières, des salaires souvent insuffisants expliquent une certaine lassitude et un découragement des personnels. Par ailleurs, ce qui s'observe dans le domaine de la santé se retrouve dans bien d'autres secteurs. Mais à l'hôpital, et c'est ce que montre cruellement cet ouvrage, on meurt de ce qui, ailleurs, ne représente qu'un tracàs supplémentaire.

Cet ouvrage souligne que l'on peut mourir de peu : l'absence d'un agent d'entretien, la défaillance d'une machine, un geste médical oublié ou négligé. Il souligne ainsi la complexité et la diversité des enchaînements causals construisant le risque.

Cependant, si les variables sont multiples elles ne relèvent pas du domaine du hasard ou de l'imprévisible.

Cette diversité des causes renvoie à divers ensembles comme l'organisation des soins, la coordination entre les services hospitaliers, le respect d'une éthique professionnelle.

Ces domaines sont connus. Mais la description anthropologique leur donne un sens et une réalité concrète. Elle donne un contenu précis à nos études statistiques. Ceci permet, non seulement de mieux comprendre, mais aussi de définir des actions « en prise directe » avec le réel des situations que nous souhaitons améliorer.

Et c'est pour cela, que la collaboration entre les disciplines médicales, l'épidémiologie et l'anthropologie est essentielle.

Enfin, ce livre donne, « au-delà des nombres » un visage aux morts maternelles. Comment lire cet ouvrage sans imaginer des situations, ressentir l'inquiétude, entendre des cris, imaginer des douleurs ?

Cet ouvrage est accessible à tous. En phrases simples, il évoque les actes mais aussi les difficultés et les contradictions des personnels de santé, leur difficile rencontre avec les parturientes et leurs familles.

Et parfois on se dit qu'il suffirait de peu pour que des vies soient sauvées...

INTRODUCTION

ALAIN PRUAL¹

Où est le M dans Santé maternelle et infantile ? C'est par cet article resté célèbre que le monde scientifique, puis rapidement le « monde du développement » prennent conscience que la mort d'une femme qui donne la vie est encore une réalité quotidienne dans les pays en voie de développement.

Jusqu'à cette période, les programmes dits de « santé maternelle et infantile » (SMI) n'avaient pour seul objectif que la survie de l'enfant, la femme enceinte n'étant alors prise en compte qu'en tant que mère « porteuse d'un fœtus » puis femme responsable de la survie de son enfant.

Par une ironie de l'histoire, le « recentrage » sur la question de la mort maternelle peut être considéré comme le résultat d'un combat

¹Docteur en Médecine, docteur ès Sciences, Coordinateur du Programme AQUA-SOU pour le ministère français des Affaires étrangères

féministe de la décennie 1970-1980 valorisant la femme autrement que par son seul statut de mère. Femme, elle est aussi à prendre en compte spécifiquement dans l'acte d'enfantement. C'est ainsi que paradoxalement - et bien que les options idéologiques soient différentes - le combat féministe a incité la communauté internationale à s'intéresser aux femmes sous l'angle de ce qui reste encore aux yeux de beaucoup d'hommes et même de femmes leur principale fonction : la reproduction.

La « santé de la reproduction » devient un des thèmes majeurs des programmes de développement après la « Conférence internationale sur la Population et le Développement », au Caire en 1994, qui marque un tournant majeur entre autres dans l'approche de la santé et du développement. L'accès pour les femmes à des « services de santé qui leur permettent de traverser en toute sécurité la grossesse et l'accouchement » est reconnu comme un droit. Pourtant ce droit est encore bafoué chaque jour.

Mais, où en est-on 20 ans après la première « Conférence mondiale sur la Maternité sans Risque » (Nairobi, 1987) qui marque le véritable début du combat contre la mort maternelle ? De façon synthétique, on pourrait dire qu'on sait maintenant combien meurent, de quelles pathologies elles meurent, pourquoi elles meurent mais...elles meurent toujours en aussi grand nombre, du moins en Afrique subsaharienne ! Ces progrès indiscutables dans la connaissance scientifique n'ont donc pas encore eu de conséquences positives, à ce jour, pour les femmes africaines. Ou si peu.

Sur cent femmes africaines enceintes, une meurt de sa grossesse ou de ses suites (jusqu'à un an après l'accouchement) (1/100). Une femme africaine sur sept (1/7) de causes liées à une grossesse alors que ce chiffre n'est heureusement qu'un sur deux mille cinq cents (1/2500) pour une femme européenne. La probabilité de mourir est donc 70 fois plus élevée pour une femme d'Afrique que pour une femme d'un pays industrialisé. Vastes données, et bien entendu, il ne s'agit ici que de chiffres moyens qui masquent d'énormes disparités, en particulier, entre riches et pauvres, urbains et ruraux, éduquées ou non, pays stables et pays en crise.

Trois facteurs principaux expliquent cette énorme différence : le nombre de grossesses, l'âge à l'entrée dans la vie reproductive et l'accès à des services de santé reproductive de qualité.

Quand une femme européenne a, en moyenne, 1,6 enfants, une femme africaine en a 5,2 multipliant évidemment le risque de mourir d'une grossesse. Cette fécondité élevée est largement la conséquence de la pauvreté. Les enfants sont une sécurité pour les parents. Dans un contexte où il n'existe ni assurance sociale, ni assurance chômage, ni retraite, ils sont la garantie de ne pas mourir de faim à l'âge où on ne peut plus travailler. Par ailleurs, la forte mortalité infanto-juvénile et des jeunes adultes dans des pays à haute prévalence du VIH, « oblige » les femmes à mettre au monde de nombreux enfants pour espérer que quelques uns survivent à l'âge adulte.

La demande pour les méthodes modernes d'espacement des naissances reste donc faible en Afrique subsaharienne. À cette faible demande s'ajoute les difficultés des services de santé pour offrir un choix permanent de méthodes modernes et fournir les prestations adéquates, garantissant sécurité et confidentialité.

En 2008, ce sont seulement environ 9% des femmes (mariées) d'Afrique de l'Ouest qui utilisent une méthode contraceptive moderne quand ce sont de 50% à 60% dans la pourtant très catholique Amérique latine, et 30 à 40% en Asie. Et pourtant, il semblerait que lorsque les femmes sont bien informées et que les services de qualité existent, l'utilisation de la contraception moderne puisse progresser en Afrique sub-saharienne. Ainsi, 60% des zimbabwéennes, 24% des rwandaises, 20% des ghanéennes utilisent ces méthodes. Par ailleurs, les Enquêtes Démographie et Santé, réalisées périodiquement (5 ans) dans tous les pays africains sur des échantillons représentatifs de population, révèlent que les « besoins non satisfaits » en matière de planification familiale avoisinent les 30%.

De plus, les femmes africaines entrent très jeunes dans la vie reproductive - en moyenne à 19 ans - mais, malgré les lois et les efforts de plus en plus significatifs des gouvernements, diverses normes incitent les familles à marier des filles à peine pubères, parfois à 12 ans. Or le mariage est associé à la grossesse...

L'urbanisation se développant rapidement en Afrique, la pression familiale et le contrôle social diminuent tandis que l'accès des jeunes aux médias augmente. La situation est alors caractérisée par d'autres complexités.

L'entrée dans la vie sexuelle, y compris hors mariage, le manque d'information des jeunes et la difficulté d'accès à des méthodes modernes de contraception et de protection aboutissent à de nombreuses grossesses non désirées. Les conséquences sont évidentes. L'interruption volontaire de grossesse étant interdite dans la grande majorité des pays africains les jeunes filles recourent à des avortements clandestins réalisés dans des conditions d'hygiène déplorable, conduisant bien souvent à la septicémie et à la mort. On estime que 14% des décès maternels en Afrique sub-saharienne sont la conséquence directe des avortements provoqués.

Médicalement, la principale cause de décès maternel (21%) est l'hémorragie de la délivrance et du post-partum. Pourtant, cette pathologie pourrait être évitée, dans la plupart des cas, par une prise en charge correcte de la troisième phase du travail et, lorsqu'elle survient, par des soins appropriés. Le manque de sang et de ses dérivés aggrave cette situation. L'éclampsie, plus difficile à prévenir, mais relativement facile à prendre en charge et en plus avec un coût faible, continue à être responsable de 13% des décès maternels. La dystocie peut être facilement dépistée grâce au suivi du travail par un outil simple et quasiment gratuit, le partographe (diagramme de suivi de la progression du travail). Son dépistage doit entraîner des actions bien standardisées allant jusqu'à l'extraction instrumentale (forceps, ventouse) ou chirurgicale (césarienne). On estime que 5% des grossesses au moins nécessitent une césarienne si on veut seulement sauver la vie de la mère et jusqu'à 15% pour sauver aussi celle de son fœtus. Or, le taux de césarienne varie de 2% en moyenne en milieu urbain africain à ... 0% en milieu rural. L'infection, autre cause majeure de décès maternel (8%), pourrait être facilement évitée par des mesures d'hygiène simples et peu coûteuses, y compris lorsque l'accouchement se fait à domicile. Or, 50 à 70% des femmes continuent à accoucher à domicile, même dans certains milieux urbains.

Pour expliquer ce « monstrueux échec » que représente cette surmortalité de femmes (et celle de leurs nouveau-nés), la santé pu-

blique, appuyée par le discours des personnels de santé, a recours à des explications « techniques » : manque de moyens, manque de formation, manque de personnel qualifié, pauvreté et, le pire de tout, l'ignorance ! Car, bien entendu, on part du principe qu'une femme analphabète ou peu scolarisée est ignorante ! Et c'est tellement plus facile, et surtout confortable, d'expliquer cet échec des États et de leurs services de santé par l'ignorance des « populations » et la pauvreté !

Pourtant, depuis une quinzaine d'années, le travail en profondeur entrepris par certains anthropologues francophones, dont certains co-auteurs de cet ouvrage, en collaboration avec des « experts » d'autres disciplines (épidémiologie et santé publique en particulier), a ouvert une voie nouvelle pour l'analyse de cette situation dramatique.

En effet, pour qui veut ouvrir les yeux et les oreilles, la réalité est toute autre. Bien sûr, on ne saurait ignorer que la pauvreté joue un rôle majeur et que l'analphabétisme contribue de façon importante à la surmortalité en Afrique sub-saharienne. Toutes les statistiques le prouvent.

Mais, justement, « au-delà de ces nombres », pour reprendre le titre de l'ouvrage de l'OMS sur les techniques de l'audit en santé maternelle, il existe une série de facteurs humains qui pavent le chemin vers la mort maternelle.

Fruit d'un travail pluridisciplinaire de longue haleine, c'est ce que décrit ce remarquable ouvrage qui devrait devenir le livre de chevet de tout acteur de la santé maternelle dans les pays en voie de développement. Car, si l'expérience relatée et analysée ici est basée sur des études menées en Afrique sub-saharienne, dans le cadre du Programme pluridisciplinaire AQUASOU, financé par le ministère français des Affaires étrangères, elle est probablement tout aussi valable pour d'autres continents. Partout la mort maternelle résulte certes de pathologies mais aussi d'un agencement entre une certaine organisation du travail, un rapport inter-humain, et la volonté – ou pas - d'agir pour l'autre.

ANTHROPOLOGIE, ESPACES TECHNIQUES DE SOINS ET RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

YANNICK JAFFRÉ ¹

CHAQUE année, 200 millions de femmes sont enceintes et, parmi celles-ci, plus de 500 000 décèdent. L'Afrique subsaharienne représente 47,2% de ces décès ² ce qui signifie que globalement – et bien qu'il existe d'importantes variations selon les pays, les milieux urbains ou ruraux et les statuts socioculturels des familles – le risque pour une femme de décéder de causes liées à grossesse est de l'ordre de 1 000 pour 100 000 naissances vivantes. Plus concrètement encore, pour ne prendre que deux exemples, dans cer-

¹Anthropologue, Directeur de Recherche CNRS, UMI Environnement, Santé, Société. Enseignant à l'EHESS (Marseille). Membre du WHEP (Académie des Sciences)

²Pour ces données, nous renvoyons globalement à l'ouvrage, précis documenté et comportant une large bibliographie, publié par l'OMS (2004).

tains pays comme le Mali ou le Niger, plus de 3000 décès maternels sont attendus par an, et si en Europe de l'Ouest une femme court 1 risque sur 3200 de décéder pour des raisons liées à la grossesse ou à l'accouchement, ce risque est globalement de 1 pour 12 en Afrique (Ouédraogo & al. 2002, Des Forts 1996).

Pour répondre à cette situation, certaines actions, comme les programmes de planification familiale, se situent « en amont » et tentent d'éroder la terrible « règle des trop » - trop d'enfants, trop tôt, trop tard et trop rapprochés – où la mortalité trouve largement son origine. À l'évidence ce travail est indispensable. Mais il est toujours difficile d'agir sur des conduites sociales, comme la fécondité, la nuptialité ou les pratiques d'avortement, la sexualité correspondant toujours aux agencements divers, complexes et changeants de multiples dimensions juridiques, sociales, religieuses et affectives. En ce domaine, comme cela fut le cas en Europe, de larges dimensions économiques, politiques et culturelles constituent, sans aucun doute, des leviers indispensables pour transformer des relations de genre et induire une baisse de la fécondité (Perrot 1998).

D'autres approches, complémentaires des précédentes, ont préféré se focaliser sur l'accès et la qualité des soins et sur les « facteurs modifiables » que sont – ou seraient (?) - les pratiques des personnels de santé.

Espérant ainsi être plus directement utiles, ces programmes portent l'action au cœur même des services obstétricaux et se proposent d'en comprendre les dysfonctionnements afin d'en améliorer l'efficacité¹.

Les larges approches « en population » notamment par la planification familiale ou, de manière plus « ciblée », dans les services sont certes complémentaires. Mais, parce qu'elle limite le domaine d'inter-

¹ Ce travail a été accompli dans le cadre du programme AQUASOU (Amélioration de la Qualité des Soins Obstétricaux d'Urgence) coordonné par le Dr Alain Prual, et grâce à un financement du Ministère français des Affaires Étrangères (MAE).

Cet article a, par ailleurs, bénéficié d'une lecture critique et des suggestions du Dr Luc de Bernis. Nous l'en remercions. Cela ne signifie aucunement qu'il partage nos idées ni qu'il puisse être tenu pour responsable de nos éventuelles erreurs.

vention, une recherche et une action sur la qualité des soins peuvent - à priori tout au moins - sembler plus simples. En effet, les causes médicales des décès sont connues - hémorragies 27%, infections 14%, HTA 13%, dystocies 9%, avortement 16% - et l'on sait aussi ce qu'il faudrait faire pour les éviter : césariennes de qualité, usage de sulfate de magnésium, hygiène de l'accouchement, dépistage, transfusion. Autrement, et fort simplement dit un grand nombre des décès maternels pourrait être évité par une amélioration du fonctionnement des services de santé qu'ils soient de base ou « de référence » (Pruval 2004 & 2008).

Mais, force est malheureusement de constater que ces actions - impliquant une continuité dans les décisions et leur mise en œuvre concrète (gardes assurées, cohérence des références, disponibilités des produits, etc.) -, ne sont que trop rarement effectuées.

Il faut évoquer, bien sûr, le poids de vastes concomitances comme les dysfonctionnements de l'État ou l'importance de déterminations « lourdes » comme le manque de crédits et l'absence de cohérence des politiques locales. Mais il s'agit aussi de la façon dont ces dimensions s'incorporent dans des conduites et prennent sens dans des contextes spécifiques. Comprendre implique de se garder de limiter le raisonnement à une trop simple consécution : « les moyens ne permettent pas un travail cohérent »...

Il faut porter plus loin le questionnement et expliquer, depuis les pratiques quotidiennes, l'écart entre ce qui devrait être fait - et que, la plupart du temps, les personnels savent faire - et ce qui malheureusement est réalisé¹. Concrètement, il faut aller plus avant dans la compréhension des conduites des acteurs et l'analyse des dysfonctionnements des services.

Quelques études de sciences sociales (Jaffré & Prual 1994 ; Jewques 1998, Jaffré & Olivier de Sardan 2003) ont permis de dresser un premier état des lieux. Elles soulignent notamment l'importance

¹ Ainsi une ancienne étude réalisée en milieu hospitalier, souligne que 85% des décès seraient évitables au CHU de Donka (Keita N. & alii, Journal of gyne Obst.Biol. Repro, 1989, 18 :849-855). De même la notion de « mortalité maternelle évitable » permet justement de quantifier l'écart entre le possible et le réalisé.

de pratiques de corruption liées aux contraintes sociales des personnels des services de santé.

Tout ceci est indispensable pour que les mots désignent le réel des pratiques. Mais ces études sont encore trop générales pour qui souhaite comprendre les raisons de faire – ou de ne pas faire – certains gestes de soins et les multiples façons dont ces décisions conjuguent des dimensions médicales et sociales. Bref, il faut bien, prudemment et « en dernière instance », s’interroger sur la place d’une certaine forme d’intentionnalité dans ces pratiques mêlant variablement diverses catégories morales (se sentir responsable, compatir, négliger, vouloir bien faire...) aux effets discordants de multiples agencements administratifs et techniques.

Nous espérons ainsi passer comme nous y invite Howard S. Becker du « pourquoi (qui) semble appeler une “bonne” réponse qui ne souffre d’aucune faille ou incohérence logique (...) au comment qui invitait les gens à inclure dans leur réponse ce qu’ils estimaient être important pour l’histoire, que j’y eusse pensé de mon côté ou non » (2002 : 106).

Cette posture soutient cet ouvrage qui a pour but de documenter empiriquement **comment se construit, au jour le jour, la mort maternelle dans quelques services obstétricaux de référence en Afrique de l’Ouest**¹.

Autrement dit, et parce que l’horreur impose la lucidité, nous avons décidé d’analyser selon une approche qualitative, scientifiquement rigoureuse, comment un ensemble de pratiques, une certaine organisation du travail et une manière spécifique d’être au monde social construisent la mortalité maternelle dans les services de santé obstétricaux de référence.

¹ Nous avons respecté la règle du « no name, no blame ». Pour d’évidentes raisons éthiques, nous ne citerons pas ici les pays et les services et hôpitaux d’Afrique de l’Ouest où nous avons travaillé. Soulignons de plus, qu’il ne s’agit pas ici d’instruire ce qui pourrait ressembler à un procès des personnels de santé, mais de comprendre une situation qui lie les deux acteurs – soignants et parturientes – de ce drame. Nous remercions donc anonymement mais très sincèrement ceux qui nous ont permis de réaliser ce travail.

Matériel et méthode

Ce livre est construit autour d'enquêtes. Elles en sont « le cœur et la raison », mais aussi le « garde-fou ». « L'enquête c'est le nom que porte dans une science historique le droit des constats empiriques à s'opposer, quel que soit le principe théorique qui lui permette de s'exercer, à une théorie qui dispose de moyens exorbitants ou, en tout cas, plus insidieux [que] dans une science expérimentale, de réduire les « faits » à des faits de langage » (Passeron, 1996, 123). Mais précisons, plus encore, ce que contient notre ouvrage.

Il regroupe tout d'abord (chapitres 2, 3 & 4), des résultats d'enquêtes collectives qui se sont déroulées sur trois sites. Ce qui représente une période de travail de quatre mois, tous les jours et, de manière à observer une grande diversité de situations de soins, dans des circonstances et contextes variables (jour *versus* nuit, semaine *versus* week-end, dans différentes équipes de soin, en présence *versus* absence du chef de service, etc.).

Concrètement, nous avons utilisé un système d'observation complexe permettant de suivre « en continu » et en « parallèle » les conduites de l'ensemble des acteurs construisant le drame : parturiente, famille accompagnatrice, l'ensemble des personnels de santé concerné, et éventuellement d'autres intervenants apparemment plus « périphériques », comme des personnels administratifs, des vendeurs de produits pharmaceutiques ou des chauffeurs de taxis.

Pour cela, nous nous tenions en permanence dans les salles de travail et d'accouchement. Nous pouvions ainsi suivre, enregistrer et parfois chronométrer les conduites médicales qui s'y déroulaient. D'autres enquêteurs restaient à la porte de manière à respecter la pudeur des parturientes mais aussi à observer leur arrivée dans le service et les interactions qui se jouaient entre soignants et leurs accompagnants.

À cette équipe revenait aussi la charge d'interroger les familles et les « proches » des femmes sur leur perception des soins ou leurs difficultés au décours de cette situation.

La mise en relation de ces diverses scènes d'un même drame a constitué un ensemble d'études de cas « en acte ».

Enfin, nous avons participé aux réunions de service, et les avons enregistrées, ce qui nous a mis en situation d'observer comment ces évènements humains et médicaux étaient « commentés scientifiquement ». Ceci nous a permis d'étudier comment ce que nous avons observé était « traduit » dans un langage médical, ce qui aux yeux des soignants était important, mais aussi ce qu'ils dissimulaient à leurs responsables et à leurs collègues. Autrement dit, à quelles règles et finalités obéissait cette mise en narration particulière qu'est l'histoire médicale d'un cas.

Le travail présenté ensuite par Patricia Vasseur correspond, quant à lui, au suivi durant une période de quatre années d'une « cohorte » de jeunes sages-femmes. Disons-le simplement, il s'agissait ainsi de comprendre quels « facteurs » ou situations socioprofessionnelles transformaient, en très peu de temps, une étudiante motivée en une sage-femme « découragée ».

Ici encore les observations se sont déroulées au plus près du « banal » et dans le maximum de circonstances. Par ailleurs, l'appartenance de Patricia Vasseur à la profession de sage-femme lui a permis d'observer très finement un ensemble de gestes techniques et de développer une certaine connivence professionnelle avec « ses collègues » par ailleurs sujets de ses observations.

Cette conjugaison d'une proximité professionnelle, d'un regard technique et d'un partage d'expériences confère à ce texte une grande finesse descriptive et ouvre à des dimensions peu accessibles à un anthropologue non formé à l'art obstétrical.

Globalement, la posture, partagée par l'ensemble des auteurs, a permis d'observer *in situ* des interactions entre les parturientes, leurs familles et les personnels de santé et de comprendre ainsi le « cours ordinaire des choses » (Farge 1994) des conduites des acteurs. Autrement dit nous avons observé « le quotidien ». Ce qui se passe quand justement il semble ne rien « se passer » d'extraordinaire du point de vue des soignants : la vie dans ses routines et ses « régimes de basse intensité » (Veyne 1996).

Cette approche qualitative correspond à plusieurs modèles théoriques liant « le raisonnement sociologique » à son contexte (Passeron 2006). Qu'il suffise ici de citer la « description dense » visant à

décrire et analyser l'enchevêtrement des actions et les significations que leur accordent leurs auteurs (Geertz 1998) ou celui de la micro-histoire s'attachant à repérer les structures invisibles selon lesquelles les vécus des acteurs sont articulés (Levi 1989).

Bien sûr, sur tous ces « terrains », l'ensemble des propos prononcés lors des accouchements, des réunions techniques ou des entretiens avec les divers acteurs a été enregistré, traduit et transcrit *in extenso*. Ces « terrains » sont donc « revisitables ». Leurs évolutions pourront éventuellement être analysées et nos actions qualitativement et quantitativement évaluées.

Enfin, en guise de conclusion, Chrystelle Grenier-Torres s'attache à faire un état des lieux et à ouvrir sur des pistes de recherche.

Les dimensions sociales et organisationnelles de la mortalité maternelle

Nous allons maintenant présenter, de manière thématique, les principaux résultats de ces travaux de terrain. Mais, avant de le faire, il nous faut, tout d'abord de manière globale, évoquer ce que les programmes - qu'ils soient de recherche ou de développement - évoquent souvent comme étant le « contexte ». Terme « paresseux », puisque loin de ne rappeler qu'un vague environnement, ce terme désigne, en fait, un ensemble de variables qui, fautes d'être intégrées et travaillées dans le champ de l'analyse, n'apparaissent qu'en périphérie de l'étude. Bref, le « contexte », c'est simplement ce que nous n'avons pas encore pris le temps d'étudier.

Et pourtant, ce qui est ainsi forclos des réflexions et calculs détermine, souvent bien plus que nos fugaces et fragiles projets, les conduites des acteurs. Disons-le ici uniquement « pour mémoire ». Il est impossible de parler de « mort maternelle » sans évoquer de vastes concomitances comme un certain rapport à une vie que l'on sait âpre et fragile ou un univers religieux offrant une espérance et l'impression d'un ordre stable face au désordre du monde social.

Mais, une nouvelle fois, abordons les choses concrètement. Dans une des capitales où nous avons travaillé, pour ne prendre qu'un exemple, les entours de l'hôpital sont occupés par des fabricants de cercueils dont les formes, couleurs, dorures et décorations évoquent ce que furent les goûts, ou la profession du défunt : guitares, poissons, ou bateaux rutilants pour l'éternité...

Ces boutiques funéraires diffusent en permanence des chants religieux qui résonnent dans les services ; et dans certaines maternités, les sages-femmes chantent ces mêmes cantiques pendant les accouchements. En terre d'Islam, les cadavres enveloppés de blanc sont portés par les proches au travers des salles de soin.

Certes, tout ceci est difficilement mesurable. Mais cette présence d'une mort théâtralisée – faut-il dire « amadouée » ? - et cette compénétration des univers techniques et religieux ne peuvent être sans effets. Prières et soins partout se mêlent, et loin de n'être qu'une « ambiance locale », ces dimensions culturelles des espaces techniques de soins orientent les actions selon une « sensibilité » partagée ¹.

C'est ce mouvement des vies, échappant aux études statistiques préconstruites, qu'il faut saisir si l'on souhaite comprendre les enchevêtrements sociaux et professionnels qui conduisent trop de femmes à la mort. Et finalement d'études en études nous ne faisons rien d'autre que d'ouvrir les multiples pans de ces contextes où l'histoire longue des cultures est incrustée dans les plus modestes des gestes.

Certes, on ne peut aisément saisir ce legato des conduites sous le staccato qu'imposent toujours les concepts et les temps discontinus de l'observation. Par ailleurs, rien n'est simple ni linéaire et les consécutives liant des comportements et des « déterminations » sont toujours « ouvertes » et complexes. Partout le culturel, le politique et le technique se mêlent. Mais rien n'est « en vrac », et nos enquêtes délimitent des régularités heuristiques constituant les dimensions en acte

¹ Ce que déjà soulignait Lucien Febvre : « ...petit à petit, les émotions, associant plusieurs participants tour à tour initiateurs et suiveurs – en sont arrivés à constituer un système d'incitations interindividuelles qui s'est diversifié suivant les situations et les circonstances, en diversifiant du même coup les réactions et la sensibilité de chacun. (...) Elles sont devenues comme une institution » (1992, 224).

de la mortalité maternelle « intra-hospitalière ». Ce sont ces quelques lignes de force que nous présentons maintenant.

(1) La démesure des détails

Dans le contexte bien plus cruel des camps d'extermination - et qui ne peut, bien évidemment, être comparé à celui que nous évoquons -, Primo Lévi (1989) raconte combien la vie d'un homme pouvait dépendre du geste du cuisinier qui distribuait la soupe. À quelques centimètres près, selon que la louche ramenait le liquide en surface ou atteignait quelques aliments plus lourds et nutritifs, le prisonnier pouvait survivre ou s'affaiblir jusqu'à mourir.

La valeur des gestes n'est donc pas « en soi », mais dépend des contextes où ils s'exercent. Et, dans ces mondes de précarité ce qui pourrait ailleurs apparaître comme un « détail » se révèle, dans ces contextes d'urgence, déterminant.

Un seul exemple, prélevé dans notre corpus, peut illustrer notre propos. Une femme se présente à l'hôpital. Le personnel lui dit qu'elle ne va pas accoucher tout de suite et que ses contractions sont symptomatiques d'un « faux travail ». On lui conseille donc de rentrer chez elle pour attendre. Ce qu'elle fait. Mais, elle « *n'avait pas le prix pour un autre taxi* ». Elle accouchera donc près de chez elle, chez une couturière. Elle arrivera en saignant, dans la nuit, à l'hôpital et ne sera sauvée qu'*in extremis*, grossissant le groupe de celles qui ont eu de la chance : *near miss* ou « échappée belle » comme les désigne la santé publique.

Médicalement, aucune « erreur » n'a été commise. Simplement, la précarité transforme une vérité livresque en un risque pratique. La prescription n'est « juste » qu'en fonction du « contexte »¹.

(2) Les causes « évoquées »

En médecine, le terme de « douleur évoquée » désigne des symptômes dont la caractéristique consiste à se manifester loin de

¹ On pourrait, en usant d'une métaphore, dire que ces services de santé correspondent à des structures non newtoniennes : les objets ne peuvent se déformer qu'en fonction de la force qu'on leur applique.

leur source causale. Ainsi tel problème cardiaque s'exprimera par des douleurs au bras et aux mains...

L'hôpital offre de tels enchaînements où le plus lointain d'une cause s'exprime au plus proche de l'acte clinique. Une nouvelle fois, un exemple, pris sur l'un de nos terrains, suffit à l'illustrer.

Absence du manœuvre et il n'y a pas d'oxygène. Le circuit d'oxygène est défaillant. Les personnels ne savent pas comment brancher la bouteille... Tout cela traîne et à la fin, la césarienne est faite, mais comme la mère n'a pu être ventilée, l'enfant est mort.

Le lendemain, au staff, il est déclaré : « Hypoxie fatale chez une éclamptique » : décès périnatal.

Mais nos observations montrent que la césarienne n'a été faite que trois heures après la prise de décision et qu'il n'y avait pas d'oxygène.

La vie souvent ne tient qu'à un fil. Ainsi cette autre femme, décédée parce que les gardiens de la banque de sang étaient partis « en pause » en emportant les clés ; ou des césariennes dangereusement différées parce que la machine à laver le linge – blouses et champs opératoires – était en panne ...

Il ne s'agit pas ici de dépeindre une sorte de tableau des erreurs et des regrets. Cela serait sans intérêt. En revanche, ces descriptions soulignent combien les « variables » explicatives des décès sont « ouvertes » et difficilement codifiables. Elles ne sont pas « codées » dans des questionnaires quantitatifs. De ce fait, elles ne sont pas identifiées par les enquêtes épidémiologiques et n'entrent pas dans la réflexion sur l'amélioration des prises en charge. Et pourtant...

Il faut ouvrir le regard et étudier les dysfonctionnements des services de santé en appliquant un principe d'équivalence dans l'étude des facteurs constitutifs des décès. Dans bien des cas, le plus humble et éloigné des maillons techniques peut être le point de rupture d'une vie. Réduire la mortalité maternelle passe éventuellement par une meilleure gestion du travail des manœuvres ou des gardiens...

(3) La banalisation des signaux essentiels

De nombreux textes, consacrés aux entreprises et à la sociologie des organisations, soulignent que ce qui fait signal pour des ou-

vriers affectés à un travail répétitif est ce qui est inhabituel (Bagla-Gökalp, 1998). Alors, une nouvelle fois, disons-le simplement. Dans ces services obstétricaux de référence où l'on peut compter 5 décès pour 100 naissances vivantes (Ouédraogo & Colle, 2002) qu'est ce qui est inhabituel et quel « événement » fait encore signal ?

Paradoxalement, la répétition des drames rend aveugle aux drames qui se déroulent et à leur prévention. Mais, une nouvelle fois, revenons au terrain.

Nous sommes entrés en salle d'accouchement à 9h 20.

Nous y trouvons deux parturientes gardées en observation. L'une d'elle, Madame X, a accouché à environ 9 heures. La délivrance s'est faite à 9h 15.

Mise en place d'une couche traditionnelle (pagne enroulé) à 9h 25.

Je demande à la sage-femme, combien de temps elles gardent les femmes en observation :

« Ça dépend des cas » répond la sage-femme titulaire.

Une des élèves sage-femme ajoute : « en moyenne deux heures ».

Madame X est en observation pour suspicion de déchirure du col d'environ 2 cm.

11h 25, Madame X est toujours sur la table d'examen, dans une position très inconfortable puisque la table est repliée et que ses jambes pendent dans le vide.

Je m'approche de la patiente et lui demande comment elle se sent : « J'ai des vertiges » (lit. J'ai le visage qui tourne).

Je le signale à la sage-femme qui promet de vérifier sa tension artérielle, mais ne le fait pas.

12h 15, le chef de service entre dans la salle fait remarquer la position inconfortable de la patiente et demande qu'on la conduise dans un lit.

La sage-femme titulaire réplique qu'elle était en observation pour déchirure du col, et donne à son tour des consignes aux élèves sages-femmes pour déplacer la parturiente.

En la déplaçant, on se rend compte qu'elle saigne abondamment.

Je demande à nouveau à la sage-femme la tension artérielle : « On attend qu'un médecin vienne l'examiner ! »

13 h, Madame X n'est toujours pas examinée.

Je demande à nouveau la tension artérielle.

Sans me répondre, elle dit à une élève de confectionner un tampon vaginal pour réduire l'hémorragie.

Entre-temps, pour nettoyer le sang qui a coulé par terre, il a fallu regrouper les élèves sages-femmes débutantes, pour retrouver celle qui a lavé le bébé et lui demander de nettoyer le sol.

13h 10, je demande qu'on puisse au moins lui apporter une bouillie ou du sérum glucosé, puisqu'elle paraissait très faible.

13h 15, le médecin de garde arrive et la sage-femme lui parle de Madame X.

Le médecin affirme qu'elle saignait avant l'accouchement, mais dit ne pouvoir l'examiner, car il est lui-même très fatigué et a passé la matinée au bloc opératoire. Il ordonne cependant d'enlever le tampon vaginal.

En revanche, il va examiner une patiente externe qu'une aide-soignante lui a recommandée et qui présente des symptômes gynécologiques.

Il s'intéresse ensuite au nouveau-né d'une protégée. Pour ne pas se tromper d'enfant, il vient demander des précisions sur le nourrisson recommandé. Il y trois enfants, il n'examine que celui qui est recommandé même s'il n'est pas le « plus mal en point ».

Nous quittons la salle d'accouchement vers 13h 30, Madame X n'est toujours pas examinée.

Implacablement, « l'indifférence » altère le signal et gomme la perception de la situation d'alerte. Et cette mise à distance « routinière », morale et affective bride le geste technique construisant ainsi le risque obstétrical ¹.

Ces comportements médicaux relèvent donc, d'une pluralité de dimensions. Il ne s'agit pas uniquement de gestes en suspens ou de connaissances laissées en jachère. Cette conduite des acteurs n'est que la partie visible - ou la résultante multifactorielle - d'une tectonique complexe liant des dimensions institutionnelles, professionnelles et d'économie morale. Ces attitudes mêlent indissociablement des valeurs éthiques – les formes sociales de la reconnaissance de l'autre - avec le plus technique, et rassemblent en une seule conduite obser-

¹ Pour une perspective plus large sur cette question de la production sociale de l'indifférence nous renvoyons au texte de Herzfeld (1992) et aux remarques de Olivier de Sardan sur le passage d'une indifférence structurelle liée à l'avènement de la bureaucratie à une indifférence comportementale (2003, 274).

vable des dimensions plurielles d'inégalité sociale, d'accablement professionnel (burn out) et d'érosion de la vigilance par les habitudes ¹.

De ce fait, il y a peu de chance que l'on puisse améliorer ces pratiques en tirant un seul fil de cet écheveau complexe comme le préconisent parfois des approches de type « psychologique » insistant sur une « sensibilisation » ou « conscientisation » des professionnels.

(4) Le Code switching des gestes

Dans le domaine de la sociolinguistique, ces « commutations de termes » peuvent être « considérées comme des différences d'usage liées aux contextes et comme des marqueurs de choix stylistiques » (Gumperz 1989, 111). Transférée au domaine des soins, cette notion nous permet de désigner cette constante intrication des normes sociales et techniques et la compénétration des habitus et des comportements professionnels que l'on observe dans tous les services.

Mais, une fois de plus, allons au plus concret. Lorsqu'une sage-femme dispute une parturiente qui gémit, elle obéit plus à ses codes culturels, préconisant qu'une femme doit réussir à maîtriser les douleurs de l'enfantement qu'elle n'agit en professionnelle attentive à ce qu'une telle plainte peut évoquer comme problème obstétrical (Jaffré & Prual 1993).

Certes, il en est partout ainsi et les conduites des personnels de santé mêlent toujours des normes techniques et des us et coutumes locaux. Mais, dans les contextes que nous décrivons, le débordement des conduites professionnelles par les attitudes les plus « naturellement populaires » est particulièrement important. Hors une situation « d'urgence déclarée » incitant à agir ponctuellement de façon médicale et standardisée, les gestes et la prise en charge restent largement

¹ Au plus vaste, sans doute faudrait-il « remonter jusqu'aux assises mentales et affectives qui, avec l'avènement de la modernité, ont profondément modifié le rapport que nous entretenons avec nos semblables » (Revault d'Alonnes, 2008, 9). L'éthique est politique. En quoi la notion de citoyenneté et cette similarité de statut construit par le politique est-elle nécessaire à une équivalence des préoccupations envers l'autre et des soins qui lui sont accordés ?

liés à une évaluation par la routine et à la sphère du quotidien. En accentuant le trait, on pourrait dire que seule l'urgence joue comme un « rappel à l'ordre technique » et vient construire des conduites professionnelles.

Disons-le cruellement. Dans les maternités, l'organisation du travail est quasiment la même que dans les petits restaurants informels des quartiers avoisinants. Même temporalité : dans l'un on ne s'active que face à une commande ; dans l'autre on n'anticipe pas sur les urgences. Même organisation : dans l'un on ne range pas les couverts ; dans l'autre on empile les dossiers. Enfin, dans les deux cas, les lieux comme les objets sont polythétiques : « la même chose à des emplois et des propriétés qui varient selon les combinaisons où elle entre » (de Certeau 1980, 115).

12h 45 La femme arrive sur un chariot.

Médecin spécialiste demande achat de két de césarienne et de loxen® et de valium®.

Primigeste admise pour 35 semaines d'aménorrhée et crise éclamptique. Elle est, de plus drépanocytaire.

14h 30 Une sage-femme place une sonde à la parturiente.

Médecin spécialiste : « il faut demander aux parents s'ils n'ont pas trouvé le loxen®

14h 40 On prend la tension

14h 45, le Médecin spécialiste part manger

15h 10, les médicaments arrivent, mais le médecin spécialiste est absent

15h 12, retour du médecin spécialiste

15h 20, arrivée du tube pour faire le groupage sanguin (la prise de sang coûte 3 500 Cfa).

Le tube pour le groupage est emmené par le manœuvre.

Mais le manœuvre n'est pas reparti le chercher.

16h 20, nous demandons après le groupage, mais il n'est toujours pas venu.

16h 40, arrivée d'un groupage de sang. Médecin spécialiste : « c'est rhésus négatif ! », il croit le noter dans le dossier de S., mais en fait c'est celui de A.

DES : « Il faut dire au manœuvre d'emmener au bloc ».

16h 45, un autre médecin : « son groupage est fait ? »

Médecin spécialiste : « on va prescrire aussi du “syntho” pour après l’opération ».

Le médecin spécialiste cherche le dossier de S. pour y reporter son groupe sanguin. Il ne le trouve pas. Le dossier a disparu.

Dispute entre le DES et la sage-femme à propos du dossier.

Médecin spécialiste : Où est le dossier de S. ?

S. F. : Tu viens de le prendre !

Médecin spécialiste : Oui, j’ai noté des observations là-dedans et je l’ai déposé. Cherchez le bien dans vos dossiers ! (la S.-F. cherche de manière confuse et agacée).

Je ne l’ai pas trouvé, docteur, va chercher chez toi ! tu l’as déposé quelque part !

(Le médecin spécialiste sort, puis revient et demande qu’on le recherche plus calmement)

S. F. : Je l’ai cherché. J’ai fouillé tout ce qui est chez moi. (Elle fouille tout en parlant et trouve le dossier).

Comment peut-on mettre un dossier dans un autre dossier. C’est inadmissible. Cela relève d’une mauvaise organisation !

17 h, le dossier est retrouvé, il était dans un autre !

17h 05, retour du groupage avec le manœuvre

17h 10, DES : « il faut emmener ! »

Manœuvre : « il n’y a pas de brancard ! »

Médecin spécialiste au manœuvre : « va chercher un brancard pour emmener A. au bloc »

S. F. au manœuvre : « Va chercher l’autre résultat du groupage »

Manœuvre ; sort dans le couloir et rouspétant : « tout le monde donne son commandement. Que dois-je suivre maintenant ? »

Il revient avec le résultat et dit ne pas avoir trouvé de brancard...

Médecin spécialiste : « Va à la chirurgie ou aux urgences ! »

Manœuvre : « je suis allé aux deux endroits et je n’ai rien trouvé » (il sort).

Médecin spécialiste : « tout le monde utilise ce qu’il trouve. Si nous trouvons un brancard chez nous, nous faisons tout pour le cacher. Si le personnel de la chirurgie aussi le trouve, il le bloque... »

Tout le monde se dispute et finalement le manoeuvre prend un lit dans la salle pour l'utiliser comme brancard. La sage-femme se rend compte que le groupage n'était pas celui de A. mais de S.

Manoeuvre vient pour emmener A. au bloc, mais on lui dit maintenant d'attendre parce que le groupage n'est pas là.

17h 20, départ vers la salle d'opération.

Certes, il faut se méfier d'une sorte d'explication hâtive et « homogénéisante » par « le » culturel. Mais cette observation souligne combien les espaces professionnels ne sont pas régis par un « ordre professionnel ».

L'hôpital ne circonscrit pas un espace comportemental, cognitif et normatif spécifique. On s'y conduit largement comme à l'extérieur ce qui entraîne des brouillages hiérarchiques, des inconséquences techniques, et explique, une nouvelle fois, l'importance « des maillons faibles » : manoeuvre fatigué, absence du brancard ... La conjugaison de ces erreurs apparemment modestes, et pour cela peu considérées, conduit au décès des femmes.

(5) Le « caviardage », ou la rupture des données cliniques

Dans le jargon de la presse, « caviarder » un article consiste à en supprimer des passages, le plus souvent pour des raisons de censure. Dans notre propos, il ne s'agit, bien évidemment, que d'une métaphore. Mais acceptons cette image et ce qu'elle permet de voir. Dans bien des cas, les maternités où nous travaillons ressemblent à ces textes défaits. « Il y a des blancs ». Il manque des mots pour que les récits soient compréhensibles ; des objets pour que ces services puissent se présenter comme des ensembles techniques cohérents.

Par exemple, certains « guidages souples » (Dodier, 1993) aidant à la décision comme les partogrammes (fiches de suivi qui doivent avertir des risques et accompagner la délivrance des parturientes) ne sont pas remplis. Bien sûr parce qu'une certaine routine et une « mémoire organisationnelle orale » ou le manque de temps détournent de l'usage de l'écrit. Aussi parce qu'on n'évalue pas ses compétences selon des normes épidémiologiques soulignant ce qui était évitable mais en rapportant les échecs aux nombreux accouchements réussis. Ce biais de raisonnement empêche de considérer ce qu'il fal-

lait anticiper comme gestes préventifs et disculpe bien trop aisément ceux qui ne firent pas ce qu'ils devaient faire. Pour défaire ce raisonnement la notion de « mortalité maternelle évitable » est utile (Brouwere & Van Lerberghe 1998).

Les partogrammes sont aussi volontairement négligés, parce que souligner une anomalie ou une erreur au décours d'un accouchement fait courir le risque de révéler une faute dont on pourrait être tenu pour « responsable ». L'écriture est mémoire et dévoilement.

Mais, d'autres raisons, plus « matérielles », expliquent aussi certains de ces déficits informatifs. Remarquons, en effet, que les décisions et les processus cognitifs qui les sous-tendent – et singulièrement dans le monde médical – sont très largement liés à des artefacts : à des données – température, tension artérielle, etc. - construites grâce à l'usage d'un instrument. Le corps ne se dit médicalement que dans les mesures des constantes ou dans les discriminations que permettent les tableaux cliniques et les « arbres » diagnostics.

« Penser » et prévenir : ces deux actions nécessitent des inscriptions matérielles. Très simplement, un thermomètre qui casse signifie qu'on ne surveille plus les infections ; un tensiomètre disparaît et les femmes présentant des risques d'éclampsie ne sont plus identifiées... Dans bien des cas, le manque d'un seul « outil » conduit à ne plus effectuer un indispensable geste technique et réduit la démarche clinique à un suivi « au jugé » comme cette femme présentant une infection, et dont la température n'était prise très approximativement que du revers de la main.

Pour diverses raisons, dans ces maternités, manque la plupart des « objets cognitifs » ou « objets intermédiaires » (Vink & Jeantet, 1995) pourtant indispensables pour construire une vigilance médicale.

Chaque malade a son thermomètre. Pour l'appareil à tension, il y a l'appareil du service, il y a un appareil pour les quatre salles (...).

Quand un finit dans une salle, elle passe à l'autre. S'il y a un cas très grave et si notre appareil se gâte, on va chercher l'appareil du service de garde. Mais, des fois, la garde aussi se retrouve sans appareil [rires]... Parce que quand c'est gâté, on emmène au service de maintenance, ça prend du temps. (...) Avant le problème du SIDA, on pouvait prêter à une autre malade, mais depuis le SIDA, il

faut que tous les malades achètent leur thermomètre... (Sages-femmes, suites de couches)

Outre cet outillage proprement cognitif, d'autres objets dont la fonction consiste à construire du lien, font aussi défaut. Et cette seconde caractéristique n'est pas moins essentielle.

En effet - plus qu'à une sorte de juxtaposition discontinue de talents individuels - dans toute entreprise industrielle ou sanitaire la production des connaissances correspond à un processus collectif et à des réseaux de coopération : à une « pensée distribuée » (Vinck 1999). Partout, la consistance des faits tient aux réseaux socio-techniques qui leur correspondent (Latour 1994).

Concrètement, ce collectif se construit et se maintient grâce à la circulation d'un ensemble « d'objets intermédiaires » ou « commissionnaires », de « scripts déposés dans les objets » (Akrich, 1990) qui, comme les dossiers, les carnets de soins ou les registres de garde, « passent des uns aux autres ». Modestes mobiles mémoriels, ils sont coextensifs aux actes réalisés, orientent la réflexion et soutiennent l'ensemble du processus cognitif. Malheureusement, dans nos espaces sanitaires, il n'en est rien. Et, de ce fait, il n'y a pas de « suivi » ni de pensée « du tout » de la structure.

En fait, toutes les patientes ne sont pas surveillées, il n'y a pas de fiches de surveillance. Plein de dossiers ne sont pas remplis. Il manque plein d'information dans les dossiers. Les tensions ne sont pas prises régulièrement. Quand il y a un changement de garde aucune transmission n'est faite entre l'équipe sortante et celle qui entre. Il n'y a pas de rôle défini finalement.

Il n'y a pas de brassard pour prendre la tension, les étudiants n'ont pas de gants. On n'a pas d'aiguilles de prise de sang... (Internes)

(6) Les logiques divergentes des segments administratifs

Mais ces maternités ne sont pas séparées d'autres structures comme les banques de sang ou les unités de néonatalogie. Au contraire, que ce soit en amont pour des raisons d'approvisionnement ou en aval pour des orientations, elles en dépendent étroitement. De ce fait, outre les mécanismes internes aux services obstétricaux, d'autres dysfonctionnements, s'actualisant, elles aussi dans les pra-

tiques les plus courantes et ordinaires, correspondent à ces flux cou-
rant entre ces diverses spécialités médicales.

Par exemple, et nous nous référons une nouvelle fois à notre
corpus, il peut s'agir de demander à une femme d'aller en ville, pour
confirmer une hypothèse diagnostique. Mais avec quel risque hémor-
ragique...

L'échographie pour un placenta prævia ?

*Non, 12 h est passé, le service est fermé. Il faudrait faire une échographie pour
confirmer le diagnostic, mais ce n'est plus possible. Il faut donc envoyer la femme
dans une clinique privée.*

*13h 45, retour de la femme qui présentait effectivement un placenta prævia. Elle
est sous perfusion (réglée par l'aide soignante).*

On cherche son dossier, il a disparu, il est finalement retrouvé sous le cahier noir.

Tout ici s'est bien terminé. Mais, en revanche, cette rupture des
prises en charge est particulièrement cruelle et cruciale dans le do-
maine des urgences transfusionnelles.

*C'était un jeudi que ma belle sœur a commencé son travail. Elle m'a fait appel et
je suis allée la voir. Habituellement, c'est au dispensaire d'A. qu'elle accouche,
elle en est à son quatrième accouchement.*

*Je l'ai amenée au dispensaire, nous avons passé plus de 6 heures là. Rien ne fut
fait. Il paraît que toutes les conditions sont réunies pour qu'elle accouche. Alors la
sage-femme a décidé de nous évacuer sur le CHU.*

*J'ai appelé son mari qui nous y a amené avec sa voiture. Le temps d'aller au
CHU ma belle-sœur a perdu connaissance.*

*À l'admission il était 21h. Quelque temps après, on nous a fait savoir qu'elle a
repris connaissance. Mais avant cela mon frère a eu à payer au moins 3 ordon-
nances prescrites par deux sages-femmes différentes. On retrouve les mêmes pro-
duits sur les ordonnances (...).*

*À 2h. du matin, ils nous ont dit qu'ils ont décidé de faire une césarienne. On
s'apprêtait à réunir les produits quand une sage-femme revient pour dire que l'en-
fant est entrain de sortir. Au lieu des produits de la césarienne, elles nous ont fait
acheter d'autres produits. Nous ignorons ce que sont ces médicaments.*

*Visiblement, quand on voyait les sages-femmes qui étaient de garde ce jour-là, on
devinait que l'accouchement était difficile et compliqué.*

Au petit matin, à 5h 30, par là, on nous annonce la naissance d'un garçon. Quand nous étions joyeux (...) après quelques minutes on nous annonce que la femme saigne abondamment.

Une sage-femme sort avec une ordonnance et nous demande d'aller chercher rapidement du sang. La panique gagnait notre cœur.

Le mari court, pour aller chercher le sang qu'il trouve difficilement.

Il revient à 7 h. du matin, mais c'était trop tard, la femme était déjà décédée.

Les médecins ont eu de la peine à nous annoncer le décès car ils savaient que l'affaire provient d'eux... (Madame A. A)

Bien sûr, chaque service organise son travail selon ses propres contraintes. Et, par exemple, disposer de sang implique une bonne gestion et le « remboursement » des poches par les nombreux services « demandeurs ». Cette démarche est légitime. Parallèlement, vouloir du sang en urgence n'est pas moins légitime lorsqu'une femme est en train de mourir d'une hémorragie de la délivrance. Les services sont liés, mais leurs contraintes sont adverses.

Dans bien des cas, faute d'avoir pensé l'ensemble des chaînes socio-techniques dans leur transversalité, l'administration sanitaire se trouve prise dans ces multiples « *double bind* » opposant diverses contraintes médicales et gestionnaires. Et bien des parturientes comme des nouveaux-nés meurent dans ces entre-deux où la responsabilité plus qu'être partagée devient, au contraire, incertaine.

La mort se construit « entre ». Entre des segments d'actions réciproques comme la banque et le service d'obstétrique, ou entre l'obstétrique et la néonatalogie...

Une nouvelle fois manque ce qui permettrait de passer d'une sorte de transaction contradictoire à un « interfaçage » harmonieux : une « pensée du tout » élaborée selon les contraintes pratiques des soins.

(7) Des réponses fragmentaires accroissent la désorganisation

L'organisation du travail correspond toujours à une sorte de négociation entre une organisation formelle des tâches et un en-

semble d'expériences construites au fil des jours. Il s'agit toujours d'une sorte « d'intertextualité » entre divers segments professionnels et d'une conjugaison instable de contraintes techniques et de vouloirs d'acteurs ¹. Mais, dans les services où nous travaillons, l'usage et l'invention précèdent toujours une certaine réflexivité, et partout, pour le dire simplement, « on se débrouille comme on peut ».

Certes, tout cela correspond à un certain style de gestion du travail, à des sortes de « traditions nationales » (d'Iribarne 1989). Mais, ici encore, il importe de souligner fortement combien ces « socles techniques » et ces situations économiques déterminent - comme la mélodie son contre-chant - une certaine économie morale. En effet, en l'absence d'un État qui pourrait garantir des moyens et des ressources, les solutions ne sont qu'individuelles, et ce déficit politique engendre, au moins, deux types de conséquences.

Tout d'abord, face aux difficultés concrètement affrontées et à une réelle précarité, les acteurs se retrouvent dans l'obligation de mettre en acte une sorte « d'éthique du moindre mal » dont la devise pourrait être : « on fait ce que l'on peut pour certains. Mais on ne peut pas faire pour tous » ². Et comment en serait-il autrement ? Mais, ici comme ailleurs, les limites sont toujours fragiles entre d'indispensables compromis et diverses dangereuses compromissions...

Par ailleurs, n'engageant pas un collectif organisé, chaque initiative, quelle que soit sa « valeur » intrinsèque, ne peut qu'accroître une certaine désorganisation. Mais, une fois de plus, revenons « au terrain ».

Au plus utile et au plus courageux, une surveillante d'un des services, souligne que

Pour les kits, j'achète sur le marché [au « marché noir » officiellement interdit, mais économiquement en plein développement]. Je dois acheter moi-même parce que si j'achète à la pharmacie centrale ce sera trop cher et je ne pourrai pas vendre à 10, 7 euros.

¹ Sur cette question nous renvoyons aux remarques contenues dans le livre de Yves Clot (1998)

² Cette question a été traitée, dans le contexte de l'expérience concentrationnaire, par Michael Pollak (2000).

Actuellement j'ai des difficultés parce que je ne trouve pas de fils. Certains CES ou médecins s'en moquent. Ils prennent des produits dans les kits et ils ne les remettent pas en place. Ils s'en fichent, c'est pour leurs protégées et après ils laissent... (Mme D., Surveillante).

C'est donc le secteur privé illicite – les « pharmacies par terre » - qui permet de faire fonctionner le public. Paradoxalement, usant de la concurrence et du système informel, le dévouement des soignants permet à des malades, en toute illégalité, de disposer de produits à un coût relativement abordable. Une solution éthique à l'urgence mais qui accroît la désorganisation technique du service et de l'hôpital.

Mais, comme nous le soulignons dans un de nos textes, de ce fait la vie « ne tient qu'à un fil » et à une seule personne ayant le courage et la volonté malgré le découragement et les règlements. Travail positif donc... Mais ce processus non « standardisable » peut aussi « jouer » dans l'autre sens : recruter des demandes dans le public pour faire fonctionner un secteur « privé ». S'agit-il alors, de l'autre versant d'une même situation, son « négatif » ?

Tout au moins s'agit-il de la mise en application de cette éthique du moindre mal que nous évoquions précédemment. De la recherche de la solution « la moins pire » puisque l'usage collectif d'un simple objet technique impliquerait un espace public régi par des règles respectées par tous et profitant à tous de manière équivalente...

En fait, le quotidien et pratiquement toutes les activités sont régis par ce système de « triple contrainte » : il faut œuvrer correctement selon les normes du service mais aussi pallier les insuffisances de l'institution publique et, de plus, trouver les moyens de survivre personnellement dans un environnement social difficile.

(8) L'oubli du significatif

Dans ces services, les réunions de service devraient occuper une fonction réflexive. En fait, ils se présentent effectivement comme des moments de discussions autour de « cas », mais, ici encore, l'usage en est devenu routinier et automatique. Par ailleurs, plus qu'analyser des situations avec leurs variables complexes, on y recherche des sortes de « données purifiées » permettant de confirmer et illustrer

des connaissances cliniques. Et il faut souligner combien le savoir médical peut être parfois « cognitivement iatrogène » en permettant de clore tautologiquement les questions ouvertes par un décès : « madame X est morte d'éclampsie, sa tension était élevée » ou « madame Y est morte d'hémorragie par manque de sang »...

Le « reste » - le temps d'attente, le manque d'organisation, l'absence d'un manoeuvre... - est oublié. Et les processus que nous venons de décrire sont scotomisés puisque supposés ne pas relever pas du domaine médical.

Variation d'échelles : pratiques d'acteurs, organisation du travail et dimensions culturelles englobantes

Si l'on s'accorde sur ces constats, parler de la construction de la mort maternelle oblige à articuler plusieurs niveaux de réflexion.

Il faut, tout d'abord, interroger cette forme spécifique de fonctionnement des services que caractérisent un impossible contrôle du temps de travail, des dossiers incomplets, une gestion aléatoire du matériel... D'une certaine manière l'acteur est pris dans les rets d'une forme spécifique d'organisation du travail où la mort maternelle trouve largement son origine.

Certes, de manière singulière, partager des significations ne signifie, bien sûr, aucunement être « conditionné » par ces significations. L'analyse de ces pratiques ne peut donc se limiter à une sorte de consécration simple des conduites par « un milieu », pas plus qu'implicitement supposer une « homogénéité » des acteurs. S'il existe un socle commun de valeurs morales, de goûts et de sensorialités, et si « le sujet n'est pas constituant (mais) constitué (...), il n'en est pas moins libre de réagir grâce à sa liberté et [peut] prendre du recul grâce à la pensée » (Veyne, 2008 :144). Les professionnels peuvent toujours exercer une certaine part de liberté. Certains refusent ce que d'autres acceptent. Certains réforment des structures que d'autres exploitent.

Mais il faut aussi souligner combien tous les humbles gestes que nous venons de décrire sont liés à de plus vastes soubassements culturels ; et combien loin d'être un « donné naturel » l'organisation des espaces professionnels correspond à une construction historique articulant diverses dimensions. Regardons quelques unes de ces « structures profondes »¹.

Au plus court, et puisque nos exemples témoignent de constantes erreurs de dossiers, soulignons combien, en Europe, « une révolution de papier a transformé les sociétés contemporaines » (Gardey, 2008) et combien aussi sont étroits les liens entre la question du classement et une certaine organisation de l'espace. La façon dont « c'est par un travail d'organisation hygiénique et rationnel de l'espace (la mise en ordre des bureaux) que les capacités de traitement systématique de l'information opèrent » (Gardey, 2008, 14). Et comment cette standardisation des procédures produit une nouvelle économie morale où « la confiance généralement déléguée aux humains et, en particulier, aux travailleurs qualifiés, est de plus en plus déposée dans les artefacts et les dispositifs et rendue « mécanique » (Gardey, 2008, 16)².

Outre ce que nous venons d'évoquer de l'importance de l'écriture³, il faut aussi qu'existe un certain mode de rangement plus ordonné que celui du simple empilement et de l'entassement. Ce dont témoigne, par exemple, la « révolution » cognitive que fût pour l'Europe, le passage du coffre à l'armoire, du XVI^e au XVII^e siècle (Milliot 1996, 83).

Enfin l'organisation « moderne » du travail consiste très fondamentalement en une appropriation du temps de l'employé par l'usine et sa direction (Thompson 1979) et corrélativement en une « invention de la vitesse » (Studeny, 1995) qui transforma globalement les so-

¹ Il ne s'agit pas ici de céder à une démarche culturaliste naïve. Mais on ne peut non plus abstraire des acteurs pluriels d'un ensemble de significations, qui sont, bien que diversement, néanmoins partagées.

² Sur cette question voir aussi Howel (1995)

³ C'est ainsi s'interroger comme nous y invite Chartier (2000) sur l'importance de la *literacy* dans la constitution de la modernité. « Un État moderne requiert ainsi un certain degré d'alphabétisation, de familiarisation aux règles et procédures écrites » (Gardey, *ibid.*, 281).

ciétés du Nord, et fût à l'origine de la définition d'un temps rapide et compté qui généra ensuite la notion d'urgence...

Pour parler comme les pédagogues, ces indispensables « pré requis » - ces socles constitutifs des espaces techniques de soins que sont les usages techniques du temps¹, la gestion des corps liée aux traces écrites et l'habitude d'un rangement efficace -, sont-ils atteints ?

Bien sûr, ces catégories fluides sont difficiles à appréhender, diversement partagées et spécifiquement transformées par chaque institution. Par ailleurs, comme l'illustrent nos observations de terrain, la vitesse d'intervention est souvent corrélée au statut social de la parturiente plus qu'à la gravité du cas. La façon dont l'acteur envisage l'action est donc centrale.

Mais sur ce fond d'inégalités sociales et d'interactions spécifiques, comment ne pas évoquer aussi des « sensibilités » partagées et une certaine manière « d'être au monde » ? La mort des femmes trouve aussi son origine dans ce « façonnement conjoint de la personne et de son environnement » (Thévenot, 2006).

Quelques repères pour l'action

Cet ouvrage expose volontairement son matériau empirique en quelques chapitres correspondant à quatre « terrains » différents. Mais, en filigrane, cinq points assurent la cohérence de cette diversité et correspondent sans doute à une sorte de parcours constitutif de l'analyse anthropologique des structures sanitaires. (1) Analyser le cours ordinaire des choses. (2) Produire cette analyse du point de vue du tout organisationnel et de son éventuel dysfonctionnement. (3) Reconstruire les points de vue et choix en valeur des divers acteurs de la structure. (4) Penser les liens entre les soubassements matériels et les suivis thérapeutiques. (5) S'interroger sur les diverses manières d'articuler des normes techniques, un ensemble de valeurs culturelles et des conduites éthiques (Jaffré 2003).

¹ Signalons pour une réflexion plus large sur les expériences et constructions sociales du temps le beau livre de Hartog (2003).

Ce faisant, nos enquêtes démontrent que les femmes ne meurent pas, tout au moins pas uniquement, d'une seule pathologie obstétricale, mais d'une configuration, d'un agencement complexe articulant ce vaste ensemble de variables discontinues – médicales, sociales, organisationnelles - dont certaines sont récurrentes mais qu'il est impossible de strictement limiter a priori. Et, sans doute, est-ce pourquoi l'enquête qualitative est indispensable ; non seulement pour analyser comment meurent les femmes, mais surtout pour définir des actions idoines et localement applicables pour améliorer cette insupportable situation.

L'enquête anthropologique est ici fort proche des « revues des décès maternels » consistant à analyser l'enchaînement des causes conduisant la parturiente à une issue fatale¹. Mais, notre approche qualitative complète cet outil de santé publique de plusieurs manières.

Il s'agit, tout d'abord, d'une autre façon de prendre en compte ce « contexte » que nous évoquions précédemment. Précisons sur un seul point. Dans bien des cas, les « revues » classiquement entreprises doivent, pour être documentées, s'appuyer sur des données précises construites notamment par des traces écrites. Or, comme nous l'avons partout observé, les partogrammes ou les dossiers sont soit absents soit peu fiables.

Certes il faut pallier cela. Mais il s'agit aussi d'une plus vaste question et loin de n'être qu'un obstacle technique au recueil des données, cette absence est au contraire une des dimensions socio-historique constitutives du risque obstétrical.

En dévoilant ces pratiques de l'écrit, l'anthropologie permet de décrire combien certains des mondes hospitaliers investigués sont, non seulement d'une certaine manière en deçà des conditions nécessaires à la réalisation autonome d'audits avant tout basés sur des analyses fines de données précises, mais surtout combien ce rapport à l'écrit, loin de n'être qu'un obstacle technique, est une des dimensions structurantes de l'organisation du travail.

¹ Nous renvoyons une nouvelle fois au document de l'OMS (2003). Pour des travaux en contexte africain signalons, parmi bien d'autres, deux articles représentatifs des pratiques courantes d'audits, l'un concernant la Tunisie (Tej Dellagi & alii 2001), l'autre la Côte d'Ivoire (Horo & alii 2006).

Cette remarque n'est pas dépréciative, ni inutilement critique. De plus, à l'évidence, il faut cependant tenter de réaliser ces audits pour introduire une certaine réflexivité dans les services. Mais sans doute faut-il les adapter – par exemple grâce à un accompagnement externe ou un travail sur des sources venant d'autres lieux – et s'interroger sur la place de l'écrit pour ne pas travailler inutilement.

Plus globalement, l'approche holiste (par le « tout » des services et de leurs liens externes) permet d'inclure dans le raisonnement un ensemble de variables discontinues - absences des manœuvres, pannes des machines, clefs oubliées... - dont l'assemblage hétérogène constitue les agencements de la mort maternelle. Différemment du raisonnement épidémiologique construisant son raisonnement sur une présupposition des causes, cette large et souple ouverture permet d'englober dans l'observation un ensemble de facteurs déterminants et oubliés, et, en aval, d'inclure dans l'action des segments professionnels souvent négligés (manœuvres, hygiénistes, bénévoles).

Méthodologiquement, pour saisir ces dimensions plurivoques et pour progresser dans la compréhension de ces questions « fluides », il faut changer d'échelle. Réduire plus encore la focale de nos études de manière à « développer une stratégie de recherche qui ne se fonde plus prioritairement sur la mesure de propriétés abstraites de la réalité historique, mais (...), à l'inverse, procède en se donnant pour règle d'intégrer et d'articuler entre elles le plus grand nombre de ces propriétés » (Revel, 2006 :63). Cette posture permet de donner un sens concret aux vastes notions souvent utilisées par la santé publique : « défaillance du système », « retard de prise en charge », « ignorance des populations », « surveillance inadaptée », « communauté »... Bien sûr, d'une certaine manière, il s'agit bien de cela. Mais quelles actions concrètes construisent ces « défaillances », quels pouvoirs traversent ces collectivités, quels « ratés » induisent les « retards », etc. Des descriptions précises sont indispensables pour donner corps à ces vastes agrégats et définir des actions qui puissent être ancrées dans le cours des vies réelles.

Enfin, les raisons d'agir ne sont jamais uniquement cognitives. Encore faut-il être « touché » par les plaintes, « vouloir aider », se sentir « concerné » ou « responsable », « craindre » un échec, « souffrir

d'un décès »... Bref l'acteur est mu par un ensemble de dimensions morales et émotives.

Bien que discrètes ces formes spécifiques du vouloir sont essentielles. Aucun audit ne peut ni les négliger ni penser que ces catégories du rapport à soi et à l'autre sont partout semblables ¹. L'acteur est modelé par les discours du lieu et du moment ainsi que par les contradictions qui contraignent ses expériences. Plus théoriquement dit, les raisons d'agir correspondent à divers « régimes de subjectivité ² » organisant les conduites des acteurs.

Nous ne poursuivrons pas plus loin cette comparaison entre les revues des décès et les enquêtes qualitatives. Une nouvelle fois il faut aller à l'essentiel. L'étude anthropologique, les audits réalisés par les personnels dans leurs propres services (Jaffré 2003), les revues des décès maternels... toutes ces approches ont en commun d'introduire dans les services une indispensable dimension réflexive. C'est pourquoi il faut travailler à leur enrichissement réciproque si l'on veut, localement et modestement, améliorer la qualité des soins obstétricaux dans des contextes sociopolitiques difficiles. Ce livre n'a pas d'autre but.

Références bibliographiques

Akrich M., 1990, *De la sociologie des techniques à une sociologie des usages*, Techniques et Culture, 16, 83-110

Bagla-Gökalp L., 1998, *Sociologie des organisation*, Paris, La Découverte

Becker H. S., 2002, *Les ficelles du métier*, Paris, La découverte

¹ Ce que nous avons tenté de préciser dans un article portant sur ces questions d'historicité et de variations sociales des catégories morales et affectives (Jaffré 2006).

² Sur ces questions d'historicité des formes de « subjectivation », nous renvoyons, bien évidemment, aux travaux de Michel Foucault et notamment à « L'herméneutique du sujet » (2001).

- Brouwere de V. & Van Lerberghe W, 1998, *Les besoins obstétricaux non couverts*, Paris, L'Harmattan
- Certeau de M., 1980, *L'invention du quotidien*, Paris, UGE
- Chartier R., 2000, *Les origines culturelles de la révolution française*, Paris, Seuil
- Clot Yves, 1998, *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*, Paris, La découverte
- Des Forts J., 1996, *Maternal mortality and women's condition : « the distress of being a woman »*, International Journal of Anthropology, Vol 11 – N°2-4, 123-136
- Dodier N., 1993, *Les arènes des habiletés techniques*, Raisons Pratiques, 4 ; 115-139
- Farge A., 1994, *Le cours ordinaire des choses dans la cité du XVIII^e siècle*, Paris, Seuil
- Febvre L., 1992 [première publication entre 1920 & 1930], *Combats pour l'histoire*, Paris, Armand Colin
- Foucault M., 2001, *L'herméneutique du sujet*. Cours au Collège de France 1981-1982, Paris, Hautes Etudes/Gallimard/Seuil
- Gardey D., 2008, *Écrire, calculer, classer. Comment une révolution de papier a transformé les sociétés contemporaines (1800-1940)*, Paris, La Découverte
- Geertz, C., 1998, *La description dense. Vers une théorie interprétative de la culture*. EHESS/Eds Parenthèses, Enquête N°6, 73-105
- Gumperz J. 1989, *Engager la conversation. Introduction à la sociolinguistique interactionnelle*, Paris, Editions de Minuit
- Hartog F., 2003, *Régimes d'historicité. Présentisme et expériences du temps*, Paris, Seuil
- Howel J., 1995, *Technology in the Hospital: transforming patient care in the early twentieth century*, Baltimore, John Hopkins University Press
- Herzfeld M., 1992, *Production of indifference. Exploring the symbolic roots of western bureaucracy*, Chicago, The University of Chicago Press
- Horo A., Toure Ecra F., Mohamed F., Adjoussou S., Kone M., *Dysfonctionnement et mortalité maternelle. Analyse de 35 cas à la maternité du*

CHU de Yopougon (Abidjan, Côte d'Ivoire), Médecine d'Afrique Noire, Août/septembre, 35-47

Iribarne (d^e) P., 1989, *La logique de l'honneur. Gestion des entreprises et traditions nationales*, Paris, Seuil

Jaffré Y., *Le souci de l'autre. Audit, éthique professionnelle et réflexivité des soignants en Guinée*, Paris, IRD, Autrepart, 28, 2003, 95-110

Jaffré Y., *Pour une anthropologie des sensibilités et des catégories affectives*, Face à Face, Regards sur la Santé N°9, 2006, Revue électronique, www.ssd.u-bordeaux2.fr, Univ. de Bordeaux II

Jaffré Y. & Olivier de Sardan J.-P., (2003), "Une médecine inhospitalière" : les dysfonctionnements des services de santé en Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala

Jaffré Y., Prual A., "Le corps des sages femmes" entre identités sociales et professionnelles. Paris, *Sciences sociales et santé* Vol XI, N° 2 Juin ,1993, 63-80

Jaffré Y. Prual A., *Midwives in Niger : an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints*, G.B., *Social Science and Medicine* Vol 38, 1994, 1069-1073

Jewkes R., Naemah A. & Zodumo M., 1998, *Why do nurses abuse patients? Reflexion from South African Obstetric services*, *Social Science and Medicine*, 47 (11) : 1781-1785

Latour B., 1994, *Une sociologie sans objet ? Remarques sur l'interobjectivité*, *Sociologie du Travail* (4), 587-608

Lévi, G., 1989 [1985], *Le pouvoir au village. Histoire d'un exorciste dans le Piémont du XVIIe siècle*. Paris : Gallimard NRF.

Levi P., 1989 [1986], *Les naufragés et les récupérés. Quarante ans après Auschwitz*, Paris, Gallimard

Milliot V., 1996, *Cultures, sensibilités et société dans la France d'Ancien Régime*, Paris, Nathan

Olivier de Sardan J.-P., *Pourquoi le malade anonyme est-il si « mal traité » ? Culture bureaucratique commune et culture professionnelle de la santé*, in Jaffré Y. & Olivier de Sardan J.-P. (2003), "Une médecine inhospitalière" : les dysfonctionnements des services de santé en Afrique de l'Ouest Paris, Karthala 265-294

- OMS, 2003, *Au delà des nombres. Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse*, Genève, WHO
- Ouédraogo C., Bouvier-Colle M.-H., 2002, *Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest : comment, combien et pourquoi*, J Gynecol Obstet Biol Reprod, 31, 80-89
- Passeron Jean-Claude, 1996, *L'espace mental de l'enquête*, in *Interpréter, sur interpréter*, EHESS : ed. parenthèse, Enquête, 3, 89-126
- Passeron J.-C., 2006, *Le raisonnement sociologique* (première éd. 1991), Paris, Albin Michel.
- Perrot M., 1998, *Les femmes ou les silences de l'Histoire*, Paris, Flammarion
- Pollak M., 2000, *L'expérience concentrationnaire*, Paris, Métailié
- Pruval A., *La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement : théorie et pratique*, Médecine Tropicale 2004 ; 64 : 569-75.
- Pruval A, 2008, Communication orale, Atelier Health Education Program (WHEP), Paris, 10 & 11 mars 2005, Académie des Sciences, Institut de France
- Rancière J., 1992, *Les mots de l'histoire. Essai de poétique du savoir*, Paris, Seuil
- Revault d'Allonnes M., 2008, *L'homme compassionnel*, Paris, Seuil
- Revel J., 2006, *Un parcours critique. Douze exercices d'histoire sociale*, Paris, Galaade Editions,
- Studeny C., 1995, *L'invention de la vitesse, France XVIII^e – XX^e siècle*, Paris, Gallimard
- Tej Dellagi R., Ben Sallah F., Hamida A. B., Chelli H., Sfar R., Rezigua H., Zouari B., 2001, *Le système de surveillance des décès maternels dans la région de Tunis*, Archives de l'Institut Pasteur de Tunis, Vol 78, N°1-4, 49-58
- Thévenot L., 2006, *L'action au pluriel. Sociologie des régimes d'engagement*. Paris, La Découverte.
- Thompson E. P., 1979, in Thompson E.P., « *temps, travail et capitalisme industriel* » in *Libre n°5*, Paris, Payot, 1-63

Veyne, P., 1996, *L'interprétation et l'interprète. À propos des choses de la religion*, in *Interpréter, sur-interpréter, Enquête*, 3, EHESS/ed. Parenthèses, 241-272

Veyne P., 2008, *Foucault, Sa pensée sa personne*, Paris, Albin Michel

Vinck D., 1999, *Les objets intermédiaires dans les réseaux de coopération scientifique. Contribution à la prise en compte des objets dans les dynamiques sociales*, *Revue Française de Sociologie*, XL (2), 385-414

Vinck D. & Jeantet A., 1995, *Mediating and commissioning objects in the sociotechnical process of product design : a conceptual approach*, in *Management and new technology : design, networks and strategy*, MacLean D., Saviotti P. & Vinck D. (eds), Bruxelles, CEU, COST, Social Science Serie

LA RÉFORME « SUR UN FIL »

LE SERVICE OBSTÉTRICAL D'URGENCE DU CHU DE A.

YANNICK JAFFRÉ

LES premiers jours nous ne comprenions pas. Tout allait trop vite. Nous voyions passer des brancards, entendions des gémissements, parfois observions une certaine lassitude, confondions les visages et les statuts. Nous restions sur les seuils, hésitants à franchir la porte d'une salle d'accouchement ou de post-partum. Sans doute étions-nous comme des patients ordinaires : un peu étrangers à ce monde d'un service de soins obstétricaux d'urgence (SOU).

Après la mise en place d'un dispositif d'enquête adapté au fonctionnement du service et surtout un mois de travail et d'observation, nous avons eu l'impression que cette opacité dissimulait une certaine logique. L'objet de ce texte est de tenter d'en rendre compte.

L'enquête s'est déroulée durant un mois complet. Durant cette période, nous avons, autant que possible, adopté le rythme de l'institution, observant son fonctionnement en toutes périodes (semaine et week-end, jour et nuit).

Outre une présence qui nous permettait d'observer *in situ* un grand nombre de situations et d'interactions entre soignants et soignés, nous avons effectué une cinquantaine d'entretiens et réalisé un ensemble d'observations structurées et chronométrées selon un dispositif précis : observations « centrées » sur un geste, sur une parturiente ; observations sur la multiplicité des gestes effectués en même temps et en un seul lieu...

La totalité des entretiens a été enregistrée, et traduite lorsque cela était nécessaire et transcrite *in extenso*. Par ailleurs, nous avons réalisé une dizaine d'études de cas, à partir d'observations « croisées » et de plusieurs entretiens correspondant aux différents protagonistes d'une « seule action » : parturiente, soignants, accompagnants, etc. L'ensemble de ces études a été transcrit et les observations rédigées.

Enfin, nous avons reconstitué une dizaine de parcours de parturientes à partir d'entretiens réalisés aux domiciles de femmes « échappées belles » à la mort proche, ou dans les familles des femmes malheureusement décédées.

Les raisons du choix de ce service

Une des raisons du choix de ce service, outre un ensemble de critères médicaux comme le nombre d'accouchements réalisés et, tout simplement que ses responsables nous demandèrent d'y mener une étude, est son dynamisme et au plus proche de nos préoccupations d'amélioration de l'offre de santé, les courageuses tentatives de réformes qui s'y déroulèrent. La présence, l'effort continu et l'opiniâtreté de ses « patrons » ainsi que de certains des personnels en témoignent.

Pour nous en tenir à des « traces graphiques », outre des initiatives quotidiennes prises de manière informelle, deux « propositions » de réformes ont été faites par les responsables de ces services.

Tout d'abord, des normes de conduites ont été définies « *au cours de la réunion des médecins* » et officiellement promulguées. Une note en est résultée qui fixe les horaires de garde des médecins, les modalités de passation de service ainsi que l'obligation d'assister au staff.

Une deuxième note, plus récente, née d'une négociation entre les responsables du service et l'ensemble des personnels, a eu pour but de préciser les horaires et les tâches de chacun.

Cette dernière insiste de manière précise sur les activités à accomplir pour améliorer la qualité des soins. Ainsi, concernant les « *tâches de la sage-femme et de l'infirmière de pavillon* », il est souligné qu'elles doivent « *rassurer les malades sur leur état en leur donnant les informations utiles de façon gentille, se rapprocher des malades pour prendre leurs nouvelles (...), prendre correctement et transcrire correctement sur la feuille de température 2 fois par jour les constantes : température, tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire, etc.* ».

Ces deux « notes » sont à la fois nécessaires, légitimes et courageuses. Cependant, aucune de ces deux tentatives de réforme ne fut réellement suivie des résultats escomptés. Ces « papiers » furent affichés sans qu'ils modifient véritablement les conduites des personnels de santé ; et lorsque nous demandâmes où ils se trouvaient, personne ne pu nous répondre. Ils restèrent papiers au vent accrochés sur un panneau...

Cette observation peut paraître anecdotique. Elle est pourtant au cœur des questions que se pose la plupart des actions de développement : pourquoi un ensemble de réformes reste-t-il sans produire d'effets réels sur le fonctionnement des services de santé et comment initier des réformes dans les conditions actuelles des systèmes de santé africains ?

Quelques hypothèses

Pour tenter de comprendre cette sorte d'inertie de la structure par rapport aux tentatives de réformes, nos questions et nos hypothèses étaient simples. En effet, outre de vastes raisons politiques dé-

truisant même jusqu'à l'espérance¹, ces dysfonctionnements correspondent à des conduites des acteurs. Pour le dire simplement, et de manière interrogative, la simple question que nous nous posions était : pourquoi agissent-ils de cette manière ?

Pour espérer répondre à cette interrogation, à l'évidence trop massive, il fallait la décliner de différentes façons.

Une première question porte sur ces acteurs : qui sont les personnels de santé et comment comprendre leurs conduites ? Il fallait ici, différemment de la santé publique qui, globalement identifie les professionnels à leurs fonctions, s'interroger sur les identités sociales des personnels de santé et comprendre en quoi celles-ci peuvent éventuellement expliquer certains comportements et une relative inertie des conduites face à des propositions de transformation.

Une seconde interrogation concerne les relations entre ces différents personnels de santé - ou « segments de la profession médicale » - dans cette structure de soin. Comment les spécificités de ces interactions permettent - ou ne permettent pas - la co-production de conduites utiles et efficaces.

Une troisième interrogation concerne les normes comportementales régissant réellement les attitudes sociales et les conduites de soins des personnels de santé.

Enfin, deux dernières interrogations correspondent aux manières - tant pour les personnels que pour les populations - de raisonner sur le risque et sa prévention.

Ce sont ces différents points correspondant à des sortes « d'hypothèses » volontairement trop vastes et fragiles que nous allons maintenant aborder.

¹ « Notre pays, c'est sauve qui peut ! » est une phrase fréquemment prononcée par nos interlocuteurs, et lorsque nous réalisons nos enquêtes de nombreux internes nous interrogèrent sur la manière de quitter le pays pour exercer à l'étranger. Dans bien des cas, nos efforts pour améliorer le fonctionnement sanitaire de quelques structures permettent, en fait, à quelques responsables d'obtenir un poste pour améliorer leur situation. **Cette** contradiction entre des objectifs institutionnels officiels et des stratégies discrètes singulières est au cœur de bien des actions de développement.

Les acteurs

Banalité, bien sûr... Pour comprendre les raisons des conduites des personnels de santé, il faut d'abord les « connaître » et donc s'interroger sur leurs identités.

Comme nous l'évoquions précédemment, cette identité ne se limite aucunement à la place et à la fonction qu'ils occupent dans l'organigramme du service de santé. Nul n'est uniquement médecin ou infirmier. L'identité des personnels « déborde » largement ces rôles techniques. Elle inclut notamment leurs « mémoriaux », leurs origines et motivations initiales, leur présent et ses obligations. Bref, la personne correspond au rassemblement, parfois contradictoire, de plusieurs composantes ou sphères d'appartenances et seule l'analyse des synthèses complexes et parfois conflictuelles effectuées par chacun des acteurs peut permettre de comprendre la logique de leurs conduites. Mais documentons et précisons.

Pour la plupart, ces soignants évoquent leur début dans la profession comme une « vocation » et de nombreux acteurs pourraient faire leurs ces propos : « *La première fois qu'on m'a posé la question de ce que je ferai plus tard, j'étais en CE1. J'ai dit que je voulais être sage-femme. Donc c'est une vocation précoce* » (Dr. C.).

Nous ne pouvons tout citer, mais ce vouloir précoce est souvent lié à des événements personnels comme la lutte contre une maladie particulière, une affection personnellement ressentie, ou l'inscription familiale dans une profession. « Soignant de père en fille » et de « mère en fille » comme dans cet exemple :

(...) ma deuxième fille a 26 ans. Elle étudie encore, elle fait des études de médecine. (...) Mon père était un ancien combattant de l'armée française. Il était infirmier dans l'armée. Mais ce n'est que dans ces papiers que je l'ai découvert....
(Dr. B.).

Enfin, il est important de souligner que la plupart de nos interlocuteurs lie le choix de la profession à des motifs religieux ; comme un large mouvement moral, une éthique « familière » servant de fond à une vocation professionnelle.

Je suis motivé et maintenant je suis là, à sauver les vies humaines, même si, dans nos conditions, c'est un peu difficile. Mais quand tu sauves une vie humaine au

moins dans l'au-delà, tu as une récompense. Quand tu vois quelqu'un qui est souffrant et tu arrives à le sauver, même si tu n'as rien tu es soulagé (Dr. M.).

Enfin, et nous ne ferons ici que nommer très succinctement quelques traits de ce rapport sensible à soi, les personnels de santé agissent en fonction d'une « épaisseur » affective et historique. Certaines situations vécues se présentent ainsi comme de véritables mémoriaux : des incorporations émotionnelles de la profession.

Ma première nuit de garde, j'ai été frappée par l'hémorragie, parce qu'en chirurgie c'est vrai qu'on a des cas comme celui que j'ai vu, un hématome rétro-placentaire où la femme saignait de partout. J'étais vraiment dépassée par l'hémorragie, ça m'a effrayé et depuis ce jour là, j'ai peur de ce tableau. (...) Le sang ne se coagulait plus. Elle saignait du nez, des gencives, et l'hémorragie vulvaire était là. Nous l'avons opérée, mais en vain. (Dr. H.).

Autre exemple :

(...) Nous avons voulu faire sortir le premier enfant, mais c'était impossible, elle était déjà morte. Ce jour, j'ai vraiment eu peur, c'était la première fois. J'avais peur de rester là parce que j'étais logée dans l'enceinte de l'hôpital, ensuite il y avait l'obscurité. J'ai eu peur que son spectre vienne me chercher pendant la nuit... (Mme H., SF).

Cette mémoire, véritable inscription du sujet dans son acte professionnel, est bien peu interrogée et prise en compte. Pourtant cette dimension émotionnelle est essentielle pour décrire et analyser les rapports de l'acteur à sa profession. Elle est, bien évidemment, particulièrement « à vif » face à la mort de certaines parturientes.

C'est dur, moi quand je perds une malade ça me fait mal. Tu reçois une personne, vous parlez longtemps et d'un seul coup, elle s'éteint. C'est comme si tu n'as pas joué ton rôle de médecin. (...) Chaque fois qu'on enregistre un décès, on s'en souviendra longtemps, car à la faculté de médecine, on nous avait enseigné que le médecin doit consoler, soulager et guérir. S'il ne réussit pas à guérir, il doit au moins consoler et soulager. De façon permanente, nous avons une charge sur la conscience (Dr. H., en cours de spécialisation).

Alors, il s'agit certes de « personnels » de santé, mais comment séparer ce qui serait de l'ordre des déterminations humaines et sociales et ce qui relèverait du strictement « professionnel » ? Comment espérer « transformer » des conduites envers les patients sans prendre appui sur ces dimensions sociales et affectives ?

Ici, comme ailleurs, ces événements professionnels résonnent toujours d'autres souvenirs. Et, en creux, il y a toujours dans ces « vies professionnelles » une dimension inécoutée qui fait que les décès ou les épisodes malheureux qui sont vécus depuis une position de « technicien » vibrent des harmoniques des événements de la vie privée...

Ma thèse était donnée juste le jour où la sage-femme principale qui était là à l'époque, a failli mourir d'une hémorragie de la délivrance à cause de la grande multiparité. Et par coïncidence, ma mère aussi était morte aussi par la suite d'une hémorragie de la délivrance. C'est ce qui m'avait fait choisir l'obstétrique. Je me disais, quand j'étais toute petite jeune fille, comment on peut mourir à cause de l'accouchement.

Quand ma mère mourrait, j'étais très petite et il paraît que j'avais posé la question à papa pour savoir pourquoi maman était morte de ça alors que j'avais l'habitude de voir maman revenir avec un bébé à chaque fois qu'elle partait accoucher. Elle est morte à son 7^e accouchement (Dr. A.).

Après le stage, j'avais aimé la chirurgie. J'ai choisi un sujet en chirurgie (...). Mais j'ai fait une longue stérilité après mon mariage de sept années. Durant ces sept années j'ai fréquenté les services de gynécologie et je lisais sur l'infertilité. J'ai fini par aimer la gynécologie... (Dr C.).

Outre ces dimensions construisant une intériorité spécifique, une des principales caractéristiques des vies des personnels de santé est leur aspect chaotique. Ces vies se présentent comme des itinéraires brisés, des parcours professionnels et affectifs en permanence « rafistolés ». Écoutons ces quelques récits, évoquant tout d'abord l'accès à la profession désirée.

Je suis venue à C., c'était en 1984. J'étais médecin chef du dispensaire de C.. Je faisais les consultations externes, enquêtes épidémiologiques, gestion des ressources humaines et matérielles... Mais parallèlement à ça, puisque la gynéco était une vocation, à l'époque on travaillait dans les dispensaires jusqu'à midi et après je me retrouvais à la maternité ici et je travaillais jusqu'à 22h 45 pour prendre le dernier bus de la S., puisqu'à l'époque je logeais loin. Et puis je programmais la garde ici, une fois par semaine.

Je n'étais pas payée pour cela. C'est parce que je voulais apprendre.(...) Puis j'ai été nommée à « CF » (...) et après 1986, je suis allée au dispensaire central, l'actuel K.

Je continuais à venir à D. À l'époque, je ne sais pas où je puisais l'énergie... Ensuite j'ai été affectée à la police sanitaire maritime. (...) Quand il y avait des

malades, on nous réquisitionnait pour aller les soigner. (...) Après ça, j'ai postulé pour le volontariat des Nations Unies. J'ai été recrutée volontaire aux Comores. (...) J'y suis restée 6 ans. Mon mari était resté en G., c'est moi qui venait pendant les vacances. Je suis revenue en 1995. (...) En début 1996, je suis allée au Ministère de la santé. En 1997 on m'a rappelée aux Comores, j'y suis restée jusqu'en 2000.

J'ai repris au Ministère, mais j'étais désœuvrée. (...) En même temps, je me bat-tais pour faire un stage en échographie. J'ai fait 9 mois de stage d'échographie et 6 mois en gynéco. (...) On m'a demandé à être affectée et là on m'a dit que je suis à la Direction de la Santé de la Ville. J'ai passé le test pour le CES en gynéco-obstétrique en septembre 2002... (Dr. B.).

Les diverses composantes de ces vies humaines se présentent ainsi, comme « désaccordées » ; entraînant sans doute une forme de lassitude de cette manière de vivre. Et l'on peut supposer que cette fatigue sociale affecte autant d'éventuels projets de vie que des souhaits professionnels. En filigrane, et une nouvelle fois bien peu écoutées, derrière les vies professionnelles se profilent les douleurs des vies affectives. « *Monsieur était ici. C'est moi qui venait pendant les vacances. Les enfants aussi...* » nous dit une autre interlocutrice...

D'autres discordances concernent plus spécifiquement la vie professionnelle. Ainsi, les cursus d'apprentissage ne sont que rarement respectés. Et par exemple, pour s'en tenir à l'insertion dans la vie professionnelle, le travail effectif est souvent commencé, et les gestes techniques sans doute intégrés, avant qu'une véritable formation ne permette de les incorporer selon les canons d'une obstétrique rigoureuse. L'apprentissage est avant tout effectué selon les « routines » ou « normes pratiques » plus que selon les normes techniques scolaires :

J'ai commencé à travailler, en fin novembre 1981, à la maternité de D. À l'époque, dès qu'on sortait, on nous affectait directement. (...) J'ai servi pendant trois ans, je faisais des accouchements, des suivis prénatals, des interventions chirurgicales... (Dr. D.)

Outre ces aspects techniques, soulignons que les modalités de cet apprentissage jouent aussi une place importante dans le fonctionnement du service. En effet, cette ancienneté « officieuse » dans la fonction interfère avec les positions hiérarchiques officielles. Concrètement, comment diriger certains collègues qui, bien qu'actuellement

moins « gradés », furent cependant ceux qui vous apprirent votre métier ?

Les longs itinéraires de formation, parfois effectués durant les années de maturité, conjuguent au présent ces discrets dysfonctionnements hiérarchiques et une sorte de « fatigue » - comme une lassitude ressentie après une trop longue course - partagée par bien des membres de l'équipe médicale.

La gynécologie, je l'ai..., là j'ai des problèmes puisque bon... J'ai terminé en 1999 et quand on finit la Fac, c'est à l'étudiant de chercher un consultant. Déjà en cinquième année, on m'avait promis la traumatologie puisque mon thème portait là-dessus. En sixième année, je me suis dit que je termine... Un jour comme ça, hein, je suis venu rencontrer le Pr. N. et gentiment il m'a donné un thème (...) J'ai traité ce thème, mais je n'ai pas pu finir parce que mon consultant le Dr. B. était en déplacement. Finalement il m'a confié au Dr. C.. Entre-temps il y a eu un décret ministériel disant qu'il faut chasser les internes des hôpitaux (...). Donc je suis resté deux mois à la maison et ça retardait. Donc je suis resté deux mois à la maison, et j'ai repris tout à zéro. J'ai pris un autre thème en traumatologie à l'hôpital de A..

Vous imaginez, je suis venu ici, j'ai tapé un an et les gens n'avaient pas le temps. Sinon j'étais à la conclusion. Mais un an sans que ma fiche d'enquête ne soit corrigée, est-ce que vous voyez ?

(...) Après ma soutenance au mois de juin 2003, ça trouvait déjà que la circulaire qui était relative à chasser les internes, c'était en fait pour réorganiser la structure sanitaire. Il fallait maintenant former des spécialistes au CHU...(Dr. S., 30 ans, CES).

Enfin, c'est au présent que ces difficultés de vie sont ressenties. Au jour le jour, il faut se « débrouiller » pour supporter un ensemble de charges fixes comme sa propre formation et, pour la plupart des personnels, la scolarisation des enfants dans des institutions privées.

Je gagne 50 000 Cfa par mois. Pour la formation (CES), je paye 120 000 Cfa par an.

Le matin, je me lève à 5 heures puisque je loge à T., c'est loin. Mon mari est à L. mais il est fréquent à C.. Je vis avec mes enfants, ils sont deux (...) et en plus j'ai 5 enfants à charge...

Je fais 2 heures de route pour venir. Je pars vers 6 heures pour être ici à 8 h / 8h 30. Quand il y a un embouteillage, c'est 9 heures. Il n'y a pas d'heure fixe. Je prends mon petit déjeuner ici (...) pour le repas il n'y a pas d'heure fixe... Pour rentrer je fais deux heures de route...(Dr. G.).

Et c'est ainsi tout le quotidien qui « pèse » ! Au plus immédiat, ce sont les parcours « routiers » extrêmement longs qui allongent les journées. Le temps de transport est, en effet, pour de nombreux soignants, quasiment équivalent au temps de travail.

Je me réveille à 5 heures, je fais la prière, je prends ma torche et je sors parce que je dois faire au moins 15 minutes pour aller au lieu d'embarquement des taxis. J'arrive au service à 7h 45 ou 8 heures et je termine vers 18 heures. Je reviens à la maison à 21 heures ou 22 heures. (Mme H., S.-F.)

Trouver « un transport », trouver des ressources, répondre à de multiples sollicitations... Rien ne peut être « programmé ». L'ensemble du quotidien est régi par une sorte d'aléatoire et de désorganisation de l'ensemble des activités quotidiennes. Au risque d'une certaine accumulation, prenons ici quelques exemples de ces vies quotidiennes.

Je quitte chez moi entre 7h et 7h 30 (...) Et après la visite, aux environs de 10h, 10h 30, je cherche maintenant à déjeuner ... Des fois, nous n'avons même pas le temps de prendre le petit déjeuner puisque après la visite, s'il y a une urgence, vous rentrez au bloc, vous sortez à une heure tardive comme vers 13 heures. Donc c'est là, à côté que vous allez prendre le repas. C'est pénible, hein ? Quand je descends après la garde après le staff, je fais un compte-rendu, je n'ai pas de repos. C'est difficile, mais on arrive à se sacrifier pour ce genre de travail (Dr. M.).

Si j'ai 1000 Cfa, je peux manger au moins trois jours et j'ai aussi le transport. Des fois, je venais en retard parce que je venais à pied, des fois j'ai faim et je reste de 8 heures à 18 heures sans rien manger et je vais ensuite à la maison... (...) C'est pas facile parce que je ne peux pas dire à tout le monde que je suis pauvre. Il faut être fier de soi (Mme K., S.-F.)

De façon marginale, seule une insertion dans une certaine « modernité » familiale – une nouvelle forme de « segmentation » - et la détention d'un certain savoir et pouvoir social, peuvent permettre d'espérer un quotidien relativement harmonieux.

Pour le CES, nous payons 120 000 Cfa par an pendant cinq ans. J'habite en banlieue et je travaille depuis longtemps. J'ai mon salaire et mon mari, qui est administrateur, aussi. Donc moi je n'ai pas de problèmes. Je vis avec mon mari et mes deux enfants, je vis comme les « toubabs ». Ils sont tous les deux à Sainte-Marie, l'un au collège, l'autre au lycée.

Ensuite, chaque médecin à sa clientèle privée. Il y a aussi des privés qui nous utilisent et nous payent. Les grandes cliniques c'est pour les patrons, leurs respon-

sables ne nous approchent pas sauf quelques rares fois où on fait appel à nous « par l'escalier »... (Dr. C).

Au plus modeste, un enchâssement complexe permet d'utiliser quelques bribes de pouvoir social permet d'améliorer, ou de rendre vivable le quotidien.

J'ai un enfant qui a 13 ans, qui est à l'école et mon mari est économiste. Il travaille dans un projet catholique CARITAS. Mon enfant étudie à l'école française privée. Je paie avec son père 1 800 dollars par ans pour lui. C'est sa première année.

C'est une ancienne patiente à moi qui le dépose tous les jours. Elle est la secrétaire du proviseur et elle habite en ville aussi. (...). D'autres jours, il revient avec ses amis qui sont les enfants des "médecins sans frontière", jusqu'à l'hôpital ici et le soir je rentre avec lui à la maison... (Dr. B.).

Autrement, il faut continuellement générer des ressources personnelles pour permettre à ses enfants d'accéder au secteur scolaire privé. Et globalement, il y a toujours pour chacun de ces acteurs, l'obligation d'une sorte de course pécuniaire pour « vivre en parallèle » des services publics défectueux.

J'ai une fille qui est au complexe scolaire L., en privé. Et un garçon aussi ... Le matin pour aller à l'école, ils prennent un taxi parce que notre véhicule est en panne. Moi aussi je prends un taxi (Mme D., S.-F.).

L'ensemble de ces traits, allant du social au professionnel, souligne que le régime temporel des personnels ne peut être celui de l'anticipation et de la régularité. Il est en constant déséquilibre. Dans ces vies, l'éprouvante obligation de trouver des ressources et l'arrivée constante de multiples charges souvent inattendues font que « les mauvaises occasions obligent toujours à faire le larron ». Comment alors articuler cette forme de vie sociale avec la notion même de « projet », impliquant une anticipation maîtrisée du temps et un devenir volontairement assumé ?

Outre ces larges caractéristiques sociales, au sein des services, le quotidien des soins est maintenant bordé par les craintes de contamination, et notamment par les risques liés au sida.

Oui, nous pensons à ça. Moi-même, ça m'est arrivé. Un jour j'ai eu du sang sur le corps. Ça fait peur, mais quand même, il y a des femmes en les voyant, on sent qu'elles ont le VIH, mais cela ne nous empêche pas. Nous faisons l'accouchement. Mais ce n'est pas tout le monde, il y a certaines sages-femmes, quand elles

savent qu'une femme a le VIH, personne ne s'approche... (...) J'avais peur, j'ai attendu 3 mois, je suis allée faire le test... (Mme V., S.-F.).

Et malgré cela – « malgré tout cela » faudrait-il écrire - il reste un élan, des bribes de motivation.

Mon travail est passionnant. C'est le résultat. Quand vous recevez quelqu'un qui souffre et que vous le soulagez et que vous réussissez à le guérir, c'est ce qui me passionne. J'ai toujours la motivation. C'est ce qui fait que même si je vous dis que je suis fatiguée, je reste. Si des gens arrivent, j'oublie ma fatigue. (Dr. C.).

Cette « motivation » peut se marquer comme une sorte de résistance au délitement des gestes techniques. Parfois aussi comme une « distanciation », un regard critique sur les pratiques des collègues et une volonté de réforme des gestes et conduites qui pourraient être nocives pour les parturientes.

Nous continuons à travailler avec nos mamans, puisqu'on nous a dit d'être là pour un changement, mais il y a beaucoup de routine. Le changement c'est surtout du point de vue de l'hygiène... Moi mon thème a été le lavement des mains, on néglige ça beaucoup en matière de soins. On ne se lave pas les mains, on porte les gants, on touche la femme et puis on enlève. (...) Les filles de salle quand il y a du sang, le temps de contact, l'eau de javel, le sang, elles ne respectent pas ça. Elles viennent, elle nettoient alors qu'il y a un temps pour cela. On « s'auto-forme » (Mme D., S.-F.).

Et certains travaillent même « en plus », ajoutant ainsi des tâches supplémentaires à des vies déjà surchargées, pour mettre en œuvre des programmes

Mon projet c'est toujours dans le cadre de la référence, pour sauver la vie de la mère et de l'enfant parce que ça tarde... Il ne suffit pas de venir opérer, faire une césarienne, mais il faut voir les milliers de femmes qui sont derrière, il faut les prendre en charge sinon, ça sera toujours les mêmes bêtises (M. P. F., CES).

Les identités de ces professionnels sont donc feuilletées, contraintes de multiples façons, accablées mais parfois résistantes et notamment par l'exercice de la critique et de l'autocritique. Presque rien, quelques dialogues, quelques regards, une distance prise avec certaines conduites mises en œuvre par les collègues. Mais il nous semble que c'est dans cet écart critique – dans cette distance à soi - que peut prendre naissance une certaine réforme. On ne pourra pas, dans la situation actuelle, modifier certains facteurs « lourds » touchant à l'économique et au social. Par contre il nous semble possible

de creuser cette distance prise avec ses propres pratiques professionnelles, d'agir à partir d'une attitude réflexive des personnels sur leurs actes.

Les pratiques réelles de soin et de prise en charge

Ces acteurs sont en situation. Et de ce fait, il faut aussi pour comprendre leurs pratiques effectuer une rapide description de la situation du service dans le plus large paysage sanitaire de l'accès aux soins. Quelques rapides notations peuvent éclairer cette situation complexe. Logiquement, évoquons tout d'abord la question de l'acheminement vers l'hôpital. Ce que l'on nomme d'un euphémisme pudique : les itinéraires des femmes.

Chez nous ici, c'est pas tellement facile, parce que c'est un lieu de référence. Les femmes viennent fatiguées, stressées. Il y a tout cela... On reçoit des femmes qui viennent des maisons d'accouchement. Elles peuvent faire deux ou trois jours là-bas. Il y a des femmes qu'on reçoit déjà dans l'agonie. Il y a certaines qui meurent dans les véhicules avant même qu'elles arrivent. C'est ça les problèmes, les femmes qui sont suivies dans les centres périphériques et qui développent des éclampsies. Il y a un cas tout de suite... et puis des ruptures utérines... Je viens de faire deux gardes et il y a eu deux ruptures, c'est presque perdu... (Mme K., S.-F.).

Soulignons ensuite les difficultés matérielles de la prise en charge des parturientes. Mais il importe surtout de comprendre à quel point quelques « bases matérielles » pouvant apparaître modestes peuvent, à tort et à raison, influencer sur le déroulement correct des actes de soins.

Nous avons beaucoup de difficultés ici. Les matériels sont gâtés, monitoring gâté... Nous n'avons pas de primes, les gants, il n'y en a pas beaucoup. C'est nous qui les payons nous-mêmes ; nos couveuses sont en panne.

Vous savez qu'on est exposé à des maladies comme le HIV, par exemple. Et pour nous protéger on porte des gants, on utilise de l'eau de Javel parce qu'il faut décontaminer les matériels utilisés, ensuite vous vous lavez les mains avec du savon. Nous payons une paire de gant à 120 Cfa.

Moi par exemple, je remplis normalement le partogramme toutes les dix minutes. Je fais le « touché » pendant les deux heures. À chaque touché, je change de gants... (Mme A., S.-F.).

Améliorer cet accès aux soins - ou tout au moins aider à un transfert plus cohérent des parturientes – demanderait une certaine réorganisation du « système de référence » des patientes. Mais l'information des praticiens qui animent et organisent ce système, par la mise en place de cette « rétro-information » que constitue la « contre-référence » se présente comme un effort aussi courageux que vain.

Quand une femme meurt, on fait un compte-rendu au staff, comment on a reçu cette femme et tout ce qui suit. Après, le professeur fait une lettre qu'on envoie à l'hôpital d'où elle venait. On arrive à faire des lettres avec l'équipe, mais c'est sans suite.

Il n'y a pas de réponse. Il y a même un cahier pour cela. Lorsqu'on envoie une lettre, on écrit, on recopie cette lettre d'abord sur ce cahier avant d'envoyer la lettre. C'est une exigence du professeur, mais il n'y a pas de réponse (Mme L., S.-F.).

En fait deux conclusions résultent de ces modestes descriptions. Le système se présente comme une juxtaposition de structures opaques plus que sous la forme d'un ensemble cohérent de structures, les conduites observées résultent plus d'initiatives individuelles que de comportements régulés par des normes administratives. Globalement il s'agit de « débrouillardises ».

Les débrouillardises

Loin d'une trop simple posture morale, comme d'une naïve attitude de santé publique se contentant souvent de lister des « y'a qu'à » (gérer, réformer, former, etc.), il faut considérer ces formes de « débrouillardise » et ce qu'elles incluent comme processus de privatisation de l'espace public de soin comme des réponses organisationnelles aux apories de l'administration.

Mais pour préciser notre propos, commençons par souligner deux points.

Tout d'abord, il faut pallier les manques de produits, d'instruments, de salaires, de diverses manières. Comment faire ?

Ensuite, et de manière normative ainsi que le font fréquemment les programmes de développement, on pourrait distinguer entre

des « débrouillardises positives » (mettre en place des kits...), et d'autres « négatives » comme ces petites corruptions quotidiennes permettant d'améliorer ses ressources.

Mais il nous semble plus utile de souligner, que **du point de vue des acteurs, ces conduites entrent dans un même système de sens : en l'absence d'un État qui pourrait garantir des moyens et des ressources, les solutions ne sont qu'individuelles.** N'engageant pas un collectif organisé chaque initiative, quelle que soit sa « valeur », ne peut qu'accroître une certaine désorganisation. Dressons un rapide inventaire des pratiques observées.

Au plus utile et au plus courageux, par exemple, Madame D., surveillante du service, souligne que :

Pour les kits, j'achète sur le marché [au « marché noir » officiellement interdit, mais économiquement en plein développement]. Je dois acheter moi-même parce que si j'achète à la pharmacie centrale ce sera trop cher et je ne pourrai pas vendre à 60 000 Cfa.

Actuellement j'ai des difficultés parce que je ne trouve pas de fils. Certains CES ou médecins s'en moquent. Ils prennent des produits dans les kits et ils ne les remettent pas en place. Ils s'en fichent, c'est pour leurs protégées et après ils laissent... (Mme D., Surveillante).

C'est donc le secteur privé illicite – les « pharmacies par terre » - qui permet de faire fonctionner le public. Paradoxalement, usant de la concurrence et du système informel, le dévouement des soignants permet, en toute illégalité, à des malades de disposer de produits à un coût relativement abordable. Une solution éthique à l'urgence qui en accroît la désorganisation technique.

En ce qui concerne le kit, il a été édité en novembre 1995. Il est composé de perfuseurs, fils de ligatures et antibiothérapie, béthadine... Avant qu'on ne mette cela en place, il y avait des problèmes liés à la disponibilité et à la pauvreté.

Quand les malades venaient à une certaine heure de la nuit, on prescrivait des médicaments et c'est quand les médicaments venaient qu'on opérât. Il y avait toujours la catastrophe. Soit on perdait la femme, soit le bébé.

Le kit coûte 60 000 Cfa, le lit d'hospitalisation 5 000 Cfa. Et la césarienne 70 000 Cfa. Nous avons vraiment des problèmes parce que certains malades sont très pauvres. Nous sommes obligés de les prendre en charge complètement... Et le problème d'eau de javel et autre... On a une partie des recettes qui revient

à la maternité, c'est dans ça qu'on prend pour acheter ça (10 cartons d'eau de Javel et un carton d'OMO/mois, ce qui fait 65 000 Cfa/mois) (Mme C., S.-F.).

Comme l'évoque le titre de cet article, la vie autant que la réforme ne tiennent ici « qu'à un fil » et à une personne. Une seule souvent, ayant le courage et la volonté de se « faufiler » à travers le découpage et les règlements.

De la même manière, les médecins réussissent à opérer dans des situations particulièrement précaires. Palliant le manque de matériel par diverses techniques et s'assurant de personnel grâce à leurs propres téléphones...

Nous avons un grand bâtiment comme ça il devrait y avoir un téléphone ou un interphone dans chaque bureau pour qu'en cas de besoin, je téléphone et que la personne vienne. Mais ici, il faut que je monte à l'étage. Heureusement, nous avons des mobiles qu'on achète cher. Mais tout le monde n'en n'a pas. Mais au moins ça permet de nous interpellier.

L'eau, il n'y en a pas. Un hôpital sans eau, c'est grave... (...) On a deux grands groupes électrogènes ici de 500 KVA. Mais le problème, c'est avoir le carburant. Le système d'allumage est automatique. Cela veut dire qu'il y a du carburant, mais il n'y a pas de carburant !

Quand il n'y a pas de courant la nuit, vous pouvez allumer et tenir pour 1 h ou 2 h, vous faites les petites interventions pendant la garde (...). On attache une bonne torche, et on peut opérer. (Dr. L.).

Travail positif donc... Mais ce processus non « standardisable » peut aussi « jouer » dans l'autre sens : recruter dans le public pour faire fonctionner un secteur « privé ».

S'agit-il alors, comme un autre versant de la situation, d'un travail négatif ? Pas véritablement, et il faut ici être extrêmement nuancé. D'une certaine façon, il s'agit en fait de ce qui se présente comme étant la seule solution. Une nouvelle fois, prenons quelques exemples.

Il peut s'agir de l'échographie. En l'absence d'un appareil en état de marche et d'un système de maintenance efficace, la possibilité d'effectuer cet examen repose sur l'initiative privée. Pour le meilleur puisque le service peut disposer d'un appareil ; pour le « pire », ou tout au moins avec certaines difficultés, puisqu'il faut que le propriétaire de l'appareil soit présent pour qu'il puisse être utilisé.

L'échographie, ça coûte des milliers de Cfa, mais l'appareil qu'on avait est en panne actuellement depuis près d'un an. C'est ainsi qu'on a essayé de faire venir un autre échographe en attendant que l'hôpital ou le Ministère nous en procure. Donc à présent, les patientes donnent directement l'argent. C'est le docteur C. qui s'en occupe. Le paiement se fait par tranche parce que nous avons organisé la facilité de paiement. C'est lui qui nous a fourni l'appareil. (Dr. M.).

Mais comment imaginer et assurer la maintenance d'un outil collectif dont les profits liés à son usage iraient non à celui qui l'utilise mais à la structure qui en serait une sorte de « propriétaire anonyme » ? L'usage collectif d'un simple objet technique implique un espace public régit par des règles respectées par tous et profitant à tous de manière équivalente...

En fait, le quotidien et pratiquement toutes les activités sont régis par ce système de « double contrainte » : il faut œuvrer correctement selon les normes du service mais aussi pallier les insuffisances de l'institution publique et, de plus, trouver les moyens de survivre personnellement dans un environnement social difficile.

Ces constants « *double bind* » sociaux caractérisent particulièrement la situation des « étudiants » en spécialité : les « CES ».

En effet, leur situation est proprement intenable puisque ces médecins - souvent responsables d'une famille - doivent travailler pendant cinq années sans être rémunérés. Cela est bien évidemment impossible. Ils sont donc obligés de « se débrouiller », et principalement de trouver des ressources « privées » sur leurs lieux de travail.

Les gardes ne sont pas rémunérées. Seulement on nous donne un petit truc de 1000 Cfa par jour de garde. Et nous payons pour notre formation de spécialité. (...) Peut-être si les parents nous assistent, mais avec nos activités quotidiennes on pourra s'en sortir pour payer... (...) On a des malades qui viennent, et on fait des consultations.

Avant à la maison, je fais toutes les consultations, mais c'est ici que je fais de la gynéco-obstétrique.

À la maison ce sont des injections, perfusions, des pansements, etc. Si j'ai des échantillons médicaux j'essaie de les placer. Mais dans le cas contraire, je prescris une ordonnance, les malades vont acheter. (...)

Si c'est une femme en travail, je viens directement avec elle à l'hôpital à D. ici. Avant je faisais ça dans mon cabinet, mais depuis que j'ai fermé, je n'ai pas fait accoucher dans mon salon, je viens ici.

S'il n'y a pas de taxi, là je ne peux rien. Je leur dis d'attendre le matin.

Si je viens, j'informe l'équipe de garde que j'ai envoyé une femme parce que chez nous quand il y a un accouchement, c'est la sage-femme qui s'en occupe. Je reste à ses côtés quand même. Et s'il y a un problème, j'interviens.

Les injections c'est au moins 1000 Cfa, la perfusion c'est 4 000 Cfa, le pansement 50 Cfa.

Pour les accouchements, après il faut payer 10 000 ou 15 000 Cfa.

Les CPN chez moi, il y en a qui me donnent 500 Cfa... (Dr. S.).

Ces actes sont présentés et vécus comme étant individuellement choisis. Mais ils résultent, en fait, de la tentative de concilier les contraintes d'un parcours professionnel avec l'obligation d'une certaine rentabilité pour survivre et offrir ce qui est socialement indispensable pour les siens. Et c'est pourquoi, d'un acteur à l'autre, toujours les mêmes conduites se répètent... Il s'agit d'un effet de structure plus que d'un choix éthique et individuel. Et c'est pourquoi ces pratiques ne suscitent aucune véritable critique et sont actuellement impossibles à transformer. Elles correspondent à de simples attitudes d'adaptation « vitales » face auxquelles les discours invoquant des réformes ou des normes éthiques discursives et « décontextualisées » ne peuvent avoir d'emprise.

Je suis en CES. C'est vraiment difficile, je suis à l'hôpital. Les parents pensent que tu travailles alors toi tu sais comment tu te débrouilles. Des fois nous sommes obligés de demander aux parents. Certains patients, s'ils sont satisfaits de ton travail, ils peuvent banalement te donner 70 000 Cfa ou 100 000 Cfa. Nous avons aussi une sorte de clientèle privée (M. H.M. CES).

Dès lors, à chacun ses ruses et ses possibles gains. Et de semblables « tactiques » sont mises en œuvre par tous les autres segments de la profession médicale, chacun privatisant autant que possible son « territoire » et ses actes. Par exemple, les conduites des élèves sages-femmes...

Aujourd'hui c'est vendredi, on travaille de 8 heures à 18 heures. Demain pareil, dimanche 18 heures – 8 heures, lundi 18 heures – 8 heures. Donc c'est quatre jours, deux jours de journée et deux jours de nuit et nous nous reposons toute la semaine pour revenir le samedi. Il y a un décalage d'un jour par semaine.

Nous n'avons pas de salaire. Des fois, on nous encourage. À chaque permanence on me donne 500 ou 600 Cfa.(...) Il fut un temps, on s'est énermé. Et puis on

s'est retrouvé pour dire que si on restait à la maison et donc il vaut mieux venir à l'hôpital. Les sages-femmes nous encouragent parfois. C'est ce que les femmes payent à l'accouchement (Mme C., S.-F.).

Pour d'autres, plus inscrits dans la vie professionnelle, il s'agit de générer ses ressources dans les interstices de ses actes professionnels.

J'ai des femmes que je surveille dans le quartier. Je fais le counselling, le suivi des grossesses et quelques problèmes tels diagnostiquer la grossesse, CPN, je fais aussi des accouchements à domicile pour les cas simples. Si c'est une urgence, je l'accompagne dans voiture de mon mari en disant : « je ne peux plus.

(...) En fait il y a des femmes qui ne payent pas. Celles qui paient aussi, on ne leur demande pas. Elles le font simplement par plaisir. Il y en a qui donnent de l'argent, 500, 600, 700 Cfa à chaque fois qu'elles viennent, certaines donnent des tissus, d'autres, c'est après le baptême qu'elles nous envoient des savons et des plats pour nous remercier et aussi avec de l'argent, 800 Cfa » (Mme B., S.-F.).

Tout ceci est connu de tous. Y compris de ceux qui proposent des réformes qu'ils savent illusoire. D'une certaine manière, il ne s'agit ici que de l'ordinaire qui, de plus, se coule dans le cours de la vie quotidienne où, dans le contexte du pays, il est normal d'organiser ses propres accouchements.

Je ne fais aucun suivi de femmes chez moi. Mais en général, elles me téléphonent et je leur donne rendez-vous à l'hôpital. Même pour des consultations simples, je fais ça ici. Je fais des suivis de grossesse et je fais accoucher mais toujours à l'hôpital. Samedi, quand vous m'aviez vu, j'étais venu accoucher une femme. Si c'est un accouchement normal, je laisse faire les sages-femmes faire. Comme elles sont beaucoup expérimentées, mais le médecin est toujours à côté... Ici on peut dire, qu'on constitue une famille, les gens sont un peu solidaires des vis-à-vis des autres, à la maternité. Dans ce pays, on est très social, chacun a ses problèmes et puis il y a cette solidarité qui est très forte entre nous... (Dr. M.).

Pour d'autres, moins « hiérarchiquement nantis », il peut s'agir, au plus modeste, de pousser les lits.

Au début, on nous donnait des primes, mais maintenant le professeur a arrêté. Parfois on nous donnait 500 Cfa, parfois 1000 Cfa, il est descendu comme ça jusqu'à 800 Cfa. Maintenant on ne donne rien.

Sur le transport des corps (des personnes décédées), on ne gagne rien. (...) Mais certains malades, par exemple, quand on les accompagne pour faire la radio, les parents de la malade peuvent avoir « pitié » de toi et te donner 800 Cfa ou 200 Cfa (M. F., Garçon de Salle).

Voire de laver les voitures.

À cette heure, je n'ai rien à donner à ma famille. Donc je suis obligé, pour entretenir ma famille, de laver les voitures des chefs pour avoir 100 Cfa et nous concentrer pour faire certains travaux... (M. G., Garçon de Salle).

De la même manière, le service de porte qui doit théoriquement filtrer les entrées est purement « virtuel ». Personne ne le respecte. En fait, tout le monde connaît quelqu'un dans la structure et refuser l'entrée à quelqu'un serait à la fois entrer dans des querelles avec ses collègues et risquer de se fâcher avec des « bras longs ». En fait l'entrée est plutôt « chacun avec sa chacune » sauf les plus pauvres... qui ne disposant pas de ce « capital social » de connaissances doivent payer – corrompre ? – pour pénétrer dans l'hôpital, puis le service, puis toutes ses étapes et encore...

La débrouillardise utilise en effet tous les lieux de passage ou de « filtrage ». Et, par exemple, l'aide-soignante profite de cette halte obligatoire pour vendre des sachets de crème aux employés de l'hôpital et aux femmes de passage. À 13 heures, il y a affluence. Tout ceci s'expliquant aussi par ce que nous évoquions précédemment à propos des longs déplacements faisant que souvent les personnels ne mangent pas avant de venir travailler.

Toute la structure publique est ainsi comme « doublée » par un ensemble de pratiques rémunératrices construisant le fonctionnement réel de la structure de santé.

C'est pourquoi comprendre comment se construit la mort maternelle dans les structures de référence consiste à décrire comment s'articulent les conduites véritables des acteurs de cette structure de santé.

Les modalités de prises en charge des parturientes

Les conséquences sont donc cruelles de l'absence d'un « tiers » garantissant un salaire pour les uns et la régularité rassurante d'une bonne prise en charge pour les autres. Certes, ces multiples tractations et les avantages divers qui peuvent en résulter permettent un certain fonctionnement de la structure de santé. Mais ce processus informel

est aussi malheureusement synonyme d'une désorganisation des services.

Cette désorganisation n'est pas « anarchique ». Elle correspond à un ordre et est construite selon certaines régularités. Trois points essentiels se dégagent de nos observations, la précarité et la personnalisation des tâches, les décalages temporels entre les diverses tâches techniques et les procédures de « confiage » des tâches, responsabilités et des patients

La précarité et la personnalisation des tâches

Une nouvelle fois, plus qu'incriminer un « mauvais vouloir » des personnels, il nous semble plus utile de comprendre comment des systèmes de contraintes adverses viennent construire les conduites des soignants.

Certaines de ces formes de désorganisations peuvent sembler modestes. Mais dans cette interdépendance des actions permettant le fonctionnement d'un service et de l'hôpital rien n'est accessoire. Et le pire peut provenir du plus apparemment insignifiant.

Par exemple, au plus humble, le travail de nettoyage du linge ne repose souvent que sur un seul. Et il n'est effectué qu'en fonction d'une possible « redistribution » liée à cette possibilité de pouvoir, un jour, « confier » des malades. L'action est conçue comme une anticipation d'une possible demande, une sorte de « sécurité sociale » en acte :

Vous voyez les ballots d'habits partout là... Il faut que cela soit lavé et repassé avant lundi matin 8 heures. Chez nous il n'y a ni dimanche, ni férié. Il faut travailler tous les jours. Il y a beaucoup de travail à faire ici. Ce n'est pas seulement les machines qui lavent. Il faut d'abord mettre les habits dans la bassine, remuer à l'aide d'un bâton pour enlever le sang et cela au moins cinq fois en changeant l'eau, et mettre l'eau de Javel, désinfecter, puis mettre de l'Omo avant d'introduire le savon dans la machine...C'est un travail dur et sans salaire. Parfois c'est quand les docteurs nous envoient leurs habits personnels, nous les lavons et ils nous donnent 200 Cfa. On accepte parce qu'on ne peut pas les taxer. Eux aussi ils nous arrangent quand un membre de notre famille tombe malade, nous ne payons rien, même les produits, ils nous les donnent si c'est disponible (Mme K., Buanderie).

Outre ces pratiques liées à la nécessité – tout au moins ressentie – de nouer une relation particulière avec les soignants, d'autres

pratiques sont plus directement liées aux soins. Nous contenterons ici de les lister.

Il peut s'agir de la prise des constantes et de la « transmission » entre les équipes.

En fait, toutes les patientes ne sont pas surveillées, il n'y a pas de fiches de surveillance. Plein de dossiers ne sont pas remplis. Il manque plein d'information dans les dossiers. Les tensions ne sont pas prises régulièrement. Quand il y a un changement de garde aucune transmission n'est faite entre l'équipe sortante et celle qui entre. Il n'y a pas de rôle défini finalement.

Il n'y a pas de brassard pour prendre la tension, les étudiants n'ont pas de gants. On n'a pas d'aiguilles de prise de sang... (Internes)

Dans bien des cas, le manque d'un seul « outil » conduit à ne plus effectuer un indispensable geste technique et réduit la démarche clinique à un suivi au jugé.

Ce dysfonctionnement peut aussi trouver son origine dans le fait que les rôles ne sont pas précisément définis. Et dans certains cas, lorsque les manœuvres « surveillent » des femmes en post-partum... Dès lors, les gestes correspondent plus à du mime qu'à un réel accompagnement technique.

Parfois aussi, les gestes techniques sont « contrariés » par d'autres contraintes sociales ou organisationnelles.

Si le partogramme est suivi, il faut compter de 2 à 3 touchés. Il faut jeter le gant ou le tremper dans l'eau de Javel après le touché (Mme B., Surveillante).

Mais surtout ce qui apparaît lorsque l'on observe le déroulement « en continu » des « gardes » sont les dysfonctionnements liés à l'accumulation, l'empilement des actions et des tâches. Aucun geste n'est « prolongé » jusqu'à son accomplissement complet. De là une constante désorganisation des prises en charge. Prenons, pour préciser notre propos, une suite gestuelle, telle que nous l'avons observée :

16h : CES prend un gant pour faire un touché une parturiente N°1.

16h 05 : Il revient pour remplir le dossier d'une autre parturiente N°2

16h 35 : Il demande à une sage-femme de l'aider, elle refuse

16h 40 : Rompt la poche des eaux de parturiente 1

16h 45 : Dit au manœuvre qu'il faut chercher un chariot

17h 05 : Retourne voir la parturiente 1

17h 07 : Part lui-même chercher un chariot

17h 10 : Se rend auprès de la parturiente 2

17h 13 : Rédige un ancien dossier

17h 25 : Part en salle d'opération

Bref, on passe d'une chose à l'autre. Il n'y a pas de suites dans des schèmes qui suivraient, par exemple, dans son entier l'accompagnement « technique » d'une parturiente. Dans ces enchaînements gestuels, le mouvement « naturel » n'est pas contraint par une discipline comportementale permettant l'accomplissement complet des gestes techniques prescrits pour ces situations.

Par ailleurs, d'un point de vue externe, ne pas faire certains gestes ou ne pas utiliser certains « outils » comme le partogramme peut sembler choquant. Cependant, du point de vue d'acteurs vivant dans un monde du manque et de la rareté, il ne s'agit que de l'ordinaire : tout manque, et le partogramme n'a alors apparemment qu'une faible valeur, comparée aux objets indispensables que sont le sang ou le sulfate de magnésie.

Nous sommes dans un monde « sans garantie » et cette pénurie réelle ou « ressentie » est présente dans tous les actes essentiels de la prise en charge.

Il peut s'agir de la disponibilité des boîtes d'accouchement :

Nous n'avons pas de boîte. Pourtant chaque équipe doit être en possession de 2 ou 3 boîtes d'accouchement. Mais c'est une par équipe. Tu peux faire l'accouchement de 10 personnes par jour avec la même boîte !

Tu finis, tu mets dans l'eau de Javel et puis tu reprends avec l'autre ainsi de suite... Et puis il y a des boîtes qui n'ont pas de couvercle... Si les conditions ne sont pas remplies, on ne peut pas travailler comme on nous a appris. Il y a beaucoup de choses qui manquent. On veut bien travailler comme on nous a fait voir sur des cassettes, on veut bien travailler comme ça, mais on ne peut pas parce qu'on n'a pas (Mme L., S.-F.).

Le sang, aussi indispensable soit-il, manque aussi :

(...) et surtout chercher la poche de sang. C'est dans ce retard-là que la plupart des femmes décède. Quand tu leur demandes le taux d'hémoglobine, le groupe sanguin... Ils partent d'abord chercher les parents, l'argent, donner le sang... C'est dans ce retard-là que la plupart succombe... (Groupe de Sages-femmes).

... avec la religion musulmane, il y a des ethnies qui refusent de donner leur sang. Des fois, nous-même, nous faisons des bons pour avoir du sang. Nous fai-

sons des engagements pour qu'on puisse sauver la vie de nos patientes. (...) Nous signons : je m'engage à prendre le sang et rembourser plus tard. Ce sont les médecins qui doivent signer.

Question : Et comment faites-vous pour rembourser ce sang ?

Nous faisons tout pour que les parents viennent donner leur sang, où qu'ils viennent avec des donneurs.

(...) Mais les sages-femmes quand même respectent difficilement leurs engagements quand elles signent des bons, elles ne retournent plus pour savoir si les parents ont remboursé ou pas... C'est ce qui fait que l'équipe qui est là-bas, quand c'est les sages-femmes, elle refuse. Ils ont des problèmes après... C'est une banque de sang, les gens qui ne sont pas confiés, ils ne trouvent pas de sang. (Dr. G.)

Pour le sang, on demande aux parents d'aller à la banque sanguine. Soit, ils donnent un donneur ou ils achètent là-bas. Je ne sais pas ... (Mme J., S.-F.)

Quand une femme arrive et qu'elle n'a pas les moyens, son mari n'a pas les moyens... Ça dépendra de sa chance. Parce que nous arrivons à perdre beaucoup de femme ici, pas par négligence, mais par manque de moyens. Par exemple, les femmes qui viennent dans un terrain d'anémie, on a besoin de sang, on va à la transfusion sanguine, là on demande de l'argent... Ça retarde là-bas. Finalement la femme meurt. Même quand il y a un kit, on n'a pas de sang ni d'hémacèle et puis souvent les parents ne remboursent pas (Mme K., S. F.)

Le problème de sang se pose, les parents font 40 minutes à 1 heure avant de trouver le sang. Généralement d'ici leur retour, la plupart des femmes décèdent. Voir une femme qui décède par hémorragie, ça fait mal... (Mme I., CES)

Pièce indispensable, les gants manquent aussi, faisant ainsi une limite objective à certains gestes :

Chaque femme achète ses paires de gants. Mais nous avons les doigtiers que nous donnons les délégués médicaux à titre publicitaire... si vous voulez pour que nous achetions les produits dans leurs pharmacies privées (Dr. L.)

Les gants on les porte, on touche la femme et on ne les jette pas immédiatement. On reporte les mêmes gants pour toucher la femme alors qu'il est dit de toucher la femme une seule fois avec les gants (Mme S., S.-F.)

Il en va de même pour les tensiomètres, et la tension n'est plus prise :

(...) on nous a passé un tensiomètre qui n'est pas bon. Chaque fois on court à gauche et à droite pour en avoir. (...). Nous sommes les seules qui avons gâté notre matériel. Pour en avoir, je vais emprunter à mon mari (Mme J., S.-F.)

Enfin, comme nous le soulignons précédemment, seul un « arrangement » interne permet qu'un échographe soit disponible :

Dans tout l'hôpital, il n'y a pas d'échographe. Donc les spécialistes ont trouvé que ce serait criminel de croiser les bras et voir les gens mourir. (...) Notre appareil est tombé en panne le 30 décembre 2002 et nous sommes en 2004, ça fait du temps et donc on a beaucoup d'urgences qu'on ne peut pas transporter... C'est pour cette raison qu'on a emprunté un appareil qui est là actuellement. C'est un ami qui nous l'a passé moyennant quelque chose. Ce n'est pas gratuit. Donc c'est pour ces raisons qu'on a pris un échographe qui est là jusqu'à l'arrivée des appareils de l'état (Dr. L.)

Et même l'eau ! Pendant trois jours, il n'y avait plus d'eau dans l'hôpital puisque les populations des quartiers avoisinants avaient cassé les canalisations pour bénéficier gratuitement d'une eau trop rare et chère pour les pauvres de ces nouvelles villes.

Les décalages temporels entre les diverses tâches techniques

Globalement, l'obstétrique est une pratique de l'urgence et implique donc une rigueur dans l'usage du temps. Mais ici encore, un ensemble de contraintes viennent contrarier la mise en œuvre d'une certaine efficacité.

Il s'agit tout d'abord des « articulations » et des effets produits par la juxtaposition entre des régimes temporels différents.

La question combien déterminante du sang souligne comment le croisement de deux systèmes temporels vient construire du dysfonctionnement. Mais pour comprendre, écoutons les propos d'un médecin...

Des engagements ? Nous signons : « je m'engage à prendre le sang et le rembourser plus tard », parce que ce sont les médecins qui doivent signer.

Nous demandons aux parents des patientes de donner leur sang. Soit ils viennent eux-mêmes, soit ils font venir des donneurs de la ville.

Si ce sont des sages-femmes ça traîne, parce qu'elles respectent difficilement leurs engagements. Quand elle signent des bons, elles ne retournent pas pour savoir si les parents ont remboursé.

C'est ce qui fait que l'équipe de la banque de sang refuse... (Dr. L., CES).

En fait si l'observation est juste, l'interprétation est sans doute trop personnalisée. En effet, on ne peut incriminer une « mauvaise

volonté » générale. Il s'agit, dans cet exemple, plutôt d'une question de « garde ». Puisque les sages-femmes « font » 48 heures sans revenir au service, elles oublient ou ne peuvent retrouver les familles des femmes pour lesquelles elles ont pu faire cette demande de sang. Il s'agit, et des femmes peuvent en mourir, des effets d'un simple décalage temporel.

À cela il faut ajouter qu'il est difficile de demander à des familles de « rembourser » le sang si la parturiente est décédée. Ici ce n'est plus une question de temps qui « bloque » le système, mais un rapport entre des règles de bienséance et une logique administrative.

De manière moins dramatique, d'autres usages du temps viennent perturber le fonctionnement du service. Par exemple, il peut s'agir du clivage entre le temps de la « garde » et celui du « staff » :

C'est très difficile de faire venir toutes les sages-femmes au staff. Nous avons des équipes de garde. C'est ce qui fait que le matin, à 8 heures, au moment où commence le staff, nous n'avons sous la main, que les sages-femmes qui ont passé la nuit et qui vont être remplacées par les sages-femmes qui viennent à 8 h. 30. (...) Donc c'est vrai, l'idéal serait que tout le monde soit là pour que l'on relève les erreurs ou fautes. Mais c'est un peu difficile de dire que tout le monde doit être au staff tous les jours. (...) Mais il y a tellement à faire sur le plan scientifique et administratif et social... (Dr. L.)

Un autre problème de concordance des temps concerne les liens entre l'action et l'écrit. L'accouchement correspond à un temps de l'action très largement « englué » dans la répétition et la routine. Cette répétition ne laisse que peu de temps et d'espace à un retrait réflexif et normatif que construiriaient l'écrit et le partogramme.

Tout le temps, le dossier est mal tenu. Ce n'est pas parce que les femmes ont été mal surveillées, mais c'est que ce qui devrait s'écrire, au fur et à mesure qu'on l'exécute, ne se fait pas. Certains, vous fouillez très bien, ce n'est pas parce que la femme n'a pas été suivie, mais parce qu'on n'écrit pas. Ce n'est pas mentionné.

Il est bien vrai qu'en Afrique, si vous tenez compte qu'à la routine, on fait 4, 5, 6 accouchements pendant la garde, c'est vrai, mais dans l'ensemble, c'est la parresse (Dr. L.).

Nous avons des sages-femmes qui sont bien formées, qui ne se séparent pas du « parto » et qui le tiennent correctement. Par contre, nous avons une nouvelle équipe qui s'en fout. Il y a les nouvelles formées par les nantaises et les nouvelles formées par K. Celles qui ont travaillé dans les centres de santé, ce n'est pas le

même système de travail. Il n'y a pas de médecins, elles sont là-bas entre sages-femmes. Elles ne savent pas tenir un partogramme, pourtant c'est notre élément clé... (Dr. G.)

Bien des sages-femmes ont, d'une certaine manière, appris « sur le tas », comment alors transformer des gestes fondés à tort et à raison sur « le flair » et « l'expérience » ? Comment « reprendre » des gestuelles incorporées dans un ensemble normatif livresque ?

Les procédures de « confiage » des patients et de leur responsabilité

Il s'agit du dernier large facteur de dysfonctionnement. Et, comme nous l'avons souligné précédemment, cette pratique du « confiage » entraîne une sorte de constant « doublage » de l'économie officielle par une économie informelle et de l'accès aux soins et des modalités de prise en charge.

Il suffit de se souvenir de l'importance des rémunérations parallèles des personnels soignants pour comprendre comment ces conduites induisent une « sélection préférentielle des patientes ». Et globalement, c'est sur cette sorte « d'ectopie » pratico-administrative que repose de manière effective le fonctionnement de l'hôpital.

Au plus simple, « être protégé » peut après tout être considéré comme un privilège légitime dès lors qu'il existe ou se crée un lien entre le soignant et son patient.

Les statuts des personnels et les possibilités des familles, viennent définir plusieurs types de « protégées ». Dans certains cas, il peut s'agir d'un simple accompagnement, d'une présence permettant une réassurance de la parturiente et si nécessaire, une médiation avec ses collègues.

Il y a des femmes qui sont nos protégées. C'est la sage-femme qui fait l'accouchement. Vous restez à côté parce que la personne tient à ce que vous veniez en aide, il faut payer la sage-femme... (M. O., CES).

Dans d'autres cas, la patiente est entièrement « confiée » à un soignant qui dès lors assume l'entière responsabilité des soins.

Mon docteur, c'est le Dr. D., c'est l'ami de mon mari. C'est lui qui me l'a présenté, il y a un peu longtemps, depuis ma première césarienne. (...) On m'a opéré parce que je mangeais trop et je buvais à chaque instant de l'eau glacée (...).

Avant de rentrer au bloc, j'ai négocié avec le médecin pour la césarienne. On s'est entendu sur 60 000 Cfa et lorsque je suis sortie du bloc, pour mon lit d'hospitalisation où je m'étais pas encore réveillée, ma jumelle, sans savoir que j'ai négocié a demandé le prix, le docteur lui a dit que c'est 70 000 Cfa, elle lui a donné d'avance (Mme S., patiente).

Enfin, autant que ces sortes d'élections affectives, il s'agit d'un système de relais. Chaque « responsable » pouvant confier « son » patient à son tour à un autre soignant. L'important étant qu'à chaque étape soit transférée la « responsabilité » du cas. Il faut que la parturiente soit indexée sous une parole engageant le soignant envers sa patiente. Ce n'est pas l'institution qui crée la responsabilité mais le processus de « confiage » interindividuel.

J'ai suivi toutes mes CPN avec une dame à B. qui a une clinique. Mais son mari, le docteur P., travaillait ici. C'est à ce dernier que la dame m'avait confiée pour faire la césarienne. Il était à la retraite alors il m'a confié à son ami le docteur Y.. C'est d'ailleurs un parent à moi parce qu'il est de la même ethnie (Mme T M., patiente césarisée).

J'ai des protégées, elles sont correctement suivies. Si le docteur a confiance en une sage-femme, il lui confie la malade pour les consultations prénatales. Il y aussi des femmes qui se confient directement. J'en ai plein. Aucune n'a eu de problème jusque là. (...) Si c'est une femme de quartier, je la programme à l'hôpital. Je suis avec un gynécologue (...).

La femme fait un cadeau, on n'a pas besoin de lui dire, elle le fait d'elle-même. D'autres nous donnent des habits, des chaussures, de l'argent, ça dépend de la personne et de sa volonté. Même si c'est le médecin qui m'envoie sa protégée, elle en fait autant. (...) Il y a des femmes, une fois que le docteur vous met en contact, elles viennent directement vers nous sans passer par le docteur. À partir du contact, et c'est à moi de lui passer un coup de fil (M. F., S.-F.).

Et tout cela, une nouvelle fois, causant le pire autant que le meilleur. En effet, le processus est simple. Si l'on est confié à temps et à de bons praticiens, pour le dire simplement : « c'est tout bénéfice ». Et, dans ce cadre, pour la totalité des personnels, la représentation de l'accouchement idéal est liée au travail d'anciennes sages-femmes occupant la place de la véritable « référence » du travail bien fait.

La norme réelle n'est donc pas celle inscrite sur les papiers officiels, mais celle observée dans les pratiques de ces « anciennes » sages-femmes.

Oui, il y a les très anciennes sages-femmes, qui sont nos références. Elles travaillent très bien. Elles font toutes, leurs accouchements ici. Elles n'ont rien à nous [les médecins] envier (Dr. T.).

Les sages-femmes qui amènent leurs patientes ici sont des sages-femmes qui pour une raison ou pour une autre ont une certaine renommée. Même si elles sont à la retraite, les femmes vont les voir à domicile, et à l'accouchement elles les emmènent.

Mais quand elles viennent, elles entrent dans les exigences et les comportements habituels du service. Elle payera le recouvrement des frais de l'hôpital, elle va acheter le dossier dans lequel se trouve le partogramme... (Dr. L.).

C'est d'ailleurs vers ces sages-femmes « idéales » que les sages-femmes « ordinaires » vont diriger leurs propres enfants pour accoucher. Preuve ultime d'une confiance en acte.

Il y a Madame S. C'est une très bonne sage-femme. (...). Mes deux filles attendent des enfants, c'est à elle que je les ai confiées, elles ne vont pas accoucher ici, mais c'est elle qui fait le suivi (Mme S.F.).

En fait, ces sages-femmes construisent, malheureusement au passé, ce que devrait être, à la fois une bonne formation et une bonne pratique. Elles nous expliquent d'ailleurs de manière tout à fait claire, les raisons de la rectitude de leurs actes.

Nous avons eu un bon encadrement (...). On avait de bons professeurs pour les cours théoriques, et de bons médecins qui nous donnaient des cours d'infirmières et de sages-femmes. Bref, nous n'étions pas nombreuses et nous étions bien suivies. (...) Nous étions normaliennes, nous ne voulions pas enseigner. On nous a prises à l'École sans concours (...). Nous avons évolué ensemble (...). Nous aimions notre métier. (...) Arrivée à l'hôpital il y avait les anciennes que j'ai trouvées et qui m'ont formées, et ma directrice qui avait le don quand elle examinait une femme, elle nous appelait et nous disait : « moi je trouve telle chose, prend le gant et regarde ce que tu trouves ».

Avec le professeur B., nous étions à chaque fois obligées de continuer à lire nos livres, parce qu'à chaque fois il nous posait des questions ...

Quand un couple vient chez moi et me dit Madame S., j'ai entendu parler de vous et je vous confie ma femme. À partir de ce moment, où j'accepte, je m'engage à sauver et la mère et l'enfant (Madame T., S.-F.).

Mais il importe cependant de ne pas oublier que cette procédure constitue aussi des « laissées pour compte ». Les conséquences

sont évidentes : lorsque tous ne se préoccupent que d'une seule, d'autres doivent accoucher seules.

De plus, victime du même processus mais avec d'autres « partenaires », d'autres femmes meurent d'avoir confié leur accouchement et leur vie à une couturière ou à une sage-femme incompetente...

Je suis partie à M. pour accoucher. Je suis restée là-bas jusqu'à 14 heures.

Question : Pourquoi vous avez duré ?

Les sages-femmes n'ont pas voulu me laisser. Elles voulaient que j'accouche là-bas. Si je dis que je veux partir à l'hôpital, elles me disent : « attend un peu ça va venir tout de suite ».

À chaque fois qu'une heure arrive, elles disent d'attendre une autre heure que ça va finir tout de suite.

Après nous avons forcé pour venir ici [à l'hôpital] sinon elles ne voulaient pas me laisser ...

Question : Qui était la femme qui était avec vous ?

C'est une voisine, une femme sage-femme. Nous sommes parties ensemble, elle voulait que j'accouche à M. sans venir dans le grand hôpital (...).

Question : Comment l'avez-vous connue ?

C'est la sœur à mon mari qui m'a accompagnée chez elle... Quand le travail a commencé nous sommes venus chez elle. Elle nous a dit de venir à M. où elle travaille. Nous sommes restés jusqu'après 14 heures et nous sommes venus ensuite ici.

Accompagnant : (...) Cette fois d'après les médecins, elle a eu une rupture de la vessie, parce qu'elle est venue trop tard. (Mme A. D., parturiente césariée).

L'arrivée dans la structure sanitaire, même si elle permet une meilleure prise en charge, ne remet pas en cause ce lien entre la parturiente et celle à qui elle s'est confiée. Poursuivons par une observation.

15h25 : Arrivée de la femme qui ne peut presque pas marcher. Elle est accompagnée par sa sage-femme qui porte un boubou rapidement enfilé par-dessus sa blouse.

La sage-femme de garde ne s'occupe pas d'elle. Elle salue négligemment la sage-femme « officieuse ».

Le CES est mécontent : « Elle aurait pu au moins accoucher dans une structure médicale ! Madame F., appelle la matrone et prépare la femme ! »

Il s'adresse à la sage-femme officieuse et lui dit : « Madame, paye le dossier ! Sans le dossier, on ne peut rien faire ! »

Sage-femme officieuse : « C'est déjà fait »

Le CES pose son gant et remplit alors le dossier.

16b10 : Les deux blocs sont occupés. Attente de la femme dont on dit qu'elle peut rompre à tout moment son utérus...

Le CES s'absente.

16b15 : La sage-femme de garde part chercher les ordonnanciers.

[En fait, toute la surveillance est laissée à la sage-femme officieuse qui a déjà fait une énorme erreur en ne référant pas assez vite sa parturiente]

16b50 : retour d'une autre CES de la salle d'opération.

La sage-femme officieuse joue et plaisante avec elle, visiblement pour dissimuler sa faute et tenter de négocier l'aide de cette CES.

Refus de la CES : « il y a l'équipe de garde »

16b52 : Retour du CES de garde

16b 55 : Sage-femme officieuse part avec une ordonnance chercher les produits pour l'opération

17b : Le CES qui est débordé, demande qu'on l'aide pour préparer la césarienne.

17b05 : Tranquillement on cherche un chariot

La sage-femme de garde, pour compléter le dossier, demande : « à quelle heure a-t-on reçu la femme, 13h, 15h ? »

17b10 : le CES dit qu'il faut envoyer la femme au bloc

La sage-femme de garde répond : « il faut un chariot ! »

Le CES part lui-même chercher un chariot

17b12 : Retour de la patiente éclamptique opérée

17b15 : « son » chariot est lavé avec de l'eau de Javel et une serpillière sale

17b20 : Départ de la femme vers la salle d'opération

17b25 : Départ du CES en tenue de bloc...

Notons qu'il a fallu 2 heures pour que la structure réagisse à « l'urgence ». Le « confiage » a ici agité « par défaut » de compétence.

Mais il peut aussi, à l'inverse, y avoir des actes de « confiage » agissant à « l'excès ». Comme dans cet exemple où un CES effectue une césarienne parce que, par crainte d'échec et volonté de trop bien faire, il a précipité l'accouchement de sa patiente qui est surtout à ses yeux, et à celui de son entourage, la femme de son ami.

Une femme est arrivée à 9h30.

Début de l'observation 14h30 :

Sage-femme désignant une patiente : « c'est la femme de notre médecin » [il s'agit de la femme d'un médecin confiée à un CES].

15h : CES, visiblement inquiet se promène dans le couloir. Départ du service.

16h45 : Retour du CES avec des produits pour sa « protégée ».

Une sage-femme qui se désintéresse des autres parturientes, emmène une potence pour placer une perfusion.

Le CES de garde demande de l'aide pour une autre parturiente. La sage-femme refuse et ne s'occupe que de la « protégée ».

17h10 : Le CES se présente avec sa propre trousse de soin...

La femme sera césarisée.

Il est important de souligner les commentaires qui seront faits autour de ce cas, lors du staff.

Le fait le plus saillant est que lors de ces discussions techniques le CES ayant effectué réellement les soins (celui à qui la parturiente a été confiée) n'a jamais été évoqué. En fait, il était officiellement en poste à B. et avait abandonné sa garde pour effectuer son accouchement privé à l'hôpital de D.

Lors de ce staff, le CES de garde se trouve donc dans l'obligation d'assumer les choix de l'autre, et, de plus, n'ayant pas lui-même suivi la parturiente, il ne peut être que très incertain sur les actes effectués et les traitements prescrits.

Il dit, par exemple, que la perfusion a été placée à 14h alors que c'était à 16h 45. Cette imprécision sur les acteurs comme sur leurs gestes fait que la discussion du staff que nous présentons ne peut être qu'approximative. Simple exercice rhétorique, elle n'a en fait aucun référent « solide ».

CES : À sa réception, elle était juste en début de travail. Il fallait laisser le travail évoluer, elle était à 2 cm . Les contractions ont repris vers 14 heures.

La perfusion a été placée pour améliorer la contraction utérine.

Responsable du Staff : Vous avez placé une perfusion qui n'a servi à rien, parce qu'il n'y a pas eu amélioration de la dynamique utérine... (...) Cette patiente a été suivie par son médecin traitant et je pense qu'elle a fait 24 heures ou 46 heures en phase de latence et ils ont précipité. Ils ont donc perturbé le travail de la femme. La conclusion de tout ça, c'est que quand une femme dite protégée par du personnel vient ici, elle doit être gérée de la même manière qu'une autre venant seule... (Extrait du staff du 19/02/04).

En fait, lors de cet accouchement, le facteur principal dans le choix « thérapeutique » du médecin accompagnant fut son inquiétude face à sa patiente et sa difficulté à assumer entièrement la responsabilité dont il devenait comptable. En fait, tout s'est joué, outre une question de savoir, entre confiance et responsabilité et ces variables « fluides » peu quantifiables, représentent sans doute un important facteur de compréhension des conduites des soignants et éventuellement de risque de morbidité et mortalité maternelle.

Autant que pour ce qui concerne les personnels de santé, la dimension socio-affective de la confiance est donc au centre des conduites des parturientes et de leurs familles. Il est donc particulièrement important de comprendre comment vient se construire la confiance et la réputation.

Les gens de là-bas m'ont dit que c'était une grossesse à haut risque. Il y avait l'âge (37 ans) et c'était mon premier accouchement.

Question : C'est parce que vous saviez qu'il y avait des risques que vous avez choisi votre docteur ?

Non, c'est parce qu'elle est la spécialiste du coin que je connais, j'ai préféré me diriger vers elle.

Question : Mais comment saviez-vous qu'elle était compétente ?

À travers des cas. Nous sommes en Afrique, et on se parle. On dit que telle est là-bas, elle est bien, ou telle qui est là-bas, ça ne donne pas... (Mme K., 37 ans).

Rumeur donc... Mais où l'on joue avec des vies puisque cette modalité de choix induit divers trajets construits sur la confiance.

Quand j'ai commencé à avoir des douleurs (...) j'ai essayé de me maintenir un peu jusqu'à 20 heures – 22 heures. Mais je voyais que ça ne faisait que s'aggra-

ver, alors finalement nous sommes partis au Centre médico-social. (...) Nous avons un voisin qui a un véhicule et c'est lui qui nous a amené.

Question : Vous l'avez prévenu ?

Nous avons prévenu sa femme le même jour. Même si c'est loin, nous sommes allés au CMC parce que j'y connais une femme docteur.

À R., on m'a informé que je ne pourrai pas accoucher comme cela et qu'il faudrait qu'on fasse une intervention. Je leur ai dit que j'étais d'accord, mais qu'il fallait d'abord que je prévienne mon médecin et lui demander ce qu'elle propose. Lorsque nous lui avons dit, elle a dit de venir à D. et nous y sommes venus. (Mme K., 37 ans)

Lorsque j'ai eu mal, nous sommes allés chez la femme à qui je me suis confiée. C'est une amie qui m'a parlé d'elle et qui m'a accompagné chez elle. Elle a une clinique chez elle, mais c'est une femme qui travaille ici. Elle a vu qu'à elle seule, elle ne pouvait pas faire le travail, raison pour laquelle, nous sommes venus (Mme F. B., 18 ans, nourrice).

C'est aussi cette « manière de confiance incitant à se confier » qui induit les conduites des parturientes

Je partais au domicile d'une femme qui travaille à l'hôpital de G. pour me faire consulter. C'est ma maman qui m'a emmenée chez elle pour qu'elle s'occupe de moi. J'habite H., c'est hier que nous sommes partis chez elle, elle nous a dit de venir à l'hôpital (...).

Elle m'a demandé 18 euros. Le reste devrait être payé après l'accouchement.

L'ordonnance est là, mais les médicaments ne sont pas achetés. Mon mari se trouve à D., il n'est pas encore informé de ma situation (Mme A. S., ménagère).

Face à ces dysfonctionnements majeurs, les responsables, pris dans les mêmes processus et obligations sociales et économiques, ne peuvent pas vraiment agir. Et très largement, les remarques et éventuelles sanctions restent lettres mortes.

Vous savez ici, les sanctions ne sont que verbales (Dr L.).

Des fois, on dépose la femme, on se met à dormir ou à causer alors que la femme crie là-bas toute seule. Ça ne nous met pas à l'aise. Nous sommes obligées de rester avec ces femmes. Nous critiquons les sages femmes qui font cela, mais nous ne pouvons pas leur dire. Vous savez, en Afrique, on ne peut pas dire la vérité à un supérieur, et la personne risque de dire que tu n'es pas là pour m'apprendre. Et le lendemain, la personne ne te dira pas bonjour... (Mme S., S.-F.).

Et pourtant, n'oublions pas que cette procédure constitue aussi des « laissées pour compte ». La structure de soin fonctionne « à deux vitesses », l'une pour les inconnus, l'autre pour les « introduits ».

Les conséquences de ces dysfonctionnements : la construction socio-technique de la mort maternelle

Ces diverses caractéristiques sociales organisationnelles et professionnelles viennent s'agencer pour construire un ensemble de dysfonctionnements récurrents conduisant à des décès maternels. Et, en fait, plus que d'incriminer un « mauvais vouloir » il nous semble plus utile de poursuivre nos observations et de décrire, malheureusement, cette « construction sociale » de la mort.

Pour cela, il suffit d'observer quelques conséquences des « débrouillardises » que nous venons d'évoquer. Il suffit d'articuler et de « remettre en mouvement » un ensemble de dysfonctionnements que nous venons de souligner.

Reprenons, tout d'abord, les effets des économies affectives et/ou économiques parallèles autour de quelques pratiques d'apparence modestes soulignant que le fonctionnement réel correspond plus à la gestion négociée entre ce qui est formellement le statut et les objectifs du service et ce qui est de l'ordre du fonctionnement réel.

Par exemple, qu'un médecin anesthésiste fasse hospitaliser une parente est tout à fait légitime. Cette pratique correspond de plus aux soins accordés à ses « protégées ». Par contre, que malheureusement cette parente vienne à décéder, le médecin reprend son statut de « fille » et, de ce fait, accomplit les rites funéraires, accompagne le corps à la morgue... et conséquence : s'absente de sa garde. Le social prime sur le professionnel entraînant alors un important dysfonctionnement.

10b10 : M. C. a des crises convulsives !

Dr. B. : « nous n'avons pas d'anesthésiste pour opérer. L'anesthésiste de garde s'est fait remplacé par P. et celle-ci a un décès... »

On attend donc les parents de M. C. pour leur dire d'aller à C. avec leur malade, en espérant qu'il y aura un anesthésiste là-bas.

Sage-femme : « on attend les dernières décisions des médecins, on ne sait pas ce qu'ils vont décider ».

Dr. B. : « on peut donner une ordonnance. Que les parents aillent avec l'ordonnance. Il faudrait que les parents sortent trouver les médicaments... »

10b40 : Le garçon de salle vient chercher M. C., je l'emène au bloc, l'anesthésiste est venue. La remplaçante, non l'autre...

10b50 : Le garçon de salle appelle Mme B. pour qu'elle se rende au bloc. Elle part en poussant un chariot et en emmenant une boîte métallique

11b10 : Elle revient du bloc avec l'enfant de M.C., qu'elle conduit ensuite au centre de réanimation

11b37 : Retour de Mme B. : « le bébé est en réanimation, pour la mère, c'est presque fini »

Prenons un autre exemple de ces petits dysfonctionnements conduisant parfois à des drames. Nous le disions précédemment : les plus humbles des travailleurs peuvent tenter « d'arrondir » leurs fins de mois, notamment en poussant les lits afin de permettre quelques déplacements et « visites » à des malades. Observons les conséquences de cette pratique banale.

« Comme c'est dans notre pays, chez nous, il n'y a pas d'autre chose à faire. On vient ici pour ne pas rester au quartier sans occupation. Comme aujourd'hui, par exemple, je lave les habits des médecins, je les repasse pour que le lundi, ils puissent les porter dès leur arrivée.

Des fois ils nous donne 300 ou 700 Cfa, ça dépend. À part ça aussi, je lave les bureaux des médecins et ils nous donnent 100 euro ou 150 Cfa.

Quand tu aides certains malades pour les prendre et les conduire dans les différentes salles, elles te donnent 200 jusqu'à 1000 Cfa, selon la possibilité des parents (M C., Garçon de salle).

Il est regrettable, mais compréhensible, qu'un manœuvre use et abuse ainsi du transport des malades pour améliorer ses revenus. Il y est aussi contraint pour survivre. Mais, conséquence : soulignons surtout que ces modestes détours lucratifs peuvent parfois priver le service d'un de ses éléments « modestes » mais parfois essentiel.

Au début, il y avait quatre chariots, mais aujourd'hui il n'y en que deux qui sont fonctionnels. S'il y a un malade qui doit aller dans un autre service, par

exemple, le matin, j'ai accompagné un malade à la radio, j'ai dit au docteur qu'il n'y a que deux chariots et que l'autre est occupé au bloc de faire vite pour me libérer. J'étais là-bas, mais mon esprit n'était pas tranquille. Je sais qu'en cas de besoin, ils vont souffrir (M. F., Garçon de Salle).

La « pénurie » objective est ainsi toujours exacerbée par des tactiques d'accroissement de gains. Ce qui peut expliquer pourquoi, dans certains cas, les chariots ne sont pas disponibles pour transporter les parturientes. Simplement parce qu'il est plus « rentable » de transporter des malades...

Globalement, la précarité de l'institution et des gains liés aux statuts ne permet pas de construire un ensemble de conduites professionnelles. C'est pourquoi, dans bien des cas, les conduites des soignants ne ressemblent pas à des conduites « médicalisée » liées à une situation d'urgence. Elles correspondent plutôt à des négociations entre divers systèmes de sens et d'obligations. Autrement dit, les conduites médicales d'urgence ne sont pas incorporées par les personnels. Les manières du corps, la lenteur, la prise des repas, les plaisanteries, tout ceci démontre que la patiente en tant que porteuse potentielle d'un risque n'est pas au cœur des préoccupations des soignants sauf pour certains courts instants d'extrême urgence.

Ces professionnels effectuent leur service largement au rythme de leur vie, incluant de plus dans leur appréhension du risque des notions profanes comme « la chance » de la patiente pour « s'en sortir ».

Ces quelques exemples soulignent combien les dysfonctionnements et le retard d'acheminement de la malade vers la salle d'opération ne proviennent pas, bien évidemment, d'une volonté construite de nuire, mais, plus prosaïquement de l'absence du manœuvre, sans doute occupé à chercher ses propres revenus. Le dysfonctionnement naît à la jointure de diverses stratégies des acteurs.

C'est cela que nous allons voir, malheureusement sur des « cas » de décès maternels que nous avons observés. Nous comprendrons ainsi comment se construit professionnellement et socialement la mort maternelle. Pour cela, nous décrirons, avec tristesse, quelques études de cas, dont celle de Madame M, décédée à 18 ans. La voici, arrivant le premier jour dans le service :

Observation, couloir de la maternité :

14h40 : Une femme éclamptique est allongée à terre. La sage-femme de garde (1) cherche le dossier. Elle le trouve et le regarde. Elle reste assise, un peu endormie sur sa table.

Le docteur G. arrive, on l'appelle : « Tanti ! ». Elle repart.

14h45 : La malade est toujours à terre. Une autre sage-femme (2) veut entrer. La porte résiste, elle repart. Elle revient peu de temps après avec un pagne et une paire de ciseaux. Elle cherche « tanti A. ».

Retour du médecin : « C'est une éclamptique ? Est-ce qu'on va l'emmener au bloc ? »

Sage—femme : « On cherche le garçon de salle... »

14h50 : Une autre sage-femme (3) entre dans la salle avec une assiette, se met à manger.

15h : La sage-femme (1) part tranquillement dans le couloir. Elle revient : j'ai trop attendu, je suis fatiguée... ».

Des jeunes médecins s'amuse dans le couloir.

15h05 : Elle revient, s'assoit et reprend tranquillement la lecture des dossiers : « je cherchais le garçon de salle, mais il n'est pas là ».

15h15 : Arrivée du chariot. Il n'y a personne pour mettre l'éclamptique sur le chariot. Le manœuvre demande à un des enquêteurs de l'aider.

15h20 : Départ de la femme vers la salle d'opération.

16h50 : Retour du médecin : « Elle va bien, ah elle a eu de la chance ! ».

17h : Sage-femme (1) : l'éclamptique, elle a eu un dossier ou pas ? Qu'est ce qu'il y a dans son dossier ? »

Réponse de la sage-femme (2) : « je ne sais pas ».

Le deuxième jour, à 14h30, M. est couchée sur un lit avec matelas dans la salle des éclamptiques. Elle semble souffrir et sa respiration est haletante. Dans la même salle sont couchées deux autres femmes éclamptiques sur un matelas à même le sol.

La sage-femme nous dit que M. a accouché d'un enfant mort-né. Elle lui fait sa toilette.

15h30, la sage-femme : « Elle a eu une ordonnance, mais les parents sont partis pour la chercher et ils ne sont pas revenus ». Depuis la toilette, M. n'a reçu aucun traitement, elle semble souffrir sa respiration est haletante.

18h30 : Nous rencontrons dans le couloir le Dr. B., elle n'est pas de service, mais est venue pour surveiller une de ses parentes.

Elle nous dit que M. est une « fille-mère ». Qu'elle-même a donné les médicaments de sa poche le matin et que les sages-femmes attendent que les parents payent l'ordonnance. La mère est pauvre et n'a pas payé l'ordonnance.

Le troisième jour à 9h05, M. semble plus calme, mais elle manifeste une respiration abdominale rapide. Nous croisons sa mère. Elle semble égarée dans le service et ne comprend pas ce que parfois lui disent les personnels de santé. Elle ne sait que dire sur les traitements...

9h37 : D'après sa mère, « le mari est parti chercher le reste des produits.

10h15 : La mère de M. apporte un sachet contenant l'ordonnance et les médicaments prescrits.

Le quatrième jour à 10h04, M. est sous perfusion. Sa respiration est encore accélérée. Sa mère est inquiète car elle n'a pas parlé ni mangé depuis son hospitalisation dans la salle des éclampsiques. À 14h30, nous apprenons que M. a été conduite à 11h dans le service réanimation.

Voici comment sa mère nous dépeint la situation :

« Nous avons acheté tous les produits, mais jusqu'à présent ma fille ne parle pas et elle ne mange pas.

Question : Qu'est ce que le médecin vous a dit ?

« Ils ne nous ont rien dit. Seulement si elle pouvait manger quelque chose. [Avec des larmes dans les yeux], le docteur a dit qu'elle ne mange pas, sauf au réveil ! »

Le « mari » de la malade est tout aussi désespéré. Soulignons de plus combien les récits du mari, de la mère, du père sont « fragmentés ». Personne ne sait vraiment ce qui est fait, ce qui reste à faire, ce qui acheté ou pas...

Mari : « La première ordonnance est achetée, la deuxième aussi est payée... »

Question : Quels sont les produits que vous avez acheté ?

« Je ne connais pas les produits sauf si on demande au médecin... »

Voici en parallèle, le récit du père :

« Nous avons tous les produits, mais jusqu'à présent ma fille ne mange pas et elle ne parle pas. Ça fait trois jours comme ça. Vraiment c'est dur, elle va guérir si Dieu le veut... »

Question : Où avez-vous acheté les produits ?

Au marché, [marché informel], tous les produits. Seulement je ne sais pas ce qui ne va pas avec ma fille. Vous voyez la première ordonnance, tout a été payé... »

Voici dans la soirée du quatrième, ce que nous dit le médecin de garde du service de réanimation :

Il y a eu un retard dans le transfert. Elle a séjourné 4 ou 5 jours en gynéco avant de venir en réanimation.

Il y a eu un manque de suivi, les médicaments n'étaient pas achetés et venaient au compte-goutte (...).

J'avais demandé une sonde pour l'alimentation, elle n'est pas venue. Cela fait trois jours qu'elle n'était pas alimentée.

J'avais demandé des médicaments à 11h et ils ne sont venus qu'à 17h. Il fallait des solutés, il fallait l'alimenter. On n'avait pas d'hémacelle.

On aurait pu faire un bon, mais on a pensé qu'ils pourraient l'acheter.

On nous a dit qu'ils avaient acheté des médicaments, là-bas... Ils payaient des médicaments, donc on ne savait pas que c'étaient des indigents.

Mais les indigents ne peuvent se dire indigents. Ils ne savent pas non plus à qui le dire puisque l'indigence est aussi rester sans être « mis en existence ». Nul ne les écoute.

Enfin, voici le récit du docteur D. travaillant dans le même service de réanimation et qui a assumé les soins de la patiente.

C'est une patiente qui a été reçue à la maternité pour hypertension sévère sur un terrain de grossesse de 6 mois environ. Ils ont posé le diagnostic de toxémie gravidique sévère avec risque de crises éclamptiques immédiates.

Elle a été admise le 20 à 10h 45 à la maternité. Comme conduite tenue, ils ont donné le diazépam, du catapressan, le sulfate de magnésium et finalement elle a expulsé et elle a fait une crise éclamptique le même jour.

Donc elle a séjourné au niveau de la maternité, je crois trois jours. Elle a été reçue dans notre service le (...) pour coma éclamptique fébrile plus endométrite.

Le diagnostic a été posé à la maternité, donc c'est le même qu'on a maintenu ici. À la réception, c'était une patiente en mauvais état général dont les conjonctives et

les muqueuses étaient un peu pâles, les poumons étaient vraiment chargés (...) on avait estimé à 5 le coma.

À la réception les parents étaient à côté. (...) On a fait une première ordonnance (...) on a donné aux parents. Mais... les parents, je ne sais pas si l'état de la patiente les préoccupait, ils sont partis, il y a eu une seule dame qui est restée à côté.

Ils sont partis avec l'ordonnance, c'est vers 17h – 18h qu'une dame est venue avec une boîte de nitropile.

À l'admission la tension était vraiment faible : 9/6. On a ordonné les solutés, les antibiotiques plus l'oxygénateur cérébral qui est le nitropile. Finalement l'une ou l'autre avait quelques boîtes de Sinopen qui a été ordonné à la maternité (...) Finalement elle est décédée à 19h 07.

(...) de 11h jusqu'à 17h, l'ordonnance n'a pas été achetée (...).

J'ai vu le moral des parents était assez bas. Coma profond, ils ont dépensé beaucoup, bon, ils ne voyaient que la mort de leur enfant. J'ai lu ça dans le visage des parents. Je crois qu'ils n'attendaient que ça maintenant (Dr. C., service de réanimation).

Pour reprendre quelques mots qui nous semblent particulièrement significatifs : « *Les parents, je ne sais pas si l'état de la patiente les préoccupait. Ils sont partis, il y a eu une seule dame qui est restée à côté...* » Faut-il dire plus ? Faut-il dire plus pour montrer à quel point les équipes de soins sont « passés à côté » non pas médicalement de ce cas, mais socialement de ces personnes.

Enfin, allons à la conclusion, au staff où ces « cas » fut commenté :

CES : « L'anesthésiste a procédé à la surveillance de la femme » [en fait il n'y avait aucune surveillance]

Évolution... ? En fait on aurait dû ouvrir une fiche... Cette femme n'a pas de dossier, elle n'avait pas de quoi acheter les médicaments

Médecin : « vous pouviez écrire sur un dossier ou sur une fiche d'examen... »

« Cette femme n'avait pas de dossier », et « son existence était si peu » qu'elle est morte faute de soins, de médicaments et de suivi ¹. À l'inverse, le décès d'une « protégée » laisse des traces.

¹ Et même nous, anthropologues, nous avons suivi jusqu'au bout, sans intervenir. C'est peu de dire à quel point nous regrettons de ne pas être intervenu.

La question qui se pose ici est donc avant tout celle des conditions de la reconnaissance de la parturiente. Qu'elle identité minimale est nécessaire pour être socialement reconnue comme étant digne de soins ? Après tout ce qui « choque » – et qui constitue aussi un réel dysfonctionnement technique – est que l'intérêt envers les unes est, d'une certaine façon, lié au désintérêt envers les autres. Et pour certaines femmes, leur « disparition sociale », anticipe et cause leur décès.

Le staff entre fiction, absolue et réflexivité

Le staff est l'instance de réflexivité du service. Et, pour cette raison, cette réunion quotidienne devrait être le véritable moment de travail sur ses actes. C'est pourquoi, nous évoquerons le fonctionnement du staff.

Malgré les efforts déployés dans ce service, plus qu'un rapport au réel et une manière de s'attacher à résoudre un ensemble de difficultés liées au service, le staff consiste en une mise en récit permettant – sous la forme d'une démonstration scolaire plus qu'en fonction d'une réflexion précise sur la prise en charge réelle – un ensemble d'opérations.

En effet, si les discussions autour des « cas » rencontrés permettent une indispensable formation permanente des personnels et des étudiants, le staff se présente aussi comme une sorte d'instance de disculpation consistant à faire porter régulièrement la responsabilité sur ce qui a précédé l'arrivée dans le service.

Quand une femme meurt ici, ce n'est ni la responsabilité du médecin, ni de la sage-femme. Ici c'est un hôpital de référence. Le plus souvent on reçoit des patientes fatiguées. Certaines viennent et meurent. Il ne faut pas dire que la faute c'est la patiente, mais son entourage et ses parents. D'autres rendent l'âme en route parce qu'ayant trop saigné (Mme L., S.-F.).

Certes, le parcours et l'accès expliquent une partie des échecs des prises en charge. Cependant, d'autres dimensions peuvent expliquer largement les difficultés de fonctionnement du service.

Mais surtout le staff qui devrait se présenter comme une instance de réflexivité ne peut assumer ce rôle et construit, au contraire, une sorte d'instance « fictionnelle » ne permettant que très insuffi-

samment d’appréhender les difficultés véritables rencontrées lors du déroulement des gardes. Quelques procédures – ou logiques simples ? – peuvent être ici soulignées.

Le premier principe concerne un oubli du temps écoulé. En effet, ainsi que nous le soulignons précédemment, il n’y a pas de véritable construction professionnelle de l’urgence ou du temps de l’urgence. Les praticiens résolvent les tâches « une par une », souvent selon les possibilités économiques des patients. Mais, même si des gestes vitaux peuvent bien évidemment être effectués, on ne prend pas, de manière constante, en charge les urgences au sein d’un protocole anticipé et régulier.

Pour illustrer cela, reprenons certaines des observations précédemment présentées en mettant en regard les commentaires effectués au staff.

Ainsi pour le cas concernant une femme accompagnée par « sa sage-femme » et dont nous avons vu la complexité, le commentaire laconique du staff se résume à :

CES : « femme évacuée pour défaut d’engagement, utérus cicatriciel (...) extraction d’un enfant vivant, oxygénation , 3,5 kg »

Médecin responsable : « Pas de question ? »

Autre CES : « vous avez dit 39 semaines complètes, il fallait dire “révolues” (...).

Autre CES : « Scientifiquement, il faut peser le placenta, mesurer le cordon » (...)

Face à d’autres questions et remarques, le CES de garde répond : « Devant un risque de pré-rupture, il fallait faire vite... »

Rappelons que l’opération n’a été effectuée qu’après 2 heures d’attente. En fait, l’important n’est pas signalé alors que l’impossible (livresque) est demandé. Entre le langage du staff et son référent, il y a le réel de la garde. Et celui-ci, pourtant essentiel, n’est pas analysé.

De même l’épisode caractérisé par l’absence de l’anesthésiste accaparée par le décès d’une de ses parentes, est repris dans un récit « médicalement cohérent ».

CES : « À 10h, on a pratiqué une césarienne pour éclampsie » [soulignons que l’opération a été faite à 10h50]

Dr. M. : « Je n'ai pas le dossier (...) »

CES : « À la fin du bloc, elle avait 12/8 de tension (...), on n'a pas pu noter la diurèse parce que la poche avait été vidée avant notre arrivée (...), des ampoules de Valium ont été données après les crises.

Autre CES : « Ne pouvait-on les donner avant ? »

Dr. M. : « Il y avait du danger pour le bébé »

Encore une fois, soulignons qu'aucune notation concernant le temps et l'urgence n'a été énoncée.

Le second principe concerne une difficulté à intégrer dans le raisonnement médical des dimensions sociales dont on a pourtant vu l'extrême importance.

Certes, l'extérieur et les contraintes sociales et économiques affleurent dans des remarques ou des propositions de traitements « préventifs » basés sur une certaine appréhension des conduites des patientes. Par exemple, pour une malade ayant accouché, un CES prescrit de la gentaline® pour anticiper sur une possible infection.

Médecin : « pourquoi avez-vous pris ce risque pour les reins de cette patiente ? »

CES : « C'était une femme évacuée...Il vaut mieux prévenir que guérir. Ça n'engage que moi ».

Médecin : « ne dites pas, ça n'engage que moi ! »

CES : « mais la femme avait eu deux CPN, était mal suivie... »

D'une certaine manière, cette insertion du « flair social » peut, pour le meilleur comme pour le pire, influencer sur le traitement. Mais cette dimension sociale de la maladie n'est ni pleinement « assumée » ni commentée, et, par exemple, alors que cela est essentiel, on ne trouve pas de remarques sur l'impossibilité des traitements en liaison avec la pauvreté. Le staff se limite au technique et, même si cela est compréhensible, on n'aborde aucunement des possibilités de réformes ou d'accompagnement socio-économiques des patientes et de leurs familles.

Toute la présentation est centrée sur l'acte technique, voire préférentiellement sur l'acte chirurgical. En fait, le staff réarticule – comme une sorte de narration « en connaissant la fin » – le cas à par-

tir de son issue, non pas dans la complexité de son déroulement réel, du « début » jusqu'à sa résolution.

Le contexte dont on a décrit l'importance est gommé. Et rien n'est de ce fait analysé sous l'angle des contraintes (manque de lit, de produit, etc.). Toutes ces dimensions englobantes se présentent comme un quotidien et comme un « fond » de travail « normal », comme un décor, pourtant déterminant, mais que l'on ne peut transformer.

Le troisième principe concerne l'oubli de la superposition des tâches. En effet la présentation du « cas » donne l'impression qu'il s'agit de la mise en œuvre d'actions linéaires alors que l'observation souligne à quel point les gestes et les actions sont enchevêtrées, feuilletées.

Les unes peuvent annuler les autres (cf. notre exemple autour de la disponibilité d'un chariot). Certaines peuvent être empêchées par d'autres comme par exemple les salles de bloc qui sont occupées. Enfin, rien n'est dit sur cette sorte de « pagaille » que constitue la recherche de dossiers, l'écriture approximative des heures et des traitements, le fait que parfois le soignant soit obligé d'assumer des actes qu'il n'a pas lui-même effectués parce que la parturiente était la « protégée » d'un autre. Prenons l'exemple d'une garde ordinaire :

10h15 : Malgré les crises convulsives de M. Y. C., les soignants passent indifférents. Ils continuent leurs va-et-vient et leurs occupations.

10h15 : S. veut faire le traitement de M. (éclampsique). Elle ne trouve pas de seringue. La mère de M. lui en apporte une.

10h15 : A., le garçon de salle, vient chercher M. Y. C.

10h20 : Arrivée de M. et au même moment de la mère de M. Y. C. [nous l'informons que sa fille vient d'être emmenée au bloc opératoire].

10h25 : Une femme cherche une « Aminata », une sage-femme lui dit qu'elle est à l'étage. La visiteuse répond : « je ne l'ai pas vue à l'étage ».

10h28 : La poche d'urine de H. F. déborde. La mère d'une autre parturiente F. S. vient le signaler aux sages-femmes.

10h 35 : Une vive discussion s'élève dans la salle des sages-femmes au sujet d'un partage d'argent.

Pendant ce temps, dans la salle des éclampsiques, la belle-mère de F. déclare qu'une soignante lui a dit de nettoyer l'urine...

Une autre sage-femme lui dit : « si on vous dit ça, vous le signalez ! »

(...)

11b10 : *Des dossiers sont perdus. Une sage-femme crie : « Tu viens demander M. K., on te répond B., comment peut-on s'y repérer ? »*

11b15 : *« Mme B. est partie au bloc » dit une sage-femme [en fait elle est revenue du bloc et est partie au centre de nutrition].*

11b37 : *Retour de Mme B. Je lui demande qui est le bébé sous la lampe : « on l'a trouvé là, sa mère doit être césarisée ? »*

(...)

14b55 : *Visite du docteur M. qui passe rapidement en costume de ville dans le couloir...*

[À ce moment dans le service, il y a 3 femmes éclamptiques et 2 bébés, 2 « protégées » du Dr. B., 2 femmes en salle de travail, 2 dans la salle de travail, 2 dans la salle d'accouchement 1, 2 dans la salle d'accouchement 2].

La qualité du diagnostic et du traitement ainsi que la proximité de la prise en charge sont liées au suivi cohérent et à la surveillance régulière des parturientes.

Or, dans bien des cas, la garde se présente comme des alternances d'attente et d'imbrication d'actes. Le dysfonctionnement naît de cet « empilement » d'actions et du manque de coordination des soignants pour résoudre de manière cohérente les problèmes rencontrés. Cette réalité des soins n'est pas abordée.

Le quatrième principe est celui de l'oubli du suivi du patient. En effet, que se passe-t-il pour les patients après que leur dossier ait été traité ? Au dire des soignants, une activité de communication avec un matériel adapté est faite envers les femmes. Il s'agirait notamment de « *counselling* » envers les patientes afin de les inciter à utiliser des préventions :

Le counselling est fait dans la salle d'accouchement, juste après l'accouchement. Mais après un moment, elles se sentent à l'aise, elles n'ont plus assez mal. Il s'agit de l'espacement des naissances, du VIH-SIDA, comment se protéger. Pourquoi venir à la consultation prénatale, les risques que les femmes peuvent courir en accouchant à domicile... (Dr. D.)

Nous n'avons pas assisté à ces séances qui sont sans doute peu régulières. Mais l'important est de comprendre, en quoi ces « messages » sont adaptés à la situation et comment ils sont compris, intégrés par les populations.

Le médecin me disait que ma tension monte et que si je ne fais pas attention, la tension risque de me faire tomber et cela aura des conséquences sur le bébé que je porte. Je suis resté comme ça. Après, le vendredi, je suis reparti, le médecin m'a répété la même chose. Il m'a dit encore que ma tension est élevée et que je dois être hospitalisé, mais il n'y a pas de place au Centre Médical de K. C'est ainsi que j'ai appelé mon mari au téléphone. Il m'a amené ici. Mais depuis que je suis venue, je me sens un peu mieux. Mes pieds qui sont enflés commencent à descendre (Mme K ; T., mère de 3 enfants).

Mais globalement, il n'y pas de « messages » construits à partir de ce qui serait une des informations essentielles et qui permettrait une anticipation sociale « médico-économique » de l'accouchement.

Nous avons un voisin qui a un véhicule. C'est lui qui nous a amené.

Question : Vous l'aviez prévenu ?

Non, c'est à sa femme qu'on a dit le même jour... (Madame K., Nourrice)

Il peut aussi y avoir des cas sans aucune anticipation, et plutôt des conduites correspondant à une fuite, laissant alors les sages-femmes face à une situation impossible.

La dernière fois, on a perdu une femme. Son mari est venu et l'a déposée à 6 heures du matin et puis, il a disparu. On a fait le nécessaire, on était obligé de prendre tout le nécessaire dans les équipements de Madame B.. Mais il fallait donner du sang et le mari avait disparu (...). La femme est décédée après. La femme décède, le mari ne vient qu'à 15 heures. Le corps de la femme était déjà à la morgue. Il n'y avait aucune parente à côté. (...) Ça c'est la conséquence de la polygamie. Parce que le mari sait qu'il a une autre femme. Sinon il va s'occuper de la première. (Groupe Sages-Femmes).

Globalement, le staff se présente comme des discussions – voire parfois des « positionnements » internes - plus qu'une amélioration réelle de la prise en charge des malades dans des conditions spécifiques.

Un audit anthropologique ?

Si l'on s'accorde sur ce qui précède, quelques propositions simples peuvent être faites pour tenter d'améliorer le fonctionnement du service.

Le médical et la qualité des soins ressentis

Il importerait, tout d'abord, d'analyser la qualité des soins telle qu'elle est ressentie par les patients. D'organiser un regard éventuellement critique, en miroir, sur ses actes.

Les consultations prénatales ont été faites à Saint Gabriel (...). Ils sont très corrects, ils font très bien leur travail, il y a le respect et ils sont très motivés.

(...) Ils reçoivent bien la malade, ils la dorlotent. (...) Une fois celle-ci a eu une diarrhée pendant sa grossesse, vraiment j'ai été satisfaite. On m'a mis de côté et ils se sont occupés d'elle. Ils lui ont demandé comment elle avait eu la diarrhée, ce qu'elle a mangé, et ils se sont occupés d'elle avec beaucoup de patience. (...) Quand vous recevez quelqu'un, vous ne grondez pas, vous ne criez pas sur elle, c'est un genre de respect...

Lorsque nous sommes arrivés, les sages-femmes et les médecins se sont réunis autour de ma fille pour la consultation. Chacun a donné son idée. Ils ont pris des précautions sur place. Ils lui ont donné des médicaments, on l'a laissée en observation pendant trois heures.

Dès qu'ils voient un malade, ils courent à sa rencontre pour le recevoir, alors que dans certains lieux, c'est différent (Mme C. M., mère d'une parturiente).

Construire un espace critique

Lié à cette qualité des soins, il est essentiel de constituer des « espaces » de réflexivité. Il faut permettre aux soignants une certaine critique des actes observés, et faire que l'évaluation critique de ses conduites devienne une habitude liée à la pratique professionnelle.

Des fois, on voit des bêtises. Il y a une boîte à idées chez la surveillante. Nous adressons une lettre, nous mettons le nom et on dit : madame s'il vous plaît dites à telle ou telle personne de changer. Et puis la surveillante fait appel à l'intéressée. Elle regarde la lettre et dit : je ne veux plus te voir faire cela. Le plus souvent nous passons par cela. Des fois même, elles nous poussent à les reprocher. Reprochez-nous ! On leur dit, on ne peut pas vous reprocher mais on peut s'adresser à la boîte à idée... C'est quand même pas facile, parce que jusqu'à maintenant, ça ne va pas. (Mme S., S.-F.).

Nous les sages-femmes, nous nous réunissons et prenons des décisions. Finalement, nous avons décidé de ne plus imiter ces sages-femmes, qu'elles voient notre manière différente de travailler, ça leur fera honte et elles vont changer (Mme K., S.-F.).

Construire une équipe soignante

Une manière de réduire la « confusion » dans les gestes est de poursuivre les efforts visant à la constitution d'équipes soignantes. En effet, même en conservant une certaine part de liberté pour des « débrouillardises » individuelles liées à la pénurie de matériel et à la modicité des salaires, il serait utile de promouvoir certaines pratiques de travail en équipe comme la définition interne des tâches, l'évaluation interne de leur effectuation réelle.

Informar les patients

Enfin, chaque contact avec une structure de santé doit être une occasion d'éducation pour la santé. Le suivi des femmes (et de leur mari et leur famille) doit inclure une information autour de la sexualité, de ses risques et des possibles préventions. Loin d'être accessoires, ces dialogues éducatifs sont au cœur de l'acte de soin.

Outre des aspects « médicaux », il importe de transmettre quelques « messages » pratiques essentiels comme prévoir l'accouchement comme un moment pouvant entraîner des dépenses, être prêt à donner son sang, disposer d'un véhicule, savoir que face à des difficultés il ne faut pas attendre.

**« QUAND ON EST PAUVRE C'EST
FACILE DE MOURIR » ...**

LE SERVICE OBSTÉTRICAL D'URGENCE DU CHU DE B.

JAFFRÉ YANNICK

D'UN point de vue officiel, ce service peut être distingué entre différentes structures de soins et différents personnels. Nous ne nous attacherons que très brièvement à cette « description officielle », nous limitant, d'une certaine manière à une sorte de rapide « tour du propriétaire ». Brièvement donc, et sous la forme d'une énumération, ce service d'urgence obstétrical se compose :

- D'une unité de planification familiale s'occupant de contraception et n'effectuant pas de consultation. Le forfait dépend de la méthode de contraception choisie.

- D'une unité de consultation gynéco-externe, qui s'occupe de la consultation des patientes constituant d'une certaine manière le « tout venant ». Cette consultation est assurée par les médecins en formation de spécialité (DES) et des étudiants de 7^{ième} année. Le prix du bon de consultation se situe entre 1250 Cfa et 1500 Cfa.
- D'une unité de consultation prénatale. Il s'agit d'une consultation externe et le prix est de 900 Cfa par consultation.
- D'une unité de consultation externe destinée aux nouveau-nés et aux femmes enceintes principalement pour les vaccinations (tétanos).
- D'une unité d'hospitalisation (« ancienne maternité ») s'occupant avant tout de deux « profils » de patientes différents. Il peut s'agir de femmes présentant des « grossesses pathologiques » qui sont hospitalisées ou ayant « bénéficié » de « césariennes » qui sont, elles aussi, hospitalisées pendant 7 à 8 jours s'il n'y a pas de problèmes. Il n'y a pas de berceau dans ces chambres puisque le rapport direct entre la mère-enfant est valorisé.
- D'une unité de « suites de couches » qui regroupe des femmes ayant des enfants vivants et des femmes ayant des enfants décédés. Autant que possible, les deux sont distinguées. Le séjour est de 48 heures maximum.
- D'une unité de réanimation prenant en charge des femmes ayant besoin d'une surveillance particulière. Elle comprend 18 lits et accueille de femmes césarisées ou présentant des grossesses extra-utérines (GEU). Cette unité est animée par une équipe de garde 24 heures sur 24.
- Un bloc opératoire composé de 3 salles. Mais les tables opératoires ne « tiennent plus ». On garde une table pour les urgences.
- D'un service de gynécologie prenant en charge des problèmes de gynécologie, opérés ou non. Il peut aussi s'agir

de grossesses extra-utérines hospitalisées. Ce service est divisé en deux parties : les « catégories » où les chambres peuvent être individuelles (7500 Cfa) ou à deux lits (6000 Cfa).

- Enfin, viennent les salles de travail et d'accouchement.

Il s'agit là des principaux sites et des principales « entrées » dans la structure sanitaire. Mais bien évidemment, selon les cas, chaque femme peut y effectuer différents parcours.

Par exemple, il peut s'agir d'un simple accouchement, ou d'une hospitalisation s'il s'agit d'une « grossesse pathologique ». De même, après un accouchement délicat, la parturiente peut être hospitalisée dans l'un des divers services correspondant aux suites de l'accouchement.

Cet accouchement coûte officiellement 7 550 Cfa, et les suites de couches sont incluses dans cette somme. Le kit de césarienne coûte 60 000 Cfa (comprenant à la fois le prix des produits et le coût de l'opération). Les soins de réanimation sont de 16 000 Cfa. Le kit pour la Grossesse Extra Utérine coûte 105 000 Cfa, et il faut ajouter, là aussi, le kit de réanimation de 16 000 Cfa. Le kit de forceps coûte 30 000 Cfa. Il existe aussi divers kits de curetage.

Enfin, il faut inclure dans cette description, bien que de manière plus large, une structure essentielle, « liée médicalement » mais pas administrativement, au service : la banque de sang et le laboratoire d'hématologie. Très concrètement, et parfois très « cruellement », une poche de sang coûte 8 000 Cfa. Soulignons, qu'il y a de grosses difficultés à trouver du sang, notamment parce que 30% du sang est refusée à cause d'une présence des virus du sida et/ou de l'hépatite.

Mais nous n'avons ici qu'une sorte d'image arrêtée et « idéale » du service. Il nous faut maintenant comprendre ce qu'il en est en « vrai » de ces diverses structures. Et quelques caractéristiques nous permettront de donner une certaine « épaisseur » aux acteurs de ces services.

Les identités et les contraintes des personnels de santé

En effet, cette structure est « habitée », transformée par les conduites des personnels. C'est pourquoi il nous faut tenter de les connaître, même à grands traits, comprendre comment ils harmonisent leurs contraintes sociales avec leurs choix professionnels.

Le choix de la profession

Bien sûr, il ne s'agit ici que du récit sur ce qui déjà accompli puisque la « décision » est énoncée, après-coup, dans le discours. Est-ce pour cela, que, de manière récurrente, ce choix est présenté comme « une vocation », ou tout au moins « une envie ». Nous nous contenterons ici d'un seul extrait d'entretien, mais quasiment tous ceux que nous avons réalisés articulent les mêmes éléments.

Toute petite, je voyais les sages-femmes dans leurs tenues. J'étais à A., c'est en voyant les sages-femmes avec leurs tenues que j'ai voulu l'être. C'est depuis le CM 2 ... (Mme B. S.-F.).

Si l'on admet ce discours explicite, il n'y aurait donc pas de problème initial de « motivation », mais plutôt un délitement de « l'élan » lié à la « vocation » initiale par un ensemble de « traits » sociaux et économiques.

En effet, à cette « image idéale » viennent, dans le cours des activités de soins, s'opposer les caractéristiques du travail et des situations sociales réelles et contemporaines. La « socialisation » des jeunes sages-femmes est complexe et érode les « bonnes pratiques ».

Par ailleurs, nombreuses sont celles qui évoquent des différences entre le statut des sages-femmes il y a 20 ans et maintenant. Est-ce vrai, ou est-ce une illusion ? Nous ne pouvons ici trancher scientifiquement. Soulignons seulement que ce discours sur soi, est construit sur le mode d'une déception.

La capitale en « bout de course »

De nombreuses sages-femmes ont « bourlingué » avant d'arriver dans le service. Et, tout se passe comme si l'obtention d'un poste dans la capitale correspondait à une promotion, ou un statut que l'on ne pouvait acquérir qu'en fin de carrière. Dès lors, lorsque enfin on

parvient à obtenir ce poste, c'est pour s'y « complaire » et, en tout cas, on y arrive, sans doute, « fatigué », et à un certain âge.

Par ailleurs, soulignons que d'un point de vue professionnel, on peut penser que certains gestes sont « routinisés », acquis, incorporés avant l'arrivée dans le service. Nous reviendrons sur cette question.

Une vie quotidienne faite de « débrouillardises »

Mais, l'identité et les conduites de ces praticiens de santé ne peuvent uniquement être décrites selon des caractéristiques professionnelles. Il s'agit aussi, et sans doute principalement, de « vies » humaines et, globalement, pour tous, la vie quotidienne est difficile.

Maintenant on vient d'aller à K. [pour loger], il n'y a pas encore un mois. Il n'y a pas encore le courant. On a fait un prêt et maintenant la banque est entrain de prélever. C'est difficile, on se débrouille pour joindre les deux bouts. (...) Nous nous réveillons à quatre heures, quatre heures trente... Nous faisons rapidement ce qu'il y a à faire. (...) Nous faisons des journées continues et nous devons rentrer à 17 heures. Et quand on rentre on travaille aussi. (...) À notre niveau, nous implorons la grâce de Dieu. Chez qui tu vas aller crier maintenant de venir te porter secours ? Tout le monde se cherche. On implore la grâce de Dieu. (C., S.-F).

Il y a certaines, pour quitter la maison et arriver à l'hôpital, il faut 500 Cfa le matin. Venir, manger et retourner, encore 500 Cfa, et avec quel salaire ? Il y a d'autres qui sont à 70 000 Cfa, plus de 5 ans, plus de 10 ans... Pour une femme avec des enfants, est-ce que c'est possible ? Et les enfants sont en « privé » parce qu'avec l'État ça ne marche pas ! (E., S.F.)

Il faut donc continuellement trouver des solutions pour pallier l'insuffisance des salaires officiels, et notamment en « doublant » ses activités et ses revenus officiels par d'autres activités.

Avec mon mari, on se débrouille tant bien que mal. (...) Je me lève le matin à 4 heures, j'ai une petite fille que je dois entretenir avant de quitter la maison... (S.-F.).

J'ai quatre enfants, ils vont à l'école, le dernier dans une école privée... Il y a aussi la bonne et un enfant de mon petit frère, il fait la classe de 5^{ème}. (...) On se débrouille avec nos maigres salaires. Je fais du jus pour les écoles... (A., S.-F.).

Il en va de même pour le manœuvre, et sans doute chacun se « débrouille » ainsi, à sa manière, et en fonction des « ouvertures » économiques correspondant à son statut.

On se débrouille, ma femme vend au marché. Si à la fin du mois je trouve quelque chose, je lui donne et elle se débrouille aussi. (...) Les deux enfants sont dans une école privée... (G., manœuvre).

Cette inventivité pour « s'en sortir » concerne aussi l'entrée dans la profession. Certains postes, peu techniques, sont accessibles grâce à divers réseaux ou plus simplement par des « rencontres ».

Je conduisais le taxi jusqu'à il y a 5 ans, et il y a ici une maman que je prends pour venir au service et je lui ai parlé de ma situation. Elle m'a dit que si je ne veux plus conduire le taxi, je peux venir faire le manœuvre ici et elle m'a cherché ce travail (G., manœuvre).

Ainsi se construisent des réseaux internes à la structure de soins. Et à cela s'ajoute, de manière variable pour chaque profession, un ensemble d'apprentissages « sur le tas », et donc sans véritable contrôle technique.

Les apprentissages pratiques, « sur le tas »

L'apprentissage de quelques techniques simples, fait que d'autres personnes que les sages-femmes vont pouvoir constamment « déborder » de leurs rôles et de leurs compétences officielles, et pouvoir effectuer des gestes techniques.

On aide les sages-femmes... Si l'enfant, le bébé tourne, par exemple, le bébé est décollé [il montre les gestes à effectuer] et s'il ne passe pas, c'est que entre les jambes ce n'est pas large. On fait, et on appui comme ça [il montre les gestes] et la sage-femme met la main comme ça (...). J'ai aussi appris à faire des injections (...). Si on place du sérum à quelqu'un, si on va enlever, j'enlève. S'il faut faire une injection à quelqu'un, je peux... (D., manœuvre).

Mais il en va sans doute de même des formations des sages-femmes. Elles aussi vont intégrer dans les gestes professionnels appris, un ensemble de pratiques liées et contraintes par le contexte.

(...) J'ai fait 13 ans à D. (...). La maternité était vraiment délabrée, il n'y avait pas de fenêtres. La nuit, les chèvres venaient se coucher dans la salle... Le lendemain, vous venez au service, vous faites le ménage d'abord pour ces chèvres-là ! Et puis, moi, mon premier accouchement là-bas, il n'y avait pas de fenêtres, bon quand j'avais fini l'accouchement j'étais toute trempée. Je recevais les gouttes d'eau par derrière, et franchement, le travail là, m'a dégoûté.

J'étais allé voir la religieuse, elle m'a dit qu'elle ne me promet rien, mais qu'elle va faire de son mieux. C'est comme ça qu'elle a pu rénover la maternité complètement et me construire un logement à côté, avec un groupe électrogène (...).

C'était le mari à L. et toi là-bas, à l'intérieur du pays. Peut-être que le mari ne veut pas que les enfants soient à l'intérieur, peut-être que les enfants soient à L., tu es obligée de faire des navettes, venir à L. les voir, repartir pendant les vacances (...). Ce n'est pas facile !

Les enfants sont dans l'enseignement privé ... (C., S.-F.).

La conjonction de ces identités précaires et d'habitudes acquises dans des conduites professionnelles antérieures, souvent dans des postes « isolés », induit des pratiques professionnelles régies par un ensemble de « tours de mains » : des normes pratiques techniques et sociales souvent éloignées des normes techniques officielles.

Il peut en être ainsi de quelques habitudes, entre le social et le professionnel, comme, par exemple, lorsque la nourriture, ou un dossier médical humide, est chauffée dans le stérilisateur.

Même si ces pratiques ne sont pas, d'un point de vue médical, véritablement dangereuses, c'est ainsi que se détériore le matériel technique et s'introduit un certain laxisme.

La même dérive s'observe aussi pour ce qui concerne des gestes plus techniques comme l'utilisation d'un partogramme qui n'est quasiment jamais rempli.

Les partogrammes, on avait fait une formation sur le plan national. Il me semble que nous étions les premiers à être formés, mais franchement j'ai honte quand je vois les dossiers des femmes parce que les sages-femmes ne dressent pas le partogramme et laissent le partogramme nu. Et pourtant il me semble que le professeur F. avait institué que les internes fassent le partogramme avant de venir au staff. Moi j'ai toujours dit que ce sont les sages-femmes qui suivent la femme en travail et donc que c'est à elles de faire le partogramme. Nous avons oublié, oublié (T., Sage-femme).

En fait, cette absence de partogramme s'explique sans doute par de multiples raisons. Tout d'abord, loin de toute raison « construite », il s'agit avant tout probablement d'enchaînements gestuels qui font qu'on n'isole pas une séquence d'écriture, une pause réflexive, dans le suivi du déroulement de l'accouchement.

Pendant nos études, on nous a montré comment faire... Quand il faut commencer par ouvrir, c'est-à-dire au moins quand la femme est à 5 cm déjà, on peut ouvrir le partogramme, donc on nous a montré comment faire tout cela.

Avant, quand on était en formation, ce sont les sages-femmes qui faisaient, les élèves sages-femmes. Mais quand je suis revenue, maintenant ce sont les étudiants en médecine, les internes qui s'en occupaient.

Il paraît que comme les sages-femmes qui devaient le faire ne s'y intéressaient pas, alors le chef a demandé que ce soient eux qui le fasse maintenant pour pouvoir être habitué.

Pour moi, de toutes façons, avant que la femme ne soit à dilatation complète, à chaque fois que tu fais le touché, tu continues à tracer le partogramme et donc quand elle accouche, elle est à dilatation complète... Quand tu as le temps, tu fais en même temps. Si tu n'as pas le temps après l'accouchement, tu termines (G., Sage-femme).

À l'instar des indécisions concernant le partogramme, cette incertitude – cette vacance technique - se retrouve aussi quant à d'autres gestes médicaux.

Il y a certaines collègues qui sont dans les équipes de garde et qui font des épisiotomies. Il y a un temps, quand la femme se déchire, pour la suture, on dit d'aller chercher l'interne. Cet interne, s'il fait quelque chose, il faut qu'il finisse d'abord avant de venir voir la femme, tout ça, là ça fait mal. Or, une sage-femme, si je ne me trompe pas, si tu fais une suture en même temps, c'est vite résorbable plus qu'attendre l'interne.

C'est pourquoi, des fois, nos collègues laissent la femme se déchirer... Des fois, tu fais l'épisio..., l'interne vient dire pourquoi tu as fait l'épisio..., sans mon avis. Il y a de ces choses-là ! Quand tu ne veux pas te faire engueuler par un interne qui pourrait être ton enfant... (G., Sage-femme)

Il peut aussi s'agir d'un véritable manque de formation.

Nous quand on était élève, on n'a pas connu ces choses-là. (...) On n'a pas eu de formation (...) On a été formé sur le terrain, pendant la garde par quelques camarades, mais dire qu'on nous a donné une formation en tant que telle, non ... (Sages-femmes, suites de couches)

S'ajoute une incertitude quant à qui doit remplir cet instrument. La crainte d'un contrôle ne semble pas ici être en jeu puisque par contre sont souvent indiquées les constantes de l'accouchement dans le dossier, quand celui-ci est disponible. Comme le dit une sage-femme : « je vois des écritures sans partogramme, nous avons les dossiers ».

Il s'agit donc plutôt globalement d'une sorte de « déficit » organisationnel important. Aucun dossier ne suit rigoureusement une femme depuis son admission jusqu'à son accouchement et sa sortie (cf. empilement des tâches). La fonction du dossier n'est pas incluse dans la démarche de soins et le suivi, rien ne contraint une certaine « standardisation » des gestes.

En résumé, on pourrait comprendre la situation de ces personnels de santé comme résultant de la conjugaison de deux « lignes ».

Tout d'abord sur un plan technique, un délitement des gestes techniques par une sorte d'érosion des contraintes et des habitudes professionnelles. Ensuite, de manière plus large, des obligations sociales et économiques qui obligent à trouver des ressources.

Ces contraintes sociales viennent empêcher une gestion rigoureuse des modalités et des temps de travail. C'est ce que nous allons décrire maintenant.

Les constantes du dysfonctionnement du service

L'impossible gestion des personnels

La régulation « légale » du travail est constamment contrariée par un ensemble de raisons sociales

Les femmes sont difficiles à gérer. Mon premier problème, c'est les femmes. Les femmes viennent en retard. Elles disent : "mon enfant est malade, mon mari est malade, mes parents sont malades". Tout le temps ce sont les mêmes choses. Gérer les femmes c'est vraiment difficile (Surveillante Générale [S.G.]).

De même, la situation générale fait qu'il est quasiment impossible d'exiger de la ponctualité. Nous retrouvons, d'un autre point de vue, les effets des multiples « débrouillardises » qui caractérisent la vie quotidienne des personnels de santé.

Avant le personnel était matinal et ponctuel. Mais avec la situation, certaines viennent à pied, elles viennent d'A., d'A., B.... Quand vous leur demandez les raisons du retard, ils vous répondent qu'ils ont fait la moitié du trajet à pied (S. G.).

Ainsi, pour ne prendre qu'un exemple.

Je suis à K.. Je viens en taxi. Des fois, le problème de véhicule... Je prends un taxi jusqu'à G.. De là, je prends un autre. Ce qui fait que je suis, des fois, en retard. Vous arrivez, des fois, les passagers ne sont pas encore en nombre, il faut attendre (T., S.-F.).

Chacun sachant les contraintes de l'autre, comment être exigeant sur des normes idéales que tous devraient respecter ?

Les économies informelles « sociales »

Pour le dire simplement, « il faut bien s'en sortir »... et, dès lors, toute activité peut permettre d'améliorer son ordinaire. Aucune liste ne serait exhaustive, mais on peut donner quelques exemples.

Il peut s'agir de vente d'eau chaude à la porte.

Pour l'eau chaude pour la toilette, c'est nous-mêmes qui allons acheter. Des femmes vendent le seau à 50 Cfa le petit seau (Mme T. parturiente).

De vendre le prix des « toilettes ».

Aux suites de couches, on a instauré un ticket que tu vas acheter. Le ticket, tu le prends, avant de te doucher ou d'aller aux toilettes. Le ticket était à 150 Cfa (Mme V., accouchée de jumelles).

De faire payer le prix du passage, ainsi que le montre notre observation.

10h 23, un portier commande de la cigarette à une fille qui se rend chez sa mère hospitalisée à la maternité.

10h 30, un garçon escalade les grilles pour entrer dans le couloir conduisant à maternité.

10h 35, une jeune fille est coincée entre les deux gardiens, elle négocie et elle passe. Elle nous explique ensuite qu'elle connaît le premier gardien qui l'a laissée passer, alors que le second ne voulait pas, mais il a été convaincu par son collègue.

10h 58, le passage payé par une jeune fille qui donne 25 Cfa au gardien.

11h, un jeune homme s'approche du premier portier, lui fait un large sourire et lui serre chaleureusement la main. Il passe sans problème.

Et de fait, la régulation des entrées et des sorties est une tâche impossible, tout d'abord pour de simples raisons d'horaires.

C'est vrai, on est là de 7h à midi et de 14h à 17h 30. En principe on ne devrait pas partir, on devrait se relayer parce que les femmes peuvent sortir sans faire de formalités. Ces cas sont fréquents (Gardien).

Ensuite parce que les familles des patientes trouvent, par la petite corruption, des moyens de « passer ».

Il y a aussi des gens qui emmènent des médicaments, d'autres ont rendez-vous avec les médecins et aussi certains apportent de la nourriture aux malades. On laisse passer.

Mais on vérifie parce que certains viennent avec de vieilles ordonnances... Il faut être très éveillé par ici pour ne pas se faire tromper (...).

Il ne faut pas être trop sévère. Vous pouvez rencontrer un jour quelqu'un que vous avez renvoyé en un endroit où c'est lui qui doit vous servir. Pour cela, il faut être un peu souple... (Gardien).

Par ailleurs, tout lieu est aussi un « marché » potentiel. On peut ainsi vendre des yaourts ou de l'eau de Javel, en différents lieux, y compris en salle d'accouchement.

La Javel, on a apporté de la maison de l'eau de Javel, mais elles ont dit qu'elles n'utilisaient pas ça là-bas. Il y a une forme chez eux faite comme des berlingots de yaourt congelé, c'est en sachet et on nous l'a vendu à 500 Cfa (...). Ce sont les sages-femmes qui ont vendu cela à l'admission (Mme V., parturiente).

Problème de concentration chimique, peut-être ? Mais une économie parallèle régit l'accès aux soins et aux lieux.

Les économies informelles « médicale »

Mais à cela s'ajoute un ensemble de pratiques « rentables » directement construites sur les pratiques sanitaires. Une nouvelle fois, prenons simplement quelques exemples. Il peut ainsi s'agir de la vente clandestine des produits et du matériel, et tout peut être l'objet d'un négoce.

Oh ici ils vendent les médicaments. Hier j'ai aussi acheté des gants chez une infirmière qui est venue faire des soins ici (Parturiente Mme T.).

Les sages-femmes là-bas, j'ai vu qu'elles vendaient tout, même les sérums. Pour qu'on te mette les sérums, il faut que tu achètes les « sparadraps », tout, même l'alcool. Tu achètes tout. Les gants aussi, on achète chez les sages-femmes.

Quand j'étais sur le lit et je devais accoucher, on m'a prescrit des gants à ma maman pour qu'elle aille acheter. Il y a une sage-femme qui est là-bas, elle grondait que pourquoi ma maman est partie acheter ailleurs, qu'elle vend ça ici. Et ma maman

l'a supplié que, la prochaine fois, c'est chez elle qu'elle va acheter. Et depuis on a acheté chez elle. (Mme D., coiffeuse).

Selon l'accompagnante, l'infirmière ou la garde-malade lui proposait une ampoule injectable contre la douleur. Et c'est ce qu'elle a acheté à 1200 Cfa. Mais la dame nous a demandé de ne pas en parler car elle craint la colère de la garde-malade (entretien en réanimation).

En fait, tout ceci est connu et pratiquement admis par tous. L'officieux est seulement tu. Et, manquant de parole, il ne peut être repris dans un commentaire critique : pratique efficace et sans langage.

Il m'arrive de venir faire des accouchements de certaines qui me sont confiées. Les gants, certaines sages-femmes vendent à 250 Cfa, d'autres qui vendent à 300 Cfa. Je ne sais pas si cela dépend de là où elles ont acheté leurs produits ? (...) Franchement les sages-femmes vendent aux femmes, elles vendent leurs produits et elles font une ordonnance aux femmes en disant c'est ça que j'ai utilisé pour que la femme accouche... (G., S-F)

Il peut aussi s'agir dans certains cas d'erreurs, comme ce que nous relatent ces propos d'une parturiente. Mais, dans ces cas, la défiance et la rumeur trouvent cependant à se confirmer.

On m'a prescrit un médicament. Je ne comprends rien. Il s'agit de Folifer : il y a 60 comprimés dans la boîte à prendre et on m'a prescrit 4 boîtes et de prendre 2 comprimés par jour. Ce matin, quand le docteur passait, il a dit que ce n'est pas possible. Cela doit être une erreur. (...) Faites quelque chose pour que je récupère mon argent pour manger. Mon mari est tailleur et on lui a fait faire des dépenses...

Nous cherchons alors l'interne et le médecin spécialiste...

Le spécialiste : Pourquoi avez-vous prescrit 4 boîtes de folifer à une patiente

Interne : Je ne me souviens pas avoir prescrit 4 boîtes de Folifer à une patiente ...

Anthropologue : C'est une dame, teint noir, opérée pour GEU et transférée salle 5

Interne : Ah oui ! Je me souviens. [s'adressant au spécialiste], Comme tu m'as dit de la mettre sous Folifer pendant deux mois alors j'ai prescrit 4 boîtes.

Le spécialiste : Il y a combien de comprimés dans la boîte ?

Interne : Je pense que c'est 30

Le spécialiste : Non, c'est justement 60 comprimés. Va revoir la dame et dis-lui de réserver deux boîtes que nous les vendions afin qu'elle récupère son argent...

Une certaine négligence qui souligne cependant clairement le peu de souci du malade et de ses difficultés économiques.

À l'évidence, ces pratiques sont préjudiciables pour le fonctionnement global de l'hôpital. Prenons, par exemple, la vente des kits par les sages-femmes et les médecins.

(...) le problème même, c'est que les gens viennent demander les prix. Ils n'achètent pas (...) mais ils demandent les prix, après ils reviennent et ils disent qu'il faut leur mettre le cachet « payé ». C'est là, quand on me dit ça... Vous n'avez pas payé les produits chez moi et vous me dites de mettre le cachet « payé », pourquoi ? Ils disent qu'ils ont payé ça chez des camarades, ça ne se fait pas !

Les sages-femmes et les médecins vendent. C'est là où je dis qu'il y a un problème. Tu n'as pas vendu les produits, mais tu mets le cachet, payer là à la première personne qui peut te trouver... (Pharmacien)

Les conséquences de tous ces actes apparemment infimes sont donc extrêmement importantes. Notamment ces pratiques diffusent un climat de suspicion et influent sur la fréquentation des services de santé et une insuffisante qualité de l'offre de soins constituée aussi par tous ces « détails » de gestion. Et pourtant, le facteur modifiable - outre de larges actions politiques - est de combattre cette désaffection pour l'hôpital en améliorant l'offre.

Question : Si tu vas accoucher, ou vas-tu aller ?

Réponse : Au centre de santé ! Aller au centre de santé. On va te dire, en venant d'amener Javel et autre. Mais quand vous allez arriver, on va refuser, qu'on ne va pas utiliser, que eux-mêmes ils en ont... Qu'ils vont vous vendre. Même quand tu achètes la bande à la maison pour aller, on va te dire que non ! Eux-mêmes, ils ont une autre bande pour vendre. Maintenant tout ce que j'ai acheté là, c'est à cause de l'hôpital et comme on a refusé, c'est resté et même ce qu'on vendu, je n'ai pas vu ça après. Je ne sais pas si on les a utilisé ou pas ... (Mme V., Parturiente).

Comment comprendre ?

Il ne s'agit pas de critiquer, mais plutôt de comprendre à quelle logique ces pratiques répondent. Elles correspondent tout d'abord à une histoire, et s'il y a aussi toujours dans les présentations officielles

du fonctionnement des structures, un oubli de l'histoire du service, par contre les personnels confrontent toujours le présent du fonctionnement au passé - souvent idéalisé - du service.

Ça va de mal en pi, lorsque j'étais venue ce n'était pas comme ça. On a dû réformer, mais pour le matériel, ce que j'ai à souligner, nos matériels, les pinces par exemple ne sont pas changées à temps... Nous utilisons les mêmes matériels jusqu'à plus de 10 ans, ça s'émousse (...) Lorsqu'on a introduit les seringues à usage unique, le CHU n'en procurait pas au personnel, on a dû faire payer les malades (...) C'est à ce moment que les sages-femmes ont eu l'idée de faire payer les malades, parce que même les gants, on ne nous les procurait plus... (...). Si je ne me trompe, c'est au moment de la crise qu'on a commencé à vendre (sage-femme).

Cette histoire réelle ou « vécue » autant qu'imaginée conduit à un présent complexe que caractérisent de nombreuses zones d'incertitude. Ces zones sont caractérisées par un ensemble de gestes, correspondant le plus souvent à un ensemble mêlé de débrouillardises et de « résolutions » de problèmes.

Vous faites des demandes à la direction, on ne vous sert pas. Finalement nous sommes obligés de faire payer l'eau de Javel à chaque patiente. C'est avec cela que nous nettoions les matériels (S. G.).

En effet, et pour ne prendre que quelques exemples, dans le kit d'accouchement, il n'y a que deux paires de gants. Comment faire si l'accouchement en nécessite plus de deux ?

De la même manière, même si l'on peut imaginer que la vente de produits pourtant disponibles à la pharmacie rapporte aux sages-femmes, il est aussi évident que d'en disposer sur place permet d'aller plus vite.

En fait, globalement, il s'agit de gestion aléatoire de zones d'incertitude. Et dès lors on peut assister au meilleur comme au pire.

Pour la vente des produits, moi je dis, des fois il y en a qui exagèrent. Si moi je veux vendre, je vends bonnêtement. La femme vient, il n'y a pas de gants, il faut que la femme aille à la pharmacie avant de trouver des gants, mais elles saignent abondamment. Tu ne peux pas attendre. Des fois on vend et on ne nous rembourse pas. Et ce qui est marrant c'est que quand nous faisons quelque chose de bon, jamais on ne le dit ! Jamais on en dit quand nous cotisons pour faire une GEU... (sages-femmes, suites de couches)

Autre exemple : un médecin effectue une réparation périnéale dans la salle d'accouchement pour éviter à la malade de payer pour le bloc.

Question : Il y a un problème de matériel ?

Oui, les pinces et autres là, on n'en a pas ici et quand il y a des épisiotomies, pour les réparer, il faut aller au bloc. Il faut payer un cas, un cas de bloc opératoire. Comme elles ont du mal à payer ne serait-ce qu'un fil, elles n'ont pas d'argent... Donc le problème se pose. D'abord le bloc n'est pas tout le temps libre, si le bloc est occupé, il faut attendre. Nous sommes obligés de suturer ici, mais il n'y a pas de matériel. Là-bas, il y a le matériel, donc on va l'emprunter ... (rires) (DES).

En fait il s'agit toujours de gradients variables, allant d'une façon de pallier les manques de l'institution jusqu'à un certain commerce utilisant l'urgence de la situation comme argument de vente.

Un fonctionnement « informalisé » du service

Le service n'offre donc pas obligatoirement une régularité de soins standardisés. Une nouvelle fois, pour le dire simplement, il « faut négocier » sa santé.

Face à cette institution hospitalière se présentant comme opaque et potentiellement « dangereuse », la bonne solution est de connaître quelqu'un dans la structure de soins.

La confiance ne s'adresse donc pas à une institution mais à quelques personnes qui sont connues, et tout se passe comme s'il n'y avait pas encore de modèle relationnel pour une relation sociale qui serait au départ anonyme.

Certains viennent se renseigner pour tel service au CHU, bon... Ils savent que je travaille au CHU. Il y a certains qui accompagnent des parents, leurs filles pour venir accoucher. On se rencontre : « Ah maman, on ne savait pas que vous étiez ici ».

Elles cherchent à me voir à la maison, dans le quartier, connaître chez vous pour des renseignements, pour la vaccination, quand les gens cherchent un service... (...) Ou si un parent est hospitalisé en médecine, on lui a prescrit tel produit, ils veulent savoir s'il faut acheter le tout ou bien s'ils peuvent en acheter d'autres... Bon vous êtes connu dans le quartier (...).

S'ils débarquent comme ça au CHU, ce sera difficile de se renseigner, je ne sais pas hein ... (...) surtout que c'est le CHU. Si c'est un centre de santé ou bien un dispensaire de village, ce n'est pas compliqué... (F., S-F).

Pour entrer de manière « personnalisée » dans la structure de santé, plusieurs stratégies sont utilisées.

Il peut s'agir « d'entrées directes » dans l'institution, comme c'est le cas lorsque l'on se « confie » à une sage-femme travaillant à la maternité.

On me sollicite surtout pour les consultations prénatales. Parfois les gens viennent me voir à la maison et je leur dis de venir à l'hôpital et je les suis. (...) Si on me donne quelque chose, je prends, mais je n'exige rien. (...) Parfois si je fais la consultation prénatale et si la femme est en travail, si elle me sollicite, je viens et je l'accouche. Quelquefois je suis seulement la sage-femme de garde, elle fait l'accouchement et après je suis... (G., S.-F).

Si on est de garde, elles vous sollicitent comme ça, ou bien toi-même tu l'as rassurée qu'en fin de grossesse, quand le travail commence, elle t'appelle voir. Si je suis disponible ou si je suis de garde, ça tombe bien, si je ne suis pas de garde, je viens t'assister quand même, je t'accompagne quand même... (...) Il y a l'équipe de garde quand même, mais toi tu es à côté. S'il y a un problème, c'est l'équipe de garde qui prend le devant ... (...)

Le médecin qui est de garde, si je le vois, je peux dire que c'est ma protégée. Je ne suis pas de garde, mais c'est à cause d'elle que je suis là, que l'on a décidé une césarienne pour elle, donc il faut m'aider pour qu'elle puisse s'en sortir... (S.-F).

Accentuons le trait en soulignant ce qui est implicite dans ce propos, c'est que ces conduites semblent « normales ». En effet, il semble normal de dire ou tout au moins de sous-entendre : « c'est parce que c'est ma protégée qu'il faut qu'elle s'en sorte ! ». Se met en place alors une éthique sélective.

Et effectivement, dans la plupart des cas, c'est cette sage-femme « accompagnatrice » qui fait « ses » accouchements, pour le meilleur comme pour le pire.

Si tu amènes la femme, tu peux si tu veux faire toi-même l'accouchement, ou bien si tu ne veux pas, tu dis à celle qui est de garde : « ma sœur, j'ai amené ma cousine, il faut t'occuper d'elle, et elle s'occupe d'elle. Mais si tu veux toi-même accoucher, elle te laisse accoucher, mais elle te suit parce que c'est elle qui doit écrire dans le cahier » (sage-femme).

Et, en miroir, correspondant au même processus, les parturientes se méfient des soignants et ne font confiance qu'à celles qui les protègent.

(...) La femme était vraiment inquiète, mais quand je suis venue lui expliquer que pour faire sortir, l'intérêt de la césarienne pour elle-même d'abord et pour l'enfant, elle a compris. Elle avait de l'argent, mais avant elle disait aux collègues qu'ils n'ont rien... (...) Elle a sorti l'argent et on lui a fait (Sage-femme).

Il peut aussi s'agir « d'entrées indirectes » si on utilise un intermédiaire pour être confié à une autre sage-femme ou un autre médecin.

Si les gens de ma famille viennent ici, je les confie à mes patronnes. S'il y a une aide à apporter, j'apporte ... Je peux dire : « celle-ci c'est ma sœur » (manœuvre).

Observation salle de travail :

Un interne qui travaille en ORL se promène en salle de travail et négocie avec le médecin de garde pour qu'une de ses parentes qui est en travail soit bien traitée. Il sort et revient avec deux gants en main.

Autre exemple : on peut aussi « passer » par un médecin extérieur.

Je ne suis pas suivi par un docteur d'ici. Il me suit chez lui. Donc il m'a envoyé ici puisqu'il travaillait ici avant... Tout le monde le connaît, on m'a acceptée.

Je n'ai pas accouché dans sa clinique parce que c'est trop cher... C'est la clinique F.

(...) C'est parce qu'il est d'ici qu'on m'a bien reçue. Il m'a envoyé avec une lettre. Quand j'ai remis la lettre aux autres docteurs, ils m'ont tout de suite pris et ils ont commencé à me suivre. Si je n'avais connu personne, j'aurais traîné et pleuré (parturiente, Mme T.).

Toutes ces pratiques sont banales, et par exemple, cette aide-soignante, qui vient d'un autre service nous dit : « C'est moi qui ai emmené la femme ». Elle est garde-malade au premier étage et c'est elle qui s'occupe du cordon. Elle dit : « c'est ma parente ».

La constance d'une économie de dons et de contre dons

Il ne s'agit sans doute pas de « volonté », ni uniquement de réelle décision longuement mûrie. Plutôt de l'intrication de plusieurs types d'économie : l'obligation de poursuivre comme cela était aupa-

ravant, la nécessité de redistribuer aux siens, l'habitude sociale de donner « de la main à la main » de manière personnalisée.

Avant ici à la maternité, tout allait très bien. Surtout il n'y avait pas de problèmes d'argent (...). Et on nous payait du matériel, des ingrédients. Tout était là. Je me souviens qu'on avait tout et parfois même on gaspillait. Si tes parents tombaient malades, on avait même la possibilité de prendre les médicaments.... Mais actuellement nous souffrons. Quelquefois je suis obligée de donner de l'argent au personnel. Je suis devenu distributeur de l'argent. Mme K. me demande : « toi, où tu trouves de l'argent pour distribuer comme ça ? » Je dis : « chaque fois que Dieu me donne, moi aussi je vais donner. Rien n'est impossible à Dieu ». Parfois quelqu'un vient te voir avant de partir, te tend la main et te donne 1 000 Cfa ou 2 000 Cfa. Il faut partager avec les autres (S.-F.).

Moi, je n'ai jamais demandé l'argent. Je fais l'accouchement pour plaire à la personne qui m'est confiée. C'est à la personne de me donner quelque chose, un pagne, des foulards, mais je n'exige pas quelque chose (S.-F.).

Perception de la qualité des soins par les familles et les patientes et conséquences techniques de ces dysfonctionnements

Qualité des soins ressentie

Les « clientes » et leurs familles se « confrontent » - voire « s'affrontent » - à cette économie informelle et ses dérivés.

Ici dans cette salle, vous ne pouvez rien observer, allez dans la salle d'accouchement, vous découvrirez un peu de tout. C'est presque de la méchanceté à l'égard des malades surtout celles qui n'ont pas d'argent.

La seule chose qu'ils ont faite c'est que après les 60 000 Cfa que nous avons payés, il y a une sage-femme qui a dit à ma petite sœur que le docteur demande qu'on me place un sérum pour chercher ma veine. Ce sérum se vend à 1 900 Cfa [on nous montre le sérum qui n'a pas été utilisé].

J'ai demandé qu'on me le prescrive pour que ma petite aille le chercher à la pharmacie, la sage-femme m'a répliquée que c'est seulement ici chez eux que cela se vend. Nous étions obligés d'acheter, mais après négociation, elle nous l'a laissé à 1 800 Cfa.

Quand elle nous l'a donné, elle ne l'a pas utilisé sous prétexte qu'elle n'a pas trouvé la veine. Et elle est partie. Je suppose qu'elle a fait cela pour reprendre après le sérum et le revendre à une autre patiente. C'est ce qu'ils font et que moi je déplore (Mme B. , Patiente maternité).

Les clients portent le même regard critique sur certains gestes sur le suivi médical.

Oh les gardes-malades ici ! C'est toi-même qui va faire comme ça. Hier nuit, il y une garde-malade qui devait veiller sur les patients. Normalement veiller et contrôler les sérums pour les changer. Mais hier nuit, trois sérums sont finis et elle n'a pas changé (...). Les personnes dont les sérums étaient finis souffraient. Elles suppliaient : « Pardon, venez m'enlever le sérum ». La garde-malade dormait tranquillement. (...) Après, pour moi la garde-malade est venue et elle a dit qu'on la dérange. Chez nous, il faut que les choses changent. Si tu ne connais personne à l'hôpital, ici tu vas traîner. (Parturiente Mme T.).

Ce type de conduite est aussi évoqué par une autre ancienne parturiente :

Si le sérum finit, il n'y a personne pour te l'enlever. Même si les sages-femmes passent, si tu les appelles, on ne te regarde même pas. Il y a les sérums, ça peut rester finir et rester là-bas jusqu'à ce que le poignet enfle. Tu les appelles, elles passent sans rien te dire. Tu vas les supplier fatiguer, avant qu'elles ne viennent l'enlever (Maman D., coiffeuse, ancienne parturiente).

Il résulte de ces « détails » que les accouchements et les « soins » sont vécus de manière souvent douloureuse par les parturientes.

Entretien avec madame D. :

(...) on m'a prescrit des sérums. Nous avons acheté les sérums et on m'a mis sous sérum. Je suis resté là-bas jusqu'au lendemain matin. Puis on m'a emmenée dans une autre salle. Dans cette autre salle, on m'a mise encore sous sérum et il y avait aussi des produits que je prenais. Quelque temps après je me sentais mieux, mais mes urines étaient toujours rouges... Dans la nuit, j'ai beaucoup vomi et après ça on m'a ramené à la maternité chez les sages-femmes puis on m'a remis les sérums et fait des injections. (...) C'est là que j'ai commencé à ressentir les contractions utérines, en ce moment ça faisait huit mois de grossesse...

Quand je suis monté sur la table, la sage-femme m'a dit de pousser et j'ai poussé et accouché en même temps. Mais je n'ai pas su si l'enfant était bien portant ou non. Je perdais beaucoup de sang. Ce qui m'a beaucoup marqué, la sage-femme qui m'a accouché, ce jour-là, il y avait des élèves avec elle. Au lieu de me nettoyer le ventre, c'est une enfant, une élève qu'elle a prise pour le faire. (...)

J'avais mal dans le corps et d'un coup je perdais connaissance. Je ne savais pas ce qui m'arrivait. J'ai fait un effort et j'ai appelé ceux qui étaient à côté de moi là-bas pour leur demander de l'eau chaude à boire. Ils ont eu peur, mais ils m'ont donné de l'eau chaude à boire, et ils ont appelé la sage-femme. (...) Quand elle est venue, elle est partie chercher un brancard...

(...) On m'a dit que je saignais beaucoup et pour cela on a voulu me relaver le ventre. (...) Les sages-femmes riaient, et la sage-femme a dit : « Madame, c'est

vrai tu as accouché, mais il y a beaucoup de sang en toi. On t'a nettoyé le ventre, mais il reste beaucoup de sang en toi. On ne t'a pas bien nettoyé le ventre, nous allons recommencer ».

Ça me faisait mal, mais je gardais le courage. C'est un jeune homme qui m'a lavé le ventre et j'avais très mal. Et ils disaient que s'ils ne me faisaient pas ça, la façon dont ça saigne, on devra m'opérer. Ça me faisait très mal (...), j'ai fait doucement et je suis allée chez celle qui était de garde. C'est elle qui m'avait accouché, je l'ai bien reconnue. Je lui ai dit : « pardon, maman, je m'affaiblis, ça me fait comme si je vais avoir le vertige... »

Oh, ce jour-là, elle m'a tellement insultée: « Je n'ai pas fini de nettoyer mon bureau et tu me dis de venir mettre du sérum, ce que tu dis là est-ce que ça a un sens ! »

J'ai dit : « pardon, je ne savais pas, pardon ».

Dans la nuit, elle a envoyé quelqu'un pour mettre le sérum...

(...) Ils regardent les gens comme des poulets. C'est ce qui m'a beaucoup marqué là-bas.

Même si, au dire des clients, d'autres gestes sont, au contraire, humains.

C'est vrai que les choses ont changé et évolué. Hier quand j'étais dans la salle de réanimation, il y avait une dame, elle s'est salie en déféquant dans ses pagnes. Elles ont mis des gants et l'ont nettoyée avec de l'eau et de l'eau de Javel (Mme B. G., Patiente maternité).

Mais il y a partout, et très globalement, le sentiment d'une certaine injustice, y compris chez certaines sages-femmes qui ne peuvent que déplorer ces pratiques.

Ceux dont les parents sont riches sont mieux servis. Là où on est, si c'était la petite sœur du directeur, on te téléphone, le directeur te dit tu as une petite fille avec vous, tu donnes les produits pour l'opérer. (...) Oui, c'est ce que nous faisons ici, quand on est pauvre c'est facile de mourir... Est-ce possible d'y remédier ? (sage-femme).

Le suivi incertain du dossier

Cette privatisation du public a des conséquences quant au suivi immédiat de la parturiente et de son enfant.

Il n'y a plus de suites de couches. Je ne sais pas ce qui nous arrive, nous accouchons les femmes et nous les amenons à la maison. (...), un dossier, je ne l'ai pas

vu le samedi, je ne l'ai pas vu le lundi matin à la première heure (...). C'est un dossier qui est nu. Il paraît que cette femme a saigné, on a dû l'amener au bloc pour la suturer. Elle est passée par la « réa » et de là elle est venue à la salle annexe... (...). J'ai fait la remarque concernant le rhésus de l'enfant, parce que j'ai vu dans le dossier rhésus négatif pour la mère et à la page où je devais voir celui de l'enfant, je ne l'ai pas vu.

Les saignements, la déchirure et la suture, rien n'est mentionné dans le dossier... (Mme B., S.-F)

Ce type de dysfonctionnement peut aussi être préjudiciable à long terme, au suivi de la femme.

Si elles se sont échappées, le problème se pose à elles parce qu'elles n'ont pas le carnet rempli. Normalement, une femme qui a passé par les suites de couches doit avoir son carnet rempli à la page d'accouchement et c'est là qu'on leur donne tous les conseils concernant le jour où elle va vacciner son enfant... Comment aussi elle va prendre la déclaration de naissance ? (Sage-femme)

La relation étant individuellement construite, pour les acteurs, elle n'engage pas l'institution. Dès lors, la relation se dénoue ainsi qu'elle s'est établie sans que cela implique obligatoirement une procédure administrative comme un « bon de sortie » ou une inscription dans un registre médical.

À l'inverse lorsqu'on ne bénéficie pas de cette « relation » de proximité, on peut être victime d'une certaine rigueur administrative. Celle-ci est certes légitime. Cependant elle semble parfois extrêmement contrastée avec le laxisme précédemment décrit.

Il peut, dans ce cas, s'agir de banales difficultés administratives. Sans entraîner la mort, elles donnent cependant une mauvaise image de la qualité de l'accueil sanitaire.

Par exemple, une femme ayant présenté une GEU qui a perdu un bon de paiement et qui ensuite doit attendre pour être « libérée » que le caissier revienne de cérémonies de funérailles.

Les docteurs nous ont bien accueillis (...) mais tout le problème, c'est au niveau de l'argent. Quand on est arrivé, mon mari devait payer un kit de 60 000 Cfa pour l'opération. Mais, n'ayant pas d'argent, il a versé 40 000 Cfa. Bouleversé par la situation, il n'a pu retirer le reçu. Mais l'opération a été faite. Seul le kit de la réanimation n'a pas été payé. Maintenant, pour qu'on nous libère, la direction réclame le reste de l'argent.

Mon mari est allé [dans le pays voisin] pour supplier un ami, mais il ne l'a pas trouvé. Ma maman est venue avec 10 000 Cfa, mais c'était insuffisant. Aussi celui à qui mon mari a remis les 40 000 Cfa n'est pas présent dans le service pour délivrer le reçu. Il paraît qu'il est parti aux obsèques d'un de ses parents... (Mme A. A Patiente réanimation, Couturière).

Outre ces aspects administratifs, les pratiques de personnalisation des soins ont des conséquences quant à la cohérence du suivi des femmes. Une nouvelle fois prenons quelques exemples.

Observation de K. T. (parité 0).

Accouchement s'est déroulé normalement, vers 15 h., mais il y a eu une déchirure périnéale (sans doute parce que la sage-femme n'a pas fait d'épisiotomie).

Dr. K. (DES) tente de suturer, mais il ne réussit pas. Il met un tampon et laisse la malade ainsi.

16h25 le DES de garde prescrit du matériel et dit : on va l'emmener au bloc. Lui-même ne l'a pas examiné.

Il fait une ordonnance. Dit qu'il faut acheter vite...

Il demande le nom de la malade. La sage-femme qui est là ne sait pas le nom. Médecin donne l'ordonnance à la sage-femme. Celle-ci appelle la parente pour qu'elle achète les produits.

On cherche le dossier de la femme.

Médecin : « pas de dossier ! Ça ne va pas ! » Demande où sont les parents. (Mais ils ne sont pas là puisqu'ils sont partis chercher l'ordonnance que lui-même a prescrite).

Il n'y a pas de brancard (utilisé pour emmener une femme éclampsique qui était à la troisième table).

Le brancard revient.

Médecin : « il faut demander à la famille de réagir vite ! ». (Mais il n'y a ni brancard, ni famille...)

Médecin examine les conjonctives. La malade se plaint.

16h 45 Arrivée du brancard.

On rase la femme.

Médecin : « je vais prescrire du sang, où est son dossier ? »

Sage-femme, assise et de loin : « Comment t'appelles-tu ? »

Médecin fait une deuxième ordonnance, il veut la donner, mais personne ne la prend ... : « ils vont payer ça vite ! »

16h 50 : K. T. part en salle d'opération. L'ordonnance est donnée à la sage-femme qui part avec dans la salle de travail.

Sur le dossier : 19h 30 réparation périnéale.

Elle a accouché depuis 15 h et l'enfant est toujours sans soins posé sur la paillasse.

Le lendemain nous cherchons la femme qui sur les dossiers est hospitalisée. Nous ne la trouvons pas. En fait elle est partie, « libérée » par la sage-femme qui s'occupait d'elle. Celle-ci nous dira qu'elle a payé avant la sortie...

Il s'agit en fait d'un accouchement « personnalisé » d'une autre sage-femme E. :

(...) on a constaté que la déchirure était au niveau du vagin. Donc on a fait la suture et elle a été gardée à la « réa ». Comme c'est notre benjamine (...) le matin très tôt vers quatre heures, j'étais ici pour faire le nettoyage du corps avec celui de son enfant et nous sommes partis payer.

Elle a mangé, elle a pris le petit-déjeuner et je lui ai posé la question pour savoir si ça allait.

Donc j'ai dit à l'infirmier, comme elle marche, je vais l'emmener ici en salle d'accouchement. Ici je lui ai enlevé le pansement et j'ai constaté que ça va... (...) Je l'ai emmenée à la maison, j'ai prescrit les produits... (...) J'ai fait le BCG à l'enfant ...

En fait, cette conduite de la sage-femme n'est pas obligatoirement à risque pour sa patiente. Mais cette attitude, largement partagée, démontre *in vivo* que même les personnels de santé, d'une certaine manière, « ne croient » pas dans leur service ou effectuent les mêmes stratégies que les populations.

Il en va de même des données qui devraient être inscrites dans le dossier et permettre un suivi cohérent des parturientes et de leurs enfants.

Nous avons des problèmes avec les dossiers. Avant quand tu vas chercher une césarienne, la sage-femme du bloc, doit écrire son nom dans le cahier après avoir écrit le nom du médecin et de l'interne qui ont fait la césarienne. Maintenant on ne retrouve plus les sages-femmes et il faut faire recours au jour de garde où la femme a été opérée, voir l'heure, chercher l'équipe avant de voir la sage-femme qui est partie chercher le bébé au bloc... (Sages-femmes, suites de couches)

En fait aucun geste n'est « standardisé », rien n'est véritablement formalisé pas plus qu'aucune organisation n'est strictement fondée sur une hiérarchisation des tâches. Dans bien des cas, les réseaux « horizontaux » priment sur l'articulation technique des fonctions.

Par ailleurs, ces pratiques font que des statistiques précises sont impossibles, de même qu'une analyse rigoureuse du fonctionnement de la structure sanitaire.

Si elles se sont échappées, le problème se pose à elles parce qu'elles n'ont pas le carnet rempli. Normalement une femme qui a passé par les suites de couches doit avoir son carnet rempli à la page d'accouchement et c'est là qu'on leur donne tous les conseils concernant le jour où elle va vacciner son enfant... (Madame A, Sage-Femme).

De plus, cette « personnalisation » de la relation peut aussi générer des conduites différentes selon le statut de la parturiente. Et globalement, il n'y a pas d'équivalence de traitement entre les « clientes ».

Les variations dans le suivi de l'accouchement selon le statut social

Les attitudes des personnels sont en effet différentes selon qu'il s'agit d'un accouchement privatisé ou pas. Dès lors le pronostic même de la parturiente est en partie lié à son statut social. Nous proposons, pour étayer nos propos, une observation réalisée dans la salle d'accouchement.

Il y a trois femmes entrain d'accoucher.

Il fait chaud. Le climatiseur est en panne. Le téléphone sonne, mais il ne marche pas. Au bout d'un moment, une sage-femme le décroche et le laisse ainsi afin de ne pas être dérangé par des sonneries sans raison.

La « boîte à tranchant » est en fait une bouteille d'eau en plastique.

Pendant plusieurs jours, il n'y avait pas d'eau dans cette salle et les personnels devaient se laver les mains en utilisant des gobelets de boisson. Aujourd'hui il y a de l'eau.

On a de l'eau aujourd'hui, Dieu merci... à la sage-femme de garde elle dit : « que Dieu te bénisse », l'autre lui répond : « Que dieu bénisse qui ? Après avoir bien gêné les gens ! »

Un néon sur deux est cassé ou absent et la lumière est assez faible, blafarde.

Durant presque toute la matinée, les « électriciens » tentent de réparer et de poser d'autres néons dans les couloirs. Ils feront de régulières entrées dans la salle d'accouchement parmi les femmes qui accouchent nues et parfois entrain de crier.

Une jeune fille « anonyme » (S. B., 16 ans, primipare, ménagère,) arrive de la salle de travail.

Sur son dossier, il est inscrit qu'elle est très fortement anémiée.

Elle est assise sur un fauteuil, « chaise percée ».

On lui dit de se lever, d'enlever son pagne et de se coucher sur la table d'accouchement. Elle se lève en gémissant et se débrouille seule.

Sage-femme dit : « Ah quelle odeur ! »

L'interne : « il faut mettre du sérum à cette femme ! »

Sage-femme : « Du sérum, l'enfant veut sortir, je vais lui mettre du sérum maintenant ? »

Assez violemment, la sage-femme de la salle de travail, lui dit de se glisser le bassin sous les fesses : « vient ! »

La porte du couloir est grande ouverte, les électriciens entrent et viennent dans la salle.

On la nettoie avec force. La sage-femme lui verse un liquide désinfectant et laisse la cordelette « traditionnelle » pendre sur le sexe de la femme.

Une autre femme accouche d'un enfant mort-né. Sa tête est à la vulve, la femme pousse, elle geint, personne ne s'occupe d'elle.

Elle crie : « aidez-moi »,

S.-F : « pousse, mettez du détol® , tu dois pousser pour que ça sorte, le bébé a tourné sa face vers la gauche, ah quel monstre ! »

Femme : « aidez-moi, aidez-moi »

On a apporté de l'arachide à la sage-femme

La sage-femme s'approche, elle appuie sur le ventre de la femme qui saisit cette main

Sage-femme : « tu refuses qu'on t'aide, et bien fais ça toute seule ! »

Elle revient s'asseoir, se lave les mains. J'ai faim, Je vais chercher à manger ...

Les sages-femmes plaisaient et dansent autour d'elle.

Personne ne s'adresse à la femme qui continue à gémir et à se tordre les mains.

Une sage-femme chante des cantiques en se lavant les mains : « on a faim » dit-elle, « c'est la faim qui nous tue ».

La sage-femme de garde est assise et regarde de loin l'accouchement de cette femme.

La parturiente tente avec des gestes désespérés de dénouer la cordelette qui est sur son ventre.

Les sages-femmes s'amusent et cherchent des yaourts. Pendant 5 minutes, il n'y a plus personne dans la salle d'accouchement.

Une autre sage-femme met un pagne sur la jeune parturiente.

Elle prend ensuite un pot et part pour déjeuner. [En fait le rythme des repas semble plus important que le suivi de l'accouchement. Est-ce lié au fait qu'il s'agisse d'une anonyme ou qu'elle soit pauvre ? Ou sans doute du cumul de ces deux caractéristiques ?]

Au même moment se déroule un accouchement « privatisé ». L'ensemble des sages-femmes s'occupe de cette femme, ainsi que les aides-soignantes :

La parturiente dit « maman », aussitôt on s'approche d'elle. La sage-femme lui place une perfusion. Elle dit « courage, courage, d'accord... Si tu pousses se sera encore plus grave. Respire la bouche ouverte... »

Un peu plus tard : « met-toi droite pour pousser, tu es en train de pleurer, regarde, les gens entendent ton nom. Tu n'es plus gentille, moi je suis fâchée contre toi... Pousse toi vers moi, avance, avance... Tu ne pousses pas, tu pousses dans la gorge... Va-y, soulève bien la tête, arrête, attrape les pieds du lit, ne pousse plus... »

La sage-femme tire l'enfant. Bravo, une fille est née ! Respire fort pour que l'enfant pleure, on pose l'enfant sur la poitrine de la mère...

Prenons un autre exemple concernant le suivi des femmes et des enfants selon qu'ils sont « privés » ou pas, grâce à une observation en salle d'accouchement.

Nous sommes entrés en salle d'accouchement à 9h 20.

Nous y trouvons deux parturientes gardées en observation. L'une d'elle, Madame X, a accouché à environ 9 heures. La délivrance s'est faite à 9h 15.

Mise en place d'une couche traditionnelle (pagne enroulé) à 9h 25.

Je demande à la sage-femme, combien de temps elles gardent les femmes en observation :

« Ça dépend des cas » répond la sage-femme titulaire.

Une des élèves sage-femme ajoute : « en moyenne deux heures ».

Madame X est en observation pour suspicion de déchirure du col d'environ 2 cm.

11h 25, Madame X est toujours sur la table d'examen, dans une position très inconfortable puisque la table est repliée et que ses jambes pendent dans le vide.

Je m'approche de la patiente et lui demande comment elle se sent : « J'ai des vertiges » (lit. J'ai le visage qui tourne).

Je le signale à la sage-femme qui promet de vérifier sa tension artérielle, mais ne le fait pas.

12h 15, le chef de service entre dans la salle fait remarquer la position inconfortable de la patiente et demande qu'on la conduise dans un lit.

La sage-femme titulaire réplique qu'elle était en observation pour déchirure du col, et donne à son tour des consignes aux élèves sages-femmes pour déplacer la parturiente.

En la déplaçant, on se rend compte qu'elle saigne abondamment.

Je demande à nouveau à la sage-femme la tension artérielle : « On attend qu'un médecin vienne l'examiner ! »

13 h, Madame X n'est toujours pas examinée.

Je demande à nouveau la tension artérielle.

Sans me répondre, elle dit à une élève de confectionner un tampon vaginal pour réduire l'hémorragie.

Entre-temps, pour nettoyer le sang qui a coulé par terre, il a fallu regrouper les élèves sages-femmes débutantes, pour retrouver celle qui a lavé le bébé et lui demander de nettoyer le sol.

13h 10, je demande qu'on puisse au moins lui apporter une bouillie ou du sérum glucosé, puisqu'elle paraissait très faible.

13h 15, le DES de garde arrive et la sage-femme lui parle de Madame X.

Il affirme qu'elle saignait avant l'accouchement, mais dit ne pas pouvoir l'examiner, car il est lui-même très fatigué et a passé la matinée au bloc opératoire. Il ordonne cependant d'enlever le tampon vaginal.

Par contre, il va examiner une patiente externe qu'une aide-soignante lui a recommandée et qui présente des symptômes gynécologiques.

Il s'intéresse ensuite au nouveau-né d'une protégée. Pour ne pas se tromper d'enfant, il vient demander des précisions sur le nourrisson recommandé. Il y trois enfants, il n'examine que celui qui est recommandé même s'il n'est pas le « plus mal en point ».

Nous quittons la salle d'accouchement vers 13h 30, Madame X n'est toujours pas examinée.

La question de la reconnaissance de la parturiente

Lors d'un staff correspondant au cas que nous présentons ci-dessous, le Pr. T. souligne que lorsque le dossier médical est disponible et que l'on détient le compte-rendu opératoire de la première césarienne ainsi que de ses suites, il est possible de faire une épreuve utérine avec injection d'ocytocique, mais que, dans cette situation, on a l'obligation - notamment pour le médecin - de s'asseoir auprès de la parturiente et de surveiller l'évolution, partogramme à l'appui. En cas

d'indisponibilité du médecin spécialiste, il faut prévoir une césarienne prophylactique.

Cette attitude thérapeutique ne correspond pas uniquement à une compétence technique. Comme nous l'avons présenté, elle nécessite préalablement, une reconnaissance de la personne et une volonté de la protéger et de l'accompagner. Parfois ces implicites déontologiques ne sont pas réunis.

L'exemple que nous présentons maintenant permet de mesurer l'écart entre ces propos scientifiquement légitimes et ce qui s'est déroulé et aussi de comprendre une des manières par laquelle un accouchement normal peut conduire au drame. Il s'agit de Mme B. (2 avortements, 1 césarienne, 4 gestes).

Mme A. est admise pour accouchement en salle de travail.

10h 05, elle est examinée. Dilatation à 3 cm.

Nous sommes interpellé par ses cris, causés par des contractions douloureuses assez régulières, espacées d'environ 5 minutes.

À 11h 05, malgré ses cris de douleurs, pas de touché vaginal.

J'interroge une élève sage-femme, sur le cas de Madame A. qui m'affirme que c'est un travail normal : « une femme en début de travail ».

J'interroge ensuite le médecin qui fait sa visite et qui est à 3 lits après elle.

Il me répond que c'est un début de travail.

Il prend le dossier et me fait remarquer qu'elle n'est qu'à 3 centimètres.

Je lui fais remarquer qu'elle était à 3 centimètres, il y a plus d'une heure et qu'elle a peut être progressé, surtout qu'elle se plaint et parle d'aller à la selle.

En ce moment, il rajoute une prescription de kit de césarienne sur le dossier, mais n'en parle à personne.

11h 30, elle est transférée en salle de travail.

Le touché vaginal (TV) est fait par une élève sage-femme de deuxième année et montre une dilatation complète.

Une élève de troisième année vérifie et affirme qu'elle est à plus de 8 cm de dilatation, quasiment « à complète ».

Il n'y a aucune parole échangée, aucun accompagnement. La femme n'est pas rassurée.

« Arrête de pousser sinon tu vas te fatiguer avant l'heure de pousser réellement ! Arrête de bouger, tu vas tomber ! »

Elle dit avoir besoin d'aller aux toilettes :

*Sage-femme : « Ce n'est rien comme envie, quand ça va commencer, tu verras ! »
5 minutes après, à 11h. 35 commence l'évacuation du rectum.*

On lui reproche alors de n'être pas allée à la selle avant de venir accoucher.

On prescrit des gants à sa famille qui ramène 4 paires de gants dans les 5 minutes.

*Une élève de deuxième année enfle des gants lorsqu'elle aperçoit la tête à la vulve.
L'expulsion est laborieuse.*

La femme pousse sans succès.

La sage-femme qui est assise et parfois couchée sur la table :

« Pousse en bas, là tu le fais dans la gorge. Tu risque des maux de gorge! »

L'expulsion se faisant attendre, l'élève sage-femme demande d'apprêter des ci-seaux.

L'étudiante en troisième année enfle des gants et indique à la cadette comment protéger le périnée avec le pagne que porte la parturiente.

La sage-femme de garde, qui regarde tout cela de loin, refuse l'épisiotomie en disant que c'est une parturiente multipare.

Je lui fais remarquer qu'il s'agit d'une première fois pour le périnée, le seul accouchement s'étant fait par césarienne.

Cette sage-femme se lève de son bureau. Elle consulte le dossier et demande à la parturiente : « c'est vous madame A ? », la parturiente dit : « oui ».

La sage-femme réalise alors qu'il s'agit d'une primipare portant une grossesse pré-cieuse.

Elle s'approche alors de la table d'accouchement, toujours sans gants, pour assister verbalement les 2 élèves sages-femmes.

L'expulsion a finalement eu lieu à 11h 53. Le bébé est inanimé et il est immédiatement conduit en réanimation.

Malheureusement ne sachant pas actionner le matériel d'oxygénation, l'équipe revient sur ses pas pour chercher une infirmière du bloc qui vient aussitôt lui porter main-forte...

La réanimation dure 15 minutes, puis la sage-femme dit : « je vous laisse, il faut que j'aille m'occuper d'autres personnes ».

*Pendant la réanimation de l'enfant, il y a quelques échanges à propos de l'enfant :
« Qu'est-ce que c'est que cette chose ? On dirait qu'il est mal formé... Son œil ne ferme pas... Je ne pense pas qu'il va vivre, il faudra marquer mort-né... on peut essayer la bicar... »*

40 cc de bicarbonate à 14°/° sont injectés par le cordon ombilical.

La seringue est déballée et chargée par une élève sans gants qui la passe à l'élève de troisième année qui a son tour injecte le produit en IVD en tenant le cordon avec le pagne qui a protégé le périnée maternel.

Finalement, elles décident d'arrêter la réanimation et conduisent le bébé dans une couveuse.

Là, le nouveau-né pousse son premier cri, ce qui étonne les élèves sages-femmes qui disent :

« Il ne veut pas mourir, c'est un génie ! »

Une élève rebranche de l'oxygène et ajuste le débit au hasard en se passant le tuyau sur l'avant-bras.

Nous laissons ainsi le bébé.

En salle d'accouchement, Madame A. saignait toujours avec une suspicion de déchirure du col.

Le lendemain nous allons voir Madame A.

Avant d'entrer dans sa chambre, une sage-femme nous interpelle et nous annonce le décès de la petite fille. On nous interdit de lui annoncer :

« Les sages-femmes, dont c'est le métier, sauront mieux lui annoncer ».

Dans la salle, Madame A. est assise sur son lit. Elle parle de son bébé :

« Hier soir, son état m'a beaucoup inquiété. Quand je l'ai vu, il ne respirait pas bien. Son souffle était très irrégulier. Mais aujourd'hui il paraît qu'il va beaucoup mieux. Son père est auprès de lui en pédiatrie » (...)

Question : « À quelle heure êtes-vous arrivés ? »

Réponse : « La veille vers 22 heures »

Q. : « Quelle médication as-tu reçu depuis ton arrivée ? »

R. : « Aucune »

Q. : « Même pas un sérum ? »

R. : « rien ! »

Q. : « Lorsque le travail est devenu intense et que tu manifestais de la douleur, quelqu'un est-il venu te rassurer, te dire comment respirer pour moins sentir la douleur ? »

R. : « Non personne... »

Q. : « est-ce que tu connais quelqu'un ici ? »

R. : « Non »

En résumé : Madame A. est admise à 22 heures pour une rupture prématurée de la poche des eaux sur un utérus cicatriciel. Plus de 13 heures après son admission, elle n'a été examinée que deux fois.

Aucune perfusion n'a été placée, aucune surveillance fœtale, aucune prise en charge psycho-affective.

Elle a accouché quasiment seule d'un enfant affaibli par une expulsion très laborieuse. Elle n'a été assistée que par une élève sage-femme de deuxième année qu'après apparition de la tête fœtale au niveau vulvaire pendant que la sage-femme était couchée sur son bureau. C'est donc épuisée qu'elle finit par accoucher d'un bébé « inanimé » a-réactif qui sera réanimé au bout de 20 minutes et qui décèdera dans la nuit.

Les enchevêtrements organisationnels conduisant à la mort maternelle

Outre ces aspects « humains », divers dysfonctionnements organisationnels viennent s'enchevêtrer pour entraîner des décès. Il ne s'agit pas vraiment de réaction individuelle, mais plutôt de l'articulation entre les diverses contraintes et difficultés que nous venons d'évoquer.

Il nous semble possible d'identifier sept processus (ou modes logiques) contribuant à produire dans le service des morts maternelles. Ces « processus » peuvent apparaître conjointement, ou, au contraire être isolés. Mais ils se trouvent régulièrement à l'origine d'une difficulté et malheureusement de biens des décès maternels.

- (1) – La conjonction de dysfonctionnements minimes produit de grands effets.
- (2) – Une articulation défectueuse entre les régimes temporels des différentes structures sanitaires empêche la mise en œuvre des pratiques d'urgence.
- (3) - Une sorte de logique « du coq à l'âne » entraîne des difficultés à traiter de manière cohérente la simultanéité, des cas présentés. L'empilement des situations et l'intrication des actions entravent la réalisation d'un suivi précis et d'actions coordonnées.

(4) - Le temps de l'urgence médicale ne correspond pas au rythme des possibilités économiques des familles : impact de l'économique (achat, répétition des achats, etc.)

(5) – Le travail de prévention est insuffisant : rien n'est analysé du point de vue de la compréhension des femmes et de leurs familles, ni plus encore, des possibilités d'agir préventivement (réguler les naissances) pour les femmes.

(6) - La dimension affective de l'accouchement, de la mort maternelle, de la mort fœtale, de la mort de l'enfant, de l'inquiétude envers l'enfant ne sont pas pris en compte.

(7) – La qualité des soins « ressentie » et ces formes d'organisation font que l'accès aux soins est construit sur une « confiance » personnalisée

Nous nous limiterons à illustrer, par quelques exemples succinctement décrits, ces processus.

(1) La conjonction de dysfonctionnements minimes produit de grands effets

Prenons, par exemple, les conséquences des retards des personnels

Absence du manœuvre et il n'y a pas d'oxygène. Le circuit d'oxygène est défaillant. Les personnels ne sait (sic) pas comment brancher la bouteille... Tout cela traîne et à la fin, la césarienne est faite, mais comme la mère n'a pu être ventilée, l'enfant est mort.

« Hypoxie fœtale chez une éclamptique » : décès périnatal.

La césarienne n'a été faite que trois heures après la prise de décision.

La retranscription du dossier du staff d'une patiente met en perspective les conséquences des absences du personnel mais aussi d'une gestion non rigoureuse du matériel.

Elle a effectué ses consultations prénatales au centre de santé de la capitale à partir de la 6^{ème} semaine, au cours desquelles elle a bénéficié d'une prophylaxie anti-paludéenne. Elle a reçu deux doses de vaccin anti-tétanique.

Au moment de son admission, elle s'est plainte de l'absence de mouvements obstétricaux, ce qui a motivé une échographie 2 heures avant l'admission (...).

À l'examen gynéco-obstétrical (...), les bruits du cœur fœtal étaient compris entre 112 et 128 battements/minute (...).

Nous avons conclu à une souffrance fœtale aiguë chez une primigeste de 27 ans en phase de dilatation cervicale et posé l'indication d'une césarienne et prescrit un kit. En attendant nous avons démarré.

La césarienne, effectuée en 4 heures de temps, a permis l'extraction d'un nouveau-né de sexe masculin pesant 2 510 grammes pour 500 mg de placenta (...).

Au tableau des pronostics :

Chez l'accouchée, le pronostic immédiat reste dominé par le risque d'éclampsie. Pour cela nous l'avons mise sous anti-hypertenseur et antibiothérapie.

Pour le nouveau-né, adressé en pédiatrie pour une meilleure prise en charge, il décède après 2 heures de réanimation...

Problème : il n'y avait pas d'oxygène en salle d'opération.

Le manœuvre n'était pas là... Quand on était au bloc, croyant qu'il y avait de l'oxygène, on était installé et on était habillé avant de constater qu'il n'y avait pas d'oxygène, parce que l'aiguille de l'appareil était tombée à zéro. On était allé chercher une bouteille de gaz pour venir brancher, mais le voyant était toujours en bas.

(...) Il s'est passé des problèmes de blouses et d'oxygène. La surveillante est arrivée le lendemain matin et elle a trouvé une solution.

Pr. B. : La patiente a été admise à 16h 30 le 17 07 04, et la césarienne a été pratiquée le 18 à 11h 30, pourquoi la surveillante n'a pas été appelée la nuit ?

DES : C'est à quatre heures du matin que le problème s'est posé, on a alerté la direction et la direction nous avait demandé d'aller prendre de l'oxygène au grand bloc. Mais quand c'est arrivé on n'a pas pu brancher.

C'est le manœuvre qui nous disait que c'est un problème de branchement, je ne sais pas à quel niveau le problème était posé ? (...)

La surveillante : (...) Le problème est que l'instrumentiste et le manœuvre sont malades. Ils nous ont envoyé leur repos médical...

Je me suis débrouillé pour trouver un autre manœuvre. Seulement, il ne savait pas comment manipuler le branchement d'oxygène...(...)

Pr. A. : Quand ont-ils envoyé leur repos médical ?

Surveillante : Pour l'instrumentiste médical, il m'a renvoyé son repos le mercredi passé...

Pr. A. : N'est-ce pas 48 heures après ?

Surveillante : oui après 48 heures, j'avais trouvé un autre instrumentiste, mais au dernier moment son enfant est tombé malade. Donc c'est ça qui a compliqué le problème...

De la même manière, le suivi des femmes dans les suites de couches peut être interrompu simplement parce qu'il manque un thermomètre ou un tensiomètre.

Chaque malade a son thermomètre. Pour l'appareil à tension, il y a l'appareil du service, il y a un appareil pour les quatre salles (...).

Quand un finit dans une salle, elle passe à l'autre. S'il y a un cas très grave et si notre appareil se gâte, on va chercher l'appareil du service de garde. Mais, des fois, la garde aussi se retrouve sans appareil [rires]... Parce que quand c'est gâté, on emmène au service de maintenance, ça prend du temps. (...) Avant le problème du SIDA, on pouvait prêter à une autre malade, mais depuis le SIDA, il faut que tous les malades achètent leur thermomètre... (Sages-femmes, suites de couches)

(2) Une articulation défectueuse entre les régimes temporels des différentes structures sanitaires empêche la mise en œuvre des pratiques d'urgence

Prenons au plus simple, et à ce qui semble le plus anodin. Par exemple à la lingerie, où le lave-linge est en panne et, de ce fait, les linges pour les salles d'opération ne sont pas lavés. Bref, on peut mourir pour un boulon.

(Staff) : À 19h 20 quand j'étais à la recherche, quand j'ai su qu'il n'y avait pas assez de blouses. Il fallait que je sois derrière eux pour les rencontrer et négocier. C'est pourquoi je suis venu pour voir la suite. Parce qu'entre-temps, j'étais prévenue de ces problèmes. On a trouvé une solution, il y avait des blouses et des champs dans le carton qui était dans la salle d'opération...

DES : On nous avait dit qu'il n'y avait pas de blouses ?

Pr A. : (...) et elle a dit qu'il n'y en avait pas ...

C'est ce que confirme le responsable de la lingerie

C'est depuis avant-hier. Tu vois toutes les machines, c'est celle-là, la seule qui nous dépannait et justement, elle est tombée en panne. (...) Cette machine est ancienne, elle doit faire plus de 30 ans... (...) Oui, tous les blocs, gynéco, bloc central, ophtalmo, tout est bloqué (Lingerie).

Ces « cassures de rythme » ont aussi des implications plus directement médicales. Et par exemple, le service d'échographie étant fermé l'après-midi, il faut qu'une patiente se lève et aille à l'extérieur de l'hôpital pour y faire des examens, au risque d'une hémorragie.

L'échographie pour un placenta prævia ?

Non, 12 h est passé, il faudrait faire une échographie pour confirmer le diagnostic, mais ce n'est plus possible. Il faut donc envoyer la femme dans une clinique privée.

13h 45, retour de la femme qui présentait effectivement un placenta prævia. Elle est sous perfusion (régulée par l'aide soignante).

On cherche son dossier, il a disparu, il est finalement retrouvé sous le cahier noir.

Dans cette question des ruptures de prise en charge, la question du sang est bien sûr la plus cruciale.

C'était un jeudi que ma belle sœur a commencé son travail. Elle m'a fait appel et je suis allée la voir. Habituellement, c'est au dispensaire d'A. qu'elle accouche, elle en est à son quatrième accouchement.

Je l'ai amenée au dispensaire, nous avons passé plus de 6 heures là. Rien ne fut fait. Il paraît que toutes les conditions sont réunies pour qu'elle accouche. Alors la sage-femme a décidé de nous évacuer sur le CHU.

J'ai appelé son mari qui nous y a amené avec sa voiture. Le temps d'aller au CHU ma belle-sœur a perdu connaissance.

À l'admission il était 21h. Quelque temps après, on nous a fait savoir qu'elle a repris connaissance. Mais avant cela mon frère a eu à payer au moins 3 ordonnances prescrites par deux sages-femmes différentes. On retrouve les mêmes produits sur les ordonnances (...).

Mon frère, le mari était très agité, troublé et il avait peur. C'est pour cela qu'il faisait tout ce qu'on lui disait sans trop réfléchir ou vérifier.

À 2h. du matin, ils nous ont dit qu'ils ont décidé de faire une césarienne. On s'apprêtait à réunir les produits quand une sage-femme revient pour dire que l'enfant est entrain de sortir. Au lieu des produits de la césarienne, elles nous ont fait acheter d'autres produits. Nous ignorons ce que sont ces médicaments.

Visiblement, quand on voyait les sages-femmes qui étaient de garde ce jour-là, on devinait que l'accouchement était difficile et compliqué.

Au petit matin, à 5h 30, par là, on nous annonce la naissance d'un garçon. Quand nous étions joyeux (...) après quelques minutes on nous annonce que la femme saigne abondamment.

Une sage-femme sort avec une ordonnance et nous demande d'aller chercher rapidement du sang. La panique gagnait notre cœur.

Le mari court, pour aller chercher le sang qu'il trouve difficilement.

Il revient à 7 h. du matin, mais c'était trop tard, la femme était déjà décédée.

Les médecins ont eu de la peine à nous annoncer le décès car ils savaient que l'affaire provient d'eux... (Madame A. A)

Très souvent il n'y a pas de sang à la banque de sang du laboratoire d'hématologie. C'est donc à A, à la Croix-Rouge qu'on en cherche. Quand il n'y en a pas là-bas, il faut aller à 80 km.

Pour cela les parents louent l'ambulance qui met une heure à peu près pour ramener du sang de R... (Interne).

Le problème qui se pose, c'est le problème de sang. Ce n'est pas facile de trouver du sang (...). Il faut aller au laboratoire. À la banque de sang, le sang n'est pas disponible. En ce temps, tu as une femme qui est entraîné de mourir. Le problème de sang est un problème crucial. Parfois on est obligé d'envoyer les gens à 80 km. Quand la femme est entraîné de mourir, il faut aller chercher du sang là-bas pour la transfuser. (...) Sinon il y a la Croix-Rouge mais vraiment eux ils ont beaucoup de problèmes. Chaque fois ils sont en rupture (Médecins en spécialité N. & B.).

Il n'y a pas, de « couplage » harmonieux entre la banque de sang et la maternité et l'institution n'ayant pas un fonctionnement régulier et fiable, on ne peut contrôler l'ensemble d'une prise en charge.

De ce fait, celle-ci peut, à tout moment, être interrompue par un dysfonctionnement matériel quelconque et/ou par l'absence d'une personne faisant partie du staff de la structure. Dès lors l'absence d'un seul ou d'un seul objet peut conduire à l'impossibilité d'effectuer d'indispensables actes médicaux et, *in fine* conduire à la mort des femmes.

(3) Une sorte de logique « du coq à l'âne » entraîne des difficultés à traiter de manière cohérente la simultanéité, des cas présentés

Plus qu'une succession ordonnée d'actions et une articulation précise des tâches de chacun, on assiste souvent à une sorte de désorganisation et à un empilement des situations, et voici une observation en salle de réanimation, illustrant notre propos.

Une patiente est ramenée sur un brancard par un interne qui la laisse sans que personne ne s'en occupe.

Quelques minutes après, un médecin arrive. Il a besoin du brancard pour une autre femme qu'il doit emmener en urgence dans le bloc opératoire : « elle saigne beaucoup, il faut faire vite! »

Le médecin demande : « déplacez la femme là, sur ce lit pour me donner le brancard, il y a une autre femme qui saigne de l'autre côté! »

Personne ne réagit... Un infirmier s'approche de la dame quasiment endormie pour demander son nom afin d'aller chercher ses parents pour la déplacer. Elle lui murmure quelque chose, mais il reste là sans aller chercher ses parents.

Enfin le médecin impatient réagit : « mais vous avez des bras bien valides, déplacez-moi la femme, après vous irez chercher ses parents! »

C'est seulement en ce moment que quelques infirmiers s'exécutent pour déplacer la femme. Ils le font sans aucune précaution, sans douceur. Ils tirent la couverture plastique et le drap sur lesquels la patiente est couchée sans la soulever au préalable...

Citons un autre exemple de cet empilement de situations allié avec d'autres dysfonctionnements. Nous débutons « à rebours » par la présentation qui est présentée au staff.

(...) Au total, il s'agissait de crises éclamptiques chez une primigeste primipare de 23 ans porteuse d'une grossesse de 35 semaines d'aménorrhée, en début de travail. Comme indications cliniques, nous lui avons administré du loxen®, une ampoule en perfusion de sérum glucosé, du valium (4 ampoules) et posé l'indication d'une césarienne.

Le kit fut honoré 1 heure de temps après. La patiente fut emmenée au bloc, mais avant l'opération elle a présenté des crises convulsivo-cloniques malgré la prescription loxen® et valium®.

La césarienne a permis d'extraire un nouveau-né de sexe féminin pesant 2044 grammes pour 450 grammes de placenta. Le liquide amniotique était clair, estimé à 1, 3 litre. La tension artérielle post-opératoire était à 11/8. Pronostic immédiat :

Eclampsie du post-partum et infections puerpérales : loxen® et valium®.

Pronostic ultérieur : utérus cicatriciel devant respecter un intervalle inter-génésique de 3 ans, se faire suivre et accoucher dans un centre médico-chirurgical pour ses prochaines grossesses...

En fait, il est important de pouvoir comparer cette présentation « lisse » avec ce qui s'est passé « en vrai » dans l'enchaînement des gestes. Plus théoriquement dit : qu'est ce qui est évacué par le dossier médical ? Quelles interactions ne sont pas soulignées et quels sous-basements temporels, économiques et sociaux ne sont pas envisagés ?

Prenons cette observation réalisée lors d'une garde.

12h 45 La femme arrive sur un chariot.

Médecin spécialiste demande achat de kit de césarienne et de loxen® et de valium®.

Primigeste admise pour 35 semaines d'aménorrhée et crise éclamptique. Elle est, de plus drépanocytaire.

14h 30 Une sage-femme place une sonde à la parturiente.

Médecin spécialiste : « il faut demander aux parents s'ils n'ont pas trouvé le loxen®

14h 40 On prend la tension

14h 45, le Médecin spécialiste part manger

15h 10, les médicaments arrivent, mais le médecin spécialiste est absent

15h 12, retour du médecin spécialiste

15h 20, arrivée du tube pour faire le groupage sanguin (la prise de sang coûte 3 500 Cfa).

Le tube pour le groupage est emmené par le manœuvre.

Mais le manœuvre n'est pas reparti le chercher.

16h 20, nous demandons après le groupage, mais il n'est toujours pas venu.

Certes, comme précédemment, il s'agit là de la force du maillon faible puisque certaines tâches apparemment modestes peuvent conduire au décès des femmes.

Et c'est cette dimension organisationnelle et temporelle qui sera oubliée au cours de la présentation du staff. Or c'est pourtant ici que se situe l'importance de l'urgence.

16h 40, arrivée d'un groupage de sang. Médecin spécialiste : « c'est rhésus négatif ! », il croit le noter dans le dossier de A., mais en fait c'est celui de S.

DES : « Il faut dire au manœuvre d'emmener au bloc ».

16h 45, un autre médecin : « son groupage est fait ? »

Médecin spécialiste : « on va prescrire aussi du "syntho" pour après l'opération ».

Le médecin spécialiste cherche le dossier de S. pour y reporter son groupe sanguin. Il ne le trouve pas. Le dossier a disparu.

Dispute entre le DES et la sage-femme à propos du dossier.

Médecin spécialiste : Où est le dossier de S. ?

S. F. : Tu viens de le prendre !

Médecin spécialiste : Oui, j'ai noté des observations là-dedans et je l'ai déposé. Cherchez le bien dans vos dossiers ! (la S.-F. cherche de manière confuse et agacée).

Je ne l'ai pas trouvé, docteur, va chercher chez toi ! tu l'as déposé quelque part !

(Le médecin spécialiste sort, puis revient et demande qu'on le recherche plus calmement)

S. F. : Je l'ai cherché. J'ai fouillé tout ce qui est chez moi. (Elle fouille tout en parlant et trouve le dossier).

Comment peut-on mettre un dossier dans un autre dossier. C'est inadmissible. Cela relève d'une mauvaise organisation !

17 h, le dossier est retrouvé, il était dans un autre !

17h 05, retour du groupage avec le manœuvre

17h 10, DES : « il faut emmener ! »

Manœuvre: « il n'y a pas de brancard ! »

Médecin spécialiste au manœuvre : « va chercher un brancard pour emmener A. au bloc »

S. F. au manœuvre : « Va chercher l'autre résultat du groupage »

Manœuvre ; sort dans le couloir et rouspétant : « tout le monde donne son commandement. Que dois-je suivre maintenant ? »

Il revient avec le résultat et dit ne pas avoir trouvé de brancard...

Médecin spécialiste: « Va à la chirurgie ou aux urgences ! »

Manœuvre : « je suis allé aux deux endroits et je n'ai rien trouvé » (il sort).

Médecin spécialiste : tout le monde utilise ce qu'il trouve. Si nous trouvons un brancard chez nous, nous faisons tout pour le cacher. Si le personnel de la chirurgie aussi le trouve, il le bloque...

Tout le monde se dispute et finalement le manœuvre prend un lit dans la salle pour l'utiliser comme brancard. La sage-femme se rend compte que le groupage n'était pas celui de A. mais de S.

Manœuvre vient pour emmener A. au bloc, mais on lui dit maintenant d'attendre parce que le groupage n'est pas là.

17h 20, départ vers la salle d'opération.

Le récit des parents nous donne un éclairage différent de celui recueilli auprès du staff et des éléments complémentaires pour comprendre le déroulement de la situation en terme de prise en charge.

Parents : C'est notre sœur qui a fait une crise. Elle est enceinte, cela fait huit mois et maintenant on ne sait plus ce qu'elle a concrètement.

(Une sage-femme sort de la salle d'accouchement avec deux papiers : un bulletin d'analyse du groupe sanguin et une ordonnance : loxen®, deux ampoules).

Parents s'adressant à la sage-femme : Madame, il n'y a pas de reliquat ?

S. F. : Il ne reste plus rien

Parents : Tout ce que nous avons amené, c'est cela que vous avez pris (...) 5 000 Cfa, soit disant pour les premiers soins !

S. F. revient : Votre malade ne fait pas bien les consultations prénatales ! On ne lui prend pas la tension ... Comment peut-on aller à la consultation prénatale et ne pas se faire prendre la tension !

C'est ça que vous voyez ! Pas de tension ! Pas de vaccination ! pas même de goutte épaisse !

Dépêchez-vous d'aller chercher les produits afin de faire baisser sa tension !

Elle rentre dans le couloir...

Les accompagnants sont troublés, ne savent que faire ... ils discutent :

Appelons sa belle-mère

Tu as son numéro ?

Oui c'est le ...

Donnez, je vais appeler

S'adressant à nous : C'est dans les 5 000 Cfa que la sage-femme nous a déjà pris ...

On n'a plus rien, on va attendre sa belle-mère (13 heures)

Une accompagnante rentre et sort avec une nouvelle ordonnance. Elle se dirige vers la pharmacie de la maternité qui est fermée et qui n'ouvrira qu'à 14 heures

En fait ici tous les facteurs se conjuguent : les rythmes de certaines structures sanitaires déterminantes comme la pharmacie sont ceux du travail officiel mais ne correspondent aucunement à la nécessité technique de la prise en charge. Par ailleurs, l'acte médical est suspendu aux possibilités financières et donc à la présence d'une personne pouvant payer.

14 h : la belle-mère arrive et on lui remet toutes les ordonnances (au nombre de 4 plus le kit de la césarienne).

Elle repart.

Par trois fois des soignants sont sortis pour réclamer les parents d'A. et demander le kit de césarienne.

15h 10, le kit est acheté ainsi que quelques produits.

Ils vont payer aussi 3310 Cfa pour le groupage

15h15, on va retirer le tube pour le prélèvement de sang.

Entretien avec la petite sœur de A.

Nous sommes allés au dispensaire d'A., là où elle a fait les consultations prénatales. Ils l'ont analysé et nous ont dit de l'emmener au CHU. Ils ne nous ont pas donné de fiche d'évacuation. Donc nous ne savions pas vraiment que c'est grave

jusqu'à ce point là. Maintenant ils grondent et ils nous insultent en disant que nous l'avons gardée à la maison jusqu'à maintenant... (...)

On nous a rien dit... On nous donne des ordonnances et on nous fait savoir que c'est sérieux.

J'ai peur. Je prie Dieu pour qu'elle s'en sorte bien. Je la veux vivante (elle pleure). (...) On est venu d'abord en voiture. Puis on a pris un taxi pour le dispensaire d'A. Quand ils nous ont évacué, on en a encore pris un autre ...

Une autre accompagnante arrive : « on nous demande de payer encore 7 000 Cfa. Il paraît que ça c'est pour l'admission dans la salle... »

Belle-mère : (...) Il y a tout juste dix jours, j'ai voulu, par curiosité, regarder dans le carnet et j'ai constaté : pas d'analyse, pas de tension. Donc j'ai pris rendez-vous avec une sage-femme qui nous a dit de venir le 26 juillet. Et voilà qu'on m'appelle tout à l'heure pour me dire qu'ils sont à l'hôpital...

(...) Pour l'argent, l'oncle de mon enfant et moi-même, nous avons jonglé pour trouver des sous. Il y a aussi des prêts. Mais nous allons nous débrouiller pour qu'elle s'en sorte.

(4) Le temps de l'urgence médicale ne correspond pas au rythme des possibilités économiques des familles : impact de l'économie (achat, réitération des achats, etc.)

En fait – comme le soulignaient des exemples précédents - dès que l'accouchement ou le problème obstétrical se met en place, la femme ne peut plus agir. Elle ne dispose d'aucune autonomie ni pouvoir. Son sort va donc entièrement dépendre des « siens », de leurs possibilités et de leur vouloir.

Comme j'étais bien fatiguée, je ne sais pas comment cela s'est passé. Mais à mon réveil, à la réanimation, j'ai vu toutes les dépenses qui ont été faites. Et surtout que j'ai été suivie normalement (Mme G., Césarisée d'un enfant mort).

Il ne faut donc pas « gommer » les responsabilités des familles, ni la « cruauté » de certaines conduites sociales. Il s'agit, certes de dysfonctionnements d'une structure de soins, mais aussi d'interaction où les conduites des uns - personnels de santé - s'expliquent aussi par les attitudes des autres, populations et familles.

Le problème aussi, c'est quand l'enfant ne vit pas. Si l'enfant ne vit pas, le mari n'accepte pas de payer le médicament. Des fois, on essaie de racler, de demander partout pour réunir un peu d'argent et les sauver. Des fois, on demande au délé-

gué médical pour aider les femmes surtout s'il faut reprendre la suture (...). Quand tu vois des femmes, tu peux essayer de courir à gauche et à droite pour réunir un peu d'argent pour la sauver (Sages-femmes, suites de couches).

Pour certains, ils avaient cru bon d'anticiper et ont pu le faire :

Mon fils et moi, nous nous sommes préparés à des éventualités. Et lorsqu'on nous a dit d'acheter le kit, il n'y a pas eu de problème. (...) On nous a expliqué que c'est un carton qui contient tous les objets dont on a besoin pour la césarienne. Quand nous avons appris cela, nous n'avons pas hésité à l'acheter. Mon fils est transitaire, donc nous n'avons pas eu de problème d'argent. Aussitôt quand on nous a dit que c'est la césarienne et qu'il faut payer le kit, 5 minutes après, tout a été fait (T. R. Césarisée enfant mort).

Soulignons que cette situation d'attente impuissante et de détermination de sa vie par l'obtention de ressource est plus « criante » dans l'urgence de l'accouchement, cependant, il s'agit là d'une « règle générale » qui touche un grand nombre de malades.

Observation de G. E. 17 ans :

Elle est hospitalisée depuis le 12 07 04. Elle a un abcès à la fesse droite qui doit être incisé. Cet abcès est certainement dû à des injections mal faites de produits abortifs incertains... Le 15, elle n'a comme traitement qu'une perfusion contre le « palu ». Aucune disposition n'est prise pour inciser l'abcès. Il faut un kit de 15 000 Cfa et sa grand-mère n'a pas de quoi l'acheter.

Le 16 E. n'est toujours pas opérée. Elle est nue dans son lit, seule, elle pleure, couchée sur un morceau de pagne sale. Elle devait être opérée mais quand le médecin est venu, il n'y avait aucun produit.

Ce médecin devait aller voir l'assistante sociale pour obtenir les produits...

Deux formes de contraintes contradictoires définissent ces situations : celle de l'équipe médicale qui essaie de gérer les urgences qui se présentent et celle de la famille qui ne peut qu'attendre de voir comment évolue la situation et qui ne peut que « jouer » de l'urgence pour solliciter un prêt ou une aide parmi les proches. Par ailleurs, dans des situations où les ressources sont limitées on ne peut acheter qu'à « coup sur ». Et si le kit est prescrit et n'est pas utilisé, la famille risquera de penser que c'est une « perte », voire que rien n'a été fait ou qu'il y a eut un vol.

En fait, contrairement aux modèles médicaux diffusés qui pré-supposent une autonomie du domaine médical - et notamment de la

décision médicale – l'acte thérapeutique est ici soumis aux possibilités économiques des familles. Dès lors on comprend combien il serait naïf de penser modifier des pratiques uniquement par des guides de « bonnes conduites ». Il en manque le soubassement matériel.

Ab oui, les césariennes... on emmène les femmes, le mari n'a pas d'argent pour acheter le kit (60 000 Cfa), et, des fois, la femme attend et meurt. Par exemple, la césarienne qu'on veut aller faire maintenant, elle est venue ça fait trois jours. Des fois, l'enfant meurt dans le ventre de la mère ou bien la maman meurt avec le bébé. Nous n'avons rien ici pour dépanner les femmes enceintes, c'est toi-même qui va chercher les choses avant qu'on ne te fasse le travail. Des fois le manque d'argent fait que l'on meurt chez nous (manœuvre).

On est là, on la regarde comme ça, on attend. Si elle veut mourir, elle va mourir... De même que les césariennes, les femmes restent là-bas, on le voit, elles font une rupture utérine, elles saignent... Si tu es aimable, toi-même tu mets un abord veineux... Tu la vois, elle peut mourir comme ça.

Ça nous fait mal, mais on ne peut rien parce qu'on ne peut acheter les produits à 3 ou 4 femmes par garde.

Dimanche passé, j'étais de garde, il y avait trois femmes. Deux avaient un utérus bi-cicatriciel, bon, troisième fois, on doit césariser... Les trois n'ont pas d'argent. Je suis venue le matin à 6 heures, et on est resté jusqu'à 18 heures. Et après il y en a une qui est décédée...

(...) La femme se plaint, elle dit : « maman, vient m'aider, si tu m'aides, après je vendrai rester chez toi pour être ta bonne, pour te payer après ». Elle dit tout et après elle meurt comme ça. C'est très difficile pour nous, mais on ne peut rien (sage-femme).

En fait, ni dans la structure sanitaire ni dans les familles, il n'y a de possibilité d'anticipation réelle. Dès lors en cas de problème, il faut gérer l'urgence « en situation », et cette urgence ne pourra être « réglée » qu'au rythme des disponibilités financières des divers partenaires (famille et institution).

Il n'y a plus de prise en charge des malades par le CHU comme auparavant. Il y en a qui se préparent avant de venir, mais aussi pour certaine, je suis obligée moi-même de sortir de l'argent de ma poche pour pouvoir les aider. Même pour habiller les femmes nous allons à la maison pour chercher les chiffons (pour faire des « couches »).

D'autres viennent, on décide de la césarienne, elles voient la surveillante pour lui dire qu'elles n'ont pas d'argent...(S. G.).

Les produits, ceux qu'on a prescrits quand j'étais sur le lit d'accouchement, on a acheté avant que ceux qu'on a prescrit que je vais maintenant acheter. Je n'ai pas pu acheter ça vite et une sage-femme est venue que je dois acheter que c'est nécessaire pour ma santé et quand mon mari est venu, il a apporté de l'argent et on a acheté (Mme V., parturiente).

Les personnels sont au courant, bien évidemment, de ces dysfonctionnements qu'ils vivent au jour le jour.

(...) et puis vraiment, certains qui arrivent démunis, qui auraient peut-être dépensé tout ce qu'elles ont dans les maisons d'accouchement, cliniques, et puis qui débarquent au CHU sans un sous. Et nécessairement ils doivent payer le kit avant d'être opéré. Et parfois, on sait que s'ils n'ont pas les moyens ça traîne, ça traîne ... Parfois on leur fait un décès fatal avant qu'ils puissent réunir les 60 000 Cfa (Sage-femme).

Simplement aucune solution « institutionnelle » régulière et standardisée n'est pour l'instant envisagée et n'est peut-être « envisageable ».

Nous sommes impuissantes devant ces cas [de pauvreté]. Parfois on les envoie aux affaires sociales et si elles aussi peuvent prendre en charge la moitié, ou bien si le mari travaille quelque part, il donne son attestation de service qu'il présente à la caisse voir si on peut les servir... Ou bien il y a les internes de garde, les DES de garde qui appellent le surveillant général ou le directeur, l'économiste, parfois même la directrice pour dire que nous avons un problème. On nous donne quelques solutés, quelques médicaments, l'équipe de garde aussi parfois finance. On va leur donner de l'argent pour aller acheter les médicaments, ou bien si on a quelques médicaments à portée de la main, on leur donne comme ça, pour sauver la femme. (...) Dans l'urgence, c'est difficile... (...) On attend l'arrivée des parents qui reviennent le plus souvent tardivement et certaines meurent avant leur retour (Sage-femme).

Tout ceci conduit à une impossible gestion de l'urgence

Quand j'étais enceinte, c'est au centre communautaire de T. que j'ai fait les consultations prénatales. Mais quand je voulais accoucher, je suis allée au centre de santé du quartier des E. (...) Quand j'ai voulu accoucher, le premier bébé qui veut sortir c'est « siège ». On m'a demandé de l'échographie ici au centre de T., mais comme c'était vendredi, mon mari a dit que c'était lundi qu'on allait la faire. Et c'est samedi que j'ai accouché.

Quand elles vont vues que c'était « siège », elles ont dit qu'elles ne pouvaient pas m'accoucher parce que mon ventre est volumineux et que comme je n'ai pas apporté d'échographie, elles ne savent pas comment est le bébé dans le ventre. Donc, elles nous ont envoyé à T. Quand on est allée à T. jusqu'à ce qu'on arrive l'en-

fant, un jumelle, depuis le centre de santé venait avec les pieds et on l'a repoussée dedans.

Maintenant quand on est allée à T. jusqu'à ce qu'on arrive, le bébé était en train de sortir. C'est le pied qu'elle a sorti et on a appelé les sages-femmes. Le premier bébé est sorti dans la voiture (...) On m'a dû de venir et qu'on va aller à la salle d'accouchement. Mais je ne peux plus marcher (...) et on m'a accouché dans la voiture...(Entretien à domicile, Mme V.).

Quand j'étais là-bas, une femme a accouché, elle était sur le lit, on a appelé son mari et ses enfants pour leur dire : « allez prendre de l'argent, allez chercher 100 000 Cfa, parce qu'on va opérer votre maman, la grossesse est rentrée dans sa chaire [GEU], si vous ne faites pas vite, votre mère va mourir ». Ils ont couru rapidement et ils ont amené 5 000 Cfa. Les sages-femmes se sont mises à rire : « qu'est ce que 5 000 Cfa va faire ! ».

Finally the woman is dead. They did not operate on the woman. They did not even make a file... (Maman D., coiffeuse).

Dans ce domaine obstétrical, il s'agit, bien sûr, toujours d'achats en urgence. Et l'économie y est donc particulièrement cruelle. Soulignons cependant que ces situations s'observent aussi lors d'épisodes médicaux qui auraient, sans doute, pu être « banals ». Nous ne prendrons qu'un exemple à partir de la retranscription du dossier médical d'une patiente :

Sur sa feuille de soin, sur la courbe de température, il est écrit : « pas de thermomètre ».

Arrivée le 26 avril pour péritonite post abortum

01 mai : « sensibiliser les parents pour achat du kit de laparotomie »

État clinique inchangé, ordonnance non honorée depuis 48h.

08 mai : État clinique inchangé, parents à la recherche de sang, l'ordonnance n'a pas été honorée. CAT ordonnance faite pour la direction.

19 mai : Suppuration pariétale avec éviscération.

21 mai : État clinique inchangé. Amaigrissement progressif. La patiente refuse de s'alimenter normalement.

24 mai : "État clinique inchangé. Une fistule digestive avec issue des fèces dans la plaie opératoire.

N. B. L'antibiothérapie n'a pas été honorée depuis 4 jours.

01 juin : ...au total: suite opératoire très compliquées chez cette patiente ayant subi une péritonite post abortum.

06 juin : Patiente rejette l'alimentation et les médicaments. Suppuration de la plaie opératoire. Œdème des membres inférieurs.

07 juillet : Post opératoire d'une laparotomie pour péritonite. Honorer le reste des ordonnances.

14 juillet : À transférer en gynécologie pour une meilleure prise en charge.

16 juillet : Patiente absente au cours de la visite. Pas de température, pas de thermomètre.

Parcours de douleur et d'attente ; et ces dimensions économiques touchent aussi au suivi des soins ou même à l'obtention de ces soins. Avec souvent des « calculs » où l'humain est tragiquement mesuré à ses possibilités économiques.

Le problème aussi, c'est quand l'enfant ne vit pas. Si les enfants vivent, donc le mari achète les médicaments. Si les enfants ne vivent pas, les maris n'acceptent pas d'acheter les médicaments. Des fois on essaie de demander partout pour réunir un peu d'argent et les sauver, des fois on demande au délégué médical pour aider les femmes surtout quand il faut reprendre la suture... Des fois, on est obligé de faire l'hystérectomie et quand ils n'ont pas la possibilité... (Sages-femmes, suites de couches)

On ne peut garder les femmes éternellement sans soins. Par exemple, il y avait une femme qui était restée dans notre salle... Chaque matin, on accueillait l'interne titulaire. Il allait à la pharmacie pour emprunter du sang. On lui avait trouvé deux sachets de sang, la plaie était ouverte. Le vendredi, on a suturé, elle est rentrée comme ça, avec tout ça... (Sages-femmes, suites de couches).

Tout ça là, ce sont des carnets qu'elles doivent venir chercher 2 semaines après pour les suites post-opératoires, le contrôle. Mais elles ne reviennent pas. Il y en a une là-bas, 4 ans ! C'est parce qu'elle a des problèmes qu'elle est revenue (...). Il y a une qui avait fait une Grossesse Extra Utérine (GEU). Elle est rentrée et elle n'est pas revenue chercher le carnet. Maintenant elle a pris un nouveau (...). Comme elle n'avait pas payé les 4 000 Cfa, maintenant elle est obligée de payer les 40 000 Cfa avant de prendre son carnet (Sages-femmes, suites de couches).

(5) Le travail de prévention est insuffisant : rien n'est analysé du point de vue de la compréhension des femmes et de leurs familles, ni plus encore, des possibilités d'agir préventivement (réguler les naissances) pour les femmes

Le staff est surtout « centré » sur les accouchements dystociques et les césariennes. Et, pour cela, la lecture des dossiers est souvent close par une formule quasi « rituelle » : « son pronostic est celui d'un utérus cicatriciel. Elle devra observer un intervalle inter-génésique de trois ans »...

Cette prévention est indispensable et pourrait empêcher de nombreuses douleurs à venir. Mais, pour comprendre l'efficacité de cette proposition, il est indispensable de se situer du point de vue du « récepteur du message » ; de comprendre à la fois comment ils interprètent les gestes et les propos sanitaires et savoir aussi comment ces différents actes médicaux prennent place dans des conceptions populaires qui leur servent de « matrices de sens », de systèmes interprétatifs. Il peut s'agir de « simples » problèmes de linguistiques, d'appréhension du code de l'autre d'où l'importance de s'interroger sur ses manières de nommer et de ressentir « ses troubles ».

Nous ne pouvons ici que jeter les bases d'un futur travail d'amélioration du dialogue entre les soignants et les soignés dans le service. Et pour cela, prenons, une nouvelle fois, quelques exemples. Certains évoquent les difficultés financières.

J'avais des maux de ventre terribles. Je ne comprenais rien et j'ai décidé de venir. Quand je suis arrivée, après analyse et « attouchement », le docteur m'a dit que c'était une GEU. Je n'y ai pas cru parce que je continuais à avoir normalement mes menstrues. Et on a décidé de m'opérer. Il faut alors un kit de 60 000 Cfa. Or nous n'avons seulement que 50 000 Cfa. Il faut courir pour aller chercher de l'argent. C'est ma petite sœur qui a fait tout cela (Mme B. G. Patiente maternité).

D'autres tissent leurs imaginaires dans les bribes des énoncés médicaux.

Question : Pourquoi a-t-elle été césarisée ?

Réponse: Comme depuis la première fois, on lui a fait ce truc là, je crois qu'elle n'a pas de bassin... Ça fait trois fois qu'on lui fait ça... (« Accompagnante » de Mme T. G. césarisée)

Il paraît qu'il n'y a pas assez de liquide dans les poches des eaux. Les poches se sont rompues et ils ont laissé couler l'eau qui devait permettre à l'enfant de sortir sans difficultés (A. R., femme césarisée).

Les problèmes de « tension » :

Il y a un docteur ici qui la suit. Ça fait quatre semaines, elle a été malade. Après la maladie, on nous a hospitalisé, on a fait une semaine ici et puis maintenant ses pieds se sont mis à gonfler et on a dit que c'était la grossesse...L'enfant n'est pas à terme. Il est venu comme ça et puis on lui a sauvé la vie. (...) La tension monte de temps en temps pour la maman. C'est hier qu'elle devait le rejoindre et c'était à 19. Ce matin, ça n'a pas diminué.

Elle était venue samedi, on a dit qu'on va la garder jusqu'à ce qu'elle accouche normalement, mais vu la tension de l'enfant, on disait que l'enfant ne respirait pas bien. On a voulu sauver l'enfant (accompagnante de Mme T. G. césarisée).

Une menace d'éclampsie :

Les docteurs m'ont dit que je m'énerve trop. Et moi-même je sais que c'est cela, parce que mon mari m'énerve trop (Mme D., éclampsie césarisée).

En fait, il y a, non seulement, un lexique particulier mais, il faut surtout s'interroger, si l'on souhaite dialoguer avec les parturientes et, analyser ce qu'elles peuvent comprendre des soins. Et les médecins oublient trop souvent que dans ce domaine et, ne serait-ce que pour situer l'aménorrhée, ils ont besoin de « communiquer » avec les femmes. Ils ont donc besoin de faire référence à un « savoir corporel » des femmes, à la manière dont elles vont, par des mots, exprimer un certain rapport à leur corps. Mais, en fait, « l'affaire est souvent vite résolue » puisqu'en fait rien n'est véritablement dit aux patientes, et rien n'est, non plus, sérieusement expliqué aux maris.

Ici encore, il ne s'agit pas de critiquer abusivement. Ces aspects langagiers ne sont pas enseignés dans les écoles médicales et paramédicales. Dès lors, la pratique de soins ne les inclut pas.

Outre ces aspects linguistiques, il s'agit aussi de comprendre les contraintes sociales de ses interlocuteurs et de leurs choix affectifs. Et l'on peut ainsi s'interroger pour savoir comment se pose la question d'une nouvelle grossesse pour une femme qui a été césarisée mais dont l'enfant est mort né.

Question : Après combien de temps tu pourras concevoir ?

Réponse : On dit souvent deux ans, trois ans... Moi je vais refaire un enfant après deux ans (T. R. Césarisée enfant mort).

(6) La dimension affective de l'accouchement - mort maternelle, mort fœtale, mort de l'enfant, inquiétude envers l'enfant – n'est pas prise en compte

En fait lorsque l'on aborde cette question, il s'agit essentiellement pour les personnels d'évoquer l'annonce du décès.

En cas de décès, on essaie d'approcher les parents pour leur dire. On appelle le mari ou bien l'accompagnant et on lui dit que ça c'est mal passé, on les accom-

pagne à la morgue et on prend le corps. Il y a des pleurs. Parfois c'est la sage-femme qui dit, parfois c'est le médecin (S.-F.).

Pourtant, c'est bien l'ensemble des actes de soins qui conjugue ces dimensions affectives et techniques. Prenons simplement quelques exemples, et notamment observons comment s'établissent les interactions entre soignants et femmes lors d'une garde « ordinaire ».

Trois tables sont occupées.

La première, il s'agit d'un problème de rétention placentaire après un accouchement normal.

Sage-femme demande le nom de la femme, comme personne ne répond, elle demande à la femme elle-même son nom.

Sage-femme fait une injection « violemment », en tout cas sans aucune parole.

Sage-femme appuie sur le ventre, la parturiente gémit.

Médecin s'adresse à la sage-femme : « tu as fait le valium® et le buscopan® ? »

16h 55 Le médecin tente de décoller le placenta, échec.

17h 10 retour de la sage-femme qui appuie de nouveau sur le ventre. La sage femme seule tente l'extraction du placenta, la parturiente crie, beaucoup de douleur. Elle réussit à extraire le placenta.

17h 15 Sage-femme place une sonde

Elle fait une ordonnance pour l'accompagnante, lui tend sans lui adresser la parole.

On veut lui faire une injection, la seringue tombe par terre, elle est utilisée malgré tout.

L'aiguille et la seringue sont jetées dans le sac pour les objets « mous » et pas dans la bouteille pour objets tranchants.

Les conduites médicales et « l'affectif » sont ici mêlés. Mais ces dimensions affectives de l'accouchement viennent aussi « bousculer » certains « découpages » techniques. En effet, si l'on se place du point de vue des distinctions des disciplines médicales, il est légitime de distinguer entre l'obstétrique et la pédiatrie. Mais pour ce qui concerne la qualité des soins ressentis, il est important de « penser » le lien affectif entre la mère et l'enfant (voire avec le père ?). Et pourtant ...

Heureusement, comme l'enfant est là, je suis entrain de prier, je ne sais pas comment ça va aller. Ce matin, la matrone est venue. Elle me disait de bien prier, que l'enfant est là, mais il est fatigué, un peu souffrant, qu'ils ne comprennent pas pourquoi ... mais qu'il a avalé beaucoup d'eau. Donc de prier qu'ils sont en train de le traiter normalement pour voir quel sera le résultat. (...)

C'est le cas seulement de mon enfant que je suis entrain de penser. Parce que depuis là, je ne l'ai pas encore vu. C'est les médecins qui viennent me dire ceci, cela, moi-même je ne l'ai pas encore vu (Mme G. césarisée avec enfant).

Et à l'évidence, la question de ces liens « émotionnels » devrait être central dans la mise en place d'une éthique de la relation entre les sages-femmes et les parturientes.

Quand je m'intéresse aux femmes et qu'elles s'intéressent à moi, je sens un soulagement. Quand je m'intéresse aux femmes, c'est un plaisir de rester à leur côté. Ce que j'ai constaté, c'est que quand tu restes à côté d'une femme que tu ne connais pas et que tu l'intéresses à cette personne, on te pose la question de savoir si c'est un parent ? Ça ne devrait pas être comme ça... (...) J'ai compris que nous ne nous intéressions pas à nos femmes... J'ai toujours dit aux élèves sages-femmes que quand vous êtes à côté d'une femme, vous devez la prendre comme votre sœur et comme ça, elle a confiance en vous et tout ce qu'elle a, elle va vous le dire... (Sage-femme).

Le cas des enfants mort-nés met encore plus en exergue ce besoin de proximité affective ressentie par les femmes concernées.

... Il faut rester à côté de celle-là aussi, bien que c'est un mort-né et que ça fait mal. Il est vrai que c'est insupportable quand l'odeur tombe, mais nous sommes obligées de rester à côté de celle qui va expulser pour l'encourager . (...) Je ne sais pas si c'est la crise, avant on mesurait, on faisait même la toilette au mort-né. On prenait les mesures... maintenant, tu vois, on dépose. Il arrive à certaines sages-femmes de crier parce que la femme pleure. C'est normal, elle a perdu ce qu'elle croyait avoir, c'est dur. Il faut se mettre à sa place, même si elle est multipare nous ne savons pas comment elle a supporté cette grossesse jusqu'à la fin.

Il nous manque quelque chose et je me dis que c'est peut-être la formation qu'on n'a pas eu, ou bien c'est le lieu qui agit sur nous (Sage-femme).

On ne saurait mieux dire.

(7) La qualité des soins « ressentie » et ces formes d'organisation font que l'accès aux soins est construit sur une « confiance » personnalisée

Améliorer la qualité des soins revient aussi à transférer le lieu où l'on accorde sa confiance. Et il importe alors de s'interroger sur la qualité des soins ressentis.

Selon les situations, un même processus de « confiage » peut être utile, ou conduire à la mort. C'est pourquoi cette manière d'accorder sa confiance, non en un système expert qui garanti une prise en charge standardisée mais en une « personne » individuellement choisie est un processus qui parce qu'il est aléatoire peut être considéré comme étant à risque.

J'ai fait des consultations prénatales dans un centre médico-social (...). J'étais à terme, je suis allé là-bas, mais eux disaient que non, que je n'étais pas à terme, que peut être je n'avais pas bien compté.

On m'a prescrit des médicaments comme le col n'arrive pas à s'ouvrir. J'ai utilisé, mais moi-même j'avais bien compté.

Avant une semaine de mon opération, j'avais mal au ventre. J'étais encore partie là-bas. Ils me disaient que le col n'était pas bien mou, que ce n'était pas bien ouvert. Alors on m'a dit de retourner à la maison.

C'était dans la semaine.

Il y a une dame dans notre maison, elle m'a dit qu'elle connaît une sage-femme ici, de venir la voir et de lui expliquer le cas.

Quand cette dame m'a vue et m'a touchée, elle m'a posée des questions et je lui ai expliqué.

Elle m'a dit de ne plus repartir à la maison, que la façon dont elle a vu mon ventre de ne plus repartir et d'aller faire une échographie.

La nuit là on était venu vers 19h., donc on était parti chez le Dr. V.. Il m'a fait une échographie, effectivement, le docteur m'a dit vraiment que l'enfant est déjà fatigué, il voulait sortir, de se presser, sinon, dans trois heures de temps, l'enfant ne pourra pas être récupéré. Donc de repartir à l'hôpital. C'est de là qu'on était venu, on a expliqué tout et le docteur a dit de faire immédiatement la césarienne. (...)

Les médecins ne m'ont pas encore expliqué. À un moment ils me disaient que l'enfant est lent, qu'il a beaucoup souffert pour sortir, qu'il a besoin d'être réanimé.

C'est de l'autre côté qu'ils ont fait l'erreur ! Non ! Chaque fois, j'allais là-bas, la sage-femme qui me suivait, qui me touchait disait que vraiment le col est dur, qu'elle aussi n'arrive pas à comprendre le pourquoi ... (...)

La sage-femme qui m'a dit de venir ici, n'était pas là, elle était descendue de garde. Elle m'a confiée, elle a tout dit au docteur avant de partir à la maison... (Mme G., accouchée, césarisée avec enfant vivant mais faible).

Nous nous limiterons ici à cet exemple de la construction du risque par une catégorie fluide comme celle de la confiance. Peu prise en compte, cette catégorie vient à la fois expliquer bien des difficultés de prise en charge des patientes, l'usage de « recours dangereux ». De même, bien des dysfonctionnements internes au service résultent de ce processus socio affectif, puisque le lien thérapeutique avec la patiente est construit de manière individuelle (ou par un réseau individuel) et non sur une prise en charge standardisée et institutionnelle.

ON NE SAIT PAS SI C'EST LA VIE OU LA MORT QUI VA S'EN SUIVRE

LES SERVICES DE SANTÉ DE B.

YVELINE DIALLO ¹

POUR essayer de comprendre, d'un point de vue socio-anthropologique, les causes de la mortalité maternelle lors des accouchements dans les structures hospitalières de référence, nous avons étudié le service de Gynécologie-Obstétrique d'un hôpital et une maternité d'un Centre Médical Communal (CMC). Nous nous sommes également intéressés aux trajectoires des parturientes.

Nous avons procédé à des observations dans ces sites sanitaires et à des entretiens avec les différentes catégories du personnel travaillant dans les structures de santé, de référence et périphériques, avec les gestantes, parturientes et leurs accompagnateurs.

¹Anthropologue, IRD UR 002

Nous nous sommes également rendus au domicile de quelques familles. Nous avons suivi le parcours de parturientes référées du CMC à l'hôpital national. Nous avons aussi « remonté » la trajectoire de patientes hospitalisées au CMC et à l'hôpital jusqu'à la maison d'accouchement où elles avaient été reçues en premier lieu.

Les maternités de référence

Dans le pays où nous nous trouvons, les structures publiques de santé sont hiérarchisées. À la base se trouvent des postes de santé et des centres de soins primaires de santé, au-dessus les Centres Médicaux Communaux (CMC) et, pour couronner la pyramide, deux hôpitaux nationaux. Des accouchements sans complication sont pris en charge par les centres de santé.

Le CMC de B. assure - avec deux autres CMC - le premier recours de référence. Ces CMC offrent les mêmes premiers soins que des centres de santé mais aussi des consultations de référence et des prestations hospitalières : chirurgie, gynéco-obstétrique, radiologie et examens de laboratoire. Ainsi le CMC de B. procède aux accouchements sans complication et effectue également des césariennes.

Les deux hôpitaux nationaux fournissent des prestations aux trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire. Ils comportent chacun un service de référence de deuxième recours en gynéco-obstétrique. Par exemple, le service de gynécologie obstétrique de l'un de ces hôpitaux effectue les accouchements par voie basse mais aussi les opérations qu'exigent les urgences obstétricales.

À côté des consultations et des accouchements dans les structures publiques existent des consultations privées et des accouchements au domicile des soignants, dans des cabinets de soins, des cliniques privées et des centres de santé associatifs ou confessionnels (dont les plus importants sont intégrés au programme national des soins de santé primaires).

Les centres privés présentent une grande diversité depuis des cliniques de très bon niveau procédant aux opérations chirurgicales en gynécologie obstétrique jusqu'à des cabinets de soins médiocres

n'effectuant que très peu d'accouchements. Certaines structures privées ont obtenu l'agrément du Ministère de la Santé publique. D'autres sont plus ou moins « officieuses » car plus ou moins connues de la Direction régionale de la santé de la ville.

De fait, ces structures de santé ne peuvent être analysées que si l'observateur restitue le réseau relationnel mouvant dans lequel elles s'insèrent et qui correspond à l'imbrication des réseaux relationnels de chaque membre du personnel depuis le chef de service jusqu'au garçon de salle. Ces réseaux impliquent aussi des membres du Ministère de la santé, des soignants qui exercent à leur domicile, dans des centres de santé publics, privés, associatifs ou confessionnels, dans des cliniques privées, dans des CMC, à l'hôpital et dans des structures de santé à l'intérieur du pays. Les soignants du public travaillent ponctuellement ou régulièrement dans des structures privées et des soignants du privé interviennent dans les structures publiques, par exemple pour y effectuer des accouchements.

La répartition des locaux du service de Gynécologie-obstétrique de C et de la maternité du CMC de B.

Le service de gynécologie-Obstétrique de B se déploie au rez-de-chaussée et à l'étage.

Dès que le visiteur franchit la porte d'entrée principale où une matrone filtre les entrées, un long couloir se présente devant lui. Tout de suite, à gauche, se trouve le bureau des médecins CES¹ avec trois tables : une par promotion. On accède ensuite à l'unité chirurgicale avec le bloc opératoire, la salle de réveil climatisée, la salle de surveillance, le bureau des médecins et des anesthésistes, la pièce où le garçon de salle stérilise le linge². Si l'on continue de longer le couloir, on arrive à la maternité avec une salle d'accouchement de quatre

¹ Nous appelons « médecins CES » ou « CES », les médecins qui préparent le Certificat d'Études Spécialisées en Gynécologie- Obstétrique. Dans le Service, ils sont appelés également CES.

² Une machine à laver et un sèche-linge devraient permettre de laver le linge sur place. Lors de notre mission, ces appareils n'étaient pas fonctionnels, le garçon de salle faisait laver le linge à la buanderie centrale de l'hôpital où se trouvent également quatre stérilisateurs et le récupérait pour le stériliser au bloc du service de gynécologie et d'obstétrique dans un autoclave à 170 ° pendant deux heures.

boxes, une salle de travail de trois lits et, en face, la salle de garde des sages-femmes, la salle néonatale non fonctionnelle depuis deux ans et la salle de récupération avec ses deux lits.

En quittant la maternité, le visiteur atteint les bureaux des médecins, dont celui du chef de service, les quatre salles de « suites de césariennes », soient au total 23 lits, les WC des soignants et ceux des parturientes et des accompagnants (deux WC et deux douches). À partir du couloir, le visiteur gagne l'étage par un escalier.

À l'arrière du bâtiment, une autre entrée à partir de la rue permet d'accéder plus directement à l'escalier et à l'étage. Le visiteur trouve le bureau de la surveillante générale, ceux des médecins, les salles d'obstétrique pathologique E et F, soit dix lits et les salles A, B, C de gynécologie, soit onze lits, les cabines I, II, III, la salle de staff, les WC du personnel et ceux des hospitalisées et des accompagnants (deux WC, deux douches). Dans la salle C et dans les cabines II (deux lits) et III (trois lits) des rideaux isolent les lits. Les cabines ont été récemment climatisées.

La maternité du CMC de B. est située à l'étage. Au rez-de-chaussée se trouvent les services de soins de santé primaires dont le SMI (Service Maternel et Infantile qui assure les consultations prénatales - CPN -), les consultations curatives, le laboratoire d'analyses mais aussi le service de radiologie et d'écographie et le bureau du directeur.

Lorsque le visiteur monte à l'étage, il débouche sur un vaste hall et une terrasse. Au centre du hall, trône une table autour de laquelle sont assis les médecins stagiaires qui prescrivent ou parlent entre eux ; les sages-femmes qui remplissent le registre des accouchements. Les patientes et leurs accompagnants attendent assis sur des bancs alignés sur la terrasse. À gauche, se trouve la maternité avec deux salles d'accouchement. Sur le hall, ouvrent les deux salles d'hospitalisation, soit huit lits, consacrés à la maternité, la salle d'hospitalisation de médecine générale, le bureau du chef de service et des médecins, le bureau des sages-femmes. À droite, une salle de consultation comporte deux lits dissimulés par des paravents qui permettent la consultation simultanée de deux médecins dans un espace assez étroit. Le visiteur arrive au niveau du bloc opératoire, commun à la

gynécologie et à la médecine générale, puis à une salle des chirurgiens de médecine générale et à la salle des anesthésistes.

À certaines heures d'affluence, les locaux semblent exigus. Pour ne prendre qu'un exemple, voici la situation à 10 heures 30 un lundi du mois de mars. Les trois lits de la première salle d'accouchement sont occupés. Neuf femmes, sages-femmes, matrones, visiteuses du corps médical, s'entassent dans cette salle pendant qu'une des parturientes est entrain d'accoucher. Plusieurs médecins stagiaires prescrivent des traitements sur la table du hall. Quatorze femmes attendent sur la terrasse leur tour de consultation par le chef de service. Une dizaine d'autres femmes patientent assises sur un banc devant la porte du bureau de consultation des médecins. Les stagiaires qui reçoivent leurs patientes dans le hall les examinent, si cela est nécessaire, dans la deuxième salle d'accouchement ou dans une salle d'hospitalisation selon le lieu disponible.

La gestion des maternités de J. et du CMC de B.

Ces hôpitaux ont une autonomie de gestion. Sur les recettes de la maternité de J. la moitié revient à la direction de l'hôpital et l'autre moitié est restituée au Service de gynécologie obstétrique pour faire face aux dépenses. La gestion du Service est assurée par le chef du Service assisté de la surveillante générale appelée aussi sage-femme maîtresse.

Avec les 50 % restitués au service de gynécologie obstétrique, le Service fait face à des dépenses de fonctionnement comme les produits d'entretien mais aussi aux primes versées au personnel d'entretien qui n'est pas salarié.

Les soins sont gratuits pour le soignant et sa famille « immédiate » (le père, la mère et les enfants) et sont réduits de moitié pour les membres de la famille proche. Selon les déclarations officielles, les « passe-droits ont été revus à la baisse » car il y avait auparavant des abus :

Auparavant, les oncles, tantes, voisins du personnel étaient pris en charge gratuitement. (Chef de service)

À l'entrée du CMC de B., une pancarte indique les prix officiels. L'accouchement normal est de 1 200 Cfa, le partogramme est

facturé 150 Cfa ainsi que la déclaration de naissance. La césarienne revient à 12 000 Cfa dont 7 000 Cfa pour le kit chirurgical, 4 000 Cfa pour la césarienne proprement dite et 1 000 Cfa pour le lit d'hospitalisation.

Mais, en fait, les prix officiels sont plus élevés. Ils sont négociés entre les familles des parturientes et la sage-femme ou le médecin et ils sont très variables.

Ainsi, un accouchement par voie basse à la maternité de J. a été tarifé jusqu'à 250 000 Cfa par un médecin qui, d'ailleurs, n'a pas fait l'accouchement lui-même mais a confié la parturiente à une sage-femme. D'après les déclarations des familles, une césarienne coûte environ 60 000 Cfa.

Le bénéfice de la structure publique entre ainsi, et fréquemment sans doute, en concurrence avec le profit privé du soignant. Un médecin stagiaire du CMC exprime cela clairement :

J'exige que l'on paye le droit de l'hôpital. Si la femme (la parturiente) me donne quelque chose en plus, tant mieux. Des amis me reprochent cela. D'autres demandent le surplus. Il vaut mieux laisser les gens avec leur conscience. D'abord, si on paye les droits de l'hôpital, c'est une bonne chose. Si l'argent est utilisé comme cela se doit, cela contribue à améliorer les conditions de travail ; donc moi, je pense que c'est beaucoup pour moi. Il est formellement interdit d'escroquer les patientes.

Mais beaucoup de soignants ne semblent pas raisonner ainsi et ne se soucient pas du manque à gagner de la structure publique.

Soulignons cependant que les prix officiels des structures publiques, même s'ils sont le double ou plus des barèmes officiels, sont nettement moins élevés que dans les tarifs officiels des cliniques privées les plus cotées où un accouchement avec une prise en charge plus longue et plus complète de l'accouchée revient à 50 000 Cfa et une césarienne de 150 000 Cfa à 500 000 Cfa.

La « privatisation » par les soignants des structures publiques

De même que cohabitent un tarif officiel et un tarif officieux, il existe un double fonctionnement de l'hôpital : le fonctionnement

officiel et le fonctionnement officieux. Chaque soignant cherche à se constituer sa clientèle privée au sein de la structure publique.

L'établissement public se présente souvent comme le lieu où se prolongent les soins que le soignant pratique à son domicile, son cabinet ou sa clinique. Si la parturiente préfère accoucher à l'hôpital ou s'il est nécessaire de l'opérer, la matrone, l'infirmière ou le médecin l'envoie à la maternité de l'hôpital. Ils procèdent eux-mêmes à l'acte ou confient la patiente à un collègue. Les analyses médicales, les échographies se feront dans la structure. Les soignants se servent de la structure publique pour compléter et poursuivre la prise en charge de leur clientèle privée.

L'enquêteur : Vous n'intervenez que sur des femmes que vous connaissez déjà ?

Un médecin du CMC : Oui. Parfois je peux être recommandée. Une femme que je ne connais pas peut venir me voir à travers mes connaissances ou parce qu'elle a entendu parler de moi.

Cette pratique est courante et les familles, elles-mêmes, vont jusqu'à solliciter directement le médecin de l'hôpital à son domicile ou à sa clinique.

Le mari de Tenen raconte : « J'ai pris un déplacement pour aller chercher Dr D jusqu'à sa clinique privée. Je l'ai prié pour venir opérer ma femme. Je lui ai dit que j'ai acheté tous les produits. Il m'a répondu d'accord. Il m'a donné une note à remettre à un certain Y. Après il est venu vers 22 heures et il a opéré ma femme (à l'hôpital). »

Ce comportement illustre la défiance que les malades et leurs familles ressentent vis-à-vis du fonctionnement anonyme du service public et leur besoin de personnaliser les relations pour espérer une prise en charge correcte.

D'un côté, ce fonctionnement personnalisé draine des clientes vers la structure publique et augmente les recettes, mais de l'autre, il constitue un manque à gagner car la plus grande partie de l'argent versé par les familles ne profite pas à la structure publique mais aux soignants.

L'équipement et le matériel

Globalement, le déficit en équipement et la privatisation de la structure publique se renforcent mutuellement.

Le matériel est défectueux et insuffisant

D'après les soignants du service de Gynécologie-Obstétrique de J., le matériel collectif est insuffisant et souvent défectueux. Et à cela s'ajoutent les coupures d'électricité et d'eau.

Par exemple, il n'y a pas de moniteur cardiaque, pas d'appareil d'échographie, pas de doppler, pas assez de tensiomètres et de thermomètres. L'équipement de l'Unité crèche, néonatalogie est en panne depuis deux ans. Dans les salles d'hospitalisation pour les suites de césarienne, les nouveaux-nés n'ont pas de berceaux et partagent avec leur mère un lit étroit.

On n'a pas de matériel (ciseaux, pinces). Le peu qui est là n'est pas de bonne qualité... Au bloc opératoire, on manque de lumière, d'aspirateur (Un médecin titulaire de l'hôpital).

Il n'y a pas d'oxygène dans les salles d'accouchement (Une sage-femme de l'hôpital).

Il n'y a qu'un seul tensiomètre pour tout le service de gynécologie et deux thermomètres (Une infirmière de l'hôpital).

Les consommables sont parfois en rupture. Les kits pour les césariennes peuvent être incomplets. Il manque parfois du fil de suture, de la bêtaïne, des cathéters ou des gants stériles... La direction de l'hôpital fournit la maternité en produits anesthésiques mais de manière insuffisante. Le matériel défectueux n'est pas réparé, le petit matériel est perdu ou volé.

Je mets ma boîte dans le bureau sinon vous la perdez en moins d'un mois... Il y a du vol de matériel, même les garçons peuvent voler pour aller revendre ailleurs (Un médecin de l'hôpital).

Nous n'avons qu'une boîte de laryngoscope pour l'intubation. On en avait deux, ils en ont volé une (Un anesthésiste de l'hôpital).

Le nouveau chef de service s'est efforcé d'améliorer l'approvisionnement en petit matériel, d'augmenter le nombre de boîtes d'accouchement et de veiller, lors du passage d'une équipe à une autre, à la transmission du matériel.

La situation au niveau du CMC B. est encore plus préoccupante puisqu'il cumule un déficit d'équipement mais aussi une carence dans la maintenance.

Les coupures d'électricité y sont fréquentes. Les sources d'énergie complémentaires - un groupe électrogène récent, des panneaux solaires pour les salles d'accouchement et le bloc opératoire - étaient non fonctionnelles lors de notre mission.

Les coupures d'électricité obligent à référer à une autre maternité des parturientes qui doivent être opérées d'urgence. Une coupure d'électricité peut se produire lorsqu'une opération est en cours. D'après le « maintenancier »¹ d'un autre CMC, le dépannage n'a lieu que lorsque des subventions sont versées, les recettes propres du CMC ne pouvant assurer les dépannages. Quand il n'y a pas de courant électrique au CMC de B., le petit stérilisateur du premier étage qui sert à stériliser le linge et les instruments chirurgicaux est descendu au rez-de-chaussée où un petit groupe électrogène est mis en marche.

Il n'y a pas de climatiseur au bloc opératoire ni de ventilateurs dans les salles d'hospitalisation. La chaleur y est parfois étouffante.

L'eau courante n'alimente pas les salles d'accouchement ni le bloc opératoire une bonne partie de l'année. Il n'y aurait de l'eau à la maternité qu'à la saison des pluies. Le reste de l'année, l'eau de la ville n'arrive que le soir. Elle est pompée de 18 heures à 6 heures du matin et stockée dans un bassin dans la cour où le garçon de salle et les matrones la puisent et la montent à l'étage dans la journée. Les WC à l'étage sont fermés depuis un an par suite d'une fuite d'eau non réparée. La situation est difficile pour les femmes césariées qui ne peuvent descendre l'escalier pour accéder aux toilettes de la cour et même pour le personnel.

Voici l'opinion d'Adama, hospitalisée au CMC :

Il n'y a pas de toilettes (à l'étage). Il y a une seule toilette pour toutes les malades confondues (rez-de-chaussée) et cette toilette est inutilisable tellement c'est sale. C'est bouché, l'eau stagne. Si nous voulons faire nos besoins, nous avons toutes des pots après nous allons verser dans cette toilette remplie. Nous n'avons pas où nous laver. Depuis que je suis venue ici, c'est le sixième jour, ce n'est qu'aujourd'hui que je me suis lavée. Je me suis levée à cinq heures du matin pour me laver derrière la toilette. Il n'y a pas d'eau, pas de moustiquaires, les fenêtres ne ferment pas.

¹ Le mot de maintenancier est le terme en usage.

Lors des accouchements, le sang est recueilli dans un bassin sur lequel la femme accouche. La matrone le verse ensuite dans un seau et ira le vider au rez-de-chaussée dans un puits perdu. Le placenta est déposé dans un récipient apporté par la famille, il sera, le plus souvent, enterré dans la concession familiale.

Il manque des paires de ciseaux, des haricots. Les bistouris électriques, l'aspirateur, la lampe scalytique sont en panne.

D'après les médecins, les médicaments d'urgence, l'hémaccel¹, les produits anesthésiants, les antiseptiques, l'oxygène, les cathéters, les fils de suture sont souvent en rupture...

Les solutions trouvées pour pallier le manque de matériel

Les soignants se « débrouillent » pour avoir leur matériel personnel.

Chaque médecin, s'il veut bien opérer, doit avoir sa boîte (Un médecin de l'hôpital).

La plupart des médecins n'ont pas de tensiomètre. Il n'y a pas de ravitaillement en matériel. Si tu as un matériel, tu as acheté, si tu as une blouse, tu as achetée, on ne te donne rien à l'hôpital pour que tu puisses effectuer ton travail. Au cours des gardes, c'est le tensiomètre de la salle d'accouchement qu'on utilise pour les urgences. Si le tensiomètre n'est pas bon, c'est le tensiomètre des anesthésistes qu'on utilise. La majeure partie des anesthésistes a un tensiomètre, mais c'est eux qui achètent (Un médecin CES de l'hôpital).

Ne prête ton tensiomètre à personne même si on te dit que tu es méchant (Un médecin responsable d'Unité lors d'un staff à l'hôpital).

Chaque médecin a sa boîte chirurgicale. Au début, la boîte de l'hôpital existait mais elle a disparu depuis un certain temps. Depuis une année, la boîte chirurgicale de la maternité n'existe plus. Avant on renouvelait. Mais, comme ils ont vu que chacun a sa boîte, maintenant ils ont cessé. Le matériel se perdait, la responsabilité n'était pas située. Certains ont constitué leur propre boîte puis chacun a cherché pour lui. Chaque médecin cherche ses gants de consultation, les gants n'ont jamais été donnés par l'hôpital (Un médecin stagiaire du CMC).

Le matériel de la boîte de césarienne est perdu, rouillé, inutilisable. Chacun a sa boîte de césarienne, sa boîte d'accouchement. Nous payons tout ailleurs, dans la main des gens, on paie petit à petit. Il n'y a pas de boîte entièrement vendue. Les matériels sont très chers (Un médecin stagiaire du CMC).

¹ L'hémaccel est utilisé pour remplacer une transfusion sanguine ou en attendant une transfusion.

Mais ce n'est pas une solution suffisante car les soignants n'apportent pas toujours leur matériel de peur qu'il soit volé ou abîmé.

J'ai mon tensiomètre personnel que j'amène de temps en temps parce que je ne peux pas le passer pour une utilisation de tout le monde au risque de le gâter. Bien sûr, d'autres diront que c'est méchant quand tu ne leur prêtes pas et qu'ils le voient avec toi. Donc, mieux vaut le laisser à la maison (Un CES de l'hôpital).

Les soignants travaillent dans la structure publique avec leur matériel personnel essentiellement pour des interventions personnelles et planifiées. Le problème de matériel se pose de façon plus cruciale pour la prise en charge des urgences et des femmes sans relations.

Si la solution trouvée par le personnel pour remédier au manque de matériel est la privatisation des outils de travail, cette privatisation généralisée a pour conséquence que le matériel collectif n'est pas entretenu, ni renouvelé.

La débrouillardise est finalement le moyen pour pallier ces insuffisances. L'expression qui revient sur toutes les lèvres est : « on se débrouille ».

Des gants stériles font partie du kit, s'il n'y en a pas, c'est l'anesthésiste qui doit se débrouiller (Un médecin de l'hôpital).

Les moyens sont divers : acheter avec des marchands ambulants, s'arranger avec un collègue d'un autre service...

Des fois, on donne des kits incomplets, les sages-femmes se débrouillent avec les ambulants (Une pharmacienne de l'hôpital).

Si on a des ruptures de produits anesthésiants, je vais à la chirurgie, on me donne, on se rend service entre nous (Un anesthésiste de l'hôpital).

On peut avoir des amis qui voyagent souvent. S'ils vont dans des séminaires, on leur dit, faites tout pour nous envoyer ça ou ça. Il y en a qui sont gentils ; des fois, ils envoient. Certains cliniciens privés quand ils font la commande, on profite avec eux (Un médecin de l'hôpital).

Certains médecins récupèrent le surplus de médicaments achetés par la famille d'une parturiente précédemment opérée.

Lorsqu'il y a rupture de produits anesthésiants, on se débrouille, il peut arriver que les produits d'une malade qu'on a soignée reste, c'est avec cela que l'on se débrouille (Une anesthésiste du CMC).

Les délégués médicaux fournissent des gants et des médicaments en contrepartie de la promotion de leurs produits. Mais, comme le dit un anesthésiste de l'hôpital :

La débrouillardise ne doit pas continuer parce que dans la gestion d'un établissement, les gestionnaires doivent prendre ça en charge pour qu'il n'y ait pas de rupture ou que ces difficultés soient aplanies au niveau de l'hôpital. Parce que si on est praticien et gestionnaire à la fois, ça devient un peu difficile.

Les conséquences de la pénurie de matériel

Les soignants prennent des risques pour eux-mêmes.

Un vendredi, j'observe la biologiste de l'unité de transfusion sanguine de l'hôpital qui prend du sang avec une pipette, l'étale sur une lamelle de verre. Elle ne porte pas de gants : « Il y a rupture de gants. Je suis allée au marché N., je n'en ai pas trouvés... Je fais attention à ne pas être en contact avec le sang. Lundi, je passerai voir dans une pharmacie privée tout ce que je trouve, je paye, gants en vrac, gants stériles... »

La prise en charge des malades en pâtit. La pénurie met en jeu la vie de la mère et de l'enfant. Ainsi, dans l'unité de néonatalogie de la maternité de J., les couveuses sont en panne depuis deux ans, les nouveaux-nés en détresse sont évacués vers un service de nutrition spécialisé pour les enfants. Le chef du Service de gynécologie obstétrique de J. évalue à 80 % le risque de décès au cours de l'évacuation confiée à la famille. La situation n'est pas meilleure au CMC. Et globalement, la pénurie et ses conséquences sont aggravées par un manque de prévision et de coordination entre les services.

La prise en charge des urgences

Le kit d'urgence

Une pharmacienne, à la pharmacie centrale de l'hôpital, est chargée d'approvisionner en kits chirurgicaux le service de gynécologie obstétrique. Le kit comprend tout ce qu'il faut pour pratiquer une césarienne. Il est vendu 9 500 Cfa au Service qui le facture 12 000 Cfa aux familles. L'existence de ce kit permet une intervention rapide en cas de complication lors de l'accouchement car l'argent n'est récupéré auprès des familles qu'après l'opération.

Au CMC, le kit pour les césariennes coûte 8 000 Cfa. Il doit être acheté à la pharmacie de l'établissement. Mais en fait, ces kits ne sont pratiquement jamais disponibles.

Parfois, l'équipe constitue le kit pour l'intervention parce que avant, il y avait peut-être le kit ici mais à présent, il n'y en a pas. Nous nous arrangeons avec nos produits qu'on a mis de côté pour les urgences (Un médecin du CMC).

De même, à l'hôpital et au CMC, il existe des ruptures dans l'approvisionnement. Les kits sont inexistantes ou incomplets, ce qui retarde la prise en charge des urgences avec les risques encourus.

Quand il y a rupture de kit, nous-mêmes, nous payons les médicaments ou on fait une ordonnance à la famille qui va chercher. Elle va mettre du temps. Cela crée du stress (Un médecin titulaire du CMC).

Il nous faut des fils pour les sutures, des fils résorbables au plan profond et des fils non résorbables au plan superficiel. Les anesthésistes se battent « contre vents et marées » pour trouver ces fils (Un médecin stagiaire du CMC).

L'approvisionnement en sang

Dans l'enceinte de l'hôpital existe une Unité Hospitalière de Transfusion Sanguine qui effectue les analyses : recherche de groupe sanguin et taux d'hémoglobine.

Pour recevoir une poche de sang, la famille doit fournir deux donneurs « de compensation » et payer la somme de 2000 Cfa. Pour obtenir deux poches, il faut donc présenter quatre donneurs et 4000 Cfa. Le sang des donneurs est prélevé à l'U.H.T.S. puis est envoyé au Centre National de Transfusion Sanguine, ouvert jour et nuit et qui fournit l'Unité en sang sécurisé. Le sang prélevé a une durée de vie de 35 jours. Si l'accompagnant d'une parturiente doit se procurer une poche de sang, il s'adresse à l'Unité, si celle-ci n'a pas le groupe sanguin demandé, il va au Centre National de Transfusion Sanguine pour se procurer le sang. Le circuit est bien long...

Au CMC, le circuit est encore plus difficile car il n'existe pas d'unité de transfusion sanguine. Le parent de la malade doit se rendre directement au C.N.T.S.

Quand on a besoin de sang, on fait un prélèvement avec une note au Centre (C.N.T.S.), eux vont faire le test avant de nous apporter. Même si nous détermi-

nous le groupe, ils vont reprendre là-bas. C'est un parent de la malade qui y va et qui revient avec la poche. Si une femme se présente avec un tableau très urgent, on l'y réfère parce que l'on ne peut pas attendre le va et vient. Le jour, c'est facile d'en avoir mais pas la nuit. Les parents ne connaissent même pas où se trouve le centre de transfusion. Ils vont partir, on va les faire traîner. Avant que les gardiens ne se réveillent ou ne soient en forme pour faire le test, ça prend du temps. Si c'est une urgence, le mieux est de référer (Un médecin stagiaire du CMC).

L'approvisionnement en sang constitue un problème majeur pour la prise en charge des urgences et ce pour plusieurs raisons.

Il existe des ruptures dans l'approvisionnement en sang au C.N.T.S., notamment pendant les périodes de vacances scolaires car les collégiens, les lycéens (dont le poids excède 50 kg) sont les principaux pourvoyeurs des équipes mobiles qui se déplacent dans les établissements scolaires.

Les parturientes ayant des groupes sanguins dont le rhésus est négatif obtiennent difficilement l'approvisionnement en sang dont elles ont besoin. Le C.N.T.S. garde l'adresse des donneurs de rhésus négatif, mais la nuit, en cas d'urgence, il n'est pas facile de trouver ces personnes. Plusieurs décès par hémorragie d'accouchées ayant un rhésus négatif nous ont été signalés. Le temps de l'urgence se heurte au temps « humain » mais aussi administratif.

Le vendredi 5 mars 2004, dans le réfrigérateur de l'U.H.T.S., il n'y avait que six poches de sang A, B, AB (pas de poche de groupe O) pour tout l'hôpital. « La responsable a fait la commande hier, mais il n'y a pas de travail demain. Au C.N.T.S., il y a un gardien mais le personnel rentre le week-end. » (La biologiste de l'U.H.T.S).

Ici encore, il faut « se débrouiller », et en cas d'extrême urgence, la biologiste prélève dans les poches de sang qui lui ont été confiées pour les malades dont l'opération est programmée.

Les familles n'arrivent pas à faire face à ce qui est exigé. Les femmes âgées, qui souvent accompagnent la parturiente, ne peuvent subir un prélèvement de sang. D'autre part, certaines personnes éprouvent des réticences à donner leur sang qui, pour elles, est chargé de représentations symboliques.

On oblige les parents à fournir un donneur pour remplacer la poche de sang. Quelquefois on ne trouve pas parmi les éléments de la famille quelqu'un qui est

prêt à donner son sang parce qu'ils ne sont pas conscients. Ils pensent que quand ils donnent du sang, ils vont mourir (Un médecin stagiaire du CMC).

Si la famille n'a pas de donneurs, mais si du sang est disponible, il faudra acheter plus cher la poche de sang.

En cas d'urgence, le médecin signe un bon et se porte garant pour obtenir la ou les poche(s) sang. Dans ce cas, l'accompagnant du malade dépose sa carte d'identité et la reprend quand il paye les 2500 Cfa.

L'argent était fini. Il n'y avait plus de sang. Le docteur nous a fait une grande faveur. Il nous a donné le sang et l'eau (le liquide de la perfusion). Il a fait un papier, nous sommes partis au laboratoire. Du laboratoire, ils sont venus, ils ont prélevé le sang puis ils ont dit d'amener deux personnes pour donner le sang. C'était la nuit. On ne pouvait pas trouver deux donneurs sur place. Notre sœur est couchée dans un état grave. Le docteur a pris la garantie, ils lui ont donné le sang et il a signé le cahier pour sauver notre parente. Le matin, notre mère lui a donné 1500 Cfa. Comme notre sœur devait prendre une autre poche de sang, nous sommes partis avec le même papier. Ils nous ont donné le sang là-bas, toujours grâce au docteur, à 1500 Cfa.

En cas d'opérations programmées, des poches de sang sont achetées par les familles des malades et mises de côté. Un jour, à l'U.H.T.S., étaient gardées dix poches de sang pour des malades dont l'opération était programmée contre six pour les urgences. Et cette pénurie oblige, ou incite, parfois à des négociations au profit des soignants et au détriment des familles.

Nous avons acheté le sang, il doit rester avec eux ici, si le médecin fait le curage, en cas d'hémorragie, il sait là où prendre le sang, c'est entre eux les médecins ici. S'il n'y a pas d'hémorragie, il va retirer un peu de sous et me rembourser. On s'est entendu comme cela. J'ai payé 5 500 Cfa le sang, s'il n'y a pas d'hémorragie, il va me retourner un peu, 2 000 Cfa, dans le prix du sang (Mari d'une parturiente).

Le docteur des urgences m'a dit qu'une poche de sang, c'est 6 500 Cfa mais il faut deux poches à 13 000 Cfa. Je me suis débrouillé. Il m'a dit que le sang reste là-bas mais que c'est au moment de l'opération que le docteur viendra récupérer. Pour le moment, ils n'ont utilisé qu'une poche de sang, l'autre est gardée là-bas. Le médecin m'a dit qu'il a pris un déplacement pour aller chercher le sang.» (Mari d'une autre parturiente).

Les médicaments

Les médicaments génériques et les consommables sont payés par les familles à la pharmacie de l'hôpital qui s'approvisionne à la pharmacie centrale. La pharmacie est ouverte 24 heures sur 24 avec un roulement des équipes. Au niveau des CMC, un médecin nous explique que, s'il veut un médicament qui ne se trouve pas à la pharmacie centrale, le Ministère de la santé doit signer une autorisation pour que le produit soit acheté dans une pharmacie privée.

Les médicaments génériques peuvent manquer dans la structure et les spécialités sont alors achetés par les familles dans les pharmacies privées et sur le marché parallèle où les médicaments sont vendus moins chers mais dont la consommation n'est pas toujours sans danger.

Cet achat de médicaments représente une grande difficulté pour les familles et surtout pour les plus pauvres. Le temps de l'urgence est incompatible avec le temps de la « débrouillardise » des familles qui doivent réunir de l'argent pour acheter les médicaments.

La pénurie de médicaments est aussi une occasion de négociation pour les soignants qui disposent de quelques médicaments rangés dans un placard sous cadenas.

Lorsque les produits ne sont pas disponibles, si les médecins en ont avec eux, on prend, on utilise ou alors quelquefois les sages-femmes détiennent quelques produits d'urgence, on prend avec elles, mais c'est à rembourser. Nous gardons quelquefois des produits d'urgence avec nous mais pas tout le temps. Ce sont les délégués médicaux qui nous donnent, on dépose à côté, s'il y a nécessité ou si on rencontre des femmes qui n'ont pas les moyens, on utilise, on paie aussi dans les pharmacies et nous gardons à côté de nous (Un médecin stagiaire du CMC).

La prise en charge officielle des indigents

Pour le chef de service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital, les indigents sont ceux qui « ne travaillent pas et dont personne dans leur famille n'a les moyens de les supporter ». Les kits sont alors avancés aux parturientes et les familles reconnues indigentes ne remboursent pas.

Les indigents, on leur donne. On donne les kits à perte pour aider la population. Quand les démunies viennent, là on ne réclame pas, on leur donne et on perd ça,

nous nous prenons en charge. Les sages-femmes, généralement, nous envoient les fiches des indigents que nous enregistrons pour la fin du mois, le nombre de kits sortis, l'argent versé et le nombre d'indigents enregistrés (pharmacienne responsable des kits pour le service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital).

En présentant un bon délivré par le Service, la femme démunie peut obtenir quelques médicaments génériques auprès de la pharmacie de l'hôpital. Mais au CMC, la pénurie généralisée pèse encore plus lourdement sur les indigents soumis aux aléas d'une décision administrative et de gestes charitables des soignants liés à leur humeur et à leurs moyens.

Des fois, on a des urgences de démunies. Pour avoir des médicaments, c'est des problèmes. Des fois chacun de nous donne un peu pour sauver la malade (Une étudiante en médecine, stagiaire au CMC).

Les identités des soignants

Dans les structures hospitalières concernées, coexistent différentes catégories de personnel présentant une diversité de statuts.

Le personnel d'entretien est contractuel ; il est composé de garçons et filles de salle ou matrones soit quinze personnes en tout dont trois sont recrutées par la Direction de l'hôpital et les douze autres sont embauchées par le service de Gynécologie-Obstétrique.

Les « infirmières » sont A.T.S. (Agent Technique de Santé) ou techniciennes de santé publique. Elles effectuent les pansements. Deux d'entre elles sont chargées de l'I.E.C. (Information-Education-Communication). Elles veillent à la propreté des locaux, des femmes hospitalisées.

Les sages-femmes sont actuellement vingt-six sous la responsabilité de la surveillante générale.

En dehors de l'hôpital, l'espace professionnel des sages-femmes est « grignoté par le bas » par les accoucheurs et accoucheuses sans formation médicale ou avec une formation d'ATS et par le haut par des médecins obstétriciens.

Les médecins titulaires sont au nombre de quinze et sont de différents statuts : médecins, assistants, maîtres-assistants, maîtres de

conférence, maîtres de conférence agrégés, professeurs titulaires, professeurs titulaires agrégés et relèvent du Ministère de la Santé et/ou de celui de l'Enseignement supérieur et de la Recherche...

Les médecins stagiaires préparent le certificat de spécialité en gynécologie obstétrique. Ils effectuent un stage dans les services de Gynécologie-Obstétrique du CHU où ils se trouvent aux premières lignes : ils opèrent et ils assurent les gardes. Les maternités de référence reposent donc, en très grande partie, sur leur travail. La réalité de leur fonction est sans rapport avec leur manque de statut et l'instabilité de leur affectation puisqu'ils se déplacent entre deux structures. De plus, ils sont appelés à aller à l'intérieur du pays et même à l'étranger pour continuer leur formation.

Certains de ces CES ont été reçus au concours de recrutement de la fonction publique ; certains perçoivent leur salaire. D'autres, nouvellement recrutés, n'en perçoivent pas encore. Bien des CES n'ont pas été recrutés dans la fonction publique et ne touchent donc pas de salaire.

Les étudiants de médecine de 4^o et de 5^o années assistent au staff, suivent les visites médicales, assurent des gardes au moins deux fois par mois.

À la maternité, à côté des trois médecins titulaires, la majorité des médecins sont donc des stagiaires. Certains le sont depuis plusieurs années, sept, huit ans et ont donc acquis une réelle expérience. Ils assurent les gardes et reçoivent les urgences. Une grande partie du travail est réalisée par ces stagiaires au statut précaire.

Les relations entre les soignants

Les hiérarchies croisées

Les soignants ont des statuts divers, des formations différentes, ils ont plus ou moins intériorisé des normes professionnelles variées. Ils se sont connus et parfois « confrontés » lors de leurs affectations précédentes. Plusieurs hiérarchies fondées sur différents critères se mêlent donc : l'âge, la fonction, la relation maître/élève, le diplôme (niveau, lieu et durée d'acquisition), la compétence acquise par l'expé-

rience, l'influence politique... Quelle autorité peut avoir un chef d'Unité sur un soignant placé sous ses ordres qui est plus âgé que lui et qui a été son maître ?

L'importance donnée au social et au politique

La priorité est parfois donnée au relationnel et au politique, de nature à favoriser la carrière et le clientélisme.

Dans un autre service hospitalier que celui de Gynécologie-Obstétrique, un chirurgien reporte l'opération d'un malade pour assister à la passation de service au Ministère de la Santé.

La sanction impossible

La priorité donnée au relationnel, l'imbrication des hiérarchies, le rejet de la responsabilité rendent les sanctions difficiles et mêmes impossibles. Et en cas de faute, le soignant fait intervenir ses relations et, dans le pire des cas, il sera déplacé.

Les tensions entre les soignants

Il existe des tensions entre des soignants appartenant à des corps de métier différents. Par exemple, dans les conflits qui opposent les sages-femmes aux médecins, elles pensent que ces derniers leur reprochent leur manque de formation théorique.

Vous dites que « nous ne sommes pas scientifiques¹ » dit une sage-femme du CMC à des médecins ; elle se propose avec les autres sages-femmes de présenter un exposé au personnel.

Certains soignants se dénigrent mutuellement.

Un médecin stagiaire du CMC déclare en parlant des infirmières stagiaires : « On amène des gens par affinité, elles ne connaissent rien. »

Comme l'illustre cette citation, la précarité des statuts ne favorise pas toujours l'entraide. D'autant plus qu'il existe des tensions dans le même corps de métier. Parmi les médecins CES de l'hôpital

¹ Cette remarque anecdotique rappelle le conflit historique entre les chirurgiens-accoucheurs et les sages-femmes en France au XVIII^e siècle. En 1760, les chirurgiens-accoucheurs deviennent responsables de la formation destinée sages-femmes. (voir, entre autres, les travaux de l'historien Gélis, J., 1984)

existe un esprit de corps entre promotionnaires. Ils peuvent être le ferment d'un changement de mentalité, ils veulent faire respecter la règle générale, ne pas se laisser influencer par l'apparence et le titre mais d'un autre côté, ils sont pris dans une contradiction car ils participent pleinement à la privatisation du service public qui engendre des rivalités entre eux.

Des solidarités et des rivalités existent entre les médecins stagiaires face à la hiérarchie et à la clientèle. Les conflits, mais aussi les plaisanteries, révèlent les tensions.

Une patiente tend son carnet à un médecin stagiaire du CMC, un second stagiaire lui arrache. Le premier rit étonné en disant : « affamé, regarde comme tu te comportes, fais doucement, tu aimes trop l'argent. »

Le travail d'équipe

La direction du Service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital constitue des équipes de garde. Au CMC, quatre équipes de médecins sont constituées par le chef de service. Un médecin stagiaire ancien est associé à un stagiaire moins expérimenté. Pour opérer une césarienne, l'équipe est composée au minimum du chirurgien, de son assistant, d'un anesthésiste, d'un instrumentiste et d'une sage-femme pour accueillir le nouveau-né, s'y ajoutent infirmiers, médecins stagiaires ou étudiants.

La privatisation des soins nuit à la constitution d'une équipe soudée. Ainsi, lors d'une opération, un conflit éclate entre un médecin stagiaire et une infirmière stagiaire.

Vraiment, on ne supporte pas cela, il (le médecin stagiaire qui opère) nous dérange, il faut qu'il nous fasse appel. Est-ce que ce n'est pas sa patiente ? Moi, je ne supporte pas cela, on dirait qu'on va partager l'argent (Une infirmière stagiaire).

Il existe aussi un manque d'organisation, de coordination technique entre les différents intervenants.

Un médecin stagiaire du CMC se dirige vers le bloc opératoire avec Mme B. qui doit subir une césarienne. Ils ressortent quelques instants après du bloc : « Il y a rupture de kétamine¹, les anesthésistes ne sont pas sur le même diapason », déclare le médecin.

¹ La kétamine est le produit anesthésiant le plus utilisé pour les césariennes lorsque la parturiente ne présente pas d'hypertension artérielle.

Les alliances professionnelles

Aux équipes officielles se superposent des « micro réseaux » d'alliance entre soignants pour échanger des services, assurer les soins des « protégées ». Ces réseaux débordent la structure publique.

Ainsi un gynécologue de l'hôpital fait suivre certaines des patientes enceintes de sa clientèle privée qui habitent à proximité d'un CMC, par une sage-femme y travaillant. Les deux soignants ont été formés dans le même pays à l'étranger ce qui crée une similitude de point de vue pour la prise en charge et renforce la confiance mutuelle.

Une gynécologue « privée », qui ne fait pas d'accouchement, envoie ses clientes au moment de la délivrance à un médecin stagiaire du CMC, à un CES de J. ou à une sage-femme retraitée qui intervient dans un autre hôpital selon le lieu où la parturiente préfère accoucher. La gynécologue expérimente ses réseaux et jauge la compétence et la disponibilité de ses collègues.

Dès que tu vois quelqu'un travailler, sa façon de travailler va te plaire ou te déplaire.

De même, la relation maître-élève crée des liens. Le jeune soignant est redevable à l'aîné de la formation reçue, formation théorique ou formation pratique. Les liens médecins titulaires et stagiaires peuvent se renforcer grâce à la formation pédagogique et à la redistribution par le titulaire de l'argent reçu des patientes. Les relations se nouent entre promotionnaires lors des études ainsi que dans le travail et ils peuvent subsister au changement d'affectation. Les relations de voisinage, les affinités personnelles augmentent l'interconnaissance.

L'estime, l'amitié renforcent les liens alors que les solidarités qui ne sont basées que sur des intérêts pécuniaires sont fragiles.

Un médecin stagiaire du CMC présente une somme d'argent à son collègue : « Cette somme, c'est pour l'équipe ». Son collègue lui rétorque : « On ne court pas derrière des miettes. Si ce n'est pas en moyenne 50 000 Cfa, je ne touche pas ! »

Les tontines

Des tontines sont organisées entre les soignants d'une même catégorie de personnel. Ainsi les sages-femmes de l'hôpital sont regroupées en tontine. Une tontine réunit dix sages-femmes ; chaque

lundi, elles versent 10 000 Cfa pour une assistance sociale éventuelle, chaque deux semaines, elles déposent 15 000 Cfa et à la fin du mois deux femmes recevront chacune 500 000 Cfa. On peut émettre l'hypothèse que cet argent disponible pour la tontine n'est pas prélevé sur les maigres salaires mais sur l'argent gagné illicitement au cours des actes médicaux.

Le choix du métier

Le choix du métier est parfois dû au hasard. Il peut être aussi déterminé par diverses expériences ou influences qui, parfois, se cumulent telles que :

L'expérience de la maladie, personnellement ou à travers un membre de la famille

Ma maman était toujours malade, c'est pourquoi j'ai aimé la santé. Comme je suis à la santé, je m'occupais bien de ma maman, quand elle tombait malade, je l'emmenais à l'hôpital, sans problème, je gagnais ainsi facilement les produits. Je me suis bien occupée de ma famille au point de vue traitement... Avant on ne payait pas les médicaments, on donnait tout ici (Une infirmière de l'hôpital).

Quand j'étudiais, j'ai vu dans mon village que beaucoup de gens mouraient sans qu'on puisse même intervenir. Mon père, même, en a été victime. À partir de cet instant, je me suis décidé à faire la médecine (Un médecin stagiaire du CMC).

L'influence des parents ou du conjoint

Je me suis mariée très jeune, mon mari était médecin, il a voulu que je fasse la médecine sinon moi je voulais faire la comptabilité mais par son amour, j'ai accepté. (Médecin de l'hôpital venant d'être affecté dans un CMC).

L'orientation scolaire.

Pour certains, la réussite sans défaillance dans leurs études les conduit à la médecine.

J'aimais la blouse blanche, j'étais très intelligente, je me disais, un jour, je ferai la médecine ou le droit. Quand j'ai eu mes deux bacs, j'ai été la première des filles, directement, on m'a orientée en médecine (Un médecin du CMC).

Une sage-femme a choisi de faire le métier de sage-femme car elle a échoué au concours d'accès à l'université et a obtenu une bourse pour faire des études de sage-femme en Algérie.

La représentation de la médecine comme étant un métier utile aux autres et à soi-même.

Je voulais aider mes sœurs, mes mères, me connaître moi-même, ne pas aller demander aux autres ce qui est sur moi, j'avais beaucoup pitié des femmes qui mouraient lors des accouchements (Une étudiante stagiaire au CMC).

L'apprentissage du métier

Les sages-femmes ont des formations diverses. Les plus âgées ont été formées à l'école professionnelle de la santé de la capitale dans les années 1960 et 1970 et les autres, à l'école nationale de la santé. La formation dure trois ans après le baccalauréat. D'autres en fin ont appris leur métier à l'étranger, en Algérie, en Roumanie.

Les infirmières d'État, les techniciennes de santé publique ont un « niveau supérieur » à celui des ATS. Les infirmières ATS ont été formées dans une des trois écoles secondaires de la santé.

Les infirmiers anesthésistes ont reçu une formation sur le tas et au cours de stages en anesthésie. Cette formation présente des insuffisances. Ainsi Awa, infirmière stagiaire en anesthésie, n'a jamais pratiqué d'intubation et ne l'a jamais vue pratiquer. La formation sur le tas a des limites. Comme le déclare un anesthésiste titulaire :

Si on dit que tout le monde doit apprendre sur le tas alors que vous n'avez pas les notions élémentaires de base pour mieux maîtriser, c'est toujours des difficultés.

Les médecins ont suivi les cours à la faculté de médecine de la capitale, des stages au CHU à l'issue desquels ils ont présenté une thèse. Devenus médecins, ils ont suivi des séminaires sur différents thèmes, comme par exemple sur la prise en charge des IST (Infections sexuellement transmissibles). Certains ont bénéficié de diverses formations complémentaires à l'étranger (écographie, gestion hospitalière, diplôme universitaire des pathologies maternelles de la grossesse, certificat d'études spécialisées). Certaines formations acquises ne sont pas pratiquées actuellement, comme, par exemple, la ligature des trompes par cœlioscopie qu'un médecin a apprise à l'étranger.

Depuis trois ans existe la préparation pour le certificat d'études spécialisées (CES) en gynécologie et obstétrique. Elle est destinée à des médecins voulant devenir gynécologues, obstétriciens. Ils passent

un concours d'admission. Au moment de notre mission, il existait trois promotions. Une incertitude concerne la quatrième année qui devrait se dérouler à l'étranger. Cette formation est relativement chère 800 000 Cfa par an. Certains étudiants se plaignent du manque de supports pédagogiques.

La formation pratique est développée dans tous les corps de métier avec un débordement de la fonction dans les CMC (et aussi dans les CS -Centres de Santé-) comme pour les infirmières stagiaires ou les matrones qui y apprennent à pratiquer les accouchements :

Les sages-femmes sont très gentilles, elles nous approchent, elles nous apprennent beaucoup de choses. J'ai appris à faire le toucher vaginal et à faire des accouchements (Une infirmière stagiaire du CMC).

La sage-femme m'a appris à prendre le poids des bébés, prendre le centimètre, mesurer les paramètres de la femme, accoucher une femme (Une matrone du CMC).

Ce savoir acquis sera expérimenté sur la clientèle privée du quartier.

Au quartier, les gens se confient pour des soins. Lorsque je n'ai pas la compétence d'une chose, il faut la référer à un niveau supérieur. J'accompagne le patient (au CMC) ; au niveau du médecin se pose le problème, ensemble on trouve la solution et à travers cela j'acquies aussi des expériences (Un étudiant en médecine stagiaire au CMC).

La formation sur le tas est utile pour les soignants, mais présente parfois des inconvénients pour les parturientes.

Fanta depuis le matin est en travail. Elle a été référée d'un centre de santé dans un CMC et du CMC à l'hôpital où elle doit subir une césarienne. Le CES de garde diagnostique un début de souffrance fœtale. Fanta est allongée sur le flanc sur une table d'accouchement. Malgré la douleur, la lassitude qu'exprime la parturiente, l'étudiante de quatrième année l'oblige à plusieurs reprises à se retourner sur le dos pour qu'elle puisse procéder aux observations que le CES a déjà pratiquées : mesures de l'abdomen, écoute du cœur du bébé.

L'inexpérience des stagiaires fait courir des risques aux malades si les médecins qui les encadrent ne sont pas suffisamment vigilants.

Avant l'opération d'une césarienne, un étudiant stagiaire du CMC se sert du brassard d'un tensiomètre pour dégager la veine de la parturiente (en l'absence d'autre garrot) et il oublie de dégonfler le brassard gênant l'écoulement du liquide anesthésiant.

Nombreux sont les soignants qui aspirent à compléter leur formation.

Je veux devenir un grand gynécologue à l'avenir. Je veux aller à l'étranger faire mes études de spécialité, voire accéder à mon professorat. Mon vœu est d'aller faire mon CES dans un pays hautement développé (Un médecin stagiaire du CMC).

La vie quotidienne et personnelle

Beaucoup de soignants habitent loin de leur lieu de travail. Pour ceux qui n'ont pas de moyen de transport personnel, les transports en commun sont rares, d'accès difficile aux heures de pointe. Les embouteillages sont très importants.

Les charges familiales pèsent lourdement sur les soignants. En plus de leurs enfants, ils ont souvent d'autres enfants de la famille à charge (jeunes sœurs, neveux...). Leurs enfants sont placés dans des écoles privées dans l'espoir de leur assurer la meilleure éducation possible. On retrouve dans le domaine de l'éducation la même méfiance vis-à-vis du public que dans la santé. Aux frais de scolarité s'ajoutent les coûts du transport, de la nourriture, des fournitures scolaires...

Ma mère et mon père sont tous vieux. J'ai un grand garçon à l'université, l'année dernière il était dans une école privée où je payais 140 000 Cfa par an. J'ai une nièce et un neveu dans le privé. Je paie 200 000 Cfa pour l'un, 5 000 Cfa pour l'autre par mois. Je donne 300 Cfa par jour à chaque enfant pour son transport et son déjeuner. Mon mari a fini son contrat de travail. C'est moi qui ai presque toute la charge (Un médecin du CMC).

Les soignants, et particulièrement les cadres, sont soumis à une forte pression de la part de leurs parents et de leurs connaissances, notamment de leur village natal ou du village d'où leur père est originaire. Il en est de même pour les fonctionnaires des autres secteurs d'activité mais la santé étant un domaine d'intérêt général, la pression y est particulièrement forte.

Comme l'explique un responsable de la Santé : chaque solliciteur remémore une aide qu'il a fournie par le passé - « tu oublies que ce que tu es devenu, c'est grâce à moi » - en formulant souvent une demande disproportionnée au bienfait passé.

Les normes sociales de comportement priment souvent sur l'exigence technique et déontologique de la profession.

La vie professionnelle

Les salaires et les revenus

Les salaires de la fonction publique, y compris les primes, sont faibles et s'élèvent à environ 30 000 Cfa pour une sage-femme et 60 000 Cfa pour un médecin.

Trois matrones sont rémunérées 50 000 Cfa par mois par la direction de l'hôpital ; les douze autres contractuels, payés par le service de Gynécologie-Obstétrique, reçoivent 40 000 Cfa par mois.

Au CMC, le garçon de salle qui entretient le bloc opératoire perçoit 8 000 Cfa par mois sur les recettes du bureau des entrées mais les chirurgiens lorsqu'ils opèrent, c'est-à-dire pratiquement chaque jour, lui versent 1000 Cfa. Les matrones touchent 7 000 Cfa par mois et complètent leurs revenus par les deux savons et les 400 Cfa que leur donne chaque accouchée. Voici, à titre d'exemple, comment s'établit le budget d'un soignant titulaire :

Un anesthésiste en fin de carrière perçoit 80 000 Cfa de salaire y compris les indemnités de logement et de blouse et les allocations pour les enfants. Il a six enfants. Sa femme ne travaille pas et à une bonne partie de la famille élargie est à sa charge. Il paye 17 000 Cfa pour la location de trois chambres, salon. Les quatre enfants aînés suivent les cours d'une école privée ; les frais s'élèvent à 30 000 Cfa pour les quatre élèves. Pour la nourriture, il achète deux sacs de riz, soit 15 000 Cfa et laisse 800 Cfa de dépense journalière à sa femme... Les dépenses sont le double des revenus.

Ce budget, comme tous les autres, montre que les soignants ne peuvent vivre sans rechercher des revenus complémentaires. À plus forte raison les soignants stagiaires qui ne perçoivent aucun salaire. Et comme nous l'avons déjà dit certains médecins CES perçoivent un salaire et d'autres non. Titulaires et stagiaires se consacrent donc à des activités privées de soins à leur domicile, assurent des prestations dans des cliniques privées, soit régulièrement, soit occasionnellement en remplacement d'un collègue.

Des médecins ou sages-femmes titulaires dirigent un cabinet ou une clinique privés. Ces activités privées augmentent considérablement leurs revenus. Un gynécologue déclare recevoir une quinzaine ou une vingtaine de femmes l'après-midi à l'hôpital entre 13 heures et 15 heures et une vingtaine de femmes à son domicile entre 18 heures

et 22 heures. Il assure le suivi des femmes enceintes et les visites sont fréquentes.

Aux revenus obtenus en dehors de la structure de santé publique s'ajoutent les revenus des soins privés dans la structure même où les soignants perçoivent le prix des consultations gynécologiques, des accouchements, des opérations....

Cette recherche de profits favorise les sur-tarififications. Les soignants retirent un bénéfice complémentaire en vendant, par exemple, des carnets, des médicaments, en servant de médiateur entre la patiente et le laboratoire d'analyses médicale. Certains pratiquent des actes comme des avortements, des AMIU (Aspiration Manuelle Intra-Utérine) suite à un avortement provoqué¹.

Le soignant qui accompagne sa protégée à l'hôpital ou au CMC la confie à d'autres professionnels lorsqu'il ne peut assurer lui-même les soins. Cette délégation se fait compte tenu d'une redistribution des gains selon les positions professionnelles respectives.

Les médecins sont plus gentils que les sages-femmes. Quand tu envoies une patiente, on te donne ta part, mais les sages-femmes ne pensent même pas que c'est toi qui as trouvé une cliente pour elles. J'ai des femmes que je protège, on vient, je les confie à un médecin (Une matrone du CMC).

Il est difficile parfois de distinguer entre la sur-tarifification pratiquée et le « cadeau » que la patiente remet de son plein gré mais en suivant l'usage initié par le soignant et dans l'espoir d'être mieux prise en charge : 500 Cfa pour une injection, 300 Cfa pour la prise de la tension...

La nouvelle accouchée, après le baptême, apporte parfois un cadeau de remerciement à la sage-femme ou au médecin qui l'a aidée à accoucher dans de bonnes conditions : plats, jus, pagnes, argent. Certains soignants reçoivent des cadeaux conséquents comme ce médecin stagiaire du CMC qui déclare avoir obtenu des maris de ses clientes : une montre, un micro-ordinateur, un brassard électronique et même une voiture.

¹ Des avortements sont couramment pratiqués sans qu'aucun chiffre ne puisse être avancé. Ils sont utilisés comme moyen de contraception pour les jeunes filles scolarisées célibataires. Ils sont effectués par des soignants dans des cabinets médicaux privés, dans des structures de santé publiques ou par ingestion de décoctés de plantes. Provoquer un avortement est considéré comme un acte illégal.

Je suis véhiculé, je l'ai eu à cause de ma gentillesse...Je me suis dit, c'est bon de faire du bien, j'ai un avenir dans cela.

D'autres soignants se livrent à des activités commerciales pour compléter leurs revenus. Une sage-femme de l'hôpital a installé une petite boutique pour vendre des denrées de première nécessité à son domicile. Quand elle part à l'étranger, elle rapporte des habits, des bijoux qu'elle revend. Un médecin stagiaire du CMC vit avec un fonds de commerce qu'il a installé grâce à l'argent envoyé par ses frères vivant à l'étranger, des taxis travaillent aussi à son bénéfice. Au CMC, une infirmière vend du jus de gingembre à la maternité même. Ces pratiques sont très répandues dans les centres publics.

Les heures de travail et les gardes

La journée de travail à l'hôpital commence à 8 heures trente avec le début du staff et se termine à 16 heures. Le personnel de service doit venir de 7 heures à 16 heures. Il est tenu compte des charges sociales pour excuser les retards ou les absences.

Il y a des gens parmi nous, difficilement ils arrivent à se nourrir et à plus forte raison à avoir le transport. C'est le cas des matrones, du personnel de nettoyage, tu ne peux leur dire de venir à l'heure, elles logent loin, elles n'ont même pas le prix du transport (La surveillante générale).

Les gardes pour les médecins, les sages-femmes, les anesthésistes de l'hôpital ont lieu tous les quatre à cinq jours, ce qui fait à peu près sept jours par mois. En semaine, la garde s'enchaîne avec la journée de travail, de 16 heures jusqu'au lendemain après le staff, ou bien la journée de travail prolonge la garde. Le week-end commence à 8 heures jusqu'au lendemain où une nouvelle équipe prend la relève.

Les étudiants de quatrième année et de cinquième année, quand ils sont en stage à l'hôpital, assurent des gardes au moins deux fois par mois. Un certain nombre de soignants titulaires ne sont jamais de garde. Aux heures de présence à l'hôpital s'ajoutent les interventions dans le secteur privé ou associatif et/ou les soins à domicile.

Comme le déclare un soignant : « Les gens ne sont pas logés officiellement, ils n'ont pas de véhicule, la nourriture se cherche au jour le jour et malgré cela nous sommes obligés de faire la garde. Pourtant, il faut qu'il y ait un peu de temps pour que chacun trouve les moyens ! »

Par suite de la privatisation de la clientèle, les soignants travaillent davantage. Ils sont présents à l'hôpital en dehors des heures de service.

Si j'ai une protégée qui vient chez moi la nuit, je viens l'accompagner à l'hôpital, je fais l'accouchement, après je rentre. Le lendemain, je la sors (Une sage-femme de l'hôpital).

Après la garde, il y a un repos compensateur mais puisque on a des malades à l'hôpital, on vient les voir, sinon elles seront désemparées (Un médecin de l'hôpital).

De plus le soignant peut intervenir dans d'autres structures publiques.

J'ai de protégées qui viennent avec moi ici ou à l'hôpital Jean-Paul II parce que c'est plus proche de chez moi. Je fais moi-même l'accouchement avec l'accord du médecin-chef (Une sage-femme de l'hôpital).

Au CMC, les médecins titulaires n'assurent pas de garde. Les stagiaires, eux, sont de garde tous les quatre jours. Le garçon de salle déclare venir de 6 heures du matin à 13 heures et de revenir vers 18 heures nettoyer et laver le linge s'il y a eu une opération l'après-midi. Les matrones forment trois équipes qui se relaient de 8 heures à 13 heures, de 13 heures à 18 heures et de 18 heures à 9 heures du matin. Les anesthésistes n'assurent pas de garde.

« Il n'y a pas tellement de travail et le bureau ne permet pas de se reposer. Chaque fois qu'il y a un problème, on court me chercher, on m'appelle au téléphone. », explique l'un d'entre eux.

La privatisation de la clientèle

Les soignants parlent de leurs « protégées », de leurs malades personnelles, de femmes « qui se sont confiées » à eux. Les matrones, infirmières, sages-femmes, médecins conseillent, donnent des soins, surveillent la grossesse des femmes de leur quartier.

Les informations passent de bouche à oreille. Elles viennent se confier à moi. « C'est une bonne sage-femme, c'est elle qui a fait mon accouchement ». C'est comme cela qu'on trouve des clientes (Une sage-femme de l'hôpital).

Dans l'exercice des actes privés de soins dans le quartier s'observe un glissement des fonctions. La prise en charge dépasse parfois la compétence officielle du soignant.

Je fais le nettoyage des plaies, le pansement, si une femme est engagée pour l'accouchement, je vais me débrouiller à faire cela chez moi (une matrone de l'hôpital).

Je fais les injections à la maison, j'assure le suivi des femmes enceintes. Chaque deux semaines, elles viennent me voir pour la consultation, je les confie à un médecin d'un centre de santé pour la consultation. Je fais l'accouchement (Une anesthésiste de l'hôpital).

Un anesthésiste pratique les circoncisions à son domicile. Un autre travaille avec un guérisseur de son quartier qui traite les fractures.

La pratique privée de soins au domicile du soignant déborde sur la structure publique. Il continue d'y recevoir sa clientèle personnelle, ses protégées et y réfère, en cas de problèmes, les parturientes suivies à son domicile. Dans la maternité de référence, il les prend en charge ou les confie à un collègue comme nous l'avons vu précédemment.

Un médecin titulaire de l'hôpital a aménagé deux pièces dans l'annexe de sa concession. Il assure les consultations prénatales. « Chaque fois que j'ai une femme en grossesse, on commence à la maison d'abord et quand je vois que l'accouchement commence à être proche, on se déplace, on vient à l'hôpital. Des fois, je prends ma voiture, des fois, il se trouve que la femme est véhiculée, on va ensemble. Je fais les accouchements et les césariennes ».

Comment se constitue cette clientèle privée ? Ce sont des voisines, d'anciennes patientes ou des femmes recommandées à partir de divers réseaux de relations impliquant des soignants et des « non soignants ».

Plusieurs personnes viennent se confier à moi du quartier ou d'anciennes malades opérées, quand elles ont des parentes qui ont les mêmes problèmes, elles les recommandent à moi. Dans les centres de santé, on a entendu parler de moi, je suis convoité, on me téléphone, des gens recommandés (Un médecin stagiaire du CMC).

C'est lors de ma garde que je fais de bonnes relations pendant la consultation. C'est là que se crée le lien, la connaissance. Et quand elles ont un problème, elles reviennent me voir (Un médecin stagiaire du CMC).

Le plus souvent les protégées sont toujours recommandées après une prestation d'une autre femme qui leur dit : « Moi, j'ai été suivie par ce médecin, il est bien » ou « j'ai entendu parler de vous par une copine, je veux me confier à vous » (Médecin stagiaire du CMC).

Des « tout venant », c'est-à-dire des femmes qui ne connaissent personne à la maternité, peuvent se lier avec une sage-femme ou un médecin pour le suivi d'une prochaine grossesse.

Des femmes habitant la capitale ou l'intérieur du pays sont recommandées par un collègue du public ou du privé.

Aïcha est en début de grossesse. Son mari raconte que sa femme a consulté une soignante qui tient une petite clinique dans leur quartier. Celle-ci leur a remis un papier où était inscrit le numéro de téléphone d'un médecin CES. Le couple est venu jusqu'à la cabine téléphonique de l'hôpital et a appelé le médecin qui leur a dit de l'attendre dans la cabine où il va venir les chercher. Le mari remet la note au médecin. Ce dernier les accompagne à la maternité, examine Aïcha et demande au mari de payer le lit pour l'hospitalisation.

Les soignants impriment des cartes de visite, des ordonnanciers avec leur nom, leur numéro de téléphone portable. Cet objet est un auxiliaire précieux pour entretenir et gérer sa clientèle privée. Ils ont aussi leur propre tampon avec leur nom.

Ces soignants ont tout intérêt à bien accueillir leurs malades. Un médecin stagiaire du CMC explique ainsi sa popularité.

- *Le médecin : Je suis tellement convoité. Je peux venir ici (au CMC) le matin dire aux malades : « Allez-y revenez demain. »*

- *L'enquêteur : Qu'est-ce qui explique votre popularité ?*

- *Le médecin : Je suis très gentil, simple, soucieux pour l'avenir d'autrui.*

La prise en charge de la protégée dépasse la prise en charge strictement médicale.

Si on a des malades personnelles, on s'occupe d'elles. On a des femmes qui se confient à nous. Je les suis ici pour tout besoin. Pour l'accouchement, elles me téléphonent, soit elles viennent me chercher ou je vais les chercher (Un médecin de l'hôpital).

La « relation médecin-malade » déborde de la sphère médicale dans le champ du social.

Des fois, il m'arrive de m'investir pour sauver la vie d'une femme quand je sais que son mari n'a pas beaucoup de moyens. Par exemple, j'ai donné des habits, j'ai assisté le mari pour son baptême (Un médecin stagiaire du CMC).

Lorsque le soignant délègue la prise en charge de sa protégée à des collègues, il assure néanmoins le rôle d'intermédiaire et de garant.

Si une protégée entre en phase de travail, elle m'appelle et je dis : « On va se rencontrer à l'hôpital ». Je viens, je l'assiste. Généralement, par coup de téléphone, avant d'être là, j'appelle l'équipe de garde pour l'informer que j'ai une femme qui arrive là-bas : « Si elle arrive avant moi, occupez-vous d'elle, moi je suis en route ». Si je viens, j'assiste et je reste là jusqu'à l'accouchement (Un médecin stagiaire du CMC).

Les succès et les échecs

La fierté ressentie des sages-femmes est bien évidemment liée au fait de mettre au monde des enfants.

Quand vous amenez une femme à l'hôpital, elle accouche normalement dans de bonnes conditions, elle accouche vite, c'est une fierté, une joie pour la sage-femme (Une sage-femme retraitée qui vient faire des accouchements au CMC).

Surmonter des difficultés, remporter des succès renforcent la fierté que ce soit dans le traitement de la stérilité féminine, la réussite d'opérations difficiles, le sauvetage de vies humaines menacées.

Une mère qui a cherché pendant des années un enfant et qui se met à pleurer de joie tout en racontant sa vie. Cela me fait plaisir de voir que cette joie vient de moi (Un médecin titulaire du CMC).

Quelqu'un souffre, vous le prenez en charge, après cette prise en charge, il trouve un soulagement, c'est un grand motif de satisfaction (Un médecin CES de l'hôpital).

Certains soignants regrettent la période où ils étaient affectés à l'intérieur du pays et disposaient de plus de responsabilités. Mais les échecs touchent autant que les succès. Les médecins et anesthésistes parlent du choc qu'ils ont ressenti lors de décès maternels survenus au cours d'une opération à laquelle ils ont participé et du découragement qui a suivi.

Un médecin du CMC, à son domicile, a injecté un voisin en suivant la prescription du médecin traitant. Voyant l'état du patient, il l'a conduit au CMC, le malade est décédé devant le CMC : « Arrivé à la maison, j'ai eu un choc, je me disais que j'allais arrêter de travailler. »

Un médecin stagiaire du CMC rapporte le décès par hémorragie d'une accouchée : « J'ai eu une douleur morale. Ce n'était pas notre responsabilité mais quand il y a décès, le moral est bas. »

Le décès, ça agit beaucoup sur la conscience, tu n'as plus envie de travailler. Ce décès d'une césariée m'a beaucoup traumatisé (Un anesthésiste du CMC).

Les matrones, les sages-femmes, les médecins relatent des décès maternels qui les ont particulièrement affectés. Le déclencheur affectif vient d'une implication personnelle du soignant.

Quand je suis une femme et qu'elle accouche un mort-né ou que la mère n'arrive pas à se libérer, elle-même, elle perd la vie, cela vraiment me touche. J'ai envoyé une dame qui a perdu la vie sur la table chirurgicale, ça, ça m'a marquée. C'était une césarienne. Peut-être, n'a-t-elle pas supporté l'anesthésie ? Nous sommes venues en urgence. Elle était venue des îles, on l'a amenée directement chez moi. Immédiatement, nous sommes venues, ça m'a marquée. (Une sage-femme de l'hôpital).

Une femme a accouché dans un centre périphérique. Elle a fait une hémorragie. On a tout fait pour la sauver, on n'a pas pu. Elle est venue très en retard. Moi-même, je lui ai donné mon sang et ça m'a choquée de la voir partir (une sage-femme de l'hôpital).

La personnalisation des liens entre soignant et soignée renforce l'implication du soignant et sa souffrance morale en cas d'échec et de mort maternelle. Et la personnalité de la parturiente frappe parfois le soignant.

Une femme est venue avec une hémorragie, nous avons envoyé le sang tout de suite et sans mettre le sang, elle a rendu l'âme. C'était une fille joviale, religieuse, elle ne faisait que réciter des versets coraniques. Elle nous a répondu que peut-être elle va mourir et ça s'est passé comme elle a dit. Je n'arrive pas à me défaire de ce souvenir (Une matrone de l'hôpital).

La soignante, en tant que femme, s'identifie à la parturiente.

Une femme médecin de l'hôpital relate le décès d'une femme qui avait quatre filles. Son mari a pris une coépouse et pour sa cinquième grossesse, quand elle réussit à avoir ce garçon tant convoité, elle décède.

Une matrone de l'hôpital fut très émue par le décès d'une mère handicapée dont elle a recueilli l'enfant. « J'ai eu pitié de la femme, elle et moi, nous sommes pauvres » dit-elle.

S'il s'agit d'un membre du personnel, de la fille ou de l'épouse d'un collègue, le choc est encore plus fort.

Un élément absurde et tragique de la vie peut « toucher » les personnes présentes.

Une femme a fait une HRP (hémorragie rétro placentaire), elle est morte d'hémorragie sous nos yeux, la nuit, il n'y avait pas de sang 0 négatif (...). Elle est

morte sous nos yeux. Ce jour-là, tout le monde a pleuré. Le mari était pauvre. Nous avons payé son transport pour qu'il puisse alerter sa famille du décès quand le corps a été admis à la morgue. Ce jour-là, j'étais trop peinée. Ce qui m'a fait mal, c'est quand le mari m'a dit qu'il vient de B. Sa femme a fait sept enfants, auparavant il avait perdu une femme et que cette fois, il a préféré envoyer celle-ci ici pour sa huitième grossesse (Une sage-femme de l'hôpital).

Une femme quitte le Libéria, elle se sauve, elle vient mourir dans nos mains. Je n'ai pas pu retenir mes larmes, j'ai pleuré (Un médecin titulaire du CMC).

Cependant, si les soignants sont affectés par ces décès, ils ne s'en sentent pas souvent responsables.

La construction professionnelle de la responsabilité

Un maître mot de la réforme du nouveau chef de service de l'hôpital est de « responsabiliser » le personnel, c'est-à-dire que chacun connaisse la tâche qu'il doit accomplir et s'y maintienne.

Cette notion de responsabilité dans la langue nationale n'est pas une notion de la sphère personnelle qui renvoie à l'intériorité mais une notion sociale : être responsable signifie être « devant », être « celui que l'on voit en premier ».

D'après nos observations dans les structures de référence, la responsabilité professionnelle médicale semble circonscrite et limitée. Elle est calquée sur la hiérarchie, elle est liée à l'espace d'autorité. Une forte prégnance des rapports d'autorité peut avoir aussi pour effet de déresponsabiliser le personnel. Et cette responsabilité peut être amoindrie car elle incombe en premier lieu à son supérieur puis se répartit entre ses pairs.

Ce qui allège aussi le sentiment de responsabilité des soignants lors d'un décès maternel est le sentiment d'avoir fait tout ce qu'ils pouvaient. La pénurie de matériel, d'équipement, de sang favorise également une sorte de « non-implication » des soignants.

Par ailleurs, cette responsabilité est souvent rejetée sur la patiente qui « n'a pas suivi correctement ses CPN », sur le personnel des maisons d'accouchement périphériques, incompetent et qui réfère trop tardivement les parturientes, sur les parents de la malade qui « n'honorent pas les ordonnances » prescrites, qui sont ignorants, sur

le caractère de la femme : « c'est une patiente difficile. » entend -on aussi dire parfois.

Suite au décès d'une parturiente, lors de l'accouchement, une matrone du CMC affirme : « la responsabilité, c'est la femme, parce que, d'après son carnet, elle n'a fait aucune visite et mieux, elle prenait des produits indigènes, aussi ce qui sortait d'elle était noir et sentait très mauvais.

Dans un autre cas de décès maternel, la sage-femme du CMC déclare : « La responsabilité, c'est au niveau des parents parce que la femme est entrée en travail deux jours. C'est au troisième jour qu'ils ont pensé à appeler quelqu'un du corps. Vous voyez une personne qui saigne deux ou trois jours, ce n'est pas possible ! C'était une famille qui n'était pas lettrée et qui ne savait pas le danger ».

En cas de succès professionnel, l'individu se met en avant mais en cas d'échec, c'est la responsabilité de l'équipe qui est invoquée ainsi que la fatalité ou la volonté divine.

Un médecin stagiaire du CMC relate le décès d'une parturiente lors d'une césarienne qu'il a pratiquée : « La femme ne s'est pas réveillée. J'ai pensé à un problème d'anesthésie. Plus tard, je me suis dit que c'est la volonté de Dieu... Ça m'a beaucoup touché. J'étais découragé. Mes aînés m'ont dit que cela fait partie du travail. Depuis lors, je suis prudent, je suis méthodique dans ce que je fais.

Le sentiment de responsabilité varie selon la personnalité du soignant, l'implication professionnelle, le rapport à la foi religieuse, la formation reçue, l'âge, l'expérience, le statut, la fonction occupée et aussi la relation à la patiente.

De manière régulière, on retrouve une dichotomie entre une responsabilité professionnelle très circonscrite et limitée pour les malades anonymes et une implication qui déborde le champ d'intervention habituelle quand il s'agit de relations personnelles. Le soignant se sent davantage responsable lorsqu'il s'agit de ses protégées.

Des fois, je fais même le pansement ombilical du nouveau-né car j'ai eu un cas de décès, elles (les matrones) se fâchent mais je leur dis que j'ai une plus grande responsabilité quand je suis une femme. Jusqu'en suites de couches, les femmes sont à ma charge. Quand une femme est à ta charge, tu l'envoies à l'accouchement, il faut prêter toute ton attention sur elle, la suivre correctement, ne pas laisser ton travail à une autre personne, tu restes près d'elle et tu la consoles en la dorlotant. Vous savez quand une femme est en travail, si tu restes à côté d'elle, tu la dorlotes, elle n'oubliera jamais. C'est cela la responsabilité (une sage-femme retraitée qui fait des accouchements privés au CMC).

Socialement, le soignant privé craint que son nom soit « gâté » professionnellement et socialement. Et bien évidemment, la responsabilité augmente encore lorsque la protégée est une parente.

Si c'est une simple protégée qui ne soit pas ma parente, je la confie au Dr A ou au Dr S, je peux même ne pas venir ici (à l'hôpital) ; avec un bout de papier, tout se règle. Mais dans le cas-là, c'est ma sœur, ça me concerne, il faut que je m'implique et participe (Un médecin travaillant dans un cabinet privé de soins venu suivre sa sœur référée à l'hôpital).

Les relations entre les soignants et les soignées et la prise en charge de ces derniers

Les relations entre les soignants et les soignés

L'accueil

D'après nos observations et nos entretiens dans les maternités de référence, l'accueil est généralement bon mais inégal. Il est lié au personnel de garde, au moment où les gestantes et parturientes se présentent. L'accueil, la nuit et les samedi, dimanche, peut parfois laisser à désirer. Néanmoins, les stagiaires qui cherchent à se constituer une clientèle privée vont s'efforcer de bien accueillir les clientes potentielles. Nous n'excluons pas non plus la déontologie et les qualités humaines des soignants.

Ils s'occupent bien des malades, surtout les hommes, ils viennent toujours voir si les malades se portent bien, comment elles ont dormi, si elles ont mal mais les femmes (soignantes) sont rarement ici. C'est seulement si leur chef leur demande de monter un sérum ou de vérifier quelque chose, sinon elles ne viennent pas souvent mais les garçons viennent tout le temps (Le mari d'une femme hospitalisée au CHU).

Les travailleurs de la maternité sont bons, ils s'occupent bien des malades. Tous les jours ils viennent nous rendre visite. Ils nous demandent comment on a dormi. Ils nous donnent des injections (Salimatou, opérée d'une césarienne au CMC).

Des rapports de pouvoir s'exercent cependant entre soignants et soignées, ce qui donne lieu parfois à des abus.

Yari, césarisée à l'hôpital vers 8 heures 30, est amenée sur un chariot par un garçon de salle dans une salle d'hospitalisation à 12 heures 50. Difficilement, Yari passe du chariot au lit en prenant appui sur ses mains et sur ses genoux. Au moment du transfert, le chariot se déplace, Yari chancelle sur le lit qui l'accueille. Le

garçon de salle qui tient le chariot commente : « Celle-la, c'est une femme pourrie, elle n'a même pas de force. »

Le bébé de Fatoumata est mort in utero, le CES de l'hôpital lui a administré un comprimé pour faciliter l'évacuation de l'enfant. Elle raconte : « Je me roulais à terre, je me tordais de douleur, je ne pouvais plus rester sur la table d'accouchement. J'avais vraiment mal. Une femme dans la salle d'accouchement m'a dit avec force de me lever et si je n'obéis pas qu'elle va me frapper. J'ai eu peur. Je voulais monter vite sur la table, j'ai glissé sur le petit escalier qui permet d'atteindre la table d'accouchement, je suis tombée sur ma jambe, directement, j'ai accouché. Depuis ma jambe me fait mal au niveau de la banche, ici (geste de la main). Elle m'a dit : « Je vais te frapper si tu ne te lèves pas ». J'avais mal en ce temps, je me suis levée pour qu'elle ne me fasse pas du mal. Je n'ai aucune parente à l'intérieur de la salle. Le Dr D est venu demander à ce qu'on me soulève. Il a ordonné à ce qu'on me donne de l'eau. Il a dit : « Amenez-la, elle souffre présentement. Elle ne donne rien comme argent, c'est moi qui paye si ses parents n'ont rien donné » (Entretien réalisé à l'hôpital).

Cet exemple illustre l'importance des relations sociales et de l'argent dans l'accueil des soignants. On voit aussi s'amorcer le début d'une protection qui pourra être réactivée lors d'une prochaine grossesse.

L'importance de l'argent dans la prise en charge

Lorsque la patiente n'a pas d'argent, l'amabilité fait facilement place à l'indifférence ou à l'hostilité.

Une femme rencontrée dans un CMC raconte l'accueil qu'elle a reçu au moment de son accouchement. « J'étais venue accoucher. J'ai été insultée par les sages-femmes d'ici. Il manquait 300 Cfa sur mon argent. Les sages-femmes ont dit que si l'argent n'est pas au complet, elles ne me regarderont pas si je me trouve à l'agonie. J'ai expliqué que je viens de loin, que j'ai réglé le déplacement ce qui explique le manque d'argent et que mes parents compléteront demain. Il a fallu l'intervention d'un Monsieur - il m'a trouvée en train de pleurer et il m'a remis 300 Cfa - pour que les sages-femmes s'occupent de moi. »

L'importance de l'argent dans la prise en charge est une conséquence de la privatisation des soins.

Si tu n'as pas d'argent, on ne s'occupe pas de toi. Il y avait une femme à côté de moi, le jour qu'elle disait qu'elle n'a pas d'argent avec elle, on ne faisait pas son pansement. Tout est à payer, même le coton pour nettoyer la plaie. Le pansement, c'est 300 Cfa, même si tu as les produits avec toi (Mariama opérée d'une césarienne à l'hôpital).

Une communication difficile entre les soignants et les hospitalisées

Le déficit de communication entre le soignant et les patientes commence par un problème de langue. Par exemple, une sage-femme ne parlant que le français et une seule langue vernaculaire ne peut communiquer avec des parturientes parlant une autre langue vernaculaire. Dans la composition de l'équipe de garde, il n'est pas tenu compte de la compréhension des langues nationales des soignants.

Globalement, le diagnostic et le traitement ne sont pas clairement précisés à la malade et à sa famille. Le médecin manifeste parfois un préjugé vis-à-vis de la patiente et de sa famille : « ce sont des analphabètes, ils ne peuvent comprendre ». Il se contente souvent de remettre plusieurs ordonnances successives sans explication. Les parturientes ne sont pas préparées à l'éventualité d'une césarienne. Au dernier moment, une explication sommaire est donnée et un argument asséné qui engendre la peur :

C'est la solution pour vous sauver. » « S'il n'y a pas d'opération, l'enfant va se fatiguer et mourir.

Dans ce contexte, on peut douter de l'efficacité du message abstrait véhiculé par les deux infirmières chargées de l'IEC.

Lorsque l'enquêteur demande à l'une des infirmières ce qu'elle dit aux « césariennes » qui présentent un bassin étroit, elle répond : « On leur dit de venir dès le sevrage faire un 'counselling'¹ avant de prendre une nouvelle grossesse ».

La privatisation des soins d'une part, et le non respect du forfait de l'autre, ne facilitent pas la compréhension de la prise en charge pour les usagers.

Les tensions entre les parturientes et les sages-femmes

Des mauvais traitements, des violences subies par les femmes lors des accouchements nous en avons entendu parlé davantage dans

¹ Le terme « counselling » a été introduit par les anglo-saxons en Afrique avec la lutte contre le sida. Il est utilisé par les infirmières du service de Gynécologie-Obstétrique à la place du mot « conseil ». Est-ce parce que le mot « conseil » appartient au langage de la vie quotidienne alors que le mot « counselling » semble ajouter une tonalité plus professionnelle ?

Le service de conseil en planification familiale de l'hôpital serait mis en sommeil depuis que le médecin responsable a été affecté dans un CMC.

l'enquête sur les centres de santé primaires en 1999-2000 que dans l'enquête actuelle à l'exception du témoignage de Fatoumata reporté précédemment. Voici une scène d'accouchement au CMC où s'exprime la violence suscitée par la douleur que ressent la parturiente :

Pour provoquer l'expulsion, la sage-femme appuie sur le ventre de Yari, la matrone agenouillée sur la table d'accouchement à côté de la parturiente presse de ses deux poings la partie supérieure de l'abdomen. Yari mord la matrone à la cuisse. Celle-ci la frappe puis montre la trace de la morsure aux personnes présentes ; la morsure est visible mais pas très profonde. Une autre matrone prend le relais. Après l'expulsion, Yari griffe au visage une sage-femme qui vérifiait si le placenta était décollé.

Le rôle des accompagnants dans la prise en charge des hospitalisées

Le chef du service de l'hôpital veut empêcher l'envahissement des salles d'hospitalisation par les familles et la consigne donnée est claire :

Il y a deux sages-femmes, une infirmière, un médecin CES. Il ne faut plus de parent, c'est à vous à faire la garde. L'équipe de garde doit s'occuper des malades et non les parents (le chef de service lors d'une réunion de concertation avec le personnel).

Les infirmières, chargées de l'IEC, relaient le message :

Les parentes des malades nous causent des problèmes. Pour elles, elles sont là pour guérir leur malade alors que ce n'est pas ça. Elles doivent rester à l'écart. On leur dit qu'elles ont passé la nuit avec elle (la malade), le matin qu'elles nous laissent nous occuper d'elle.

Les observations montrent que les parents veillent sur leur malade. Ils passent la nuit près d'eux, leur apportent les repas, vident les bassins, vont acheter les médicaments, chercher de l'argent pour assumer les frais des analyses, de l'opération. Les soignants refoulent les parents et en même temps, ils s'appuient sur eux.

Je passe la nuit ici dans le couloir ou sur un lit dans une salle inocupée. Nos parents sont loin. J'achète à manger pour elle, le matin du fonio avec du jus et le soir du fonio (Le mari d'Aïcha, femme hospitalisée).

Nathalie a besoin d'aller aux toilettes. Les sages-femmes dans la salle de garde discutent entre elles, rechargent leur téléphone portable, téléphonent, certaines prient, l'une est étendue sur le lit. Le frère de Nathalie, médecin privé, assure les

soins. Le mari est parti acheter les médicaments. Le frère sort de la salle d'observation où Nathalie est alitée et va chercher une parente qui attend assise dans le hall. La parente videra le bassin et assurera la toilette de la malade.

Une sage-femme intervient plus tard et crie après le médecin privé et les parents. « La salle de travail n'est pas une permanence. Sortez, sortez. Attendez, je vais dire au Dr A. Vous, on vous laisse parce que vous êtes médecin et même cela, c'est si vous avez une blouse ».

Le médecin commente : « La patiente souffre et il ne la regarde même pas. Courir derrière les gens ici, ce n'est pas facile du tout. »

Au CMC, les familles des accouchées sont présentes, étalent les nattes et occupent l'espace des salles d'hospitalisation entre les lits surtout le week-end. Elles considèrent que leur apport est matériel et aussi moral.

Les sages-femmes ne viennent pas soulager la femme qui accouche. Elles ne s'approchent que si le docteur leur fait appel. Elles doivent être à côté pour consoler la femme. C'est nous qui avons tout fait presque à la place de la sage-femme (une parente d'une accouchée).

La construction sociale de la confiance

Si les médecins et sages-femmes évoquent leurs « malades personnelles », leurs « protégées », les femmes parlent de « ma » sage-femme, de « mon » docteur. Après un déménagement, des femmes continueront à se faire suivre par le médecin en lequel elles ont confiance et ne tiendront plus compte de la proximité géographique. Une sage-femme ou un médecin connus dans une structure publique de santé seront fréquentés à leur cabinet privé s'ils sont affectés dans un autre site. La fidélité se porte sur une personne et non sur une structure.

La confiance passe par la relation personnelle et s'enracine ensuite dans une expérience vécue de soins, d'accouchement et souvent se bâtit sur l'expérience de plusieurs années.

J'ai confiance en Mme B car elle m'avait dit à ma première grossesse que l'enfant est gros donc que je ne peux pas accoucher si ce n'est dans les grands hôpitaux. Effectivement, j'ai trouvé qu'elle a raison. Elle n'a pas menti pour essayer de me fatiguer chez elle dans le vide (Aïssatou opérée d'une césarienne au CMC).

Un intermédiaire, parente, amie, voisine, soignante du privé ou du public, assure la relation entre la sage-femme ou le médecin et la

parturiente. Au départ les liens entre le médiateur et le soignant se fondent sur la base de la parenté, du voisinage, de la promotion scolaire, de l'origine culturelle, d'une affectation professionnelle... L'intercesseur se déplace souvent en personne ou fait un mot de recommandation.

J'ai connu le Dr Y à travers mon grand frère qui lui a dit de s'occuper de moi (Nakandé rencontrée à l'hôpital).

Dr S, c'est notre docteur. Mon jeune frère m'a amenée chez lui parce que c'est lui qui suivait sa femme. Quand je tombe malade, c'est lui qui me suit. C'est la raison pour laquelle j'ai amené ma copine ici parce qu'il est très bien (Entretien à l'hôpital).

Il peut y avoir une chaîne de recommandations incluant les maris et les femmes car ce sont souvent les maris qui décident du recours thérapeutique car ils payent les frais.

L'ami de ma sœur a dit à mon mari que Dr J est un bon gynécologue. Ma sœur les a mis en contact. Je suis partie le voir avec mon mari (Adama, enceinte de sept mois venue en consultation au CMC).

Les rumeurs qui circulent autour d'un soignant et l'importance de sa clientèle influencent les femmes.

Toutes les femmes parlent de lui, on dit que c'est un bon médecin. Il s'occupe bien des femmes enceintes, il fait bien sa consultation (Hawa venue en consultation à l'hôpital).

Dans l'appréciation de la compétence du médecin intervient l'efficacité du traitement, mais aussi des critères non strictement médicaux comme la disponibilité, la qualité de l'accueil.

À l'enquêteur qui demande à Bountou pourquoi juge-t-elle son médecin de l'hôpital compétent, elle répond : « Il a traité ma belle-sœur très bien ainsi que moi aussi. Un médecin compétent est celui qui s'occupe de toi, te soigne, te donne les médicaments, t'accueille très bien, te sauve la vie. »

Les médecins qui réussissent à traiter des cas d'infécondité prolongée jouissent d'un prestige particulier.

Une relation de confiance entre soignant et soignée semble nécessaire dans un contexte d'insécurité sanitaire, de suspicion du secteur public et de privatisation généralisée. Néanmoins, si la confiance ne se conjugue pas avec la compétence, les femmes prennent des risques.

Les protégées

Le terme de « protégée » est vraiment passé dans les mœurs à tel point qu'on peut lire dans le registre d'accouchement du CMC l'annotation par défaut « femme non protégée ».

En revanche, cette femme recommandée ne suivra pas le règlement.

Des femmes attendent dans le hall d'un CMC pour être examinées par le médecin. Une soignante relève les carnets. Une patiente ne donne pas son carnet en disant qu'elle est recommandée.

Si son médecin est présent, la patiente sera mieux ou plus rapidement prise en charge. Mais, inversement, le statut de protégée provoque des attentes lorsque le médecin traitant n'est pas là. Il entraîne des ruptures de prise en charge car tout repose sur un soignant qui, bien évidemment, peut être absent, malade, occupé ailleurs. La relation privilégiée n'assure donc pas forcément une meilleure prise en charge médicale. Elle n'exclut ni les erreurs médicales ni la surtarification.

La relation « protégée-soignant » déborde la sphère médicale et peut devenir une relation familiale.

Dans la salle d'attente d'un CMC une femme attend pour être consultée par un médecin. Le dialogue suivant a lieu entre la patiente et une sage-femme qui la protège :

- *La sage-femme : J'espère que tu as déjeuné avant de venir et que tu as envoyé l'échantillon de selles pour l'examen.*

- *La patiente : J'ai envoyé les selles, mais je n'ai pas déjeuné.*

- *La sage-femme : Tu n'as pas d'argent ?*

La sage-femme sort et revient avec un bol de riz en disant à la patiente : - Mange très bien et bois de l'eau, je viendrai t'appeler tout de suite pour faire ta visite.

Karimata, césarisée au CMC, revient avec une parente pour une visite de contrôle. Elle croise la matrone qui a suivi sa grossesse à son domicile et qui l'a conduite ensuite au CMC pour être opérée. La matrone qui sortait, retourne sur ses pas. « Donne-moi ton carnet. » demande-t-elle à Karimata. « Je l'ai oublié. » répond cette dernière. « Vous avez de la chance, qu'on s'est rencontrées (sic), sinon vous alliez beaucoup souffrir. » rétorque la matrone qui joue le rôle d'intermédiaire entre le médecin et la patiente.

La prise en charge des patientes par les soignants

Les conséquences de la pénurie de matériel sur la prise en charge

Les femmes qui ne peuvent être prises en charge au CMC par suite du déficit matériel de la structure sont référées au CHU. Les raisons matérielles de référence sont variées : il manque une place d'hospitalisation, le bloc opératoire est occupé, le matériel ou le linge ne sont pas stérilisés, le courant électrique est coupé, il n'y a pas de banque de sang, le produit anesthésiant est en rupture, l'oxygène n'a pas été renouvelé, les kits ne sont plus disponibles. La difficulté est reportée sur l'hôpital national où elle sera résolue mais si celui-ci rencontre un problème matériel insoluble, il peut également référer la parturiente au second hôpital où là, il n'y aura pas d'autre alternative. Ces transferts aggravent le délai de prise en charge des urgences et les risques encourus. Et bien sûr, cette pénurie de matériel fait courir des risques aux patientes.

Si vous recevez une femme dans un état de crise éclamptique et que, dans la structure, il n'y a pas de médicaments que vous pouvez donner pour faire baisser la tension donc cela pose des problèmes (Un médecin stagiaire du CMC).

Personnellement, je n'ai pas de boîte de césarienne, d'obstétrique, j'ai un tensiomètre et un Pinard. Quelquefois, on se débrouille avec du matériel usé pour sauver la vie humaine (Un médecin stagiaire du CMC).

Et, à l'évidence, ce sont les malades les plus pauvres, dont les familles ne peuvent pallier le manque de matériel, qui sont les premières victimes de la pénurie des structures. De manière globale, divers actes médicaux ne sont pas accomplis du fait de cette pénurie

Une sage-femme doit remplir le partogramme d'une parturiente « protégée » par un médecin qui vient d'être admise à la maternité de l'hôpital. Elle n'a pas de tensiomètre :

« Je n'apporte pas le mien car on vole ici... » dit-elle.

Elle s'adresse à un CES : - Donnez-moi votre tensiomètre.

- Le CES : J'en ai besoin, je n'en ai pas, j'ai une femme hypertendue, je cherchais le tensiomètre, il est dans le placard et Dr B. est sorti.

Lors d'un staff, le médecin responsable interroge : - La tension n'a pas été prise ?

- Le CES : Il n'y a pas de tensiomètre.

- Le médecin : Si vous n'avez pas pris la tension d'une femme choquée, ce n'est pas la peine de garder.

Au cours de la visite médicale des femmes hospitalisées, le CES demande pourquoi la tension de Droussa qui souffre d'éclampsie n'a pas été prise.

Réponse de la sage-femme : « Il n'y a pas de tensiomètre. »

Des retards sont pris dans la prise en charge

Au responsable de l'Unité qui lui reproche lors du staff d'avoir « trop duré » lors de la césarienne, le CES répond : « Il manquait beaucoup de choses dans le kit. »

10 heures 30 : Dr C sort de la salle d'accouchement du CMC avec Bountourabi qui doit subir une césarienne. Ils se dirigent vers le bloc opératoire.

10 heures 35 : Ils ressortent car il y a une rupture de la kétamine, produit anesthésiant couramment utilisé.

11 heures 35 : L'anesthésiste est de retour et a acheté la kétamine dans une pharmacie.

De ce fait les urgences sont difficiles voire impossibles à gérer.

Le rapport à l'écriture

À l'hôpital, le personnel est couramment à la recherche des dossiers des malades qui ne suivent pas toujours entre le bloc, le staff, la salle d'hospitalisation. De plus, les dossiers médicaux sont souvent incomplets. Avant le staff, les CES se dépêchent de remplir les dossiers médicaux à partir du registre de garde, en interrogeant les femmes qui ont été césarisées ou de mémoire. Lors de la visite médicale, un étudiant de médecine de quatrième année note ce que le CES lui dicte, d'où parfois des erreurs.

Les partogrammes ne sont pas remplis ou mal ou incomplètement remplis. On peut s'interroger sur le fait que le partogramme, reconnu comme un très bon outil de gestion de l'accouchement, ne soit pas rempli. Il ne l'est que si la parturiente arrive à l'hôpital au début du travail or certaines parturientes y arrivent tardivement car les maternités concernées sont des structures de référence. Mais il existe d'autres causes telles que la négligence, la routine des sages-femmes.

- La sage-femme maîtresse du CMC : Les sages-femmes ne savent pas bien utiliser les partogrammes. On est obligé de reprendre.

- L'enquêteur : Pourquoi ne les remplissent-elles pas ?

- La sage-femme maîtresse : Par paresse, peut-être. Elles ne « s'adonnent » pas.

Des sages-femmes ne savent pas remplir le partogramme malgré les formations reçues. Il ne faisait pas partie de leur formation initiale et elles préfèrent se baser sur leur expérience. Pour le remplir, il faut avoir sous la main un bic et un tensiomètre, ce qui n'est pas toujours le cas, nous l'avons vu précédemment. La famille de la parturiente doit payer le formulaire. Les familles pauvres, quand elles le payent, le font en retard. La privatisation des accouchements entraîne parfois le fait que certaines sages-femmes préfèrent qu'il n'y ait pas de trace écrite de l'accouchement pour encaisser à leur profit tout l'argent versé par la famille.

Il existe une sous notification des accouchements par les sages-femmes quand les docteurs sont absents (Un médecin stagiaire du CMC).

Le changement de garde enfin explique que le partogramme ne soit pas complètement ou pas du tout rempli.

L'imprécision dans le traitement antérieur et dans le suivi du traitement

Le mari d'une femme enceinte revient au CMC voir le médecin stagiaire qui a prescrit à sa femme un médicament contre le paludisme, pour renouveler le traitement.

Le médecin au mari : «Je ne peux prescrire le produit si je ne connais pas effectivement quelle dose elle a prise à la maison. J'ai dit à votre femme de rester ici pour qu'on lui monte une perfusion. Elle a refusé. Elle a dit qu'il y a quelqu'un à la maison qui peut faire cela pour elle. Donc, si vous revenez ici avec des plaintes, il faut que je sache ce qu'elle a pris à la maison avant d'être ici. On ne peut pas donner une autre dose, cela peut provoquer des réactions. »

Le médecin apprend par le mari que la patiente a pris la quinine sous forme de comprimés. « Je ne connais pas la dose qu'elle a prise à la maison. Il faut envoyer le reste (du médicament) on va vérifier. Si vous cachez la vérité au médecin, ça ne peut marcher. »

Cette bribe de conversation évoque la difficulté de la prise en charge des gestantes et des parturientes. Les familles n'ont pas conscience des risques encourus par la prise médicamenteuse. Les solutions les moins onéreuses sont recherchées comme faire monter la perfusion par un parent ou un voisin, acheter la forme orale plutôt qu'injectable du produit, utiliser peut-être un reste de médicaments.

Des parturientes se présentent au moment de l'accouchement sans le « carnet rose » du suivi de la grossesse. La sage-femme ou le

médecin ignore les antécédents de ces femmes et les problèmes éventuels rencontrés au cours de la grossesse.

Une des difficultés que doivent surmonter les médecins lorsque les parturientes sont référées au CMC et à l'hôpital, et parfois dans un état grave, est qu'ils n'ont pas les moyens de connaître les médicaments qui ont déjà été éventuellement administrés à la femme au cours du travail de l'accouchement. La parturiente n'a pas de carnet ou l'a oublié dans la situation d'urgence. Si elle a un carnet, les traitements n'ont pas été reportés, la femme et ses parents ne s'en souviennent pas.

Dans la structure de référence même, les médicaments prescrits par un médecin ne sont pas toujours correctement reportés dans le dossier médical (sans compter les familles qui n'ont pas encore payé le dossier). Il existe plusieurs prescripteurs et un manque de coordination entre eux. Lorsque le traitement est reporté, l'identité du prescripteur n'est pas toujours clairement indiquée. Les médecins ne savent pas toujours ce qui a été prescrit, ils ne savent pas si les médicaments ont été achetés, ils ne savent pas si les médicaments ont été pris car les prises médicamenteuses ne sont pas contrôlées. Une imprécision existe concernant les analyses médicales. Ont-elles été prescrites ? Ont-elles été réalisées ? Le résultat a-t-il été obtenu ?

La subjectivité dans le raisonnement médical

Dans ces services, les patientes arrivent souvent en urgence. Les médecins n'ont donc ni le temps, ni la possibilité d'approfondir la situation réelle des femmes qu'ils reçoivent, et se laissent aller parfois à un raisonnement médical entaché de subjectivité.

Lors de la présentation des urgences à un staff de l'hôpital, le CES indique que la gestante a ingéré de la nivaquine en laissant sous-entendre qu'il peut s'agir d'une tentative d'avortement. Lorsque le médecin responsable du staff demande la posologie, le CES répond quatre comprimés à 100 gr. Le médecin conclut : « Quatre comprimés à 100 gr, ce n'est pas à but abortif. »

Une patiente est hospitalisée en début de grossesse pour menace d'avortement. Elle a eu plusieurs avortements par le passé. Le CES de première année qui a la garde de la salle déclare aux médecins qui viennent pour la visite médicale : « Elle n'attache pas d'importance à son grossesse. ». Ce CES et la parturiente ne parlent aucune langue commune, sur quelle base le médecin s'appuie cette assertion ?

Les négligences et les erreurs médicales

Certaines négligences concernent l'hygiène et l'asepsie.

Au CMC, le 20 mars, les instruments ayant servi aux accouchements sont rincés, savonnés puis placés dans un récipient métallique avec un peu d'eau qui ne les submerge pas. Une infirmière stagiaire y ajoute de l'eau de javel mais la partie non immergée des pinces et des ciseaux ne sera pas stérilisée.

Au CMC, Dr C fait la suture d'une épisiotomie, il éponge le sang avec du coton non emballé qu'il sort de sa poche.

À l'hôpital, lors de la visite médicale des hospitalisées, le CES remarque un cathéter qui n'a pas été enlevé après la perfusion malgré les risques possibles d'infection. Un peu plus loin, le pansement d'une césarienne n'a pas été fait alors qu'il l'avait demandé la veille. S'agit-il d'une négligence ? Est-ce que la patiente n'a pas d'argent pour le pansement ? L'infirmière se justifie ainsi :

« C'est le médecin qui décolle (le pansement), s'il ne décolle pas, je ne peux décoller. »

Ces négligences entraînent parfois une souffrance inutile de la parturiente.

Lors de l'opération d'une césarienne au CMC, un étudiant stagiaire prend la voie veineuse de Mariam, avec le brassard du tensiomètre et oublie de dégonfler le brassard, gênant ultérieurement la diffusion du produit anesthésiant. Le chirurgien commence l'opération malgré les cris de Mariam, sa « protégée ».

« J'étais consciente au moment où l'opération se faisait, j'ai eu trop de mal, j'ai cru que j'allais mourir » (Mariam).

Ce cas illustre différents problèmes.

Le manque de matériel :

Nous n'avons pas de garrot, donc moi j'ai pris le brassard, je l'ai serré à son bras pour rechercher la veine. » (Etudiant stagiaire).

Des tâches sont confiées à des nouveaux stagiaires sans qu'il y ait un contrôle suffisant des soignants plus expérimentés. La formation se fait sur le tas et les stagiaires sont en rivalité. Il y a un empilement des fonctions et un manque de coordination au sein de l'équipe.

C'est moi-même qui ai envoyé l'induction. Après dix, quinze minutes, j'ai ouvert le sérum, j'ai trouvé que cela ne va plus. Pour moi, le cathéter était bouché, j'ai

débouché le cathéter, mais j'ai vu que cela ne partait pas. J'ai regardé le brassard, j'ai trouvé que c'est gonflé. J'ai dégonflé. J'ai dit au nouveau médecin : « Vraiment, ce n'est pas ton travail, ne prends même pas la tension, s'il n'y a pas d'anesthésiste au bloc, laisse comme cela ». Il a dit que lui, c'est pour accélérer le travail. Comme je n'ai pas voulu entrer (le stagiaire anesthésiste se sentait souffrant ce jour-là), il a fait le travail à ma place (Stagiaire anesthésiste).

Le manque de coordination entre les médecins de différents services provoque des erreurs. Par exemple, un médicament a été prescrit par un médecin en pneumo-phtisiologie à une gestante alors que ce produit ne doit pas être administré lors de la grossesse.

Le staff peut être l'occasion d'exposer les erreurs médicales dans la prise en charge des urgences, de les analyser, de manière à ce qu'elles ne se renouvellent pas. Dans une urgence relatée, un acte médical dangereux fut accompli et dénoncé par le responsable du staff. En ce qui concerne une autre parturiente ayant expulsé un mort-né, la procédure thérapeutique fut incomplète car le médecin ne procéda pas au curage ce qui provoqua ultérieurement une hémorragie. L'explication de la prise en charge incomplète du médecin dans ce cas est soit l'inexpérience, soit la pauvreté de la famille qui n'avait pas pu réunir les frais du premier traitement. Les erreurs entraînent des complications et parfois la mort.

Au CMC, lors de l'opération d'une césarienne, un médecin stagiaire suture une petite anse intestinale en même temps que l'utérus ce qui entraîne une occlusion. Il raconte :

« Ce jour-là, je devais aller à K, Dr G devait faire l'opération. Il m'a demandé de l'opérer avant de voyager. Ce jour-là, je ne voulais pas mais puisque c'est mon aîné, je lui dois du respect. J'ai fait la césarienne. Cette femme a développé une occlusion en mon absence. Dr G a repris la femme mais ça n'a pas marché. À mon retour, je l'ai trouvée dans un état critique, elle est décédée par la suite. »

Ce cas illustre, outre une erreur chirurgicale, les rapports hiérarchiques basés sur l'âge, la prise en charge individuelle et non collective, les ruptures de prise en charge, le suivi insuffisant des césarisées.

Autre exemple tout aussi dramatique :

Une matrone du CMC n'a pas bien fait le cordon. L'enfant part à la maison, il commence à saigner. J'étais obligée de le prendre, de l'amener. Le temps pour moi de l'amener, l'enfant qui était déjà fatigué est mort (Une sage-femme retraitée).

Les ruptures et les retards de prise en charge dans les maternités de référence

Le cas de décès maternel évoqué au paragraphe précédent illustre les ruptures de prise en charge. La privatisation de la clientèle entraîne des ruptures, des suspensions et des retards dans la prise en charge, plus fréquentes que si elle était collective.

Dr A m'a confiée au Dr C, il m'a donné un papier à remettre à Dr C pour commencer le travail. J'ai montré le papier à Dr C et je lui ai donné le prix des comprimés. Il m'a dit qu'il les a achetés. Dr C m'a dit qu'il va donner les produits à un de ses amis pour faire le traitement parce que aujourd'hui il n'est pas de garde. Je le cherche mais jusqu'à maintenant je ne le vois pas, c'est ce qui me fait marcher ici (Oumou venue en consultation à l'hôpital).

Les recommandations s'enchaînent en cascade diluant la responsabilité du médecin.

Cette délégation de prise en charge de la parturiente est soit horizontale - d'un soignant de même statut à son collègue -, soit verticale lorsqu'elle suit la hiérarchie des personnels. Le médecin qui rend compte des urgences au staff n'est pas forcément celui qui a pris en charge la parturiente, ce qui peut donner lieu à des erreurs d'interprétation si le dossier médical n'est pas correctement rempli.

Et de fait, des ruptures de prise en charge sont liées à une insuffisante coordination entre les Unités d'un même Service ou entre les différents praticiens.

Fatoumata est hospitalisée en urgence. Dr C, CES 3^o année, a assuré les premiers soins. La patiente est alitée dans une salle d'hospitalisation de la maternité. Lors de la visite Dr B (CES 3^o année) constate que le traitement n'a pas été noté dans le dossier de la malade. La tension de Fatoumata est très faible et elle saigne. Il prescrit une ordonnance. « C'est urgent, dit-il, il faut donner aux parents ». Il ne sait pas quel soignant donnera l'ordonnance aux parents et à quel moment.

Dr B demande d'appeler l'unité d'accouchement. Deux garçons de salle arrivent, mettent Fatoumata sur le chariot et la laisse dans le couloir. « On la laisse là », disent-ils, « car on ne sait pas où (la mettre) ».

Dr B au Dr D (CES 1^o année). Tu vas voir Dr S tu lui remets le dossier main à main. Dr D revient en disant que Dr S est sorti.

La poche de la perfusion de Nathalie est vide mais il n'y a aucun soignant disponible pour enlever ou renouveler la perfusion.

La priorité donnée au social

Dans toutes les sphères d'activité, la priorité est donnée au social. Mais cette priorité pénalise le champ du médical et même parfois les urgences. Lors d'une opération en urgence au CHU, l'anesthésiste, dont le frère vient de décéder, n'est pas présent. Au CMC, au moment de l'opération d'une césarienne, la sage-femme de service est absente pour raison familiale. Le nouveau-né n'a pu recevoir les premiers soins et manifeste une souffrance respiratoire. Il est évacué vers un service spécialisé dans la nutrition de l'enfant.

La prise en charge et la proximité sociale

Mme B est soignante au CMC. Elle doit être opérée d'une césarienne et souffre d'une pré éclampsie mais il y a rupture d'oxygène pour administrer l'anesthésie. Toutes les collègues de son service se sont mobilisées.

« J'avais demandé de la référer mais puisque c'est un personnel d'ici tout le monde s'est battu pour qu'on la prenne ici. » L'anesthésiste

Le directeur en personne se déplace pour aller chercher l'oxygène avec l'anesthésiste.

« Le directeur s'est déplacé pour l'oxygène. Il ne veut pas entendre que tu as été référée par manque d'oxygène. Il veut que tu sois suivie ici par les collègues de la maternité. » Une soignante s'adressant à Mme B

Le directeur assistera à l'opération pendant que les collègues de Mme B attendent assises dans le hall de la maternité. Elles demanderont, après l'opération, que Mme B soit transférée dans une cabine particulière climatisée au rez-de-chaussée.

« Etant personnel de Centre, elle ne doit pas restée dans la même salle que les autres malades, sinon elle ne pourra pas se reposer très bien avec les visiteurs des autres malades (Une collègue de Mme B).

N'importe quelle autre parturiente eut été référée. Ce cas illustre les attentions particulières des soignants à l'égard de Mme B par suite de la proximité sociale et de la solidarité professionnelle. Plus la patiente est connue plus elle jouira d'attentions.

L'urgence est impossible

Le vendredi 26 mars, Saoudou est référée d'un centre de santé public pour une césarienne au CMC où elle arrive à 10 heures 50. Comme il n'y a pas de matériel

stérile pour l'opération, elle est envoyée au service de Gynécologie-Obstétrique du CHU. Le cordon est déjà sorti. Elle quitte le CMC à 11 heures 15 soit vingt-cinq minutes de retard auxquelles s'ajoutent l'attente au centre de santé et le temps du transport.

11 heures 35 : Saoudou arrive au CHU. Le CES décide de l'opérer d'urgence car le pronostic vital est en cause.

12 heures 06 : le bloc opératoire n'est toujours pas prêt.

12 heures 08 : une ordonnance est demandée aux parents de Saïdou : cathéter, kétamine, diazepam¹.

12 heures 11 : Saïdou se dirige vers le bloc

12 heures 30 : l'opération de la césarienne commence.

Le cas de Saoudou montre que l'urgence est impossible, même quand la vie de la parturiente et de l'enfant sont menacées. Les déficiences en organisation et en matériel au CMC et au CHU accumulent les retards. Au CMC, la pénurie d'équipement, de matériel oblige de référer au CHU des femmes qui pourraient normalement être prises en charge par les médecins de la structure. De nouvelles déficiences surviennent au CHU.

Dans le cas de Mme B, (soignante au CMC), exposé précédemment, sa césarienne est intervenue avec du retard malgré les protections dont elle jouit. Son cas illustre différents points :

- la pénurie d'équipement mais aussi le manque de prévision ou d'organisation.

« Le directeur sait que les deux bouteilles sont vides depuis longtemps. C'est aujourd'hui, quand il y a urgence, qu'il se met à chercher. » Une infirmière stagiaire

- Les multiples intervenants énoncent des avis contradictoires concernant la référence de la mère, puis la référence de l'enfant, pouvant retarder la décision. C'est l'avis du chef hiérarchique qui l'emporte.

- Le statut très privilégié de Mme B ne la met donc pas à l'abri d'un retard de prise en charge. Il a fallu une heure quinze minutes pour que la bouteille d'oxygène soit mise en place compte tenu des démarches et des embouteillages.

Nous rappelons le cas de Bountourabi. Elle doit être opérée d'une césarienne au CMC. Il n'y a pas de kétamine (anesthésiant). L'anesthésiste part se fournir à pharmacie centrale. Il n'en trouve pas et en achète dans une pharmacie privée. Il revient une heure plus tard.

Par suite de la pénurie d'équipement, de matériel, le temps de l'urgence se heurte à celui de la débrouillardise.

¹ Le diazepam est une molécule chimique qui a des propriétés calmantes et anticonvulsives.

Quand il y a des urgences, il faut courir pour acheter des produits, parfois on n'en trouve pas (Une sage-femme de l'hôpital).

Le temps de l'urgence est incompatible avec le temps administratif.

La mesure envisagée contre les ruptures de stocks est purement administrative. Nous, chaque fois, nous rendons compte des difficultés d'urgence de la nuit, au staff, le matin. C'est à eux d'organiser, de voir ce qu'il faut faire pour éviter ces ruptures. On a beaucoup parlé. Des fois, ils disent « oui » mais rien n'est fait (Un médecin stagiaire du CMC).

La perception de l'urgence du médecin n'est pas celle de la patiente et de sa famille. La malade qui souffre et sa famille, sont anxieuses. Elles sont très sensibles à l'accueil, à la prise en charge médicale rapide dans l'espérance d'un soulagement.

Face à cette demande, différentes raisons peuvent expliquer l'attitude et la lenteur du soignant. Comme nous l'avons maintes fois observé :

- Il est accaparé par une autre activité, il discute avec ses collègues et il n'a pas envie d'être dérangé.

- Il est occupé à gérer une autre urgence.

- Il observe l'évolution de l'état de la malade si celle-ci a déjà pris un précédent traitement et si les paramètres médicaux ne sont pas inquiétants. Ce temps d'observation du clinicien peut être interprété, par la famille, comme un temps de l'indifférence.

- La réaction rationnelle du médecin s'oppose à l'émotivité de la patiente et de ses parents. Pour le praticien, il ne s'agit que d'une malade parmi une succession d'autres, pour la patiente et sa famille, le cas est unique.

- Le médecin hésite. Ses collègues expérimentés sont absents. Son inexpérience peut engendrer une erreur de diagnostic et un retard de prise en charge.

- Il est peu intéressé par une malade anonyme, à plus forte raison, si elle paraît pauvre. Il préfère gérer ses affaires personnelles et « ses protégées ».

- L'accompagnant n'a ni le statut, ni l'autorité personnelle pour s'imposer au médecin.

- Il a envoyé la famille de la malade chercher de l'argent avant de la prendre en charge.

Le cas suivant illustre encore d'autres causes susceptibles d'engendrer un retard dans la prise en charge des urgences :

Un dimanche après-midi au CMC, une femme est couchée sur un des lits de la salle de consultation en gynécologie. Elle se plaint de violentes douleurs abdominales. Ne sont présents que deux stagiaires, étudiants en médecine. L'un d'eux a administré un produit à la patiente et attend de voir si la douleur va se calmer. Il parle d'annexite. Il a demandé au chirurgien de confirmer son diagnostic. Le chirurgien, qui consulte des malades dans une salle voisine, a oublié le cas signalé par le stagiaire car ce dernier n'a pas l'autorité nécessaire pour se faire écouter du chirurgien. Lorsque le chirurgien examine enfin la patiente, il conclut à une crise d'appendicite. Le stagiaire négocie le prix de l'opération à la place du chirurgien, en aparté avec le mari, à 53,57 €. Le mari part chercher l'argent et demande conseil à une de ses parentes, médecin dans un autre hôpital, qui confirme la nécessité de l'opération. L'intervention chirurgicale n'interviendra que le lundi matin.

L'absence de médecins confirmés le week-end, l'inexpérience, le manque d'autorité des stagiaires de garde, la recherche de l'argent par la famille de la patiente, la demande de plusieurs avis médicaux, sont responsables de retards de prise en charge dans la structure même.

Les conséquences de la privatisation des soins sur la prise en charge des parturientes

La privatisation des soins désavantage fortement les femmes sans relations et sans argent qui se trouvent laissées pour compte. Cependant ce n'est pas sans effet pervers pour les malades « protégées ». Ces dernières subissent des retards de prise en charge. On les rencontre dans les structures attendant leur médecin.

Le samedi 13 mars, une femme enceinte arrive au CMC. Elle s'allonge sur le banc placé sur la terrasse. Son accompagnante va demander aux sages-femmes et aux matrones si elles acceptent que la patiente se couche sur un lit en salle d'hospitalisation en attendant l'arrivée de son médecin traitant qui lui a donné rendez-vous.

Mariam, référée d'une clinique privée, attend l'obstétricien qui doit l'opérer d'une césarienne 1 heure 40 sur un banc du CMC en manifestant des signes de douleurs.

L'indisponibilité du médecin provoque des ruptures de prise en charge et les autres soignants se sentent peu concernés si les retombées financières ne sont pas partagées. Ces relations personnalisées nuisent à la cohésion de l'équipe médicale. La privatisation des soins peut favoriser les négligences.

Dans une salle de la maternité du CMC, Mme S, infirmière, fait une piqûre sous-cutanée à sa malade. Elle ne porte ni blouse, ni gants. Elle n'est pas de service et est venue accompagner sa patiente pour pratiquer l'injection. Elle reçoit 400 Cfa .

La protection ne met pas à l'abri des erreurs médicales comme l'a montré le cas de Mariam évoqué précédemment. En effet, le médecin responsable peut vouloir agir seul pour assurer le traitement de « sa » malade plutôt que de s'en remettre à un collègue plus compétent. La patiente ou sa famille suivent les avis de plusieurs médecins de leur connaissance et sont soumises à des avis différents et même contradictoires.

Perception et anticipation des risques par la population et trajectoires des femmes.

Les risques perçus par la population

Les critères de santé de la femme enceinte

Les femmes enceintes ont leur propre perception des risques sanitaires. Dans un ensemble de symptômes, certains seront considérés comme graves, d'autres comme bénins.

Nathalie est enceinte. Elle est venue en urgence à l'hôpital. Elle souffre de diarrhée et de vomissements depuis près de deux semaines sans s'inquiéter. Elle a commencé à s'alarmer quand elle n'a plus senti l'enfant bouger dans son ventre.

Face à ces risques ressentis, les femmes enceintes prennent des décoctés de plantes à titre préventif pour « nettoyer le ventre » et « garder le nid de l'enfant propre ». Il s'agit d'un savoir familial qui n'exige pas forcément le recours à un guérisseur.

Je préfère les médicaments traditionnels, ça m'arrange mieux, j'y suis habituée. Ma maman prépare pour moi et certaines vieilles de chez nous. Il y a des racines, des décoctés et beaucoup d'autres choses. Dès que je tombe en grossesse, après quelques mois, je me rends au village à côté de ma maman, j'y reste jusqu'à l'accouchement (Binta accompagnatrice d'une gestante venue consulter au CMC).

Des décoctés de plantes sont utilisés au sein de la famille pour soigner les malaises de la grossesse. Certains peuvent être efficaces, d'autres sans effet ou même provoquer des intoxications.

Fatoumata, enceinte, hospitalisée, dit qu'elle prenait des plantes.

Sa mère commente : « Ses pieds et son visage ont commencé à enfler. On s'est mis à la traiter avec des décoctés et des produits traditionnels ; on a vu que sa douleur ne faisait qu'augmenter et les "enflements" ne baissaient pas. »

Nathalie a été hospitalisée en urgence. Le médecin qui l'a examinée a conclu à une intoxication à partir de médicaments traditionnels. Elle avait la diarrhée, vomissait des décoctés de feuilles et des traces de feuilles pilées étaient visibles sur son ventre.

Dans la famille de Nathalie, le mari s'oppose à ce que sa femme soit traitée par les plantes alors que ses parents qui y sont favorables. L'oncle de Nathalie, infirmier, fils de guérisseur, explique : « Les femmes (tantes, cousines de Nathalie) se sont données un coup de main, elles se sont débrouillées pour trouver des plantes.

Les risques perçus, les interdits de la grossesse

Les risques perçus mélangent les messages médicaux tels qu'ils ont été compris et les croyances véhiculées dans les familles.

La femme enceinte ne doit pas laver les habits, dit Hava. Le médecin m'a dit de ne pas rester tout le temps assise. Mon mari me disait de ne pas me promener la nuit, d'éviter de sauter sur les médicaments qu'on dépose dans les rues pour que cela ne touche pas l'enfant.

La femme enceinte ne doit pas se promener la nuit, ni se laver la nuit dehors pour éviter de faire de mauvaises rencontres notamment celles de génies qui pourraient gâter sa grossesse ou rendre son enfant anormal. Cette croyance est toujours prégnante même chez les femmes vivant à la capitale. Se laver avec un talisman, porter une cordelette nouée autour des hanches, est supposé protéger des personnes malveillantes, des sorciers et des génies.

Elle ne doit pas marcher, non plus, sur les débris végétaux de macérés ou de décoctés ayant servi à la préparation de remèdes car ils

pourraient communiquer à la future mère et à son enfant la maladie qu'ils étaient censés guérir.

Alors que certaines femmes, comme Hawa, ont assimilé le message médical selon lequel une femme en « grossesse avancée » ne doit pas se livrer à des travaux durs comme laver le linge, d'autres conservent l'opinion populaire opposée qui peut avoir pour conséquence un risque d'accouchement prématuré.

Si tu es en grossesse, tu dois faire des travaux durs pour faciliter l'accouchement. Moi, je parlais en brousse chercher du bois mort, puiser de l'eau, piler le fonio. En ville, on interdit aux femmes tout cela (Binta venue accompagner une femme enceinte au CMC).

La femme enceinte doit travailler pour que l'enfant ne se colle pas dans son ventre sinon, à l'accouchement, elle va souffrir (Adama rencontrée au CMC au 7^o mois de grossesse).

Contrairement il est aussi admis que les rapports sexuels tardifs facilitent l'accouchement.

La femme ne doit pas refuser les rapports sexuels avec son mari, même au neuvième mois, pour éviter de souffrir à l'accouchement (Binta venue accompagner une femme enceinte au CMC).

La grossesse entraîne un certain nombre de proscriptions alimentaires. La croyance populaire sous-jacente est que le fœtus est « influençable » et assimile les propriétés des aliments ingérés par sa mère. Suivant un type de pensée analogique, la consommation de la viande de certains animaux est interdite car l'aspect ou le comportement de ces animaux pourraient se retrouver chez l'enfant. Ces restrictions alimentaires pourraient aggraver l'anémie chez une femme enceinte.

De ces messages médicaux, les femmes ont retenu qu'elles ne devaient pas manger de sel.

On interdit le sel parce qu'il fatigue, il enfle les pieds (Adama rencontrée au CMC au 7^o mois de grossesse).

La parturiente s'intéresse au ressenti immédiat, à la présence ou non de la douleur et n'a pas une connaissance médicale suffisante pour anticiper sur le risque à la différence du médecin.

Oumou a accouché à l'hôpital d'un enfant mort-né. Pour le médecin, il faut « nettoyer son ventre ». Oumou n'en voit pas l'utilité car elle n'a pas de maux de ventre.

La non anticipation du risque par les femmes et leur famille

La pauvreté rend souvent impossible l'anticipation du risque et pour un grand nombre de familles d'une grande ville du pays, les revenus sont faibles et irréguliers.

Beaucoup de familles sont démunies et n'ont pas les moyens de prévoir et d'économiser de l'argent en vue de l'accouchement, à plus forte raison, si une césarienne est nécessaire. Même si le prix du kit chirurgical leur est avancé, il faut le rembourser, payer les frais de l'intervention chirurgicale, les analyses, les ordonnances.

Diarou a été opérée au CMC d'une césarienne. Les frais s'élèvent à 42,85 €.

-L'enquêteur au mari : Avez-vous prévu de l'argent pour l'accouchement ?

-Le mari : Je n'avais pas d'argent de côté, on n'a pas les moyens. On cherche le déjeuner pour le lendemain. C'est seulement si on a les moyens qu'on peut économiser. J'ai pris des dettes avec mon frère commerçant qui vend des habits à T. Je revends des habits pour lui.

Kadiaton a accouché au CMC.

-L'enquêteur au mari : Qu'est-ce que vous avez prévu pour l'accouchement de madame ?

-Le mari : Rien, je n'ai rien prévu. J'ai fait deux ans comme cela sans travail. Je suis chauffeur, j'ai fait un accident, j'ai eu le bras cassé. Depuis je suis au chômage.

Cette fragilité impose une certaine acceptation « fataliste » et cette incertitude nuit à l'anticipation. Pour certains, même acheter les habits du nouveau-né avant la naissance peut porter malheur.

-L'enquêteur : Quand une femme tombe enceinte, qu'est-ce que le mari doit faire comme préparatifs ?

-Abdonlaye dont la femme a accouché à l'hôpital : « Je ne connais pas cela. Je suis à mon premier enfant. Ca dépend de la volonté de Dieu si elle accouche dans de bonnes conditions parce que... On ne sait pas si l'enfant va vivre ou non. C'est après la naissance que l'on se détermine sur les actions à mener.

Cette incertitude par rapport à la vie ou à la mort s'exprime assez souvent.

À la question de l'enquêteur : Qu'avez-vous prévu pour l'accouchement ? Voici quelques réponses recueillies au CMC :

« Pratiquement rien. Comme le temps te trouve, il faut le prendre ainsi. Si l'enfant est vivant, on pense au baptême, mais tout cela, c'est dans les mains de Dieu » (Sadio, mari d'une femme nouvellement accouchée).

Ah ! On ne peut rien prévoir parce que on ne sait pas si c'est la vie ou la mort qui va s'en suivre (Abdouramane, mari d'Aïssata, nouvellement accouchée).

Il existe souvent un « non pouvoir » de décision et de prévision des principales intéressées. Les femmes sont moins instruites que les hommes. Souvent, elles n'ont pas de revenus autonomes et réguliers et elles ne choisissent pas les recours thérapeutiques. Les femmes âgées de la famille, mère, belle-mère ou l'homme qui prend en charge les frais décident à leur place. Les femmes ne connaissent généralement pas le coût des médicaments, de l'accouchement, de la césarienne.

Mes parents m'ont amenée à la clinique (clinique privée dans le quartier où habitent les parents de Fatoumata). J'y suis restée un moment, mais puisque mon état ne s'améliorait pas, mon père et ma mère ont décidé que je vienne dans le grand hôpital. Ma mère et ma tante ont cherché un déplacement pour m'amener ici. » Fatoumata, hospitalisée d'urgence.

C'est l'oncle paternel de Bintou qui assume les frais des soins de sa nièce à l'hôpital et donc décide de la prise en charge.

-Dr C : J'ai demandé le groupage. Il est réticent. Il dit qu'il ne peut pas payer le dossier à 1,78 € que c'est trop cher.

-Dr B : Elle ne pourra pas faire l'échographie à 14,28 € !

Lorsque les maris sont défaillants ou absents, le relais moral et financier est assuré par un autre homme de la famille ou de la belle-famille.

-Salimatou césariée au CMC : Les médecins n'ont pas voulu me dire la vérité, ils pensaient que j'allais avoir peur. Ils m'ont dit d'aller appeler mon mari ou un parent proche. Je suis partie informer le frère de mon mari, parce que mon mari n'était pas là en ce moment. Ils ont dit au frère de mon mari que j'ai des jumeaux mais que je dois être opérée, le second bébé est mort dans le ventre et a une mauvaise position. Le frère de mon mari a donné son accord après il m'a expliqué, j'ai dit : « D'accord ».

-L'enquêteur : Pourquoi les médecins ont-ils fait appel au frère de votre mari ?

-Salimatou : Ils ont dit qu'ils ne pouvaient pas m'opérer si un parent ne prend pas la responsabilité.

Les femmes jeunes, qui tombent enceintes sans être mariées, ont encore un statut plus précaire que celui des femmes mariées. Elles n'ont aucun moyen de décision et de prévision.

On constate également que les femmes n'ont pas été informées lors des visites prénatales qu'elles risquaient d'être césariées en cas de bassin étroit. Les femmes ont confiance dans les CPN et pensent être protégées alors que le suivi est souvent mal fait et que les sages-femmes ne détectent pas ou n'informent pas des risques obstétricaux.

De même, les opérées ne connaissent pas toujours clairement pourquoi elles ont subi une césarienne. Et si leur bassin est trop étroit ; lors d'une prochaine grossesse, elles risquent de revenir en urgence. Faute d'avoir été informées elles risquent de ne pas anticiper sur ce risque.

-L'enquêteur : Pourquoi avez-vous eu une césarienne ?

-Kadiatou (primipare césariée à l'hôpital pour un bassin étroit à l'hôpital) : J'avais mal au ventre et mon ventre était trop devant.

La grossesse n'étant pas perçue comme une maladie, elle apparaît comme ne nécessitant pas une prévention d'un risque spécifique.

-L'enquêteur : Qu'est-ce que votre mari prévoyait pour votre grossesse ?

-Binta rencontrée au CMC : Il ne se rend même pas compte jusqu'à l'accouchement. C'est si quelqu'un tombe malade que tu dois te préparer et prévoir quelque chose mais si ta femme ne se plaint de rien, tu ne prévois rien.

Parfois l'anticipation du risque médical est remplacée par une anticipation du risque social.

Nous avons acheté les habits de l'enfant et gardé de l'argent pour le baptême pour ne pas être honni devant les gens (M'Bintou, césariée à l'hôpital).

La peur des primipares est fortement exprimée. Elles ignorent tout du travail de l'accouchement.

Je ne parlais pas de grossesse et d'accouchement, ni avec mes amies, ni avec mes parentes. C'est après mon mariage que j'ai connu tout cela (Une accouchée du CMC).

Elles arrivent apeurées à l'accouchement et, en grande partie pour cela, certaines ne coopèrent pas avec les soignants comme Djénabou qui a accouché au CMC.

Dès que l'enfant engage sa tête, elle referme ses jambes et la tête repart. Plus de cinq fois, la même scène s'est reproduite. Finalement, pour sauver la vie du bébé car une souffrance fœtale a été détectée, les sages-femmes, matrones, médecins étaient tous obligés de la tenir car elle soulevait constamment la tête, balançait les pieds et a voulu mordre Dr D. (Observation réalisée en salle d'accouchement).

Ce manque d'anticipation du risque de la part des familles augmente l'atmosphère d'insécurité autour de l'accouchement. Tout le monde connaît dans son entourage des cas de morts maternelles. Dès qu'une complication survient, l'angoisse envahit les parturientes. Les CHU sont identifiés comme des endroits où les malades viennent mourir.

Mariama opérée à l'hôpital exprime sa peur : « La sage-femme et le médecin m'ont dit que je dois être opérée. Ils ont dit, c'est ça la solution pour me sauver. Je me suis remise à Dieu. Je ne peux rien. Je me remets à la volonté de Dieu. La mort ou la vie. J'avais peur, mais je ne peux rien. C'est moi-même qui ai marché jusqu'ici et j'ai parlé avec eux (les soignants). Je me suis lavée et je suis allée me coucher sur le lit du bloc opératoire.

M'Mah césarisée au CMC exprime son soulagement après l'opération.

-L'enquêteur : Comment s'est passée votre opération ?

-M'Mah : Très bien.

-L'enquêteur : C'est-à-dire ?

-M'Mah : Je suis sortie vivante avec mon bébé, on ne peut dire mieux.

Les trajectoires des femmes

La référence médicale

Les références officielles dans le système public se font théoriquement – ou idéalement - des centres de santé (CS) au CMC et du CMC au CHU. Mais, en fait, elles ne fonctionnent pas. La référence suit le réseau de relations des familles et des soignants et est donc plus ou moins incertaine et instable. Les familles de parturientes se débrouillent pour trouver un moyen de locomotion.

J'accompagne les parturientes à très haut risque. Il m'arrive parfois aussi d'accompagner des femmes qui doivent être césarisées. Si je vois, en tant qu'infirmière qui a de l'expérience, que l'accouchement par voie basse est impossible, j'accompagne la femme pour éviter que les sages-femmes forcent pour l'accouchement. Je réfère les adèmes aigues, les anémies sévères, lorsque le bassin est rétréci. Je demande à la femme où elle souhaite aller. Si c'est à J., je mets l'adresse d'un docteur que je connais mais maintenant, je ne mets aucun nom car les deux docteurs que je connaissais ont quitté. J'écris le nom du centre seulement (Mme C., affectée dans un CS et effectuant des accouchements à son domicile).

Des soignants exerçant dans le privé et le public ont, en fait, organisé un système de référence basé sur leur personne en jouant sur la complémentarité des structures de soins publiques où ils travaillent .

Ainsi, Mme G., sage-femme, a travaillé pendant des années dans le centre de santé public CS 1, près de son domicile. Elle est affectée actuellement au CS 2. Elle a ouvert une clinique privée avec un médecin stagiaire intervenant au CMC et un CES exerçant au CHU. Les femmes suivent les visites prénatales au CS 1 ou au CS 2 ainsi qu'à la clinique où les trois soignants consultent l'après-midi. Si une parturiente doit subir une césarienne, elle est envoyée au CHU ou au CMC en fonction de l'obstétricien disponible et des moyens financiers de la famille.

À côté de ces références dans le système public existent les « maisons d'accouchement » périphériques, les cliniques privées périphériques et les centres de santé associatifs.

Pour les premières, le personnel des maternités de référence parle de « maisons d'accouchement » périphériques privées qu'ils présentent comme des « boîtes noires ». Ils ignorent tout ce qui s'y passe et ils les chargent de toutes les erreurs médicales y compris celles qui relèvent des structures publiques. En fait, il s'agit de lieux précis et de soignants responsables qu'il est possible d'identifier si l'on s'en donne la peine.

Il existe tout un gradient de lieux d'accouchement en fonction de l'équipement et de la compétence de l'accoucheur. On passe insensiblement de la femme qui accouche seule chez elle à celle qui se fait aider par sa coépouse, une parente, une voisine sans qualification reconnue, à celle qui se confie à une accoucheuse de quartier connue, une matrone, une ATS, une sage-femme retraitée ou en exercice qui accouche les femmes à leur domicile ou dans son salon. Des étudiants en médecine, Des médecins stagiaires pratiquent des accouchements à leur domicile. Des sages-femmes, infirmiers, médecins recrutés ou non dans la fonction publique ont aménagé un cabinet de soins ou une clinique plus ou moins équipés et reçoivent les gestantes et parturientes.

Les cliniques privées, quant à elles, elles présentent une grande diversité par les services offerts et par le réseau de soignant dans lequel elles s'insèrent.

En ce qui concerne le secteur associatif, privé non lucratif, et confessionnel, il connaît un succès auprès des populations à cause de la crise de confiance qui frappe les structures publiques. Tous les sites sanitaires qui relèvent de ce secteur n'assurent pas des accouchements. Le personnel est composé de soignants non engagés dans la fonction publique. Leurs résultats sont très inégaux et dépendent de l'investissement

humain des responsables, de la gestion financière et de l'encadrement du personnel.

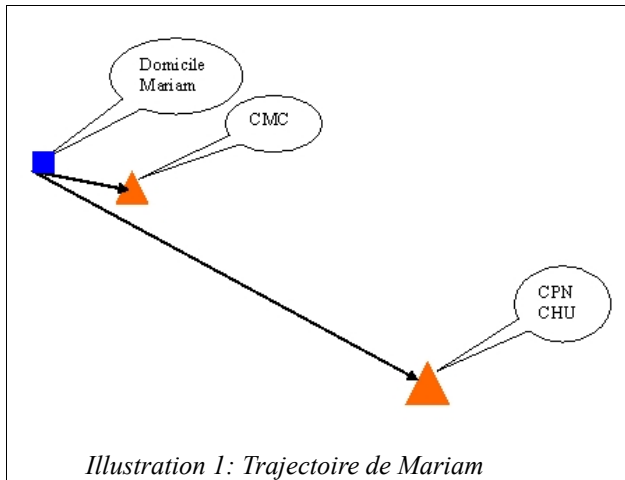
La description de trajectoires

Il n'est pas toujours facile de retracer la trajectoire des parturientes. Comme nous l'avons vu, la référence est personnelle et non administrative. Elle se fait d'un soignant à un autre mais non d'une structure à une autre.

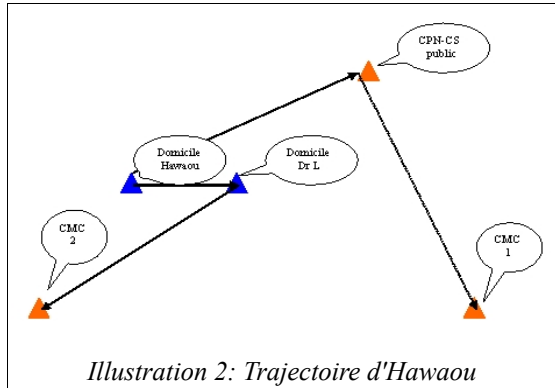
Les accouchées ne connaissent pas précisément l'identité et le statut des soignants qui, à un moment donné, se sont occupés d'elles. Elles appellent « hôpital » toute structure de santé, « docteur », tout agent de santé portant une blouse ou nomment les sages-femmes par leur prénom.

Lorsque la parturiente présente à la sage-femme qui l'accueille dans la structure de référence le carnet rose standard de suivi de sa grossesse, il n'est pas toujours facile d'identifier le nom du cabinet de soins et celui de la sage-femme ou du médecin qui ont référé la parturiente, il n'y a aucun nom inscrit et s'il y a un cachet, il est illisible. Ces imprécisions sont liées à la négligence ou volontairement entretenues de la part de cabinets de soins ou de cliniques n'ayant pas d'agrément officiel.

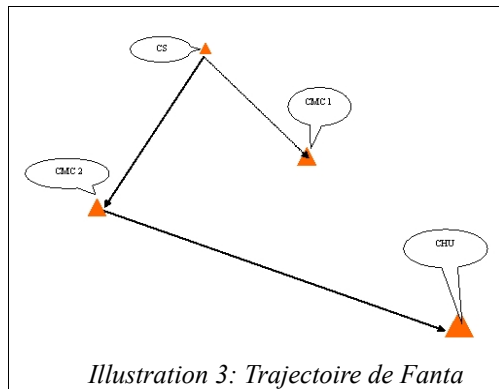
Voici quelques exemples de trajectoires.



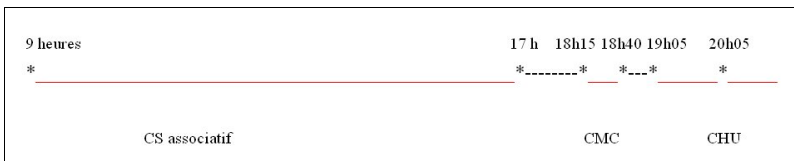
Mariam effectue ses CPN (Consultations Prénatales) au CHU. Pour subir une hystérotomie, elle se rend, non pas au CHU, comme on pourrait s'y attendre, mais au CMC pour des raisons de proximité, de moindres coûts et de relations.



Hawaou a suivi les CPN dans un centre de santé public (CS) distant de son domicile. La sage-femme de la CPN n'a pas diagnostiqué la disproportion fœto-pelvienne avec bassin rétréci qui aurait nécessité une référence du CS au CMC 1. Au début du travail, Hawaou préfère se rendre au domicile d'un obstétricien, Dr L, qui habite dans son quartier et qui travaille au CMC 2 et dans des cliniques privées. Pour des raisons de moindre coût, Dr L envoie Hawaou au CMC 2 où il procédera lui-même à la césarienne.



- De 9 heures à 17 heures Fanta, en début de travail, a été gardée à la maternité d'un Centre Associatif du quartier où habitent ses parents. C'est dans ce Centre qu'elle a suivi les visites prénatales. À 17 heures, comme l'accouchement ne se déclenche pas, la sage-femme la réfère au CMC 1 sous le motif : « refus de pousser ».
- La mère de Fanta préfère l'envoyer au CMC 2 où elle-même a accouché. Le mari de Fanta, chauffeur de taxi, conduit les deux femmes au CMC 2 où ils arrivent à 18 heures 15.
- Le médecin stagiaire, de garde ce samedi, décide de faire la césarienne lorsque se produit une coupure d'électricité obligeant à référer Fanta au CHU. Elle quitte le CMC à 18 heures 40.
- À 19 heures 05, la famille arrive au service de Gynécologie-Obstétrique du CHU. À 19 heures 15, le CES note un début de souffrance fœtale. Fanta entre au bloc opératoire à 20 heures 05.



L'itinéraire de Fanta, comme celui de beaucoup de parturientes, accumule les retards dans la prise en charge. Elle est gardée trop longtemps au centre de santé. Elle transite par plusieurs structures avant d'arriver au service hospitalier où l'organisation de l'intervention chirurgicale demande un nouveau délai.

La référence médicale est détournée ou doublée par les relations personnelles.

Aïssatou est suivie par une sage-femme à la CPN d'un centre de santé public de son quartier. La sage-femme ayant été mutée dans un autre centre de santé, Aïssatou la consulte à son domicile. La sage-femme, au moment de l'accouchement, lui dit qu'elle doit se rendre à la maternité du CHU. Une amie de Aïssatou lui conseille d'aller auparavant au domicile de sa tante qui travaille dans cet hôpital. Arrivées au domicile de la tante, celle-ci est absente, elle se trouve sur son lieu de travail. À l'hôpital, Aïssatou et son amie cherchent la tante qu'elles ne trouvent pas.

Les patientes font tout leur possible pour éviter l'anonymat dans les structures de soins. Mais ce système basé sur les relations est aléatoire. Il est lié à la présence d'un soignant connu de la parturiente ou des accompagnants, qui, de plus, n'est pas forcément compétent pour gérer la situation.

Dans la trajectoire d'une parturiente interfèrent les décisions des soignants et celles de la famille. L'avis du soignant est fondé sur l'expertise médicale liée à sa compétence et sur la possibilité de prise en charge dans la structure. Plusieurs médecins consultés peuvent donner des avis différents. Les conseils médicaux sont suivis ou déviés par les options de la famille. Les parents décident en fonction de leurs moyens financiers, de la proximité de la structure de soins, de leur compréhension des avis médicaux, de leur perception de la gravité, de leurs expériences, des conseils donnés par leurs relations. Au sein du groupe familial, les opinions divergent parfois.

Les consultations prénatales

Trois consultations prénatales (CPN) sont préconisées au cours de la grossesse. En théorie, dans les centres de santé, les visites prénatales sont gratuites une fois que le prix du carnet rose de suivi de la grossesse et de l'enfant a été payé. En fait, même dans les CS publics, les visites prénatales sont payantes ainsi que le traitement anti-paludéen, le FAF (Fer, Acide Folique) et la vaccination antitétanique. Et, par ailleurs, les femmes font suivre leur grossesse par toutes les catégories de soignants : ATS, sages-femmes, médecins travaillant à leur domicile, dans une structure de soins publique et/ou privée.

Des femmes, par ignorance et pauvreté, ne se font pas suivre ou insuffisamment pendant leur grossesse.

Beaucoup de femmes ne se font pas suivre, ce sont des femmes pas instruites qui croient qu'il faut seulement attendre le jour de l'accouchement (une gynécologue privée).

Une fiche prénatale est remplie lors de la première consultation avec l'adresse de la gestante. Le programme des soins de santé primaires prévoit la stratégie avancée. Des agents du CS vont rechercher les femmes dans les quartiers lorsqu'elles dépassent la date prévue.

Dans un CS, les soignants nous expliquent qu'ils ne sont pas bien accueillis quand ils vont chercher les femmes enceintes dans les quartiers : « Certaines pensent que l'on vient leur soutirer de l'argent. »

À l'opposé, d'autres femmes, suivant les conseils de leur médecin ou de leur sage-femme, font jusqu'à deux CPN par mois qui ne se justifient pas médicalement. Chaque visite est facturée de 300 Cfa à 800 Cfa. Si le soignant consulté à son domicile ne pratique pas la vaccination anti-tétanique et l'albuminurie, il envoie la gestante dans une structure « adéquate », soit qu'il y travaille, soit qu'il y connaisse quelqu'un.

Des CPN effectuées consciencieusement permettent de diagnostiquer certains facteurs de risque au moment de l'accouchement et d'orienter les parturientes vers les structures où elles pourront, le mieux, être prises en charge. Mais, en fait, les CPN ne sont pas toujours bien pratiquées et efficaces et les femmes enceintes ignorent les risques qu'elles courent au moment de l'accouchement par suite de négligence, incompetence, déficit d'information¹.

Maimouna a été césarisée au CMC à cause d'une infection sexuellement transmissible (IST). D'après le médecin qui l'a opérée, ses CPN, réalisées au CMC, service SMI, ont été de mauvaise qualité car elles n'ont pas permis de diagnostiquer l'IST.

Annette a suivi ces CPN dans un CS public avec une sage-femme, recommandée par sa grande sœur, qui ne lui a pas indiqué que la disproportion entre son bassin et la taille du fœtus nécessiterait une césarienne.

Les accouchements à domicile

Je n'aime pas venir à l'hôpital pour faire mes accouchements, c'est une perte de temps. J'ai eu mes deux enfants, seule à la maison et quand j'ai fini d'accoucher, j'appelle les voisins pour qu'ils viennent s'occuper du bébé (Diarou rencontrée avec son nouveau-né au CMC).

Certaines femmes comme Diarou préfèrent donc accoucher à leur domicile, c'est notamment le cas parmi de certaines populations qui, par discrétion et pudeur, préfèrent accoucher seules et réussissent

¹ A. Prual dans un article en 1999 (b : 175) dénonçait la mauvaise qualité de la prise en charge des femmes enceintes au niveau des consultations prénatales en Afrique de l'Ouest où certains facteurs de risque n'étaient jamais dépistés. D'autre part, à l'accouchement, les informations collectées lors des CPN étaient rarement utilisées.

même à couper le cordon elles-mêmes. D'autres femmes accouchent à leur domicile par manque d'argent en se faisant aider par une autre femme.

Certaines parturientes n'ont pas le temps, ni la possibilité de se rendre dans un centre de santé. Elles habitent un quartier excentré où les moyens de transport sont difficiles principalement la nuit et au moment de l'hivernage.

Ramata arrive au CMC et s'adresse à une matrone en disant qu'elle veut voir un médecin :

« Avant-hier nuit, vers 4 heures, j'ai eu très mal au ventre. Nous avons voulu venir à l'hôpital, mais on n'a pas eu de véhicule parce que l'on est très éloigné de la route principale, dans un endroit où les voitures ne circulent pas. À l'aube, j'ai accouché seule dans la maison. C'est quand j'ai fini que j'ai appelé. Une vieille femme est venue me nettoyer ainsi que le bébé. »

Si l'accouchement à domicile se passe mal, le risque est grand et « sans filet » pour espérer un secours rapide.

À deux heures, trois heures du matin pour avoir un moyen de transport, c'est difficile. La femme se dit : « Je préfère rester là, après l'accouchement, je vais à l'hôpital ». Le matin, on l'envoie avec son bébé. Il y a souvent des déchirures, une hémorragie » (Un médecin stagiaire du CMC).

Les déplacements

Les déplacements dans la capitale sont très difficiles à cause de l'état de la ville, pénurie de transports en commun, embouteillage, mauvais état des routes à l'hivernage. La situation est encore plus difficile pour les parturientes et leur famille.

Voici le récit d'Issa dont la femme a accouché au CMC : « Le déplacement a été difficile. Il n'y a pas de route d'abord. Nous sommes complètement enclavés. Pour trouver un déplacement vers chez nous, il faut une connaissance, sinon c'est impossible. Donc, c'est très difficile. Il m'a fallu venir au goudron passer une heure de temps avant de trouver un taxi. Difficilement, il a accepté de venir à cause de la mauvaise route. J'ai embarqué ma femme puis je suis passé prendre ma sœur qui est sage-femme ici. J'ai payé 2500 Cfa, le déplacement ».

Et les structures de santé de référence ne disposent pas d'ambulance pour les urgences.

Lorsqu'il y a une référence tardive, 2 heures, 3 heures du matin, le taxi dépose la femme et continue. Si on ne parvient pas à la gérer, pour la référer, on n'a pas d'ambulance, pas de moyen de locomotion. Nous sommes obligés de courir par-ci, par-là. Le temps de trouver une voiture, parfois la femme meurt en cours de route » (Une sage-femme d'un CMC).

Les ruptures et les retards de prise en charge au cours de la trajectoire

Dans un environnement médical peu sécurisé, toute rupture, suspension ou retard de prise en charge fait courir un risque aux parturientes.

Mais même lorsque cela est possible, les parturientes n'accouchent pas obligatoirement dans les structures où elles ont suivi avec les CPN soit par manque d'argent, par ignorance des risques... Ou pour se sentir en confiance, les femmes préfèrent accoucher à leur domicile ou dans leur quartier, entre les mains d'une voisine qu'elles connaissent. Or, ces voisines n'ont ni les moyens, ni la qualification pour gérer des complications obstétricales.

Quand on suit une femme pendant la CPN, on la connaît très bien. Au moment de l'accouchement, elle est détournée, soit par les matrones, soit par les accoucheuses "villageoises". Des fois, c'est ce qui crée les accidents autour de l'accouchement (Une sage-femme du CMC).

Des femmes font leur CPN dans les centres de santé, dans les CMC, dans les CHU mais quand elles sont en travail, elles viennent me voir pour savoir si elles sont en travail. Si je leur dis que c'est loin d'abord, de se retourner à la maison, elles vont voir d'autres accoucheuses. Certaines reviennent, mais d'autres viennent voir seulement si c'est le travail. Elles vont se faire accoucher avec les vieilles à la maison ou bien avec d'autres personnes (Une sage-femme retraitée qui fait les accouchements à son domicile et au CMC).

Lorsque la sage-femme ou le médecin d'une structure publique renvoie la femme à son domicile car le travail d'accouchement n'a pas vraiment commencé, il lui fait courir un risque compte tenu des difficultés de transport et de prise en charge.

Par ailleurs, dans certains cas, à cause d'une certaine obstination, de leur incompétence ou même de leur cupidité, des soignants des maternités périphériques veulent coûte que coûte réaliser l'accouchement et ils retardent la parturiente qui doit accoucher par césarienne.

Le personnel des centres périphériques par incompetence et méconnaissance garde les femmes qui doivent être préparées pour une césarienne et ne doivent même pas entrer en travail. Ils les gardent deux ou trois jours avant de les évacuer. La mort in utero survient par suite de la souffrance fœtale méconnue. La disproportion pelvo-fœtale n'est pas diagnostiquée (Un médecin stagiaire du CMC).

La mère d'une accouchée à l'hôpital : « Ils (les soignants d'un CS public) nous ont retardées inutilement. À chaque fois que je décide de quitter le Centre, ils nous disent : « Attendez, l'heure est arrivée, ça va finir tout de suite ». Si je n'avais pas crié, les docteurs n'allaient pas nous libérer. »

Les trajectoires des femmes sont donc discontinues, soumises aux aléas financiers et relationnels. Il n'y a souvent aucune trace des traitements précédemment administrés. C'est une grande difficulté pour le médecin des structures de référence qui voient arriver une parturiente dans un état critique sans connaître les traitements qu'elle a reçus au préalable. La parturiente et ses accompagnateurs ignorent souvent le diagnostic et le traitement reçu.

Les femmes n'arrivent pas avec un papier, tout ce qui se passe là-bas (centres périphériques), ils ne notent pas, c'est vraiment très compliqué (Un médecin de l'hôpital).

L'absence du mari ou de la personne pouvant assumer le coût des soins entraîne également un retard de référence. Ces retards peuvent être causés par l'attente d'une « relation ».

- L'enquêteur s'adressant au mari d'une accouchée : Pourquoi n'êtes-vous pas venus directement au CMC ?

- Le mari : Je suis passé prendre ma grande sœur qui travaille ici. Elle était partie pour une réunion, j'ai attendu son retour après nous sommes venus.

Les retards s'accumulent si la trajectoire de la parturiente comporte plusieurs structures de référence, ou si, à l'incompétence du soignant, s'ajoutent les multiples difficultés de la famille pour trouver de l'argent, un moyen de transport...

La pauvreté

La pauvreté est grande. Beaucoup de familles ont des revenus très faibles et irréguliers. Les femmes enceintes démunies n'ont pas les moyens de se faire suivre correctement pendant leur grossesse. La pauvreté engendre de la violence. Les CMC reçoivent des femmes en-

ceintes battues par leur mari. La pauvreté est cause de malnutrition. Les femmes arrivent fatiguées, anémiées à l'accouchement.

J'ai des difficultés avec les femmes. En général, elles sont sales, l'hygiène manque beaucoup. Il y a beaucoup de leucorrhées très insupportables. En plus, elles ne mangent pas bien. Les anémies nous fatiguent beaucoup. Elles sont anémiées parce qu'elles sont pauvres (ATS effectuant des accouchements à son domicile).

L'incidence de la pauvreté sur les soins obstétricaux est forte. Lorsque les femmes sont passées par d'autres structures avant d'arriver à l'hôpital, les familles ont déjà épuisé leurs maigres disponibilités pécuniaires. Il faut aussi trouver le prix d'un déplacement en taxi. La référence constitue une hantise pour les familles pauvres. La pauvreté est une cause de retard de référence.

La pauvreté rend le suivi des malades plus difficile pour d'autres raisons. Le dossier n'est pas acheté ou est acheté en retard. Par pauvreté, les traitements sont différés. Le retard des examens entraîne un retard de prescription. Les médicaments seront achetés quand la famille aura réuni l'argent nécessaire. Les pansements ne sont pas changés à temps et cette pauvreté des familles justifie, pour les soignants, l'absence d'actes nécessaires.

Lors d'un staff, un CES explique qu'il n'a pas pratiqué le curage d'une femme ayant accouché d'un mort-né (ce qui a entraîné ultérieurement une hémorragie) parce que les parents n'avaient pas honoré les dépenses engagées.

Les femmes pauvres ne recevront pas d'ocytocique pour accélérer l'accouchement.

Depuis que Hava a été admise à la maternité du CMC, elle ne fait que pleurer. Elle se tord de douleur, se lève pour aller uriner, n'y parvient pas, vomit. Les sages-femmes qui entrent et sortent dans la salle d'accouchement disent : « Cette femme a souffert ! ».

- Une sage-femme à sa collègue : Est-ce qu'on ne va pas lui mettre les produits pour qu'elle puisse vite accoucher parce qu'elle a trop souffert ?

- La deuxième sage-femme : Est-ce que tu sais si ses parents vont rembourser ?

- Hava : S'il vous plaît, faites, je vous jure qu'on va payer.

La première sage-femme va chercher une injection et lui administre.

Les prix demandés par les sages-femmes et les médecins sont au-dessus des prix officiels. Des soignants différents réclament de l'argent au cours de l'hospitalisation alors que d'après la norme édictée par le chef de service, l'argent ne devrait être versé qu'une seule

fois. Et, lorsque les familles n'arrivent pas à acheter les médicaments, les médecins attendent que les familles payent les ordonnances. Et cette attente peut être fatale.

Tu fais l'ordonnance, le mari ne peut pas honorer et nous n'avons pas les moyens à part le kit. Tu n'arrives pas à trouver le médicament pour sauver la personne, c'est très difficile (Un médecin de l'hôpital).

Le coût des médicaments payés par les familles est vraiment très élevé, et pire encore, les femmes n'ont pas les moyens d'assurer le traitement médical après une complication.

Même pour manger, c'est un problème, avec la pauvreté on arrive à perdre beaucoup de femmes. Quand tu interrogues la femme qui a fait un mort-né, des avortements à répétition : « Pourquoi lorsque cela t'est arrivé, tu n'es pas venue ? » Elles répondent qu'elles n'ont pas les moyens et sont obligées de faire recours à l'indigénat¹. Des fois, même le transport, elles n'ont pas. Elles n'ont même pas le courage de venir (une sage-femme d'un CMC).

De même, de retour à leur domicile, des familles ne peuvent assurer le suivi du traitement de l'accouchée.

Quand elles quittent, elles n'arrivent pas à honorer l'ordonnance, c'est la rechute et elles meurent. Dès qu'elles quittent, c'est des complications par manque de moyens pour faire face aux médicaments (un médecin de l'hôpital).

Si les frais ne sont pas honorés, la durée d'hospitalisation est parfois prolongée pour faire pression sur la famille. En regard, la pénurie du matériel dans la structure de référence est aggravée par la pauvreté de la famille qui ne pourra pas payer le sang, les pansements, les médicaments d'urgence. Le temps de l'urgence est incompatible avec le temps de la débrouillardise nécessitée par les situations de pauvreté.

Dans le cas de Tenen, le CES avait dit au mari que sa femme devait être opérée dans les trois jours, de faire vite, de chercher les médicaments. À cause du manque de moyens et de la rémission provisoire des douleurs, l'opération n'aura lieu que trois semaines plus tard.

Lors de la visite médicale à l'hôpital, le CES trouve que la tension de Fatoumata est de 6/2. Il écrit une ordonnance. « C'est urgent, commente-il, il faut donner aux parents ». L'infirmière attache le garrot au bras de la malade pour placer une perfusion. « C'est trop tôt, dit le médecin, Les produits ne sont pas là. »

¹ « Faire recours à l'indigénat » signifie se soigner avec des plantes.

La pauvreté des familles rend l'intervention du médecin inutile ; c'est elle la grande responsable de la mortalité maternelle comme le résume un médecin.

Si vous voulez lutter contre la mortalité maternelle, il faut lutter contre la pauvreté. Vous donnez rendez-vous à une femme enceinte, elle doit se rendre à l'hôpital, le transport, c'est 500 Cfa. Elle demande à son mari, il dit qu'il n'a pas d'argent. Elle ne peut pas venir. Si vous prescrivez un examen de sang, de selles ou d'urine, elle n'a pas les moyens, elle ne le fera pas. S'il n'y a pas d'argent pour acheter les médicaments, qu'est-ce que le médecin peut faire ? (un médecin d'une clinique privée péripérienne).

Les familles tentent finalement de se débrouiller. Le mari d'Aïcha survit grâce à un petit commerce ou « *banabana* », au marché, il fait face aux frais d'hospitalisation de sa femme grâce à la solidarité de ses parents et amis.

Le mari de Tenen explique comment il a mobilisé toutes ses relations pour réussir à faire face, petit à petit, aux dépenses d'hospitalisation de sa femme. Aux multiples demandes d'argent, il répond par un paiement échelonné.

Je me suis débrouillé dans ces deux jours pour trouver les médicaments, après je suis venu avec ma femme pour l'opération. Au moment où je trouvais les médicaments, il faisait déjà nuit, puis le problème du sang s'est posé. Au sang, j'ai été aidé par une connaissance, il m'a dit de payer seulement 600 Cfa pour le contrôle du sang. Le médecin avait dit 5000 Cfa le lit, le sérum, le médicament. J'ai vu une de mes connaissances, Dr T qui a plaidé pour moi, ils ont laissé à 4 500 Cfa parce que je suis mécanicien, c'est moi qui répare sa voiture. Je me suis débrouillé pour avoir les 15 000 Cfa (deux poches de sang demandées par le médecin des urgences) que j'ai déposés à la banque de sang. Il m'a dit que le sang reste là-bas ; au moment de l'opération, le docteur viendra le chercher. Dr Y est venu me voir pour me dire de chercher 20 000 Cfa pour l'opération, il va donner cela au groupe. J'ai dit : « D'accord, je vais me battre pour cela »...

Cet exemple illustre bien les difficultés dans lesquelles se débattent les familles. Le mari de Tenen travaille et peut mobiliser un réseau de relations sociales utiles mais ce n'est pas toujours le cas. Cet exemple témoigne de la complexité des situations. Petits marchandages, tarifs officiels et sur-tarifcations s'entremêlent. Il existe, semble-t-il, comme l'illustrent plusieurs cas, un excès de prescriptions de médicaments. Le mari de Tenen, comme la plupart des personnes, ignore les tarifs officiels et il est soumis à des demandes d'argent de sources diverses.

Les « échappées belle »

D'après la définition médicale, un cas d'« échappée belle » ou de near miss est celui de « toute femme dont le pronostic vital immédiat est mis en jeu pendant la grossesse, l'accouchement, le post-partum ou post-abortum et qui a pu survivre par chance ou grâce à des soins en milieu hospitalier. » (2001 des catastrophes obstétricales : 2)

À côté d'une définition strictement médicale, il importe de souligner les aspects sociaux qui construisent cette situation des « échappées belle ». C'est la question que suggère le récit de Kadiatou.

Kadiatou et son mari habitent à 200 kilomètres de la capitale. Son mari est très pauvre. Il est ouvrier dans une huilerie où il gagne 17,86 € par mois ! Kadiatou a suivi les consultations prénatales dans le centre de santé public de son village. Elle a été mal informée par la sage-femme qui a assuré ses CPN et qui lui a dit que le bébé, mal positionné, allait se replacer tout seul et qu'il fallait pour cela qu'elle fasse des travaux durs. Kadiatou a été évacuée la nuit du dimanche 14 mars au CHU où elle ne connaît personne. La poche des eaux était rompue et elle a fait tout le trajet avec la main du bébé sortie car l'enfant se présentait par l'épaule. Le mari a trouvé une voiture pour le déplacement. Kadiatou a été prise en charge à son arrivée au CHU et tout de suite opérée. Son mari est reparti chercher de l'argent auprès de son frère vivant dans un quartier éloigné de la capitale et qui a pu lui prêter de l'argent.

Dans la situation de Kadiatou, les facteurs de risques autres que ceux strictement médicaux sont, entre autres, la pauvreté, l'éloignement des maternités de référence, une évacuation la nuit d'un week-end, l'absence de connaissance dans la structure hospitalière.

Les morts maternelles

L'issue n'est malheureusement pas toujours aussi heureuse que dans le parcours précédent. Dans les situations de pauvreté, les handicaps s'accumulent. Les visites prénatales n'ont pas été faites ou elles ont été confiées à des sages-femmes négligentes ou incompétentes et les facteurs de risque n'ont pas été évalués. La femme est anémiée, en mauvaise santé, elle accouche à moindres coûts, dans les moins bonnes conditions. Personne dans la famille ne peut faire face à des dépenses massives et inattendues provoquées par une référence, une intervention chirurgicale, un traitement médical long et coûteux.

Une des causes de mortalité est notamment la référence tardive suite à un accouchement - ou à une tentative d'accouchement - à domicile ou entre les mains de sages-femmes ne sachant pas gérer des complications. Les ruptures utérines peuvent être provoquées par l'incompétence d'une soignante qui procède à des manipulations inadaptees, qui s'entete à vouloir faire accoucher une parturiente alors que l'opération est nécessaire. Les sages-femmes des structures périphériques réfèrent les femmes qui, lors d'un accouchement gémellaire mettent au monde un enfant et pas le deuxième, les cas de dystocies mécanique et dynamique nécessitant une intervention chirurgicale. Lorsque le diagnostic de grossesse extra-utérine n'est pas effectué à temps et que la femme n'est pas opérée suffisamment tôt, elle meurt.

Une femme est venue d'une maison d'accouchement avec une déchirure du col et du vagin. Elle est arrivée dans notre service presque dans le coma. On a fait l'hémocel, la réanimation, impossible. Elle est morte.

Une autre femme est venue d'un centre de santé. Elle est restée deux jours dans ce centre en travail avec une infection au niveau de la sphère génitale. L'enfant souffrait. On l'a opérée. Elle a fait une embolie amniotique. Elle est décédée. Tous les cas de décès que nous avons constatés, ils ont commencé le processus ailleurs, on les reçoit à une phase où l'intervention ne peut apporter quelque chose (un médecin du CMC).

La principale cause de mortalité citée par les sages-femmes et les médecins est l'hémorragie *post-partum* causée par les hématomes rétro placentaires (HRP). Un groupe sanguin rare et/ou la pauvreté aggravent massivement le risque de décès.

L'hémorragie de la délivrance HRP est la plus mortelle. Le temps de grouper la femme, de la transfuser, s'il y a un manque de groupe sanguin, d'aller et de revenir au centre national de transfusion sanguine, c'est trop tard (Un médecin de l'hôpital).

Une femme présentant un HRP est venue tardivement, à un stade avancé. Cette femme n'avait pas été suivie, il n'y avait aucun renseignement, pas de carnet de CPN. Elle était accompagnée par une seule vieille qui a laissé la patiente ici (CMC) et s'est retournée. Comme la tête était déjà là, on a voulu accélérer l'accouchement. Après l'accouchement, elle a saigné, elle est décédée. L'HRP est la première cause de mortalité maternelle. Quand la femme est suivie, on peut prévenir. Le signe d'alarme est l'hypertension artérielle car une tension très élevée entraîne un décollement du placenta. Quand la femme est abandonnée à elle-même, qu'elle vient avec cette pathologie au dernier stade, on ne peut éviter (Un médecin stagiaire du CMC).

À cette cause médicale s'en ajoutent d'autres, il existe des erreurs chirurgicales comme l'occlusion provoquée lors d'une opération que nous avons mentionnée précédemment. Un accident au cours de l'anesthésie est possible. Un cas de mortalité a été cité suite à un arrêt cardio-respiratoire de l'opérée et à l'incompétence de l'anesthésiste qui ne savait pas pratiquer l'intubation. Le manque de médicaments est une cause de décès. Nous avons déjà relevé les insuffisances dans les maternités de référence, les ruptures de médicaments d'urgence et de prise en charge.

Une femme du personnel était hypertendue. Elle était en travail depuis deux jours. Le deuxième jour, on l'a prise au bloc en urgence. La nuit, on l'a césarisée, elle est sortie, elle a fait une chute de tension. Nous l'avons envoyée au CHU, mais c'est en cours de route qu'elle a rendu l'âme (Une sage-femme du CMC).

Les familles ne peuvent pas payer les médicaments pour les traitements lourds d'infection, d'éclampsie. Les femmes meurent de pauvreté et d'un déficit en capital social (pauvres, handicapées, jeunes filles tombant accidentellement enceintes).

Une femme handicapée est morte la semaine dernière par manque de médicaments. On a fait des bons partout. D'ici qu'on trouve les médicaments, elle est déjà morte (la matrone de l'hôpital).

Les jeunes filles tombent enceintes. Ce sont des filles démunies. Elles n'ont jamais fait de CPN. Elles tombent ici anémiées, les parents sont sans moyens... Beaucoup meurent des suites d'avortements. Quelqu'un cherche à les faire avorter dans le quartier, il perfore l'utérus, elles viennent avec des saignements. On les réfère au CHU. Elles ont perdu beaucoup de sang (Sage-femme d'un CMC).

Le tout pourrait se résumer à ces expressions fréquemment utilisées par les femmes. Il faut accoucher entre « sauve qui peut » et débrouillardises... Faut-il alors s'étonner que les plus affaiblies et les plus pauvres y laissent leur vie ?

Abréviations	
ATS	Agent Technique de Santé
CES	Certificat d'Etudes Spécialisées. Cette abréviation utilisée au service de Gynécologie-Obstétrique du CHU désigne les médecins préparant le certificat d'Etudes Spécialisées en Gynécologie-Obstétrique.
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CMC	Centre Médical Communal
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	Consultation Périnatale
CS	Centre de Santé public de soins de santé primaires
HRP	Hématome Rétro Placentaire
IEC	Information Education Communication
IST	Infection sexuellement transmissible
PEV/SSP/ME	Programme Elargi de Vaccinations/Soins de Santé Primaires/Médicaments Essentiels
SMI	Santé Maternelle et Infantile

Bibliographie

Carricaburu, D., 1994, *Les sages-femmes face à l'innovation technique* in Aiach, P. et Fassin, D., (eds) Les métiers de la santé Paris, Anthropos.

Diallo, M. S., Sidibe, M., Keita, N., 1989, *La mortalité maternelle : à propos de 212 observations en 7 ans (1980-1986) à la maternité d'Ignace Deen de Conakry (Guinée)*, Rev. Fr. Gynecol. Obstet. , 84 : 419-422.

Diallo, Y., 2001, Conakry in Jaffré, Y. et Olivier de Sardan, J.-P. (eds) *Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-an-*

thropologique. Enquêtes sur l'accès aux soins dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Projet « Santé urbaine » (UNICEF-Coopération française) : 121-186.

Didier, E., 1998, *Accoucher à Conakry (Guinée) : le point de vue des femmes !* Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'Université de Santé publique, 1997-1998, Université Henri Poincaré Nancy I, Faculté de Médecine, Ecole de Santé publique.

Dioubate, Y., Sangare, M., 1999, *Les déterminants des recours aux soins de santé à Conakry : Analyse selon le niveau de vie des ménages.* Conakry, D.R.S.V.C., RAPE, 56 p.

Farmer, P., 1996, *Sida en Haïti. La victime accusée.* Médecine du monde, Paris, Karthala, 414 p.

Gayral-Taminh, M., als, 1999, *Grossesse et accouchement de femmes originaires du Maghreb et d'Afrique noire suivies à la maternité du CHU de Toulouse.* J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 28 : 462-471.

Gélis, J., 1984, *L'arbre et le fruit,* Paris, Fayard.

Pruval, A., 1999 a, *Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest. Une maternité à haut risque, Santé publique,* vol 11, n°2 : 155-165.

Pruval, A., 1999 b, *Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest. Vers une maternité à moindre risque ?* Santé publique, vol 11, n°2 : 167-185.

Thonneau, P., Qian Xu and Toure, B., 1994, *Obstetric transfers and maternal mortality : a study in Conakry,* Guinea, Health Policy and Planning, 9 (1) : 81-90.

Thonneau, P., als, 1992, *Risk factors for maternal mortality : results of a case-control study conducted in Conakry (Guinea),* Int. J. Gynecol. Obstet., 39 : 87-92.

Thonneau, P., als, 1994, *Mortalité maternelle en Guinée : mesure et perspectives,* J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 23 : 721-726.

2AC/AEDES, 1999, *Evaluation des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels en Guinée.* Paris, Société d'expertise comptable et de Commissariat aux comptes.

E.D.S., 2000, Enquête Démographique et de Santé 1999.

Ministère de la Santé publique, 1997, *Stratégies de lutte contre le marché illicite de produits pharmaceutiques en république de Guinée*. Document adopté par le Conseil des Ministres du 29 avril 1997.

World Health Organization, 1992, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Tenth Revision, Geneva, World Health Organization.

WHO/UNICEF/UNFPA, 2002, *Maternal Mortality in 2000 : Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*, Geneva, World Health Organization, 39 p.

1992, *La perception du risque infectieux par les infirmières à partir d'une étude sur les cathéters courts*. Recherches en soins infirmiers, n° 28 : 16-31.

2001, *Enquête nationale sur l'anémie ferriprive en Guinée*. USAID, UNICEF, Banque Mondiale, Ministère de la Santé publique, Direction nationale de la Santé publique, section alimentation, nutrition. Conakry.

2001, *Des catastrophes obstétricales évitées de justesse : les near miss dans les hôpitaux marocains*. Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé. volume 11, numéro 4 : 229-235.

2002, MNPI *Indice des composantes du programme maternel et néonatal. Un outil pour le plaidoyer en santé maternelle*. Fiche technique sur la Guinée, 13 p. (source : internet)

LE TRAVAIL DES SAGES-FEMMES, ENTRE SAVOIR TECHNIQUE ET NORMES PRATIQUES

PATRICIA VASSEUR¹

EN Afrique subsaharienne, tant pour des raisons épidémiologiques qu'anthropologiques, aborder la santé maternelle de « manière positive » oblige à s'intéresser aux pratiques de celles qui devraient aider à son maintien : les sages-femmes², à leurs identités, mais aussi à leurs conduites « techniques » qui ne peuvent se confondre avec une « mécanique ». Comme le remarquait de Certeau (1994), les gestes englobent des mouvements du corps et de l'esprit

¹Sage-femme, diplômée en anthropologie sociale à l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales. Actuellement en cycle doctoral SHS et sage-femme cadre de l'unité de surveillance prénatale au centre hospitalier Delafontaine de Saint Denis (Seine Saint Denis)

² Nous renvoyons aux écrits de différents auteurs que nous citons en bibliographie : Aubeil, De Koninck, Jaffré, Jewkes, Olivier de Sardan, Prual

ainsi, ajouterons-nous, que des raisonnements médicaux élaborés dans l'exercice quotidien. C'est sans doute pourquoi, avoir des compétences « théoriques » pour sauver des vies, ne signifie pas pour autant les appliquer.

C'est à partir d'une observation participante des pratiques des sages-femmes lors de leur socialisation initiale dans leur « corps professionnel que nous traiterons cette question des « gestes » médicaux et observerons comment le contenu de la formation initialement acquise se transforme lors des pratiques quotidiennement effectuées.

De l'apprentissage du métier à la pratique et aux normes qui en découlent.

Au cours de leurs trois années de cursus scolaire, les futures sages-femmes sont formées à la santé reproductive et communautaire, aux soins infirmiers, à la physiopathologie générale, à la législation et à la déontologie médicale.

L'apprentissage de la théorie de la santé reproductive domine la formation et représente environ la moitié de l'ensemble des enseignements. L'initiation pratique est effectuée sous la forme de stages hospitaliers, d'un stage rural d'un mois et, d'un nombre considérable de gardes. Celles-ci se déroulent dans les unités gynéco-obstétricales des différentes structures étatiques où, sous couvert de leurs aînées diplômées, les étudiantes sont censées acquérir des techniques et des raisonnements médicaux permettant d'effectuer des gestes préventifs, curatifs, voire salvateurs.

L'enseignement théorique vient appuyer les acquisitions techniques et est supposé permettre aux futures sages-femmes d'identifier les risques fragilisant l'avenir sanitaire de la femme enceinte. C'est pourquoi, elles doivent savoir effectuer une prise en charge (élaboration d'un diagnostic et d'un pronostic, et décision d'un traitement), prendre une décision de transfert des patientes dans des structures sanitaires de référence offrant des meilleures chances de survie maternelle et néonatale.

L'obtention du diplôme d'État sanctionne cet apprentissage qui devrait, dès lors, les impliquer dans la réduction de la mortalité

materno-fœtale et néonatale. Leurs propos confirment qu'elles sont fortement imprégnées par leur rôle sanitaire, tout au moins « théoriquement ».

Par ailleurs, de manière plus large, la profession de sages-femmes est régie par des normes officielles nationales¹ corroborées par des normes internationales, et un ordre professionnel garant d'un code de déontologie².

Deux systèmes de normes techniques et législatifs bornent donc l'apprentissage du métier de sage-femme. Mais « passons à la pratique ».

Lors de leurs débuts professionnels, les lieux d'exercice offrent une grande diversité. Ils vont de la clinique privée au dispensaire rural en passant par le centre hospitalier. Selon les circonstances, les nouvelles diplômées entrent dans une équipe ou sont totalement isolées.

D'entrée de jeu, ces différentes composantes conditionnent les modalités de la pratique. Mais quelque soit le lieu, l'observation montre surtout, dès l'issue de la phase d'initiation et d'adaptation de deux à trois mois, que les pratiques quotidiennes des sages-femmes s'écartent des normes enseignées. Globalement, la plupart des conduites techniques tendent à ressembler aux pratiques mises en œuvre par les sages-femmes plus anciennes.

Tout au long de la première année professionnelle des sages-femmes, les techniques enseignées évoluent et des techniques « idéales » et scolaires sont remodelées successivement par les nouvelles expériences professionnelles cliniques.

La sage-femme novice ayant appris à appliquer une technique élaborée dans un cadre sécurisé, doit s'adapter à un contexte « réel ». Elle doit en quelque sorte négocier ses apprentissages afin de les rendre opérationnels. De cette négociation émergent des normes pratiques techniques, régies par un ensemble de logiques³ que nous

¹ Elles sont rassemblées dans un catalogue de « Normes et Procédures ». Bien que chaque pays ait élaboré ses propres normes, toutes se profilent sur celles établies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

² Rendu applicable après soumission au serment d'Hippocrate. Décret n°91-779 du 8 août 1991 paru au Journal Officiel 14 août 1991.

³ Cf. Olivier de Sardan : « "Logique" évoquera donc simplement les di- .../p. 228

avons identifiées. L'assemblage de celles-ci constitue les « normes pratiques » de fonctionnement des services de santé.

Sans vouloir être exhaustif, nous pouvons dégager les plus cruciales de ces normes de conduites.

Le primat de l'urgence

L'urgence est au cœur de la pratique, sous-tendue par la crainte du décès maternel. Tout au moins dans les propos, cet aspect construit une part de la responsabilité professionnelle.

Il m'arrive rarement de m'énerver, quand la femme refuse de pousser là ça m'énerve parce que je ne veux pas que le bébé souffre. Je sais pas peut être qu'elles ne comprennent pas trop. Mais assez souvent elles risquent de perdre leur bébé au moment de l'expulsion de la tête, bon elles ne poussent pas ou elles poussent très mal, des efforts un peu désordonnés, là ça me met mal à l'aise (Diplômée depuis 15 ans).

Une grande importance est accordée à la séquence finale de la mécanique obstétricale et à ce qu'elle engage comme risque de décès fœtal, et si les événements sont divers, l'urgence est toujours prégnante et crainte parce qu'elle survient de façon inopinée.

Pallier cette imprévisibilité est donc un des premiers objectifs de la sage-femme nouvellement diplômée. Chacune s'y prépare. L'une emplit les poches de sa blouse de consommables, l'autre s'enquiert d'un tensiomètre auprès du médecin de garde, une troisième fait le tour du service en prenant la garde :

Moi, je n'ose pas rester là sans pour autant regarder tout ce qui se passe, il faut que je sache tout ce qui se passe dans la salle, parce que si quelque chose arrive, je serai responsable... » (Sage-femme, un mois de pratique).

De plus, dans les services où nous sommes allées, toutes détiennent une trousse d'urgence « minimale »¹ ainsi que la clé d'une armoire à pharmacie où sont stockées des réserves.

/... suite de la p. 227 vers les lignes de cohérences que l'observateur déduit à partir d'une observation empirique ...» (1995 :127).

¹ Selon les services, les sages-femmes disposent de doigtiers, ocytocine, seringues, aiguilles, flacon de perfusion, coton. Dans les meilleurs cas, on y retrouve du Valium®, du Catapressan®, du sulfate de magnésium, des cathéters et des tubulures.

Ces constats ramènent à la formation de base : la sage-femme apprend à définir l'urgence par rapport au risque de décès. Elle apprend à discerner les niveaux de risque, et met en place des interventions prévues et enseignées.

Mais si cette urgence est omniprésente dans les discours et sous-tend les comportements professionnels des sages-femmes, il n'est pas certain que cette conception engage des pratiques idoines.

Un principe d'enclenchement

Un enfant vient de naître, la mère est délivrée du placenta puis rallongée sur la table, et recouverte d'un pagne sec. Elle est seule, la salle d'accouchement est pleine, chacun est affairé. SF est en train de remplir un dossier. Soudain, un bruit métallique provient de la table de la patiente ayant accouché une heure plus tôt. SF se lève brusquement, se dirige d'un pas précipité vers la patiente, pensant que celle-ci fait une « crise » Le reste de l'équipe accourt : seul moment où SF et les matrones montrent leur vivacité. Ensuite, SF attend tranquillement et en silence que le tensiomètre, le bassin et les gants soient apportés, afin de contrôler la tonicité utérine, puis enchaîne calmement les gestes les uns après les autres.

HB vient d'accoucher une patiente, s'assure qu'elle saigne « normalement », vérifie la tonicité utérine puis quitte la salle. Le bureau de la sage-femme est un peu éloigné de la salle d'accouchement. Elle laisse la patiente aux soins de la matrone pendant qu'elle remplit le dossier obstétrical. Vingt minutes plus tard, la matrone vient la chercher : « la parturiente saigne ». HB lâche immédiatement son stylo et accourt. Elle constate le saignement, elle enfle des gants, glisse le bassin métallique sous le siège de la patiente, met un peu de Bétadine sur le gant et effectue la révision utérine. Elle entreprend ainsi la prise en charge d'hémorragie du post-partum immédiat selon les normes du protocole de service. Sur la demande de HB, j'injecte en intramusculaire l'ocytocine, pendant qu'elle effectue la révision, puis elle vide la vessie à l'aide d'une sonde métallique. En quelques minutes, le seuil critique est dépassé, l'utérus a retrouvé sa fermeté, le saignement s'est tari.

Le processus d'urgence se déclenche lors de l'apparition d'un signe franc, qui, selon les contextes de pratique, est identifiable aussi bien par un personnel spécialisé que par un personnel peu formé. Sans être exhaustif, citons : l'imminence d'une expulsion [risque de déchirure périnéale, de chute et d'état de mort apparente du nouveau-né], un saignement [risque de décès], une phase aiguë d'éclampsie [risque de coma]. Une fois enclenché, le processus évolue toujours de la même façon, comme l'illustre la description précédente. Sous l'effet

de surprise, la sage-femme s'immerge totalement dans l'événement médical. L'acte d'intervention est de courte durée et progresse vers une phase de surveillance rapprochée de la patiente, une fois le risque de décès jugé maîtrisé.

Un fait ordinaire : illustration de la norme de l'urgence

Il est 15 heures et, comme lors de nos précédentes rencontres, SF et moi partons manger. Le grand plat est installé entre les deux lits de la salle de repos, sur une tablette. Nous sommes suffisamment près de la salle d'accouchement pour entendre ce qui s'y passe. Pendant le repas, la matrone reçoit une parturiente, sans en informer SF, ce qui semble aller de soi. Le repas terminé, nous retournons en salle. SF y découvre la parturiente seule, en train de pousser. Après l'avoir examinée, elle l'installe sur le bassin, la tête fœtale est engagée à partie basse. Nous apercevons les cheveux de l'enfant. Rien n'est prêt, ni pagne, ni gant d'accouchement, ni matériel, ni sac à placenta, ni savon liquide, ni bain chaud¹. Sur les instances de SF, j'apporte la boîte d'accouchement, mais, le temps de l'ouvrir, l'enfant naît. SF dépose l'enfant sur l'extrémité de la table d'accouchement, à côté du bassin, coupe le cordon ombilical, et l'enveloppe dans le foulard de tête de sa mère. L'urgence d'imminence d'expulsion est écartée, le périnée ne s'est pas déchiré et l'enfant a crié. Maintenant, SF n'a plus qu'à attendre le décollement placentaire. Bien entendu, elle est intervenue auprès de cette parturiente sans connaissance de son dossier. L'unique question, qui précède l'expulsion, concernait sa parité.

Accoucher une parturiente sans avoir préalablement sorti le matériel et sans consulter le dossier sont des faits courants. Ce qui souligne que, contrairement aux propos énoncés, d'une manière générale, les sages-femmes n'anticipent pas l'urgence. Elles en attendent les « signes » d'une urgence ; dans le cas cité, « l'envie de pousser ».

Une patiente est hospitalisée pour syndrome toxémique, et antécédent d'éclampsie, elle est déjà traitée par Valium® en perfusion, reste dans un lit sans surveillance spécifique². Après une journée d'hospitalisation, elle fait une nouvelle crise d'éclampsie. SF se rend compte que la patiente ne reçoit plus son traitement anti-éclampsiatique. Celui-ci n'avait pas été renouvelé lors du changement flacon de glucosé. Une fois le constat effectué, la professionnelle injecte en intraveineux direct le Valium, mais ne dispose pas de canule à mettre dans la bouche de la patiente, pourtant vivement conseillée, afin d'éviter la morsure de langue. Dès son arrivée,

¹ Mettre l'enfant dans un bain chaud est une activité spécifique de ce service. Cette technique, introduite depuis peu dans le service, est en fait rarement appliquée.

² Pas de surveillance tensionnelle rapprochée qui soit retranscrite sur feuille volante ou dans le dossier.

le médecin-chef de service la réclame. Celle-ci aurait due être au chevet de la patiente dès son hospitalisation. L'équipe reste un bon moment à son chevet, la tension artérielle est prise, le Valium est réinjecté dans le flacon, puis le médecin donne des consignes de surveillance. Cette fois, la patiente sera revue par SF et les matrones à plusieurs reprises.

Ici la patiente est connue pour sa pathologie, elle est effectivement hospitalisée pour un syndrome toxémique. Néanmoins, on constate que les modalités de la prise en charge ne correspondent pas à la pathologie. La surveillance tensionnelle, la vérification de la prise du traitement ¹ n'ont pas été effectuées et le matériel de sécurité fait défaut (canule). Il faut l'apparition d'une crise patente pour que la patiente soit prise en charge, en urgence. À ce moment, une fois présentés des signes francs, le seuil de risque vital s'élève dramatiquement. À l'issue de la « crise », la surveillance rapprochée de la patiente reprend. Nous voyons ici que ce n'est qu'après avoir « rebasculé » dans l'urgence patente que la prise en charge a été effective.

En début de nuit, SF reçoit une patiente, madame Traoré. Après l'examen clinique, SF estime que la patiente est en début de travail. Elle a rompu la poche des eaux, SF décide par conséquent de la garder en salle d'accouchement. Elle présente quelques signes cliniques faisant suspecter une disproportion fœtopelvienne. La présentation céphalique est haute, l'examen clinique du bassin montre son étroitesse. Au cours de la nuit, la patiente se manifeste de temps à autre, SF me demande de l'examiner, la dilatation reste stationnaire. SF attend. Pendant ce temps, le travail autre afflue. Plusieurs parturientes accouchent. Vers 23 heures, une patiente ne répondant pas au traitement anti-hypertenseur est césariée, une autre, hospitalisée pour fausse-couche, saigne, une aspiration manuelle intra-utérine doit être effectuée. Arrive le petit matin, la parturiente dont le travail obstétrical ne progressait pas, est toujours là, mais les signes cliniques s'aggravent. Après l'avoir moi-même réexaminée, je constate la teinte du liquide amniotique et l'apparition d'une bosse sérosanguine. Il est maintenant huit heures du matin, et SF n'a pas examiné Madame Traoré depuis quatre heures. Il s'avère que, prise dans le flot de la garde, SF a oublié la présence de la patiente. Lors de l'arrivée de sa collègue de relève, SF lui montre les dossiers des patientes, en omettant Madame Traoré. Nous apprendrons, par un concours de circonstance, que celle-ci subira finalement une césarienne le jour même, vers quatorze heures.

Très largement, passé le moment de l'urgence, il semble que les sages-femmes perdent de vue les situations à moindre risque. De

¹ Une fois vide, le flacon a été remplacé par la matrone, celle-ci n'a ni informé la sage-femme, ni injecté de Valium® dans le flacon.

cette façon, elles font implicitement des choix, en donnant priorité aux situations où le risque de décès domine de façon flagrante. Or attendre l'installation d'un signe franc sous-entend attendre de fait la mise en place de la pathologie, et l'apparition d'un danger vital pour la patiente.

Mais une fois dans l'urgence, la sage-femme doit « faire vite ». C'est pourquoi nous observons un double processus conjuguant l'attentisme et la prégnance de l'urgence.

Ces scènes se reproduisent quotidiennement, et l'urgence devient familière, habituelle et ne se lit plus comme un « raté » de l'action mais comme la norme : un fait ordinaire.

Dès lors, ces praticiennes ne se mobilisent véritablement que face à des cas d'urgence avérés et de manière paradoxale, cette forme d'appréhension de l'urgence conduit donc à des pratiques d'attentisme.

L'existence de « pratiques sécuritaires »

Pendant, les sages-femmes instaurent aussi diverses pratiques sécuritaires leur permettant de canaliser, voire d'éviter, les complications les plus fréquemment rencontrées. Présentons deux situations illustratives de ces conduites.

Autour de l'expulsion fœtale

L'expulsion est l'étape finale de la naissance de l'enfant où, suite à une série d'efforts volontaires de la mère associés à la contraction spontanée de l'utérus, l'enfant est extrait du corps maternel.

Cette séquence relève de la mécanique obstétricale. Une fois le col utérin entièrement ouvert, le mobile fœtal s'engage dans le bassin, passe les trois niveaux suivant un processus hélicoïdal jusqu'à un palier à partir duquel la professionnelle ordonne à la patiente de pousser. L'étape de la poussée est d'une durée variable (en moyenne d'une vingtaine de minutes). Elle est interrompue sur décision de la professionnelle, dès lors que la présentation apparaît à un niveau précis de la vulve. Vient alors l'étape du dégageant de la présentation. Une fois

l'enfant né, le corps maternel prend un repos physiologique avant l'expulsion placentaire.

Pour les sages-femmes avec lesquelles nous nous sommes entretenues, l'étape de l'expulsion fœtale représente à la fois le « risque de décéder » et le pronostic vital de l'enfant.

Une parturiente en travail appelle SF. Elle l'examine et vérifie l'évolution du mobile fœtal. Sans un mot, elle glisse le bassin sous le siège de la parturiente et lui dit de pousser. La mère pousse deux à trois fois, sans résultat. La tête de l'enfant ne descend quasiment pas. SF réitère son ordre. La tête de l'enfant progresse lentement dans le bassin. Sur un ton ferme, SF lui demande de continuer à pousser. La patiente ne pousse pas et commence à se tortiller sur la table d'accouchement. SF élève la voix et lui dit qu'elle est capricieuse.

SF commence très calmement la phase des efforts expulsifs. Dès que la femme ne répond plus aux ordres, SF change de tactique pour diriger la parturiente et la faire pousser. Cette attitude, à la fois autoritaire et maternante, semble spécifique de l'expulsion.

Nous insistons sur la particularité du comportement à ce moment précis, car l'urgence ressentie par les professionnelles conduit à la fois à de l'attention mais peut aussi virer à une certaine « violence ».

HB me décrit un accouchement effectué en dehors de nos rencontres. Elle me raconte avoir frappé une malade. Elle la décrit comme étant indisciplinée, impolie et agitée. Elle avait arraché la perfusion, avait bousculé la table de réanimation. Elle me précise s'être laissée aller à « donner des coups de pieds ». La patiente avait « amenté » tout le quartier, et le gardien lui avait même dit qu'il n'avait pas pu dormir. Elle m'explique qu'au moment de l'expulsion, la femme a refermé les jambes après le dégagement de la tête, HB ne pouvait pas dégager les épaules alors elle l'a frappée. Elle me dira : « je vous jure Patricia, c'est la première fois que je frappais une malade ». Le lendemain, la patiente se plaint auprès d'une parente des mauvais traitements de la sage-femme. La parente est technicienne supérieure, elle connaît HB. Elle dit à l'accouchée qu'elle a dû être très indisciplinée pour que HB la frappe. (Six mois de pratique)

Dans cette description, HB présente la violence comme un dernier recours. La situation devenait urgente, il fallait agir rapidement, l'enfant se mettait en hypoxie par compression du cordon ombilical.

SF dirige l'expulsion d'une jeune fille de seize ans. L'expulsion se déroule comme nous l'avons précédemment décrit. Cette fois, l'expulsion est plus longue, la jeune fille est plus agitée que la précédente. Elle crie à plusieurs reprises, SF ordonne de

pousser en criant également. Sur ces entrefaites, la matrone arrive. Elle sectionne la cordelette de protection qui entoure le ventre de la jeune parturiente, la frappe, l'insulte, lui dit qu'il faut pousser, et enfonce son avant-bras au niveau de l'estomac. Quelques minutes plus tard, l'enfant naît. Un peu plus tard, une tante de la jeune fille arrive, la matrone et elles se connaissent, elles sont parentes. La parturiente dit qu'elle a été giflée, alors la matrone répond que si elle avait su qu'elles étaient parentes, elle aurait frappé encore plus fort. Lorsque nous reparlons de l'accouchement, SF me dit : « je n'ai jamais eu d'accouchement comme cela ». Elle estime avoir « dépensé beaucoup d'énergie avec cette parturiente ». Selon elle, l'expulsion a été longue et elle est restée longtemps à son chevet. Elle me dit : « je lui ai expliqué plusieurs fois, et elle n'écoutait pas ».

Dans cette situation, la matrone est intervenue, jugeant peut-être que la parturiente s'agitait excessivement. Mais la violence devient physique. La matrone insulte, frappe, et pratique une expression abdominale. Selon la SF, la violence verbale et physique de la matrone ne relève pas de la méchanceté. Elle me la décrit comme « gentille ».

Elle est gentille avec les patientes, elle est très gentille, elle s'occupe très bien des patientes, elle lave même leurs habits, oui elle les nettoie très proprement, elle fait le nursing très proprement, elle est très gentille avec les patientes... C'est peut-être, la petite l'a un peu énervée, mais elle est excellente.

Les violences physiques et verbale - qui allaient bien au delà de celle que nous avons rencontrée ¹ - ont été répertoriées dans d'autres travaux (Jaffré & Prual 1993, Jaffré & Olivier de Sardan 2003, Jewkes 1988).

Lors de la description de la violence physique observée au cours de la prise en charge de l'expulsion, nous avons indiqué que la matrone utilisait l'expression abdominale ², consistant à appuyer sur le fond utérin avec l'avant-bras, puis à diriger la pression vers le pubis, afin de « pousser » l'enfant hors de la filière pelvienne. Ce geste s'effectue conjointement aux efforts expulsifs de la parturiente. La pratique de l'expression abdominale devient systématique et s'accompagne d'une interaction verbale agressive (débit de parole précipité, ton élevé), et d'une interaction gestuelle brusque. Ayant été pratiquée

¹ La présence de l'observatrice a un effet sur les actrices suivies qui est difficile à mesurer. Nous ne pouvons dire dans quelle mesure il est inhibiteur, ou facilitateur, de certaines pratiques, notamment lorsqu'il est question de violence.

² Signalons que la pratique de l'expression abdominale est officiellement proscrite depuis de nombreuses années, bien que pratiquée par toute la corporation

abusivement maintes fois, dans des conditions défavorables, cette manœuvre a provoqué des décès fœtaux, ainsi que des lésions vaginales et périnéales sévères. Cependant, elle reste largement usitée et les jeunes sages-femmes sont témoins régulièrement de cette pratique.

Ils [les aînées et supérieures] ont fait « l'expression » que je redoute d'ailleurs, on nous interdit dans les cours. En théorie on nous dit il faut éviter les expressions mais... En pratique je pense que quand il n'y a pas de forceps, je pense qu'il faut « expressionner » pour aider au dégagement... Parce qu'il faut le faire parfois... Lorsque j'étais en stage, je me suis rendu compte que ce qu'on te dit sur les feuilles, ce qu'on te dicte et ce qui se fait sur le terrain c'est différent, comme l'expression par exemple, ils te disent que non, il faut pas « expressionner », même les médecins parfois ils font l'expression parce qu'ils ne veulent pas, je sais pas je pense qu'ils ne veulent pas utiliser les forceps parce que les cuillères ça crée quelques problèmes parfois, mais je pense pour eux il est plus facile d'« expressionner », j'ai vu, ce n'est pas la première fois que je vois l'expression, je l'ai vue plusieurs fois à l'hôpital.

Selon ce principe, la sage-femme est en fait face à deux éventualités. Soit la parturiente accouche en deux ou trois efforts et elle dirige peu, voire pas du tout l'expulsion; soit l'étape nécessite plus d'efforts et la sage-femme utilise systématiquement l'expression abdominale. La pratique de l'expression abdominale devient ainsi une autre norme pratique. Sur l'année d'observation, toutes les sages-femmes rencontrées pratiquaient l'expression. Dans cette perspective, il nous semble légitime que celle qui ne l'utilise pas se marginalise dans son groupe professionnel.

Autour du post-partum

L'enfant né, après une quinzaine de minutes de repos physiologique, l'utérus se contracte à nouveau, provoquant ainsi l'expulsion du placenta. À ce moment, pour aider la patiente, la sage-femme doit empaumer l'utérus avec une main, le pousser vers la filière vaginale et conjointement, avec l'autre main, empoigner le cordon ombilical afin de guider le placenta. Pour éviter les rétentions placentaires, aucune traction violente ne doit être exercée sur le cordon ombilical. De même, afin d'éviter les prolapsus et inversions utérines, la parturiente ne doit pas « pousser ». Il revient à la sage-femme d'effectuer elle-même l'expulsion du placenta.

Celui-ci est ensuite examiné afin qu'au moindre doute sur son intégralité, une révision utérine soit effectuée. Le geste consiste à introduire la main dans l'utérus et à en extraire les résidus. Induisant des risques d'infection et de perforation utérine, il doit être effectué sans brutalité, à bon escient, et répété le moins possible. Pendant les deux heures suivantes, la parturiente présente des risques hémorragiques et doit donc être surveillée régulièrement plusieurs fois dans l'heure. De même, la tonicité utérine, le saignement vulvaire, la tension artérielle et le pouls doivent être contrôlés. Si la parturiente n'a pas excessivement saigné pendant les deux heures de suivi, elle peut quitter la salle d'accouchement et bénéficier d'une surveillance moins stricte.

Voici maintenant comment tout ceci est effectué *in vivo*.

HB accouche une parturiente. Après quelques efforts expulsifs, la mère donne naissance à son troisième enfant. HB pose l'enfant sur la table aux pieds de la mère, elle clampé et coupe le cordon ombilical. L'enfant est enveloppé dans un pagne et confié à la matrone qui débute les soins. HB examine la périnée, voit qu'il est intact. Elle rassemble une partie du matériel d'accouchement dans l'évier en attendant le décollement placentaire. Quelques minutes plus tard, elle pose sa main sur l'utérus, le sent contracté. Elle se place sur le côté de la mère, prend le cordon dans une main, pose l'autre main sur le fond utérin et pendant qu'elle dirige le placenta, elle demande à la patiente de pousser doucement. Le placenta est expulsé immédiatement, puis mis dans un sac en plastique. Il sera par la suite récupéré par la famille. Ensuite, HB injecte un utérotonique en intramusculaire, sonde la vessie puis masse l'utérus. Elle attend plusieurs minutes, vérifie la tonicité utérine, puis allonge la parturiente et la recouvre d'un pagne. Pendant la première heure, HB vérifie à plusieurs reprises les paramètres de surveillance. Lorsqu'elle quitte la salle pour remplir le dossier, l'infirmière prend le relais. HB ira quand même vérifier de temps à autre. Elle transfère totalement la surveillance au reste de l'équipe dès que la mère va dans un lit de « suites de couches » (Un mois de pratique).

Cette scène décrit la prise en charge d'une délivrance placentaire. Nous voyons qu'HB ne vérifie pas l'intégralité placentaire et que la surveillance s'effectue en partenariat avec l'agent subalterne. Comme le dit une sage-femme exerçant depuis cinq ans, lors d'une discussion nocturne : « oui, le placenta on a appris à le vérifier mais on ne le fait jamais ».

Attribuer l'absence de vérification placentaire uniquement à de la « négligence » nous semble limitatif. En effet, d'autres significations s'attachent à ce geste comme lorsque le sang rappelle une impureté

dont le soignant devrait se protéger ¹ ou lorsque l'examen clinique du placenta génère « un sentiment de dégoût et de crainte ». En effet, l'examen placentaire met en jeu « le nez et l'œil », comme le souligne Jaffré (2003) et l'absence de vérification placentaire peut ainsi entrer dans un procédé d'évitement. Une « anthropologie des sensibilités et des « sensorialités » relève que « *les conduites des acteurs correspondent autant à d'involontaires mouvements du corps, comme la fuite et le dégoût devant certains symptômes, qu'au respect des normes sociales idéales...* » (Jaffré, *ibid.* 2003).

Un relâchement des normes de sécurité

La surveillance

HB dirige un accouchement. Elle procède comme lors de sa garde précédente jusqu'à l'expulsion du placenta. Une fois le placenta mis dans le sac plastique, elle vérifie la tonicité, elle sonde la vessie, injecte l'utérotonique puis change de gants et se prépare à recoudre le périnée. Une fois la réfection terminée, HB vérifie la tonicité utérine, prend la tension artérielle et confie la surveillance à l'infirmière. Après une heure, elle vérifie une nouvelle fois la tonicité et l'écoulement sanguin (cinq semaines de pratique).

Après quelques gardes, la professionnelle modifie la prise en charge de l'accouchée. La tension artérielle n'est pas régulièrement vérifiée et la vessie n'est pas systématiquement vidée, alors que la recherche de saignements persiste, mais avec parcimonie. Conjointement, à ce processus, la sage-femme délègue la surveillance du risque hémorragique à un agent subalterne.

SF effectue un accouchement. Elle palpe l'utérus, vide la vessie, prend la tension artérielle. SF est affairée autour de la patiente, rassemble et nettoie le matériel, prépare l'injection d'ocytocine, allonge la parturiente et la recouvre d'un pagne. Une trentaine de minutes après l'accouchement, la parturiente fait un malaise. Voyant ses mouvements convulsifs, SF pose sa main sur l'utérus, constate l'atonie, effectue la révision, puis contrôle la tension artérielle. (Trois semaines de pratique)

La succession de ces descriptions montre qu'au fil des semaines, la sage-femme relâche la surveillance directe du post-partum et la délègue à l'agent subalterne. Les contrôles sont espacés, par manque de stimulation, l'utérus devient atone et se gorge de sang, ce qui entraîne la pratique des révisions utérines pour « hémorragie ».

¹ Cf « Corps biologique, corps social » (Bonnet,1988)

SF accouche une parturiente. Elle fait les gestes devenus maintenant habituels dont la révision utérine après l'expulsion placentaire, puis s'affaire à la suite de sa journée. La garde est chargée, les six tables d'accouchements sont occupées. Près d'une heure plus tard, alertée par le son métallique de la table de l'accouchée, elle se précipite. Elle découvre une mère consciente. Elle demande le tensiomètre, des gants et le bassin à la matrone, et entreprend une nouvelle révision utérine, puis me demande de prendre la tension artérielle.

Après huit mois de pratique, la sage-femme est dans un processus routinier. Etant maintenant habituée à « réviser », il lui faut un temps de réflexion pour interrompre son geste. L'expérience répétée de situations « à risque », l'incite à mettre en place des sortes de techniques préventives « automatiques ».

Ce faisant, elle transforme un geste thérapeutique, en acte préventif. Nous la voyons anticiper l'hémorragie utérine en systématisant la pratique de la révision utérine. De la même façon, elle espère prévenir la souffrance fœtale en effectuant l'expression abdominale...

Cette inquiétante dérive du « thérapeutique » vers « l'automatique » se normalise globalement sur une période de trois mois.

Ce processus n'est pas sans conséquence puisque la mise en œuvre de ces gestes inutiles peut entraîner une part non négligeable des infections puerpérales. De même, l'expression abdominale peut induire des risques de prolapsus et de lésions périnéales.

Ces circonstances font que les critères cliniques témoignant d'un danger pour une patiente se déplacent. La démarche de prévention initialement acquise est remplacée par celle où des gestes thérapeutiques éventuellement interdits (expression abdominale) sont utilisés à des fins « préventives ». Par là même, la sage-femme se « réapproprie » la prévention en la conformant aux normes de sa pratique et non aux « cas objectifs » se présentant.

Logique de raisonnement médical algorithmique : une histoire de gestes

Regardons maintenant de plus près le déroulement du suivi prénatal. La consultation est standardisée en plusieurs séquences : interrogatoire, prise des « constantes » (taille lors de la première consultation, poids, albumine urinaire, tension artérielle, pouls et tempéra-

ture à chaque consultation, examen obstétrical se déroulant toujours « de la tête aux pieds » : aspect général, examen des conjonctives, palpation de la thyroïde, des seins, de l'abdomen, mesure de la hauteur utérine, contrôle de la position puis de la vitalité fœtale, palpation des mollets. L'examen se termine systématiquement par l'examen cervical (toucher vaginal). Viennent ensuite un éventuel complément d'interrogatoire, une prescription thérapeutique et des conseils (hygiène de la femme enceinte ...).

En pratique, la sage-femme gère différents types de consultations, la consultation prénatale obligatoire, la consultation occasionnelle au cours de la grossesse, la consultation de mise en travail obstétrical et la consultation d'urgence. Une nouvelle fois confrontons ces normes théoriques aux pratiques quotidiennes.

L'omission de certains gestes

CS a pris ses fonctions depuis trois semaines. Elle reçoit des patientes tous les matins. Elle fait entrer la première et, après les salutations, son aide prend les constantes (pesée, taille, recueil urinaire, tension artérielle). Une fois la patiente assise, CS lui demande si elle va bien pendant qu'elle cherche simultanément quelques renseignements sur le carnet de maternité¹. La patiente retire ses chaussures et s'installe sur la table d'examen. CS examine les conjonctives, palpe la thyroïde, puis les seins. Elle passe sa main le long des mollets à la recherche d'œdèmes. Ensuite, elle relève le grand pagne et accède à l'abdomen. Elle glisse le mètre ruban sous les ceintures de perles et mesure la hauteur utérine, puis écoute les bruits du cœur fœtal avec le « stéthoscope de pinard » Elle palpe l'abdomen afin de repérer la présentation fatale. Ensuite, elle demande à la patiente de remonter les petits pagnes au-dessus du pubis, sort de sa poche un doigtier, et examine le col utérin. L'examen terminé, la patiente se lève. Pendant qu'elle replace ses pagnes et met ses chaussures, CS remplit le registre des consultations, le carnet de maternité et établit l'ordonnance. Une fois assise, elle explique la prescription et insiste sur la prise des médicaments.

Quelques semaines plus tard, je retrouve CS. Elle procède toujours de la même façon, la recherche d'albumine urinaire est le seul examen omis.

Nous insistons sur le déroulement de la consultation car à un mois de la remise des diplômes, toutes les sages-femmes procèdent de

¹ Les patientes viennent avec leur carnet où sont théoriquement notées les informations nécessaires au suivi de la grossesse

cette façon. Après deux mois de pratiques, chacune omet respectivement quelques gestes. Ils concernent plus particulièrement le recueil urinaire et la palpation thyroïdienne, plus rarement la coloration des conjonctives ou la palpation abdominale. Nous insistons sur l'omission de la palpation étant donné sa valeur pronostique d'accouchement. Nous constatons ainsi que, rapidement, certains gestes sont « laissés pour compte », notamment ceux présentant un faible intérêt interprétatif, ou obligeant à des investigations paracliniques plus poussées lorsque les résultats sont positifs.

Des gestes parfois vides de sens

Nous sommes en fin de journée, SF a reçu une vingtaine de patientes en consultation, il est quatorze heures. Depuis neuf heures, elle pose les mêmes questions, effectue les mêmes gestes, écrit des informations sur le registre et les transcrit sur les carnets de maternité, puis établit des prescriptions, presque toujours analogues les unes aux autres. SF parle de moins en moins, le "bonjour" n'est plus systématique. Une des dernières patientes entre. La matrone qui l'assiste prend la tension artérielle et annonce 9/8. SF lève la tête, surprise. Elle commence à inscrire un résultat différent, en arguant qu'« elle a une tension pincée, elle doit avoir 9/6 », au même moment, la tension était reprise, et est chiffrée en fait à 10/7. (Sept mois de pratique)

Cette situation montre que SF cherche « à tout prix » à rendre le résultat interprétable. En commençant à inscrire un résultat différent de celui s'affichant, elle s'attache à produire du « normal ». Elle opte donc systématiquement pour l'eutocie. Ainsi un acte se vide de son sens.

Des gestes sélectionnés

KD reçoit une patiente de cinq mois de grossesse, traitée par antispasmodique, chez qui une fausse couche tardive est suspectée. Elle arrive vers 22 heures avec des douleurs abdomino-pelviennes et des pertes vaginales. La sage-femme l'examine, sur un ton agacé car la patiente refuse le toucher vaginal, puis lui demande si elle a saigné. Le col utérin est fermé, aucun saignement n'apparaît. La sage-femme suspecte un syndrome infectieux et lui demande de consulter le lendemain. La patiente repart chez elle avec sa douleur (Quatre mois de pratique)

Un soir, SF reçoit une patiente enceinte de huit mois. Elle consulte pour contractions utérines douloureuses. SF examine le col, constate qu'il est fermé. La patiente rentre chez elle avec un traitement antispasmodique. (Six mois de pratique)

Ces scènes se déroulent après environ un trimestre d'exercice. Les deux patientes viennent la nuit pour un même motif, des douleurs utérines. Aucun des examens ne suit le cheminement standardisé prévu. L'examen clinique est unique, il se limite au toucher vaginal. Selon les professionnelles, les deux cas ne présentent pas de signes de gravité particulière et les femmes retournent à leur domicile. En fin de compte la décision thérapeutique est de renvoyer la patiente chez elle.

Nous voyons ici la sage-femme sélectionner les gestes de la consultation. Elle « va droit au but ». Devant une douleur pelvienne, le geste le plus susceptible d'apporter une information est le toucher vaginal. Sans être nul, les autres présentent un intérêt secondaire. Par conséquent, ils ne sont pas effectués.

D'une façon plus générale, les observations montrent que les deux gestes n'étant jamais omis sont le toucher vaginal et la prise de tension artérielle.

SF examine une patiente enceinte de jumeaux. Elle diagnostique à la fois des saignements, des contractions utérines, et une hypertension. Lorsqu'elle informe le médecin de garde, elle présente la patiente comme une hypertendue simple. Dans un deuxième temps, elle donnera des précisions sur la gémeité, les saignements, et la mise en travail obstétrical.

Le raisonnement effectué pour les signes diagnostiques est le même que pour les gestes cliniques : la sage-femme a procédé par sélection. Cette scène est complexe, dans la mesure où le diagnostic relève de trois symptômes surajoutés. La sage-femme en isole un [le symptôme hypertensif], autour duquel elle élabore un raisonnement diagnostique et thérapeutique. Dans le cadre de l'examen clinique, du diagnostic ou de la surveillance et du traitement, il n'est jamais question des saignements, des contractions utérines et de sa gémeité, éléments pourtant non négligeables d'un point de vue obstétrical.

Des gestes stabilisés

SF exerce six mois dans un hôpital de référence où sont évacuées tous les cas pathologiques de la région. Elle utilise sans cesse les protocoles du service. Sur les six mois, elle a le temps de les mémoriser. Une fois fonctionnaire, elle est affectée dans une autre région. Une patiente se présente, SF diagnostique une hypertension. D'entrée de jeu elle prend en charge la patiente selon le protocole appris dans l'hô-

pital de référence. Elle prescrit les mêmes drogues et enclenche le même processus de surveillance. Le lendemain, nous débutons la matinée par les consultations prénatales. Après le relevé des constantes d'usage, la matrone fait installer la patiente sur la table d'examen. SF la rejoint, elle sort un doigtier de sa poche et examine le col utérin. Pendant que SF jette le doigtier dans la poubelle, la patiente se relève. SF lui dit de s'allonger et elle continue l'examen clinique. La scène se reproduit plusieurs fois. Après un moment, elle oblige la patiente à s'allonger sur un ton agacé. La matrone intervient du fait de la barrière linguistique. Une fois l'examen terminé, la matrone fait remarquer que les patientes sont habituées à ce que l'examen clinique se termine par le toucher vaginal et non l'inverse. SF répond qu'elle procède de cette façon. Je retrouve SF quelques semaines plus tard et constate qu'elle a terminé la consultation par le toucher vaginal cette fois-ci.

En effet, au cours des six mois de pratique dans un service où les cas pathologiques constituaient le principal de l'activité, SF avait pris l'habitude de faire des diagnostics rapides. Dans cette perspective, le toucher vaginal permettait de porter d'emblée un diagnostic et d'y adapter parfois dans « la foulée », une thérapeutique. En général, elle effectuait le toucher vaginal puis complétait l'examen ultérieurement, lorsqu'elle en avait l'occasion. Ces indices font ressortir ce que nous appelons le processus de stabilisation de la pratique.

Qu'en est-il du travail obstétrical ?

Le « travail obstétrical » est défini par la période de la contractilité utérine à l'issue de laquelle la naissance de l'enfant a lieu. L'analyse des discours d'étudiantes montre qu'à l'issue des trois années de formation, elles décrivent le travail comme une phase de durée variable, au cours de laquelle des dangers aussi bien pour la mère que pour le fœtus peuvent se présenter, et dont le dépistage passe par la surveillance.

L'examen [d'entrée en salle d'accouchement] comme l'examen prénatal... On palpe aussi l'utérus pour chercher s'il y a des contractions, on mesure la hauteur utérine, pour ce qui est de la présentation aussi, on touche, le toucher vaginal, on regarde la consistance du col, le degré d'ouverture, la présentation, l'état des membranes, et on établit un dossier... On fait un partogramme, chaque heure, on examine et réexamine encore, c'est seulement le toucher que tu fais... (Étudiante)

Les diplômées maintiennent l'accent mis sur la surveillance du travail

Il y a des éléments très importants au cours du travail, c'est d'abord surtout la tension de la femme, il faut vérifier, parce que il y a des femmes qui te font une poussée hypertensive au cours du travail ... Les bruits du cœur fœtal, pour savoir s'il y a eu souffrance ou pas, et l'évolution du travail ... C'est-à-dire, les modifications du col, dilatation, la poche des eaux, si elle se forme bien si la présentation descend correctement, parce que si on ne faisait pas de partogramme correct, on ne pourrait pas guetter correctement les complications ... (Diplômée de plus de cinq ans)

Selon ces deux discours, les sages-femmes accordent de l'importance à la surveillance du travail. Elles associent d'entrée de jeu la surveillance à l'examen cervical et au partogramme. Leur point de vue est consensuel, et se confirme par l'ensemble des entretiens.

L'évolution de la surveillance

HB reçoit une patiente. Celle-ci lui dit avoir des « douleurs ». HB l'examine suivant le protocole de la consultation prénatale. La patiente est en début de travail. Les constantes témoignent d'une évolution eutocique. HB met en route la surveillance. Toutes les heures, elle contrôle la vitalité fœtale, la dynamique utérine, l'évolution cervicale, et de temps à autre la tension artérielle. Arrivée à une dilatation de 4cm, la patiente s'agite. Les contractions s'intensifient et se rapprochent. HB reste dans la salle et réconforte verbalement la patiente. À partir de ce moment, elle recentre la surveillance sur le col utérin, l'examine plus fréquemment, et rapporte sur le partogramme les examens horaires. Arrivée à dilatation complète, la parturiente s'installe sur la table d'accouchement. (Deux mois de pratique)

Après l'examen initial complet, analogue à celui d'une consultation prénatale, la surveillance s'axe sur la vitalité fœtale (les bruits du cœur), et la dynamique utérine (les contractions). Dès que la patiente manifeste franchement sa douleur, la surveillance se modifie et se réduit au toucher vaginal.

Je suis restée avec la malade sur son lieu de travail, je la surveillais, bien que je ne devais pas la toucher, j'avais mal au doigt [panaris], mais je surveillais les contractions, elles étaient rapprochées, quelque temps après j'appelle la sage-femme pour lui dire que la tête commence à sortir (souvenir d'une sage-femme praticienne depuis 21 ans qui avait accompagné une parturiente dans une maternité où elle-même n'exerçait pas).

Ces deux scènes illustrent la place prépondérante de la dynamique utérine et de l'examen cervical dans la surveillance du travail.

Signalons que l'étudiante apprend à dépister les anomalies d'ouverture de col. Au cours de la formation, elle s'imprègne des nombreuses terminologies qui y répondent : « œdème du col », « dilatation stationnaire », « dystocie dynamique » et « dystocie mécanique », pour ne citer que les principales.

SF suit une patiente en travail, le col s'ouvre très lentement. Tous les quarts d'heures, SF s'approche de la patiente, l'examine, et repart sans un mot. Elle laisse la situation évoluer. Quatre à cinq heures plus tard, la parturiente accouche. Lorsque nous sortons de garde, je lui demande pourquoi elle n'a pas posé de perfusion d'ocytocine ou d'antispasmodique. Elle me répond : « Je savais que ça allait passer parce que c'était un peu mou. Lorsque je lui demande « tu sentais comme ça au doigt ? », elle acquiesce.

Une fois encore, la surveillance du travail se réduit à celle du col utérin. La sage-femme travaille depuis deux mois, elle est maintenant très familière avec les sensations tactiles, et discerne un col qui nécessite une intervention médicamenteuse ou pas.

L'analyse de cette scène montre qu'une pratique gestuelle peut se stabiliser en six mois. Ces conduites acquises restent cependant modifiables. Elles ne sont pas figées, et l'emprise de l'empirisme domine largement la pratique professionnelle (Vasseur & Gounongbé 2004).

Réappropriation d'un outil de travail : le partogramme

Le partogramme est l'outil par excellence de la surveillance du travail obstétrical. Il permet de déceler si le déroulement de l'accouchement s'écarte de la norme. Il signale si la parturiente entre dans une phase de risque ou de danger imminent et, constitue donc une information majeure pour la décision médicale (perfusion d'ocytocine) ou instrumentale (césarienne ou forceps) à prendre. Précisons que le partogramme est un outil de dépistage et que son utilisation correcte permet d'intervenir sur des accouchements « dystociques » sans mettre les vies de la patiente et du fœtus en danger.

(...) Les différents éléments du partogramme, on va vérifier les bruits du cœur fœtal, on va surveiller l'état maternel, les constantes biologiques, la dilatation du col, les degrés de descente de la présentation, la poche des eaux si elle est intacte ou

rompue, on surveille, mais ça dépend des structures, dans certaines on le fait toutes les 30 mn et dans d'autres toutes les heures pour pouvoir guetter la survenue de toute anomalie pendant le travail, en général s'il est bien suivi, toute anomalie est détectée de façon très précoce, comme par exemple une dilatation stationnaire, si on suit le partogramme quand il y a une dilatation stationnaire [elle] se découvre en un laps de temps, on avise le médecin de garde, il saura quoi faire ».
(Propos d'étudiante)

Cet extrait illustre les différents éléments que le partogramme permet de prendre en compte. Les discours des étudiantes nous indiquaient que l'enseignement fondamental formait la sage-femme à systématiser l'utilisation du partogramme. Les différents paramètres qu'il inclut renseignent sur la contractilité utérine, la vitalité fœtale (le battement cardiaque fœtal et la couleur du liquide amniotique), l'évolution cervicale, la progression du mobile fœtal (descente dans le bassin et orientation de la présentation), l'évolution tensionnelle, et l'état général de la parturiente. Lors du cursus de formation, les sages-femmes apprennent à l'utiliser. L'analyse de ces paramètres donne lieu à la définition de tableaux cliniques multiples (dystocie mécanique, la dystocie dynamique, et la souffrance fœtale...). De ces tableaux cliniques découlent des diagnostics (disproportion fœtopelvienne, hématomate rétroplacentaire, infection materno-fœtale, hydramnios...), et des prises en charge. Cet outil informe donc comment une situation initiale peut évoluer dans un sens peu prévisible à tout moment du déroulement du travail.

CS exerce dans un dispensaire où les imprimés de partogramme n'existent pas. Lorsque nous en parlons, elle me dit : « Oui, je suis un peu gênée, je retiens comme ça les chiffres quoi, je retiens comme ça en tête. Je n'écris rien, je fais un toucher, je sais que c'est dilaté à 4 cm, je maintiens ça en tête, je chiffre, les bruits du cœur, j'ai un chiffre que je capte, j'essaie de capter, et la dilatation, au bout de 30 minutes, je reviens, je fais encore, j'ausculte encore les bruits, si ça se modifie je le sens quoi ».

CS mémorise l'évolution du col et la vitalité fœtale et transcrit « de temps à autre » les chiffres sur un cahier. Elle évolue, en quelque sorte, avec un partogramme virtuel. Rappelons qu'elle travaille dans une structure où elle effectue une quinzaine d'accouchements par mois. Dans ce contexte, la mémorisation peut éventuellement se concevoir comme une tactique de surveillance.

Après l'examen clinique, SF ouvre un dossier au nom de la patiente, elle rapporte les informations de l'examen clinique initial sur la page de garde, puis rem-

plit la première colonne du graphique. Elle indique l'heure, la dilatation, la position et la souplesse du col, l'état de la poche des eaux, la fréquence et l'intensité des contractions utérines, la tension artérielle, le rythme du battement cardiaque, et termine par une prescription médicamenteuse. Elle renouvelle cet exercice toutes les heures jusqu'à la naissance de l'enfant. Pendant nos premières rencontres, je vois SF procéder ainsi. À la troisième rencontre, SF remplit la page de garde puis la première colonne. Elle complètera le partogramme une fois l'enfant né et la délivrance effectuée. Elle rassemble en une phase les différents actes qui relèvent de l'écriture. Simultanément au partogramme, elle remplit le certificat de naissance, l'ordonnance pour les soins de la mère et de l'enfant lors du retour au domicile qu'elle remet à l'accompagnant.

Ce que nous constatons chez SF est courant, et nous voyons progressivement les sages-femmes modifier l'utilisation du partogramme. Au cours des premières gardes, le partogramme est rempli simultanément aux examens cliniques. Après quelques gardes, plusieurs inscrivent l'examen clinique initial de la patiente et mémorisent l'évolution du travail cervical. Une fois l'enfant né, le partogramme est complété. L'unique situation où le partogramme continue à être rempli au fur et à mesure du déroulement du travail concerne HB qui exerce dans un service « strict ».

En observant des dossiers remplis par les sages-femmes plus anciennes, je constate que seule la page de garde est complétée et, en face de l'item « conduite à tenir » ou « protocole » est écrit « partogramme » ou « surveillance par partogramme ». Tout se passe comme si, en quelque sorte, le partogramme, normalement systématique, devenait subordonné à une décision, l'apparentant en quelque sorte à une thérapeutique.

Il y a toujours un signe imminent qui te dirige à faire un partogramme ou à ne pas le faire, parfois tu peux passer à côté, c'est sûr, mais la plupart du temps tu peux réussir à dire que vraiment ça, il faut un partogramme...

Dans la même perspective, cet extrait issu d'un entretien avec une sage-femme diplômée depuis dix ans indique que le partogramme est associé à une anomalie suspectée. Suivant ce raisonnement, le partogramme perd sa fonction de dépistage.

C'est pas tellement utile [pour un travail qui paraît normal], donc il y a des femmes qui viennent, tu regardes, tu sais que ça peut passer... Donc il y a pas de problème, mais il y en a d'autres qui viennent dans un contexte, il y a même des dames qui viennent calmes... Mais tu regardes, quand tu les examines, tu vois

qu'il y a quelque chose qui cloche, peut être la taille, peut être la « HU » [hauteur utérine], peut être une macrosomie... Donc, mais sinon tu fais la surveillance normale : de temps à autre tu passes écouter les bruits, chronométrer un peu [essayer], voir si c'est normal, si il n'y a pas une hypocinésie ou une hypercinésie, tu passes voir, après tu passes [après tu reviens] » (Trois ans de pratique).

Non, pas toujours, dans certains cas chez les primi [primipare], je l'utilise, chez les multipares en général elles viennent à DC [dilatation complète], elles viennent, elles accouchent, mais si elle est primi à un doigt tu peux l'utiliser, ou bien à deux doigts tu peux commencer à faire le partogramme, mais chez les grandes multipares je ne le fais pas ». (Trois ans de pratique)

Il est indéniable que les sages-femmes s'éloignent très vite d'une utilisation du partogramme selon les normes officielles, bien qu'elles en soulignent l'intérêt préventif de façon consensuelle. Pour reprendre de Certeau (1994), l'utilisation du partogramme « repose sur un montage complexe de circonstances, de données objectives, où s'enchevêtrent nécessité et libertés, un mélange confus et toujours changeant à travers lequel s'inventent des tactiques, se découpent des trajectoires, s'individualisent des manières de faire ».

L'apprentissage empirique des prescriptions

L'utilisation de l'ocytocine

L'ocytocine est un utérotonique. Très prônée en gynécologie obstétrique, sa molécule est très puissante et produit des effets secondaires. Elle agit sur l'utérus en raccourcissant l'espace entre chaque contraction. Chacune d'entre elles se termine par un relâchement du muscle. L'utilisation abusive empêche le relâchement, provoque une contracture, et peut aboutir à une rupture utérine et à la mort fœtale, voire maternelle. Lorsque l'ocytocine est utilisée à bon escient, elle régularise la dynamique utérine qui permet au col utérin de se dilater harmonieusement. Elle est également largement indiquée afin de déclencher les accouchements.

Depuis quatre mois HB et SF travaillent régulièrement dans des services où les protocoles sont appliqués. D'entrée de jeu, elles ont toutes les deux été obligées de n'administrer l'ocytocine qu'après accord de leurs supérieurs. Nous les voyons utiliser l'utérotonique avec parcimonie. Lorsque je retrouve deux mois plus tard SF en zone rurale, elle reçoit une patiente qui a des contractions anarchiques après 12 heures de rupture des membranes. À la question posée par moi : « Veux-tu

mettre du synto ? », elle me répond « non, surtout pas ». SF suspecte une disproportion fœtopelviennne Elle décide de l'évacuer en vue d'une césarienne.

Etant imprégnée d'un protocole de service, elle utilise l'ocytocine selon une démarche thérapeutique. Tout au long de l'observation, elle conserve une démarche de pratique identique.

CS travaille seule dans le dispensaire, elle est l'unique sage-femme avec quelques matrones sous ses ordres. Elle utilise l'ocytocine lors d'une stagnation cervicale.

Comme ses collègues, CS raisonne conformément aux connaissances fondamentales.

« Moi, je trouve qu'il y a certaines sage femmes pour un accouchement, elles ne laissent pas l'accouchement se diriger naturellement, moi j'aime un accouchement naturel, je ne dirige pas, mettre les perfusions de synto là, je ne le fais pas ou bien je le fais rarement ; mais [il y a] des sage femmes anciennes qui mettent des perfusions de synto à cause de la rapidité... [Situations où mettre du synto] : les primipares, elles ne poussent pas ; maintenant, si tu mets une perfusion de synto, ça va les aider à accélérer les contractions, et comme ça ils vont pousser et aider leurs enfants, ou bien aussi en cas de souffrance fœtale, tu le fais pour accélérer le travail... J'écoute les bruits du cœur, et aussi la qualité du liquide amniotique, la couleur si c'est teinté, je me dis que cet enfant-là doit souffrir, [alors] je mets une perf de synto, ou bien si j'écoute les bruits du cœur, [soit] ça va être accéléré [soit] ralenti, je me dis qu'il y a une souffrance, et là je mets une perf de synto, je le mets si c'est nécessaire » (cinq ans de pratique).

Dans ces trois premiers extraits, les sages-femmes utilisent l'ocytocine conformément à l'enseignement fondamental, dans le respect des indications et contre-indications de l'administration du produit. Il semble qu'une sage-femme sortant de l'école, isolée ou contrôlée dans sa pratique, ne se démarque que peu de ces normes officielles.

En revanche, le discours suivant, rapporté par la sage-femme exerçant depuis cinq ans, est beaucoup moins conforme aux normes médicales.

KS travaille depuis trois mois en salle d'accouchement, dans une maternité où les sages-femmes assurent les gardes, deux par deux. Une parturiente se présente avec une dilatation de 3 cm, la sage-femme fait un test de Kreiss¹, quelques heures plus tard, la parturiente est à 5 cm de dilatation. La sage-femme pose une perfu-

¹ Association de Spasfon® et Valium® en intramusculaire, indiquée pour distinguer le faux du vrai travail obstétrical.

sion de Syntocinon associé à un antispasmodique. Elle argumente sa prescription ainsi : « sans Syntocinon l'expulsion est plus longue, les contractions ne sont pas suffisamment intenses, et la femme est fatiguée ». Poursuivant son raisonnement, elle double la dose d'ocytocine dès que la parturiente atteint une dilatation de huit centimètres. Elle me précise que ce procédé permet « d'activer la dilatation jusqu'à complète ».

Dans ce cas de figure, si l'indication initiale d'ocytocine était tolérable bien que pas tout à fait régulière, elle ne présentait pas de danger. Cependant, l'ajout d'ocytocine en fin de travail était inutile, voire dangereux.

Une sage-femme exerçant depuis trois ans en zone rurale, nous dit :

Oui, nous le synto, on l'utilise beaucoup quand même... Nous, les femmes en travail d'habitude à partir de 5cm la plupart du temps, on utilise du synto, mais à des doses limitées à 5 unités, donc quand la femme vient, elle est à 5cm avec une poche bombée, tu romps. Si la femme a rompu, tu utilises également le synto, parce que ça accélère le travail, donc un spasmodique ça passe, mais c'est [le synto] très utilisé quand même en milieu rural parce que là bas on peut pas attendre que tout le monde fasse son travail naturellement, parce que les places sont limitées alors que les dames attendent. Il y a beaucoup d'accouchements.

J'ai dirigé un travail pour une femme qui n'a aucun problème, bon, l'accouchement on sait [comment] ça commence, on sait pas comment ça va se solder, mais tu as tous les éléments pour que ce soit un accouchement entocique, bon là, je peux commencer à faire ma perfusion de Syntocinon, la surveillance, et aller prier... ».
(Quinze ans de pratique)

Dans l'extrait ci-dessus, la sage-femme explique clairement que, pour elle, « l'eutocie est une indication de l'ocytocine ». Nous sommes ici aux antipodes des indications officielles des utérotoniques.

D'une façon générale, dès lors que la sage-femme entre dans un champ de pratique où l'utilisation large de l'ocytocine est habituelle, elle délaisse ses connaissances fondamentales au bénéfice de l'acquisition d'un apprentissage empirique de la manipulation de l'ocytocine, en quelques semaines, et se conforme au mode d'utilisation *in situ*. Cette stratégie de conformisme entre dans le processus de socialisation indispensable pour entrer dans l'équipe et être reconnu par ses pairs.

Au cours d'une garde nocturne chargée, une patiente primipare arrive en cours de travail. La patiente présente une dilatation stagnante. Elle reste plusieurs heures à 5 cm, avant que la professionnelle prescrive, après accord du médecin de garde,

une perfusion d'ocytocine. Ce jour-là SF a les poches vides, elle doit faire acheter à la famille la molécule, le perfuseur, le cathéter et le flacon. Elle a choisi d'attendre que la stagnation se confirme avant d'obliger la famille à des dépenses. Elle me confirme par la suite qu'il lui arrive fréquemment de prescrire « le plus tard possible » lorsque les familles sont démunies.

Cette démarche d'économie, elle n'est pas seule à la suivre. Plusieurs de ses collègues ne prescrivent pas de perfusions alors que la sécurité l'oblige, et tiennent le même discours.

Ce faisant, la sage-femme répond à un besoin social impliquant qu'elle se départisse des principes de prévention. Lorsque la sage-femme laisse la patiente pendant cinq heures en dilatation stationnaire, la pathologie s'installe. Le col s'œdématie, la bosse sero-sanguine de la tête fœtale s'accroît, et le muscle utérin s'affaiblit. Pendant que la situation clinique s'enclave, la mère et l'enfant puisent dans leur « potentiel de bonne santé ». Mais une fois encore, comme lors des consultations, la sage-femme adapte ses connaissances théoriques à une « nécessité », de façon empirique.

Quelques traitements médicamenteux

CS traite les infections urinaires par Azantac® et Nibiol®. Devant une patiente qui n'a pas les moyens de financer les deux ampoules d'Azantac (posologie conforme), elle en prescrit une seule. L'infection urinaire guérit¹. Depuis ce jour, elle traite toutes les infections urinaires qu'elle rencontre par la posologie réduite, « réappropriée ».

Nous voyons CS associer, à sa connaissance théorique, un « savoir » empirique, savoir qu'elle a ici découvert par manque de moyens financiers de la patiente. Suite à des expériences de terrain, plusieurs sages-femmes raisonnent comme CS. Selon cette perspective, une patiente en fin de grossesse reçoit systématiquement du magnésium, une patiente traitée pour infection génitale transmise par voie sexuelle ne s'accompagne plus du traitement du mari, une patiente présentant une toxémie est mise sous « calcium, acide salicylique, Aldomet®² et chloroquine.

¹ Notons que l'Azantac® est un traitement de l'ulcère gastrique, et pas de l'infection urinaire.

² L'Aldomet® est un traitement de l'hypertension artérielle

SF a pris un nouveau poste et me dit « toutes les femmes ont des pertes ». Devant la répétition des tableaux cliniques, elle décide de traiter toutes ces patientes par nystatine, et d'y associer de l'érythromycine lorsque les pertes sont abondantes. Les commandes auprès de la pharmacie ne suivent pas, SF adapte ses traitements. Lorsque les patientes ont les moyens, elle fait acheter le traitement en officine et a contrario, elle prescrit un traitement de substitution adapté au stock de la pharmacie du centre.

Dès ses premières semaines de pratique, CS est face aux faibles moyens financiers des patientes. D'entrée de jeu, elle adapte les prescriptions. Selon la même démarche, elle s'habitue à ne plus examiner les cols sous spéculum. Elle me précise que malgré ses insistances auprès du président du comité de santé, elle ne dispose pas de lumière permettant de visualiser correctement le col. Comme elle me dit fréquemment lors de nos discussions informelles : « Moi, je fais avec les moyens du bord ».

Par ailleurs, de manière récurrente, nous constatons que les sages-femmes évaluent les moyens financiers des patientes pour effectuer leurs choix thérapeutiques et ce au détriment souvent de la qualité du traitement. Tel est le cas de SF qui change la standardisation des prescriptions médicamenteuses lorsqu'elle passe d'un hôpital de référence à un dispensaire rural.

De façon uniforme, nous voyons que la sage-femme adapte ses connaissances fondamentales aux circonstances et contraintes locales. Ses choix de prescriptions sont guidés par le faible coût mais aussi par la rapidité escomptée de résultats thérapeutiques et cela au détriment de la qualité du produit ou de ses effets secondaires.

La construction du discours dans l'interaction de soins

Dans le cadre de la consultation

L'échange entre la patiente et la sage-femme pendant la consultation se construit en plusieurs temps : l'interrogatoire, l'explication de l'ordonnance et les conseils d'hygiène de vie liée à la grossesse.

SF est d'emblée peu loquace, elle passe rapidement à l'examen clinique et insiste sur l'explication de l'ordonnance. Après trois mois de pratique dans le service hospitalier, l'interrogatoire s'effectue simultanément à l'examen clinique. La patiente est accueillie par la matrone qui prend les constantes et, une fois la patiente

allongée sur la table, SF arrive et salue tout en commençant l'examen. Afin de compléter l'examen clinique, elle pose les questions nécessaires. Elle remplit l'ordonnance et dans la plupart des cas, la fait remettre à l'accompagnant par la matrone. SF en donne des explications dès lors que les familles la sollicitent. Lorsque je retrouve SF affectée en zone rurale, elle travaille dans une atmosphère moins précipitée, elle n'est pas plus loquace et conserve l'habitude de superposer l'interrogatoire à l'examen clinique.

CS quant à elle, travaille dans un service peu productif et « prend son temps ». Nous resterons parfois plus d'une demi heure avec une patiente. Lors des premières consultations, elle reste aussi longuement sur le temps interrogatoire que sur celui, explicatif, de l'ordonnance. CS s'assure toujours que les patientes comprennent. Après un an de pratique, CS est fidèle à elle-même, elle écoute les plaintes, prend son temps pour expliquer un traitement, elle en dit moins sur l'explication des pathologies, « il ne faut pas trop en dire pour ne pas inquiéter » sera sa parole. Elle travaille plus vite, connaît la plupart des patientes. Elle a substitué une partie du temps d'interaction verbale médicale par de la convivialité, par conséquent les consultations se déroulent sur le même laps de temps. CS, de même que les patientes, se « taquinent » et discutent, notamment à propos de sexualité. CS dira à une accouchée qui lui rend visite « il faut un périnée bien recousu, car s'il est trop large, le mari ne le reconnaîtra pas ». Parallèlement, CS a une attitude moins protocolaire, elle se déplace dans la salle, interroge en faisant face à la patiente, n'est plus assise derrière son bureau.

À l'évidence, chaque sage-femme fait la consultation en fonction de sa personnalité. Chez les sages-femmes affables, l'interaction verbale reste un moment important de la consultation, alors que celles peu prolixes ne le seront pas plus dans le cadre professionnel. Toutefois, ayons toujours à l'esprit les effets de contexte : un service peu actif, a des contraintes sans commune mesure avec un service de référence.

Nous observons cependant une nette constante quant à l'absence d'explication donnée aux patientes concernant les gestes effectués ou les pathologies diagnostiquées. Certes, l'explication d'une prescription est donnée, mais sans en préciser les raisons. De surcroît, selon certaines professionnelles, informer serait une source d'inquiétude pour les patientes. En tout état de cause, le silence à l'égard de l'acte médical est de mise. L'échange verbal dans la consultation, fonde plutôt une démarche de convivialité que de soin.

La parole dans le cadre du travail obstétrical

HB est de garde, une patiente est en début d'accouchement. HB lui explique qu'elle va injecter, en intramusculaire, un antispasmodique, ainsi que l'évolution du travail. Elle lui explique que les contractions deviendraient plus fortes et qu'avant la naissance, elle aura la sensation d'avoir envie d'aller à la selle. Peu de temps après, la parturiente commence à s'agiter. Alors HB dit « je n'aurais pas dû lui dire tout ça ». À partir de ce moment, HB ne quitte plus la salle d'accouchement, elle me demande de surveiller la parturiente lorsqu'elle ira répondre au téléphone. Elle essaie de la maintenir allongée car, ayant rompu la poche des eaux, elle ne souhaite pas voir la patiente debout.

HB informe. Elle anticipe les événements et est dans une démarche de prévision. Mais cette posture peut déboucher sur le mécanisme, décrit par Jaffré, de « demande infinie » du patient à laquelle la soignante ne peut répondre (2003). HB en vient donc à tirer de cette expérience qu'il est préférable de ne pas trop en dire: « je n'aurais pas dû lui dire tout ça ». À partir de cet événement, elle devient plus silencieuse pendant la surveillance du travail obstétrical, Le comportement silencieux d'HB est observé chez toutes les sages-femmes.

Histoire de raisonnements

Le constat d'une dislocation des techniques

KD travaille à l'hôpital régional de sa ville natale, depuis moins d'un mois, elle reçoit une patiente pour sa consultation prénatale obligatoire. Après les salutations d'usage, l'interrogatoire prend un ton convivial. Au fil des questions-réponses et de la lecture du carnet de maternité, KD constate que la patiente est hypertendue. À la prise du jour, la tension artérielle est à 20/13. Elle poursuit l'investigation clinique et découvre des œdèmes, une prise de poids importante surajoutée à une obésité préexistante, et une dyspnée. À haute voix, KD se remémore ses cours théoriques sur la toxémie gravidique et la lourdeur des protocoles de traitements, puis classe la patiente dans les « grossesses à haut risque ». Elle soumet le dossier de la patiente à l'obstétricien qui l'introduit dans le circuit des surveillances spécialisées.

C'est au fur et à mesure de l'examen précis voire scrupuleux, et au travers d'un retour aux sources (cours théorique sur la toxémie gravidique), que la sage-femme parvient à catégoriser la grossesse. Mais, six mois plus tard, je retrouve KD qui a accepté un poste rural. Dès mon arrivée, elle résume la situation en me disant :

Ce que je fais ici n'a rien à voir avec la théorie apprise, on traite en fonction des signes cliniques et avec les moyens du bord.

Evolution d'un raisonnement d'« école »

CS a pris ses fonctions depuis un mois, elle me raconte une expérience d'évacuation. Elle avait pris cette décision car elle suspectait une disproportion fœtopelvienne et craignait une souffrance fœtale. «J'ai évacué pour que le nouveau-né naisse en bonne santé dans les conditions qu'il faut, mais malheureusement c'est pas toujours le cas. Même quand il y a les médecins, parfois ils laissent accoucher les femmes par voie basse, ce qui ne devrait peut-être pas se faire... Une fois, j'en ai même discuté avec le médecin : « pourquoi faut-il référer ? », parce que c'est ce qu'on m'a appris moi,...Je pense que toute pathologie ou grossesse à risque, je dois référer c'est ce qu'on m'a appris en tout cas à l'école. À chaque fois que... j'ai des doutes, ou bien si je pense qu'il y a une pathologie en dessous, il faut référer, c'est ce qu'on m'a appris à l'école. C'est ce que je fais jusqu'à présent, peut-être que le médecin n'est pas de mon avis, mais je pense que c'est mieux pour les femmes... surtout pour une débutante comme moi, on ne peut pas risquer... CS m'explique ensuite que leur désaccord aura donné lieu à un débat houleux, à l'issue duquel chacun sera resté sur ses positions. Quelques semaines plus tard, elle apprend que la patiente a accouché par les voies naturelles et aura eu une importante déchirure périnéale, qu'elle-même devra traiter par la suite. Plus tard, le médecin réitère son conseil. En reprenant les paroles de celui-ci:" Vraiment, il ne faut plus référer, parce que tu as vu, tu as référé des « primi », elles ont non seulement accouché par voie basse mais la réparation des périnées n'était pas parfaite, donc il vaut mieux les prendre en charge ici".

Dans ces deux : il n'y a qu'une situation décrite ? situations, les sages-femmes orientent les patientes dans un souci de prévention lié au diagnostic effectué. En effet, aucune n'était en réelle situation d'urgence.

Dans ce contexte de pratique quotidienne, le raisonnement préventif est considéré comme excessif. Devant la réplification de ces situations, CS redéfinit les motifs d'évacuation, et évacue avec plus de parcimonie. On assiste ici à un processus de « déliquescence » du risque tel qu'enseigné. Il n'est plus question de prévention au sens où les sages-femmes l'ont appris, selon des normes officielles, mais d'une prévention qui permet à la patiente de se sortir des situations pathologiques « le mieux possible ».

C'est pourquoi, en pratique, la sage-femme apprend à évacuer lorsque la pathologie est en place et uniquement pour éviter de l'ag-

graver. Autrement dit, elle organise l'évacuation dans un but curatif et cherche alors la solution qui lui semble « la moins mauvaise ».

Certaines situations sociales sont de plus préjudiciables à un suivi des préceptes théoriques. Ainsi :

SF est affectée dans une zone dont elle ne parle pas la langue ; lorsqu'elle reçoit une patiente pour des douleurs pelviennes, celle-ci est incapable de la renseigner. Dans cette situation, SF ne peut que traiter la douleur et le saignement sans se préoccuper de la cause, ou de l'ancienneté de l'événement médical.

De la même façon, évaluer une date de début de grossesse est difficile au quotidien. Les patientes ne se remémorent pas la date de leurs dernières règles, le repère se faisant plutôt par rapport à un événement marquant de la vie quotidienne (voyage, décès, fête religieuse, baptême...)

Ces descriptions montrent qu'un interrogatoire devient complexe dès qu'une barrière linguistique ou sociale apparaît. Et c'est pourquoi, au fur et à mesure de la journée, la sage-femme ne cherche plus à approfondir, voire à identifier, les causes des pathologies. Il ne fait aucun doute que la réplication de ces situations contribue à l'appauvrissement des investigations diagnostiques.

L'évolution des pronostics

Je retrouve SF quelques semaines après son affectation en zone rurale. À plusieurs reprises, elle me dit : « Pour cette femme il faudrait faire ... » mais en reste là.

Trois mois plus tôt, SF reçoit une patiente en consultation « obligatoire ». Elle s'étonne de l'importance de la hauteur utérine. Elle m'en fait part. Le raisonnement de SF reste au stade du constat. Elle n'en recherche pas la cause. Ne palpe pas l'utérus, ne recherche pas de vitalité fœtale... Je suggère l'éventualité d'une grossesse gémellaire. SF, qui a été formée à l'échographie dans le précédent service, effectue l'examen et confirme le diagnostic. SF l'annonce à la patiente et termine la consultation. La consultation prend fin sur cette nouvelle. (Un an de pratique)

Signalons que la patiente est en cours de troisième trimestre de la grossesse et que le bilan pronostic d'accouchement prévu à cette date, n'a pas été effectué. L'absence d'investigation devant l'étonnement de l'élévation de la hauteur utérine dénote de la perte de raisonnement pronostique.

KD examine une patiente en fin de grossesse qui attend son premier enfant. À l'examen clinique, elle constate que la hauteur utérine est élevée pour le terme, et

que la présentation céphalique du fœtus est haute. Nous parlons du cas. KD pense que la tête devrait être plus descendue dans le bassin. Elle suspecte une disproportion fœtopelvienne, sans pour autant prendre de décision anticipative. Elle décide d'attendre que la patiente se mette spontanément en travail, et ne lui donne aucun conseil de prévention (Sept mois de pratique)

Bien entendu, la démarche de prévention conditionne le pronostic obstétrical des patientes. Mais, après six mois, la démarche pronostique semble avoir totalement disparu. L'évolution de KD met en évidence la rapidité avec laquelle les raisonnements anticipatifs et pronostiques perdent de leur importance.

Petit à petit le raisonnement médical n'existe plus « qu'en surface ». La sage-femme travaille avec un nombre restreint de gestes. Elle met en place des raccourcis, faisant, par exemple, qu'à l'arrivée d'une patiente, la sage-femme recherche d'emblée le symptôme « type », à partir duquel s'enclenche le processus « diagnostic/thérapeutique » univoque correspondant. Tout se passe comme si elle accordait au symptôme une valeur pathognomonique induisant un raisonnement suivant un mode algorithmique simple.

Au fil des mois, le raisonnement évolue de manière à utiliser un nombre de plus en plus restreint de paramètres et tend vers l'unicité. Elle développe ainsi l'idée et l'attitude faisant « qu'à un symptôme correspond une intervention ».

La sage-femme identifie quelques tableaux cliniques, sur lesquels elle base sa pratique, et dont dépendent les prises en charge. À chaque tiroir correspond à un symptôme, rattaché à *son* diagnostic et *sa* thérapeutique. On y trouverait : « la patiente qui saigne », « la patiente hypertendue », « la parturiente en travail avec un col stagnant », « la parturiente en travail avec un col dilatant », « la patiente infectée », « la patiente anémiée »...

En fin de compte, une fois diplômée, la sage-femme dispose d'une culture médicale, et bien sûr gynéco-obstétricale, étendue. Elle a en sa possession tous les outils sémiologiques pour développer un sens aigu de l'obstétrique. Cependant en quelques mois, la sage-femme se démarque de son apprentissage fondamental et n'utilise qu'une faible part de son capital de connaissances.

Cette attitude est accentuée par un contexte de pauvreté, où on ne peut que prescrire les examens complémentaires avec parcimonie,

réduire le coût des ordonnances... Dans un contexte de pratique « pauvre », certains raisonnements scientifiques ont peu de poids.

Conclusion

Aborder la santé maternelle par des normes pratiques des professionnelles éclaire l'écart entre les apprentissages fondamentaux et leurs applications. Il va de soi que les différentes logiques développées interagissent, leurs processus s'entrecroisent et produisent des effets multiples. Cependant, il nous semble que la logique de primat d'urgence y tient un rôle prépondérant, et, à maintes reprises, nous avons été témoins de situation où la survenue de l'urgence interrompait le cours des choses et conditionnait aussi bien la poursuite des processus de prise en charge que les raisonnements médicaux et d'une manière plus globale, la modalité des techniques.

De manière plus globale, notre travail pose la question des liens entre les enseignements initiaux et leur possibles applications concrètes. Toutes les normes sont-elles adaptées aux réalités ? Comment s'y conformer ? Que mettre en œuvre pour atteindre leur objectif ? *A contrario* que modifier pour les rendre exécutables par les professionnels tout en préservant la santé des patientes ?

Pour toutes ces raisons, notre travail de recherche ne fait que confirmer l'idée que la discipline anthropologique doit conjointement investir le champ de la formation de base et développer l'accompagnement des professionnels de santé dans leur pratique quotidienne en matière de santé maternelle.

Bibliographie

Aubel J., Niang A., Mane C. and coll. (1992) *Aspects clefs des prestations de planning familial : la communication interpersonnelle*. ART-PSPF Sénégal p.11

Becker H.S. (1985), *Outsiders, Etudes de sociologie de la déviance*, Paris, Coll. Observation, Edition Métailé A.-M.

Bonnet D. (1988), *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi. Burkina Faso*, ORSTOM, Coll. mémoires n°110, 138 p.

De Brouwere V., Van Lerberghe W. (2001) *Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique*, Anvers, Belgique, ITG-Press.

De Certeau M., Giard L., Mayol P. (1994) *L'invention au quotidien*, Tome 2, Paris, Coll. Folio. Edition Gallimard.

De Koninck M. (1997) *Le discours des femmes sur la santé, un savoir essentiel pour l'intervention*. Université de Laval, département de médecine sociale et préventive. Recherches féministes, vol 10, n°1. Laval, Canada. p 97-112.

Fall A.S. *Equité dans l'accès aux services de santé urbaine à Dakar*, volet socio-anthropologique. Rapport final. UNICEF et Ministère des Affaires Étrangères Coopération et Francophonie. Dakar, Sénégal.

Friedson E. (1984) *La profession médicale*, Paris, Payot (Traduction de *Profession of Medicine*, New York, Harper and Row, 1970)

Good B. (1998) *Comment faire de l'anthropologie médicale ? médecine, rationalité et vécu*, Coll. Les empêcheurs de tourner en rond, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, Le Plessis-Robinson (Traduction de *Medicine, Rationality and Experience*, Cambridge University Press, 1994)

Hahonou E. (2000) *Etude socio-anthropologique des interactions entre usagers et agents de la Santé : le cas du service des urgences de l'Hôpital de Niamey*, Niger. Mémoire de DEA, Marseille, EHESS.

Jaffré Y. (2003), *Configuration de l'espace moral des personnels*, dans Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.-P. 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Khartala p. 295-338.

Jaffré Y., Olivier de Sardan J.P. (2003) *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Khartala

Jaffré Y., Prual A. (1993), *Le « corps des sages-femmes », entre identités professionnelles et sociales*, *Sciences Sociales et Santé*, vol X, n° 2 : 63-80.

Jewkes R., Naeemah A., Zoduomo M. (1988) *Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. Social Science and Medicine* Vol. 47, No 11, p1787-1795. Prétoria, South Africa

Olivier de Sardan J.P. (1995) *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, APAD/Khartala.

Olivier de Sardan J.P., Moumouni A., Souley A. (2000) *l'accouchement, c'est la guerre. Accoucher en milieu rural nigérien. Afrique Contemporaine* 195 : 136-154.

Olivier de Sardan J.P. (2001) *La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisées en Afrique de l'Ouest. Autrepart* vol 11, p.61-73.

Olivier de Sardan J.P (2003) *Pourquoi le malade anonyme est-il si mal traité ?*, dans Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.-P. 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Khartala p.265-294.

Prua A., Huguet D. (1989) *Opinion des femmes en âge de procréer de la communauté urbaine de Niamey sur leur prise en charge au niveau des formations sanitaires au cours de leur grossesse ou accouchement. Projet "appui à la santé de la mère et de l'enfant"*, Ministère de la Santé Publique, Direction de la Santé Maternelle et Infantile. Niamey, Niger.

Prua A. (1999a) *Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest. Vers une maternité à moindre risque ? Santé Publique*, Vol. 11, n°2, p.167-185.

Prua A. (1999b) *Discours et Récits des parturientes, de leur famille et des personnels de santé sur les pratiques autour de l'accouchement à Nouakchott. Analyse et leçons à tirer. Rapport final. Programme de « maternité sans risque » et DRASS. Nouakchott, Mauritanie. p. 17.*

Strauss A. (textes réunis et présentés par I. Baszanger) (1992) *La trame de la négociation. Sociologie quantitative et interactionnisme*, Paris, l'Harmattan.

Vasseur P., Gounongbe A. (2003) *Attributions de causalité et conscience professionnelle chez les sages-femmes en Afrique de l'Ouest : les ressorts 'une erreur fondamentale Psychopathologie Africaine, Vol. XXXII, n°1, p.3-53.*

LEXIQUE

Albumine urinaire (ou albuminurie, protéinurie) : recherche de l'albumine dans les urines maternelles. L'examen reflète l'activité rénale. La présence d'albumine dans les urines indique une défaillance du système tensionnel ou bien une infection urinaire.

Atonie utérine : absence de contractilité utérine après la naissance de l'enfant, terme spécifique de la pathologie du post-partum. Au palpé, l'utérus est mou.

Aspiration manuelle intra-utérine ou « amui » : la technique d'aspiration nécessite l'utilisation d'un matériel spécifique pour lequel les professionnels sont formés. L'indication médicale est posée en cas de fausses couches. Introduction d'un tuyau en plastique dans l'utérus après anesthésie locale. Le tuyau est adapté à un système de création de vide, ce qui permet d'aspirer les débris placentaires hors de la cavité utérine. La technique présente l'avantage de s'effectuer en dehors d'une salle opératoire et sans anesthésie générale. De plus en plus de sages-femmes sont formées à la technique.

Bosse sérosanguine : terme utilisé en cours de travail obstétrical.

Il correspond à l'amas de sang au niveau de l'occiput, formant alors une bosse. Sa forme se calque sur la circonférence de l'aire de dilatation cervicale. Sa formation témoigne d'une anomalie d'accommodation entre la tête fœtale et le bassin maternel. On la retrouve dans les tableaux de disproportion fœtopelvienne.

Bruits du cœur : battement cardiaque fœtal que l'on perçoit à travers la paroi abdominale maternelle.

Conjonctives : l'examen clinique des conjonctives maternelles permet de diagnostiquer des pathologies liées à l'hémoglobine. Des conjonctives peu colorées témoignent de la présence d'une anémie. La plus courante est la carence en fer, elle peut aussi concerner d'autres hémoglobino-pathies comme la drépanocytose.

Curetage : retrait manuel ou instrumental des débris résiduels de fausses couches dans l'utérus.

Délivrance artificielle : Extraction manuelle du placenta hors de l'utérus. L'indication est posée lorsque le placenta ne se décolle pas physiologiquement ou lors d'hémorragie maternelle importante (avant le décollement spontané).

Déchirure : rupture spontanée des tissus périnéaux lors du dégagement de la tête fœtale (en phase expulsive). Les déchirures sont de types différents. D'anodine lorsqu'elle touche les tissus muqueux et musculaires, elle peut être gravissime lorsqu'elle atteint la muqueuse anale et le sphincter anal.

Disproportion fœtopelvienne : Incompatibilité entre le volume fœtal et l'espace libre du bassin maternel. Cette dystocie (anomalie) donne lieu à la césarienne.

Dyspnée : trouble de la respiration qui apparaît dans les troubles hémorragies aigus, et des troubles cardiaques ou à des stades avancés des troubles vasculo-rénaux (hypertension de la grossesse).

Éclampsie : tremblement de l'ensemble du corps à type de convulsions. Tableau gravissime qui provoque la mort du fœtus et peut avoir des séquelles neurologiques chez la mère voire provoquer la mort. La prise en charge en service de réanimation est souvent nécessaire. Lorsque l'éclampsie apparaît chez la femme enceinte, la césarienne est le traitement de choix ajoutée au traitement médicamenteux.

Épisiotomie : section aux ciseaux des tissus périnéaux. Geste qui se fait à la phase expulsive de l'accouchement.

Eutocie : tout accouchement qui se déroule sans anomalie.

Expression utérine : pression effectuée sur l'abdomen de la femme enceinte au moment des efforts expulsifs lorsque ceux-ci sont insuffisants. Attention ! ce geste est unanimement proscrit par les formateurs de l'obstétrique. Cependant il est pratiqué partout. Son interdiction tient aux effets mortels et morbides qu'il a provoqué chez des patientes et des fœtus.

Friedmann : médecin qui a donné son nom à la courbe tracée sur le partogramme afin de suivre l'évolution de la dilatation.

Hypocinésie : contractilité utérine insuffisante, terme spécifique de la fréquence des contractions utérines (moins d'une toutes les cinq minutes).

Hypercinésie : contractions utérines anormalement fréquentes (plus d'une toutes les trois minutes).

Jacquemier : manœuvre qui permet d'engager les épaules fœtales dans le bassin maternel, puis de les dégager (dystocie des épaules). Cette anomalie se diagnostique une fois que l'enfant a dégagé sa tête de la filière vaginale. Celle-ci reste collée à la vulve en dépit des efforts expulsifs de la mère.

Liquide amniotique : liquide qui enveloppe le fœtus pendant toute la grossesse. Lorsque le fœtus émet le méconium (premières selles) pendant la grossesse le liquide est dit « teinté ». Lorsque le méconium est émis à proximité de la naissance, on l'appelle « méconial », lorsqu'il est émis en cours de travail, on l'appelle "purée de pois" L'émission méconiale dénote d'une souffrance fœtale. selon le contexte clinique, le signe prend une valeur pronostic.

Macrosomie : gros fœtus, on pose le diagnostic dans la plupart du temps par la mesure de la hauteur utérine.

Membranes : partie des membranes utérines que l'on perçoit à l'examen clinique du col lorsque celui-ci est ouvert. Terme souvent employé abusivement pour dire « la poche des eaux ».

Norplan : méthode contraceptive par implants sous-cutanés. Les implants se changent au plus tous les trois ans.

œdèmes : rétention aqueuse dans les tissus cutanés. Ils s'installent progressivement et méritent d'être surveillés. Ils témoignent d'un dysfonctionnement rénal. L'œdème est un des symptômes recherchés dans la toxémie gravidique.

Pelvimétrie : Examen clinique qui permet de calculer la taille du

bassin par le palpé des saillies osseuses dorsales (externe) et l'examen gynécologique (interne).

Poche des eaux : surface de l'enveloppe amniotique que l'on perçoit au toucher vaginal lorsque le col est dilaté. Sa consistance, plate ou bombée, renseigne sur la qualité de l'accommodation du mobile fœtal au bassin maternel. Il donne une valeur pronostic du déroulement de l'accouchement.

Salpingectomie : ablation de la trompe

Siège : la phase de l'expulsion de la naissance d'un enfant par le siège présente plus de risque pour l'enfant que par la tête. Il peut souffrir d'hypoxie et présenter par la suite des troubles neurologiques. Lorsque les bras se relèvent ou que la tête se défléchit avant le dégagement final, l'utilisation de manœuvres est nécessaire. Le bon déroulement de la naissance est alors entre les mains de la sage-femme.

Spéculum : outil métallique conique qui permet de visualiser le col utérin. L'examen est utile lorsque l'on suspecte des anomalies du cervicales ou pour visualiser l'origine des saignements.

Stagnation : situation où le col utérin ne s'ouvre plus pendant le travail obstétrical.

Stéthoscope de pinard : outil de forme conique métallique ou en bois qui permet d'entendre les battements du cœur fœtal à travers la paroi utérine. On l'appelle plus simplement « trompette ».

Syndrome toxémique ou toxémie gravidique : pathologie vasculo-rénale fréquente de la femme enceinte lors de la première grossesse. Elle se manifeste par une hypertension, des œdèmes et une protéinurie. Les variations tensionnelles se répercutent sur le fœtus en arrêtant sa

croissance et sur la mère en risquant l'éclampsie ou l'hématome rétroplacentaire. Le traitement est médical et nécessite parfois une hospitalisation.

Tonicité utérine : au cours des deux heures de surveillance des risques hémorragiques maternels en post-partum immédiat, le tonus de l'utérus doit être contrôlé. À la palpation l'utérus doit être « dur ». Lorsque l'on vérifie la tonicité utérine, on parle du *globe de sécurité*.

LA MORTALITÉ MATERNELLE AU CARREFOUR DE MULTIPLES LOGIQUES

D'UN ÉTAT DES LIEUX À L'ÉLABORATION
DE PISTES DE RECHERCHE

CHRYSTELLE GRENIER-TORRES ¹

L'ÉTUDE de la mortalité maternelle se prête à plusieurs types d'approches - politique, économique, anthropologique, historique, santé publique, psychologie sociale- et à plusieurs niveaux d'analyse : l'état, la ville, la structure de santé, la relation du groupe à l'individu, les interactions entre acteurs...

Dans ce texte, nous faisons le choix d'interroger la rencontre de l'anthropologie et de la santé publique à propos de ce problème de santé majeur en Afrique de l'ouest. Que peuvent s'apporter ces deux approches en matière d'analyse et de compréhension des différentes

¹ sociologue, post-doctorante SHADYC (EHESS/CNRS)

logiques qui participent à produire un si haut niveau de mortalité maternelle. Pourquoi tant de femmes sont touchées par ce problème ? Que pouvons-nous apporter en tant que sciences sociales ?

De manière évidente, l'absence d'une formation adéquate des personnels soignants, le manque de matériels nécessaires à la réalisation des soins pourraient expliquer ces taux.

Mais, comme on a pu le lire dans les textes précédents, l'anthropologue va poser des questions de nature différente. En particulier celle de la violence verbale mais aussi physique que subissent les femmes qui viennent pour accoucher.

Violence qui peut s'exprimer à travers des formes de rackets, des insultes, des coups et parfois à travers l'absence d'intervention dans une situation qui nécessiterait qu'un soignant se mobilise dans un acte de soin auprès d'une femme. Ces questions sont centrales, et pourtant, peu d'études parlent de la prise en charge de la souffrance physique des femmes autour de ces questions de grossesse et que dire de la souffrance morale ? Pourquoi une telle violence de la part de certains personnels soignants ? Des rapports de missions, réalisés dans certains hôpitaux de grandes villes africaines et en particulier ceux présentés dans ce livre, nous présente ces pratiques de violence.

L'impression est celle d'une série de dysfonctionnements. Mais, qu'est-ce qui « dysfonctionne » au juste ? Peut-on incriminer le sens qu'un agent de santé donne à l'exercice de son métier. Prenons l'exemple d'un agent de santé qui va jouer sur la souffrance physique d'une femme pour la « racketter » en échange d'un calmant pour soulager sa douleur. D'un point de vue éthique, quel sens donne-t-il à sa conduite en cet instant précis, et plus largement à son métier ?

On serait ici confronté à une « rationalité » plus que pragmatique. Prosaiquement, le soignant a besoin d'argent pour nourrir sa famille, il peut avoir de l'argent du fait de sa position de soignant, il se sert de ce pouvoir. Yveline Diallo souligne que beaucoup de soignants souhaitent que leurs enfants soient placés dans des écoles privées pour leur assurer la meilleure éducation possible et cela a un coût bien sûr.

Les conduites des soignants peuvent aussi découler de logiques extérieures à l'hôpital et concerner les réseaux auxquels certaines

femmes appartiennent. Selon leurs possibilités financières, elles vont bénéficier d'une prise en charge plus attentive, plus rapide et parfois bénéficier sans trop de difficultés de produits rares comme le sang. Mais cela n'est pas le cas pour les plus pauvres...

En fait, on ne peut donc considérer et comprendre les conduites des personnels soignants sans les resituer dans un environnement plus large (social, culturel, économique, politique) que celui de l'hôpital.

Leur appartenance professionnelle fait partie d'un ensemble complexe qui constitue leur identité. Ils sont soignants mais aussi père ou mère, membre d'une famille, d'une culture, d'un réseau. Toutes ces appartenances peuvent obéir à des logiques différentes et parfois contradictoires entre elles.

Comme le montrent les auteurs, des tensions sont presque « structurales ». Par exemple, d'un soignant, on attend qu'il prenne soin d'une personne pour la guérir ou soulager sa douleur. De l'aîné d'une famille en Afrique de l'Ouest, on peut attendre qu'il pourvoie aux besoins des membres de sa famille qui sont dans le besoin. Là se trouve peut-être un des points d'intersections entre ces différentes logiques qui permettent de comprendre certaines conduites « inadaptées » des soignants auprès des malades. Yannick Jaffré et Alain Prual (1993) soulignaient déjà l'intérêt de cette rencontre entre anthropologie et santé publique pour décrire la situation sanitaire, et analyser qualitativement ces dysfonctionnements et tenter de la corriger.

Les constats de la santé publique

Mais, au plus vaste, arrêtons-nous une nouvelle fois sur les données de l'épidémiologie de la santé maternelle pour évaluer l'ampleur du problème. Il semble que ces taux n'ont pas significativement diminué dans la plupart de ces pays depuis la première conférence internationale pour une maternité sans risque, à Nairobi, en 1987. Ils oscillent entre 200 et 1200 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes dans les PVD. L'Afrique subsaharienne est la plus touchée avec environ 300 000 décès maternels par an (Prual, 2004).

D'après l'enquête MOMA ¹, 69,1 % des décès seraient partiellement ou tout à fait évitables. Simplement, si l'on peut dire, les patientes n'ont pas bénéficié des soins obstétricaux minimum ou n'ont reçu aucun soin. Ainsi, 97 % des décès dus à des hémorragies et 100% de ceux dus à des ruptures utérines étaient évitables.

Les raisons les plus fréquemment invoquées pour expliquer ces décès sont l'absence ou l'insuffisance des traitements ou produit d'urgence, et notamment le manque de sang pour effectuer une transfusion (10 cas sur 12 décès) (Ouédrago & Bouvier-Colle, 2002 : 84).

Une étude menée en Gambie, en Zone rurale, montre également que l'anémie, l'hémorragie et l'éclampsie furent les principales causes de décès maternels. Mais cette étude déborde de son strict univers médical et démontre également que les conditions des femmes au travail peuvent aussi être incriminées. Par exemple, un haut taux d'incidence des cas de ruptures utérines est corrélé avec les périodes des pluies où les femmes travaillent dans les champs et dans les fermes en plus de leurs corvées domestiques.

Globalement, la combinaison de plusieurs facteurs explique ces taux élevés de mortalité et morbidité. Les premiers sont liés au rapport entre le statut social de la femme et son obligation de procréation : multiparité, un espace intergénérisique de moins de 2 ans, un antécédent d'au moins deux avortements et un âge de la mère à l'accouchement de moins de 16 ans ou de plus de 35 ans sont tous des facteurs de risque et 55% des grossesses en présentent au moins un. Les seconds sont liés à la définition et à la conception des programmes sanitaires s'adressant à la mère et à l'enfant. Le troisième groupe de facteurs est lié au fonctionnement des services de santé. Une étude de l'OMS a montré que 63 à 80 % des décès directement imputables à la grossesse et à l'accouchement auraient pu être évités par des soins appropriés (Jaffré et Prual, 1993 : 65).

¹ Enquête prospective sur la mortalité maternelle menée dans 6 pays d'Afrique subsaharienne qui a suivi une cohorte de 19 545 femmes enceintes jusqu'à 60 jours après l'accouchement.

Des actions de santé publique

Face à ces dramatiques données, la réduction de la mortalité maternelle est un des trois objectifs de santé du millénaire définis à l'ONU en septembre 2000, et l'objectif est de la réduire de 75 % d'ici l'an 2015 (Pruval, 2004).

Pour cela, les stratégies « pour une maternité à moindre risque » se sont interrogées sur l'efficacité de la consultation prénatale. L'enquête MOMA a montré que la valeur prédictive des facteurs de risque classiquement recherchée lors de CPN était très faible.

Soulignons également que par rapport aux politiques mises en place autour des CPN, peuvent se heurter des croyances qui entourent la grossesse. En effet, une femme enceinte peut taire son état pour éviter d'exposer son enfant et elle-même au mauvais œil, censé pouvoir faire tomber sa grossesse. Ainsi elles peuvent faire le choix de se rendre tardivement à la maternité pour ne pas s'exposer à ce qu'elle considère comme un risque maternel et de se rendre chez un marabout « *alfaga* » pour se mettre sous la protection divine « *ir koy ware* » (Jaffré et Prual, 1993 : 73). « *Les propositions préventives médicales trouvent place dans un système causal articulant souvent sur un mode statistique, des risques et des étiologies. Les femmes mettent en œuvre des pratiques à la fois conformes au monde « signatures » (Foucault, 1963), dans lequel elles vivent et respectent les règles de pudeur de leur société* » (Jaffré et Prual, 1993 : 73).

For de ces constatations, les contenus et les objectifs de la CPN ont été repensés et la priorité a été donnée aux Soins obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) afin que toute femme puisse avoir accès à du personnel qualifié et à un environnement favorable afin de prévenir les décès. Logiquement, les objectifs sont donc d'augmenter l'offre de SONU, de les réguler et d'en améliorer l'accessibilité (Pruval, 2004 : 573).

Ces quelques remarques soulignent la nécessité d'associer l'anthropologie dans ses diverses thématiques (anthropologie du corps jusqu'à une réflexion sur l'État) pour comprendre les processus sociaux qui participent à construire les réalités médicales et la réalité du fonctionnement du système hospitalier (Pruval, 2004 : 574). Elles renforcent aussi l'idée qu'une analyse à différents niveaux et sous diffé-

rents angles d'approche – politique, économique, sociale, culturelle – est nécessaire. La mortalité maternelle est *in fine* le résultat d'une combinaison de plusieurs logiques appartenant à différents champs et qui interviennent à différents niveaux.

Un éclairage anthropologique

On peut s'interroger sur le fondement des comportements qui paraissent en décalage avec l'efficacité thérapeutique recherchée mais aussi sur la fonction de rassurer ou d'accompagner avec empathie une personne malade ou /et qui souffre.

Or nombre d'exemples recueillis dans le cadre d'observation dans des services de maternité révèlent que finalement des femmes font l'objet de maltraitance et parfois dans des phases critiques de l'accouchement. Yannick Jaffré souligne que les parturientes vivent de manière douloureuse les accouchements et les soins. Le mot « soin » - quelle signification peut-il revêtir dans certaines situations ? - confronté à cette réalité n'est pas adapté aux vécus de certaines de ces femmes.

La prise en charge de la douleur, de la peur est parfois complètement absente. Rappelons un extrait de récit dont nous fait part Yannick Jaffré à propos de Maman D et qui explique que la douleur qu'elle ressentait était très forte, qu'elle s'évanouissait, que les sages femmes riaient autour d'elle, que lorsqu'elle a demandé du sérum à la sage femme de garde, celle-ci l'a insulté car elle était en train de ranger son bureau. On voit ainsi qu'*à contrario* de la tâche dévolue aux soignants, des violences s'exercent et correspondent à des abus de ce pouvoir de soigner (Jaffré et Olivier De Sardan, 2003 : 340). Les soignants peuvent reprocher aux femmes de ne pas venir assez tôt à l'hôpital pour accoucher, mais après tout les femmes n'ont peut-être pas envie de venir dans une structure où elles savent par avance qu'elles risquent d'être l'objet d'hostilités. Pouvons-nous alors parler d'une prise de risque calculée ?

Didier Fassin et Anne Claire Defossez, à propos d'une enquête menée en Equateur (Fassin et Defossez, 1992), soulignaient le risque de se focaliser sur les croyances et les conduites « traditionnelles » des

femmes pour expliquer le très faible taux de consultations prénatales et d'accouchements lors des enquêtes. Plus que céder à un simpliste culturalisme, ce sont aussi les dimensions politiques, économiques, sociales qu'il faut interroger. Et dès lors d'autres pans de la réalité apparaissent. Les auteurs montrent ainsi que, dans ce pays, 40 % des accouchements en milieu hospitalier sont réalisés par césarienne et que les femmes qui ont accouché de cette manière risquent ensuite d'être stigmatisées et dévalorisées. Et sans doute est-ce pourquoi ce n'est qu'en dernière instance qu'elles acceptent d'aller à l'hôpital. « *L'insistance des acteurs de la santé publique à présenter les mauvaises performances des services en terme de couverture médicale comme la conséquence d'un attachement à la tradition et un rejet de la modernité permet d'éluider par avance toute critique sur les qualités techniques et humaines de la médecine officielle* » (Op. cit. : 30).

Les diverses formes de discrimination dont les femmes indiennes et pauvres font l'objet ne les incitent pas à se rendre à l'hôpital. Pour les auteurs, la question n'est donc pas uniquement « médicale » et quelques mesures simples seraient pertinentes pour donner l'envie aux femmes d'accoucher dans les maternités. Eduquer les professionnels de santé – auxiliaires, infirmiers, médecins, décideurs - en leur donnant des formations adaptées aux problèmes qu'ils peuvent rencontrer dans le domaine de la gestion sanitaire mais aussi de relations humaines au sein des services de soins peut en être un. Ils soulignent également qu'« informer les gens des recours possibles dans le système de soins ou pour les aider à faire respecter leurs droits d'usagers de services de santé et plus simplement d'être humains » serait essentiel (Op. cit. : 34).

Face à cette série de descriptions, demandons-nous comment les femmes, selon les situations de vulnérabilité dans lesquelles elles se trouvent (sociales, économiques, physiques), réussissent à s'adapter aux conditions parfois très dures du système hospitalier dans ses rouages finalement les plus informels ?

Prenons un exemple cité par Souley (Souley, 2003) qui montre la différence de traitement de la demande de deux femmes venues à une Consultation de Nourrisson Sains (CNS), à Niamey, pour leurs enfants respectifs. À travers leurs expériences, le système de la bureaucratie et celui des faveurs sont mis en exergue. La lourdeur du système oblige les femmes à attendre plusieurs heures avant de

voir leurs enfants pris en charge, et le système des faveurs créé une grande discrimination. Celles qui sont nanties peuvent échapper aux heures d'attentes et passer en priorité. Amina, jeune femme pauvre et ne connaissant personne dans le milieu hospitalier, se voit menacée de ne pas voir ses enfants pris en charge la prochaine fois qu'elle arrive en retard et ne peut faire vacciner ses enfants car apparemment ce n'est pas le bon jour. En revanche, Zeïnabou, plus aisée et qui connaît des gens au sein de la structure hospitalière, malgré son retard, est prise en charge en priorité et peut faire vacciner son enfant.

On peut faire l'hypothèse que plus la femme est dans une situation de vulnérabilité forte, plus les modalités de sa prise en charge médicale et celle de ses enfants seront mauvaises : qualité de l'accueil par le personnel soignant, degré d'attente avant d'être prise en charge, qualité de l'acte médical préventif ou curatif, moyens mis en œuvre pour trouver les médicaments ou le sang, l'oxygène nécessaires à la survie de la femme ou de l'enfant. Ses chances de survie seront donc moindres.

De même, ce système des faveurs peut aussi avoir un effet pervers et créer une situation à risque pour la parturiente. Prenons l'exemple donné, dans cet ouvrage, par Yannick Jaffré. Si la personne qui est censée s'en occuper -d'une « femme protégée»- n'est pas là, celle-ci court le risque de ne pas être prise en charge par un personnel soignant qui ne veut pas en prendre la responsabilité.

Outre ces impacts techniques, il s'agit aussi d'une certaine sociabilité et les formes de relations, souvent violentes, qui existent entre les sages-femmes et les parturientes illustrent différentes formes de rapport de domination du personnel soignant sur les parturientes. Des interviewées font ainsi souvent mention de problèmes de relations interpersonnelles avec les soignants ; elles dénoncent la violence verbale, l'apathie, la discrimination en faveur de certaines catégories de patientes, la rudesse (Saizonou & *al.* 2006 : 678).

Plusieurs explications, mais qui ne légitiment pas la conduite fréquente d'hostilité vis-à-vis des femmes, peuvent être évoquées. Par exemple, la rencontre entre soignantes et soignées met parfois en présence des femmes qui viennent de milieux sociaux et géographiques très différents : les sages-femmes viennent de milieux urbains et de familles de fonctionnaires nantis et ont parfois des difficultés pour

comprendre d'autres femmes venant de milieux populaires et ruraux (Jaffré et Prual, 1993 : 69).

D'autre part les parturientes, qui ne disposent pas de données pour juger de l'efficacité des soins médicaux, des erreurs médicales ne formulent généralement pas de plaintes concernant ces domaines (*Ibid.* : 70). Pour la grande majorité d'entre elles, l'ignorance d'un minimum de données sur le déroulement des soins qu'elles reçoivent les place en situation de subir l'autorité médicale et ce, quelle que soit la qualité des soins donnés. Elles n'ont pas non plus l'espace pour exprimer leur douleur sous peine de se voir agresser verbalement. « *Là où les femmes échangeaient le savoir de leur corps, l'obstétrique, à juste raison scientifique, parle d'anatomie et propose une typologie des accouchements. Peut-être pour cela, dans nos réponses est évoquée une « souffrance » sans femme pour en être le sujet* » (*Ibid.* : 70).

Peut-être le malaise ressenti et commun aux sages-femmes et aux parturientes est celui de l'adaptation et de la mise en œuvre d'une technique hors d'un système de représentation permettant aux acteurs qui l'effectuent de s'y reconnaître en lui donnant un sens (*Ibid.* : 72). L'exemple de l'exigence faite aux femmes d'accoucher dans un type de position gynécologique obéit à des règles obstétricales et vient se heurter à des habitus liés à un ensemble de significations sociales et un « savoir corporel » (*Ibid.* : 75).

On peut faire l'hypothèse que les femmes sont dans des rapports de domination différents tout au long du vécu de leur grossesse et de ce qui se passe autour de l'accouchement selon leurs conditions de vie et leur capacité à mobiliser des ressources et à infléchir les contraintes. De plus on peut penser que la qualité et la prise en charge médicale de la femme enceinte et du nouveau né sont relatives à leur situation de vie.

Dans quelle mesure l'expérience des femmes de leur grossesse et de l'accouchement varie en fonction du cadre plus large de leur situation de vie ? Dans quelle mesure la femme peut construire son expérience autour de la grossesse et de l'accouchement comme elle le souhaite ? De quelles ressources dispose t-elle (économiques, relationnelles, physiologiques, géographique) pour vivre son expérience au plus près de ses aspirations et dans un cadre techniquement et socialement acceptable ?

Etudier la mortalité maternelle permet de mettre à jour les logiques sociales, culturelles, économiques, politiques à partir desquelles se construisent les expériences des femmes autour de la grossesse et de l'accouchement et qui parfois du fait de la synergie de facteurs défavorables mènent à la mort.

Les conditions dures du système hospitalier ont été soulignées dans les articles précédents : l'accueil, la manière dont sont donnés les soins, le fait que les informations sur leur état ne leur sont pas données sous prétexte qu'elles ne comprendraient pas, la violence, le racket dont elles peuvent faire l'objet si la femme ne dispose pas de l'argent. Ceci est bien sûr une tendance et ne doit pas faire oublier que certains des personnels soignants s'engagent pour des patients qu'ils savent non solvables. Concrètement cela peut, par exemple, donner lieu à l'achat de médicaments parce que la femme ne peut pas payer. Mais pour combien d'entre eux cela est-il possible ?

Le manque du réseau relationnel qui permettrait d'avoir des attitudes d'empathie dans la prise en charge médicale d'une femme peut prendre des allures de cauchemar pour celle-ci. Prenons l'exemple relaté par Yannick Jaffré d'une jeune femme qui accouche d'un mort-né dans un état de souffrance important, alors que les sages-femmes minimisent sa douleur, voire s'en moquent et dansent autour d'elle. Qu'est ce que cette situation illustre ? Des raisons multiples sans doute. Domination – violence- rapport de pouvoir – du soignant sur le soigné- d'une classe sociale moyenne sur une autre défavorisée- ?

Quelles sont les raisons qui sous-tendent les conduites des soignants et des malades ? Il est important de cerner les systèmes symboliques qui gouvernent en partie les conduites des individus et auxquelles ils donnent leur propre rationalité.

Mais il ne faut pas négliger les autres mécanismes qui sont à l'œuvre. Ce sont des logiques extérieures au système hospitalier qui interfèrent et dont sont porteurs les différents acteurs – soignants ou malades - œuvrant au sein de cette structure. Cette dernière, en même temps qu'elle en génère, est perméable aux multiples identités – « genrée », sociale, culturelle, économique, ethnique, professionnelle, politique- et ce qui se passe lors de la prise en charge des patientes s'apparente à une mise en scène des modes de rapports pluriels présents au sein de la société.

Cela peut prendre des aspects dramatiques puisqu'il s'agit de vie et de mort. Toutes les tensions sont exacerbées car l'enjeu est fort –sauver des vies- et parfois les rapports de domination s'exercent cruellement à travers la négociation du prix d'un produit - comme une poche de sang - nécessaire à la survie d'un enfant ou d'une femme. On assiste à une concentration de plusieurs types de rapport de domination qui s'exercent et s'exacerbent autour d'un acte biologique qui consiste à donner la vie et cette concentration rend plus saillant le caractère social, économique, culturel, politique de cet événement.

Mais une question reste en suspens : comment les femmes vivent, ressentent ces expériences autour de la grossesse, de l'accouchement. Question individuelle, mais au niveau collectif on peut être marqué en lisant les faits qui sont relatés dans les différents textes précédents par l'absence d'une mobilisation collective féminine, mais pas seulement, pour témoigner des nombreux cas de mortalité maternelle et éventuellement critiquer la qualité de la prise en charge.

S'il n'y a pas revendication d'une meilleure prise en charge au vu des taux de mortalité de la part de la population, cela peut être en lien avec le système de croyance des femmes. Par exemple, en milieu zarma « (...) *tout accouchement est conçu comme un dialogue impliquant le « vouloir » de l'enfant, de la mère et de son milieu social. Pour cela, si la mère ou le nourrisson meurt, la raison en sera la plus souvent imputé à la notion de « bon futu », mauvais destin ou malchance* » (Jaffré et Prual, 1993 : 75).

Mais c'est également le ressenti de l'absence du droit à revendiquer, à protester auprès d'une institution médicale qui bénéficie d'une certaine aura et donc d'une légitimité que les populations ne sont peut-être pas encore prêtes à remettre en cause. On peut considérer ici une double domination : une domination par le système de croyance mais aussi par les effets du pouvoir. De ce fait les populations ne questionneront pas l'efficacité des soins, ne remettront pas en cause un diagnostic, un traitement, sa mise en place...etc. bien que selon l'OMS 63 à 80 % des décès sont directement imputables par l'absence de soins appropriés.

Globalement, le personnel soignant au nom d'un savoir qu'il détient et d'une fonction qu'il occupe n'est pas remis en cause. Il est celui qui sait... malgré tout.

Mais ces questions posées dans les services sont liées à la structure sociale externe. En effet, les logiques extérieures influencent fortement ce qui se passe dans les services. Prenons comme exemple les conséquences sociales et économiques sur les ménages du paiement de la prise en charge obstétricale dans les cas d'urgence (Tagmtarchi et *alii*, 2008). Une étude menée au Burkina Faso souligne que la charge économique affecte aussi le ménage l'année suivante de l'accouchement. (*Ibid.* 551). Les dettes contractées pour faire face à ces dépenses lancent un cycle de dettes et favorisent l'appauvrissement des ménages. De plus ce sont souvent les femmes qui appartiennent aux couches sociales les plus défavorisées qui ont des complications lors des accouchements. Et pour certaines elles ont été amenées à l'hôpital alors qu'elles présentaient déjà ces complications. Leur arrivée tardive, entre autres éléments, peut expliquer la nécessité d'une intervention obstétricale d'urgence. Outre l'impact de cette précarité sur l'accès aux soins, ces auteurs soulignent que payer la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence peut aussi exacerber la pauvreté et l'endettement à long terme. Trouver des modes de financement pour la prise en charge de la santé maternelle est donc une priorité dans les stratégies de réduction de la pauvreté (*Ibid.* 555). Des interviews réalisées auprès « d'échappées belles » au Bénin – étude menée auprès de 556 femmes dans 7 maternités de référence dont 6 du secteur public et une privée confessionnelle- soulignent également la difficulté de prendre en charge les coûts hospitaliers –coûts hospitaliers jugés excessifs par 15 % des cas- et demandent une politique de prise en charge des pauvres et indigents (*Ibid* : 678). Déjouer les conséquences, qui peuvent être fatales, de la pauvreté des ménages sur la santé reproductive et sexuelle devrait être une priorité dans le domaine de la mortalité maternelle.

Enfin les efforts qui peuvent être faits en matière de planification et d'offre des SONU peuvent être ralentis par le départ du personnel qualifié vers le secteur privé – plus attractif au niveau des salaires et des conditions de travail – ou vers des organismes internationaux. Du coup la proportion d'accouchements réalisés par du personnel qualifié peut être faussée et donner une image biaisée pour construire des programmes de réduction de la mortalité maternelle adéquats (Pruhal, 2004).

Il s'agit enfin de contre-pouvoirs, mais il s'agit aussi de donner la parole et un droit de regard aux personnes de la communauté sur la qualité des soins. Finalement que les citoyens s'emparent de cet espace public que sont, ou devraient être, les structures hospitalières en s'accordant le droit de demander des comptes à leurs soignant et responsables administratifs.

On le voit, les pistes de recherche et d'action sont diverses et toutes devraient concourir à la réduction de la mort maternelle. Un tel cheminement ne peut se faire qu'au confluent de plusieurs disciplines...

Bibliographie

Dodier N., 1993, *Les arènes des habiletés techniques*, Raisons Pratiques, 4 ; 115-139

Blundo G. et Olivier De Sardan J-P (ss. La dir.), 2007, *État et corruption en Afrique. Une anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usagers (Bénin, Niger, Sénégal)*, ed. APAD-Karthala,

De Browere V., Tonglet R., 1997, Van Lerberghe, W., *La maternité sans risque dans les pays en développement : les leçons de l'histoire*, Studies in Health Services Organisation and Policy, 6.

Fassin D., Defossez A-C, 1992, *Une liaison dangereuse. Sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Equateur*, *Cab. Sci. Hum.* 28 (1) : 23-36.

Jaffré Y., Prual A., 1993, « *Le corps des sages-femmes* », *entre identité professionnelle et sociale*, Sciences sociales et santé, vol. 11 : 63-80.

Jaffré Y., Olivier DE Sardan JP, 2003, *Réformer une éthique sous contraintes ?* In : *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, ed. Karthala, 462 p.

Kimberly V.Smith and Sulzbach S., 2008, *Community-based insurance and access to maternal health services : Evidences from three West African countries*, *Social science and Medecine*, 66 : 2460-2473.

Ouédrago C., Bouvier-Colle MH, 2002, *Mortalité maternelle en Afrique d'el'Ouest : comment, combien et pourquoi ?* Journal Gynecology Obstétrical Biology reproduction, 31 : 80-9.

Pruval A., 2004, *La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement : théorie et pratique*, Médecine Tropical, 64 : 569-75.

Raynaut C., 2001, *L'anthropologie de la santé, carrefour de questionnements : l'humain et le naturel, l'individuel et le social*, Ethnologie comparée, n° 3, (<http://alor.univ-montp3.fr/cerce/revue.htm>)

Souley A., 2003, *Un environnement inhospitalier*, In : *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest*, ed. APAD/ Karthala, 105-155, 462 p.

Saizonou J., Godin I., Ouendo E., and al., 2006 *La qualité de prise en charge des urgences obstétricales dans les maternités de référence au Bénin : le point de vue des « Echappées Belles » et leurs attentes*, Tropical Medicine and International health, vol. 11, n° 5 : 672-80.

Tagmtarchi Sitoreng K., Baggaley R., Ganaba R., Outtara F. and al., 2008, *Paying the price : the cost and consequences of emergency obstetric care in Burkina Faso*, Social Science and Medecine, 66 : 545-57.

POSTFACE

Témoignage lucide et souvent poignant associé à une analyse d'une grande richesse, le livre de Yannick Jaffré et de son équipe est, à bien des égards, exemplaire.

Face au drame sanitaire que représente la mortalité maternelle liée à la grossesse ou à l'accouchement, et aux risques trois cents fois supérieurs en Afrique qu'en Europe de l'Ouest, l'auteur évite le réquisitoire et la condamnation. au profit du changement de regard et de la transformation des pratiques.

Construit autour d'enquêtes qui donnent au livre son cœur et sa raison, il apporte, grâce à la pertinence et à la qualité des observations, une vision holistique à la fois des multiples dimensions qui concourent à la mortalité maternelle, et qui en même temps conditionnent à terme sa réduction.

Ayant eu le privilège de présider et d'animer le groupe de réflexion et d'action inter-académique AQUASOU-GRAMM, j'ai pu

bénéficier de la richesse des contributions socio-anthropologiques et de l'approche inter-disciplinaire qu'elles éclairent.

Parce qu'il ouvre les yeux et que, sans emphase, il renvoie à des changements d'organisation et de comportement, ce beau livre porte l'espérance, et peut être une aide et un guide des indispensables changements.

Professeur André Capron
Membre de l'Académie des sciences
et de l'Académie nationale de médecine
Président du Groupe Inter-académique
pour le Développement

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS - Pr. Christiane Welffens-Ekra	3
INTRODUCTION - Alain Prual	7
ANTHROPOLOGIE, ESPACES TECHNIQUES DE SOINS ET RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE - Yannick Jaffré	13
Matériel et méthode.....	17
Les dimensions sociales et organisationnelles de la mortalité maternelle.....	19
Variation d'échelles : pratiques d'acteurs, organisation du travail et dimensions culturelles englobantes.....	35
Quelques repères pour l'action	37
Références bibliographiques.....	40

LA RÉFORME « SUR UN FIL » - Le Service Obstétrical d'Urgence du CHU de A. - Yannick Jaffré.....	45
Les raisons du choix de ce service	46
Quelques hypothèses.....	47
Les acteurs.....	49
Les pratiques réelles de soin et de prise en charge.....	57
Les débrouillardises	58
Les modalités de prises en charge des parturientes.....	64
Les conséquences de ces dysfonctionnements : la construction socio-technique de la mort maternelle.....	79
Le staff entre fiction, absolution et réflexivité.....	86
Un audit anthropologique ?	91
« QUAND ON EST PAUVRE C'EST FACILE DE MOURIR » ... Le Service Obstétrical d'Urgence du CHU de B. - Jaffré Yannick.....	95
Les identités et les contraintes des personnels de santé	98
Les constantes du dysfonctionnement du service.....	103
Comment comprendre ?	107
Les enchevêtrements organisationnels conduisant à la mort maternelle.....	125
ON NE SAIT PAS SI C'EST LA VIE OU LA MORT QUI VA S'EN SUIVRE, Les services de santé de B. - Yveline Diallo	147
Les maternités de référence.....	148
Les identités des soignants.....	163
Les relations entre les soignants.....	164
Les relations entre les soignants et les soignés.....	182
Perception et anticipation des risques par la population et trajectoires des femmes.	200
Abréviations.....	222
Bibliographie.....	222

LE TRAVAIL DES SAGES-FEMMES, ENTRE SAVOIR TECHNIQUE ET NORMES PRATIQUES - Patricia Vasseur	225
Le primat de l'urgence.....	228
Logique de raisonnement médical algorithmique : une histoire de gestes.....	238
Réappropriation d'un outil de travail : le partogramme.....	244
L'apprentissage empirique des prescriptions.....	247
La construction du discours dans l'interaction de soins .	251
Histoire de raisonnements	253
Conclusion.....	257
Bibliographie.....	257
Lexique	260
LA MORTALITÉ MATERNELLE AU CARREFOUR DE MULTIPLES LOGIQUES. D'un état des lieux à l'élaboration de pistes de recherche - Chrystelle Grenier-Torres	265
Les constats de la santé publique.....	267
Des actions de santé publique	269
Un éclairage anthropologique	270
Bibliographie.....	277
POSTFACE – André Capron.....	279

Yannick Jaffré

Yveline Diallo Patricia Vasseur
Chrystelle Grenier-Torres

LA BATAILLE DES FEMMES

Témoignage lucide et souvent poignant associé à une analyse d'une grande richesse, le livre de Yannick Jaffré et de son équipe est, à bien des égards, exemplaire.

Face au drame sanitaire que représente la mortalité maternelle liée à la grossesse ou à l'accouchement, et aux risques trois cents fois supérieurs en Afrique qu'en Europe de l'Ouest, l'auteur évite le réquisitoire et la condamnation. au profit du changement de regard et de la transformation des pratiques.

Construit autour d'enquêtes qui donnent au livre son cœur et sa raison, il apporte, grâce à la pertinence et à la qualité des observations, une vision holistique à la fois des multiples dimensions qui concourent à la mortalité maternelle, et qui en même temps conditionnent à terme sa réduction.

Ayant eu le privilège de présider et d'animer le groupe de réflexion et d'action inter-académique AQUASOU-GRAMM, j'ai pu bénéficier de la richesse des contributions socio-anthropologiques et de l'approche inter-disciplinaire qu'elles éclairent.

Parce qu'il ouvre les yeux et que, sans emphase, il renvoie à des changements d'organisation et de comportement, ce beau livre porte l'espérance, et peut être une aide et un guide des indispensables changements.

Professeur André Capron

Membre de l'Académie des sciences
et de l'Académie nationale de médecine

Président du Groupe Inter-académique pour le Développement



Publié avec
le concours
du WHEP



EDITIONS FAUSTROLL
37 RUE DU COMMERCE
F-37160 - DESCARTES

www.faustroll.net