

Aïssa DIARRA

Avec la collaboration de

Djamil a SOUMANA, Fati DJOULDE, Nora LE JEAN, Safia A. MAJA, Lalla
COULIBALY, Ramatou S. SAWANI, Mariame SIDIBE

Etre sage-femme au Niger
Les pratiques quotidiennes d'un métier
controversé

Avril 2015

Sommaire

Introduction	7
STRATEGIE METHODOLOGIQUE	11
Equipe et outils de recherche	11
Le terrain et son déroulement	12
Revue documentaire	13
Enquêtes collectives : ECRIS	14
Enquêtes approfondies et complémentaires	15
Le terrain et ses opportunités	18
Récapitulatifs du terrain	20
LES REPRESENTATIONS DU METIER DE SAGE-FEMME	21
Un métier hautement valorisé par les pouvoirs publics	21
Des représentations populaires majoritairement négatives du métier : la sage-femme dite « mauvaise »	23
La négligence	23
La violence verbale	24
Le manque de respect et le mépris	24
Le déni de la douleur	25
La discrimination	25
L'incompétence	26
La cupidité	26
Quelques appréciations positives du métier : la sage-femme dite « bonne »	28
Le jugement par les pairs	29
Le point de vue des autres corps professionnels et de la hiérarchie	33
Les reproches et les attentes des acteurs	34
L'ORGANISATION DU TRAVAIL DES SAGES-FEMMES	36

Etre sage-femme au Niger

L'organisation intégrée et concentrée en brousse	36
L'organisation intégrée et déconcentrée en ville : le cas de Niamey	47
Zoom sur quelques (dys)fonctionnements organisationnels	58
Le travail total et la polyvalence des agents en brousse vs le morcellement du travail en ville	58
L'organisation de type taylorien	59
L'investissement des espaces et leur polysémie	60
La question de la charge de travail	65
La charge de travail à la MIG à Niamey	66
La charge de travail à la maternité de Diagourou à Téra	80
Resituer la notion de charge de travail dans les conditions et normes pratiques d'exercice du métier	83
La temporalité à géométrie variable dans les services	84
La « sollicitabilité » des services	86
L'implication dans le travail	89
Les micro-stratégies d'allègement du travail et d'adaptation face aux contraintes	90
La multi-activité en brousse vs le morcellement du travail en ville	91
AUTOUR DES EVACUATIONS OBSTETRIQUES	96
Autour de cinq cas d'évacuation obstétricale	96
Les évacuations d'urgence obstétricale et leurs normes pratiques	99
La césarienne comme finalité de la référence et source de conflit entre agents	100
Imaginer les constantes : la fabrique des chiffres	100
« Synto » et autres produits : le cocktail explosif pour accélérer le travail	102

Etre sage-femme au Niger

Liste des sigl es

- AMIU : aspiration manuelle intra-utérine
- AS-F : aide sage-femme
- BCF : bruit du cœur fœtal
- CPN : consultation prénatale
- CPON : consultation post-natale
- CRENAM : centre de réhabilitation nutritionnelle ambulatoire de la malnutrition aigüe modérée
- CRENAS : centre de réhabilitation nutritionnelle ambulatoire de la malnutrition aigüe sévère
- CS : case de santé
- CSI : centre de santé intégré
- DES : diplôme d'études spécialisées
- DIU : dispositif intra utérin
- DS : district sanitaire
- EDS : enquête démographique et de santé
- FCFA : franc de la communauté financière d'Afrique
- FS : formation sanitaire
- GATPA : gestion active de la troisième phase de l'accouchement
- HRP : hématome rétro placentaire
- IEC : information, éducation, communication
- IM : intra musculaire
- L : lit
- MIG : maternité Issaka Gazobi
- MSP : ministère de la santé publique
- NV : naissance vivante
- OMD : objectifs du millénaire pour le développement
- ONG : organisation non gouvernementale
- PF : planification familiale

Etre sage-femme au Niger

PF : planification familiale

PPI : post partum immédiat

PTME : prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH

RPM : rupture prématurée des membranes

SC : suite de couches

S-F : sage-femme

SONUB : soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base

SONUC : soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet

SOU : soins obstétricaux d'urgence

SR : santé de la reproduction

SR : santé de reproduction

ST : sous-temps

T : temps au service

TA : tension artérielle

TS : technicien supérieur

TSSO : technicienne supérieure en soins obstétricaux d'urgence

TV : toucher vaginal

Etre sage-femme au Niger. Les pratiques quotidiennes d'un métier controversé

Aïssa DIARRA

Introduction¹

Au Niger la dernière estimation statistique concernant la mortalité maternelle montre que le pays continue d'afficher des taux parmi les plus élevés dans le monde. En effet en 2010, le taux de mortalité maternelle se situait à 554 décès pour 100 000 naissances vivantes (INS, 2012). A la même année, le taux de mortalité néonatale affichait aussi un niveau élevé, soit 32 pour 1 000 naissances vivantes. Les sages-femmes (S-F) se retrouvent au cœur des stratégies de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. Toutefois, paradoxalement, celles-ci représentent une des professions les plus impopulaires auprès des populations et même des autorités sanitaires. Les femmes qui ont eu affaire à elles leur reprochent très généralement leur manque d'égards, leur cupidité, leur violence verbale parfois physique, etc. L'administration de la santé déplore le fait qu'elles se retrouvent en sureffectif dans les milieux urbains, désertant les centres ruraux où on constate un déficit permanent en nombre de leur corps professionnel. Diverses observations menées par le LASDEL confirment que ces reproches sont souvent fondés, même s'il existe bien sûr des exceptions, et si l'on rencontre des S-F admirables.

Ce problème dans le corps des S-F a de nombreuses implications au niveau de la santé maternelle et de la santé de la reproduction. En effet, toute une série de programmes et pratiques reposent sur les S-F. On peut ainsi mentionner : la « maternité sans risques », la promotion de l'accouchement médicalement assisté, la CPN recentrée, la PTME, les SOU et SONU, la GATPA, la planification familiale, les vaccinations. Pour le succès de ces programmes une réforme des pratiques usuelles des S-F serait nécessaire. Or nous savons que pour des réformes réalistes, et donc faisables, il ne s'agit pas simplement de déplorer le décalage entre ce qui est théoriquement demandé aux S-F et ce qu'elles font réellement.

¹ Ce rapport est issu du programme de recherche « Les problèmes négligés des systèmes de santé en Afrique », mené par le LASDEL, avec un financement du CRDI (Canada). Ce programme comportait six axes : les sages-femmes ; les supervisions ; les dossiers médicaux ; les interruptions volontaires de grossesse ; les collectivités territoriales face à la santé ; et les conséquences du départ des ONG médicales.

Nous pensons qu'il est plus pertinent d'un point de vue analytique et pour une dynamique de transformations positives des pratiques et conduites d'analyser précisément comment ces décalages se produisent et les normes réelles à l'œuvre. Nous nous référons au concept de *normes pratiques* proposé par Jean-Pierre Olivier de Sardan qui le définit comme étant « *les diverses régulations informelles, de facto, tacites ou latentes, qui sous-tendent les pratiques des acteurs ayant un écart avec les normes officielles (ou les normes sociales)* »² (Olivier de Sardan, 2015 : 27). Le concept est à visée exploratoire comme le souligne l'auteur, de ce fait il est omniprésent dans notre étude comme outil méthodologique nous permettant d'accéder, au-delà du formel, aux mécanismes informels qui participent à la régulation du travail des S-F ainsi qu'aux logiques qui les déterminent. Notre approche par les normes pratiques est transversale sur quatre grands axes qui ont été au centre de nos préoccupations tout au long de nos investigations :

1. La formation initiale des S-F

- Quelles sont les perceptions des élèves S-F sur l'enseignement qu'elles reçoivent, quelles sont les éventuelles difficultés auxquelles elles sont confrontées, comment imaginent-elles le décalage entre ce qu'elles apprennent et ce qui les attend réellement ? Quel regard les S-F en activité posent-elles rétrospectivement sur la formation qu'elles ont reçu, en quoi était-elle adaptée ou inadaptée au métier tel qu'elles le pratiquent ?
- Un accent particulier est mis sur les stages que font les élèves S-F dans les services de santé : comment apprennent-elles le « vrai » métier par la pratique dans des conditions très différentes des cours théoriques ?
- Enfin, nous nous intéressons au point de vue des équipes de formation sur les élèves qu'elles encadrent, et aux conditions institutionnelles, techniques et pédagogiques dans lesquelles elles délivrent les formations. Nous tentons de voir si la multiplication des écoles privées change ou non la qualité des enseignements.

2. Les pratiques réelles

Dans la mesure où les S-F s'éloignent souvent des normes officielles apprises lors de leur formation initiale ou des formations et stages ultérieurs, comment justifient-elles le décalage entre les normes officielles et leurs pratiques effectives ? Autrement dit, quelle est leur « déontologie pratique » ? Comment leurs pratiques réelles sont-elles régulées, quelles « normes pratiques » suivent-elles ? Comment les ont-elles « apprises » et comment ces normes pratiques se reproduisent-elles dans les services de santé ? En quoi ces normes pratiques expliquent-elles les dysfonctionnements des services de santé maternelle et les mauvais rapports avec les usagères ? Comment, à l'inverse, certaines normes pratiques participent-elles au bon déroulement de l'offre de soins ?

² cf. Olivier de Sardan, 2001, 2015.

3. Le « bien faire » et les micro-réformes

C'est sans doute l'existence de normes pratiques alternatives qui explique que certaines S-F, certes rares, « fassent bien le travail » et, malgré un environnement peu propice (précarité des moyens techniques, salaires bas, manque de soutien de la hiérarchie, problèmes relationnels avec les collègues, etc.), respectent plus les patientes et soient plus soucieuses de qualité des soins. Certaines d'entre elles, lorsqu'elles occupent un poste de responsabilité, essaient d'introduire quelques micro-réformes dans l'organisation et les pratiques de soins. Ces « cas positifs » sont donc à rechercher et documenter.

4. Les identités

Comprendre les actes de soins maternels qui se déroulent au sein des structures sanitaires nécessite qu'on s'intéresse aux identités des S-F qui les produisent. Divers questionnements peuvent décrypter ce sujet. Quels sont leurs caractéristiques identitaires ? Dans quels registres ces identités s'inscrivent-elles ? De quelles façons et dans quelles situations mobilisent-elles ces registres dans le cadre technique des soins ? Quelles relations ont-elles avec les autres corps professionnels, leur hiérarchie ainsi qu'avec les usagères ? Comment ressentent-elles leur vécu quotidien dans la profession au regard, d'une part des normes émanant des politiques mondiales d'amélioration de la santé maternelle et néonatale et d'autre part des conditions de mise en œuvre des programmes ? Comment se perçoivent-elles et comment se projettent-elles au sein de leur profession ? En nous intéressant aux identités des S-F, au-delà de la compréhension de leurs pratiques, nous souhaitons aussi comprendre leur trajectoire professionnelle et plus largement l'évolution du métier avec les enjeux qui le traverse.

Les S-F en Afrique subsaharienne constituent un terrain déjà connu qui a fait l'objet de diverses lectures socio-anthropologiques. On peut ainsi évoquer les premiers travaux qui se sont démarqués de la démarche classique des sciences sociales autour de la maternité, alors essentiellement centrée sur une ethnographie des conceptions, interprétations et représentations populaires (Héritier-Lizard, 1973 ; Journet, 1981 ; Bonnet, 1988 ; Lallemand & *alii*, 1991), pour prendre en compte ce qui se passe au sein des services de santé maternelle, les actes posés et les raisons qui les animent, les rapports entre les producteurs de soins et entre ces derniers et les usagères (Olivier de Sardan, J-P et Arifari Bako, N., 2011 ; Desclaux, A. & Taverne B., 2000 ; Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J-P. ; Diarra, A., 1998, 2003, 2012 ; Gobatto, I., Lafaye, F., 2005 ; Jaffré, Y. & Prual, A., 1994 ; Jaffré, Y., Diallo, Y., Vasseur, P., Grenier-Torrès, C., 2009 ; Moussa Abdallah, H., 2008 ; Olivier de Sardan J-P., Moumouni A., Souley A., 1999 ; Olivier de Sardan, J-P., 2001 ; Vasseur, P., 2004).

Afin de comprendre et d'analyser la profession de sage-femme, nous avons élargi notre perspective en étudiant conjointement : formations, pratiques réelles, micro-réformes interactions avec les parturientes, relations avec les autres corps professionnels. Notre posture se situe à la croisée de plusieurs courants

Etre sage-femme au Niger

transversaux de la socio-anthropologie : politiques publiques, sociologie des professions, pluralité des normes.

Stratégie méthodologique

Nous avons privilégié les méthodes qualitatives et intensives de production de données de terrain, notamment issues d'approches de type socio-anthropologique. Les enquêtes ont été réalisées entre mars 2013 et novembre 2014.

Equipe et outils de recherche

L'équipe était constituée par la chercheuse du programme assistée de 5 enquêtrices. Si certaines de ces enquêtrices ont acquis le statut d'assistant du LASDEL du fait de leur ancienneté et de la compréhension de la méthode qualitative, d'autres étaient nouvelles et avaient besoin d'apprentissage. Elles présentent une variété de profils : une assistante sociale, une étudiante de niveau maîtrise en sociologie, une étudiante de niveau master2 en socio-anthropologie, une doctorante en sciences politiques et deux S-F nouvellement diplômées. Nous avons préféré recruter les S-F sur recommandation, voie plus simple à notre avis qu'une annonce publique au journal officiel comme nous souhaitions le faire dans le protocole de recherche. L'assistante sociale a été repérée et formée au fil des enquêtes auxquelles elle a participé. Elle a un statut d'assistante de recherche du LASDEL de longue date (6 ans). Les autres enquêtrices ont été recrutées du fait de leur fréquentation régulière du centre de documentation du LASDEL.

Précisons qu'il s'agissait d'une équipe mouvante, c'est-à-dire nous n'avons pas toujours travaillé avec le même effectif d'enquêtrices au fil de la recherche. Nous avons organisé notre terrain en modules correspondant aux différents sous-axes à étudier. Chaque enquêtrice avait ainsi la possibilité d'entrer, de sortir ou de revenir dans la recherche en ayant bien sûr soin de terminer à chaque fois le module sur lequel elle travaillait. Par exemple, une enquêtrice a participé à la recherche deux fois : la première lors des enquêtes exploratoires puis la deuxième fois elle est réapparue dans l'équipe lorsque nous avons commencé les enquêtes approfondies sur le module consacré à la formation des S-F. Une autre n'a participé qu'aux enquêtes exploratoires. Cependant, les jeunes S-F ont été impliquées quasiment tout au long de la recherche. En effet, elles ont participé à l'ECRIS, puis aux enquêtes approfondies durant lesquelles elles ont fait des observations participantes de longue durée dans les maternités afin que nous puissions recueillir le maximum de matériaux.

La réalisation des enquêtes a nécessité la mobilisation de divers outils classiques de la socio-anthropologie :

- l'élaboration de canevas d'entretiens spécifiques aux thématiques abordées et régulièrement modifiés suivant l'évolution des enquêtes. Ils ont servi de cadre d'orientation dans la réalisation des entretiens.

Etre sage-femme au Niger

- l'entretien individuel semi-directif formel et parfois informel
- le *focus group*, ainsi que l'entretien de groupe formel et parfois informel
- la recension
- le questionnaire
- l'observation systématique, parfois participante
- l'immersion
- la cartographie
- la photographie
- mais aussi une méthode moins conventionnelle en anthropologie qui est celle du « client mystère »³.

La manière dont tous ces outils ont été utilisés est explicitée dans la section suivante.

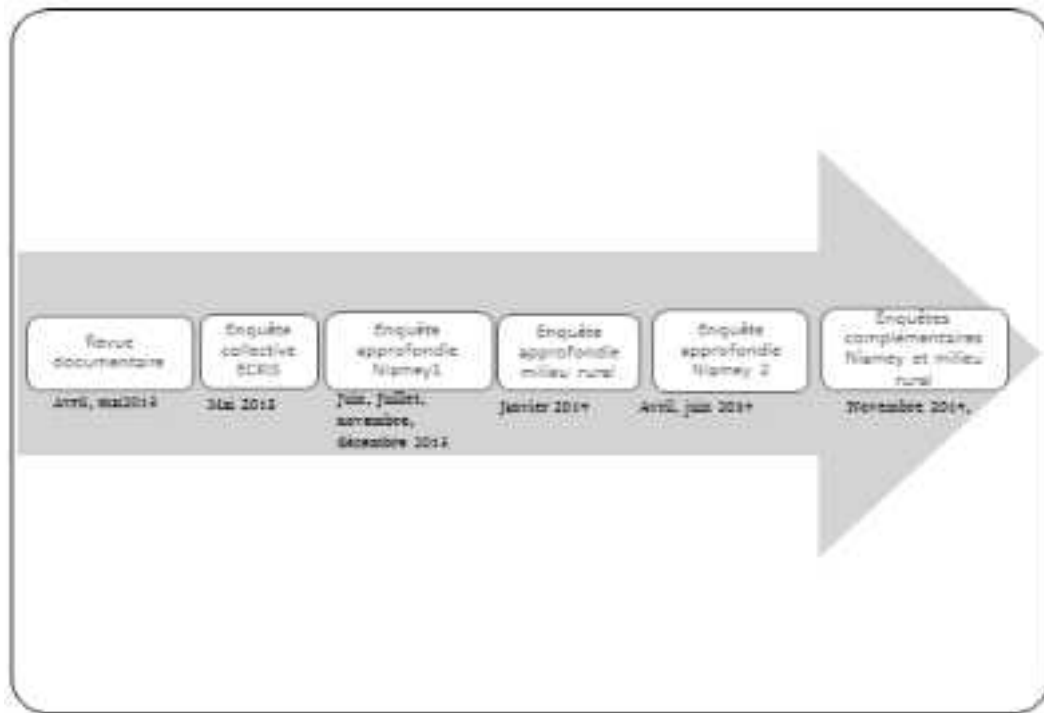
Le terrain et son déroulement

Nous avons fait le terrain en ville, à Niamey et en milieu rural au sein de trois districts sanitaires à savoir Kolo, Téra et Gaya. Le choix de travailler sur Niamey était raisonné, car c'est dans la capitale qu'est concentrée la majorité des S-F. Nous avons ainsi la possibilité de comprendre les choix des soignantes de travailler en ville et particulièrement d'étudier les conditions d'exercice du métier en situation de pléthore d'agents de santé. En milieu rural, nous souhaitons examiner à contrario le travail dans la solitude, où la sage-femme est souvent confrontée à un manque aigu de matériels.

Le terrain a suivi un processus composé de 6 phases, intercalées de périodes de dépouillements et de communication des résultats provisoires. Le processus de déroulement des enquêtes est illustré par la figure n°1.

³ Cette technique d'enquête consiste à faire passer un enquêteur comme un usager des services publics ou privés, donc à l'insu des prestataires. Elle a l'avantage d'accéder en direct aux dysfonctionnements des établissements dans la perspective de l'usager. Généralement utilisée dans le dispositif d'amélioration des organisations publiques et privées, elle intéresse certains chercheurs en sociologie des organisations.

Figure n°1 : Processus de déroulement des enquêtes



Revue documentaire

La revue documentaire a concerné plusieurs sources que nous avons organisées selon la typologie bibliographique suivante.

- La littérature grise : les manuels, mémoires et documents administratifs recueillis au niveau du ministère de la Santé, des structures sanitaires et des écoles de formation ; les stratégies nationales actuelles et en projet dans la gestion des ressources humaines et en particulier sur le corps professionnel des S-F ; les archives concernant les S-F.
- La littérature de santé publique : documents des organisations internationales, notamment les institutions onusiennes (OMS, FNUAP, PNUD, etc.)
- La littérature scientifique se rapportant aux thématiques traitées dans cette étude, particulièrement sur les « pratiques réelles » des S-F en Afrique.

Enquêtes collectives : ECRIS

Conformément au calendrier proposé dans la note conceptuelle, nous avons mené selon la méthodologie ECRIS une enquête collective, point de départ de notre *terrain*. Elle a été suivie plus tard d'enquêtes approfondies. A but exploratoire, cette ECRIS qui s'est déroulée sur quatre jours (14, 21, 22 et 23 mai 2013)⁴, a mobilisé vingt-cinq personnes durant quatre jours dont deux jours d'enquête à Niamey et à Kollo. Les participants étaient constitués de chercheurs du LASDEL ayant déjà une expérience de l'ECRIS, d'étudiants en sociologie, d'une sage-femme en fonction au ministère de la santé publique (MSP) et de deux jeunes S-F, nouvellement diplômées d'une école privée, sans emploi au moment de la recherche.

Le programme comprenait deux parties, l'une théorique et l'autre pratique, chacune sur deux jours. La partie théorique avait quatre composantes :

- 1) la présentation par l'équipe de recherche de la problématique complétée d'une brève revue documentaire sur le corps professionnel des S-F ;
- 2) un cours sur la méthode ECRIS ;
- 3) un exercice collectif d'identification des indicateurs et des groupes stratégiques⁵ en lien avec la problématique;
- 4) une présentation des sites choisis par l'équipe de recherche⁶, complétés par les participants.

La partie pratique de l'ECRIS consiste à la réalisation d'enquêtes de terrain sur la base d'entretiens (individuels, de groupe, formels et informels). Ainsi, afin de faire un ratissage large sur la problématique, nous avons mené les enquêtes à Niamey (en ville) et à Kollo (à 40km de Niamey) où les sites d'enquêtes ont été choisis en fonction de la position des groupes stratégiques dans le système de santé officiel et en dehors de celui-ci. A Niamey, s'agissant du groupe stratégique des « S-F praticiennes », nous avons ciblé des services publics de base tels que les CSI de Lazaret et Gamkalley et les maternités de référence telles que Issaka Gazobi qui est le niveau de référence national et la maternité de l'hôpital de district de Gaweye, référence de premier niveau pour la région sanitaire de Niamey. Le

⁴ Le déroulement de l'ECRIS a été perturbé par la grève des professionnels de santé, ce qui explique les 7 jours entre le premier et le deuxième jour de l'exercice.

⁵ J.P. Olivier de Sardan définit le groupe stratégique comme « une hypothèse de travail du chercheur, comme une sorte de « groupe virtuel » qui nous aide à penser la convergence des stratégies entre individus dont on peut supposer qu'ils partagent une même position face à un même « problème ». Autrement dit, face à un « problème » donné dans un contexte social donné, il n'y a pas une infinité d'attitudes et de comportements : on constate un nombre fini d'attitudes et de comportements. » (Olivier de Sardan, 2000 : 179)

⁶ Enquête de repérage effectuée par l'équipe de recherche.

Etre sage-femme au Niger

groupe stratégique des « S-F reconverties en santé publique » a été rencontré au ministère de la Santé publique (MSP) et la direction de la santé de la mère et de l'enfant (DSME). Le groupe stratégique des « S-F militantes » a concerné le SUSAS tandis que les « S-F œuvrant dans les associations » ont été rencontrées au sein des ONG Dimole, SWWAA et du bureau national de l'association des S-F. Les enquêtes sur la formation ont concernés les « S-F formatrices » (encadrement théorique et pratique) et des « élèves S-F » au sein de l'école publique ENSP et de l'école privée ESPAS. Des « S-F stagiaires » ont été rencontrées dans deux autres maternités (Poudrière et Yantala).

A Kollo, nous souhaitons rencontrer des « S-F travaillant hors Niamey » pour appréhender des conditions de travail en dehors de la capitale et mieux cerner la question des affectations et partant de la mobilité des S-F. En outre, la présence d'une clinique privée caritative nous a permis d'inclure des « S-F du secteur privé. » Des « S-F réformatrices » ont été rencontrées sur indication de leurs pairs dans les services publics où elles travaillent ou à domicile lorsqu'elles sont à la retraite. Enfin, nous avons inclus les « autres corps professionnels » qui travaillent avec les S-F et/ou ont pour rôle la responsabilité pratique ou administrative des S-F : gynécologues, médecins, gestionnaire des ressources humaines, directeurs d'école et directeurs des études.

Enfin des groupes d' « usagers » ont été aussi rencontrés aussi bien à Niamey qu'à Kollo. Il s'agit de : femmes en âge de procréer (parturientes, nouvelles accouchées, femmes ayant des enfants à bas âge), femmes plus âgées le plus souvent des accompagnantes des parturientes à la maternité, hommes pouvant être des conjoints ou/et tout autre homme de l'entourage impliqué dans les parcours d'accouchement des femmes au sein des formations sanitaires.

A la fin de l'ECRIS, une synthèse générale des résultats a été rédigée. Celle-ci nous a servi de base pour affiner nos axes de recherche pour la conduite des enquêtes approfondies.

Enquêtes approfondies et complémentaires

La synthèse de l'ECRIS nous a montré clairement les pistes sur lesquelles devraient être orientées les enquêtes approfondies autour des quatre grands axes précisés en introduction. Nous avons pu stabiliser le choix des sites à différents niveaux de la pyramide sanitaire à Niamey et hors capitale. Certains des sites ayant été choisis lors de la phase ECRIS ont été éliminés (par exemple le CHR Poudrière, le CSI Gamkalley) lors de la phase approfondie tandis que d'autres ont été inclus ultérieurement. Cela s'explique par les facilités qui nous ont été offertes dans certaines structures de santé. Cependant le choix des sites devait en même temps être conforme aux critères suivants : i) maternités à différents niveaux de la pyramide sanitaire ; ii) structures avec une fréquentation élevée *vs* structures peu fréquentée ; iii) structures fonctionnant dans un cadre de « manque de tout » *vs* structures bien équipées. Ainsi, à Niamey nous avons mené nos investigations : 1) à la maternité de référence nationale Issaka Gazobi ; 2) à la maternité de l'hôpital de district III ; 3) au sein de trois maternités de quartier : Yantala, Dar Salam et

Etre sage-femme au Niger

Lazaret. Pour ce qui concerne le point sur les S-F réformatrices *vs* S-F productrices de dysfonctionnements, nous les avons rencontrées parfois dans des maternités autres que nos sites d'enquêtes selon leurs réputations auprès de personnes ressources rencontrées. Nous avons procédé uniquement par observations au sein des maternités de quartier et à la MIG. A la MIG où il y a plusieurs services de soins maternels et néonataux, nous nous sommes intéressés à ceux des urgences, accouchement, annexe, consultations externes, AMIU et néonatalogie. Aux maternités Dar Es Salam, Yantala et Lazaret nous avons particulièrement investigué les évacuations sanitaires.

D'un point de vue méthodologique, il ne nous a pas été possible de mener personnellement certaines enquêtes en même temps que les enquêtrices S-F à cause de la méfiance des agents de santé qui auraient perçu notre présence comme une inspection, vu notre statut de médecin. Nous n'avons donc pas voulu causer plus de biais dans le recueil des données que ne le ferait la seule présence des enquêteurs sur les sites. Nous avons donc travaillé à distance par un suivi régulier et rigoureux des enquêtes. Des réunions régulières ont été organisées pour des comptes rendus de terrain. Ces comptes rendus ont aussi été fournis sous forme écrite. Il a été nécessaire d'avoir avec les S-F des entretiens pour avoir des comptes rendus d'observation aussi complets que possible.

Hors Niamey, à la recherche du travail des S-F en brousse, nous avons ciblé le district sanitaire de Téra et celui de Gaya respectivement situés à 100km et 200km de la capitale. Dans chacun de ces districts nous avons mené des entretiens et des observations à la maternité de l'hôpital de district. Une maternité de brousse a été choisie aussi au sein de chaque district avec la collaboration de l'équipe cadre de district. Il nous fallait une maternité réunissant des critères d'éloignement du chef-lieu de district, d'enclavement, de forte fréquentation, d'absence d'adduction d'eau et d'électricité, de manque d'équipements et de matériels, bref des conditions précaires d'exercice du métier de S-F en brousse. Ce type de maternité a été dans l'enquête un site de référence par rapport à d'autres maternités choisies dans le district devant répondre à des critères moins rudes tels que la proximité avec l'hôpital de district, une voie goudronnée, un marché hebdomadaire, et d'autres commodités rendant moins précaires les conditions de travail. La présence ou non d'un médecin de campagne a été aussi un critère que nous avons pris en compte. Cela nous permettait de savoir si cela a un impact ou pas sur le travail de sage-femme. Des entretiens ont pu être réalisés également à domicile chez certaines S-F et certaines usagères des maternités.

Nos enquêtes approfondies ont été clôturées avec deux axes pertinents : la formation des S-F et la question des S-F réformatrices *vs* S-F de mauvaise réputation. Quatre équipes ont été constituées pour travailler conjointement sur ces axes.

Ainsi, une équipe a enquêté sur les écoles de formation des S-F. Deux écoles ont été choisies, l'une dans le public (Ecole nationale de santé publique) et l'autre dans le privé (Ecole de santé et de l'action sociale). Il s'agissait de recueillir des informations sur l'histoire de ces écoles, comment elles fonctionnent, la formation

Etre sage-femme au Niger

théorique et pratique qu'elles délivrent, les dispositions institutionnelles qui les régissent. Des entretiens ont été réalisés avec les encadreurs administratifs et enseignants ainsi qu'aux élèves de 2^{ème} et 3^{ème} année auxquelles il a été administré en plus un questionnaire. Le questionnaire administré aux élèves est de type ouvert et comprend quatre parties : i) le choix du métier ; ii) le point de vue sur les cours théoriques et pratiques (stages) ; iii) les difficultés personnelles lors de la formation et les propositions pour l'améliorer ; iv) les projets de carrière. Le questionnaire a servi de canevas pour des entretiens individuels avec certaines élèves qui ont accepté après de discuter avec l'équipe. L'équipe a observé l'ambiance générale des deux écoles et les conditions de formation.

La deuxième équipe a travaillé auprès des usagères des maternités, des pères et des chefs de quartiers. Elle devait documenter la notion de « bonne sage-femme » *vs* « sage-femme de mauvaise réputation » du point de vue des populations. Des *focus groups* ont été organisés avec les mères et les pères dans les quartiers : Poudrière, Centrale, Gaweye, Zarmagandey, Lamordé, Koira Tegui, Madina, Lazaret, Talladje, Aéroport, Dar Es Salam et Yantala. Nous souhaitons couvrir toutes les communes de Niamey et surtout les quartiers dans lesquels sont situées les maternités enquêtées pour enrichir notre étude réputationnelle à travers le jugement des populations environnantes. Une série d'entretiens a été réalisée avec certains agents de santé qui ont été identifiés par les femmes.

La troisième équipe s'est entretenue avec d'anciennes S-F à la retraite, dont certaines se sont retirées de la vie active, tandis que d'autres continuent de travailler soit dans le domaine de l'enseignement, soit au sein des ONG. Il nous paraissait important à travers leurs parcours d'appréhender la carrière de sage-femme sous une perspective historique pour comprendre les enjeux contemporains qui la traversent.

Enfin la quatrième équipe est restée à l'intérieur des maternités pour documenter davantage la notion de sage-femme réformatrice à travers la charge de travail de jour comme de nuit, et les normes pratiques et organisationnelles.

Durant ces enquêtes approfondies nous avons été régulièrement orientée par des pistes de recherche dont certaines ont pu être stabilisées. Nous en présentons quelques-unes ici afin de montrer à quel point elles étaient en même temps un véritable tableau de bord:

- faire une description plus précise des formes d'organisation des maternités en vue de constituer une typologie :
 - description du service et l'utilisation « officielle » *vs* « réelle » des espaces.
 - description de l'organisation des activités de soins. Qui fait quoi par rapports aux soins obstétricaux ? : toute catégorie d'agents, hiérarchie des tâches (valorisante ou pas).
 - présence d'agents hommes ? Que font-ils ?

Etre sage-femme au Niger

- biographie des directrices, dirigent-elles le service avec rigueur ou laxisme ? Que pensent-elles des S-F du service ? que pense-t-on sur elles ;
- faire quatre études de cas autour d'interactions intéressantes entre agents de santé et parturientes/famille : compte rendu des observations sur ces interactions et entretiens ensuite sur ces interactions avec parturientes/familles (ne pas oublier l'information sur les identités de ces femmes (parturientes et accompagnantes) : âge, nombre d'enfants, mariages, expériences d'accouchements, etc.
- observer des prises en charge de femmes évacuées sur la MIG.
- investiguer d'avantage les rapports entre S-F et autres catégories d'agents (ne pas oublier les matrones si elles existent).

L'examen de ces pistes, ainsi que de celles qu'elles ont ensuite généré, a constitué l'armature des résultats de cette recherche.

Si l'ECRIS a eu lieu en quelque sorte au pas de course, repérant des ancrages d'analyse mais les survolant, notre approche tout au long de la phase d'enquêtes approfondies a été de passer beaucoup de temps dans les maternités. Nous avons privilégié une posture d'« enquêteur à minima », c'est-à-dire beaucoup moins observateur extérieur que « observateur participant à maxima », passant jour et nuit durant au moins une semaine par séquence d'observation et plusieurs fois dans nos sites de référence, dans les mêmes conditions de travail que les S-F, et en pratiquant avec elles. Nous avons partagé à la fois la vie familiale et professionnelle de certaines d'entre elles. Les entretiens étaient dans ces conditions plus informels que formels avec parfois des prises de notes. Cette immersion maximale a été combinée à la photographie et à la cartographie des espaces et des objets ainsi que des acteurs qui les utilisent. Ces matériaux iconographiques nous ont servi de support et d'illustrations pour nos analyses.

Le terrain et ses opportunités

Le terrain est à la fois le lieu de production des données mais aussi un lieu d'apprentissage. Cette opportunité d'apprentissage s'offrait à plusieurs niveaux.

D'abord pour les enquêtrices :

- Ayant privilégié la tenue de réunions régulières et fréquentes avec les enquêtrices, nous avons choisi de les associer aux questionnements analytiques qui sous-tendaient les enquêtes qu'elles réalisaient.
- Les entretiens que nous réalisions avec elles au début de chaque nouveau terrain leur permettaient de se familiariser davantage avec le

Etre sage-femme au Niger

canevas d'entretien et de voir comment créer ou saisir les fenêtres d'opportunité dans la dynamique de l'entretien.

- Nous leur faisons partager nos observations sur le terrain et les invitations ainsi à faire la part entre l'observation profane et l'observation à visée scientifique, qui nécessite de repérer toute activité, attitude et propos en lien avec la problématique.

A travers la participation des S-F dans cette enquête, nous cherchions à établir une collaboration avec le milieu professionnel que nous étudions. En outre, nous souhaitons avoir leurs points de vue pertinents dans le recueil des données. Les deux jeunes S-F de notre équipe de recherche pourront éventuellement devenir assistantes de recherche au LASDEL selon leurs disponibilités, comme c'est le cas avec une assistante sociale depuis déjà cinq ans. Une synthèse de l'ECRIS a été rédigée et soumise aux observations du directeur scientifique du programme.

Ensuite pour les étudiants en sociologie lors de l'ECRIS

En effet, l'ECRIS avait aussi un but de formation permettant aux étudiants en sociologie d'avoir des notions sur la recherche empirique prônée par le LASDEL. Les chercheurs qui ont participé à l'ECRIS ont donc pu partager leur expérience sur :

- les techniques de présentation de soi ;
- l'explication de l'objet d'étude aux interlocuteurs ;
- la création et la saisie de fenêtres d'opportunités ;
- la prise de notes ;
- l'entretien et sa négociation ;
- l'adaptation à des situations différentes et parfois non prévues ;
- l'élaboration d'une synthèse ;
- les considérations éthiques.

Enfin pour la chercheuse que nous sommes...

Nous espérons avoir pu gagner en expérience sur le terrain. Comment faire pour accéder au réel des situations et des acteurs ? Cette question nous a accompagnée tout au long de nos différents terrains, ouvrant la voie sur toutes les perspectives que peut offrir le « bricolage » méthodologique dans le respect des règles de l'éthique.

Le cadre du terrain est aussi une rencontre humaine

Des hommes et des femmes nous ont ouvert leurs portes, que cela soit dans le domaine public (service de santé) ou privé (à domicile) nous permettant ainsi de partager avec eux quelques fragments de leur vie, la manière dont ils vivent le quotidien qui est le leur, comment ils envisagent l'avenir, les défis qu'ils affrontent, les événements qui surviennent comme un frein ou un levier dans leur trajectoire immédiate et lointaine.

Récapitulatifs du terrain

Au total 17 groupes stratégiques ont donc été constitués répartis dans trois grands ensembles comme présentés dans le tableau suivant.

Tableau n°1 : Récapitulatif des groupes stratégiques

Ensemble des groupes stratégiques des S-F		Ensemble des groupes stratégiques des autres corps professionnels	Ensemble des groupes stratégiques des usagers
praticiennes	en poste hors Niamey	autres agents travaillant avec les S-F (filles de salle, manœuvre, matrones, assistantes sage-femme)	femmes en âge de procréer
reconverties	En poste clinique privée	responsables hiérarchique des S-F (administration, médecins, gynéco-obstétriciens)	femmes âgées
formatrices	réformatrices		hommes
élèves	travail dans les associations		
stagiaires	militantes actives		
	retraitées	infirmiers	

Tableau n°2 : Récapitulatif des entretiens réalisés et comptes rendus d'observation

Type d'enquête		Niamey	Kollo	Téra	Gaya	TOTAL
ECRIS		31	5			36
Enquêtes approfondies	Entretien individuel	64		10	6	80
	Entretien de groupe	22		1		23
Comptes rendus d'observation						20
Photographie/Iconographie						35

Les représentations du métier de sage-femme

On ne peut aborder la question des représentations du métier de sage-femme au niveau institutionnel, sans évoquer, en premier lieu, les représentations dont il faisait l'objet à sa naissance au Niger aux yeux des pouvoirs coloniaux. En deuxième lieu, nous verrons quelle est la place qui leur est réservée par les pouvoirs publics actuels.

Les lignes qui suivent se réfèrent à des expériences personnelles vécues par des acteurs. Leurs interactions avec les S-F ont contribué à construire l'image qu'ils se font du métier. Cependant, bien que relevant majoritairement d'expériences mal vécues par certains, les propos témoignent également d'interactions réussies. Nous présentons les deux cas de figure et cela en fonction de chacun des groupes stratégiques suivants : usagères et familles, S-F praticiennes et non praticiennes, hiérarchie.

Un métier hautement valorisé par les pouvoirs publics

Le Niger a connu la colonisation française. En France, jusqu'au 16^{ème} siècle, comme cela était le cas partout en Occident, le domaine de la naissance appartenait aux femmes. Ce sont des matrones qui assuraient l'essentiel des accouchements aux domiciles des femmes. Toutefois, l'Eglise et l'Etat vont être à l'origine de changements importants. C'est par le truchement de l'« ondoisement »⁷ que l'Eglise intervient dans la naissance en définissant le statut de la femme habilitée à assister les femmes en couches. En effet, il faut une femme irréprochable pour pratiquer l'ondoisement en situation de mort imminente. La matrone ne répond pas à ce critère, car si celle-ci est utile et respectée, elle est aussi très crainte par les populations et l'Eglise, qui la soupçonnent de sorcellerie et de pratiques d'avortements. Les accouchements vont donc être assurés par d'autres femmes jeunes avec la bénédiction de l'Eglise. Un nouveau profil apparaît ainsi, celui de la sage-femme qui va remplacer la matrone. L'Etat soutient cette entreprise, mais pour d'autres raisons : les fortes mortalités des mères et des nouveau-nés. Commença ainsi la formation de jeunes femmes choisies selon les critères de l'Eglise pour devenir des S-F. Les matrones sont jugées « incultes » et « irrécupérables » pour recevoir cette formation qui est confiée aux barbiers-chirurgiens qui assistent déjà les couches dans la noblesse (Gélis, J., 1984, 1976, Carricaburu, 1994 ; Knibielher, 2007)

⁷ Selon le Larousse : « Baptême administré en cas d'urgence, et réduit à l'ablution d'eau accompagnée des paroles sacramentelles ».

Etre sage-femme au Niger

C'est donc dotée d'une image très valorisée que la profession est introduite en Afrique Occidentale Française (AOF). Il faut souligner que la situation dans ces contrées colonisées à la fin du 19^{ème} siècle ressemble à celle de la France au début du 16^{ème} siècle. Là aussi, ce sont des femmes de la communauté qui assistaient les naissances. Communément appelées par les pouvoirs publics coloniaux « accoucheuses traditionnelles », elles sont jugées comme ignorantes, et responsables de pratiques dangereuses sur les femmes et les nouveau-nés avec une forte mortalité des nouveau-nés. Là aussi, des S-F doivent être formées pour remplacer ces accoucheuses. Mais si aujourd'hui la figure de ces dernières n'existe plus en France, leurs consœurs africaines continuent d'exister et occupent une place non négligeable dans le champ de la naissance (nous y reviendrons plus loin).

Dès l'introduction de sa profession en AOF, précisément en 1918, la sage-femme devait être au service du projet colonial. Les S-F africaines ont la lourde charge d'être l'un des piliers de l'œuvre coloniale dans la production de main d'œuvre en quantité et en qualité. Elles font partis des premières femmes noires fonctionnaires en Afrique Occidentale Française qui « furent chargées de l'éducation et de la protection maternelle et infantile d'une population évaluée à 14 millions d'habitants au moment de la Première Guerre mondiale ; à près de 20 millions lors des indépendances. » (Barthélémy, 2010 : 15). L'objectif est clair : en remplaçant les accoucheuses traditionnelles lors des naissances, elles doivent devenir les actrices principales de la baisse de la mortalité des mères, des nouveaux-nés et des enfants, par l'éducation et le contrôle qu'elles auront sur les mères. C'est donc naturellement que les S-F africaines jouissent d'un statut privilégié aux yeux des pouvoirs coloniaux.

Dans les représentations contemporaines de leur métier, les S-F continuent de jouir d'une grande considération institutionnelle. On peut constater cela au niveau de la communauté internationale, notamment au sein des organismes des Nations Unies. En effet, les S-F continuent de figurer en bonne place dans leurs documents officiels : « Pour que chaque femme bénéficie de son droit de recevoir les meilleurs soins possibles durant la grossesse et l'accouchement, on s'efforce, dans le monde, d'améliorer l'accès aux soins dispensés par des S-F très compétentes. » (UNFPA, 2011). Plus récemment en 2014, au niveau national nigérien, le Ministre de la santé nigérien réaffirmait en préface du rapport final sur l'étude sages-femmes au Niger que « Le dénominateur commun de toutes les interventions qui sont en mesure de sauver la vie de la femme est la personne en charge d'offrir ces services, à savoir la sage-femme, et il est clairement établi que celle-ci est au premier rang dans le combat contre la mortalité maternelle » (UNFPA Niger, 2014). L'importance de leur rôle est reconnue également dans la mise en œuvre des stratégies de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale où l'essentiel des activités relève de leur fonction. Toutefois, il est intéressant de souligner que dans les orientations stratégiques il est de plus en plus question de former d'autres corps d'agents de santé à la pratique de S-F. Le but est d'étendre la couverture en soins

obstétricaux, particulièrement dans de nombreuses localités rurales enclavées où il n'y a aucune S-F. Nous y reviendrons.

Des représentations populaires majoritairement négatives du métier : la sage-femme dite « mauvaise »

Les discours des usagères sur les S-F font généralement un même constat très négatif, qui aboutit à une dévalorisation du métier de sage-femme. L'image d'une sage-femme dite « mauvaise » domine les représentations des femmes et de leurs familles.

Durant la période coloniale, les représentations populaires sur les S-F étaient ambiguës : tantôt adulées tantôt mal considérées et perçues comme totalement décalées du monde dont elles sont issues. Comme toutes celles qui sont passées par l'école du « Blanc », Pascale Barthélémy nous rapporte les représentations dont elles font l'objet durant cette période : « Qualifiées de « femmes savantes », de « demoiselles frigidaires » - l'expression, très ambiguë, dénonçant leur goût du « luxe » et leur exigence en matière d'équipement électroménager - ou, de façon encore plus radicale, de « marionnettes nègres », elles appartenaient alors à la catégorie mouvante des « évoluées » » (Barthélémy, 2010). Les représentations étaient alors essentiellement basées sur le statut social auquel elles accédaient grâce à leur métier et par lequel elles se distinguaient de la masse populaire. Autrement dit ce n'était ni leur métier, ni leurs pratiques qui étaient en cause, contrairement aux S-F contemporaines qui font l'objet de représentations faisant plutôt référence à leur conduite face aux parturientes. Aujourd'hui, l'image de la sage-femme dite « mauvaise » marque la plupart des expériences des femmes qui fréquentent les maternités. « Il y a plus de méchantes que de bonnes dans les S-F » nous dit une interlocutrice (quartier Madina), constat largement partagé par une majorité de femmes rencontrées. Aussi, les discours acerbes qu'elles tiennent concernent moins le métier en tant que tel que celles qui l'exercent. La sage-femme dite « méchante » ou « mauvaise » est celle qui se conduit mal avec les femmes. Diverses situations d'interactions, durement vécues par celles-ci, sont rapportées ici.

La négligence

« Une des S-F est venue lui dire d'aller faire des pas, mais elle ne pouvait pas se lever ! Quand j'ai vu qu'elle souffrait beaucoup, j'ai appelé ses sœurs, elles sont venues. L'une d'entre elle connaissait une sage-femme, qu'elle a sollicitée. Le temps que cette dernière vienne dans la salle, Malika a accouché seule ! Quand elles sont venues, elles ont juste pris son carnet pour dire « va faire quelques pas », elles ne l'ont pas 'doigtée' (TV), elles n'ont rien fait. Quand tu ne connais personne, elles ne te regardent pas ! » [femme 1, quartier Poudrière]

« Moi, le jour où je suis allée, c'était vers 18h, je savais que j'étais toute proche d'accoucher), mais elles ont dit qu'il reste du temps, qu'il faut revenir une autre fois. J'ai accouché vers 22h, j'ai fait une hémorragie, je perdais du sang, je leur avais signalé ça, mais la sage-femme me disait que ça allait s'arrêter. Ça ne s'est pas arrêté jusqu'au matin.

Etre sage-femme au Niger

Salima : On ne t'a rien fait ?

Sakina : Non, rien, même consulter pour voir ! Rien ! Alors que c'était une fausse couche ! J'ai changé 3 pagnes, j'avais perdu toutes mes forces. Après, quand elles se sont rendu compte, on m'a mise en bloc, ils ont couru à l'hôpital pour chercher deux poches de sang pour me faire une transfusion. C'est alors que le gynécologue m'a consultée et m'a prescrit des produits. » [femme 2, quartier Poudrière]

La violence verbale

« Elles insultent les femmes qui vomissent quand elles accouchent, or, ce n'est pas quelque chose de voulu, ça vient comme ça. Elles disent « si tu vomis sur moi, je ne vais pas t'aider à accoucher ». De toute façon, tant que tu n'es pas allée accoucher, tu ne peux pas savoir si elles sont bien ou pas. Parce que moi, quand elle disait de ne pas vomir, je n'ai jamais imaginé qu'on pouvait vomir en accouchant, c'est quand ça m'est arrivé que j'ai su ça. » [femme 2, quartier Koira Tégui]

« Ma coépouse, quand elle est allée accoucher, son enfant était en train de venir et elles lui ont demandé de se lever, elles vont arranger le plastique, l'enfant est tombé à ce moment. Heureusement qu'il y avait une bassine et c'est dedans qu'il était tombé. Tu vois des choses comme ça ! Et qu'est-ce qu'elles font ? Elles se mettent à gronder la femme en lui disant que si elle savait que son bébé était sur le point de sortir, pourquoi elle s'est levée ?! » [femme 1, quartier Koira Tégui]

« Il n'y a rien de plus qui fait mal quand tu parles à quelqu'un tout en te rabaissant, la personne fait semblant de ne même pas te voir. » [femme1 rencontrée dans une maternité de référence]

« Elles insultent et grondent sur les femmes qui peuvent avoir l'âge de leur mère » [femme 2 rencontrée dans une maternité de référence]

« J'avais accompagné une femme à la maternité, on lui avait mis un sérum et elles nous ont dit, « quand ça fini faites nous signe, on va venir retirer ». Donc quand je suis allée trouver la fille là, c'était une jeune fille, elle dormait, alors je l'ai réveillée, c'était au petit matin. Alors elle me regarde avec dédain : ' c'est parce que le sérum est fini que tu viens me réveiller ?' Je lui ai dit 'mais c'est toi qui m'a dit de venir t'appeler quand ça finit' ! Elle m'a insultée, grondé sur moi. Si ce n'était pas à la maternité, une fille comme ça, elle ne va même pas oser me parler dans la rue. » [Femme4, quartier Dar Es Salam]

« Elle insulte vraiment les femmes, elle ! On ne la voit pas tous les jours, mais quand tu as la malchance de la croiser et que tu es en retard, tu vas savoir que tu l'as croisée ! » [femme 2, quartier Dar Es Salam]

Le manque de respect et le mépris

« J'étais tombée sur une fille qui ne nous a pas respectée du tout, ma grande sœur et moi, c'était elle qui m'a accompagnée. Quand j'étais arrivée à la maternité, je crois que j'étais presque sur le point d'accoucher. Alors au lieu de m'amener directement à la salle après avoir enregistré mon nom, elle est allée dans une autre salle en train de causer avec ses amies. Il ne s'est pas passé 5 mn quand j'ai commencé à sentir l'enfant venir. Ma sœur l'a appelée, elle n'est pas venue. J'ai dû accoucher sur la terrasse, mon enfant est tombé sur

Etre sage-femme au Niger

le ciment, c'est après qu'elle a couru pour venir quand on est allé lui dire que j'accouchais. » (femme 4, quartier Koira Tégui)

« En général, les agents ne respectent pas les femmes qui vont accoucher dans les maternités. Parce qu'elles ne comprennent pas que les femmes sont là parce qu'elles sont malades. Ensuite quand tu n'as pas d'argent on ne te prend pas en charge. Même si tes parents sont allés chercher l'argent, on ne te touche pas. » [femme, quartier Dar Es Salam]

« Tu sais, il y a des S-F, quand une femme est sur la table, on dirait qu'elles ont en face d'elles leurs filles et elles se permettent de tout faire ! Et quand tu accouches à la maison, c'est un problème, elles vont te gronder. Même si c'est mieux pour une femme d'accoucher à la maison que de supporter tout ce qu'on lui fait sur la table d'accouchement ! Ce n'est pas normal qu'une femme maltraite une autre femme qui est sur le point d'accoucher, parce qu'elles savent quand même c'est quoi, accoucher ! » [femme 2, quartier Lazaret]

« Quand je parle aux femmes en blouse rouge elles me ramassent. Elles ne me prennent pas la température comme elles le font avec les autres. » [femme, quartier Centrale]

« Les S-F ne respectent pas les usagères, tu vas entendre des mots « *feeri ni ca mai gin donton* », (écarte tes jambes, qui t'a envoyée ici ?) ! Elles-mêmes ce sont des femmes, en plus mariées, ce ne sont pas des paroles à dire à une femme qui est venue accoucher ! » [femme 4, quartier Lamordé]

« Un moment j'avais eu envie d'uriner, je leur disais de dire à mon accompagnante de m'amener la bassine pour que j'urine, mais elles ont fait comme si elles ne m'entendaient pas, je n'ai pas pu retenir l'urine. Après, elles sont venues me gronder et elles sont allées chercher la femme qui m'accompagnait pour qu'elle essuie ça. » [femme 1, quartier Aéroport]

Le déni de la douleur

« L'année passée quand j'ai accompagné Saadatou à la maternité, elle avait mal, beaucoup, elle se tordait sur le lit, mais les S-F ne bougeaient pas, on dirait qu'elles avaient des chiens en face d'elles. » [femme 2, quartier Yantala]

« Une fois une femme m'a dit, quand on lui faisait la suture, elle disait à la sage-femme qu'elle avait mal et la sage-femme lui a dit, ' c'est parce que je suis en train de faire une broderie à l'endroit !'. Est-ce que ça, ce sont des choses à dire ! » [femme 6, quartier Zarmagandey]

La discrimination

« Les S-F sont méchantes quand ce sont des jeunes filles qui viennent accoucher. Elles vont te dire va faire un tour, quand tu fais, elles vont te dire 'vas- y tu vas supporter ça puisque tu as cherché ça !' » [femme 1, quartier Yantala]

« Quand on part à 20 femmes par exemple, la dame, elle peut venir en retard et là, elle ne prend pas tout le monde, elle va prendre juste 10 femmes, les 10 autres, il faut un autre jour et ça sera la même chose, le jour prochain ! Quand tu reviens à la maison, si tu dis que tu n'as pas été prise en charge, on va dire 'mais toi qui est allée tôt comment tu peux dire que tu n'as pas été prise en charge ?'. Des fois, quand elle vient, la sage-femme, elle

Etre sage-femme au Niger

prend d'abord les femmes qu'elle connaît, et les autres, elle vous dit de revenir plus tard. » [femme4, quartier Aéroport]

« Même quand tu pars voir ton gynéco, tu n'auras pas de numéro parce qu'elles gardent les numéros pour leurs amies ! Même si tu passes la nuit là-bas, tu n'auras pas de numéro, tu vas voir une femme venir à 10h et elle aura un numéro ! Ou bien si tu veux avoir le numéro « *ni ma deke ce tondo bon* », (« mettre le pied sur la pierre », c'est-à-dire donner de l'argent). Tout est devenu corruption ! Quand les femmes viennent, elles cherchent toujours quelqu'un qu'elles connaissent, quand tu connais quelqu'un, tu seras prise en charge ! » [femme 7, quartier Koira Tégui]

« Vous êtes là assises, et vous allez voir une dame venir à 8h pour être prise en charge. Nous on vient à 6h, pour être prises en charge, il faut 11h ou 12h. Et quand tu entres dans la salle, si une de ses amies vient, elle (sage-femme) va causer avec elle, tout le temps qu'il faut, après tu es prise en charge. » [femme 2, quartier Dar Es Salam]

L'incompétence

« Des fois, quand tu pars, on te dit que 'non, tu ne peux pas accoucher maintenant' de revenir dans deux ou trois jours. Mais le temps que tu rentres chez toi, tu vas accoucher. Une de nos nièces, c'est comme ça qu'on lui a fait. Nous l'avons amenée vers *magrib*, elles ont dit qu'il reste encore des jours. Alors, on est rentré, mais on n'a même pas eu le temps de prier la prière d'*icha* qu'elle a accouché à la maison. Elles ne connaissent rien ! En tout cas, certaines d'entre elles ne connaissent rien ! » [femme 1, quartier Lazaret]

La cupidité

« Elles préfèrent que tu viennes sans eau de javel, comme ça, elles vont te vendre celle qu'elles ont. » [femme 5, quartier Yantala]

« Mais quand tu pars, ne pars pas avec l'eau de javel et le savon, elles ne vont même pas te regarder. Et l'eau de javel, c'est à 1000 FCFA, en plus, il faut donner de l'argent pour la bonne nouvelle qu'on va donner à ton mari ! C'est même devenu une obligation ! » [femme 1, quartier Poudrière]

« La déchirure, des fois, elles provoquent ça, quand l'enfant vient elles font une pression sur toi, si l'enfant a un poids, tu es obligée d'avoir une déchirure ! Maintenant, le fil pour coudre, il faut donner 3 000 FCFA. Ou même elles mettent des ciseaux pour faire la déchirure !

Salima : Les patrons savent ça ?

Aissata : Oui, parce que quand on te fait l'ordonnance, on te demande d'aller voir une fille de salle, peut-être qu'elle a le fil et celle-ci va te vendre ça moins cher qu'à la pharmacie. Ça veut dire quoi ? C'est pour cela que les femmes accouchent moins, parce que si tu n'as pas d'argent tu ne peux pas accoucher. » [femme 3, quartier Poudrière]

Notons que ces propos que nous avons recueillis sont quasiment du même ordre ailleurs. On peut se référer aux études réalisées dans cinq capitales ouest-africaines sur les rapports entre soignants et soignés (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003). Les auteurs montrent combien ces rapports sont souvent difficiles et soulignent entre

Etre sage-femme au Niger

autres le manque de compassion, les vols que font les sages-femmes, leur cupidité :

« La sage-femme jurant : 'Mais c'est une 'primi' non ? Ce sont des paresseuses qui refusent de pousser, elles aiment le plaisir mais pas la souffrance. Déchirez la et faites un forceps au besoin, c'est tout.' » (Souley, 2003 : 137)

« La salle d'accouchement est le service où la corruption est flagrante ; en tout cas, c'est ce service qui est couramment 'd énoncé'. Ici, on décrit le 'vol' des sages-femmes lors de l'accouchement ; elles volent des produits des femmes qui viennent accoucher : savon, poudre, parfum, restes de médicaments prescrits à la parturiente, etc. On y décrit aussi le racket et la surfacturation. A Attécoubé, par exemple, Nguessan A. constate que les usagers déplorent la majoration du prix des 'doigtés' qui coûtent parfois 200FCFA ou plus alors qu'ils sont affichés à 100 FCFA. Les gants à Yopougou sont parfois surfacturés à 500 FCFA au lieu de 250 FCFA. » (Koné, 2003 : 243-244)

Une autre étude réalisée plus récemment à Dakar fait le même constat à Dakar :

« Je me suis rendu un soir au centre de santé et par hasard j'étais debout près de la fenêtre de la maternité. J'ai vu une femme allongée et qui criait de toutes ses forces. Quand j'ai demandé ce qui lui arrivait, on m'a fait comprendre qu'elle était en travail, alors j'ai demandé « *a na ku koy nax* » (où est celle qui doit la consoler?). Quelqu'un m'a répondu « *nax* (consoler ?) En tout cas toutes les S-F sont dans l'autre salle en train de regarder la télé. Et tant qu'elle n'est pas sur le point d'accoucher, personne ne la touchera » [DGD, hommes / Population Council, extrait rapport final, Dakar : 14] (Diop & alii, 2013)

Nos enquêtes révèlent que certaines usagères n'hésitent pas à faire un lien entre le comportement des S-F et le fait qu'elles soient des femmes. Les femmes feraient plus mal que les hommes, ce que deux de nos interlocutrices nous disent en ces termes :

« Femme 1 : Il y a des agents qui ne sont pas gentilles. Quand tu rencontres un homme, toi la femme, tu es mieux prise en charge. Mais une femme, qui est censée savoir c'est quoi l'accouchement, elle est plus méchante. Les hommes, ils ont plus pitié de nous.

Femme 2 : On m'a fait une fois le curetage, ah c'est très pénible, surtout avec une femme, l'homme au moins il te parle, il te demande ce que tu sens, etc.

Femme 1 : A la maternité centrale, c'est encore pire ! La-bas, elles insultent les femmes.

Femme 2 : Certaines femmes le font d'ailleurs exprès !

Q : Est-ce qu'on peut faire ça exprès pour sa sœur femme ?

Femme 2 : Mais sinon pourquoi elles font ça ? La vie, chacun peut rendre service à un autre. Elles ne savent pas, mais peut être qu'un jour, elles auront besoin de nous ! » [Femmes, quartier Yantala]

Si les usagères sont très critiques sur le comportement des S-F, on remarque que certaines parlent de leur propre responsabilité dans l'attitude de ces S-F à leur égard. Leur manque de courage ou de coopération inciterait les S-F à devenir violentes :

« Q : Est-ce que tu as entendu des femmes qui ont des problèmes avec des agents de santé ailleurs ?

Etre sage-femme au Niger

R : Oui, mais je crois que la faute est partagée, les agents ont leur faute et les femmes aussi. Parce que certaines femmes sont dures de tête, ç, ça ne plait pas parfois à certaines S-F. » (femme)

Femme 1 : « Quand tu n'es pas courageuse, là c'est sûr que tu vas fâcher les sages-femmes !

Q : Quand une femme n'est donc pas courageuse, les S-F sont méchantes à son égard ? »

Femme 2 : « Oui, parce que quand tu cries tout le temps ça les énerve, parce qu'elles ne savent pas quoi te faire ! »

Femme1 : « Moi, j'ai vu une fois une femme qui était venue accoucher, elle criait tellement que c'est sa maman elle-même qui est venue la gifler pour lui demander de se taire. » [Femmes, quartier Dar Es Salam]

Une usagère soutient lors d'un entretien informel que le comportement des S-F n'est en rien différent de ce qui se passe habituellement pour n'importe quel individu dans la vie ordinaire : on peut être aimable et serviable avec quelqu'un qu'on ne connaît pas parce qu'on a avec lui des affinités naturelles, tandis qu'une autre personne nous paraîtra peu sympathique et donc ne méritera pas notre attention. On comprend donc à travers ces discours que la violence produite au sein des maternités implique une lecture au moins sur trois dimensions : celle relevant du rapport dominé/dominant entre le soignant et le soigné, celle sur les représentations autour de la grossesse, de l'accouchement y compris la douleur, et enfin celle relevant d'affinités ou d'antipathies entre individus.

Quelques appréciations positives du métier : la sage-femme dite « bonne »

« Mais il y a quand même des S-F qui sont bien, il faut le reconnaître ! Quand tu viens, toi, l'accompagnante, tu te fais même des amies. Mais en général, elles sont mauvaises. » [femme 2, quartier Yantala]

« Moi, je n'ai vraiment jamais rencontré une sage-femme méchante. » [femme 6, quartier Lamordé]

Ces deux témoignages sont en net décalage avec la majorité des expériences qui nous ont été relatées. Ils montrent fort heureusement qu'il existe des S-F perçues comme « bonnes » selon certaines femmes et leurs familles. Qu'est ce qui caractérise donc cette sage-femme dite « bonne » ?

Une bonne sage-femme est celle qui répond à au moins l'un des traits suivants :

Elle a de la compassion

« Elles aident les femmes à accoucher, elles ont pitié d'elles »

« Mais il y avait quand même une certaine X, elle, elle m'a beaucoup aidé, elle m'a mis du sérum, elle s'est vraiment occupée de moi, s'il y avait des S-F comme elles, on allait accoucher chaque année (rire). » [femme 2, quartier Yantala]

Elle est patiente et respecte les femmes

Etre sage-femme au Niger

« Elles sont patientes et polies avec les femmes »

« Quand tu pars, on te donne un carnet et on te consulte puis on te donne un RDV de trois mois d'abord, puis quand tu reviens, si c'est le moment de te donner du fer, on te donne ça et on te suit jusqu'à l'accouchement. Normalement quand la CPN finit c'est que ton moment d'accouchement est proche. Mon 3^e enfant, je l'ai même accouché à la maison, je l'ai amené juste après mais elles n'ont pas grondé sur moi. Je n'ai vraiment pas eu de problème ! » [femme 3, quartier Zarmagandey]

Elle est accueillante et à l'écoute des femmes

« C'est une femme qui est très bien, parce qu'elle comprend les femmes et elle est à leur écoute. » [Femme 2, Talladjé]

« Elles viennent en courant accueillir la femme. » [femme 3, quartier Madina]

Elle sait instaurer la confiance entre elle et sa patiente

« Elle accueille bien, elle plaisante avec les femmes, elle a pitié des femmes. Elle m'a fait une fois accouchée, vraiment elle a tout fait pour que je sois calme et confiante pour accoucher. » [femme 2, quartier Aéroport]

« Elle m'a rassurée que tout se passera bien » [femme, quartier Centrale]

Le jugement par les pairs

D'abord soulignons que lorsque les S-F parlent de leur propre conduite au sein des maternités, une opposition est souvent faite entre « celles d'aujourd'hui » et « celles d'hier », c'est-à-dire les premières qui ont commencé à servir. Cette typologie a été relevé surtout dans les discours des S-F non praticiennes, c'est-à-dire celles qui sont à la retraite ou celles qui se sont reconverties dans d'autres métiers. Ensuite, il est intéressant de noter aussi que le jugement par les pairs se fait parfois au travers des représentations que les populations leurs renvoient.

Les S-F d'autrefois

S'agissant des S-F d'avant, on se rappellera que les populations en avaient une perception ambivalente. Ainsi, en même temps qu'elles étaient considérées comme des « déracinées » des cultures locales au service des Blancs, elles étaient aussi admirées pour leur travail. C'est certainement cette dernière représentation valorisante de leur métier qu'ont retenue les anciennes S-F rencontrées à Niamey. Certaines se souviennent depuis leur enfance de la haute estime dont elles jouissaient :

« Donc nous, la sage-femme... Nous, on admirait les sages- femmes. Bon, il faut reconnaître que nous on n'est pas capable de dire exactement ce qu'elle faisait mais toujours est-il qu'on sait que nos mères admiraient la sage-femme. C'est parce que quand elles parlent de sage-femme, ah, sage-femme une telle, sage-femme une telle, tu vois c'est vraiment en des termes d'admiration. » (sage-femme à la retraite, conseillère au sein d'un ministère)

« (...) j'ai vu de ces comportements, je vois des vieilles femmes, des femmes d'un certain âge qui venaient rendre visite aux Mme Kaba ici à la maternité, ou bien là-bas quand elles

Etre sage-femme au Niger

vous voient, si vous allez en mission ou quelque chose, elles vous demandent si vous connaissez un telle, ah une telle c'est ma patronne, ma patronne ça veut dire que je lui dois beaucoup de respect ! » [sage-femme à la retraite, conseillère au sein d'un ministère]

D'autres se rappellent encore du rang qu'elles occupaient auprès des populations et de l'administration :

« Avant nous, la sage-femme était exactement, pratiquement juste après le gouverneur. Donc c'était une personnalité de la société très importante, et même pour charrier le mari on dit « monsieur le mari de la sage-femme » pour vous dire vraiment l'importance de la sage-femme. » (sage-femme à la retraite, contractuelle au sein d'un établissement public)

« Mais vous savez, dans l'histoire du Niger, la sage-femme c'était une personnalité quand on l'affecte dans une entité, donc, après le préfet, ce n'était pas le temps des préfets, donc après le commandant c'était vraiment la sage-femme, la deuxième personnalité de l'entité. Quand il y a les manifestations, je viens toujours après le commandant du cercle, donc on avait une place prépondérante dans la société. On nous respectait pour le travail qu'on faisait bien sûr et même socialement parlant du point de vue politique automatiquement nous avons une place auprès du premier responsable et je pense que c'était comme ça. » (sage-femme à la retraite, responsable d'une ONG)

Elles trouvent que la sage-femme d'avant est le modèle du métier. Il a plusieurs caractéristiques.

La formation reçue. La formation que les S-F d'avant recevaient provenait d'un corps d'enseignants majoritairement composé de Blancs, ce qui était valorisé et gage d'une bonne qualité des savoirs puisque provenant de la « source ». « ***Les formateurs étaient des Blancs*** » nous dit une interlocutrice. En ayant une bonne formation, elles devenaient aussi des praticiennes compétentes. Pour certaines cette compétence était couplée à une expérience d'au moins trois ans acquise dans les structures rurales. Ces S-F avaient de bonnes pratiques et cela se reflétait dans la manière dont elles s'occupaient de la maternité. Ainsi, elles s'assuraient de la bonne hygiène dans le service et respectaient les mesures d'asepsie :

« Nous faisons nous-mêmes le ménage dans la salle d'accouchement, nous faisons la toilette des parturientes, on ne refusait pas de faire cela. Nous faisons même la passation sur les boîtes d'accouchement. Nous avons honte de laisser une salle malpropre et des boîtes d'accouchement souillées à l'équipe de relève ». [ancienne sage-femme reconvertie]

Le respect envers les autres. Nos interlocutrices intègrent aussi dans leur nostalgie des valeurs comme le respect à l'égard des parturientes auprès desquelles elles se mettaient au même niveau. Ce respect était aussi étendu aux enseignants. En fait selon elles, ces valeurs étaient liées à l'éducation reçue à la maison, car le comportement à l'égard d'autrui dépend de l'acquisition ou non de valeurs socio-culturelles qui ne peuvent provenir que de la famille. Ainsi, auparavant, l'éducation était assurée au sein des familles, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui comme le dira plus loin une autre interlocutrice.

La fierté du statut social acquis. Une sage-femme qui avait acquis un statut social honorable de par son métier devait maintenir ce statut et même l'accroître en se mariant avec des hommes du même rang ou plus.

Etre sage-femme au Niger

« C'était gros bonnet ou rien. La sage-femme était destinée aux gros bonnets ! » [ancienne sage-femme reconvertie]

Les critères physiques. Les S-F devaient répondre à certains critères physiques comme la taille, elles devaient être grandes, élancées. Elles devaient aussi avoir des bras et des doigts longs. On attachait également une importance à la tenue vestimentaire qui ne devait en aucune façon gêner la sage-femme dans son travail. Ces critères physiques étaient importants pour la pratique, mais également, selon une ancienne, pour se faire respecter des femmes.

Les S-F actuelles

S'agissant des S-F d'aujourd'hui, les discours sont au contraire assez négatifs du côté des anciennes et des reconverties. Les caractéristiques sont:

Une mauvaise formation. Selon elles, les S-F de maintenant ne sont pas bien formées, car elles sont trop nombreuses dans les écoles, d'où une baisse de la qualité de l'encadrement à la fois dans la théorie et dans la formation pratique.

Une absence de vocation et de motivation. Elles n'ont pas la vocation, souvent ce sont les parents qui les y obligent. Elles n'aiment pas faire les gardes et les permanences, comme en témoigne cette sage-femme à la retraite dans cet extrait d'entretien. Elle fait une comparaison entre son époque et la conduite actuelle des S-F :

R : D'habitude quand on t'affecte tu vas, tu fais quelques jours, tu fais avec les gens et après on te met. Moi le premier jour que je suis partie c'est l'ambulance qui est partie me chercher. Avant que je ne commence, un jour j'étais assise et je vois l'ambulance devant notre porte, le chauffeur dit que c'est moi qu'il est venu chercher, je suis de permanence. J'ai commencé le premier jour de mon travail comme ça et je suis partie, je me suis préparée et je suis partie et j'ai fait la permanence. Si c'est les S-F d'aujourd'hui, elles vont refuser, elles vont dire qu'elles n'ont même pas pris le service d'abord. Vous voyez ? C'était un plaisir pour moi, c'est un plaisir, c'est une confiance pour toi, qu'on vienne te chercher pour te dire que tu es de permanence !

Q : Et vous pensez qu'il n'y a plus ça ?

R : Il n'y a plus ça. Maintenant quand on programme quelqu'un pour la permanence, elle ne vient pas, elle dit que son enfant est malade, c'est vraiment un problème, à notre temps tu ne peux pas en même temps rater une permanence et une garde.

Q : Il y a eu un relâchement quoi ?

R : Bon c'est le manque de motivation des S-F, elles ne savent pas ce qu'elles veulent. On te dit de faire une permanence et tu vas rater une permanence ou bien quand vous êtes à deux c'est l'une qui vient, l'autre est toujours absente, c'est pas bon. Le jour de tes permanences et tes gardes sont programmés pour tout le mois et tu le connais, et même si tu as un problème tu dois venir à ton service et trouver une solution à ton problème, pour voir tes responsables pour qu'on trouve une solution ou bien t'entendre avec tes collègues, ou qu'on cherche quelqu'un qui va te remplacer et que tu partes chercher la solution à ton problème en attendant, mais c'est pas le jour de ta permanence que tu ne viens pas, on te cherche, on ne te voit pas et on dit que tu es absente. [sage-femme à la retraite responsable d'une école de formation privée]

Etre sage-femme au Niger

Une mauvaise conduite. Elles ne sont pas patientes avec les parturientes qu'elles traitent avec insolence et examinent à distance. Une ancienne nous dit :

« Lorsqu'on n'a pas été habitué à rencontrer sa maman à son retour de la ville pour prendre ses bagages, on ne connaît pas le respect. Normalement, si une sage-femme a une patiente qui a l'âge de sa fille, elle doit la traiter comme sa fille. Si elle a l'âge de sa mère, elle doit la traiter comme sa mère, celle-là a besoin de plus d'égard. Mais on voit des S-F, des petites filles qui vont dire à des femmes qui ont l'âge de leur mère 'va te nettoyer ! pourquoi tu n'as pas fait ta toilette ? ' ! » [ancienne sage-femme reconvertie en poste dans un établissement public]

La dévalorisation du statut social. Une sage-femme précédemment citée déplore le fait que les S-F d'aujourd'hui se marient avec « n'importe qui » :

« Elles se marient avec n'importe qui maintenant ! Maintenant les S-F se marient avec des « taximans ». Nous avons assisté au mariage d'une sage-femme (qui se mariait avec un taximan). Les anciennes étaient là aussi. Une ancienne s'est approchée de la mariée et l'a giflée en disant qu'elle a déshonoré les S-F ! Devant tout le monde ! » [sage-femme reconvertie, en poste dans un établissement public]

On notera dans ces discours négatifs des propos très virulents, sans aucune complaisance à l'encontre des S-F d'aujourd'hui, comme par exemple :

- « Tu ne connais rien, quelle est ton importance ? »
- « Si on peut même fermer la branche sage-femme... »
- « Il y a des S-F avec lesquelles je ne travaillerai jamais »
- « Elles augmentent la mortalité maternelle »
- « Elles ont perdu leur honneur »

Voyons maintenant ce que disent les praticiennes d'aujourd'hui sur leurs propres pratiques. Ce groupe stratégique fait lui aussi une distinction entre les « bonnes » et les « mauvaises » S-F. Elles ont formulé peu de critiques sur leurs consœurs. Une sage-femme reconvertie ne nous avait-elle pas dit à l'avance, « Celles qui pratiquent ne disent pas la vérité, alors que nous, nous avons fini. Pour connaître la vérité, il faut demander aux populations ». Les réponses ont été donc assez laconiques par rapport aux mauvais points qu'elles se donnent. Ainsi, certaines reconnaissent volontiers qu'elles ne sont pas bien formées, qu'elles n'ont pas toujours la vocation, et enfin qu'elles ne sont pas patientes avec les femmes. Elles reconnaissent qu' « on n'observe plus toutes les bonnes qualités de S-F » (sage-femme praticienne). Et lorsqu'il est leur demandé ce qu'elles pensent de la mauvaise réputation qu'elles ont auprès des populations, certaines s'en défendent en affirmant que face à des femmes qui ne se comportent pas bien, elles sont obligées de « gronder ». Une sage-femme travaillant dans une maternité de référence à Niamey en est même arrivée à donner raison à une de ses collègues très critiquée par les femmes du fait de son comportement violent à leur égard :

« Elle frappe les femmes, elle les menace. Elle dit qu'elle préfère les critiques des femmes plutôt qu'un enfant mort-né. Elle n'est pas méchante, seulement elle ne laisse pas les femmes tuer leurs enfants. » (S-F maternité HD Gaweye)

Etre sage-femme au Niger

Les bonnes S-F, selon les sages-femmes actuelles, sont celles qui ont de bons rapports avec les femmes, ce qu'on nous dit en ces termes :

- « Elles se mettent à la place des parturientes » ;
- « Elles tissent des liens d'amitié avec les femmes et deviennent leur conseillères et confidentes » ;
- « Elles ont du respect pour les parturientes et savent garder la confidentialité »

Si ces qualités se retrouvent dans les témoignages précédents, il faut noter que ce qu'elles ajoutent dans leurs discours est plus lié à des aspects techniques e tels que :

- « Elles obtiennent de bons indicateurs »
- « Elles tiennent bien les dossiers »
- « Elles appliquent les formations reçues »
- « Elles reçoivent des témoignages de satisfaction ».

On comprend donc que ce qui est valorisant dans le métier selon elles : ce sont bien évidemment l'empathie dans le travail mais aussi l'application des normes techniques, l'obtention de bons résultats et la reconnaissance institutionnelle.

Le point de vue des autres corps professionnels et de la hiérarchie

Lorsque le groupe de ceux qui ont pour rôle d'administrer les S-F est interrogé par rapport à sa représentation du métier de sage-femme, une gynécologue nous répond : « La sage-femme, c'est la petite gynécologue » (gynécologue, MIG). En définissant la sage-femme par rapport au gynécologue, cette représentation montre la similarité qui existe entre ces deux corps travaillant sur le même « objet ». Pour un infirmier, le comportement des S-F relève aussi d'une représentation liée au genre féminin. Selon lui les S-F « menacent » les parturientes alors que les hommes ont un « accueil souple ». C'est ce qu'il nous explique dans cet extrait d'entretien tout en reconnaissant qu'il y a aussi des S-F qui sont « souples » et font « les choses normalement » :

« Q : Est-ce que le fait que vous soyez un homme pose problèmes aux femmes ?

R : Ça ne pose pas de problème, les femmes préfèrent aujourd'hui que les hommes fassent l'accouchement plus que les femmes.

Q : Comment ça ?

R : Oui, oui c'est comme ça, parce que nous, la manière dont on les accueille, c'est souple.

Q : C'est souple ?

R : C'est très souple. En tout cas même si vous partez là-bas aujourd'hui interroger les femmes, elles vont vous dire qu'elles préfèrent que les hommes fassent l'accouchement plus que les femmes parce qu'il n'y a pas de menace, il n'y a rien de ça. On fait calmement

Etre sage-femme au Niger

les choses alors que si c'est une sage-femme il y a des menaces, il y a des insultes, il y a tout.

Q : Elles sont moins patientes quoi ?

R : Elles sont moins patientes, c'est ça.

Q : Et vous, en tant qu'être humain, vous êtes surchargé, stressé, et tout, donc il y a des propos qui peuvent vous échapper aussi, non ?

R : Bon, quoi qu'il en soit c'est comme ça, l'être humain n'est jamais parfait (des rires). Ça peut arriver momentanément mais pas tout le temps. Mais sinon, en zone rurale, les femmes préfèrent les hommes plus que les femmes. Il y a d'autres S-F qui sont vraiment souples qui font les choses normalement. » [Téra, un chef CSI]

Mais le discours le plus courant sur les S-F est celui véhiculé par la hiérarchie. Il est lié à la difficulté qu'elle éprouve à gérer les S-F en tant que ressource humaine du système de santé. Et sur ce plan, les représentations ont vite fait de lier cette difficulté à la complexité perçue du genre féminin : « C'est vraiment difficile de gérer des femmes. » (gestionnaire d'un district rural). La hiérarchie a aussi relevé le problème crucial de la répartition des S-F qui reste, comme on le sait, très inégale entre districts ruraux et urbains. Il existe un fort décalage entre les villes où on constate une pléthore de S-F et la brousse désertée par celles-ci. Le même gestionnaire fait ce constat en ces termes : « Beaucoup sont nées, grandies en brousse, et elles ne veulent plus retourner en brousse! » (gestionnaire d'un district rural). En fait, selon nos interlocuteurs ce problème récurrent ne concerne pas que les S-F, c'est tout le personnel féminin qui est ainsi (la deuxième partie de ce rapport abordera cette problématique).

On se rappelle qu'au sein du groupe stratégique des usagères, nous avons aussi relevé cette représentation « genrée » des S-F.

Les reproches et les attentes des acteurs

En cherchant à documenter les représentations sur les S-F, nous en sommes arrivés à examiner la notion de « mauvaise sage-femme » *vs* « bonne sage-femme » et conjointement la « sage-femme d'avant » et la « sage-femme d'aujourd'hui ». A travers les discours recueillis auprès d'une diversité de groupes stratégiques nous avons essayé de dresser une liste des reproches faites aux S-F et à l'opposé une liste de ce qui est attendu d'elles (*cf.* tableau n°3).

Etre sage-femme au Niger

Tableau n°3 : Les reproches et les attentes des acteurs

Reproches	Attentes
Violence Mépris Discrimination Manque de compétence Négligence Non respect de la vie humaine Problèmes avec les parturientes Pas d'honneur Mauvaise formation Pas de vocation Refus d'exercer en brousse Image dévalorisée Difficile à gérer	Compassion Patience Respect Confiance Bonne formation Bonne éducation Vocation Reconnaissance sociale Reconnaissance institutionnelle Conseillère Confidente

L'organisation du travail des sages-femmes

Le document stratégique portant sur les normes de planification et de gestion des FS recommande d'«assurer la permanence des services de santé, c'est-à-dire la disponibilité des soins, en tenant compte de la charge de travail du personnel et en favorisant l'intégration des ressources au niveau du district sanitaire. Ainsi on utilisera le même personnel pour l'équipe cadre de district (ECD) et l'hôpital de district (HD) s'agissant des médecins, chauffeurs, secrétaire...» (Document technique de planification des soins, MSP, 2013). Ce souci de la permanence des services de santé est aussi pris en compte au niveau des échelons inférieurs, à savoir les CSI et les cases de santé par une intégration des activités. Cependant, nous avons observé que les agents s'organisent différemment pour assurer cette intégration selon le contexte urbain ou rural et selon les niveaux de soins dans la pyramide sanitaire. Après avoir mis en évidence une typologie de l'organisation des soins S-F, nous verrons ensuite les dysfonctionnements observés. Les DS de Gaya et Téra ont été pris comme référence pour le cas des centres de santé ruraux, tandis que la région sanitaire de Niamey a servi pour documenter le cas des centres urbains.

L'organisation intégrée et concentrée en brousse

En brousse, du fait de l'insuffisance en personnel, l'organisation intégrée des activités se concentre au niveau de seulement 2 ou 3 agents qualifiés⁸. Globalement, nous avons repéré trois types d'organisation intégrées en brousse que nous décrivons à travers deux maternités à Téra et une troisième à Gaya. Mais, avant, il est important d'avoir quelques éléments du contexte de « la brousse ».

Le contexte de la brousse : les DS de Gaya et Téra

Couvrant une superficie de 4 044 km², le DS de Gaya est situé dans la partie Sud de la région de Dosso. Il fait partie de la zone verte au Sud du Niger et fait frontière avec deux pays. La république du Bénin au Sud-Ouest est le pays le plus proche de la ville de Gaya, le fleuve Niger marquant une frontière naturelle. La distance avec Malanville, la ville frontalière du côté du Bénin, ne dépasse pas 2 km. L'autre pays frontalier est la république fédérale du Nigéria qui se trouve à l'Est du district. L'intensité des activités commerciales entre le Niger et ces deux

⁸ Le statut d'agent qualifié fait référence à un agent ayant suivi un cursus de formation professionnelle à la fin duquel il reçoit un diplôme. Le terme est souvent attribué aux S-F, infirmiers et autres professions paramédicales de la santé.

Etre sage-femme au Niger

pays font de Gaya un carrefour commercial animé par les gros transporteurs qui le traversent en permanence, nuit et jour. La population est estimée en 2014 à 387 232 habitants. La densité moyenne est de 96 habitants au km². Les infrastructures sanitaires dans ce district sont présentées dans le tableau n°4.

Tableau n°4 : Infrastructures sanitaires du district sanitaire de Gaya

Infrastructures	Nombre total
Hôpital de district	1
CSI	22
Cases de santé	70
Infirmierie garde nationale	1
Cabinet médical	1
Salles de soins privés	5
Pharmacie publique	1
Dépôts pharmaceutiques	8

Sur les 22 CSI, 19 sont de type I et 3 de type II. La couverture en infrastructures sanitaires est seulement de 51,89%. En termes de ressources humaines, le personnel soignant des FS publiques comprend : 7 médecins, 115 infirmiers, 26 S-F. En termes de logistique, le district dispose de 5 ambulances, 21 motos et 1 véhicule utilitaire. On notera que la mobilité n'est pas seulement dans les échanges commerciaux, elle concerne également les populations en quête de soins entre les FS du district, et celles des deux pays frontaliers.

Téra a une situation similaire. Couvrant une superficie de 20 220 km², ce district bénéficie lui aussi du fleuve Niger qui le traverse avant de continuer son cours vers Gaya. Autre similarité avec Gaya, le DS fait frontière avec deux pays, le Burkina Faso à l'Ouest et le Mali au Nord. Sa population est estimée à 612 705 habitants en 2013 avec une densité moyenne de 29 habitants au km². Les infrastructures sanitaires sont présentées dans le tableau n°5 :

Tableau n°5 : Infrastructures sanitaires du district sanitaire de Téra

Infrastructures	Nombre total
Hôpital de district	1
CSI	36
Cases de santé	84
Infirmierie garde nationale	0
Cabinet médical	5
Salles de soins privés	0
Pharmacie publique	1
Dépôts pharmaceutiques	16

Sur les 36 CSI, 27 sont de type I et 9 de type II. La couverture en infrastructures sanitaires est de 45,12%. En termes de ressources humaines, particulièrement le personnel soignant dans les FS publiques, le district compte : 10 médecins, 128 infirmiers et 21 S-F. La logistique comprend : 6 ambulances, 6 véhicules utilitaires et 45 motos. Ici aussi les populations des aires de santé proches de celles du Burkina Faso circulent entre les FS de part et d'autre de la frontière.

Les deux DS ont en commun des problèmes inhérents à toutes les FS rurales. Il s'agit d'abord de l'insuffisance en infrastructures sanitaires : de nombreuses localités sont dépourvues de centre de santé. Les équipements et moyens logistiques sont aussi insuffisants, ainsi que les ressources humaines. Ci-après la liste des contraintes relevée par les deux ECD dans leurs PAA :

- Vétusté du parc auto/moto
- Manque de moto dans 10 CSI
- Bloc opératoire non conforme aux normes (absence de banque de sang, manque d'oxygène, insuffisance de produits anesthésiques)
- CSI non clôturés
- Inexistence d'adduction d'eau courante dans nombre de CSI
- Inégalité de répartition et mobilité du personnel

Diagourou : l'intégration limitée à la maternité

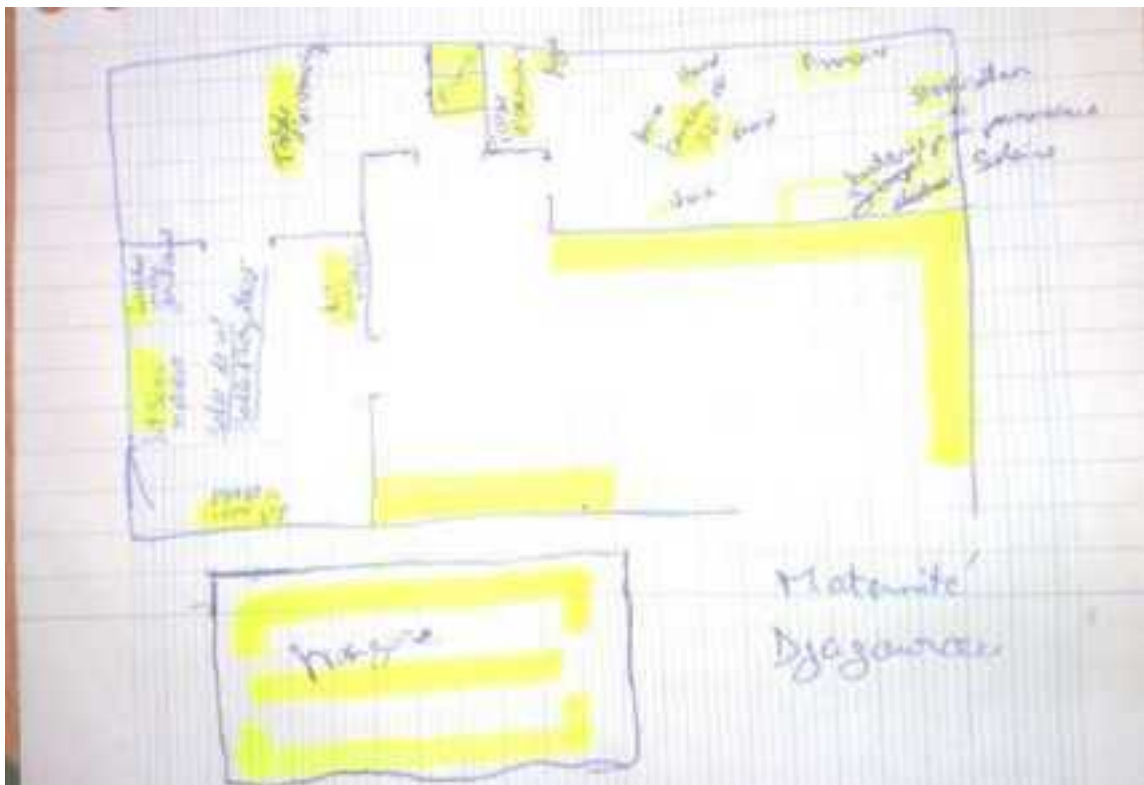
A Téra, la maternité du CSI de Diagourou, nous livre le premier type d'organisation intégrée. Les activités de soins du CSI sont réparties entre deux bâtiments, l'un, le dispensaire, pour la prise en charge des enfants et des adultes, et l'autre, la maternité, où sont pris en charge les femmes enceintes et les nouveaux nés.

Etre sage-femme au Niger

Observation n°1 : La maternité est composée de trois pièces. Juste à l'entrée, nous avons le hall dans lequel les femmes enceintes attendent pour la CPN et autres services de la maternité. On y a installé deux bancs le long des murs. Il donne accès à trois pièces. La première est la salle dite de la sage-femme, c'est là où se trouvent son bureau et un lit de consultation. Les activités qui s'y déroulent sont : les CPN, les consultations des femmes enceintes malades, les PF, les vaccinations, le dépistage de la malnutrition, les soins aux nouveau-nés. Cette pièce est contiguë à une deuxième qui sert de salle d'accouchements, elle ne comporte qu'un seul lit d'accouchement. La troisième pièce, attenante au hall, est la salle de suite des couches qui est la même qui sert de salle de travail et d'hospitalisation des femmes enceintes malades. Elle comprend trois lits, dont un dépourvu de matelas. Contrairement aux autres salles, elle est sombre car elle n'a pas de fenêtre. A part la salle de la sage-femme, les autres pièces sont exigües. Le hangar construit à la devanture de la maternité sert parfois plus de salle d'attente pour certaines femmes venues en consultation que pour les accompagnantes. [Note de terrain équipe]

Cette description des lieux montre l'insuffisance des locaux ; par conséquent les salles sont polyvalentes, servant pour plusieurs services de soins à la fois. Ainsi, femmes enceintes malades, femmes en travail, nouvelles accouchées et nouveaux-nés s'y côtoient. Ici le circuit des femmes est assez court. Par exemple lorsqu'une femme en travail est admise, elle examinée dans la salle d'accouchement, puis, si la dilatation n'est pas encore complète, elle est transférée dans la salle de travail. Une femme enceinte malade est examinée dans la salle dite de la sage-femme, et si nécessaire elle est transférée dans la salle de travail. Le croquis suivant issu de nos notes de terrain illustre cette organisation des lieux.

Figure n°2 : Croquis de la maternité de Diagourou



Passons maintenant à l'organisation des activités. L'équipe de la maternité est féminine et comprend cinq personnes : une sage-femme, une aide sage-femme (AS-F) et trois matrones. La S-F exécute toutes les activités de SR. L'AS-F comme son nom l'indique assiste la sage-femme. Ce profil résulte du programme d'appui d'une ONG dénommée HDI (Health and Development international)⁹. Cette ONG a procédé par la sélection au sein des villages de femmes qui ont reçu une scolarisation de base (niveau primaire) pour suivre une formation rapide de 6 mois à l'issue de laquelle elles acquièrent quelques notions théoriques et pratiques d'obstétrique. Elles sont mises à la disposition de quelques maternités du district

⁹ HDI intervient à Téra au niveau des CSI en appui dans le domaine de la santé de la reproduction, particulièrement dans la lutte contre la mortalité maternelle et l'éradication de la fistule vésico-vaginale.

Etre sage-femme au Niger

pour aider les S-F. S'agit-il d'une politique qui existait déjà depuis longtemps et qui a été mise en œuvre par HDI ? S'agit-il d'une nouvelle catégorie socio-professionnelle créée par l'ONG ? Toujours est-il que, lors de nos enquêtes au sein d'autres districts dans les régions de Niamey, Tillabéry, Dosso, Maradi, Zinder et Tahoua, nous n'avons rencontré nulle part le profil d'AS-F (bien qu'il y ait partout des matrones qui occupent la même place que les AS-F et parfois qui font beaucoup plus dans les maternités).

Dans l'organisation des activités, on peut constater qu'il n'existe pas à proprement parler de répartition des tâches entre la S-F et son AS-F. Elles font les mêmes activités tant sur le plan administratif que technique. Et certains services sont effectués à deux, lorsqu'elles sont toutes les deux présentes. Par exemple, lors des CPN, la S-F peut être au poste de remplissage des supports tandis que l'AS-F examine la femme. C'est ce qui ressort dans cet extrait d'entretien avec la S-F :

« Q : Comment se fait la répartition des activités entre vous ?

R : Si elle (AS-F) vient par exemple au moment de la CPN moi je remplis les carnets et les fiches et elle, elle fait la CPN en tant que telle, elle prend le poids, la taille, et elle met.

Q : Lorsque l'AS-F fait la CPN en tant que telle, après la femme vient s'asseoir, non, et après qui parle avec la femme ?

R : Bon, nous deux.

Q : Vous deux ?

R : Oui.

Q : Et c'est vous qui donnez les comprimés aux femmes ?

R : Oui c'est nous.

Q : Quand vous dites « nous », c'est qui ?

R : C'est moi et elle, moi je donne, l'AS-F aussi donne les comprimés aux femmes.

Q : Mais seulement ce qui est bien partagé c'est que, elle, elle fait la CPN et vous, vous remplissez les carnets et c'est ça qui n'est pas mélangé ?

R : Parfois c'est moi qui fais la CPN et elle, elle remplit le carnet.

Q : Vous inversez parfois ?

R : Oui.

Q : Elle sait bien remplir le carnet ?

R : Oui elle sait. » [S-F, Diagourou]

Nos observations corroborent avec cette répartition indifférenciée entre la S-F et son AS-F.

« R : L'AS-F, elle fait les vaccinations, elle remplit les fiches.

Q : Ça c'est les activités de l'AS-F, donc elle fait les vaccinations ?

R : Elle remplit les fiches CPN, elle fait le dépistage PTME, elle fait même la CPN, elle fait le toucher vaginal, elle fait l'accouchement, elle fait les ordonnances.

Q : Quand une malade vient, la S-F lui dicte l'ordonnance ?

Etre sage-femme au Niger

R : Même elle, elle peut décider, parce que l'autre jour quand une femme était venue, c'était hier, une femme enceinte malade, elle disait qu'elle avait des douleurs abdominales, c'est même elle qui a pris le registre, elle a enregistré la femme et elle a prescrit. Elle m'a dit qu'elle va prescrire amoxi plus métró, elle a dit que ça marche non ? Moi j'ai dit oui. Elle lui a prescrit l'ordonnance. Elle fait tout.

Q : Elle fait tout ce que fait une S-F ?

R : Oui tout ce que fait une S-F elle le fait.

Q : Elle peut le faire seule ?

R : Elle peut le faire seule et des fois quand elle fait des choses, quand la S-F vient, elle fait des remarques, elle lui dit d'arranger ça, ça là.

Q : C'est quelles sortes de remarques, un exemple ?

R : Par exemple hier elle a oublié d'écrire quelque chose dans le registre CPN, c'est la S-F qui lui a rappelé. Elle lui a dit 'tu as oublié' et l'AS-F a dit 'effectivement j'ai oublié'.

Q : Donc c'est des remarques qui concernent tout juste le côté administratif ?

R : Oui.

Q : Et le côté pratique ?

R : En tout cas elle pratique bien. Elles ont une seule salle, c'est la salle-là qui sert de pré travail, d'hospitalisation et de suite de couche. Il arrive dès fois que l'AS-F gère le service si la S-F est absente.

Q : Donc c'est comme son adjointe quoi ?

R : Oui en tout cas c'est comme son adjointe, parce que quand elle est absente, c'est elle qui gère avec la matrone. » [Enquêtrice S-F]

Ainsi, tout est partagé entre les deux agents, S-F et AS-F font le travail ensemble. Toutefois, pour ce qui concerne les gardes, l'organisation se fait autrement. Les deux agents ne font pas la garde ensemble, et il n'existe pas de planning de garde. Habituellement, c'est la S-F qui fait seule les gardes. L'AS-F ne fait la garde que lorsque la S-F est absente pour raison professionnelle (réunion avec l'ECD, formations) ou personnelle. Dans ce dernier cas, l'AS-F et les matrones se chargent de toutes les activités à la maternité.

Les trois matrones participent aux activités, mais elles ne travaillent pas en même temps. Elles se relaient à travers un système de garde où chacune d'elles fait la garde 12h, c'est-à-dire de 8h du soir à 8h du matin. Elles s'occupent de l'hygiène des sols (elles font le ménage dans toutes les salles). Elles font la garniture aux nouvelles accouchées et font le relais entre les femmes admises dans la salle de travail ou d'accouchement et leurs accompagnantes. Elles participent au déroulement des activités de CPN en s'occupant du conditionnement des comprimés et de leur prise effective par les femmes. La S-F explique :

« R : La matrone elle, elle nous assiste seulement.

Q : C'est quoi assister ?

Etre sage-femme au Niger

R : Par exemple les trois comprimés de sulfadoxine, la femme doit prendre ça devant nous, nous on donne les médicaments à la femme et la matrone lui donne de l'eau.

Q : C'est elle qui les met dans les papiers là (la matrone assise à côté était en train de d'emballer les comprimés) ?

R : Oui, elle compte trente comprimés de fer et elle met dans le papier. Comme on donne trente comprimés par rendez-vous. Si c'est un mois on donne trente comprimés, si c'est deux mois on donne soixante comprimés, donc elle compte le fer pour mettre trente, trente dans chaque cornet et on dépose. » [S-F Diagourou]

Ce sont elles qui assistent la S-F durant les gardes de nuits. Nous avons observé que si le rôle des matrones est bien circonscrit dans des activités qui leur sont exclusivement réservées et que nous venons de le décrire, elles ont une tâche commune avec l'AS-F et la S-F, celle de la désinfection du matériel, comme le montre la note de terrain suivante :

Pour le premier accouchement, c'est la sage-femme qui a lavé les matériels utilisés et pour les deux autres c'est la dernière (la matrone). Cette dernière a aussi fait la garniture à toutes les femmes et les a amenées dans la salle de suite des couches. [Note de terrain Safia]

Gothèye : l'intégration étendue au CSI

Le deuxième type d'organisation du travail S-F à Téra a été relevé à la maternité du CSI de Gothèye. Ici, il existe une nette différence dans l'architecture de la maternité par rapport à celle de Diagourou.

Observation n°2 : La maternité se trouve dans le même bâtiment que le dispensaire. L'ensemble forme un seul bloc. Comme dit la S-F, « *c'est un bâtiment global où il y a tout ici* » (S-F Gothèye). Les locaux réservés aux activités SR se trouvent à l'aile gauche du bâtiment tandis que la prise en charge des adultes et des enfants se déroule à l'aile droite. Le côté maternité comprend tout au fond une salle d'accouchement avec deux lits d'accouchement séparés par un paravent. Un peu en avant se trouve la salle pour les CPN et les consultations des femmes enceintes et allaitantes malades. Cette salle comporte une table d'examen, une petite armoire et un lavabo. Elle est très exiguë comparativement à celle qui la suit ; c'est la salle pour la PF, mais celle-ci peut aussi servir pour les CPN. Elle comprend un bureau et une armoire, des fiches d'information sur la PF tapissent ses murs. Enfin, vers l'entrée de la maternité se trouve la salle pour les activités de CRENAS/CRENAM. Elle était fermée au moment de notre passage.

Figure 3 : Croquis de la maternité intégrée au CSI de Gothèye



A cette organisation quasi intégrée des espaces de soins correspond une organisation des activités du même type. La maternité comprend 4 agents : 2 S-F dont l'une est la responsable du service, 1 AS-F et 1 matrone. La responsable fait toutes les activités de SR suivantes : consultations des femmes enceintes et allaitantes malades, la PF, les CPN, les accouchements et le CRENAS/CRENAM. Son adjointe et l'AS-F font aussi les mêmes activités. Elles font régulièrement des permutations. C'est un peu comme à Diagourou, sauf qu'ici chacune des activités est effectuée en intégralité par un agent ; à Diagourou, la S-F et l'AS-F font ensemble les CPN, l'une examinant la femme, l'autre remplissant les supports et *vice versa*. La responsable S-F explique :

« On partage, si je fais les malades, elle, elle fait la PF, si je fais la PF, elle, elle fait les malades, et au niveau de la CPN s'il y a beaucoup de femmes on partage aussi la CPN, on divise les femmes et on fait la CPN. » [S-F responsable Gothèye]

Les CPN ne commencent qu'après la fin des activités PF et consultations malades. Mais lorsqu'une femme malade ou en travail est admise, elles s'en occupent. L'une ou l'autre des trois peut suspendre de temps à autre son activité pour le suivi de la parturiente. Il faut souligner que cette intégration des activités SR s'étend aux autres activités au niveau de l'aile droite à travers un planning de roulement entre tous les agents de la structure. Il s'agit de cette permutation

Etre sage-femme au Niger

évoquée plus haut, elle est trimestrielle. La S-F responsable explique dans cet extrait d'entretien :

« R : Chaque agent va s'occuper de son travail par trimestre, c'est un mélange d'activité avec les infirmières. On a établi un calendrier, celui qui doit rester au tri (soins curatifs) restera au tri pendant trois mois, celui qui doit rester aux nourrissons restera aux nourrissons pendant trois mois, la CPN pendant trois mois, le CRENAS/CRENAM pendant trois mois, et après on échange.

Q : Comment vous allez placer les CRENAS dans toutes ces activités alors ?

R : Les CRENAS c'est quand on va finir toutes les activités. Il y a la majeure, s'il y a un poste vacant c'est elle qui va prendre le poste vacant là, donc la majeure vient avant qu'on ne finisse et elle attaque le côté CRENAS, s'il y a les nourrissons elle prend les nourrissons. Elle prend les postes vacants avant qu'on arrive, elle libère les femmes avant notre arrivée.

Q : Quand vous dites que la programmation c'est par trimestre et que ça roule, donc les infirmières peuvent se retrouver à la maternité ?

R : Oui.

Q : Donc on peut trouver une infirmière qui va faire les CPN ?

R : Oui.

Q : Ou qui va faire les accouchements ?

R : Oui.

Q : Donc vous êtes polyvalents, chaque agent est polyvalent ?!

R : Oui » [S-F responsable Gothèye]

L'intégration des activités et la polyvalence des agents est la règle.

« R : N'importe quelles maladies, si la personne se présente et que c'est l'agent qui est au niveau du tri, donc tu vas prendre ça en charge.

Q : Là vous gardez la main ?

R : Oui sinon on va oublier. Ça là, si on dit que parce que on est sage-femme et on va faire seulement les activités SR, un jour tu peux avoir une malade dans ta propre famille et tu ne pourras pas gérer, donc on va dire que tu es de la santé et tu ne peux pas faire ça. C'est pour cela ici, on a jugé nécessaire être polyvalent, de faire tout que ça soit au niveau des infirmiers qu'au niveau des S-F, de travailler ensemble en faisant les rotations. » [S-F responsable Gothèye]

Pour le week-end, il existe un autre calendrier qui régule le fonctionnement de la structure. Il est fait de telle sorte que l'agent qui est de permanence l'un de ces deux jours arrive le matin et relève celui qui a gardé. Il fera cette permanence de 8h à 10h avant que l'agent de relève ne prenne son service. Cela permet d'éviter les problèmes dus aux discontinuités dans l'enchaînement des activités entre l'équipe en descente de garde et celle de la relève. L'AS-F et la matrone ne participent ni au roulement trimestriel ni à celui des permanences. Leur mobilité se limite au sein des unités de la maternité. Remarquons qu'à la maternité, seule la S-F adjointe participe aux gardes avec les infirmières.

Etre sage-femme au Niger

La matrone participe à toutes les activités se déroulant au sein de la maternité. Sa compétence à pratiquer les accouchements est reconnue par la S-F responsable qui dit l'avoir formée.

Dioundiou : l'intégration limitée à la maternité mais localisée au sein du CSI

A Gaya, à la maternité de Dioundiou, nous avons ici aussi une organisation intégrée du travail sage-femme.

Observation n°3 : Le CSI de type II compte un médecin qui coiffe l'ensemble de la structure. Celle-ci comprend trois bâtiments dont deux sont fonctionnels. Le bâtiment se trouvant entre les deux est à l'abandon. C'est un vieux bâtiment qui date de 1947, il est en banco et complètement fissuré. Auparavant, il abritait deux salles de mise en observation et deux autres salles qui servaient de maternité. Une cinquième pièce au milieu, tenait lieu de domicile pour la S-F. Comme il risquait de s'effondrer, en 2013, une nouvelle maternité fut construite.

Les activités de SR sont localisées sur les deux bâtiments fonctionnels qui abritent l'un le dispensaire et l'autre la maternité. Les accouchements ont lieu à la maternité tout au fond à l'arrière de la structure. Elle comprend deux salles donnant sur une petite véranda. La première salle en face de l'entrée de la véranda sert pour les accouchements. Elle comprend un lit d'accouchement et une petite table. L'autre salle à gauche sert de salle d'observation pour les femmes en travail, les nouvelles accouchées, les femmes enceintes malades. Les autres activités de SR ont lieu au dispensaire où sont aussi pris en charge les adultes et les enfants. C'est le premier bâtiment auquel on accède dans la structure. Il a la forme architecturale classique des dispensaires au Niger, c'est-à-dire : un hall central non fermé servant de salle d'attente ; de part et d'autre de ce hall se trouvent d'abord à droite le bureau du médecin et à gauche la salle de pansement, puis dans le même prolongement à droite à la suite du bureau du médecin, la salle pour la PF et à gauche encore la salle pour les CPN et consultations nourrissons sains. En fait, la maternité ne sert que pour les accouchements. De plus, elle n'est utilisée que durant la journée, car il semble que, la nuit, elle est hantée par les génies. Ainsi, même si le CSI est éclairé de 18h à minuit, à partir de 18h30, les accouchements se font dans la salle de PF et les nouvelles accouchées vont dans la salle de pansement.

Figure 4 : Croquis de la maternité intégrée au CSI de Dioundiou



Le personnel pour les activités SR comprend 2 S-F dont l'une est la responsable et 4 matrones. Cette équipe fonctionne sous forme d'un système de garde de 24h entre les deux S-F. Ainsi si l'une garde un jour, l'autre garde le jour suivant. Trois matrones participent à la garde, la quatrième est dite « souffrante », et ne garde donc pas. Ces matrones ne viennent que lorsqu'on les appelle, à l'admission d'une parturiente. Les infirmiers au nombre de 5 (4 infirmières et 1 infirmier) ont leur planning de garde à part. Ainsi, lors d'une garde il y a toujours un(e) infirmier(ère) et une S-F appuyée par une matrone. Les deux S-F font les mêmes activités de SR à tour de rôle, un jour sur deux. Quant aux matrones elles font le nettoyage de la maternité, la surveillance des parturientes et des nouvelles accouchées et lavent le matériel souillé.

L'organisation intégrée et déconcentrée en ville : le cas de Niamey

La ville se caractérise par un effectif suffisant de personnel, parfois même pléthorique. Ici aussi, l'intégration des activités est de rigueur afin d'assurer la permanence des services. Toutefois les activités de SR sont réparties au niveau d'unités de soins localisées dans un plus grand nombre de salles, comparativement aux maternités de brousse. Les maternités étudiées reflètent ce type d'organisation avec quelques variantes selon leur niveau dans la pyramide sanitaire : la maternité du CSI Lazaret, maternité de quartier rattachée à un CSI (type II); la maternité de

Etre sage-femme au Niger

l'HD du DS de Gaweye, le seul des trois districts de Niamey pourvu d'un hôpital; la maternité de référence nationale Issaka Gazobi (MIG). Au préalable, une connaissance du contexte de la ville est nécessaire.

Le contexte de la ville

La région sanitaire de Niamey offre la meilleure illustration possible de l'organisation du travail sage-femme en ville. Les principales infrastructures sanitaires sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau n°6 : Infrastructures sanitaires existant dans la région de Niamey

Infrastructures	Nombre total
Hôpitaux nationaux	2
Hôpital privé	1
Cabinets de soins spécialisés	5
Centre hospitalier régional	1
Hôpital de district	1
Maternité de référence	1
CSI	44
Cases de santé	10
Cliniques privées	33

Niamey bénéficie d'une bonne couverture sanitaire, soit 98,60%, avec trois districts sanitaires. Sur les 44 CSI, 28 sont de type I et 16 de type II. En termes de ressources humaines, on compte : 511 médecins, 635 infirmiers et 240 S-F (estimation de 2011). A l'instar des capitales ouest africaines, à Niamey est concentré l'essentiel des ressources humaines et matérielles alors que les districts ruraux restent beaucoup moins équipés, rendant précaires les conditions de l'offre de soins.

Le travail compartimenté à la maternité Lazaret et...

Le CSI Lazaret se situe au sein du district II de Niamey. On constate deux ensembles d'activités de soins. Un premier qui correspond à la prise en charge des adultes et des enfants. Il est localisé au sein du dispensaire avec le plan architectural classique des CSI décrit plus haut. Le deuxième ensemble d'activités correspond aux soins maternels. Il se trouve au sein d'un bâtiment où se déroule l'essentiel du travail S-F, c'est la maternité.

Observation n°4 : La maternité comporte 12 pièces

L'entrée de la maternité débouche sur une salle d'attente qui donne à gauche sur la salle d'état civil qui dispose de trois chaises et d'une table avec deux registres l'un pour la déclaration des naissances et l'autre pour les accouchements, les carnets des femmes accouchées. Dans le même alignement se trouve le bureau de la directrice qui dispose d'une table, de trois chaises, d'une armoire dans laquelle se trouve le matériel (seringue, eau de javel, gants stériles, compresses, etc.), d'une table gynécologique et d'une douche interne.

Le bureau de la surveillante suit celui de la directrice et dispose d'une table, de trois chaises dont une de mauvais état (et sur laquelle les patientes s'assoient), d'une table gynécologique, d'une étagère où sont rangés les partogrammes et les registres, d'une douche interne.

En continuant sur un couloir au fond, on accède à 4 salles de suites de couches, servant aussi pour les femmes enceintes malades hospitalisées. Chacune des salles comporte 4 lits. On accède ensuite à une salle de soins non fonctionnelle qui sert en fait de salle de repos des filles de salle, et de rangement de leurs affaires personnelles

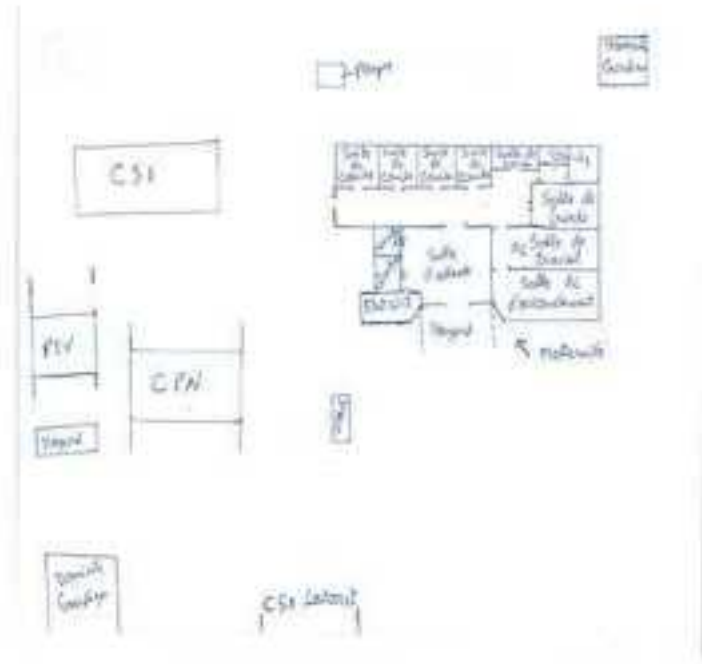
Etre sage-femme au Niger

Puis le couloir continue sur la salle de garde des S-F et des infirmières. Elle comporte 1 lavabo, 1 lit et 3 matelas. Normalement c'est dans cette salle que les agents doivent se reposer lorsqu'il n'y a pas de travail. Mais comme la ventilation ne marche pas, elles amènent leur matelas dans la salle d'accouchement pour se reposer.

On trouve ensuite une salle de travail avec 3 lits et enfin une salle d'accouchement avec 2 tables d'accouchement. Elle comprend 1 table où on trouve le registre d'accouchement, les partogrammes, les carnets, etc., 1 réfrigérateur dans lequel sont conservés les produits; 1 stérilisateur.

Un deuxième bâtiment fait partie des espaces de soins maternels, il est situé à peu près dans le même alignement que le dispensaire. C'est là que sont délocalisées les CPN.

Figure n°5 : Croquis de la maternité de Lazaret



L'organisation des activités est soutenue par un personnel composé de 8 S-F (dont 1 bénévole), 2 infirmières (dont 1 bénévole), 12 filles de salle (dont 7 bénévoles), 3 agents de la mairie, 1 manœuvre. Au niveau de la salle d'accouchement, un planning régule l'organisation des gardes de nuit et des permanences durant le jour. Nous y trouvons 4 équipes de garde comptant chacune 2 agents. L'équipe qui fait la permanence, c'est-à-dire de 8h à 20h, est la même qui fait la garde le lendemain, de 20h à 8h. Après chaque garde, l'équipe a droit à 48h de repos. Les agents appartiennent à des catégories de corps et statuts différents. Ainsi, si au sein de deux équipes les coéquipières sont des S-F titulaires, nous avons une équipe où on retrouve une infirmière bénévole et une S-F titulaire puis la dernière une S-F bénévole et une S-F titulaire. En fait, que l'on soit S-F ou infirmière, titulaire ou bénévole, il n'existe pas de différenciation de statut ou de catégorie professionnelle, chacune fait les mêmes activités que les autres dans la salle d'accouchement.

Chacune des équipes est complétée par une fille de salle. Mais ce sont seulement les 5 titulaires qui font les gardes tandis que les autres, des bénévoles, ne font que les permanences. Elles assurent l'hygiène des locaux et le nettoyage des matériels d'accouchement. Elles sont appuyées par le manœuvre qui fait le ménage au niveau des suites de couche, des toilettes du personnel, des bureaux de la directrice et de la surveillante. Il fait son travail une seule fois dès 5h du matin, les filles de salle assurant le ménage tout le reste de la journée. La directrice et la

Etre sage-femme au Niger

surveillante travaillent ensemble dans le bureau de la première. Elles ne sont pas dans le système des équipes de garde et de permanence. Elles s'occupent des sorties des accouchées et des activités administratives. Ainsi, toute accouchée doit passer par le bureau de la directrice où elle paie 1100 FCFA pour « le lit », avant de recevoir une ordonnance de fer et amoxicilline. Le bureau de la surveillante sert pour les CPN et consultations post-natales CPON, la consultation des femmes enceintes malades, la PF. Ces activités sont assurées par une S-F et une infirmière. Leurs CPN ne sont réservées qu'aux femmes fonctionnaires. Les CPN réservées aux autres femmes sont délocalisées au niveau d'un local en dehors du bâtiment de la maternité, comme signalé plus haut. Les agents de la mairie s'occupent des déclarations de naissance.

... à la maternité de l'hôpital Gaweye.

L'HD du DS Gaweye est situé sur la rive droite du fleuve Niger. Il a été créé sur le site d'un ancien dispensaire, un vieux bâtiment reconnaissable à l'architecture courante des CSI au Niger. Celui-ci est devenu le poste de l'aiguillage de l'hôpital. Juste à côté, à droite, se trouve la maternité qui est suivie un peu en avant par le bloc chirurgical. L'organisation du travail S-F s'effectue dans un espace où nous avons un nombre assez important de salles.

Observation n°5 :

Au total 15 salles abritent les activités de SR réparties sur deux ailes de part et d'autre d'un couloir ouvert. Chacune des deux parties comprend une série de salles qui donnent sur une véranda qui les longe. Ainsi à droite dans le versant avant :

- une salle de garde qui est en même temps la salle d'examen des parturientes. Elle comporte : 1 lit avec 4 matelas superposés où se reposent les agents, 1 réfrigérateur contenant leurs boissons, 1 armoire dans laquelle sont déposés leurs bagages, et 1 table sur laquelle sont entassés les différents supports (registres, partogrammes, carnets, fiches d'examens de laboratoire, etc.).
- une autre salle se trouve dans le prolongement. C'est là où étaient suivies les femmes en travail. Maintenant elle ne sert plus à cet effet. Elle comprend 2 lavabos, 1 réfrigérateur dans lequel sont conservés les produits (syntocinon, poches de sang et autres), 1 table de réanimation et 1 couveuse qui ne sont pas fonctionnelles.
- la salle d'accouchement suit immédiatement, toujours dans le prolongement. Elle dispose de 3 lits d'accouchement, 1 table de réanimation, 2 lavabos dont 1 est fonctionnel, des boîtes d'accouchement. Il n'existe pas de paravent, ce qui fait que souvent, quand la porte est ouverte les passants peuvent apercevoir les femmes qui accouchent. Et s'il y a deux parturientes dans la salle, chacune peut voir l'intimité de l'autre.

Toujours à droite, au versant arrière :

- une salle d'AMIU (aspiration manuelle intra-utérine) où se font les soins après avortements, la mise en place du dispositif intra-utérin (DIU) et l'implant.

Etre sage-femme au Niger

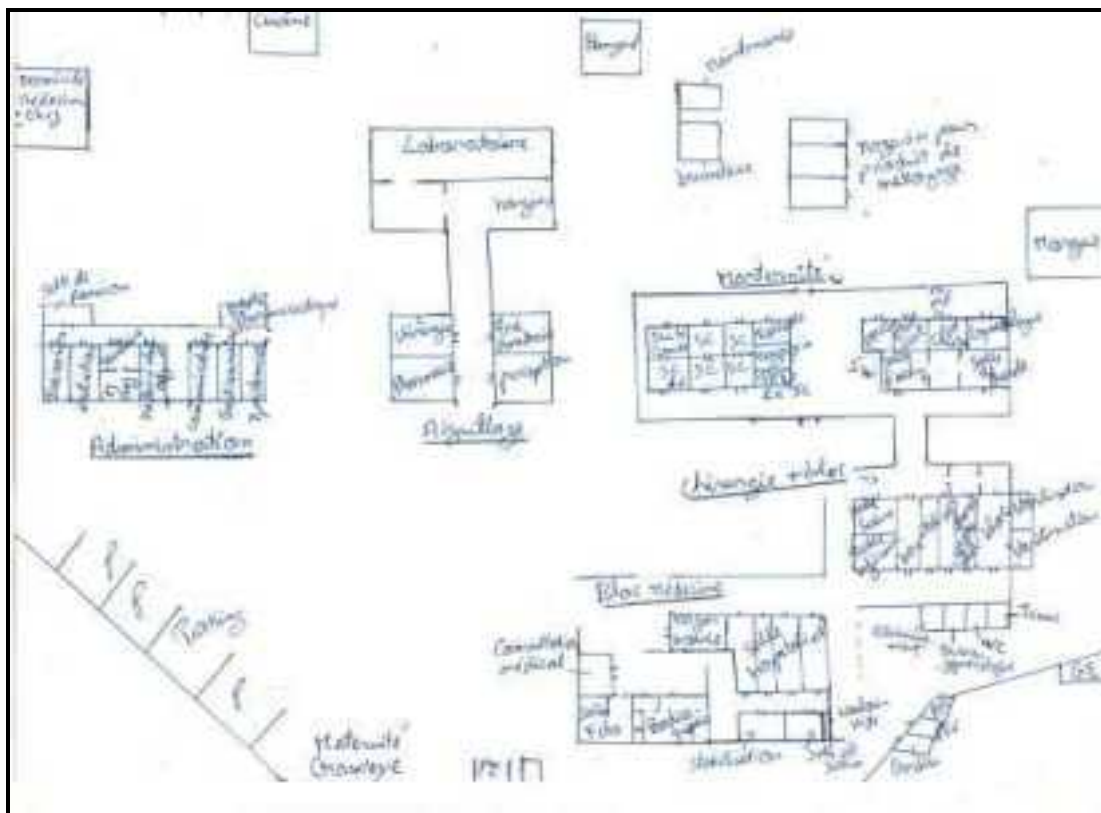
Elle dispose d'un lit, et d'une armoire contenant les matériels stériles pour la réalisation de ces tâches.

- une salle d'état civil pour la déclaration des naissances. Elle dispose d'une table munie de registres de déclaration. C'est dans cette pièce que se font également les CPN, CPON, la vaccination, la PF. Elle dispose aussi d'une table gynécologique, d'une armoire dans laquelle se trouvent des médicaments, de gants ainsi que l'eau de javel.
- au fond du couloir se trouve le bureau de la gynécologue qui comprend 1 table d'examen, 1 réfrigérateur et un bureau.

A gauche, se trouvent sur les deux versants des salles communicantes :

- trois salles d'hospitalisation comprenant chacune 2 lits
- trois salles de suite des couches comprenant chacune 2 lits
- une salle du post-partum immédiat (PPI) avec 2 lits
- une toilette et un magasin de stockage des médicaments ainsi que des produits de ménage

Figure n°6 : Croquis de la maternité de Gaweye



Etre sage-femme au Niger

L'organisation des activités est gérée par un personnel composé de 4 S-F, 4 infirmières, 9 filles de salles et matrones, 2 agents de mairie, la surveillante et la directrice. Ce personnel travaille selon un planning de garde au niveau de la salle d'accouchement avec trois équipes. La première équipe comprend une sage-femme, une infirmière et une fille de salles. La deuxième équipe est composée de deux S-F, une infirmière et une fille de salles. Quant à la troisième équipe, elle comprend une sage-femme, deux infirmières et une fille de salle. Chacune des trois équipes fait une garde de 24h avec 48h de repos. Il existe aussi un planning de permanence en concordance avec celui de la garde. Ici aussi, la directrice et la surveillante ne sont pas dans le système des équipes. Elles viennent tous les jours ouvrables aux horaires officiels et font les CPN, CPON, la PF, l'AMIU et rarement les accouchements. Quant aux agents de la mairie, leur travail consiste à établir les déclarations de naissance. Pour cela, chaque matin, elles récupèrent les carnets des nouvelles accouchées et le registre d'accouchement. Elles ne participent pas aux soins maternels.

Le travail hyper-déconcentré à la maternité Issaka Gazoby

La maternité Issaka Gazoby (MIG) a une importance capitale dans le champ de la santé maternelle du fait de sa place de structure de référence nationale au Niger. De toute évidence ses capacités techniques et en ressources humaines la placent très loin devant les structures précédemment décrites. En effet, les unités de soins dans les maternités de quartiers et à l'HD deviennent à la MIG des services.

La MIG est située au centre de la ville. Elle sert de référence non seulement pour les formations sanitaires de Niamey mais aussi celles des régions. Une étude réalisée en 2001 faisait état d'un effectif total de 179 agents toutes catégories confondues. Depuis cette date, cet effectif a évidemment considérablement augmenté pour faire face à l'affluence de plus en plus croissante dont la maternité fait l'objet. Au moment de notre étude, c'est-à-dire 12 ans après, en juin 2013 on y compte 565 agents toutes catégories confondues. Autrement dit il y a eu un triplement de la population qui y travaille. Les ressources humaines comptent cinq groupes distincts d'agents : cadres, auxiliaires, contractuels, bénévoles, stagiaires, et médecins en formation.

Les cadres sont des agents ayant le statut de fonctionnaires (ils ont un matricule) ; en plus de leur salaire de la fonction publique ils perçoivent une indemnité de la MIG. Ils sont au nombre de 183.

Les auxiliaires sont les agents qui n'ont aucun diplôme. Ils sont recrutés par l'Etat pour occuper des emplois subalternes de manœuvre, chauffeur et planton. Ils sont au nombre 10. On notera que manœuvres, filles de salle et plantons sont aussi appelés personnels d'appui.

Etre sage-femme au Niger

Les contractuels sont les agents recrutés par la MIG sur fonds propres¹⁰. Leur carrière est régie par le code du Travail. Ils sont au nombre de 97.

Les agents dits « stagiaires » qui sont en fait des personnels de santé (infirmiers, sages-femmes) appelés ailleurs « bénévoles » qui attendent d'être recruté par l'Etat ou d'avoir un contrat avec la MIG, mais qui reçoivent un pécule de 30 000 FCFA sur fonds propres de la maternité. Ils sont au nombre de 223.

Les étudiants faisant fonction d'interne et les médecins en spécialisation (DES) constituent le cinquième groupe. Ils sont au nombre de 35.

On peut y ajouter les stagiaires proprement dits, qui sont des élèves des écoles professionnelles de santé faisant leur stage en cours de formation initiale, et pour lequel ils sont notés.

Les effectifs des différents groupes sont très mouvants et connaissent des variations qu'on ne maîtrise pas toujours. Le tableau suivant fait un état des lieux des différentes catégories professionnelles travaillant à la maternité au moment de nos enquêtes.

Tableau n°7 : Effectifs des catégories professionnelles à la MIG

Catégorie	Effectif
Gynécologues obstétriciens	20
Radiologue	1
Anesthésistes réanimateurs	2
Pédiatres	5
Pharmacien	1
Biologiste	1
S-F et techniciennes supérieures en soins obstétricaux	144
Infirmiers	133
Filles de salle	109
Manceuvres	55
Chauffeurs/ambulanciers	4

De sa création en 1929 à 2013, la maternité a connu plusieurs travaux de réhabilitation.

On y compte 8 blocs abritant les différents services de la maternité présentés dans le tableau ci-après. Nous avons distingué les services avec S-F de ceux qui ne comptent pas de S-F dans leurs personnels.

¹⁰ Certains peuvent être contractuels de l'Etat, mais nous n'avons pas pu distinguer ces agents contractuels de l'Etat de ceux de la maternité.

Tableau n°8 : Répartition des S-F entre les services à la MIG

SERVICES AVEC S-F	SERVICES SANS S-F
Urgences	Laboratoire
Accouchement	Service social
AMIU	Admission
Consultation externe	Pharmacie de cession
PTME	Radiologie
Gynécologie	Immunisation
Obstétrique	Bloc opératoire
Grossesse pathologique	Grande pharmacie
Planification familiale	Etat civil
Néonatalogie	
Annexe	

Les services d'obstétrique et de gynécologie sont en fait des salles d'hospitalisation où sont admises les nouvelles accouchées par voie basse ou par césarienne pour le premier, et les pathologies gynécologiques pour le second. Une remarque importante à souligner, c'est l'exigüité de la surface occupée par la maternité en net décalage avec l'ampleur des missions qui lui sont attribuées. C'est pourquoi un service supplémentaire appelé « Annexe » a été ouvert non loin de la MIG à côté d'un orphelinat, où sont admises des patientes qui n'ont pu être placées à la maternité, ce qui n'a toujours pas résolu le problème du manque d'espace de la maternité.

Au cours de la recherche, nous avons menés nos investigations au sein de 5 services de la maternité : consultations externes, urgences, accouchements, AMIU, néonatalogie et « Annexe ». Les trois premiers ont fait l'objet d'une description complète que nous présentons ici. Ces trois services sont considérés par les responsables administratifs comme les miroirs de la MIG. Selon eux, c'est à travers l'offre de soins fournie au sein de ces trois services que la maternité est jugée par les usagères et partant, par les populations.

Observation n°6 : Le service de consultation externe.

A la MIG, le service des consultations externes est situé au Nord. Ce service offre des prestations gynécologiques et obstétricales. Il est très fréquenté par des femmes de divers

Etre sage-femme au Niger

horizons. Certaines sont référées par des centres de santé de Niamey et ceux des régions. D'autres femmes s'auto-référent pour divers motifs. A l'entrée de la salle se trouve dans le hall une table ronde autour de laquelle les sages-femmes s'occupent des dossiers des patientes, de l'orientation de celles-ci en cas d'examen complémentaires, des explications relatives aux traitements, et fixent des rendez-vous. A droite se trouve la caisse où les patientes payent les frais de consultation et des différents examens à effectuer. Toujours à droite se trouve le standard qui assure la communication téléphonique au sein de l'établissement et entre celui-ci et l'extérieur. Dans le couloir à droite se trouve 5 boxes où se font les consultations. Des bancs en bois sont alignés pour les usagères. Le box 1 est réservé au médecin cardiologue et aux anesthésistes qui font la consultation pré-anesthésie aux femmes programmées pour la césarienne prophylactique. Le box 6 est le bureau de la majeure, et les trois autres boxes servent uniquement pour les consultations gynécologiques et obstétricales. Dans un deuxième couloir, sur la gauche se trouvent 2 toilettes : une pour les personnels de service et l'autre pour les usagères.

Un effectif de 17 agents est au service de consultations externes : la majeure responsable du service qui est une technicienne supérieure en soins obstétricaux de formation (TSSO), 1 majeure adjointe, S-F de formation, 2 S-F (avec leur matricule), 1 S-F contractuelle, 1 SF en service civique, 3 « stagiaires » S-F, 4 filles de salle qui sont chargées de l'hygiène du service, 2 agents au niveau du service standard, une caissière sécurisée par un gendarme, un manœuvre. Les agents sont repartis en deux équipes. La majeure du service fait un planning hebdomadaire ou mensuel pour attribuer les tâches au personnel. Ainsi, elle affecte un agent au niveau de chaque box pour assister le médecin. D'autres sont tenus de rester à la table pour accueillir les patientes et s'occuper des dossiers. Un agent (S-F ou fille de salle) est aussi désigné pour chercher, dans les autres services, les dossiers des anciennes patientes, c'est-à-dire celles qui ont déjà été admises à la maternité. Dans ce service, il n'y a pas de garde, les agents ne travaillent que de jour.

Observation n°7 : Les services des urgences et accouchement.

Les activités autour des urgences se déroulent dans une salle unique située à côté de la salle d'accouchement. Celle-ci est équipée de 3 lits d'accouchement séparés par des paravents. Occasionnellement un quatrième lit est placé juste après l'entrée à gauche, il sert le plus souvent pour le transfert des patientes décédées ou inconscientes. Un bureau pour les agents de garde est placé à droite du côté des tables gynécologiques. Les premiers soins sont fournis aux urgences avant de transférer la parturiente au service chargé des accouchements si son état s'améliore, dans le cas contraire on l'oriente au bloc chirurgical.

Le service d'accouchement est situé à côté de la salle des urgences. Il comprend une pièce appelée salle de pré-travail avec quatre lits. Il y a une deuxième pièce composée de trois boxes munis chacun d'un lit d'accouchement. Ces boxes sont prévus pour les accouchements proprement dits. Le couloir qui fait le tour de la salle d'accouchement accueille des patientes pour différents motifs (cf. plus bas). Ce couloir, auparavant exposé aux intempéries, nu sans dispositif de soin, vient d'être réhabilité. Il est devenu à présent un véritable espace de soins fermé avec des volets et des lits (au moins 6 lits), auquel a été affectée une équipe soignante.

On compte 20 agents au service des urgences : la majeure, 9 S-F, 3 infirmières, 4 filles de salle et 2 manœuvres. Au service des accouchements, l'effectif est de 21 agents : 12 S-F, 3 infirmières, 4 filles de salle, 2 manœuvres.

Etre sage-femme au Niger

L'organisation du travail se fait de la manière suivante : dans chacun des deux services trois équipes composées chacune de 3 S-F et 1 infirmière se relèvent, elles font chacune 12h de permanence et 12h de garde, suivies de 48 heures de repos. L'équipe de garde ou de permanence est assistée par un médecin ou gynéco-obstétricien chargé de la supervision du travail des S-F, et des références qui leur sont adressées. Il y a également un/e administrateur (rice) de garde, qui n'est autre que le major de chacun des différents services qui se relaient. Dans ces équipes, tous les agents font les accouchements.

Zoom sur quelques (dys)fonctionnements organisationnels

Dans cette section, nous examinons quelques points saillants du fonctionnement de l'organisation des soins S-F et les problèmes observés.

Le travail total et la polyvalence des agents en brousse vs le morcellement du travail en ville

En principe, les S-F sont tenus d'accomplir toutes les activités de SR en lien avec le niveau de performance du plateau technique. Ces activités incluent aussi bien le préventif que le curatif. Le travail en brousse s'inscrit dans cette norme. L'organisation intégrée dans les conditions d'exercice en brousse nécessite la polyvalence des S-F dans leur domaine professionnel. En effet, l'effectif des agents y est déficitaire et le travail est exécuté par un nombre minimum d'agents. Officiellement, il faut 2 S-F par CSI, mais à Diagourou une seule S-F effectue toutes les activités avec l'appui de l'AS-F et des matrones. Le cas de Diagourou apparaît donc comme l'idéal-type du travail total : la S-F assure une prise en charge totale de sa patientèle, elle jouit d'une relative autonomie décisionnelle, de plus elle est impliquée dans les activités en lien avec les ONG pour lesquelles elle reçoit une rémunération (dépistage active de la malnutrition des mères et la fistule vésico-vaginale). Quant à la maternité de Gotèye, elle se distingue surtout par l'hyper-polyvalence des S-F, au nombre de 2, et des autres personnels soignants. Elle présente l'intégration des activités SR au sein des activités de soins dans sa forme achevée. Il n'y existe pas de frontière entre le travail des agents du dispensaire et de la maternité : tous travaillent ensemble ; le modèle architectural de la structure sanitaire, où maternité et dispensaire sont dans le même bâtiment, favorise ce type d'organisation.

En ville, la concentration du personnel soignant dans les formations sanitaires entraîne une division du travail qui fait que chacune s'occupe d'une partie seulement du travail de S-F. Il s'agit d'une micro-division du travail avec des délégations de tâches et de compétences assez récurrentes. Dans ces services de ville, les soins S-F sont morcelés entre plusieurs catégories professionnelles : S-F, gynéco-obstétriciens, infirmiers, filles de salle, matrones, et même parfois les manœuvres. Chaque agent fait un bout de travail. Parfois, les CPN et la maternité sont des services séparés, avec des personnels séparés. Parfois aussi, lorsque dans

Etre sage-femme au Niger

une maternité les équipes ne sont pas tournantes, les activités des S-F peuvent se limiter au sein d'une même unité (ou service) pendant des années. En outre, elles-mêmes peuvent se « spécialiser » dans une seule activité particulière de SR. Cependant, cela n'est pas sans inconvénient. Par exemple, si elle est toujours restée au sein de l'unité CPN, elle ne fera pas d'accouchements. Il y a donc des risques que ses compétences pour les activités qu'elle ne fait plus s'étiolent au fil du temps, à moins d'être affectée dans une autre structure où elle pourrait avoir l'opportunité de faire toutes les activités liées aux soins S-F. Pour autant, il faut souligner que le travail dans les structures de ville permet d'avoir accès à certains outils pour réaliser des actes « pointus » tels que l'AMIU ou la prise en charge d'une dystocie pour cause de disproportion fœto-maternelle, comme précisé plus loin. Mais cette technicité obstétricale spécialisée en ville a un prix, celui de la perte d'autonomie de la S-F. En effet, son métier, à savoir ses compétences et sa responsabilité, est limité d'un côté par l'autorité de la hiérarchie technique (médecins, gynéco-obstétriciens, etc.) de l'autre côté par celle de la hiérarchie administrative.

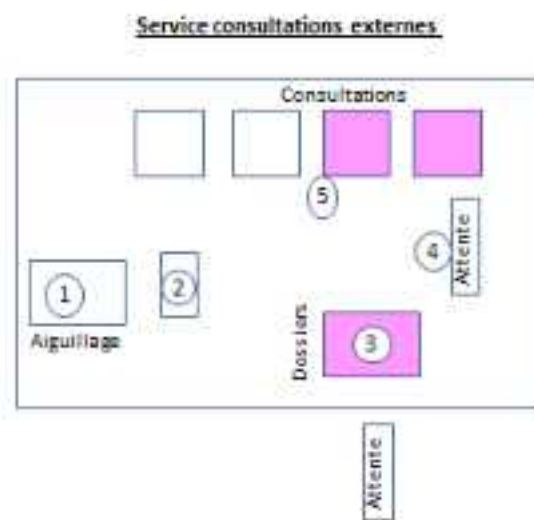
L'organisation de type taylorien

L'éclatement du travail en une multitude de postes résulte d'une logique de parcellisation. Ainsi le service est délivré en de nombreux points spécialisés au sein même d'une unité de soins. C'est le cas à la MIG où, au sein du service consultations externes, plusieurs postes s'enchaînent dans un petit espace. Le circuit au niveau de ce service comprend plusieurs étapes successives. Prenons le cas d'une usagère qui s'y rend pour la première fois. Lorsqu'elle arrive dans le service elle est amenée à prendre un bout de papier de couleur beige sur lequel est mentionné son numéro d'ordre d'arrivée. Elle revient sur un banc installé à la devanture du service et attend. Une fois que son numéro est appelé, commence alors véritablement son parcours dans le circuit de la manière suivante (*cf.* figure n°7) :

- 1) Elle doit s'aligner selon l'ordre d'arrivée pour la régularisation des papiers. A ce niveau un gendarme tient le rôle d'intermédiaire entre l'usagère et la caissière. Il lui fait un petit interrogatoire en lui demandant si elle a déjà fréquenté la maternité (pour consultation, accouchement ou avortement). Ensuite l'usagère doit lui remettre 2.300 FCFA.
- 2) Elle passe au niveau d'une fille de salle pour recevoir un numéro pour la consultation. C'est auprès de celle-ci que l'usagère peut choisir son médecin traitant.
- 3) Son dossier est établi auprès d'une sage-femme au niveau d'une table ronde
- 4) Attente devant les boxes de consultations

- 5) Consultation avec un des médecins des boxes

Figure n°7 : Une organisation de type taylorien à la MIG



L'enchaînement des tâches d'un poste à l'autre sur 6 étapes se fait « comme à l'usine », à la manière taylorienne.

L'investissement des espaces et leur polysémie

En nous intéressant aux modèles architecturaux des maternités afin de mieux comprendre l'organisation des soins, nous avons remarqué que trois maternités ont été construites à partir du même plan. En effet, les maternités de Yantala et Dar Es Salam présentent une architecture identique à celle de la maternité de l'HD Gaweye que nous avons déjà schématisé (cf. figure n°6). Ces trois maternités sont construites en un seul bloc rectangulaire avec deux ailes de part et d'autre d'un couloir qui les sépare. Elles comportent toutes au moins 12 pièces. Il est intéressant de voir comment les activités sont réparties entre les espaces, et les agents qui y sont affectés : le mode d'investissement de ces espaces est en concordance avec la plus ou moins grande implication des agents dans le travail. La maternité Gaweye que nous avons présentée dans la figure n°6 au sein de l'HD a été isolée dans la figure n°8 afin de faciliter l'examen comparatif avec les

Etre sage-femme au Niger

maternités de Dar Es Salam et Yantala, respectivement schématisées dans les figures n° 9 et 10.

Figure n°8 : la polysémie des espaces de soins à la maternité Gaweye

Maternité HD Gaweye

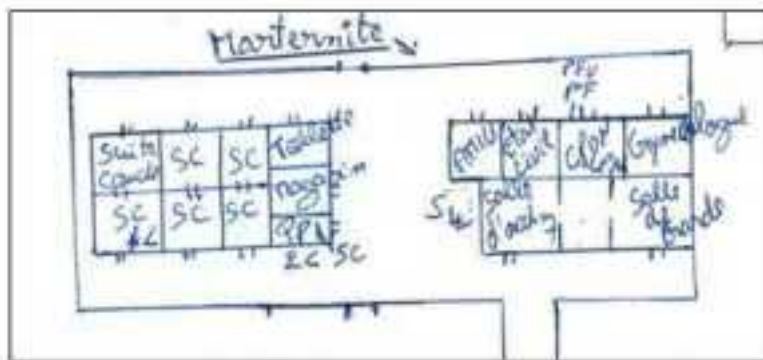


Figure n°9 : la polysémie des espaces de soins à la maternité Dar Es Salam

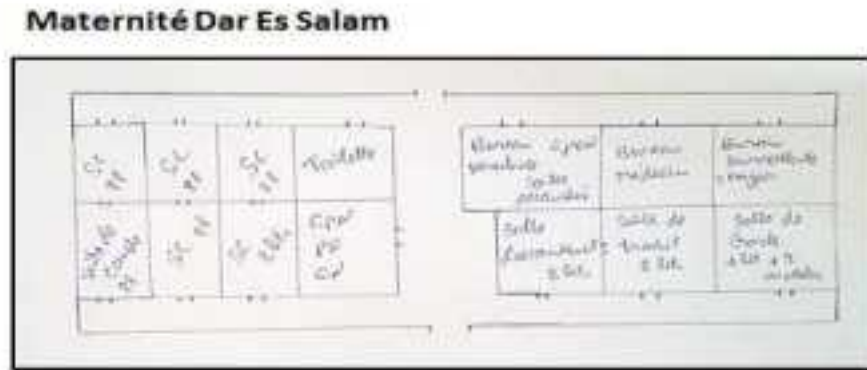
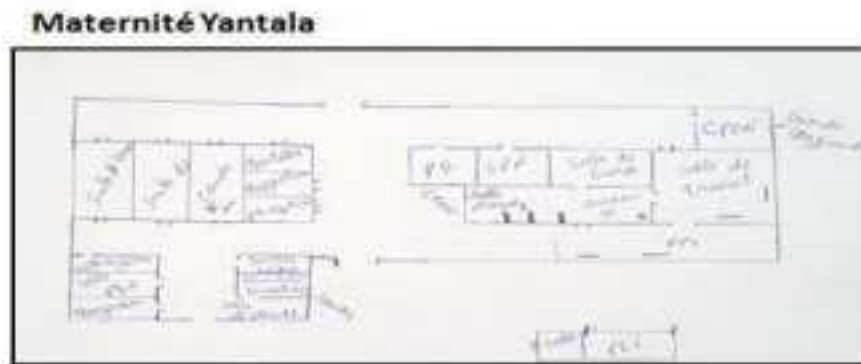


Figure n°10 : la polysémie des espaces de soins à la maternité Yantala



Quelques similarités et dissemblances sont à noter :

- Dans les trois maternités, l'aile gauche est occupée par des salles de suites des couches (SC). On devrait donc en principe y trouver de nouvelles accouchées, mais en réalité les femmes enceintes malades, les femmes allaitantes et les femmes présentant des pathologies gynécologiques sont aussi admises dans ces salles. Ces salles ne sont donc pas classées selon le motif d'hospitalisation, tous les cas se

Etre sage-femme au Niger

côtoient pêle-mêle. A côté des suites de couches nous avons toujours une toilette contigüe à une salle où se déroulent d'autres activités.

- A l'aile droite, dans les trois maternités, tout le versant avant est réservé pour les accouchements.

- On retrouve un petit espace dans le prolongement de la salle d'accouchement dans toutes les trois maternités. Si ce coin est vide à Dar Es Salam, par contre, dans les deux autres maternités, il sert comme salle d'attente pour les femmes en travail à Gaweye (*cf. supra*), et à Yantala, il est devenu un espace de délivrance de soins à savoir les CPON.

- Le versant arrière est plutôt le côté de la hiérarchie administrative et technique à Gaweye et à Dar Es Salam. On notera à l'angle à Gaweye l'existence d'une unité d'AMIU, activité spécialisée qui n'existe pas dans les deux maternités. Cette salle d'AMIU est réservée aussi pour les activités de PF nécessitant des actes relevant quasiment de la petite chirurgie (pour DUI et implant, *cf. supra*).

- A Yantala, nous avons une extension du bâtiment où sont localisés : une unité d'exams de laboratoire, une salle d'hospitalisation pour les catégories, une autre pour la PEV, le magasin et enfin le bureau de la directrice avec salle d'attente. Ici, la directrice s'occupe uniquement des sorties de nouvelles accouchées.

Malgré les nombreuses salles dont dispose les maternités en ville, on observe que les agents ont des difficultés à placer les patientes. Parfois les admissions de toutes sortes débordent les unes sur les autres dans les salles d'hospitalisation. Ainsi, on assiste à un détournement de l'utilisation initiale des locaux. C'est le même constat à Gaweye où la salle de PPI est devenue de fait une salle de suite des couches en supplément. En principe après l'accouchement, la nouvelle accouchée passe 6 h dans cette salle avant d'être transférée dans la suite de couches. Les SC sont en général sans surveillance (dans les trois maternités). Le cas de Gaweye est illustratif :

« R : Personne ne s'occupe de la salle de suite de couche sauf s'il y a des femmes malades qui ont des sérum, maintenant si le sérum fini elles disent que c'est fini on vient, on leur enlève ça.

Q : C'est les équipes de garde qui s'occupent de ça ?

R : Normalement ce sont les S-F de la salle d'accouchement qui doivent vérifier l'état de santé des femmes qui sont dans la suite de couche, mais elles ne font pas ça. Elles amènent seulement la femme ; si c'est le matin, maintenant si c'est l'heure de la sortie les femmes viennent ici on fait la sortie et elles partent à la maison mais personne ne vérifie ce qui se passe dedans, sauf s'il y a un problème c'est l'accompagnante qui part dire aux S-F il y a un tel problème et elles viennent. » [Enquêtrice S-F]

En outre, les espaces qui ne sont pas à l'origine destinés aux soins le deviennent soit en les emménageant pour assurer une certaine intimité des patientes soit simplement en les laissant ouverts au vu de tous. On observe aussi, dans un petit

Etre sage-femme au Niger

espace dans le couloir de séparation des deux ailes, les femmes en travail assise sur un banc. Elles sont régulièrement amenées par les accompagnantes ou la matrone, dans la salle de garde où la S-F les examine. La salle de travail qui devrait accueillir les parturientes n'est pas utilisée à cet effet, elle constitue juste une salle de plus pour la garde des agents.

On note qu'il y a moins de concentration des activités à Yantala que dans les deux autres maternités. Cela est dû certainement à l'extension du bâtiment. Toutefois, en même temps, cela contribue à l'isolement physique de la directrice dont le bureau se trouve dans cette extension. Nos observations montrent qu'elle a peu de contrôle sur les activités de la maternité :

« Elle ne contrôle aucun service, elle ne visite pas pour voir ce qui se passe, elle ne vient pas aussi pour contrôler la ponctualité et l'assiduité des agents de la maternité. C'est pourquoi en cas de problème elle n'est pas au courant et même si elle apprend il n'y a pas de sanction. Par exemple les filles de salle vendent les gants en vrac aux parturientes, chaque paire coûte 200 FCFA alors que leur usage se fait normalement gratuitement. Les S-F font leur commerce dans la salle d'accouchement, les gants stériles, la perfusion, la suture du périnée, presque tout est payant là-bas. Et la directrice sait que les S-F font des rackets mais elle ne dit rien.

Q : Elle sait ?

R : Oui elle sait parce que l'autre jour elle a dit que les S-F qui vont au pèlerinage cette année-là elles sont parties avec l'argent des parturientes, c'est avec l'argent du racket qu'elles sont riches. En ce qui concerne les sorties, souvent ce sont les accompagnantes qui se présentent au bureau de la directrice avec le nouveau-né au lieu des accouchées. Elle ne regarde même pas, elle fait seulement le reçu et elle donne à la femme, elle ne fait aucun examen à la femme, elle ne voit même pas la femme. C'est l'accompagnante qui vient avec le bébé et elle dit qu'elle est l'accompagnante d'une telle femme, elle paye 1100 F CFA et on lui fait la sortie c'est comme ça. » [Enquêtrice S-F]

Son absence de surveillance et de sanction sont à l'évidence source de nombreux dysfonctionnements. Et sa négligence dans son propre travail n'est pas sans conséquence aussi :

« Souvent il y a même des déchirures qui ne sont pas suturées la femme rentre à la maison comme ça avec la déchirure et la directrice ne fait pas des examens pour voir si la femme est déchirée ou pas avant de la faire sortir. Il n'y a aucun contrôle tout le monde fait ce qu'il veut. » [Enquêtrice S-F]

Nous avons remarqué que parfois la CPON, au moment de la sortie de la nouvelle accouchée dans les maternités, devient une activité essentiellement bureaucratique se résumant à la délivrance d'une fiche de sortie, d'une ordonnance et de quelques bribes d'IEC. C'est le cas par exemple à la maternité Lazaret. La directrice et la surveillante devraient normalement examiner la femme pour apprécier son état avant sa sortie, mais cela ne se fait pas. Tout est fait verbalement. Dès que la femme vient, on lui demande seulement son état, auquel elle répond généralement « *je vais bien* ». Et ensuite on lui donne son ordonnance accompagnée de quelques conseils sur l'allaitement maternel exclusif et le rendez-vous pour la CPON précoce (40ème jour). Par contre à Dar Es Salam et à

Gaweye, les directrices sont réellement impliquées dans la réalisation des activités du service, les sorties ne se font pas sans examen des nouvelles accouchées.

Si l'isolement physique de la directrice de Yantala est un facteur de perte de contrôle sur le travail de ses agents, il n'est certainement pas la cause principale de sa « désimplication », notion que nous abordons dans la partie qui suit.

La question de la charge de travail

Les agents de santé se plaignent souvent de leur charge de travail au service. Ils trouvent que leur travail est très intense et qu'ils croulent sous le poids des activités à effectuer. Lors de nos recherches antérieures sur la mise en œuvre et les effets des mesures de gratuité des soins, les agents de santé ont affirmé qu'ils étaient particulièrement confrontés à une surcharge de travail du fait de l'augmentation de la fréquentation des structures sanitaires, surtout par les enfants (cf. Ly & alii, 2013). Cette surcharge de travail perçue est aussi exprimée au sein des maternités. Nous avons cherché à savoir ce qui explique cette perception. Nous avons procédé par des observations participantes au sein des maternités afin de savoir ce que fait concrètement une sage-femme lorsqu'elle se trouve au service. Notre étude a concerné trois maternités choisies selon leur niveau hiérarchique dans la pyramide sanitaire et aussi selon les facilités qu'elles offraient quant à la réalisation des investigations à y mener. Cette étude a concerné 8 S-F. Consciente du fait que le travail est souvent mal réparti entre les agents de santé dans un même service, nous avons prévu d'observer une S-F « travailleuse », c'est-à-dire celle qui est souvent à l'œuvre et dynamique dans le service, *versus* une S-F « paresseuse », c'est-à-dire celle qui au contraire ne fait pas son travail. Les enquêtrices devaient faire la distinction entre ces deux catégories de S-F dans leur mission d'observation. Cependant, il ne nous a pas été possible de nous conformer à ce critère de départ du fait des difficultés de concordance entre l'agenda personnel de travail des enquêtrices et les jours de garde et de permanence de ces S-F. Autre raison qui nous a obligés à ne plus tenir compte de cette catégorisation, c'est qu'elle est trop subjective, dépendant essentiellement de la perception des enquêtrices qui peut être influencée plus ou moins par le type de relation qu'elles ont avec les S-F sélectionnées. Par exemple, une S-F qui, selon elles, était catégorisée « paresseuse », s'est révélée comme très dynamique lorsque nous avons fait le bilan des tâches qu'elle a effectuées au sein de son équipe, et cela comparativement à une autre qui était catégorisée « travailleuse ».

Comme précisé dans la section précédente, l'organisation du travail dans les maternités se fait en deux temps. Le premier temps correspond à la permanence qui est quasiment un travail de jour allant de 8H00 à 20H00. Le deuxième temps correspond à la garde qui se déroule durant la nuit et qui commence à 20H00 et prend fin à 08H00. De ce fait, certaines des S-F ont été observées durant la garde, tandis que les autres l'ont été durant leur service de permanence. La description des activités de chacune des S-F sera suivie d'une mise au point des temps consacrés d'une part au travail et d'autre part à tout le reste, à savoir le repos, la prise des repas, les causeries, etc. Deux conditions d'exercice seront considérées,

le milieu urbain à Niamey et le milieu rural à Téra. Nous commencerons par la MIG où 7 S-F ont été observées au sein de trois services, urgences, AMIU et néonatalogie, puis nous continuerons sur la maternité de Diagourou.

La charge de travail à la MIG à Niamey

Les gardes

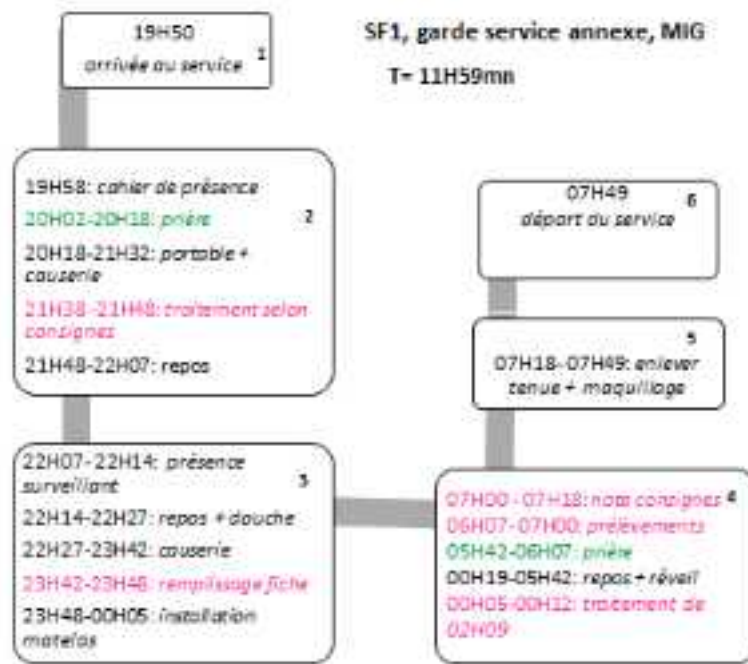
Observation n°8 : Garde S-F1, service Annexe de la MIG (*cf.* figure n°11 et tableau n°8)

La nuit du 12 au 13 avril 2013, j'ai eu à faire une observation sur le travail d'une S-F de l'annexe de la MIG. C'est la S-F responsable de l'équipe de garde composée de 2 S-F et 1 infirmière. A son arrivée à 19H50, elle nous a d'abord saluées avant d'entrer dans la salle de garde pour mettre sa tenue. Ça lui a pris 6mn. Après, elle a écrit son nom dans le cahier de présence à 19H58. Ensuite, elle a compté les dossiers des patientes, il y en a 17. Entre 20H02 et 20H18, elle a fait ses ablutions et prié. Après sa prière, elle a manipulé son portable et on a causé jusqu'à 21H32, heure à laquelle elle s'est levée pour vérifier le cahier des consignes. Il y avait des traitements à faire à 21H48, 22H09, 22H10, 02H06, 04H09 et 04H10. Ensuite, elle a pris une feuille pour recopier les heures de traitements, les numéros de lits correspondants et les produits à administrer figurant dans le cahier des consignes. C'est pour ne pas se déplacer à chaque fois pour ouvrir le cahier. Et après chaque traitement, elle fait une croix au niveau de chaque heure jusqu'à la fin. A 21H38, elle a récupéré les produits de la patiente pour exécuter le traitement de 21H48. Ce qui fut fait. Après lui avoir administré le produit, elle a écrit son nom, l'heure et le traitement effectué dans le dossier. Après elle s'est mise au lit pour se reposer. Elle s'est levée à 22H07 lorsqu'elle a entendu l'arrivée du surveillant qui était venu pour la supervision. Après avoir vérifié la présence de tous les membres de l'équipe, celui-ci a marqué son passage dans le cahier de présence et il nous a demandé si nous n'avons pas des problèmes à signaler. Notre réponse fut négative. Il a alors quitté à 22H14 après avoir vérifié le nombre de lits occupés par les patientes. Après son départ, la S-F observée s'est encore recouchée. Le traitement de 22H09 et 22H10, c'est l'infirmière qui les a faits durant le passage du surveillant. La S-F s'est levée encore à 22H27 pour aller à la douche, elle est revenue à 22H31. A son retour, elle a lavé ses mains et on a causé jusqu'à 23H42. Entre 23H42 et 23H48, elle a rempli la fiche de gestion journalière tout en causant. Vers 00H03, une accompagnante nous a trouvées dans la salle de garde pour nous informer que le sérum est terminé. Je suis allée enlever la perfusion. A mon retour je l'ai trouvée en train d'installer un matelas dans la salle de garde. Ensuite elle a fait une injection à une patiente à 00H05, c'était du ceftriaxone. Ce produit devrait normalement être administré à la patiente à 02H09. Lorsqu'elle a commencé à préparer le produit, je lui ai pourtant dit que c'est un traitement de 02H09, pensant qu'elle avait oublié. Elle me répondit que ça ne fait rien et ajouta : « je ne veux pas me réveiller à 2H00 du matin à cause d'une seul traitement ». A 00H12, elle a inscrit le traitement effectué dans le dossier de la patiente ainsi que son nom et l'heure. Au niveau de l'heure, elle a mis 02H09 au lieu de mettre 00H05 qui est l'heure réelle de l'injection. Il faut noter que le ceftriaxone doit être administré à la patiente toutes les 24H. A 00H19, elle s'est endormie. Il y a deux traitements à faire à 04H09 et 04H10, c'est moi qui les ai faits. Elle ne s'est réveillée qu'à 05H42. A son réveil, elle a fait ses ablutions et prié. Après avoir fini sa prière à 06H07 elle a fait le prélèvement sanguin à 3 patientes ainsi que les bulletins d'examens. Quant à l'infirmière et moi, nous avons fait la prise de température et de la tension artérielle à toutes les patientes. Vers 07H00, elle a noté les consignes dans le cahier du même nom et

Etre sage-femme au Niger

le rapport de la nuit dans le registre d'admission. Vers 07H18, elle a enlevé sa tenue et s'est maquillée. Elle a quitté à 07H49 sans attendre l'arrivée de la relève en nous disant qu'elle avait des choses à faire.

Figure n°11: L'enchaînement des activités de S-F1



T : temps passé au service

La S-F1 aura passé au service 11H 59 mn de temps (T) lors de sa garde. Le schéma montre que T comprend deux sous-temps (ST) à savoir le temps du travail (ST1) et le temps qu'elle a consacré à elle-même (ST2).

ST1 correspond à toutes les tâches qu'elle a effectuées en lien avec son travail : pratiques de soins (traitements aux patientes, prélèvements) mais aussi tâches administratives (inscription dans le cahier de présence, notes dans le cahier de consignes, remplissage des fiches d'examen). Nous considérons que ST1 comprend aussi le moment de l'échange avec le surveillant. La durée de ST1 est de 1H 44 mn. On constatera qu'elle aura passé 25mn à faire les tâches administratives.

ST2 correspond à tout ce qui n'a aucun lien direct avec son travail durant la garde, comme faire les ablutions et prier, causer, porter l'attention sur le téléphone portable, aller aux toilettes, se maquiller, dormir. La durée de ST2 est de 10H15mn. On constatera qu'elle aura passé au total 31mn pour la prière.

Le tableau suivant permet de voir avec clarté cette répartition du temps :

Etre sage-femme au Niger

Tableau n°9 : Distribution du temps, S-F1

S-F1, garde Annexe MIG					
Intitulé	Durée	Intitulé	Durée	Intitulé	Durée
T	11H59	ST1	1H44	Soins	1H19mn
				Tâches administratives	25mn
		ST2	10H15	Prière	31mn

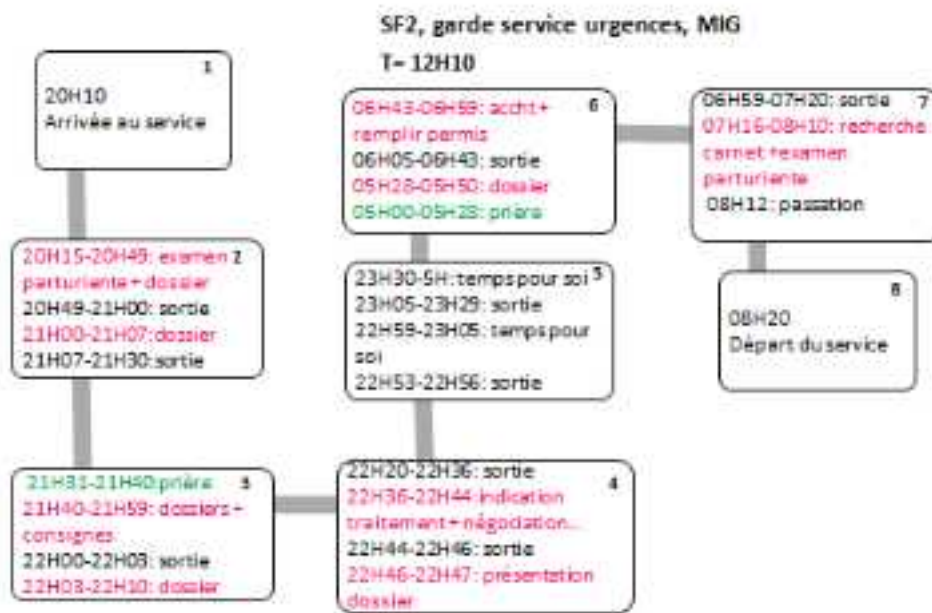
Observation n°9 : Garde S-F 2 service urgences de la MIG (cf. figure n°12 et tableau n°9)

La nuit du 20 au 21 mai, j'ai observé une S-F faisant partie d'une équipe de 3 agents, 2 S-F et 1 infirmière. Elle est arrivée à 20H10, après avoir mis sa tenue de travail dans la salle de garde, elle s'est rendue dans la salle d'urgence où elle a trouvé ses collègues d'équipe. Elle a examiné une patiente souffrant d'une douleur à type de contraction utérine sur grossesse estimée à 37 semaines d'aménorrhée (SA). Elle a fini l'examen de cette patiente à 20H49. Puis, elle est allée voir une infirmière en suivi dans le couloir d'où elle est revenue à 20H50. Elle est alors tout de suite allée en néonatalogie pour revenir à 20H59. A 21H, elle s'est occupée du même dossier pour ensuite aller voir une patiente à 21H07 et revenir à 21H09. Elle est sortie et revenue à 21H30. De 21H31 à 21H40 elle est partie faire sa prière. A son retour dans la salle des urgences, elle a examiné une femme avant de s'asseoir à 21H57 pour consulter un dossier et donner des consignes à ses collègues. A 21H59, elle a transmis un dossier au gynécologue. Elle est de nouveau sortie à 22H00 pour revenir à 22H03. A 22H10 elle a fait un dossier à une femme admise pour chute de sa propre hauteur. A 22H20 elle interrompt cette tâche pour aller chercher des dossiers vierges auprès de l'administratrice de garde. Elle est revenue à 22H36. Elle a expliqué à une femme qu'elle avait examinée comment prendre ses produits avant de reprendre à 22H43 le dossier qu'elle avait commencé à remplir. A 22H43, elle est partie voir la perceptrice pour qu'une patiente soit remboursée pour un examen déjà payé. La perceptrice lui a rétorqué que les deux examens ne sont pas les mêmes. La S-F a alors expliqué à la patiente de présenter tous ses anciens examens la prochaine fois sinon elle risque toujours de payer deux fois un même examen. Puis elle est sortie à 22H47 et revenue à 22H52 pour présenter un dossier au gynécologue. Elle est de nouveau sortie à 22H53 pour revenir à 22H55 avant d'aller chercher un dossier à 22H56. Elle s'est assise de 22H59 à 22H05, puis est ressortie avec un dossier en main pour revenir à 23H29. Elle est partie ensuite au restaurant pour revenir à 23H35. Elle est allée manger dans la salle de garde pour revenir 23H50. Elle s'est assise et a causé avec l'équipe jusqu'à 00H50, heure à laquelle elle est partie se coucher en disant aux autres de la réveiller au cas où elles seront confrontées à un cas qu'elles ne maîtrisent pas. Elle s'est réveillée à 5H pour prier avant d'aller dans la salle des urgences à 5H28 pour examiner une césarisée. Cette patiente a déjà été admise il y a de cela trois jours avant d'être relâchée. Elle est une deuxième fois revenue pour épigastralgie. Cette fois-ci pour sa troisième admission elle est en crise d'éclampsie du post-partum. La S-F a participé à la prise en charge de cette patiente, mais celle-ci rendit l'âme à 05H35. Elle a fait la mise à jour de son dossier et le médecin est venu faire le constat à 06H01. C'est ce dernier qui a informé les parents après avoir reçu toutes les informations contenues dans le dossier de la défunte. La S-F est sortie à 06H05 pour revenir à 06H23. Elle est partie chercher un dossier en obstétrique à 06H28 pour revenir à 06H43. De 06H50 à 06H59 elle a rempli le permis, puis elle est sortie pour revenir à 07H13. Elle est de nouveau ressortie pour aller à la néonatalogie chercher du calcium pour une patiente qui avait une hypocalcémie. De 7H16 à 07H20 elle avait aidé

Etre sage-femme au Niger

une femme à chercher son carnet de santé que celle-ci avait oublié dans la salle de pré-travail. Puis elle a examiné la patiente qui avait une hypocalcémie jusqu'à 07H53. A 07H55 elle avait rompu la poche des eaux d'une infirmière en poste à la maternité poudrière et qui avait préféré accoucher à la MIG. Elle s'occupait de cette infirmière pour son accouchement lorsqu'à 08H09, elle constate que la tête du fœtus n'était pas bien fixée. Elle a alors transféré la parturiente en pré-travail à 08H10 et lui a souhaité bonne chance pour la suite de son accouchement. A 08H12 elle et son équipe ont fait la passation à l'équipe de relève, la patiente en hypocalcémie et le corps de la patiente décédée au petit matin. La passation a été faite également sur le matériel et les produits. La S-F ainsi que toute l'équipe ont quitté à 08H20.

Figure n°12: L'enchaînement des activités de S-F 2



S-F2 a passé au service lors de sa garde 12H10mn (T).

ST1 = 02H08mn. Les tâches effectuées par S-F2 sont de deux types. Le premier se rapporte au travail sur les patientes à savoir : examen physique, accouchement, prélèvement, la prescription des produits et l'explication de leur posologie. Le second est de type administratif et concerne la constitution des dossiers et leur présentation au gynécologue, la recherche de dossiers (anciens ou vierges), les demandes d'examen complémentaires (examens de laboratoire, échographie). S-F2 aura consacré au moins 49mn pour ses tâches administratives. En fait, nous

Etre sage-femme au Niger

n'avons pu isoler objectivement le temps administratif du temps des soins lorsque les deux tâches se faisaient simultanément durant une scène.

ST2 = 10H02mn. Le temps consacré à la prière est 37mn. Outre le moment consacré à la prière, aux causeries et au repos, nous remarquons que S-F2 fait de nombreuses sorties sans que nous en sachions toujours les raisons. Partout où il est mentionné « sortie », c'est lorsque nous n'en savons pas les raisons. Elle peut être sortie pour chercher des dossiers comme pour aller causer avec ses collègues des autres services, chose que nous avons déjà eu à observer dans les structures sanitaires. Etant observée à son insu, il était exclu pour l'enquêtrice de la suivre en dehors de son lieu de garde.

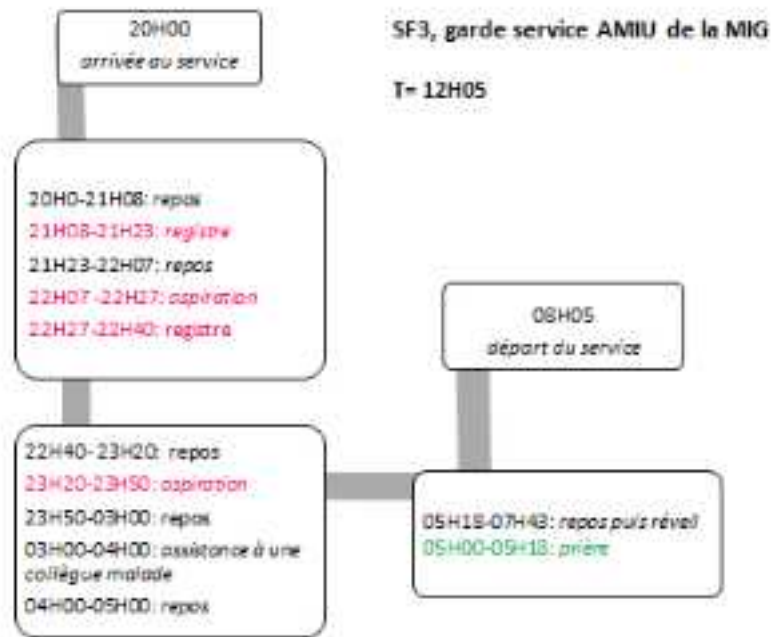
Tableau n°10 : Distribution du temps, S-F2

S-F2, garde urgences MIG					
Intitulé	Durée	Intitulé	Durée	Intitulé	Durée
T	12H10	ST1	02H08	Soins	1H19mn
				Tâches administratives	49mn
		ST2	10H02	Prière	37 mn

Observation n°10 : Garde S-F3 service AMIU de la MIG (cf. figure n°13 et tableau n°10)

La nuit du 09 au 10 juin, j'ai observé une S-F faisant partie d'une équipe de 3 S-F. Elle était arrivée au service à 20H00. Elle s'est assise pour se reposer puis est allée à 20H40 chercher sa tenue de travail en salle de garde. De retour dans la salle d'AMIU, elle s'est assise. Vers 21H08 une patiente est venue pour aspiration. Pendant que sa collègue faisait l'aspiration, elle a rempli le registre. Elle a fini à 21H23. Elle s'est assise lorsqu'à 22H07 elle a commencé une aspiration et a fini à 22H20. Elle a rempli le registre à 22H27 pour terminer 22H40. Elle s'est de nouveau assise lorsqu'à 23H20 une autre femme fut admise pour aspiration. Elle a fait cette aspiration qu'elle a terminée à 23H50. Sa collègue a rempli le registre. Elle s'est ensuite endormie jusqu'à 03H00 quand on a amené aux urgences une amie sage-femme qui souffrait de vomissements. Elle est restée avec cette dernière jusqu'à 04H00. Puis, elle est retournée se coucher dans la salle d'AMIU pour se réveiller à 05H00 pour sa prière. A 05H18, elle s'était recouchée pour se réveiller à 07H43 pour reporter sa tenue. Elle avait quitté le service à 08H05 après l'arrivée d'un agent de l'équipe de relève.

Figure n°13: L'enchaînement des activités de S-F3



S-F3 a passé au service lors de sa garde 12H05mn (T).

ST1 = 01H03mn. Le travail de S-F3 durant sa garde a porté sur les patientes et consiste comme l'indique le nom du service à faire l'aspiration pour les cas d'avortement. Son travail comportait également une partie administrative, c'est-à-dire l'enregistrement de comptes rendus des soins dans le registre. Elle a été absorbée par ce travail administratif durant 26 mn. Le travail administratif et de soins sont soit tous les deux exécutés par la S-F, soit de manière collective c'est-à-dire durant la même intervention chaque agent s'occupe de l'une ou l'autre tâche.

ST2 = 11H02mn. Le temps consacré à la prière est de 18 mn. On constate dans le temps pour soi que ses moments de repos sont fréquents et que n'eut été l'admission de sa collègue et amie, elle aurait passé une nuit de sommeil sans interruption de 23H50 à 05H00 (l'heure de sa prière).

Au total, S-F3 est arrivée à l'heure convenue au service et en est repartie 5mn après la fin de sa garde. Elle a passé un peu plus de 12H de garde, ce qui correspond à la durée requise et elle aura travaillé approximativement 01H de temps.

Etre sage-femme au Niger

Tableau n°11 : Distribution du temps, S-F3

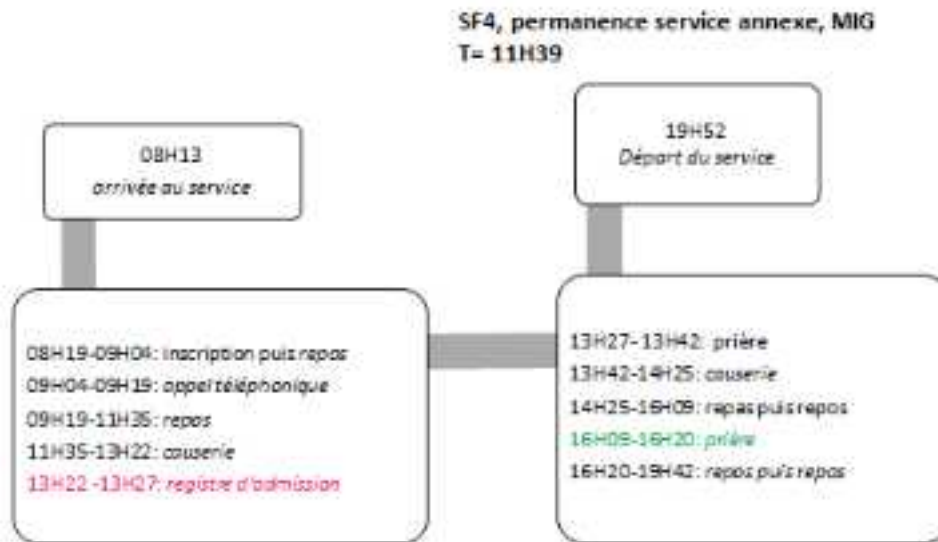
S-F3, garde AMIU de la MIG					
Intitulé	Durée	Intitulé	Durée	Intitulé	Durée
T	12H05	ST1	01H03	Soins	37mn
				Tâches administratives	26mn
		ST2	11H02	Prière	18 mn

Les permanences

Observation n°11 : Permanence S-F4 service Annexe de la MIG (cf. figure n°14 et tableau n°11)

Le lundi 14 avril, j'ai eu à faire une observation du travail d'une S-F titulaire responsable de l'équipe de permanence de ce jour. A son arrivée à 08H13, toute l'équipe est déjà présente y compris la majore et la médecin chef du service. Cette dernière est arrivée depuis 07H49 pour la visite des patientes. Ce jour-là, il n'y a que 5 patientes hospitalisées. Lorsque la S-F est arrivée, elle a d'abord salué le personnel en place avant de se diriger dans la salle de garde. Elle a mis sa tenue de travail de 08H16 à 08H19. Après, elle n'a pas rejoint l'équipe pour la visite car la médecin en était à la dernière patiente quand elle était arrivée. Elle a alors pris le cahier de présence et y inscrivit son nom et l'heure d'arrivée. Au niveau de l'heure, elle a mis 07H45. Ensuite, elle est revenue s'asseoir sur le lit qui est près de la salle de garde. Sur ce lit il y a le cahier de consigne. Elle l'a pris et y jeta un coup d'œil. Après ça, elle s'est couchée. Jusqu'à 09H02, elle n'a rien fait. Vers 09H04, elle a reçu un appel et pour répondre, elle est sortie dehors. Elle n'est revenue qu'à 09H19 et s'est encore allongée sur le lit. A 11H35, une vendeuse de bazin est venue pour présenter sa marchandise. Comme il n'y a rien à faire à ce moment, on a causé avec celle-ci. A 13H14, on nous a amenées 3 patientes de la MIG. C'est l'infirmière et moi qui nous en sommes occupées. La S-F quant à elle, elle a continué à causer avec la vendeuse. Il a fallu que la major intervienne en disant à la vendeuse en hausa « *hira ta isa hakanan, aiki za mu yi* », (« la causerie suffit comme ça, nous allons travailler »). La vendeuse gênée par la remarque répondit à la major « je m'apprêtais même à quitter ». Elle a alors rangé ses bazins et a quitté à 13H22. C'est après son départ que la S-F s'est levée pour remplir le registre d'admission. Après le remplissage du registre à 13H27, elle a fait ses ablutions et prières. A 13H42, elle s'est allongée sur le lit et a causé avec la fille de salle. A 14H25, on nous amène la nourriture de la MIG. Après avoir mangé, la major quitta le service. Dès qu'elle eut quitté, la S-F n'a plus bougé du lit jusqu'à 16H09 lorsqu'elle s'est réveillée pour prier. Après la prière à 16H20, elle s'est encore couchée jusqu'à 19H42. A son réveil, elle a mangé la nourriture qu'on nous a amenée à 15H27 au moment où elle dormait. Après le manger, elle a enlevé sa tenue de travail et écrit l'heure du départ dans le cahier de présence, 20H15. En réalité elle a quitté à 19H52 avant l'arrivée de la relève.

Figure n°14: L'enchaînement des activités de S-F4



S-F4 a passé au service lors de sa garde 11H39mn (T).

ST1 = 05mn. Le travail effectué par S-F4 durant sa permanence se limite à une tâche administrative, à savoir l'enregistrement des admissions. Cette tâche lui a pris 5mn. Elle n'aura fait aucun travail de soins auprès des patientes.

ST2 = 11H34mn. Le temps consacré à la prière est de 11mn.

Au total, S-F4 est arrivée au service 13 mn après l'heure convenue et en est repartie 8mn avant la fin de sa permanence. Elle a passé moins de temps que la durée normale du service. Sur ces 11h39mn passées au service, elle n'aura travaillé que 5mn.

Etre sage-femme au Niger

Tableau n°12 : Distribution du temps, S-F4

S-F4, permanence Annexe MIG					
Intitulé	Durée	Intitulé	Durée	Intitulé	Durée
T	11H39	ST1	05mn	Soins	00mn
				Tâches administratives	05mn
		ST2	11H34	Prière	11 mn

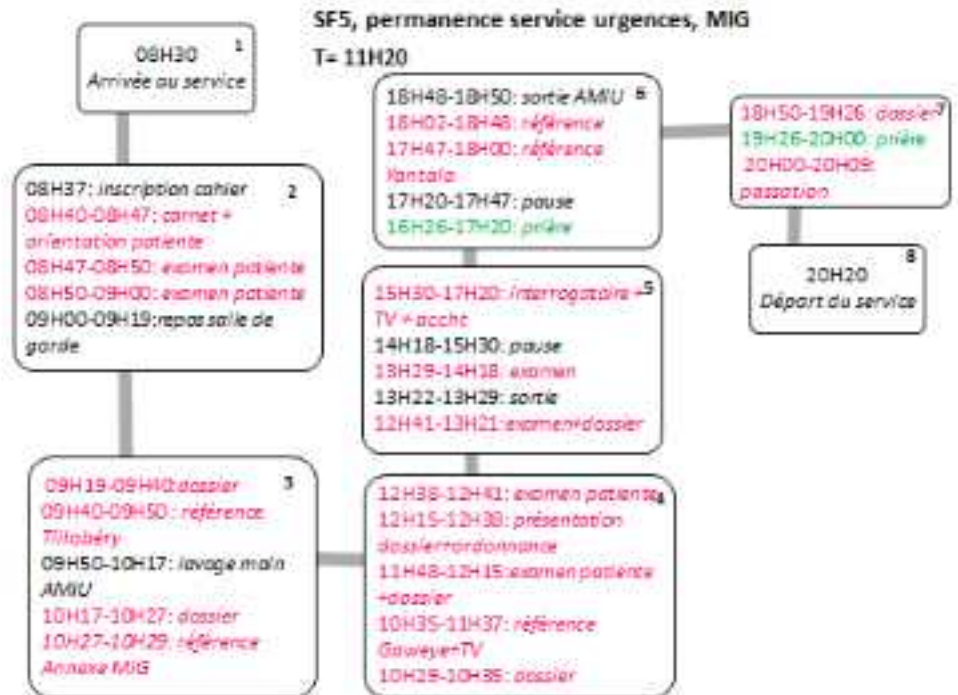
Observation n°12 : Permanence S-F5 service des urgences de la MIG (cf. figure n°15 et tableau n°12)

Une observation du travail d'une S-F a été faite durant la permanence du 11 mai. La S-F fait partie d'une équipe de trois agents (2 S-F et 1 infirmière). Elle est arrivée à 08H30, puis est allée s'habiller en salle de garde. Elle s'est rendue dans la salle des urgences pour inscrire son nom dans le cahier de présence à 08H37. Après les salutations avec ses collègues de l'équipe, elle s'est assise au bureau. A 08H40, une femme a été admise avec sa grossesse plus prolapsus génital. Pendant qu'elle consultait le carnet de cette patiente, une autre femme était venue chercher son dossier, elle a expliqué à cette dernière d'aller voir dans le couloir. Ensuite elle causait avec sa collègue lorsqu'à 08H47, une DS avait amené une patiente de la salle d'accouchement et lui a demandé de l'examiner. Elle a installé la patiente et l'a examinée en présence du médecin. Elle a fini à 08H50. A 08H52, elle a examiné avec sa collègue une autre patiente. A 09H00, elle est allée en salle de garde pour en revenir à 09H19 pour faire la mise à jour du dossier qu'elle avait dernièrement examinée. Pendant ce temps une évacuation est arrivée à 09H40 venant de Tillabéry pour état de choc. Elle a laissé le dossier sur lequel elle travaillait pour s'occuper de l'urgence avec l'équipe. Elle a fini à 09H50 et allée se laver les mains dans la salle d'AMIU pour revenir à 10H17. Elle s'est alors occupée du dossier qu'elle avait laissé en plus de celui de l'urgence. A 10H27, elle s'est de nouveau occupée d'une autre patiente. Celle-ci était une référence du service des Annexe pour travail d'accouchement. Elle est ensuite revenue sur les dossiers à 10H29 pour les terminer 10H35, heure à partir de laquelle elle s'est de nouveau occupée d'une référence de la maternité de Gaweye pour finir à 11H37. Puis elle a fait un TV à une malade qui avait des douleurs post-opératoires. Elle est ensuite allée chercher la fille de salle et revenue à 11H40. Elle a examiné une autre femme à 11H48 tout en remplissant son dossier. Elle a fini à 12H15. Elle a présenté ce dossier au médecin à 12H25. Elle avait fait une ordonnance pour la femme. A 12H38, elle a examiné une autre patiente et a terminé à 12H41. Elle a encore examiné une patiente admise pour saignements sur grossesse, elle lui a fait un dossier jusqu'à 13H21. Elle est sortie à 13H22 et est revenue à 13H29 pour examiner une autre malade qui avait une grossesse plus oligo-amnios, et cela jusqu'à 14H18. Elle est partie en pause à 14H18 pour revenir à 15H30, heure à laquelle elle a fait un interrogatoire à une patiente. Elle a enchaîné sur une autre à 15H40 à qui elle a fait un TV. Elle est ensuite allée en salle d'accouchement pour faire un accouchement avec ses collègues. A 16H26, la femme a accouché d'une fille. C'est à cette heure qu'elle était partie prier. Elle était revenue à 17H20. Elle s'était assise en attendant l'arrivée des malades. A 17H47, une référence de la maternité Yantala est admise pour dystocie de dégagement. Elle l'a prise en charge jusqu'à 18H00. A 18H02 est arrivée une autre référence pour dystocie qu'elle a examinée, lui a fait un dossier et a fini avec celle-là à 18H48. Elle était partie à l'AMIU puis était revenue faire un dossier à

Etre sage-femme au Niger

18H50 qu'elle a terminé à 19H26. Elle était partie prier pour revenir à 20H00. La relève est arrivée à cette heure et elle a quitté après avoir fait la passation des malades et des médicaments.

Figure n°15: L'enchaînement des activités de S-F5



S-F5 a passé au service lors de sa permanence 11H20mn (T).

ST1 = 08H13mn. Le travail effectué par S-F5 durant sa permanence comprend de nombreuses tâches. Ainsi on a pu la suivre dans la prise en charge des patientes lorsqu'elle effectuait des examens physiques et un accouchement. Ce dernier acte a été réalisé en dehors de son lieu de travail dans la salle d'accouchement. Son travail comportait aussi une partie administrative qui consistait à constituer les dossiers et en présenter certains au médecin, la prescription d'ordonnance et l'orientation d'une patientes. Le temps consacré à ces tâches administratives est d'au moins 01H43mn. Si on tient compte de la constitution de dossiers que nous n'avons pas pu isoler des actes de soins, ce temps serait plus long.

ST2 = 03H07mn. Le temps consacré à la prière est de 01H28mn.

Au total, S-F5 est arrivée au service une demi-heure après l'heure réglementaire et en est repartie 20mn après l'heure convenue. Elle a passé moins de temps que la durée normale de la permanence (12H). Cependant nous remarquons qu'elle a travaillé 8H13mn de temps avec seulement 03H07 mn pour le temps pour soi.

Etre sage-femme au Niger

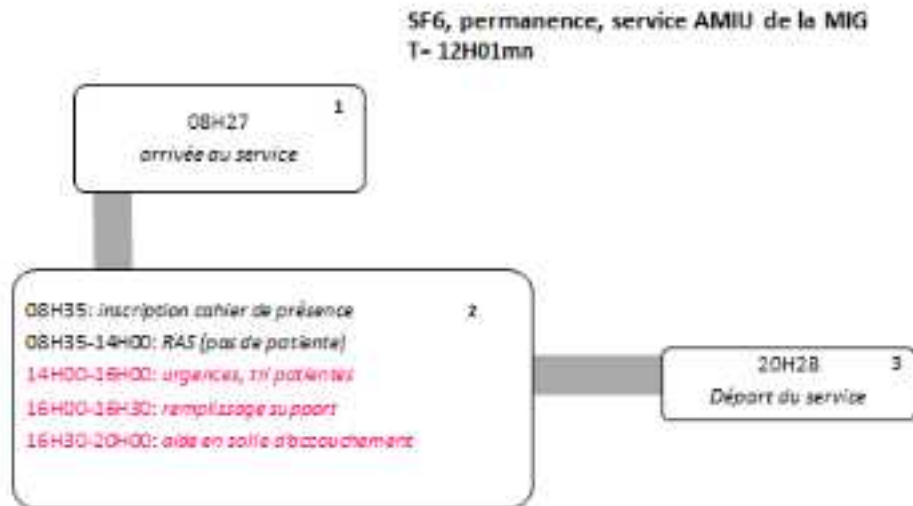
Tableau n°13 : Distribution du temps, S-F5

S-F5, permanence urgences MIG					
Intitulé	Durée	Intitulé	Durée	Intitulé	Durée
T	11H20	ST1	08H13mn	Soins	06H30mn
				Tâches administratives	01H43mn
		ST2	03H07mn	Prière	01H28 mn

Observation n°13 : Permanence S-F6 service AMIU de la MIG (cf. figure n°16 et tableau n°13)

Une observation du travail d'une S-F a été faite durant la permanence du 15 mai. La S-F fait partie d'une équipe de 2 S-F et 1 infirmière. Elle est arrivée à 08H27. Après les salutations avec les éléments de son équipe, elle avait porté sa tenue de travail puis écrit son nom dans le cahier de présence à 08H35. Elle s'est ensuite assise pour attendre qu'une patiente se présente. Après quelques heures aucune patiente n'a été admise. Elle était alors partie aux urgences à 14H pour les aider et en même temps trier parmi les patientes les cas d'AMIU pour les référer à l'AMIU. C'est ainsi qu'à 15H, elle a pu référer un cas à sa collègue de l'AMIU pour aspiration. Puis 2 autres cas ont été référés dans les mêmes conditions. A 16H, pendant que ses collègues faisaient ces aspirations, elle remplissait les supports. Vers 16H30, une de ses collègues de la salle d'accouchement était venue la chercher pour qu'elle l'aide en salle d'accouchement. Elle l'a aidé durant longtemps car à 19H je l'avais trouvée dans le box 1 de la salle d'accouchement en train d'examiner une femme. Elle m'a demandé de venir ausculter les bruits du cœur fœtal qu'elle ne percevait pas au stéthoscope obstétrical, et moi aussi, quand je l'ai auscultée, j'ai trouvé que les BCF n'étaient pas perceptibles. Nous avons demandé à l'une des S-F de la salle d'accouchement si elle a vu cette femme, celle-ci avait répondu qu'elle l'avait vue et l'avait déjà présentée à un médecin. La S-F que j'observais était restée en salle d'accouchement en train d'aider jusqu'à l'heure de descente à 20H. La relève de l'AMIU était arrivée à 20H20, la S-F avait quitté à 20H28.

Figure n°16: L'enchaînement des activités de S-F6



S-F6 a passé au service lors de sa permanence 12H01mn (T).

ST1 = 06H00mn. Le travail effectué par S-F6 comprend le tri des patientes, les accouchements et le remplissage des supports. Il faut souligner qu'une grande partie de son travail a été réalisée dans deux autres services à savoir les urgences et la salle d'accouchement. Son travail s'est limité dans son propre service à la tâche administrative de remplissage des supports qui aura duré 30mn.

ST2 = 06H01mn. Ce temps correspond pour l'essentiel à la longue attente des patientes à l'AMIU. Le temps de la prière ne figure pas dans cette observation.

Tableau n°14 : Distribution du temps, S-F6

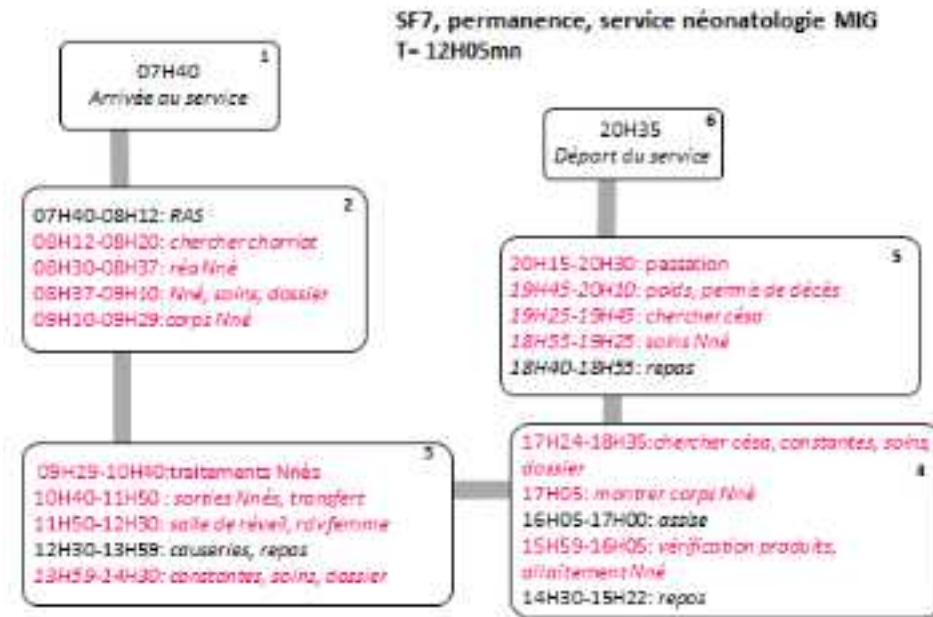
S-F6, permanence service AMIU de la MIG					
Intitulé	Durée	Intitulé	Durée	Intitulé	Durée
T	12H01	ST1	06H00mn	Soins	06H00mn
				Tâches administratives	30mn
		ST2	06H01mn	Prière	00H00 mn

Etre sage-femme au Niger

Observation n°14 : Permanence S-F7, service Néonatalogie MIG (*cf.* figure n°17 et tableau n°14)

Le 10 mai, nous avons observé le travail d'une sage-femme lors de sa permanence au service de néonatalogie. L'équipe de permanence était composée de 6 agents : 3 S-F, 1 nutritionniste, 1 DS, 1 EM7. La S-F observée était arrivée 07H40, elle s'est habillée et a porté sa tenue de travail puis s'est assise. A 08H12, elle est sortie et revenue avec le charriot à 08H20. A 08H24 un DS est venu amener un carnet du bloc. Il est allé vérifier dans la salle de réanimation et a dit à la S-F d'aller faire la réanimation à un nouveau-né qui faisait une détresse respiratoire. Elle a fait la réanimation de 08H30 à 08H37. Ensuite, elle est partie prendre une césarienne et est revenue à 08H45 pour faire les soins au nouveau-né et le remplissage du dossier jusqu'à 09H10. Elle s'est ensuite occupée d'un corps qu'elle avait remis aux parents à 09H29. Elle a fait les traitements aux nouveau-nés jusqu'à 10H40. Après les traitements, elle a remis aux femmes leurs bébés pour l'allaitement. Elle a fait la sortie à 4 enfants à 11H20 suite à la visite du médecin d'astreinte. Elle a fini les sorties à 11H30. A 11H37, elle a fait un transfert en gynécologie, chambre 6. Elle est revenue à 11H44 et a pris un papier pour aller en salle de réveil à 11H50. De retour à 11H59, le médecin lui a demandé d'aller dire à une femme de revenir lundi pour prendre un produit. Elle est revenue s'asseoir avec les autres S-F à 12H30. A 13H08, on a mangé pour finir à 13H42. A 13H45, on nous a informées d'une césarienne qu'elle est allée prendre pour revenir à 13H59. Elle a fait les constantes et les soins au nouveau-né, le remplissage des dossiers jusqu'à 14H30. Elle s'est reposée lorsqu'à 15H22 on a eu une référence pour malformation. Elle s'est levée pour voir cette malformation puis est allée vérifier les produits que la major avait laissé à 15H59 avant de quitter le service. A 16H05, elle a donné un nouveau-né à sa mère pour allaitement. Ensuite jusqu'à 17H00 elle était assise. A 17H05, elle a montré un corps à sa mère, puis à 17H24 elle est allée prendre une césarienne et est revenue à 18H pour lui faire les constantes et les soins, puis le remplissage des dossiers jusqu'à 18H35. Elle a mangé à 18H40. Elle a ensuite fait les traitements du soir de 18H55 à 19H25 et est allée prendre une césarienne. Elle est revenue à 19H45, c'était un mort-né. Elle a fait son poids et rempli le permis de décès avant de remettre le corps aux parents à 20H10. La relève est arrivée à 20H15. La passation a été faite jusqu'à 20H30. A 20H35, on a quitté.

Figure n°17: L'enchaînement des activités de S-F7



S-F7 a passé au service de néonatalogie lors de sa permanence 12H05mn de temps.

ST1= 07H43. Les tâches effectuées par S-F7 sont de deux ordres. Le premier, porte sur les soins aux nouveaux : prise de constantes, réanimations, administration de produits, etc. Nous remarquons que S-F7 se rend souvent au bloc opératoire pour le transfert dans son service des enfants nés par césarienne. Elle s'occupe également des transferts de son service vers le service d'hospitalisation de la gynécologie. Bien que son travail soit centré sur les nouveaux-nés, elle entre souvent en interaction avec les parents soit au moment de l'allaitement et des rendez-vous, soit dans des situations graves telle que la remise de corps de nouveaux-nés décédés. Les tâches administratives de S-F7 consistent au remplissage des supports (dossiers, permis de décès). Dans le cas de S-F7, la plupart des tâches administratives a été réalisée en même temps que les soins, d'où l'impossibilité de déterminer le temps qu'elle leur a consacré.

ST2 = 04H22. Ce temps pour soi est consacré essentiellement aux pauses-causeries et aux repas. Il n'y a pas eu de prière dans le cas de S-F7.

Tableau n°15 : Distribution du temps, S-F7

S-F7, permanence service néonatalogie, MIG					
Intitulé	Durée	Intitulé	Durée	Intitulé	Durée
T	12H05	ST1	07H43mn	Soins	07H22mn
				Tâches administratives	
		ST2	04H22mn	Prière	00H00mn

La charge de travail à la maternité de Diagourou à Téra

A la maternité de Diagourou, comme nous l'avons déjà remarqué plus haut, il n'y a pas de planning, ni de garde ni de permanence. La S-F y travaille tous les jours à tout moment, de jour comme de nuit. Le manque de personnel et le type d'organisation mis en place expliquent en grande partie cette situation. Nous proposons donc ici de suivre la S-F dans ses activités sur une journée complète (cf. figure n°18 et tableau n°15).

Observation n°15 : Le 08 janvier, nous sommes arrivées avec l'équipe de recherche à la maternité de Diagourou aux environs de 15H51. On a trouvé trois femmes en travail. Elles étaient toutes à dilatation complète. L'une était sur le lit, la deuxième en bas sur une alèze en plastique et la troisième était dans la salle d'accouchement. C'est parce que la salle d'accouchement ne dispose que d'un seul lit d'accouchement. A peine arrivée, je me suis habillée pour aider la S-F. La première femme a accouché à 16H18. C'était celle qui était couchée sur l'alèze en plastique. Il s'agissait d'une enseignante âgée de 21 ans qui était à son deuxième accouchement. Elle avait eu un garçon vivant pesant 2700g, taille 49 cm, PC 34 cm. Le deuxième accouchement était survenu à 16H25. Il s'agissait d'une primigeste âgée de 19ans. Elle avait expulsé un enfant vivant de sexe féminin pesant 2250g, taille 48cm, PC 33cm. Le troisième accouchement était survenu à 16H56. Il s'agissait d'une femme âgée de 30ans, c'est sa septième grossesse. Elle avait accouché d'un enfant vivant de sexe masculin, pesant 3750g, PC 37cm, taille 51cm.

Après le nettoyage des matériels utilisés, à 17H10 nous sommes allées au domicile de la S-F pour nous laver les mains. Nous avons alors laissé à la matrone les soins de confectionner les garnitures pour les trois nouvelles accouchées. Après, à 17H20 j'avais accompagné la S-F à la maternité pour le remplissage des supports. Elle a seulement rempli les carnets de CPN des trois nouvelles accouchées en inscrivant le sexe de l'enfant, la date et l'heure d'accouchement, l'état de la mère dans chaque carnet. Après, elle a déposé les carnets sur son bureau et on est revenu à la maison à 17H40. A 17H50, elle balaya sa maison et alla chercher de l'eau pour la préparation du dîner. C'est sa cousine qui est chargée de faire la cuisine. A 18H41, elle a fait la toilette à sa fille. A 18H57, elle a lavé les feuilles de salade. A 19H46, la matrone du village nous a appelées pour deux femmes qu'elle avait amenées. La S-F m'a demandé de les examiner. A 19H48, j'ai examiné la première, elle était à 7cm, BCF 137 battements par mn, hauteur utérine 32 cm. J'ai rompu la poche des eaux et juste après la rupture de la poche, elle était à dilatation complète. On n'a même pas eu le temps de prendre la tension artérielle, la femme avait déjà accouché à 19H51 d'un enfant vivant de sexe féminin pesant 2500g, taille 47cm, PC

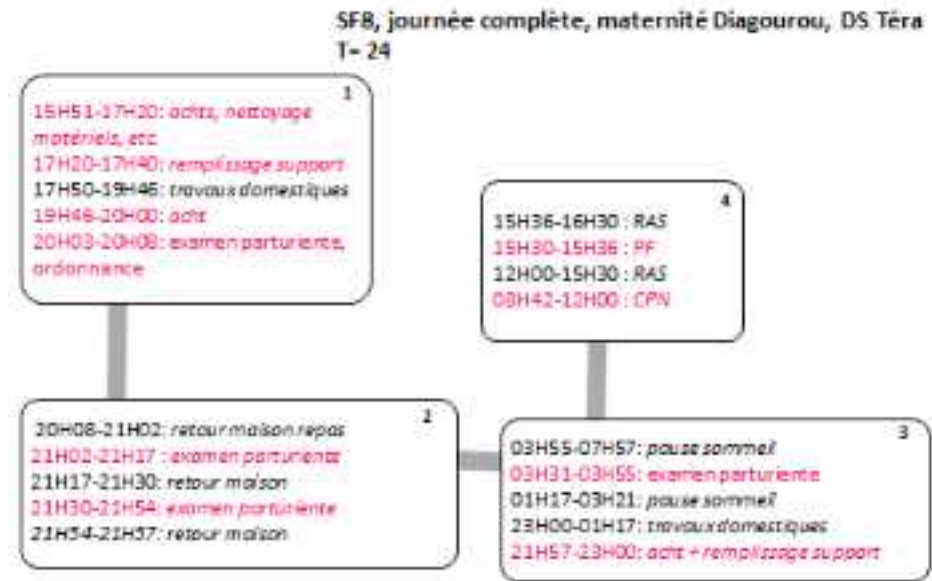
Etre sage-femme au Niger

34 cm. Il s'agissait d'une femme âgée de 26ans, c'était sa sixième grossesse. A 20H03 j'ai examiné la deuxième femme, elle n'était pas en travail. La S-F l'a libérée en lui donnant 2 comprimés de cotrimoxazole, métronidazole 3 comprimés, et elle a payé 800F. A 20H08, nous sommes retournées à la maison pour manger. A 21H02, admission d'une femme de 26 ans qui était à sa troisième grossesse. Elle avait été référée du village de Yalambouli pour douleur abdominale et du dos, plus perte de liquide amniotique depuis hier soir. Quand la S-F l'a examinée, elle était à 7cm de dilatation. Elle lui a seulement fait le TV. On est revenu à la maison à 21H17. A 21H30, la matrone est venue informer la S-F que la parturiente n'arrivait pas à uriner. La S-F m'a demandée de la sonder et de lui donner 2 comprimés de butyl. Je l'ai sondée et refait le TV, elle était à 7cm. Et je lui ai donné les 2 comprimés. Je suis revenue à la maison à 21H54. A 21H57 la matrone m'a appelée en me disant de venir vite ! Je suis sortie en courant. Arrivée dans la salle, j'ai trouvé la femme par terre sur le point d'expulser. Elle a expulsé un enfant vivant de sexe masculin à 22H02, pesant 2250g, taille 48cm, PC 34cm. La S-F lui a fait l'injection de synto et la délivrance. Elle avait aussi rempli les carnets et les a déposés sur son bureau.

On est revenu à la maison vers 23H. Elle a commencé la lessive vers 23H passées et elle s'est couchée à 01H17. A 03H21, la matrone est revenue frapper à la fenêtre pour annoncer l'admission d'une autre femme. Il s'agissait d'une primigeste âgée de 30ans. C'était une grossesse précieuse parce qu'elle avait fait 16 ans d'infertilité primaire. Je l'ai examinée à 03H31, elle était à 1 doigt large, HU 29, BCF 137. Je l'ai installée dans la salle d'accouchement. De retour à la maison à 03H55, j'ai réveillé la sage-femme pour l'informer. Elle m'a dit de dormir, en m'assurant que sûrement la femme n'accouchera pas dans la nuit comme c'était une primigeste.

Le matin, on s'est réveillées à 07H57. La S-F a préparé le petit déjeuner. Après je me suis préparée et je suis partie à la maternité vers 08H30 après avoir pris le petit déjeuner en laissant la S-F à la maison. J'ai trouvé des femmes qui étaient venues en consultation. J'ai d'abord examiné la primigeste qui avait une grossesse précieuse, elle était à 2 doigts. Ensuite je suis allée dans la salle de CPN et j'ai commencé à 08H42 en attendant l'arrivée de la S-F. Elle est arrivée à 08H53 avec sa fille qui pleurait. Elle n'avait personne ce jour-là pour s'occuper de sa fille parce que sa cousine était partie pour un dépistage de malnutrition. D'ailleurs même l'AS-F était absente pour la même raison. On a fait la CPN jusqu'à 12H. Après c'était le calme, j'en ai profité pour m'entretenir avec la matrone. A 15H30, une femme est venue pour la PF. La S-F lui a fait l'injection et a fini à 15H36. A 16H30 j'ai quitté la maternité de Diagourou avec l'équipe qui était venue me chercher.

Figure n°18: L'enchaînement des activités de S-F8



S-F8 a été observée durant 24H (T), aussi bien sur son lieu de travail qu'à son domicile situé en face de la maternité à moins de 5 mètres. Des tâches et non des moindres ont été effectuées par l'enquêtrice, mais nous les comptabilisons avec celles réalisées par la S-F. En effet, n'eût été la présence de l'enquêtrice, la S-F aurait pris en charge ces patientes seule avec l'appui de la matrone.

ST1= 07H48mn. Les tâches effectuées par S-F8 sont très variées : accouchements, examens des parturientes, prescription d'ordonnance, administration de soins (injections), PF, CPN de routine. Ici aussi nous n'avons pas pu isoler les tâches administratives des actes de soins, particulièrement en ce qui concerne les CPN. L'AS-F étant absente, la S-F aurait fait seule à la fois la partie administrative et les examens des parturientes, alors que, comme déjà souligné, les tâches sont partagées entre les deux agents.

ST2 = 16H22mn. Nous constatons dans la journée de S-F8 au moins 6 allers-retours entre son domicile et son lieu de travail. Généralement elle se rend à son domicile pour les travaux domestiques, les pauses repas, mais aussi pour le lavage des mains après les accouchements puisque la maternité ne dispose pas d'eau courante.

Au total sur les 24H d'observation de S-F8, elle aura travaillé durant 07H48mn. Sa journée est une alternance de temps de travail et de temps domestique, de jour

Etre sage-femme au Niger

comme de nuit. En dehors des horaires formels de service, elle est sollicitée à tout moment.

Tableau n°16 : Distribution du temps, S-F8

S-F8, journée complète, maternité Diagourou DS Téra					
Intitulé	Durée	Intitulé	Durée	Intitulé	Durée
T	24H00	ST1	07H48mn	Soins	ND
				Tâches administratives	ND
		ST2	16H22mn	Prière	00H00mn

Resituer la notion de charge de travail dans les conditions et normes pratiques d'exercice du métier

Un tableau panoramique des activités effectuées par les 8 S-F facilitera une analyse comparative (cf. tableau n°17)

Tableau n°17 : Tableau comparatif des activités des 8 S-F

S-F	Temps d'observation	Heure arrivée-départ	Services	T	ST1	ST2		Nature travail
							Prière	
S-F1	12H	19H50 – 07H49	Annexe MIG	11H59	01H44	10H15	31mn	Soins, tâches administratives
S-F2	12H	20H10-08H20	Urgences MIG	12H10	02H08	10H02	37 mn	Accht, examens, prescriptions, tâches administratives
S-F3	12H	20H00-08H05	AMIU MIG	12H05	01H03	11H02	18 mn	Aspiration, tâches administratives
S-F4	12H	08H13-19H52	Annexe MIG	11H39	00H05	11H34	11 mn	Tâches administratives
S-F5	12H	08H30-20H20	Urgences MIG	11H20	08H13	03H07	01H28	Accht, examens, prescriptions, tâches administratives
S-F6	12H	08H27-20H28	AMIU MIG	12H01	06H00	06H01	00H00	Aspirations, prescriptions accht, examens, tâches administratives
S-F7	12H	07H40-20H35	Néonatalogie MIG	12H05	07H43	04H22	00H00	Soins, tâches administratives
S-F8	24H	ND	Diagourou DS Téra	07H48	07H48	16H22	00H00	Soins, examens, prescriptions, PF, CPN, tâches administratives

La temporalité à géométrie variable dans les services

Il n'existe pas de régularité par rapport aux heures d'arrivée et de départ du service. Chacune des S-F observées affiche des heures d'arrivée et de départ différentes de celles des autres. Aucune n'est conforme aux horaires de garde et de permanence. Sur les 7 S-F de la MIG, 4 sont arrivées au service après l'heure formelle (08H00 et 20H00). Pour le départ, 2 ont quitté avant l'heure formelle. Si on se positionne dans l'intérêt du service, le tableau ci-après montre que S-F3 et S-F7 présentent le meilleur score car elles sont au service à l'heure (S-F3) et même avant l'heure (S-F7) et ne quittent qu'après l'heure. A Diagourou, S-F8 ne commence pas non plus son service aux horaires officiels.

Tableau n°18 : La temporalité dans le déroulement des activités

	Heure d'arrivée	Heure de départ	Durée service	ST1
*S-F1	arrive avant l'heure	quitte avant l'heure	11H59mn	01H44mn
S-F2	arrive après l'heure	quitte après l'heure	12H10mn	02H08mn
*S-F3	arrive à l'heure	quitte après l'heure	12H05mn	01H03mn
S-F4	arrive après l'heure	quitte avant l'heure	11H39mn	00H05mn
S-F5	arrive après l'heure	quitte après l'heure	11H20mn	08H13mn
S-F6	arrive après l'heure	quitte après l'heure	12H01mn	06H00mn
*S-F7	arrive avant l'heure	quitte après l'heure	12H05mn	07H43mn

A la MIG, la majorité des S-F sont dans la durée normale (12H) de présence au service, soit 5 S-F sur 7 (y compris S-F1 qui est seulement à 1 mn de cette norme). Cela signifie que parmi celles qui arrivent après l'heure, certaines restent beaucoup plus longtemps après l'heure de la descente de leurs équipes. Par exemple, S-F2 détient le meilleur score dans la durée, pourtant elle est arrivée en retard au service. Le meilleur score dans le temps consacré au travail est obtenu par S-F5, qui pourtant n'affiche pas un bon score dans la durée au service. Quant à S-F2 qui aura passé plus de temps au service, elle présente l'un des plus bas scores dans le temps de travail. **Autrement dit, le temps passé au service n'est pas proportionnel au temps consacré au travail.** La temporalité dans le travail des agents, soulève l'épineuse question autour du cahier de présence. La mesure prise par la direction conformément aux instructions émanant du niveau central pour remédier au problème des retards et des absences non justifiés est l'instauration de ce cahier dans tous les services. Les agents de santé doivent remplir ce cahier en inscrivant leur nom et les heures d'arrivée et de départ du service. Tous ceux qui viennent

Etre sage-femme au Niger

après 8H15mn doivent écrire en-dessous du trait rouge. Or, on sait que les majors doivent exiger des demandes d'explications, et suivre la procédure administrative des sanctions lorsque la faute est répétitive. Cette mesure du « cahier avec le trait rouge » comme outil de contrôle ne fait pas l'unanimité. Certains trouvent que c'est une bonne solution, ainsi les grands retardataires feront l'effort d'être à l'heure comme leurs collègues. Divers agents se sont prononcés sur l'utilité de ce cahier¹¹.

Un soignant dit :

« C'est pour pousser les gens à venir à l'heure, parce que dès le début de ton travail, tu as levé ta main pour jurer, pour dire que tu vas aider les malades et pour cela il faut venir à l'heure. » [Un agent de santé]

Les autres qui sont contre la mesure avancent divers arguments :

- Il s'agit d'une mesure qui infantilise les agents de santé. Chaque agent est suffisamment responsable

« Les gens pensent qu'ils n'ont pas de liberté ou ils sont contrôlés à moindre geste et ils n'ont pas le droit de quitter s'ils ont des trucs à faire et il va y avoir des impacts. » [Aide-chirurgien, MIG, Bloc opératoire]
- La mesure n'est pas adaptée à l'intensité du travail à la maternité. Certains agents n'ont pas d'horaires fixes, ils travaillent à tout moment, qu'ils soient de garde ou de permanence et même au repos ;
- Il s'agit d'une autre manière de mettre la pression sur les agents :

« On nous met la pression dès que tu arrives, voilà la surveillante est là, elle ne sait même pas pourquoi tu es en retard si c'est parce que tu as eu des problèmes avec ton mari, si c'est à cause de taxi, mais tout le temps on met des pressions sur les gens. » [Sage-femme, MIG, service Grossesse pathologique]
- C'est pénaliser inutilement des agents exemplaires qui ont l'habitude d'être à l'heure, car les rares fois qu'elles viennent en retard ils se retrouvent en dessous du « trait rouge ».

« Ça n'a pas été bien accueilli dans mon service, parce que des fois tu as mal. Quelqu'un qui vient tout le temps à l'heure au service et qu'un beau matin elle pointe à 8H30 et qu'elle doit écrire son nom sous la ligne rouge, ce n'est pas bon. Mais on fait avec, ça a été trop méchant. » [S-F, MIG, service obstétrique]
- C'est une bonne mesure pour les auxiliaires, pas pour les médecins, car c'est un manque de respect à l'égard de ces derniers.

¹¹ Ces propos ont été recueillis par nos soins lors d'une étude réalisée sur la MIG à la demande de la direction en parallèle avec la présente recherche.

La « sollicitabilité » des services

Nous entendons par « sollicitabilité », la capacité d'un service à réunir les conditions nécessaires à la réalisation des activités de soins dont il est chargé. Elle est à des degrés variables, et elle est liée à la position du service dans l'établissement et à la nature de prise en charge qui y est fournie. Ainsi, parmi les services de la MIG concernés par cette étude, les urgences et la néonatalogie ont un degré de « sollicitabilité » plus élevé que les autres. Le service des urgences est l'une des deux principales portes d'entrée de la patientèle dans le circuit de la MIG qui, du fait de son statut de référence nationale est le centre de convergence de nombre d'évacuations/références de Niamey et des régions de l'intérieur. Les parturientes admises soit accouchent d'emblée dans la salle des urgences, soit sont référées dans d'autres services tels que par exemple la salle d'accouchement, le bloc opératoire ou l'AMIU. L'affluence des patientes sur la MIG explique de fait le degré de « sollicitabilité » élevé de la néonatalogie. Les patientes admises en urgences accouchent souvent de nouveau-nés dont l'état de santé nécessite des soins intensifs spécialisés. Le service reçoit également des références-évacuations de nouveau-nés provenant d'autres structures sanitaires. Dans ces deux services à degré de « sollicitabilité » élevé, le travail y est intense avec souvent un enchaînement discontinu de prises en charge et parfois une imbrication d'actes de soins et de tâches administratives lorsque l'activité est effectuée par un seul agent (*cf.* les observations de S-F5 et S-F7). Le degré de « sollicitabilité » est proportionnel à la durée du temps de travail. Nos observations corroborent la surcharge de travail perçue dans ces services comme en témoigne un agent à propos du temps consacré aux consultations en néonatalogie : « Si tu as la malchance, tu vas faire 30 patients et tu vas être là jusqu'à 14h ». Un autre dit : « durant la garde, on ne peut même pas somnoler, il n'y a même pas de matelas ! ». Des causeries d'agents recueillies lors d'une observation à la salle de réveil¹² abondent dans le même sens :

« Aux environs de 12 heures, une soignante est venue contrôler sa tension qu'on dit être élevée. Elle est à la néonatalogie, c'est devenu un sujet de débat entre elles. Une fille de salle dit qu'elle a été victime elle aussi quand elle était à la néonatalogie et bien d'autres agents aussi, et elle ajoute que la tension se trouve au niveau de ce service et que c'est dû au fait qu'il n'y a pas de repos là-bas. D'autres disent que c'est toute la maternité qui est bourrée de travail et qu'ils vont finir tous hypertendus. » [Observation enquêtrice]

A l'opposé, un service avec un degré de « sollicitabilité » faible est représenté ici par l'AMIU du fait de la nature hautement spécialisé de l'activité qui y est réalisée et sans doute du fait de l'illégalité des avortements provoqués et par conséquent de leur pratique clandestine par divers canaux informels parfois abrités dans des établissements officiels (cabinets privés, soins à domiciles, automédication et même dans des services publics avec la complicité d'agents n'étant pas forcément

¹² La salle de réveil est un service à part à la MIG, elle se situe dans le même bâtiment que le service de chirurgie.

Etre sage-femme au Niger

en poste dans le service requis)¹³. L'AMIU est un petit service situé dans l'aile gauche du bâtiment central de la MIG à côté des services des urgences et de l'accouchement, partageant avec ces derniers la même terrasse. Le service fourni est celui des soins après avortement, que celui-ci soit spontané ou provoqué (. L'AMIU qui y est le principal procédé de prise en charge des patientes est réalisée uniquement par des S-F appuyées par des filles de salles. Les infirmières n'y exercent pas contrairement aux autres services de soins de la MIG. Les activités n'y sont pas intenses comme au niveau des deux services précédents. Le maximum de cas admis ne dépasse pas 9 en 24H et il arrive aussi qu'aucun cas ne se présente durant les permanences ou les gardes. Les deux extraits d'entretien suivants illustrent ce constat :

« Q : On ne peut pas dire que c'est un service surchargé (parlant de l'AMIU)?

R : Non ce n'est pas surchargé, par rapport au néonate. Néonate là, c'est l'enfer ! »

« Q : Le service d'AMUI, vous êtes débordé ou pas ? Est ce qu'il y a plusieurs cas qui passent ? Vous pouvez faire combien de cas par jour ?

R : Ça dépend, il y a des jours où vous pouvez faire une nuit blanche sans aucun cas, il y a des jours où vous pouvez faire jusqu'à 9 cas. C'est dans le jour où il y a beaucoup de cas, la nuit ça dépasse pas 4 cas. » [Enquêtrice S-F]

Le deuxième extrait d'entretien donne aussi en creux l'information de l'existence d'un écart entre le service de jour et celui de nuit par rapport à l'intensité du travail. Nos observations confirment cet écart comme le montre le tableau n°17. Ainsi à l'AMIU, le ST1 de S-F3 durant la garde aura duré seulement 01H03mn, tandis que pour sa collègue S-F6, ST1 est de 06H00 durant la permanence.

Pour autant, le service n'est pas un lieu déserté par les agents de santé. En effet, c'est sur un autre plan que le service présente un degré de « sollicitabilité » élevé, en rapport avec le temps hors travail, c'est-à-dire ce que nous avons déjà nommé le « temps pour soi » des agents (ST2). Nous avons remarqué que ST2 est long prenant fréquemment plus de la moitié du temps passé au service (T), et parfois quasiment l'intégralité de T pour certaines S-F. Et souvent, pour les agents du service comme pour nombre de ceux des autres services, l'AMIU reste un endroit privilégié pour passer ce « temps pour soi ». Plusieurs raisons expliquent cette convergence des agents sur ce service. Premièrement, le service est sous la responsabilité d'une major qui accorde une haute importance à l'ordre et à l'hygiène des lieux. Les matériels sont bien classés et rangés, la propreté y règne. De ce service, l'enquêtrice dira :

« Parmi tous les services que j'ai faits, c'est vrai la néonate est propre, mais l'AMUI est aussi vraiment propre et elle (la major) met de l'encens, la majeure veille bien sur l'hygiène.

¹³ La problématique des avortements est l'objet d'un des axes de recherche du vaste programme dans lequel s'inscrit la présente recherche.

Etre sage-femme au Niger

Q : A la salle d'accouchement aussi ont met de l'encens.

R : Oui mais pas comme à l'AMUI parce qu'à l'AMUI même la douche est bien propre et fermée à clé, les femmes n'utilisent pas. La douche est propre même si c'est ta nourriture qui tombe tu vas prendre pour manger (rires)! A l'AMUI tout est propre et bien parfumé. » [Enquêtrice S-F]

Pour maintenir la propreté des lieux, la major impose régulièrement des séances de salubrité pour faire le grand ménage, à savoir le nettoyage à fond des carrelages, la désinfection des outils de travail avec la stérilisation du matériel. Filles de salle et S-F s'attèlent ensemble à faire ce grand ménage. Deuxièmement, l'AMUI attire pour la fraîcheur qu'elle offre grâce à l'existence d'une climatisation qui fonctionne bien, et l'existence d'un poste de télévision. L'enquêtrice nous en dit davantage :

« Il y a des S-F qui ont chaud dans leur service et elles vont là-bas pour se rafraichir.

Q : C'est-à-dire ?

R : Parce qu'elles disent c'est à l'AMUI où il y a la climatisation et la salle est fraîche. Et lors de la garde il y a les S-F de la salle d'accouchement et des urgences qui passent la nuit là-bas. » [Enquêtrice S-F]

« A 16H on allume la télévision, on étale une natte, les S-F et les filles de salle se couchent sur la natte » [Enquêtrice S-F]

Enfin troisièmement, l'AMUI présente un autre atout, en permettant le réchauffage des plats au moment des pauses repas par le détournement d'usage du stérilisateur prévu initialement pour les canules.

« C'est comme une marmite et les S-F viennent avec leur repas, c'est là-bas qu'elles chauffent pour manger.

Q : Comment on fait, on met la sauce la-dans ?

R : On met la sauce dans une tasse et on pose sur le stérilisateur pour chauffer la sauce et des fois même on prépare du Lipton ou du thé. » [Enquêtrice S-F]

L'utilisation du stérilisateur à ces fins personnelles se fait même en dehors des pauses en l'absence d'activités.

Tous ces éléments qui expliquent le haut degré de « sollicitabilité » de l'AMUI, nous amène à qualifier ce service de « service confort », favorable au « temps pour soi » dont l'un des éléments constitutifs le plus important est la causerie comme nous l'avons observé et comme nous le confirme l'enquêtrice :

« Dans la salle c'est tous les jours des causeries, c'est le commentaire même sur le service. » [Enquêtrice S-F]

Nous avons donc affaire à deux types de « sollicitabilité ». Le premier est lié à ST1. Le second type de « sollicitabilité » fait référence à ST2 ou pour le dire simplement au confort. Mais le concept de « sollicitabilité » a plus de résonance lorsqu'on veut étudier la problématique de l'environnement de la pratique professionnelle et plus particulièrement les questions de motivation et de productivité des agents de santé. On peut ainsi rechercher les services et même

Etre sage-femme au Niger

plus largement les établissements de santé qui ont un degré de « sollicitabilité » élevé, moyen ou faible pour en comprendre les raisons. La notion ne s'applique pas seulement au niveau macro, mais aussi au niveau micro, à l'échelle des équipements, des petits matériels du service. Elle est opératoire sur les meubles des services comme nous l'avons fait au sein du service des consultations externes, toujours à la MIG, à propos d'une table dans le hall de ce service. Cette table qui présente un degré de « sollicitabilité » élevé se trouve à l'entrée du service. Elle est ronde et sert de bureau aux S-F qui s'occupent des dossiers des patientes, de l'orientation de celles-ci en cas d'examens complémentaires, des explications relatives aux traitements et qui leur donnent des rendez-vous. Les agents du service aiment se retrouver autour de cette table car elle favorise facilement la combinaison de ST1 et ST2 (composé essentiellement de repos et de causeries). Les sujets de causeries sont variés et portent généralement sur les faits socio-familiaux, la politique, la vie de la maternité, notamment les événements qui la traversent. La table participe de ce fait à la circulation des rumeurs.

L'implication dans le travail

Certaines S-F s'impliquent dans le travail tandis que d'autres à l'inverse s'en désintéressent. S-F6 et S-F4 correspondent respectivement à ces deux cas. S-F6 est en poste dans un service à degré de « sollicitabilité » faible en termes d'activités de soins. Toutefois, elle affiche un bon score quant à la durée de son temps de travail, soit une durée de 06H00. S-F6 n'a pas été passive durant sa permanence, elle est allée à la recherche des cas nécessitant une prise en charge de son service en examinant les patientes des services d'urgences et d'accouchement. En effet, ces cas ne sont parfois pas référés à temps à son service, et peuvent passer jusqu'à deux jours sans bénéficier de la prise en charge requise. C'est ainsi qu'elle a pu avoir un temps de travail plus allongé qu'il ne devrait.

A l'opposé, S-F4 présente un très mauvais score quant à la durée du temps de travail, loin derrière ceux de ses collègues. Elle n'aura travaillé que durant 5mn. Elle apparaît non impliquée dans le travail et son long ST2 est en grande partie passé dans le lit, dans les causeries et sur son téléphone portable. On notera l'intrusion de la marchande qui favorise ces causeries et détourne les agents de leur travail. En réalité le profil de S-F4 n'est pas exceptionnel et se retrouve dans quasiment tous les services concernant toutes les catégories professionnelles. Sa conduite est à l'origine de situations conflictuelles au sein du personnel. Certains agents s'adonneraient à du « travail inutile » et évitent les tâches qui leur reviennent en les laissant à la charge de leurs collègues, comme le témoigne un agent :

« Il y a toujours des conflits parce qu'avec les infirmières si vous êtes trois il y a toujours certaines qui croient qu'elles sont malignes, elles ne travaillent pas. Pendant que toi tu travailles, elle va faire semblant de travailler, elle fait du travail inutile. Chaque fois tu vois la personne se comporter comme ça tu seras obligé de parler un jour. Parfois il y a trop de problèmes entre nous. Pour les filles de salle aussi c'est comme ça, la plupart du temps elles se disputent. Celle qui a fait la permanence, elle fuit car elle part sans que la relève ne

vienne et sans vider la poubelle, des fois sans faire le ménage, et celle qui va venir pour la relève va parler, même les médecins je les vois se disputer entre elles. » [Une soignante]

Dans ces conditions, ***la surcharge de travail perçue s'explique par la répartition du travail inéquitable entre les agents***. Tandis que certains croulent sous le poids de nombreuses tâches à effectuer, d'autres fuient le travail ou font semblant d'être occupées.

Les micro-stratégies d'allègement du travail et d'adaptation face aux contraintes

Les agents ont parfois recours à des normes pratiques de type palliatif. Dans les cas étudiés ici, ils élaborent des outils par eux-mêmes afin de faciliter ou rendre moins pénible l'exécution de certaines tâches. Sur ce plan, S-F1 nous intéresse pour avoir observé lors de sa garde son utilisation d'une feuille de bord qu'elle a confectionné pour éviter de devoir consulter fréquemment le cahier de consignes. Il s'agit d'une forme allégée et simplifiée de celui-ci réunissant les informations essentielles. Ensuite, nous avons constaté qu'elle préfère administrer plus tôt un traitement que de devoir le faire au milieu de la nuit comme cela est mentionné dans le cahier de consigne. Elle préserve ainsi son sommeil de nuit. Toutefois, cette dernière stratégie a un impact sur la qualité de la prise en charge de la patiente puisqu'elle ne respecte pas le protocole.

Outre les micro-stratégies d'allègement du travail, nous en avons repéré d'autres qui sont plutôt mobilisées pour faire face aux contraintes matérielles. En d'autres termes, il s'agit de « normes pratiques palliatives » pour assurer l'offre de soins maternels malgré cette règle du « manque de tout » qui prévaut en général dans les services de santé. Nous en avons fait une liste :

- 1) utilisation du sérum salé à la place du solvant pour faire le test PTME ;
- 2) fabrication du collyre pour les nouveau-nés avec un mélange de bétadine et de sérum salé (50% de chaque solution) ;
- 3) utilisation de sérum salé associé à la vitamine K1 à la place de la gentamycine collyre en cas de conjonctivite ;
- 4) utilisation de coton imbibé d'eau de javel pour désinfecter le site d'injection à la place de l'alcool et de la bétadine ;
- 5) utilisation de compresse coupée pour attacher le cordon en l'absence de fil de ligature ;
- 6) un prématuré est enveloppé dans un pagne sec puis dans un plastic pour la durée de son évacuation vers une structure de référence ;
- 7) utilisation de gants stériles ou en vrac à la place de gants de révision. On coupe le bout du premier gant on l'enfile avant de

Etre sage-femme au Niger

mettre le deuxième gant, cela permet d'avoir un gant long jusqu'au coude comme les gants de révision ;

- 8) utilisation du stéthoscope obstétrical pour désobstruer les voies respiratoires de l'enfant : on place le stéthoscope sur la bouche de l'enfant, on met au-dessus une compresse avant de souffler pour faire entrer l'air. En faisant cela, le liquide inhalé sort par le nez et les voies respiratoires se libèrent ;
- 9) utilisation de sachets en plastique noirs à la place de gants pour pratiquer les accouchements ;
- 10) à l'AMIU, utilisation d'une pommade appelée Stella à l'intérieur de la seringue pour servir de lubrifiant afin de faciliter l'aspiration ;
- 11) face à un engorgement mammaire, on montre aux femmes la technique de tirer le lait à l'aide de la seringue stérile. On coupe le bout de la seringue côté aiguille et on place sur le mamelon pour tirer le lait, à répéter 2 à 3 fois de suite ;
- 12) pour réanimer un nouveau-né, on utilise l'alcool ou l'eau de cologne sur sa poitrine pour faire le massage cardiaque. Cette méthode stimule l'enfant pour crier ;
- 13) pour faire le test rapide de coagulation du sang, on prélève le sang dans une seringue et attendre 5 mn : si le sang coagule, on dit que la patiente n'a pas de problèmes de coagulation ; s'il ne coagule pas cela signifie que son taux de plaquette est bas (problème de coagulation).

Comme les premières, ces micro-stratégies de débrouillardise produisent des techniques qui n'ont rien d'officiel et ne figurent donc pas dans l'enseignement théorique que reçoivent les agents. Elles sont palliatives et sont créées selon les contraintes ; elles ne sont apprises qu'*in situ* en contact direct avec le contexte d'exercice et ses réalités.

La multi-activité en brousse vs le morcellement du travail en ville

S-F8 de la maternité de Diagourou accomplit à elle seule les activités de 5 services si on se réfère à la MIG. En effet, la PF, la consultation gynéco-obstétricale, les accouchements, la prise en charge des urgences obstétricales, les CPN de routine, toutes ces activités effectuées par S-F8 sont autant de services différents au niveau de la MIG. C'est ce qui nous fait dire que la S-F en brousse exerce une multi-activité professionnelle¹⁴. Bien qu'elle avoisine la même durée de travail qu'une S-F de la MIG en permanence (S-F5 et S-F7), son travail apparaît comme très

¹⁴ Pour le dire autrement, elle fait un « travail total » puisqu'elle fait l'intégralité du travail d'une sage-femme.

Etre sage-femme au Niger

pénible du fait de son étalement tout au long des 24H avec des pics d'intenses activités par l'enchaînement rapprochées des prises en charge. La particularité de son travail est qu'elle peut être sollicitée à tout moment. La S-F d'un autre CSI de brousse du DS de Téra témoigne :

« Il y a une seule sage-femme, il y a le manque de professionnelles aussi. C'est la sage-femme qui fait la CPN, tu fais la CN, il y a les accouchements... tu travailles 24H/24 ! A n'importe quelle heure si une femme en travail vient on t'appelle, tu viens, tu fais l'accouchement. » [S-F, CSI rural, DS de Téra]

Cette S-F à sa deuxième semaine de poste n'avait auparavant jamais exercé dans une maternité de brousse. La pénibilité du travail est d'autant plus contraignante que c'est ainsi tous les jours de la semaine. Samedi et dimanche elle assure une permanence le matin jusqu'à 10H, mais toujours est-il qu'on peut l'appeler pour les urgences lorsqu'elle est chez elle :

« R : Les samedis et les dimanches ont descend à 10H, mais si il y a une urgence je m'occupe de ça.

Q : Donc ça c'est le rythme du travail qui ne vous convient pas parce que vous êtes pratiquement seule ?

R : Oui c'est ça. » [S-F, CSI rural, DS de Téra]

Dans ces conditions, d'un point de vue pratique, l'idéal est que le domicile de la S-F soit dans l'enceinte du CSI comme celui du major ou du médecin. Toutefois, la S-F de Gotheye y voit l'envers du décor, car c'est bien cette proximité qui rend encore plus pénible le travail. Pourtant, sa maternité ne souffre pas d'insuffisance de personnels et elle n'est pas dans le programme de garde (*cf.* l'organisation du travail en brousse). Toutefois, elle est souvent sollicitée en cas de complication qui dépasse la compétence de l'équipe de garde. Elle explique dans cet extrait d'entretien :

« Q : Le fait d'habiter à coté c'est un avantage ou un inconvénient ?

R : (des rires) Il n'y a pas d'avantage puisse que il n'y a pas de repos (des rires), il y a pas de repos si on loge dans le CSI, Wallaye !

Q : Vous préférez ne pas habiter dans le CSI ?

R : En tout cas il n'y a pas de repos parce qu'à chaque instant on va se dire que ah on va m'appeler, même le sommeil se perturbe, il n'y a pas de repos.

Q : Mais si vous n'êtes pas de garde, c'est en cas de complication on vous appelle ?

R : Oui c'est en cas de complication mais maintenant on peut se dire qu'à chaque instant, à chaque heure on peut avoir des complications. Donc toujours le cerveau est en train de penser « on va m'appeler, on va m'appeler ».

Q : Donc le cerveau exagère non ?

R : (des rires).

Q : Parce que s'il y a quelqu'un qui est là qui fait la garde il n'y a pas chaque fois des complications quand même ?

R : Bon, ce n'est pas fréquent mais c'est le cerveau qui est en alerte.

Etre sage-femme au Niger

Q : Et c'est fatiguant ?

R : C'est fatiguant. [S-F, Gothéye]

Elle trouve qu'il vaut mieux être dans le planning de garde pour avoir la tranquillité durant les jours de repos.

« R : Ce n'est pas comme si tu es à la maison, si tu descends, personne ne fera recours à toi. Il faut que le lendemain que tu sois venu ou que tu sois de garde. Mais quand on loge ici, là vraiment il n'y a pas de repos.

Q : Donc vous préférez loger ailleurs ou bien qu'on organise autrement ?

R : Est-ce qu'il y a une organisation à faire, on va se patienter. Il n'y a pas d'organisation à faire puisse qu'on a déjà fait les logements. » [S-F, Gothéye]

Cependant, en même temps, l'idée d'habiter en ville ne l'enchantait guère comme on peut le constater dans l'entretien. Il faut souligner que les logements de fonction au sein des structures de santé sont souvent bien construits et tranchent avec les maisons en banco relativement peu confortables dans les villages.

Le travail en brousse est dur aussi, dans le sens où on constate parfois l'absence de matériels les plus élémentaires. La S-F de Diagourou fait les injections sans désinfecter le site. On n'y trouve pas non plus de gants stériles et les gants en vrac sont parfois en rupture car elle ne reçoit que deux boîtes de ce type de gants par mois, alors qu'elle a en moyenne 30 accouchements par mois (50 paires de gants dans le paquet). Pour faire les CPN, elle fait les examens mains nues et ne pratique pas de TV, alors qu'elle devrait le faire à toute femme qu'elle examine. Elle fait la PTME de la même manière, sans gants. Les gants en vrac sont généralement réservés pour les accouchements, mais lorsqu'elle n'en trouve pas, elle utilise des sachets en plastique noirs pour accueillir le nouveau-né. En outre, l'eau de javel est le seul désinfectant de la maternité. Elle sert à désinfecter les fils de suture qu'on trouve au marché et coûte relativement cher (300 FCFA). Le fil peut servir pour au moins deux femmes; après la suture la S-F désinfecte le reste avec l'eau de javel en vue de son utilisation sur une autre femme. L'eau de javel sert aussi à désinfecter les matériels, mais ceux-ci ne sont pas ensuite stérilisés car le stérilisateur est en panne. Il n'existe pas d'appareil de réanimation des nouveau-nés en détresse respiratoire, c'est le ballonnet qui est utilisé pour simplement les désencombrer.

Nous avons observé cette précarité d'exercice dans la plupart des maternités de brousse à Téra et à Gaya. Nos recherches antérieures font état de la même situation dans les régions de Maradi, Zinder et Tahoua. Toutes ces pratiques par défaut pour cause de manque ou d'insuffisance d'outils de travail font courir aux agents, aux femmes et à leurs nouveau-nés de grands risques de contamination. Selon certaines de nos interlocutrices la brousse forme du fait même de ces conditions d'exercice du métier que sont la précarité et le travail total. La S-F est souvent seule dans ces zones rurales enclavées, faisant toutes les activités liées aux soins maternels. Ainsi, plus que la ville, nous dit-on, le travail en brousse nécessite des ajustements techniques face aux difficultés qui le caractérisent et il semble être un passage obligé pour acquérir de l'expérience. La S-F « tout terrain » est celle

Etre sage-femme au Niger

qui a l'expérience de la brousse. Elle peut, à l'issue de cette expérience, travailler dans toutes les conditions. Le dénuement du plateau ne l'effraie pas et elle peut assurer la prise en charge de la plupart de ses patientes sans avoir la nécessité de les référer. D'où la notion de sage-femme « complète », « accomplie » (*timmante* en zarma). Une S-F de la maternité de Gaweye ayant exercé en brousse nous explique comment un jour, devant une HRP, elle a pu prendre en charge une parturiente avec le synto, le seul produit dont elle disposait : « j'ai pu la sauver, je me suis senti compétente », nous dit-elle avec fierté. Ainsi, on peut ajouter à cette définition de la S-F complète le fait de parvenir à réaliser certains actes sans le matériel, de se « débrouiller » pour sauver la mère et l'enfant.

Par ailleurs, dans ces conditions d'exercice, la S-F jouit d'une autonomie décisionnelle puisqu'elle n'est pas confrontée au poids de la hiérarchie. Elle est seule juge des aspects techniques de son métier. En présence d'un médecin au niveau du CSI, nous avons remarqué que celui-ci n'intervient que pour entériner la décision d'évacuation prise par la S-F et participe parfois à la demande d'évacuation au niveau de la maternité de l'HD (nous reviendrons plus loin sur ce point). Toutefois, d'autres S-F pensent le contraire : comment peut-on acquérir des compétences quand le minimum manque et que souvent on ne peut rien faire que de référer ? Une S-F proche de la retraite ayant fait l'expérience de la brousse exprime son désaccord sur la notion :

« R : En tout cas je ne sais pas pourquoi on va dire « complète », ça n'a pas de sens une « sage-femme complète ». Travailler dans la précarité aussi ce n'est pas bon !

Q : Donc vous, vous pensez que ce n'est pas à valoriser ?

R : Oui ce n'est pas à valoriser ! Quand les matériels qu'elles cherchent pour travailler, ces matériels-là ne sont pas devant elles, elles n'étaient même pas en train de remplir les conditions de travail de sage-femme, parce que la plupart des problèmes en brousse, il y a un manque de tensiomètre, il y a un manque de balance, le matériel pour l'albumine sucre des fois il y a une rupture. Donc une consultation prénatale qui se faisait sans un de ces matériels là c'est une consultation ratée.

Q : Hein !

R : C'est une consultation ratée ! Imaginez, vous allez rencontrer une primipare qui vient pour sa première consultation, vous allez seulement faire la hauteur utérine sans prendre la tension de cette dame, comment est-ce que vous allez faire ? Je ne sais pas ce que vous allez dire.

Q : Ce n'est pas un examen complet ?

R : Ce n'est pas un examen complet, c'est même une consultation ratée ça là. Une consultation sans albumine sucre, sans faire l'albumine là et le sucre surtout pour une primipare, celle qui vient pour la première consultation... Il faut que vous voyez sa tension artérielle, son urine, là s'il y a pas du sucre, il y a pas du sel. Donc ce sont ces cas-là qu'on voyait beaucoup en brousse même ici. Sinon il y a des lieux où on utilise les ventouses là jusqu'à présent. En tout cas si c'est un accouchement dystocique, elles ne peuvent jamais faire un accouchement devant une dystocie, dès fois il y a une disproportion fœto-maternelle quand la tête se dégage et si tu n'as pas de ventouse devant toi ou si tu n'as pas un médecin qui sait faire un forceps tout de suite tu vas être devant

Etre sage-femme au Niger

un mort-né et même des fois la mère peut trépasser parce qu'elle peut avoir une rupture utérine.» [S-F en poste au MSP]

L'expérience valorisante de la brousse ne fait donc pas l'unanimité.

Si, dans les équipes, aux infirmières correspondent en principe les soins infirmiers et aux S-F les activités de SR, dans les faits il n'y a pas de distinction en brousse. Chacune, S-F et infirmière, pouvant faire les tâches de l'autre. « C'est le travail d'équipe » disent-elles. C'est la même absence de frontières que nous avons observé entre les tâches des matrones et des filles de salle. Portant la même blouse jaune, toutes s'occupent du nettoyage des sols, des matériels et de l'assistance aux parturientes. Toutefois, il faudra souligner qu'elles font plus que leurs tâches officielles, elles font aussi les accouchements, surtout durant les gardes de nuit, et aident dans la réalisation des CPON. Si elles débordent sur le travail des autres, le sens inverse n'existe pas ou très rarement. Autrement dit, les S-F et les infirmières ne participent pas au nettoyage des sols ou des matériels, comme nous l'avons observé à Diagourou.

Autour des évacuations obstétricales

Le Plan de Développement Sanitaire 2011-2015 relève « une faible fonctionnalité de la référence/contre référence entravant la continuité et la qualité des services en particulier pour les SONUB et les SONUC » (MSP, PDS 2011-2015 : 41). Si les dispositions qui régissent le système sont clairement énoncées, la mise en œuvre comporte des dysfonctionnements qui ont été documentés par de nombreuses études en contexte subsaharien, par des programmes de recherche (Olivier de Sardan et Bako Arifari, 2011) mais aussi dans le cadre de mémoires et thèses (Cheifou, 2003 ; Ouédraogo, 2006 ; Diarra, 2010 ; 2003 ; Arji, 2015). Les aspects étudiés ont concerné les perceptions et représentations autour des évacuations, la question des prises de décision, l'usage des partogrammes, la disponibilité des moyens logistiques, notamment l'ambulance pour le transfert des parturientes, etc. Cette partie reviendra sur quelques-uns de ces aspects. Nous mettons la focale sur 5 cas d'évacuation obstétricale à partir de deux maternités de quartier à Niamey, Dar Es Salam et Yantala. Nous verrons comment les femmes sont prises en charge au sein de ces maternités périphériques, comment sont prises les décisions d'évacuation par les S-F. Nous nous intéresserons particulièrement au façonnement des motifs d'évacuation et aux logiques qui les sous-tendent. Notre observation des 5 cas ne se limite pas seulement à la maternité de départ, nous les suivons également à la maternité de référence, la MIG, pour voir comment se fait le transfert à leur arrivée. A travers nos postes d'observation, il s'agit de rendre compte des interactions entre S-F et parturientes/familles en situation concrète.

La première section est consacrée à la présentation des cas, et la seconde revient sur les dysfonctionnements observés.

Autour de cinq cas d'évacuation obstétricale

Les 5 cas présentés ici sont le fruit d'observations menés par l'enquêtrice/S-F de l'équipe de recherche. Elle raconte.

Observation n°16. Cas 1 : une évacuation pour souffrance fœtale et utérus cicatriciel

Le 20 décembre une femme âgée de 30 ans est admise pour travail d'accouchement. Elle habite dans le quartier à Bobiel. Elle était accompagnée par sa mère. Elle est arrivée à 14H11mn et examinée à 14H17mn par la S-F. Elle lui a fait le toucher vaginal (TV) et elle a écouté les bruits du cœur fœtal (BCF). Comme la femme avait un utérus cicatriciel, la sage-femme lui a dit de se préparer car elle va être évacuée sur la MIG. Elle a appelé l'ambulancier pendant qu'elle finissait de remplir la fiche de référence. Elle a référé la femme pour souffrance fœtale et utérus cicatriciel. Elle n'a pas fait la tension artérielle (TA) à la femme mais elle a marqué 12-7, elle n'a pas pris le pouls aussi, mais elle a mis 80, la hauteur utérine (HU) aussi elle n'a pas fait mais elle a mis comme ça. C'est seulement les BCF et le TV qu'elle a fait à la femme. Et pour la poche des eaux, elle a mis qu'elle a été rompue depuis 4h de temps alors que la femme a dit que lorsqu'elle venait à

Etre sage-femme au Niger

la maternité c'est à ce moment-là que la poche des eaux a été rompue, ça n'a pas fait 4H de temps, ça faisait moins de 1H de temps comme ça d'après la femme. Mais la S-F a mis poche des eaux rompue depuis 4H de temps. Les BCF étaient à 146, mais elle a mis souffrance fœtale. Elle a juste mis le cathéter et c'est tout. La femme a donné 1.500 FCFA à l'ambulancier. A la maternité les femmes donnent 1.500F pour le transport à la MIG. On a quitté à 14H47mn et arrivé à la MIG à 14H58 mn. Arrivé à la MIG on a attendu plus de 3minutes le manœuvre pour qu'il nous amène le chariot mais je l'ai pas trouvé. Il y a toujours un manœuvre qui vient avec un chariot pour prendre la femme et l'amener dans la salle d'urgence. Mais quand on est arrivé le manœuvre n'était pas là, je suis partie le chercher là où il devrait être, il n'était pas là. Je suis revenue comme la femme peut marcher, j'ai pris sa main je l'ai amenée dans la salle d'urgence. On a trouvé les S-F occupées avec d'autres patientes, alors j'ai confié la femme à un DES c'est à lui que j'ai présenté la femme et je lui ai donné la fiche de référence.

Observation n°17. Cas 2 : une évacuation pour souffrance fœtale

Une femme âgée de 28 ans est admise à la garde du 21 au 22 décembre dans la nuit. Elle est arrivée à 20H14mn pour travail d'accouchement. La S-F l'avait examinée à 20H17mn en faisant seulement le TV, elle n'a pas fait d'autres examens, le col était dilaté à 2 doigts de large. A 20H22, elle lui a injecté en IM une ampoule de spasfon plus une ampoule d'atropine et une demie ampoule de synto, le synto c'est 10 unités, elle lui a mis une demi ampoule. Quelques secondes après l'injection la poche des eaux s'est rompue. Le liquide amniotique est teinté, donc ça veut dire qu'il y a une souffrance déjà, elles ont fait une injection à une femme qui a une souffrance fœtale. C'est à ce moment que la S-F contrôle le BCF, maintenant comme elle a vu que le liquide amniotique est teinté elle sait qu'il y a une souffrance fœtale, c'est à ce moment seulement qu'elle s'est décidée à prendre les BCF pour confirmer s'il y a une souffrance ou pas. Les BCF sont à 105. Elle a repris encore le TV, le col est dilaté à 4 cm. Elle a fait appeler l'ambulancier pour amener la femme à la MIG à 21H 03 minutes la fiche de référence était déjà rempli. A 21H27 l'ambulance est en route pour la MIG, on est arrivé à 21H38. Le manœuvre de la MIG a amené la femme dans la salle d'urgence à 21H42. On a trouvé deux S-F qui étaient assises et somnolaient. La salle était vide et propre, il n'y avait personne sur le lit. Après les salutations je leur ai présenté la femme en leur montrant la fiche de référence, elles m'ont demandé d'installer la sage-femme sur le lit d'examen. A peine montée sur le lit la femme expulsa l'enfant. La sage-femme m'a dit : « vous voyez elle allait accoucher dans l'ambulance ». Mais elles ont amené l'enfant à la néonatalogie pour le traitement comme le liquide amniotique est teinté. Quant à l'ambulancier il a pris 1.500 FCFA avec l'accompagnante.

Observation n°18. Cas 3 : une évacuation pour souffrance fœtale et rupture prématurée des membranes

Il s'agit d'une femme âgée de 30 ans. Elle est admise le 22 décembre à 5H30 pour travail d'accouchement. Les S-F m'ont demandé de lui faire le TV, le col est dilaté à 5 cm, poche des eaux rompue, d'après la femme ça a duré 3H de temps, c'est ce que la femme a dit mais, sur la fiche de référence, la sage-femme a marqué 'poche des eaux rompue depuis 24h'. J'ai pris la HU de la femme, elle était à 32 cm. Lorsque j'ai pris les BCF, elles étaient à 76 battements par minute, donc ce n'est même pas à dire c'est la souffrance fœtale. J'ai ainsi demandé à la sage-femme de la référer car il y a une souffrance fœtale. J'ai appelé la S-F je lui ai dit que cette femme-là ses BCF sont à 76, il faut l'évacuer sinon on va perdre l'enfant. C'est à ce temps-là qu'elle s'est levée pour dire : « Hou ! Cet enfant-là ne va pas mourir ici ». On a fait appel à l'ambulancier qui a pris du temps avant de venir. Nous avons quitté la maternité à 6H03 et on est arrivé à la MIG à 6H10, comme c'est la nuit il n'y avait pas assez de circulation. On est rentré à la salle d'urgence à 6H14. J'ai trouvé une

Etre sage-femme au Niger

S-F assise, je lui ai présenté la femme, elle m'a dit « encore vous, c'est quoi encore ? ». Je lui ai répondu c'est une souffrance fœtale. Alors elle m'a dit : « la femme que vous avez amenée elle allait accoucher dans l'ambulance ». Elle m'a dit de reprendre les BCF devant elle et elle aussi elle va prendre pour comparer. C'est comme si elle n'est pas d'accord avec ce qu'on a fait, parce que l'autre femme qu'on avait amenée, juste arrivée aux urgences elle a accouché. Quand j'ai repris le BCF j'ai trouvé 66, à la maternité c'était 76 et ici c'est 66, quand elle a commencé de prendre elle a vu que c'est trop lent. Je lui ai dit : « quand vous commencez à entendre les bruits il faut me faire un top et je vais commencer à chronométrer ». Elle a dit ce n'est pas la peine, il y a une souffrance fœtale. Elle a fait appel à un médecin. Avec le médecin, ils ont aussitôt décidé d'une césarienne. C'est à ce moment-là que je suis partie.

Observation n°19 Cas 4 : une indication de césarienne non évacuée

Une femme d'environ 35 ans est arrivée à 23H34mn. Elle est à sa 14^{ème} grossesse, elle a accouché 13 enfants. A son arrivée, la sage-femme lui a fait le TV et elle lui avait demandé d'aller dans la salle de travail. Après quelques minutes la sage-femme lui a injecté en IM son cocktail habituel. J'avais demandé à la sage-femme combien elle a eu lorsqu'elle avait fait le TV, elle m'a répondu qu'elle a oublié. Elle a dit : « hé moi je m'inquiète en ce moment parce que je n'ai pas d'unités dans mon portable alors que je devrais écrire à mon mec (rires) ». Elle, ce qui la préoccupe c'est le fait qu'elle n'a pas d'unités. Elle me dit de lui faire le shap-shap (transfert de crédits d'appel téléphonique), je lui ai dit que je ne peux pas parce que je ne connais pas le code. Elle cherche le moyen d'avoir le crédit là coûte que coûte. Elle, la femme-là, ça ne l'inquiète pas. Alors j'ai dit à la femme de venir sur le lit pour que je puisse la réexaminer, mais elle ne pouvait pas se lever, elle disait qu'elle ne peut pas. J'ai été obligée de l'examiner sur le lit, elle est à 7cm, présentation de siège. La femme-là elle ne lui a même pas fait la HU. Elle est en travail et sa grossesse est à 7 mois comme ça, c'est un prématuré. La poche des eaux s'est rompue pendant qu'elle était sur le lit, la femme poussait avec force. La S-F m'a alors demandée de préparer les matériels d'accouchement. Elle ne devait même pas faire l'accouchement dans ce service-là parce que c'est un prématuré et elles ont fait l'injection de leur cocktail à la femme, donc on peut perdre l'enfant même si la femme n'accouche pas. On peut perdre l'enfant même avant l'accouchement. Elle a mis des gants pour assister la femme. Lorsque les pieds de l'enfant sont sortis, la sage-femme les a attrapés et faisait une petite traction vers le bas. Arrivé à la poitrine elle a essayé de faire sortir les bras de l'enfant mais ils étaient coincés, elle a essayé pendant plus de 10 minutes en train de chercher de tirer le bras de l'enfant, mais les bras étaient comme ça (montrant la position des bras de l'enfant) à l'intérieur de la femme. Il faut qu'on sorte le premier bras ensuite le deuxième bras et ensuite la tête. Mais c'était impossible de plier le bras, elle m'a demandé de mettre les gants et d'essayer comme j'ai des petites mains. Elle a dit peut-être que je peux attraper les bras de l'enfant. Je lui ai dit de référer la femme sinon on risquerait de perdre l'enfant. Elle m'a répondu si on l'évacue qu'est-ce qu'on va dire arrivé là-bas ? L'enfant était à moitié sorti et puis le battement du cordon là c'est trop lent, donc on risque de le perdre si on insiste. Elle m'a dit : « ne dis pas ces genres de choses devant les patientes, fait le sortir, c'est tout ». Je faisais la manœuvre en même temps je vérifiais le battement du cordon de l'enfant qui était de plus en plus lent, en quelques minutes je sentais plus le battement du cordon, donc c'est fini il est parti. Elles ont mis 'accouchement d'un mort-né prématuré' sur le partogramme. Mais ce n'est pas un mort-né, il est mort entre nos mains et je me suis dit « est ce que ce n'est pas moi qui l'ai tué ? », comme c'était moi qui m'occupais de la femme. C'était une petite fille. Elle a écrit sur le partogramme 'femme venue à dilatation complète', alors que la femme quand je l'ai examinée, elle était à 7 cm,

Etre sage-femme au Niger

elle n'était pas à dilatation complète et elle le sait. Lorsqu'elle avait fait le toucher vaginal et constaté que c'est une présentation de siège, normalement, elle devait évacuer la femme. Parce que non seulement c'est une présentation de siège, aussi c'est un prématuré. Elles n'ont pas les matériels là-bas pour prendre en charge un prématuré, surtout s'il est en souffrance. Même s'il n'est pas en souffrance, ils n'ont pas de matériels pour les prématurés dans un CSI, c'est une référence pour césarienne.

Observation n°20. Cas 5 : une évacuation pour rupture prématurée de la poche des eaux

Une femme âgée de 22 ans est admise à 21H37mn pour travail d'accouchement. C'est l'infirmière qui l'a examinée. Elle lui a fait seulement le TV : 1 doigt, poche des eaux rompue depuis 11H selon la femme. Après le toucher, elle lui a dit d'aller se coucher dans la salle de travail. A 23H27, la sage-femme a appelé la parturiente dans la salle d'accouchement pour la réexaminer. C'était idem, la dilatation du col n'avait pas augmenté. Alors, elle a décidé de l'évacuer pour rupture prématurée de la poche des eaux. C'est à ce moment qu'elle m'a demandé de prendre les constantes : BCF 123 battements/mn, HU 33cm, TA 13/9, T° 37,2°. Ensuite j'avais appelé l'ambulancier. L'accompagnante lui a remis 1 000 FCFA de carburant avant de monter dans l'ambulance.

On a quitté à 23H41 pour la MIG et on est arrivé à 23H49. Je suis partie dans la salle d'urgence avec la femme en tenant sa main, comme elle pouvait marcher. On avait trouvé une infirmière et deux médecins. J'ai présenté la femme et remis la fiche de référence à l'infirmière. Quand elle a lu le motif, elle m'a demandé si c'est moi qui ai fait la fiche. Je lui ai répondu que ce sont les S-F de garde. Elle m'a dit de transmettre à ces S-F qu'on ne parle pas de RPM quand la femme entre en travail. En sortant de la salle, elle disait au médecin que c'est comme ça, les S-F réfèrent de tort à travers la nuit.

A mon retour à la maternité à 00H22mn, j'ai transmis le message. Quand elle a entendu cela, la sage-femme s'est mise en colère et a dit : « Hé, laisse-les, ce ne sont que des vauriens. C'est comme ça qu'elles font. Une fois même j'avais évacué une femme pour RPM, on lui a dit d'aller s'asseoir dans la salle de pré-travail, elle était là-bas depuis le matin, il a fallu 17H pour la Césariser, et finalement elle a accouché d'un mort-né. Vraiment ces S-F-là se moquent des gens. Elles croient qu'elles connaissent mieux que les S-F des maternités périphériques, alors que c'est à notre niveau qu'on détecte les complications. Si seulement on pouvait faire un concours entre nous pour voir les meilleures. *Fourkou yaamo* (« vauriennes »)! Elles pensent qu'on ne connaît rien à part référer. Si on disposait des matériels nécessaires, on n'allait pas référer. J'ai même informé la directrice par rapport à ce problème. Je lui ai dit que c'est parce qu'elle ne part pas à l'évacuation c'est pour cela qu'elle ignore ce qu'on nous fait. Une fois même quand j'avais évacué une femme pour BGR (bassin généralement rétréci), j'avais trouvé Dr X et il m'avait demandé de réexaminer la femme devant lui pour voir si réellement c'est ça. Après, il a demandé à une sage-femme de contrôler. Le résultat était le même. Après ça il n'a rien dit. Je n'avais même pas quitté quand on l'a amenée au bloc opératoire pour la césarienne ». Elle m'a dit qu'elle souhaitait même avoir une autre référence pour partir à la maternité centrale et parler à l'infirmière.

Les évacuations d'urgence obstétricale et leurs normes pratiques

Les informations qui ressortent de ces 5 cas sont une bonne illustration de certaines des analyses développées par Olivier de Sardan et Bako Arifari (2011) dans le contexte du Bénin, ainsi que par nos propres recherches antérieures sur les évacuations obstétricales dans le contexte du Mali (travaux évoqués plus haut en

introduction de cette section). Les perceptions et normes pratiques des agents sont souvent aux antipodes des normes techniques officielles.

La césarienne comme finalité de la référence et source de conflit entre agents

Les programmes liés aux interventions obstétricales tels que les SONUB (soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base) et SONUC (soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet) doivent être mise en œuvre selon le fonctionnement pyramidal du système de santé dans un esprit de complémentarité entre les structures de base et les structures de référence. Ainsi, la délivrance des SONUB est offerte au niveau des maternités des CSI et CS tandis qu'aux SONUC correspondent les maternités de référence aux niveaux district, régional et national. Ces dernières disposent de compétences et d'un plateau technique plus fournis que les premières, ce qui leur permet de délivrer quatre principaux actes spécialisés : césarienne, laparotomie, AMIU et transfusion sanguine. A ces actes spécialisés correspondent en amont des signes/diagnostics obstétricaux formulés comme motifs d'évacuation par les soignants des maternités périphériques. Or nos observations montrent que lorsqu'une femme évacuée finit par accoucher par voie basse à la maternité de référence, cela est interprété comme une incompétence ou une paresse dans le suivi de la femme de la part des soignantes à la périphérie. Cette perception est partagée aussi bien du côté des maternités périphériques que du côté des maternités de référence, comme le montrent les cas ci-dessus.

La logique de la complémentarité qui devrait accompagner toute évacuation est écartée du fait de cette incompétence perçue par les soignants de la structure de référence. Dans leur entendement, une évacuation devrait nécessiter une césarienne et non finir par un accouchement par voie basse. Ces conflits de compétence entre agents des maternités périphériques et de référence sont récurrents.

Imaginer les constantes : la fabrique des chiffres

Dans les conditions présentées ci-dessus, les motifs d'évacuation sont formulés en fonction des indications de la césarienne en urgence. Selon les normes techniques, la décision d'accouchement par césarienne en urgence est indiquée :

- avant le début du travail, lorsqu'une hypertension inquiétante associée ou non à d'autres signes, menace la vie de la mère ou de l'enfant ; ou devant le décollement hémorragique du placenta ;
- en début de travail, lorsque l'enfant se présente mal (par l'épaule, le front, le siège) ou présente un cœur qui ralentit ou encore devant une cicatrice maternelle qui paraissait solide et qui manifeste sa fragilité ;

Etre sage-femme au Niger

- pendant le travail : dans les cas de dystocies mécaniques liées à la mère (petit bassin) ou au fœtus (gros ou mauvaise présentation) et de dystocies dynamiques dues à la fréquence et la nature des contractions utérines.

Dans nos cas les motifs indiqués sur les fiches de référence correspondent bien aux normes techniques. Il semble même que certains signes sont des motifs d'évacuation systématique tels que l'utérus cicatriciel, sans que les S-F aient à examiner sa solidité/fragilité pour un accouchement par voie basse¹⁵.

Mais les motifs ne correspondent pas toujours à la réalité. **Les parturientes sont examinées à minima par les soignantes et la quasi-totalité des constantes sont inventées** : le pouls, la température et la TA sont rarement pris. Les soignantes s'arrangent pour que les chiffres inventés puissent justifier l'évacuation. Comme exemple d'« arrangements », concernant la poche des eaux, on mentionne sur la fiche de référence une durée de rupture sciemment rallongée, 4H de temps alors qu'en réalité c'est 1H (Cas1), 24H sur la fiche pour une durée réelle de 3H (Cas3). En inventant ces faux chiffres, les S-F veulent justifier une prise en charge rapide dans une structure spécialisée face à des risques d'infection sur le fœtus. De plus, vue l'heure de l'admission, on fait croire à un recours tardif à la maternité de la part de la femme. Et cela accroît davantage le premier retard en termes de santé publique dans le parcours des parturientes. On constatera que l'invention des chiffres se fait aussi dans le remplissage des partogrammes. La pratique courante des S-F est de faire le remplissage après l'accouchement alors que le partogramme, outil d'aide à la décision dans le suivi du travail d'accouchement devrait contenir des constantes mesurées en temps réel. A partir de l'heure de l'accouchement, elles font un compte à rebours pour noter des constantes fictives à des heures fictives aussi.

Une autre pratique est de noter que la parturiente a été admise à dilatation complète, ce qui signifie que la S-F n'a eu à faire que l'accouchement. En d'autres termes, la femme aurait immédiatement accouché à peine arrivée à la maternité. Les S-F masquent ainsi l'absence de surveillance des parturientes.

D'autres supports tels que les cahiers de garde et de permanence, les registres d'évacuation sont aussi mal remplis. Ainsi, des évacuations sont faites sans aucune trace dans le support comme le souligne l'enquêtrice :

« R : L'hémorragie de la délivrance et le syndrome de pré rupture, je n'ai même pas vu ça dans le registre, elles n'ont pas mis ça dans le registre.

Q : Le jour où elles ont été admises, là ?

R : Oui, donc il y a des évacuations qu'elles ne mettent pas, elles ne prennent pas soin de mettre ça dans le registre. J'ai regardé dans le registre je n'ai pas trouvé les traces. »

En plus de ces évacuations sans traces, il existe aussi des patientes fantômes, c'est à dire qu'il n'existe aucune trace de leur prise en charge : les soignantes leur font payer indûment certains services et ne les enregistrent donc pas dans les supports.

¹⁵ Mais cela est une question d'école, et on note que c'est la formule « une fois césarisée, toujours césarisée » qui est en vigueur dans la sous-région ouest-africaine.

« Synto » et autres produits : le cocktail explosif pour accélérer le travail

Le Syntocinon®, déjà évoqué plus haut et communément appelé « Synto », est un produit utérotonique souvent utilisé en obstétrique. Au cours du travail, il est administré à la parturiente lorsque celle-ci présente une insuffisance des contractions utérines. Mais le produit a souvent fait l'objet d'une utilisation abusive dans les maternités pour accélérer le travail d'accouchement. Les formations visant à améliorer la compétence des soignants en matière de soins maternels attirent l'attention de ces derniers sur les risques de souffrance fœtale et de rupture utérine quant à son administration incontrôlée. On sait aussi qu'autour du « Synto » plane toujours cette suspicion souvent justifiée du « fonds de commerce » qu'en font les soignantes par sa vente illicite aux familles. Souley aborde ce sujet en ces termes :

« Il s'agit notamment, des produits qui accélèrent les contractions pour les parturientes. L'accouchement étant toujours une affaire d'urgence, la parturiente ou ses accompagnatrices sont promptes à suivre les indications des soignants sans trop réfléchir. La vente se fait sur place, au comptant et en espèces. Le plus souvent, les sages-femmes laissent aux filles de salle le soin de la négociation et de l'encaissement, les transactions se faisant directement entre ces dernières et les accompagnatrices. Ici, à l'arnaque s'ajoute le risque sanitaire réel. » (Souley, 2003 : 142-143)

Comme observé dans notre cas², le synto est associé à deux autres produits, Spasfon® et Atropine® qui sont des antispasmodiques. Voici les doses habituellement administrées : Spasfon, une ampoule + Synto, demie ampoule de 10 unités internationale + atropine, une ampoule, le tout injecté en IM ou en IV.

Il serait intéressant de connaître les effets d'une telle association de produits administré en IM. Ce fameux cocktail a une variante selon la disponibilité des produits : Spasfon une ampoule + demi ampoule de Synto + une ampoule de Butyle en IM. Parfois c'est uniquement le Synto qui est injecté selon la formule : Synto demi ampoule en IM ou IV + une ampoule de Synto en perfusion.

Les femmes paient directement aux soignantes 4.100 FCFA lorsqu'elles « bénéficient » de tels soins. Les mesures prises au niveau hiérarchique ont été dans certains établissements au Mali assez drastiques comme l'interdiction du produit. Mais cette interdiction a sans doute a été levée avec l'introduction de la pratique de la GATPA dans les protocoles de soins maternels, celle-ci préconise en effet l'injection de Synto immédiatement après l'accouchement pour minimiser les risques d'hémorragies post-partum.

Références

- Barthélémy, P., 2010, *Africaines et diplômées à l'époque coloniale (1918-1957)*, Presses universitaires de Rennes, www.pur-editions.fr
- Bonnet, D., 1988, *Corps social, corps biologique. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi. Burkina Faso*, Paris, Editions de l'ORSTOM.
- Carricaburu, D., 1994, « Les sages-femmes face à l'innovation technique », in Aïach, P., Fassin, D. (eds), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, pp : 281-308 .
- Cheifou, I., 2003, Les déterminants du faible taux de référence des CSI (centre de santé intégré) ruraux vers le CHD (centre hospitalier départemental), dans le district sanitaire de Tahoua, zone d'intervention du projet ALAFIA/GTZ au Niger, Niamey, Université Abdou Moumouni, mémoire de maîtrise en sociologie.
- Desclaux, A. & Taverne B., 2000, *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- Diarra, A. 2012, « La prise en charge de l'accouchement dans trois communes au Niger. Say, Balleyara et Guidan Roumji », Niamey, *Etudes & Travaux du LASDEL*, n°101.
- Diarra, A., 2003, « La production de la violence au fil des décisions dans quelques services de santé maternelle au Mali », *Bulletin de l'APAD*, 25, pp : 69-87.
- Diarra, A., 2010, *Socio-anthropologie de la prise en charge de l'accouchement au Mali*, Marseille, École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS), Thèse de doctorat
- Diarra, A., 2013, *La formation des matrones et la prise en charge des accouchements dans le district de Tanout*. Niamey : Rapport du LASDEL
- Diop, N., Mané, B.; Mbow, F. B. & Thiam, A., 2013, *Etude exploratoire des soins respectueux aux femmes fréquentant les services de santé de la reproduction dans deux centres urbains principaux du Sénégal – Investigation des données qualitatives*. Dakar: Population Council.

- Gélis, J., 1976, « L'accouchement au XVIIIème siècle. Pratiques traditionnelles et contrôle médical », *Ethnologie Française*, VI : 3-4, pp : 325-338.
- Gélis, J., 1984, *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne XVIème – XIXème siècle*, Paris, Editions Fayard.
- Gobatto, I., Lafaye, F., 2005, « Petits arrangements avec la contrainte. Les professionnels de santé face à la réduction de la transmission mère-enfant du VIH à Abidjan (Côte d'Ivoire) », *Sciences Sociales et Santé*, n°1, pp : 79-107.
- Héritier-Izard, F., 1973, « Univers féminin et destin individuel chez les Samo », in G. Dieterlen (ed), *La notion de personne en Afrique noire*, Paris, Editions du CNRS, pp : 243-254.
- Institut National de la Statistique, 2012, Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDSN-MICS IV), Ministère des Finances, Niamey, Niger.
- Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J-P., 2003 (dir.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD-Karthala.
- Jaffré, Y. & Prual, A., 1994, « Midwives in Niger : an uncomfortable position between social behaviour and health care constraints » , *Social Science and Medicine.*, 38 (8), pp: 1069-73.
- Jaffré, Y., Diallo, Y., Vasseur, P., Grenier-Torrès, C., 2009, *La bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*, Descartes, Les Éditions Faustroll.
- Journet, O., 1981, « La quête de l'enfant. Représentation de la maternité et rituels de stérilité dans la société Diola de Basse-Casamance », *Journal des Africanistes*, 51 (1-2), pp : 97-116.
- Kaufmann, J-C., 2006, « Identité », in Mesure, S., Savidan, P. (dir.), *Le dictionnaire des sciences humaines*, Paris, PUF, pp : 593-95.
- Knibiehler, Y., 2007, *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXème siècle*, Paris, CNDP.

- Lallemand, S., Journet, O., Ewombé-Moundo, E., Ravololomanga, B., Dupuis, A., Cros, M., Jonckers, D., 1991, *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*, Paris, L'Harmattan.
- Ly A., Ridde V., Kouanda S., Queuille L., 2013 « La charge de travail des agents de santé dans un contexte de gratuité des soins au Burkina Faso et au Niger », *Bull. Soc. Pathol. Exot.* 106:264-271.
- Gabe, M. 2012 *Accoucher en France. De la Libération aux années 1960*, Paris : L'Harmattan, ISBN : 978-2-296-96701-4.
- Ministère de la Santé Publique (2010c), Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011 – 2015, Niamey-Niger.MSP, PDS 2011-2015 : 41 P74
- Moussa Abdallah, H., 2008, Entre absence et refus d'enfant : une socio-anthropologie de la gestion de la fécondité féminine à Niamey, Niger, Marseille, EHESS, Thèse de doctorat.
- Olivier de Sardan, J-P., 1995, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, APAD – Karthala.
- Olivier de Sardan, J-P., 2001, « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest », *Autrepart*, (20), pp : 61-73.
- Olivier de Sardan, J-P et Arifari Bako, N., 2011, « La référence obstétricale au Bénin. Etude socio-anthropologique », Niamey, *Etudes & Travaux du LASDEL*, n° 97.
- Olivier de Sardan, J-P, 2015, « Y a-t-il une culture électorale au Niger ? », in Olivier de Sardan (ed) « *Elections au village. Une ethnographie de la culture électorale au Niger* » (avec A. Elhadji Dagobi, E. Hahonou, O. Hamani, N. Issaley, O. Makama Bawa, M. Moha, A. Mohamadou, H. Moussa Ibrahim, A. Oumarou, M. Tidjani Alou, I. Younoussi), Paris, Karthala
- Olivier de Sardan J-P., Moumouni A., Souley A., 1999, « L'accouchement c'est la guerre ». De quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien », *Bulletin de l'APAD*, 17, pp : 71-93.
- Olivier de Sardan, J.P. et Ridde, V. (dir), 2014, *Une politique publique de santé et ses contradictions*, Paris, Karthala.

Etre sage-femme au Niger

- Ouédraogo, R. 2006, Les évacuations sanitaires des femmes enceintes à la maternité du CSPS du secteur 28 de Ouagadougou, Université de Ouagadougou, Mémoire de maîtrise en sociologie.
- Souley, A., 2003, « Un environnement inhospitalier », in Jaffré & Olivier de Sardan (eds), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD-Karthala, pp : 105-155.
- UNFPA, (2011) La pratique de sage-femme dans le monde en 2011. Naissances réussies, vies sauvées. www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main.../fr_SoWMy_Full.pdf
- Vasseur, P., 2004, Socialisation des sages-femmes jeunes diplômées dans la vie active au Sénégal, Marseille, EHESS, Mémoire de DEA.

Etre sage-femme au Niger

*Ce rapport est tiré de la recherche « **Les problèmes négligés des systèmes de santé** », financée par le CRDI (Canada)*

Le LASDEL (Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local) est un centre de recherche en sciences sociales implanté au Niger et au Bénin), dont les principaux axes de travail portent sur la délivrance des services publics, la mise en œuvre des politiques publiques et les interactions avec les usagers (santé, hydraulique, pastoralisme, éducation, justice, etc.), les pouvoirs locaux et la décentralisation, et l'intervention des institutions de développement. Le LASDEL recourt à des méthodes qualitatives fondées sur les enquêtes de terrain approfondies. Il met à la disposition des chercheurs et doctorants son Centre de Documentation de Niamey. Il contribue à la formation de jeunes chercheurs, en particulier avec son Université d'été

La collection « Etudes et Travaux du LASDEL » propose des rapports de recherche issus des travaux menés par le LASDEL. Ils sont disponibles en ligne (www.lasdel.net) ou en vente à son secrétariat.

Derniers numéros parus :

- N°120 « Des contextes particuliers à chaque métier de l'Etat ... Synthèse des enquêtes menées par le LASDEL dans quatre domaines de l'administration nigérienne, avec quelques propositions sur des réformes ancrées dans les réalités » par J.P. Olivier de Sardan (2014)
- N°119 « La routine des comportements non-observants au sein des services publics nigériens. Connaître la culture bureaucratique pour la réformer de l'intérieur », par J.P. Olivier de Sardan (2014)
- N°118 « Les services de l'élevage dans les départements de Gouré et Tesker : entre complexités pastorales et débrouillardises », par N. Issaley (2014)

Etre sage-femme au Niger