

AÏSSA DIARRA

AVEC LA COLLABORATION DE FATI DIOULDÉ & MAHAMAN MOHA

LA PRISE EN CHARGE  
DE L'ACCOUCHEMENT  
DANS TROIS COMMUNES AU NIGER  
SAY, BALLEYARA ET GUIDANROUMJI



## SOMMAIRE

<b>LISTE DES SIGLES.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>5</b>
<b>I. LE DISPOSITIF OFFICIEL DE PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT.....</b>	<b>7</b>
<b>LES SERVICES PUBLICS DE PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT .....</b>	<b>7</b>
LA STRATEGIE DES SOU.....	7
A la base de la pyramide, les cases de santé .....	8
Les CSI .....	8
Les hôpitaux de district.....	8
Les CHR et les CHN .....	9
<b>L'IMPLICATION DES AUTORITES LOCALES.....</b>	<b>9</b>
<b>II. L'ACCOUCHEMENT MEDICALISE TEL QUE PERÇU PAR LES PERSONNELS DE SANTE .....</b>	<b>10</b>
<b>DES DEFENSEURS NATURELS DE L'ACCOUCHEMENT MEDICALISE... ..</b>	<b>10</b>
<b>... TOUTEFOIS QUELQUES ECUEILS QU'ILS RECONNAISSENT... ..</b>	<b>11</b>
L'INDISPONIBILITE DE CERTAINS EQUIPEMENTS ET INTRANTS.....	11
L'ABSENCE DE BANQUE DE SANG.....	12
LES DYSFONCTIONNEMENTS ORGANISATIONNELS DES SERVICES DE SANTE.....	13
Des ASC entre désertion et non respect de l'autorité sanitaire .....	13
Le district sanitaire de Guidan Roumji entre le poids de l'autorité chefferiale et les dysfonctionnements internes aux services.....	14
Des gardes non assurées par les sages-femmes de la maternité au CSI de Balleyara.	18
LE MANQUE DE RESSOURCES HUMAINES.....	19
Les ASC des cases de santé .....	19
Les infirmiers et les sages-femmes des CSI.....	19
Les anesthésistes et les aides chirurgiens.....	23
LE PROBLEME DES EVACUATIONS .....	24
Zoom sur les ambulanciers .....	24
Les motifs des évacuations .....	24
La décision de l'évacuation .....	25
Le choix de la structure.....	25
La procédure .....	27

<b>III. L'ACCOUCHEMENT MEDICALISE TEL QUE PERÇU PAR LES FEMMES ET LEURS FAMILLES .....</b>	<b>33</b>
<b>LES CPN ET L'ACCOUCHEMENT MEDICALISE VALORISES.....</b>	<b>33</b>
<b>... MAIS.....</b>	<b>33</b>
DE LONGUES ATTENTES, DE MAUVAIS TRAITEMENTS ET DES RACKETS,.....	33
... DES DIFFICULTES D'ACCES AU SERVICE DE REFERENCE ET DES DEPENSES ELEVEES EN CAS D'EVACUATION .....	36
 <b>IV. L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE .....</b>	<b>41</b>
<b>LES PERCEPTIONS AUTOUR DE L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE .....</b>	<b>41</b>
L'ACHARNEMENT VAIN DES SOIGNANTS ET DES AUTORITES LOCALES CONTRE LA PRATIQUE DE L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE.....	41
LES PERCEPTIONS DES FEMMES ET DE LEURS FAMILLES.....	44
La préférence pour certaines femmes à accoucher à domicile si tout se passe bien	44
Des risques en cas de complication .....	45
<b>LES PRINCIPAUX ACTEURS DE L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE .....</b>	<b>45</b>
La parturiente comme principale actrice.....	45
LES ACCOUCHEUSES TRADITIONNELLES ET LES MATRONES.....	46
L'entrée dans le métier	47
Les formations.....	50
Les pratiques .....	52
Les avantages et les inconvénients du métier .....	61
LA NORME DU « MANQUE DE TOUT » .....	64
UN SYSTEME DE SANTE FICELE PAR LA POLITIQUE ET L'AUTORITE CHEFFERIALE.....	64
LA PRATIQUE DE L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE, UN CONTREPOIDS DE TAILLE.....	65
DES INNOVATIONS LOCALES A TRAVERS LE SYSTEME DES « CENTIMES ADDITIONNELS ».....	65
... ET LA MONTEE EN FORCE DES MATRONES ET DES ACCOUCHEUSES TRADITIONNELLES.....	65
 <b>V. CONCLUSION.....</b>	<b>68</b>
 <b>ANNEXE 1 TABLEAU SYNTHETIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS LES TROIS COMMUNES.....</b>	<b>66</b>
<b>ANNEXE 2 GROUPES STRATEGIQUES ET ENTRETIENS .....</b>	<b>68</b>
<b>ANNEXE 3 LIEUX D'ENQUETE .....</b>	<b>69</b>

## LISTE DES SIGLES

AG : assemblée générale  
AMIU : aspiration manuelle intra utérine  
ASC : agent de santé communautaire  
CCD : capacité chirurgie de district  
CHN : centre hospitalier national  
CHR : centre hospitalier régional  
CPN : consultations prénatales  
CPNR : consultations prénatales recentrées  
CSI : centre de santé intégré  
ECD : équipe cadre de district  
FAD : fond d'aide au développement  
GATPA : gestion active de la troisième phase de l'accouchement  
HD : hôpital de district  
IDE : infirmier diplômé d'Etat  
JNV : journées nationales de vaccination  
MCD : médecin chef de district  
MCDA : médecin chef de district adjoint  
ONG : organisation non gouvernementale  
PTME : prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH  
SOU : soins obstétricaux d'urgence  
SOUB : soins obstétricaux d'urgence de base  
SOUC : soins obstétricaux d'urgence complets

*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

# LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER : SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI

*Aïssa DIARRA*

## *Introduction*

Ce texte est le résultat d'une recherche menée dans le cadre des activités du groupe de recherche « gouvernance locale » du programme Pouvoir et Politique en Afrique (APPP)<sup>1</sup> du LASDEL financé par le Département du Ministère du développement international du Royaume-Uni (DFID) et par le Ministère des Affaires Etrangères Irlandais (Irish Aid).

Depuis une décennie, le leitmotiv des décideurs politiques est la généralisation de l'accouchement médicalement assisté dans toutes les contrées du pays. Mais dans les faits, les femmes enceintes et leurs familles n'ont pas pour seuls option de se rendre dans les structures de santé. Bien souvent l'accouchement se passe à domicile. C'est pourquoi notre recherche vise à étudier à la fois la prise en charge de l'accouchement médicalement assisté et de celui qui se passe à domicile. Autrement dit, la prise en charge de l'accouchement, considérée comme une délivrance de bien public, inclut aussi bien les dispositifs officiels publics, mais également les modes locaux d'accouchement élaborés au sein de la communauté.

Notre travail est essentiellement qualitatif, s'attachant à décrire et à analyser, au sein de chacun des groupes stratégiques d'acteurs, les manières de dire et de faire autour de l'accouchement. Nos enquêtes se sont déroulées dans trois communes du Niger : Say, Balleyara et Guidan Roumji.

Une enquête ECRIS réalisée à Balleyara a permis de relever quelques éléments de réflexions importants et des pistes de recherche qui nous ont servi pour élaborer la suite des enquêtes. Nous avons mené nos enquêtes en deux phases. La première phase a été menée par notre enquêtrice auprès des autorités et au sein de la population des trois communes. La deuxième phase a été menée par nous même assistée de l'enquêtrice, pour des enquêtes concernant à la fois les structures de santé, les autorités locales et la communauté. Dans chaque site nous avons enquêté à l'Hôpital de District (HD), au Centre de santé Intégré (CSI) de la ville. Puis nous avons sélectionné dans chaque commune un CSI et une case de santé

---

<sup>1</sup> <http://www.institutions-africa.org/>

*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

en fonction de leur distance par rapport à l'HD et des difficultés (enclavement, équipement, ressources humaines) auxquelles les soignants et les populations de la localité sont confrontés (*cf.* annexe 1).

Au total 88 entretiens ont été réalisés auprès de trois groupes stratégiques d'acteurs : le groupe des personnels de la santé, celui des autorités locales et enfin celui des usagers (*cf.* annexe 2). Nous avons également procédé à des observations au sein des structures de santé, au domicile de certains usagers et lors des réunions des soignants à Guidan Roumji (assemblée générale et atelier de restitution)

Le présent rapport est structuré en cinq parties :

- la première partie présente brièvement le dispositif officiel de prise en charge de l'accouchement en insistant sur la politique en vigueur et son dispositif de mise en œuvre dans le système de santé ;
- la deuxième et la troisième partie reviennent sur les perceptions des acteurs, soignants et usagers, sur la délivrance des soins obstétricaux ;
- la quatrième partie nous emmène dans le champ de l'accouchement à domicile, sur les pratiques et les stratégies de leurs acteurs principaux.



## I. LE DISPOSITIF OFFICIEL DE PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT

### *Les services publics de prise en charge de l'accouchement*

La politique nationale dans le domaine particulier de la santé maternelle est d'assurer dans un moindre risque la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement dans les structures publiques de santé. Elle est basée sur les Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) qui s'appuie sur la notion de décès maternel évitable puisqu'on en connaît les causes médicales : hémorragie, infections, hypertension artérielle, dystocies, avortement. La prise en charge médicale est alors d'identifier ces complications et de les traiter en urgence. Cette stratégie des SOU est appliquée dans nos trois sites, Say, Balleyara et Guidan Roumji comme sur tout le territoire national. Dans les lignes qui suivent nous ferons une revue rapide du dispositif élaborée autour de ses composantes et des structures de santé qui sont les supports de sa mise en œuvre.

### *La stratégie des SOU*

Les SOU incluent d'une part les Soins Obstétricaux d'Urgence de Base (SOUB) qui comprennent les composantes suivantes :

- l'assistance à l'accouchement par voie basse ;
- la tenue du partogramme ;
- le retrait manuel en cas de rétention placentaire et l'évacuation manuelle aussi des autres tissus pour la prévention de l'infection ;
- l'approvisionnement en antibiotiques et leur administration pour prévenir l'infection ;
- la prévention de l'hémorragie post-partum par la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA) ;
- l'aspiration manuelle intra utérine (AMIU) pour les soins après avortement ;
- l'évacuation de la parturiente en cas de complication obstétricale.

D'autre part, ils incluent les Soins Obstétricaux d'Urgence Complètes (SOUC) qui comprennent la césarienne, la transfusion sanguine ainsi que d'autres composantes.

### *Les services de délivrance des SOU et leurs acteurs*

La mise en œuvre de la stratégie SOU, à l'échelle des structures de santé, varie en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire. Ainsi globalement les SOUB sont accomplis dans les structures de santé dépourvues de salle d'opération que sont les cases de santé et les CSI. Les SOUC sont offerts dans les structures qui comprennent une salle d'opération, il s'agit des HD, des centres hospitaliers régionaux (CHR) et des centres hospitaliers nationaux (CHN).

#### *A la base de la pyramide, les cases de santé*

Elles servent de premier contact des populations avec les structures de santé. Elles sont généralement créées dans les villages dépourvus de CSI pour assurer la délivrance de soins simples de première nécessité. Mais les femmes peuvent aussi les fréquenter pour les consultations pré-natales (CPN) et pour y accoucher. Un agent de santé communautaire assisté d'au moins une matrone, y exercent sous le contrôle des membres d'un comité de gestion de santé du village. La structure se réduit au strict minimum : une pièce pour les consultations, une deuxième pour les pansements et une troisième pour les accouchements.

#### *Les CSI*

Ils servent de référence pour les cases de santé et les populations environnantes peuvent directement les utiliser. Ils supervisent les activités des cases de santé qui leur sont rattachées. Nous avons deux types de CSI, ceux de type I sont tenus par un infirmier certifié et offrent les services suivants : soins curatifs, soins préventifs (consultations nourrissons sains, vaccinations, consultations foraines, CPN) et accouchement eutociques. Les CSI de type II quant à eux, sont tenus par un infirmier diplômé d'État (IDE) avec un ou plusieurs autres infirmiers et des filles de salle. Ils offrent tous les soins proposés par les cases de santé ainsi que les CSI de type I, mais à un niveau supérieur puisqu'ils comprennent en plus un laboratoire, une maternité tenue par au minimum une sage-femme assistée par une ou plusieurs matrones. Dans tous les CSI il y a toujours un percepteur qui s'occupe de la gestion des médicaments.

#### *Les hôpitaux de district*

Ils servent de référence à tous les CSI faisant partie de leur aire de santé. Ils ont chacun à leur tête une Équipe Cadre de District (ECD) qui comprend un médecin chef de district (MCD) qui est le responsable, un communicateur, un épidémiologiste, un point focal de la Santé de la Reproduction (SR). Cette équipe a pour tâche de gérer l'HD, d'assurer la supervision de tous les CSI de l'aire de santé du district. Elle sert aussi de liaison entre le district sanitaire et la Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP). Leur plateau technique offre des soins

curatifs à travers les services suivants : les urgences ; la maternité pour des accouchements à la fois eutociques et dystociques ; un bloc opératoire prenant en charge les césariennes, les grossesses extra utérines (GEU) et la petite chirurgie ; une pharmacie ; la médecine interne, la pédiatrie; un laboratoire, une radiologie. Comme personnel de santé on y compte : un médecin chef; un médecin chef adjoint; un anesthésiste, un aide chirurgien, un laborantin, un radiologue, des sages-femmes, des infirmiers, des filles de salle, des matrones, un ambulancier, des manoeuvres.

#### *Les CHR et les CHN*

Chaque Centre Hospitalier Régionale (CHR) sert de référence à tous les HD d'une région donnée. Les Centres Hospitaliers Nationaux (CHN) se retrouvent au sommet de la pyramide sanitaire et sont au nombre de trois, soit un à Zinder et les deux autres à Niamey. Ces CHN assurent la prise en charge de toutes les références provenant des CHR. Ces structures de dernière référence comprennent bien évidemment un bloc chirurgical, un personnel auxiliaire complet, des médecins, des spécialistes notamment en gynéco-obstétriques, en échographie pour ce qui concerne le volet soins obstétricaux.

Il convient d'ajouter parmi ces acteurs des structures de santé le rôle particulier des matrones. En effet, celles-ci tout en opérant en milieu médical interviennent également en population, en contact direct avec les parturientes et leurs familles dans l'environnement social.

#### ***L'implication des autorités locales***

Les autorités locales sont au second rang derrière les personnels de santé pour l'application des SOU. Ils y participent donc à distance à travers des comités réunissant tous les acteurs de la santé. D'une part, il y a le comité communal de la santé qui comprend les représentants de la mairie (le maire ou un de ses conseillers, les structures de santé généralement un chef CSI), la communauté (à travers les Coges et Cosa). D'autre part, il y a le comité départemental de la santé qui comprend en plus des acteurs sus-cités les représentants de la préfecture. Les chefs de village sont parfois consultés à l'occasion d'assemblées générales lorsqu'il y a des décisions importantes à prendre. Ils sont par ailleurs impliqués tout comme la préfecture, dans le choix et l'intégration de certains agents dans les structures de santé, tels que les matrones.

## II. L'ACCOUCHEMENT MÉDICALISÉ TEL QUE PERÇU PAR LES PERSONNELS DE SANTÉ

### *Des défenseurs naturels de l'accouchement médicalisé...*

Bien évidemment, le personnel de santé trouve que l'accouchement dans leur structure est le plus sûr pour les femmes par comparaison à celui qui se passe à domicile où les femmes, selon eux, courent d'énormes risques. C'est d'ailleurs grâce à eux que la plupart des complications, survenant lors des accouchements à domicile, sont traitées. La majorité des personnels de santé trouvent que la Consultation Périnatale Recentrée (CPNR)<sup>2</sup> en soi est appréciée par les femmes. En effet, la durée plus longue de la consultation par rapport l'ancienne CPN et le fait qu'il leur soit posé beaucoup plus de questions sont perçus par les femmes comme un signe d'intérêt des soignants sur leur personne. Une sage-femme de la maternité d'un CSI urbain nous dit :

« Les femmes apprécient la CPNR, elles disent qu'enfin on s'intéresse à elles. »  
[Sage-femme, CSI urbain, Balleyara]

De plus les soignants constatent que la CPNR est un moyen d'augmenter le taux de fréquentation des structures de santé par les femmes pour les accouchements. Une sage-femme d'un CSI type réduit<sup>3</sup> témoigne que depuis qu'elle a commencé à utiliser les fiches de CPNR, elle reçoit beaucoup plus de femmes qui viennent accoucher :

« Dans ce trimestre j'ai fait 14 accouchements grâce à la CPNR, alors qu'à mon arrivée quand je faisais l'ancienne CPN, j'avais à peine 4 accouchements dans le trimestre. » [Sage-femme, CSI type réduit, Guidan Roumji]

---

<sup>2</sup> « C'est une nouvelle approche qui consiste non seulement à déceler chez les femmes enceintes les signes de prévoir que la grossesse/l'accouchement présenteront des difficultés mais aussi à apprendre à ces femmes à remarquer et à consulter quand quelque chose ne va pas. » (Ministère de la Santé, 2008 : 21)

« il faut passer de l'approche du risque qui essaye de prédire les complications obstétricales aux soins périnataux recentrés qui détectent et prennent en charge une condition existante ou une complication. » (Ministère de la Santé, 2008 : 21)

<sup>3</sup> Une case de santé transformée en CSI dans le cadre du « Programme spécial du Président ».

**... toutefois quelques écueils qu'ils reconnaissent...**

Si les personnels de santé sont de fait les défenseurs naturels de l'accouchement assisté, ils trouvent qu'ils ont cependant d'énormes difficultés pour assurer sa délivrance auprès des populations.

***L'indisponibilité de certains équipements et intrants***

Le problème du manque d'équipement et de matériels médicaux est souvent décrié par les soignants. Par ci par là, ils nous ont fréquemment déroulé la liste des manques. Par exemple à Say, la maternité du CSI urbain ne dispose pas de stérilisateur, la sage-femme responsable nous confie qu'elle préfère couper le cordon avec une lame de rasoir plutôt que d'exposer les patientes et les nouveaux nés aux risques d'infections. En plus d'un stérilisateur, elle souhaiterait avoir une lampe sciatique et un aspirateur. A l'HD, la sage-femme maîtresse nous signale que la ventouse ne marche pas. Toujours dans la même commune, mais plus loin dans un CSI rural de type 1 au village de Tchentchergo, il y a une rupture des nouvelles fiches pour la CPNR, ce qui fait que cette activité est interrompue et c'est le retour aux anciennes fiches (donc la CPN simplement). De plus, dans ce CSI l'absence de salle d'accouchement pose aussi des problèmes. L'infirmière certifiée qui fait à la fois les CPN et les accouchements est obligée d'utiliser la même pièce pour ces deux activités. Lorsqu'il y a un accouchement au moment des CPN, les femmes enceintes doivent attendre ou alors elles reviennent une autre fois. A Balleyara, au CSI urbain, la sage-femme nous signale que pour les consultations prénatales, elle est retournée aux anciennes fiches et ne fait donc plus de CPNR. Certains CSI dans cette commune n'ont même pas de tensiomètre selon le témoignage d'une sage-femme de l'HD à Filingué. A Guidan Roumji, on ne nous a pas fait part d'une rupture de fiches de CPNR. Mais partout, dans cette dernière commune, comme dans les deux précédentes, le dénuement des laboratoires, lorsqu'ils existent, est notoire. Et bien souvent, dans les CSI, les bandelettes pour mesurer l'albumine et le sucre ne sont pas disponibles. Partout, il manque des intrants notamment pour les césariennes dans les HD dont la pratique est pourtant soutenue par la délivrance gratuite de kit dans le cadre de la politique de gratuité des soins. Ce kit est souvent incomplet et parfois aussi inadapté. En fait, la subvention de l'Etat n'est que partielle, les structures de santé sont généralement approvisionnées en kit par le canal des organismes internationaux tels que l'UNICEF et l'UNFPA. Un anesthésiste nous a fait part des difficultés qu'il éprouve dans sa pratique par manque de certains produits anesthésiques et de l'inutilité de perfuseurs que les organismes leur délivre en grand nombre.

« En réalité les dons ne répondent pas aux besoins. Surtout du côté anesthésie nous sommes oubliés. Dans le kit il n'y a rien sauf la kétamine. Pour 1000 kit on n'a que 3 à 4 flacons de kétamine. Même du côté chirurgical, c'est pas conforme. Les ONG nous font don des kits, mais les kits c'est le nom seulement. Vous avez vu ces cartons dans le couloir, 28 cartons de perfuseurs ! Qu'est ce qu'on va faire avec ça

car la plupart des solutés arrivent avec leur perfuseur. » [Anesthésiste pratiquant dans un HD]

La solution selon cet anesthésiste serait de payer les produits anesthésiques avec les fonds de l'Initiative de Bamako (IB) comme c'est le cas chaque fois qu'il y a des manques du côté du système de gratuité des soins. Mais comme il le souligne, ces produits sont trop chers, il est obligé de s'en passer. Outre les intrants, toujours dans le domaine de l'anesthésie pour les césariennes, ce sont également les matériels qui font défaut. Ils sont souvent inadéquats et ceux provenant des dons des Chinois tombent trop vite en panne et sont de surcroît, irréparables. Notre anesthésiste nous affirme qu'en fait il ne travaille qu'avec un concentrateur d'oxygène. De plus, il fait les anesthésies sans intubation ce qui est impensable dans des conditions normales de pratique. La conséquence de toutes ces difficultés liées à la disponibilité des intrants et des matériels anesthésiques, c'est l'obligation de ne faire que de l'anesthésie légère, l'anesthésie lourde étant pratiquement impossible à faire. Il reconnaît par ailleurs les répercussions de cette pratique défailante : la douleur des malades n'est pas gérée et ces derniers n'ont d'autre choix que de la subir ou de payer les analgésiques à la pharmacie.

### *L'absence de banque de sang*

Dans les HD des trois communes d'études, l'absence de banque de sang pose problème lorsqu'il y a la nécessité de faire une transfusion sanguine soit à la parturiente soit à la nouvelle accouchée. Pour les soignants, le seul recours sur place est de demander le sang des accompagnants de la femme. Mais cela n'est pas toujours évident, ceux-ci n'étant pas parfois indiqués, selon les soignants, pour donner leur sang. Parfois encore ce sont ces accompagnants qui refusent de donner leur sang craignant pour leur propre vie. Une sage-femme témoigne de ces difficultés :

« Le plus souvent les accompagnantes sont des vieilles femmes, des femmes enceintes et allaitantes et on ne peut pas prendre leur sang. Quant à l'homme quand on lui dit de donner son sang, il refuse, il dit qu'il va mourir. Il refuse même si c'est sa parente. »

C'est pourquoi l'autre recours, le plus usité, est l'évacuation de la patiente sur un CHR.

### *Les dysfonctionnements organisationnels des services de santé*

#### *Des ASC entre désertion et non respect de l'autorité sanitaire*

Les cases de santé, comme souligné plus haut, sont tenues par les ASC<sup>4</sup>. Avec le « programme spécial du Président » évoqué plus haut, des cases de santé ont été trop rapidement construites un peu partout. Cette frénésie de création de cases de santé est soutenue par le slogan hautement politique : « Opération 1000 cases de santé ! ». Les constructions sont faites sans tenir compte des critères qui jusque là déterminaient la création des cases de santé et parfois à l'insu des responsables sanitaires locales (chefs CSI et ECD). Les chefs CSI se plaignent de ces cases de santé qui poussent ainsi sur leur aire de santé sans qu'ils en soient informés. Par exemple un chef CSI nous dit :

« Ce sont les malades qui m'informent en général. L'autre jour un malade m'a dit 'ha il y a un nouveau likita maintenant dans notre village'. Vous voyez ? Est-ce que c'est sérieux ça ? » [Chef CSI, CSI rural Guidan Roumji]

Il faut ajouter que, outre le fait que ce programme ne respecte pas les critères officiels de création des cases de santé, il entre également en contradiction avec le plan stratégique du ministère de la santé, qui prévoit la disparition des cases de santé pour que les CSI deviennent les seules unités de bases dans la pyramide sanitaire. Lors de l'assemblée générale du district sanitaire de Guidan Roumji tenue le 28 octobre 2009, les participants ont abordé ce problème des cases de santé construites par le « Programme spécial ». Un des animateurs a souligné que : « ces cases de santé relèvent beaucoup plus des autorités préfectorales que des autorités sanitaires, même si elles sont issues du programme spécial, leur création ne doit pas être politique ». Mais le représentant du préfet à cette assemblée a dérogé toute responsabilité de la préfecture en répondant que : « nous-mêmes nous recevons des instructions et nous exécutons ». De même que les cases de santé sont construites selon des critères politiques, de nombreux ASC sont aussi formés dans ces mêmes conditions à travers le « programme spécial du Président » : une formation trop rapide en quelques semaines seulement alors que la durée normale est de deux ans. Les chefs CSI affirment avoir peu de contrôle sur ces agents qu'ils qualifient d'être insuffisamment formés (certains ne savent pas exécuter des actes simples tel que le repérage des BCF (bruits du cœur foetal) et qui font fi de leur autorité.

---

<sup>4</sup> Ces unités de base, connaissent un dysfonctionnement que nous avons déjà relevé dans d'autres localités du Niger dans nos résultats de recherches antérieures (Ridde et Diarra, 2008).

*Le district sanitaire de Guidan Roumji entre le poids de l'autorité chefferiale et les dysfonctionnements internes aux services*

Nous avons déjà mentionné plus haut qu'à Guidan Roumji, le CSI urbain et l'HD se trouvent côte à côte. Les soignants comme les patients peuvent passer de l'un à l'autre ce qui facilite les références/évacuations du CSI à l'HD. Comme nous l'avons vu dans d'autres districts présentant cette configuration, les activités des deux structures s'emmêlent parfois si bien qu'on a du mal à faire la distinction au niveau des pratiques par rapport à certaines activités de soins<sup>5</sup>. Par exemple, tous les accouchements qu'ils soient eutociques ou dystociques sont faits à l'HD alors que officiellement, il ne devrait se charger que des cas compliqués le CSI ne devant prendre en charge ceux qui ne le sont pas. Une sage-femme de l'HD considérée comme « un cas psychiatrique », s'est retrouvée au CSI pour assurer les activités de CPN puisqu'elle ne peut participer aux gardes. En retour une sage-femme du CSI a pris sa place à la maternité. Des arrangements sont ainsi effectués dans la cohabitation entre les deux structures. Mais qu'on ne s'y trompe pas, ces arrangements ne se passent pas toujours dans un climat fusionnel, loin de là. Dans les faits, la commune de Guidan Roumji est sous la coupe d'une forte influence de l'autorité du chef de canton et de sa famille et cela dans tous les secteurs administratifs. Dans le secteur particulier de la santé, la famille chefferiale contrôle l'organisation de structures notamment en ce qui concerne les affectations des agents. Ce contrôle est d'autant plus facilité que cette autorité a ses prolongements au sein de certaines structures à travers quelques membres de la famille du chef. Ainsi on les trouve à l'HD, au CSI urbain et dans un CSI rural. Il s'agit de la sœur du chef de canton, de sa femme, de sa cousine, de ses frères et de ses cousins occupant les postes suivants : infirmier, sage-femme, électricien et perceuteur. Il faut également ajouter la femme du préfet qui s'occupe du tri. Ces « intouchables » selon l'expression d'un de nos interlocuteurs ont toujours gardé leur poste malgré le fait qu'ils soient considérés par de nombreux soignants y compris leurs supérieurs comme étant source de dysfonctionnements dans les structures. Par exemple, un des frères, responsable d'un CSI rural est contesté par la population qu'il couvre, de plus selon un de nos interlocuteurs un audit extérieur a révélé qu'il présente de faux chiffres concernant les activités de son CSI. La sœur qui est sage-femme responsable à l'HD et qui se fait appeler « la reine de Guidan Roumji »<sup>6</sup>, a refusé que la PTME soit appliquée parce que selon elle les soignantes sont trop chargées<sup>7</sup>. En plus de cette autorité trop pesante, il

---

<sup>5</sup> Nous avons constaté le même cas dans le district sanitaire de Keita (cf. Ridde & Diarra, 2008)

<sup>6</sup> Nous étions déjà informée par notre assistant de son statut particulier au sein de l'HD, mais nous avons mené l'entretien comme si nous n'étions pas au courant de cette information. Après l'entretien, notre interlocutrice considérant certainement que certaines de nos questions avaient des réponses évidentes a demandé à l'assistant s'il ne nous a pas dit qu'elle est « la reine de Guidan Roumji ».

<sup>7</sup> Une évaluation sur tout le territoire national a révélé que Guidan Roundji fait partie des districts sanitaires qui sont en retard dans l'application de la PTME.



faut ajouter que la commune est aussi déchirée entre les deux clans de la famille chefferiale : il y a d'un côté ceux qui sont les alliés du chef et de l'autre ses opposants. C'est ainsi que l'HD est dans les faits le territoire d'une sœur alliée du chef en la personne de « la reine de Guidan Roumji » tandis que le CSI est celui de la cousine, une opposante. Les deux femmes se livrent mutuellement la guerre et ont entraîné avec elles la plupart des agents de santé qui se retrouvent partagés entre les deux clans comme le souligne cet enquêté :

« Il y a un conflit de famille entre la sage femme responsable et l'infirmière chef CSI. Elle a voulu me mettre dedans. Elles sont toutes de la même famille. Elles ne s'entendent pas si tu travaille à la maternité le chef CSI ne t'adresse jamais la parole. J'ai amené une malade, je l'entendais. Moi je suis venu travailler je m'en fou. A Guidan Roumji tout le monde est patron, chacun veut commander. » [Un enquêté]

Outre la majeure partie des agents de l'HD, la « reine de Guidan Roumji » a dans son camp au sein de la maternité sa belle-sœur, la femme du chef de canton. Celle-ci est en fait un ASC mais elle fait fonction de sage-femme sans avoir, bien évidemment, les compétences qu'il faut. Par exemple, elle ne sait pas ce qu'est la GATPA ni la PTME. Elle n'applique donc pas la GATPA et si elle fait par contre la PTME, du moins les actes qu'elle a vu faire dans ce programme, ses connaissances sont très limitées dans ce domaine, en témoigne cet extrait d'entretien :

*Q : Et la PTME ?*

R : La PTM,...

*Q : C'est quoi la PTME ?*

R : Je ne suis pas formée, je ne sais pas c'est quoi la PTME. Mais je fais ça ici. Je fais à toutes les femmes qui viennent accoucher.

*Q : Comment tu fais ?*

R : Avec le matériel de la PTME.

*Q : Il y a-t-il un matériel pour la PTME ici ?*

R : (Silence).

*Q : De quoi est constitué le matériel ?*

R : Le matériel ... (silence).

Les responsables savent qu'elle n'est pas à la hauteur de son poste de sage-femme, mais elle est tolérée parce qu'elle est la femme du chef et qu'elle est aussi sous la protection de la « reine de Guidan Roumji ». Un agent en parle :

*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

« Tout ça, ce sont des obstacles. Bon la femme du chef, c'est une contractuelle de case de santé. Elle n'a pas quelque chose à dire. C'est à elle seule qu'ils ont fait exception pour l'amener ici, ce n'est pas en notre temps. Ils nous empêchent de prendre les agents de santé communautaires pour les emmener ici, mais elle, le préfet et autres ont lutté pour l'amener ici en tant que contractuelle de case de santé pour servir ici dans Guidan Roumji. C'est contradictoire. Quand eux ils veulent c'est bon, pour quelqu'un d'autre ce n'est pas bon ! » [Un agent de santé, HD Guidan Roumji]

La « reine » règne sur la maternité (ses responsables hiérarchiques ont peu d'autorité sur elle) et de plus, elle étend son pouvoir au de-là de ce territoire dans toute la structure. Un responsable de l'HD nous a confié que c'est elle qui est à la source des dysfonctionnements dans la structure, et que la solution serait de l'affecter ailleurs loin de la commune, là où elle ne pourrait user de son influence. Mais il semble que son affectation soit impossible puisque selon certains de nos interlocuteurs, un des prédécesseurs de l'actuel MCD avait tenté de l'affecter mais c'est lui qui l'a plutôt été, la « reine » ayant usé de ses relations puisqu'elle a, selon les dires, le « bras long » jusqu'à Niamey. La majorité de nos interlocuteurs n'ont pas caché leur désapprobation par rapport au poids de l'autorité chefferiale qu'ils subissent. Lors de l'AG tenue à Guidan Roumji certains participants ont publiquement déploré le « système de protectionnisme » qui prévaut dans la commune et qui pose des problèmes de gestion de personnel. Nous y reviendrons plus bas.

A l'HD, nos interlocuteurs ont abordé d'autres problèmes qui ne sont pas nécessairement liés au poids de l'autorité chefferiale. Il s'agit de certains comportements et mauvaises pratiques dans la structure. Cela concerne en premier le MCD et son adjoint qui sont tous deux des médecins à compétence chirurgicale. Ces deux médecins se partagent les responsabilités de l'HD suivant la règle suivante : le MCD doit employer 60% de son temps travail à l'administration et les 40% restant à la pratique, tandis qu'à l'inverse son adjoint consacre 60% à la pratique et 40% à l'administration. Mais cette règle n'est que théorique, car selon deux de nos interlocuteurs, l'actuel MCD (il a pris fonction en début de début de l'année 2008) ne s'occupe pas du moins pour le moment de la pratique, notamment des opérations chirurgicales, son adjoint prenant en charge l'intégralité de ces actes.

« Sur le papier, il y a deux à compétence chirurgicale. Mais dans la pratique c'est un seul le médecin chef adjoint. » [Un soignant, HD Guidan Roumji]

Il n'est pas le seul MCD à s'intéresser peu à la partie médicale de ses fonctions, un de nos interlocuteurs nous confie qu'en général ceux qu'il a vu passer dans cet HD ont la même attitude. Ils se disent trop débordés pour s'occuper d'autres choses que des fonctions administratives et les rares fois où ils s'intéressent à la partie médicale c'est lorsqu'il y a la présence de personnes extérieures susceptibles de les juger :

*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

« Ils viennent dans le service comme image seulement. C'est seulement quand il y a des visites de personnes extérieures, ou bien quand il y a des accidents, parce qu'il y a des gendarmes en ce moment, qu'ils peuvent mettre une blouse. » [Un soignant, HD Guidan Roumji]

De mémoire de soignant, l'HD n'a connu qu'un seul MCD qui n'a pas adhéré à ce jeu de mise en scène. Celui-ci assumait toutes ses fonctions avec un contrôle exigeant sur les pratiques de ses subordonnés, ce qui n'était pas apprécié par certains de ces derniers comme en témoigne ce soignant :

« Ca lui a créé un problème. On a pensé qu'il est autoritaire comme il fait lui-même les visites. Il exige des explications quand il voit quelque chose qui ne marche pas. » [Un soignant, HD Guidan Roumji]

Les fonctions médicales reposent en intégralité sur les épaules du MCD adjoint et de ses deux agents d'appui que sont l'un des deux anesthésistes et l'aide chirurgien. On pourrait même dire que l'HD repose beaucoup plus sur ces deux derniers que sur les MCD. En réalité en plus de leur travail officiel en salle d'opération, on les retrouve aussi en consultation médicale et chirurgicale, à la maternité, en pédiatrie, aux urgences, en hospitalisation. Ils ont appris bon nombre d'actes au cours de diverses formations ou sur le tas auprès d'autres soignants. Par exemple l'aide-chirurgien a appris auprès d'un infirmier qui lui-même a appris avec un coopérant étranger. Comme ils le disent eux-mêmes, ils font tout :

« Les médecins ne font pas leur travail, ils sont toujours partis en formation, réunion. Ils sont souvent absents. Ce sont les techniciens que nous sommes qui faisons marcher l'HD. 80% des interventions, ce sont nous. Je suis anesthésiste mais il y a peu d'actes que je ne sais pas faire. » [Un soignant, HD Guidan Roumji]

Et c'est aussi la compétence même des médecins qui est mis en doute, car nos interlocuteurs pensent que si le MCD n'intervient pas en salle d'opération depuis qu'il a pris fonction, c'est qu'il a certainement des insuffisances pratiques. Quant au MCDA, lui non plus n'est pas à la hauteur :

« C'est l'aide-chirurgien qui fait tout. Lors des césariennes, en présence du MCDA, c'est l'aide qui est à l'avant. C'est nous qui somme dans la salle, on sait ce qui s'y passe en réalité. » [Un soignant, HD Guidan Roumji]

Ils interviennent souvent dans les urgences obstétricales à la maternité et font beaucoup d'actes à la place des sages-femmes tels que les aspirations manuelles, les ventouses, la réanimation des nouveau-nés, la délivrance manuelle. Ils considèrent que même si celles-ci ont reçu la formation pour ces dits actes, la pratique leur pose problème :

« Il y a des sages-femmes, mais nous faisons tout cela à leur place, et puis nous on le fait avec plus de sérieux. » [Un soignant, HD Guidan Roumji]

En fait, ils ont peu confiance aux autres agents de l'HD. Par exemple l'anesthésiste fait des anesthésies légères non seulement parce qu'il ne dispose pas de produits adéquats, mais aussi parce qu'il ne fait pas confiance aux infirmiers.

« Il n'y a pas de personnel de surveillance efficace, on fait l'anesthésie à la légère. On est obligé de faire l'anesthésie légère pour ne pas être obligé de rester toute la nuit. On ne peut pas avoir confiance au personnel de surveillance. Le malade peut dépasser avant ton retour. » [Un soignant, HD Guidan Roumji]

Il ne s'agit pas seulement de pratique médicale dont les MCD ne s'occupent pas, il s'agit aussi de l'ensemble de l'organisation du travail dans les services. Comme le souligne l'un de nos deux techniciens, il y a « une confusion dans les rôles » et ils peuvent se retrouver partout puisqu'il n'y a pas de responsable dans aucun service. Et il y a aussi une confusion des services : la pédiatrie est confondue à la médecine et celle-ci est confondue à la chirurgie. C'est ainsi que l'anesthésiste a eu à prendre la responsabilité du service des urgences sans la suggestion de ses supérieurs. Mais il a fini par s'en décharger à bout de force parce qu'il n'est pas parvenu à instaurer dans ce service l'ordre et les bonnes pratiques.

« J'ai eu l'idée de m'en charger tout seul. Mais ce sont des gens qui ne faisaient pas comme il faut. Ils reprennent les mêmes erreurs. Par exemple, je met les matériels et produits adéquats, le lendemain tout disparaît de l'armoire et c'est moi qui suis responsable et doit rendre compte au percepteur qui me les avait remis. Après j'ai du laisser par frustration. » [Un soignant, HD Guidan Roumji]

Ainsi, l'HD est écartelé entre d'un côté le poids du pouvoir chefférial et de l'autre côté l'insuffisance de responsabilité des MCD dans la gestion de l'organisation du travail.

#### *Des gardes non assurées par les sages-femmes de la maternité au CSI de Balleyara*

Au CSI de Balleyara, les sages-femmes sont au nombre de trois. Mais au moment de notre deuxième phase d'enquête approfondie à Balleyara, par le jeu des congés annuels et des congés de maternité, le CSI ne comptait qu'une seule sage-femme, cette dernière revenant elle-même d'un congé de maternité<sup>8</sup>. A la maternité, les sages-femmes ne prennent pas la garde. Il semble qu'une tentative par le chef CSI de les emmener à la faire ait échoué. Le sujet a même été source de conflit entre la sage-femme que nous avons rencontrée lors de notre dernier passage et la sage-femme responsable. La première a refusé de faire la garde en disant qu'elle est seule avec ses enfants qui sont trop petits pour qu'elle les laisse la nuit (son mari est enseignant contractuel à Niamey). C'est pourquoi la seconde a aussi refusé de la faire même si elle est logée dans l'enceinte du CSI. Au final, ce sont les infirmières et les matrones qui assurent la garde à la maternité. En fait, les

---

<sup>8</sup> Elle s'est alors retrouvée à assurer à elle seule les CPN, la PF et les accouchements.

infirmières assurent en priorité la garde au curatif et lorsqu'elles y sont débordées elles délèguent aux matrones alors que ces dernières ne sont pas autorisées officiellement à faire les accouchements dans les maternités, nous y reviendrons plus loin.

### ***Le manque de ressources humaines***

Le manque de ressources humaines a été exprimé à tous les niveaux dans nos trois sites. Allons du plus bas vers le haut de la pyramide.

#### *Les ASC des cases de santé*

C'est dans le rang des ASC formés à travers le « programme spécial » et qui ont été, en quelque sorte, parachutés dans les villages que l'on compte le plus d'absentéisme, certains abandonnant carrément leur poste. Autrement dit, dans leur cas, le problème du manque de ressources humaines se traduit plutôt par l'absentéisme ou l'abandon du poste. Les infirmiers affirment qu'ils reçoivent des patients qui sont obligés de parcourir de longues distances pour recevoir au CSI des soins qu'ils pouvaient avoir à la case de santé. Lors de nos enquêtes, nous avons visité une case de santé dans chacune des trois communes et chacune d'entre elles a révélé un dysfonctionnement lié à l'ASC. A Say, l'ASC, une femme, était absente de sa case de santé, elle n'était pas non plus dans le village. A Balleyara, la case de santé était fermée pour cause d'affectation de l'ASC, les villageois attendant depuis plusieurs semaines son remplaçant. A Guidan Roumji, l'ASC était certes à son poste, cependant nous avons constaté qu'il a transformé la pièce réservée aux accouchements en magasin d'entrepôt de sacs de céréales.

#### *Les infirmiers et les sages-femmes des CSI*

En général, les CSI de type 2 connaissent des problèmes de ressources humaines, mis à part ceux qui sont à Niamey ou très proches des grandes villes comme Maradi. Ces problèmes se posent plus ou moins selon les localités. Ceux qui sont en milieu rural connaissent une situation plus précaire que ceux qui sont en milieu urbain. Ainsi en milieu urbain le chef CSI dispose de plus de personnel que son homologue du milieu rural. Autrement dit, plus on s'éloigne du centre urbain, plus se pose le problème du manque de personnel dans les structures. Ainsi, les CSI urbains peuvent comprendre une vingtaine de personnel, tandis qu'en milieu rural il est réduit le plus souvent à seulement quatre agents. De plus, on peut même trouver des cases de santé avec deux ASC tandis que certains CSI ne comprennent qu'un seul infirmier. La concentration de personnels de santé dans les grandes villes au dépend des zones reculées a été plusieurs fois soulevés aussi bien par l'ensemble des agents que par les responsables sanitaires. Si dans toutes les trois communes de notre recherche, cette insuffisance de ressources humaines est plusieurs fois ressortie dans les discours de nos interlocuteurs, il faut souligner

que le problème se pose beaucoup dans les communes de Say et de Guidan Roumji, chacune selon ses caractéristiques propres.

Dans la commune de Say, la principale caractéristique qui fait qu'elle connaît des problèmes de ressources humaines est sa trop grande proximité avec Niamey, la durée du trajet ne faisant que 30 mn en véhicule. Cette proximité favorise les déplacements répétés des soignants sur Niamey pour trois motifs.

Le premier motif est lié au fait que la majorité des agents de santé que nous avons rencontré dans la commune n'en sont non seulement pas originaires, mais de plus, ceux qui sont mariés ont leur conjoints (es) et leurs enfants à Niamey. Ainsi même si dans une structure il y a le nombre requis de personnel, ce sont souvent des absences répétées pour aller voir les familles restées à Niamey qui posent problèmes. Par exemple à notre deuxième passage dans sa structure, la chef CSI de Tientchergo devait aller à Niamey où elle a son mari et ses enfants. A l'opposé, son adjointe, parce que son mari réside beaucoup plus loin, à Gaya, s'absente moins, mais cherche néanmoins une permission de deux jours.

Le deuxième motif est d'ordre politique. Il concerne les soignants qui sont actifs en politique. Lors des élections législatives, certains d'entre eux se sont absentes de leur service pour les campagnes électorales soit à Niamey, soit dans d'autres localités. C'est le cas de l'anesthésiste qui a pris selon un de nos interlocuteurs deux semaines de congés pour aller faire les campagnes.

Le troisième motif relève du fait que, comme toute commune à proximité de la capitale, les affaires administratives sont souvent réglées à Niamey. La gestionnaire de l'HD nous confie qu'elle a l'habitude d'y aller plusieurs fois dans la semaine soit pour suivre un dossier soit pour certaines demandes de ravitaillement. Ces absences pour ces trois motifs que nous venons de présenter sont légitimées par les soignants aussi bien à travers leur discours que dans leur pratique. Elles sont alors officialisées par le biais des permissions octroyées par le responsable de la structure.

Dans la commune de Guidan Roumji, la situation se présente autrement. Lors de l'AG tenue le 28 octobre 2009, les participants ont débattu de l'« insuffisance notoire de personnel » dans de nombreuses structures alors que selon eux, la seule ville de Maradi concentre à elle seule un nombre pléthorique de personnel de la région. Et cette pléthore concerne surtout le personnel féminin qui fait 60% à Maradi ville. Il y a certes parfois des affectations sur les structures déficientes, mais les participants à l'AG déplorent le fait que les soignants affectés font recours aux autorités politiques et chefferiales ou à certains responsables de la santé, court-circuitant leurs répondants directs locaux. Cette procédure est en fait généralisée dans la région ainsi que dans tout le pays et du témoignage d'une soignante elle serait même légitimée par le ministre :

« En avril le MSP est venu ici. Le ministre a répondu les négociations c'est partout, même à Niamey c'est comme ça. » [Une soignante, HD Guidan Roumji]

Parfois c'est le refus même de rejoindre le poste d'affectation et cela concerne beaucoup plus les femmes comme en témoigne cet autre soignant :

« Dernièrement il y a eu une affectation de 35 femmes. Et celles-ci ont refusé de rejoindre leurs postes de travail. Et petit à petit toutes ces femmes ont regagné leurs postes d'avant. » [Un soignant, CSI rural, Guidan Roumji]

Ce refus est toléré par nos interlocuteurs pour des raisons sociales :

« Socialement elles ont raison. Elles ont leurs enfants et leurs maris à Maradi. » [Un soignant, CSI rural, Guidan Roumji]

« Ces sages-femmes qui sont affectés, elles sont des mères et même des grands-mères. Elles ont leurs enfants à l'école au collègue au lycée, ça là ce n'est pas facile. Ici il y a eu deux sages-femmes qui sont affectées (HD). Elles se sont arrangées à se faire affecter à Tibiri et après à Maradi. C'est des négociations au haut niveau. Le préfet si on l'appelle du gouvernement, il ne peut rien faire. » [Une soignante, HD Guidan Roumji]

Toujours concernant les femmes, certaines d'entre elles sont à l'opposé très mobiles et cela dépend du poste de leurs époux. Selon une soignante ce sont surtout les femmes de gendarmes qui ne restent pas longtemps dans le service contrairement aux femmes de soignants et d'enseignants :

« En général la santé et l'enseignement, il n'y a pas beaucoup d'affectation si ce n'est pas sur demande. Ce sont les femmes des gendarmes qui bougent beaucoup. Elles durent deux à trois ans et elles suivent leurs maris. En 2003, j'étais avec une sage-femme qui a son mari gendarme, elle et son mari ont bougé 18 mois après. C'est partout comme ça, les femmes de gendarmes ne restent pas beaucoup. »

Certains infirmiers ont exprimé publiquement lors de l'AG qu' « *il faut arrêter le système du protectionnisme, il faut déployer les agents là où il n'y a qu'un seul agent, ne pas considérer qu'un tel a le bras long.* »

De l'avis général de tous les participants à cet AG, il ne faudrait plus attendre, du côté du ministère de la santé publique, une éventuelle affectation d'agents pour les structures désertées. Selon eux, il faudrait plutôt une solution locale basée sur le recrutement local. Ainsi comme l'affirme un des animateurs « *tout CSI qui fait un taux de recettes de 120% doit pouvoir recruter un personnel, le salaire ne doit pas dépasser 50 000FCFA.* »

Allons au plus concret en prenant pour exemple le cas du CSI de Mayki qui fait partie des structures qui connaissent un problème crucial de ressources humaines. Ce CSI de type 2 est situé à 55 km du CSI urbain. Il ne comprend à proprement parler que d'un seul infirmier, le chef CSI lui-même avec un percepateur, une matrone et un manoeuvre. Ce nombre réduit de personnel est disproportionnel par rapport à l'envergure de la structure qui est bâtie dans un grand espace ombragé. En plus du bloc classique réservé aux soins curatifs et à la perception, le CSI comprend un bâtiment imposant réservé à la maternité, mais une maternité sans

*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

sage-femme. Etant seul, il nous confie qu'il a fait deux jours sans faire ni CPN, ni vaccinations. Et comme il le souligne aussi, il y a des CSI comme celui de Tchibiri qui est à 10km de Maradi et qui « *regorge tant d'agents qui ne servent à rien alors que je suis seul.* »

Il a besoin d'être appuyé par une sage-femme, mais il ne croit pas aux affectations puisqu'il y a une qui l'avait été sur son CSI mais elle refusé de rejoindre son poste :

« Une fois j'étais au CHR, quand la sage-femme qui avait été affectée à mon CSI m'a vu, elle a pris la fuite pour se cacher. » [Un soignant, CSI rural, Guidan Roumji]

Une telle structure, qui de surcroît couvre une trentaine de villages, impose pour ce chef CSI de réorganiser les tâches du petit nombre d'agents dont il dispose. Ainsi, le manoeuvre en plus du nettoyage fait le travail de tri pour les soins curatifs, prend le poids et la taille des patients. Le percepteur, lorsqu'il n'est pas dans la gestion des médicaments, fait les vaccinations. La matrone dont le travail officiel à la maternité est de juste s'occuper de l'hygiène du matériel, d'installer les parturientes et de nettoyer les nouvelles accouchées, pratique les accouchements eutociques. Parfois, le chef CSI fait venir un ASC pour aider les jours de marché. Comme il le souligne, il se « débrouille » pour essayer d'être à la maternité :

« Je me débrouille, j'essaie de finir vite avec les malades pour venir à la maternité. » [Un soignant, CSI rural, Guidan Roumji]

Le temps est d'autant plus chargé pour lui que, avec la CPNR, il ne peut plus prendre qu'un petit nombre de femmes enceintes :

« Avant quand c'était la CPN de routine, même si c'est 30 femmes, il faudra me les prendre, il faudra que je finisse. Maintenant avec la CPNR, je ne peux pas perdre tout mon temps que pour le curatif. C'est pourquoi, je ne prends que 5 nouvelles consultantes et les visites retour. J'ai expliqué aux femmes que c'est le travail qui a changé. »

La solution, selon lui doit être locale et ne plus compter sur les responsables sanitaires. Il faut soit voir du côté des ONG, soit faire un recrutement local en passant par les chefs de village :

« Nous avons cherché une solution locale pour régler ce problème. J'ai fait une réunion avec les chefs de village de mon aire de santé. Ils ont accepté qu'on recrute une sage-femme originaire de la commune et qui sera payé sur le recouvrement des coûts. Ainsi le problème va être réglé. Sinon on peut voir aussi du côté des ONG comme Help. » [Un soignant, CSI rural, Guidan Roumji]



*Les anesthésistes et les aides chirurgiens*

« Souvent le rôle de l'aide-chirurgien, n'importe quel infirmier peut le faire. Un infirmier qui a duré dans le bloc peut bien jouer le rôle de l'aide-chirurgien. » [Aide-chirurgien Guidan Roumji]

A travers cette affirmation, l'aide chirurgien de Guidan Roumji définit sa profession comme non indispensable dans le fonctionnement d'un HD. Le travail qui lui est officiellement confié peut être reproduit par des infirmiers. Mais, si nous nous référons aux fonctions réelles qu'il tient non seulement au sein de la salle d'opération et aussi dans les autres services (*cf. supra*) on comprend alors l'ambivalence de la perception qu'il se fait de son travail lorsqu'il ajoute qu'il est aussi « le représentant en miniature » du MCDA, puisqu'il appuie celui-ci dans toutes ses activités (opérations chirurgicales, visites en chirurgie, médecine, consultations gynéco-obstétriques) et qu'il le remplace même lorsqu'il est absent. Nous ne savons pas ce qu'il en est dans les autres structures qui comptent dans leur personnel un aide-chirurgien. Toujours est-il que le nombre d'agents dans cette catégorie professionnelle est très réduit, quand on sait qu'il n'y a que quatre aide-chirurgiens dans toute la région de Maradi. Deux sont des fonctionnaires de l'Etat dont celui de l'HD de Guidan Roumji et celui du CHR. Les deux autres sont des contractuels.

Si d'une certaine manière les aide-chirurgiens peuvent être remplacés par les infirmiers, nous avons vu que ce n'est pas le cas pour les anesthésistes. Des salles d'opérations sont carrément fermées lorsqu'il n'y a pas d'anesthésiste. C'est le cas à l'HD de Say qui est resté longtemps sans anesthésiste avant d'avoir celui qui est actuellement en fonction. Mais comme déjà mentionné, ce dernier est souvent absent soit pour des raisons de famille, soit de congés ou soit encore de politique. Il faut ajouter qu'il est en instance d'affectation, ce qui signifie qu'officiellement l'HD n'aura bientôt plus d'anesthésiste. Dans tous les cas, pour le moment à cause de ses absences fréquentes, les patientes sont, la plupart du temps, évacuées sur Niamey. En fait comme nous le dit une sage-femme, l'idéal serait d'avoir deux anesthésistes pour éviter la fermeture de la salle d'opération en cas d'absence. Les HD de Filingué et de Guidan Roumji ne connaissent pas ce problème de manque d'anesthésiste puisqu'ils en ont deux chacun.

Nous ne mentionnons pas ici le cas des médecins à capacité chirurgie de district (CCD), puisque depuis quelques années des formations ont permis leur déploiement dans les HD. Il y'en a deux aux HD de Say et de Guidan Roumji et Filingué en compte même trois.

## *Le problème des évacuations*

### *Zoom sur les ambulanciers*

Les ambulanciers, appelés parfois aussi chauffeurs, sont au cœur des liaisons entre les structures de santé. Ces liaisons sont faites à l'occasion des tournées de supervision de l'ECD, des JNV, des tournées foraines, de l'évacuation des patients, de diverses courses. Pour ce qui concerne les urgences obstétricales qui nous intéressent ici, les ambulanciers sont très fréquemment mobilisés pour assurer les évacuations soit d'un CSI à un HD, soit de l'HD à une autre structure de référence supérieure (CHR, maternité centrale Issaka Gazobi). Dans certaines structures, il n'y a qu'un seul ambulancier (CSI Balleyara et HD Say) tandis que d'autres en ont deux (HD Guidan Roumji). Les ambulanciers disent qu'ils sont parfois très chargés, surtout lorsque le bloc chirurgical n'est pas fonctionnel pour des causes que nous avons déjà évoquées. Il leur arrive de faire jusqu'à quatre évacuations dans la journée. L'ambulancier du CSI de Balleyara couvre à lui seul tous les CSI de sa commune y compris certains CSI d'une autre commune (Tondikandia) soit au total onze CSI. L'ambulancier de l'HD de Say est un bénévole. Il est payé en fonction des évacuations qu'il fait. Pour une évacuation, il reçoit 2000 FCFA sur l'argent que les familles paient. Il lui arrive d'avoir jusqu'à 8 000 FCFA lorsqu'il fait quatre évacuations dans la journée. Il est jeune et son projet est d'avoir une immatriculation pour devenir salarié de la fonction publique. Quant aux autres, ceux du CSI de Balleyara et de l'HD de Guidan Roumji sont des salariés de la fonction publique. Celui de Balleyara nous confie que depuis l'année dernière, son salaire a augmenté de 26 000 FCFA à 80 000 FCFA actuellement. Proche de la retraite, il a commencé son travail au CSI depuis 1981, son projet est de se faire remplacer par son fils qui l'accompagne parfois quand il fait les évacuations. L'un des deux ambulanciers de l'HD de Guidan Roumji travaille depuis 20 ans dans la structure et ne souhaite pas que ses enfants prennent son relais, car selon lui son travail est peu rémunérateur. En dehors du salaire qu'il reçoit « *après une évacuation, nous n'avons même pas 100 F pour payer l'eau* », nous affirme-t-il. Il préfère que ses enfants fassent des études et travaillent « *dans les bureaux* ».

### *Les motifs des évacuations*

Les motifs des évacuations sont souvent l'éclampsie, le syndrome pré-rupture, les hémorragies, les dystocies de dégagement, la dilatation stationnaire, la souffrance fœtale, la présentation transverse, le placenta prévia. Parfois, les patientes peuvent être évacuées pour ces différents motifs par une sage-femme, qu'il s'agisse d'une évacuation d'un CSI de type 2 à un HD ou d'un HD au CHR. En réalité, la prise en charge des parturientes ne diffère guère parfois entre un CSI de type 2 et un HD lorsque ce dernier manque de matériels (par exemple ventouses) ou si l'équipe de chirurgie n'est pas complète (par exemple absence de l'anesthésiste ou

du soignant qui fait l'opération). La sage-femme maîtresse du CSI urbain de Say en témoigne :

« Sur cinq femmes que j'évacue sur l'HD, toutes sont référées sur Niamey pour cause de césarienne. Si l'équipe n'est pas en place c'est obligé qu'ils évacuent là-bas sur Niamey [sage-femme maîtresse CSI urbain Say]

#### *La décision de l'évacuation*

La décision de l'évacuation est le plus souvent prise par le soignant. Mais il n'est pas exclu que cette décision rencontre parfois un refus de la part de la parturiente et de sa famille, ces dernières craignant les coûts supplémentaires qu'elles vont devoir supporter non seulement dans le transport mais aussi une fois arrivées dans la structure de référence. A ce sujet, une sage-femme nous dit : « *Il y a beaucoup de difficultés, les femmes ne veulent pas être évacuées* » (Sage-femme CSI Balleyara). Par contre on peut rencontrer des cas où ce sont plutôt les familles qui demandent impérativement l'évacuation de la femme ce qui est considéré par les soignants comme un abus du système des « centimes additionnels », système qui permet aux usagers d'être transportés gratuitement lors d'une évacuation entre structures de santé, nous y reviendrons plus bas.

#### *Le choix de la structure*

Là aussi, généralement c'est le soignant qui choisit la structure sur laquelle il évacue la patiente. Ce choix doit suivre la règle de la référence-évacuation qui est d'envoyer la patiente à la structure de référence conformément à l'organisation pyramidale des structures de santé (cf. supra). Mais en réalité, cela n'est pas toujours le cas. Nous avons constaté qu'à Balleyara et comme presque tous les CSI appartenant à la commune de Tagazar, les patientes sont évacuées sur Niamey court-circuitant l'HD qui se trouve à Fillingué et qui est leur structure de référence. Les raisons données par nos interlocuteurs sont d'ordre géographique et social. En effet, pour ce qui concerne la raison géographique, il faut noter que les CSI qui évacuent directement sur Niamey ont moins de difficultés pour s'y rendre que d'aller à l'HD compte tenu de l'état de délabrement des routes et du fait que les distances entre par exemple Balleyara/Niamey et Balleyara/Fillingué sont quasiment les mêmes<sup>9</sup>. La raison sociale est liée au fait que ce sont les familles qui demandent elles mêmes l'évacuation sur Niamey où ils ont des parents qui pourront les aider et les loger. Ce non respect du système de référence-évacuation est devenue la règle puisqu'elle est cautionnée par les responsables notamment les membres de l'ECD comme en témoigne le MCD de l'HD :

---

<sup>9</sup> La distance Balleyara/Niamey fait 96 km et la distance Balleyara/Fillingué fait 85 km.

*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

« Si on réfère ici c'est mieux pour nous car le taux de césarienne pourra être élevé, mais il s'agit de sauver une vie humaine. Mais l'HD assume. » [MCD HD Fillingué]

Une troisième raison nous est cependant donnée par l'ambulancier du CSI de Balleyara qui se souvient qu'auparavant, la plupart des patientes qui étaient évacuées sur l'HD finissaient malgré tout leur parcours à Niamey.

« Au début de l'HD on me disait d'emmener les patients à Fillingué mais généralement après on me disait de les emmener à Niamey. » [Ambulancier CSI urbain Balleyara]

La longue distance et la perte de temps qui en résulte augmentait forcément les risques pour les patientes<sup>10</sup>. On ne peut pas affirmer que la situation soit toujours la même à l'HD puisque, actuellement on y compte trois médecins CCD, deux anesthésistes et même deux aide-anesthésistes, autrement dit une équipe complète pour prendre en charge les urgences obstétricales à tout moment. Mais le fait d'emmener systématiquement les patientes sur Niamey est certainement devenu une habitude aussi bien pour les soignants que pour les usagers. Pour que les complications obstétricales qui ne trouveraient pas leur solution dans les CSI éloignés de l'HD soient rapidement prises en charge sans évacuation sur Niamey, le MCD pense qu'il serait mieux d'ouvrir un centre secondaire obstétrical, qui serait en quelque sorte une structure intermédiaire entre les CSI et l'HD sur la pyramide sanitaire.

Les communes de Guidan Roumji et Say présentent une situation similaire. Par exemple, à Guidan Roumji, au CSI type 2 de Mayiki, l'infirmier préfère évacuer ses patientes sur Maradi plutôt que sur la ville de Guidan Roumji où se trouve l'HD. Pour cela il lui faut demander l'ambulance du CSI type 2 de Tchibiri localisé dans une autre commune du même nom, mais qui se trouve seulement à 7 Km de Maradi sur route goudronnée. Le trajet Mayiki/Guidan Roumji distant de 55 Km est difficile du fait de la piste qui est défoncée par endroits. Mais le choix du lieu sur lequel évacuer les femmes dépend parfois beaucoup plus de la disponibilité de l'ambulance. Lorsqu'elle n'est pas disponible à Tchibiri, l'infirmier fait alors recours à celle de l'HD de Guidan Roumji où la patiente sera alors évacuée. Parfois aussi aucune ambulance n'est disponible, dans ce cas les familles cherchent un autre moyen de transport, soit un véhicule personnel, soit un véhicule de transport en commun.

Dans la commune de Say, on note que le CSI de Kohan Garantché situé au Nord de la commune est beaucoup plus proche de Niamey que de la ville de Say où se trouve l'HD. En effet, si les patientes devaient être évacuées à l'HD de Say elles devront d'abord passer par Niamey. Ainsi le bon sens fait qu'elles sont toutes évacuées sur Niamey.

---

<sup>10</sup> Lorsque les patientes sont évacuées à l'HD et que finalement elles doivent être évacuées une deuxième fois à Niamey, il leur faudra revenir à Balleyara pour rejoindre Niamey.

Pour ce qui concerne les évacuations faites à partir des cases de santé, il faut souligner que les ASC doivent les faire sur leur CSI de rattachement. Mais nous avons eu des témoignages de soignants qui nous apprennent qu'il arrive fréquemment que certaines matrones pratiquant dans les cases de santé évacuent directement sur l'HD, dans ces cas l'ambulance n'est pas demandée, ce sont les familles qui cherchent un autre moyen de transport.

Lorsque les patientes sont évacuées sur Niamey, pour ce qui concerne Say et Balleyara, deux possibilités existent : soit elles sont emmenées à la maternité centrale Issaka Gazobi (maternité de référence nationale), soit à la maternité du CHR Poudrière. Le choix est souvent porté sur la maternité centrale, mais il faut souligner que cette maternité est parfois débordée et il arrive que les patientes passent 48 heures sans bénéficier de traitement adéquat. C'est pourquoi certaines femmes se retrouvent à la maternité du CHR. A Guidan Roumji les patientes sont évacuées sur le CHR de Maradi.

#### *La procédure*

La procédure n'est pas la même selon la gratuité ou non des évacuations avec l'ambulance, avec la mise en œuvre du système des « centimes additionnels » dans la commune, la provenance de l'ambulance, et enfin selon les moyens de transport utilisés en dehors de l'ambulance, soit un véhicule de transport en commun, soit le véhicule d'une autorité locale.

La décision de l'adhésion au système « des centimes additionnels » est prise lors d'une AG départementale qui réunit toutes les autorités départementales (préfet, maires, chefs de santon, chefs de villages, les membres de l'ECD, les représentants des populations à savoir les Coges et les Cosa. Il faut noter que ce système tant à se généraliser sur tout le territoire national. Le système est basé sur les cotisations que font les usagers chaque fois qu'ils utilisent les services de santé lors d'un épisode de maladie. Il s'agit de tous les usagers, petits et grands, même ceux qui sont bénéficiaires des mesures d'exemption de paiement pour certains soins de santé : les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes. Ainsi, pour toutes les catégories, une somme de 100 FCFA est demandée aux patients dans toutes les structures, de l'HD aux cases de santé en passant par les CSI. Mais les évacuations ne deviennent gratuites qu'après quelques mois de collecte quand il y a suffisamment de fonds qui permettent le démarrage. Si le système a commencé dans toutes les communes d'études par les cotisations des usagers, à Say et Balleyara la gratuité des évacuations n'a pas encore démarré. A Say la collecte a commencé en août 2009, à Balleyara en février 2009. Seule la commune de Guidan Roumji a commencé à évacuer les patientes gratuitement il y a de cela déjà 1 an, la collecte ayant commencé depuis 2007.

Quelques détails sont nécessaires pour décrire la structuration de la gestion de ce fond. Chaque CSI détient une caisse dans laquelle il garde ses « centimes additionnels » y compris ceux des cases de santé qui dépendent de lui. Puis les fonds des CSI sont rassemblés au niveau du CSI du chef lieu de la commune.

*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

Ensuite ce fond commun est versé dans un compte communal, ouvert à cet effet. Enfin les fonds de toutes les communes se retrouvent dans le compte départemental. Pour ce qui concerne la gestion des fonds, il y a un comité communal de la santé constitué par le maire qui en est le président, le chef CSI du chef lieu de la commune qui est le secrétaire général, des membres des Coges pour tenir les postes de trésorier et de commissaires au compte. Au niveau départemental, c'est le préfet qui assure la présidence. Les fonds collectés au niveau départemental servent à l'HD pour assurer toutes les dépenses concernant les évacuations : la vidange du véhicule, la réparation ou l'achat de pneus, la réparation chez un garagiste lorsqu'il y a une panne, l'achat de carburant.

Balleyara présente quelques spécificités par rapport aux autres communes. En effet, dans cette commune, ce n'est pas l'intégralité des fonds des « centimes additionnels » qui arrivent dans le compte départemental. Seulement 40% y sont versés et le reste 60% est gardé dans le compte communal pour assurer le paiement des factures d'électricité, les réparations éventuelles au sein des CSI. De plus, il est prévu que toutes les évacuations des CSI soient désormais faites sur l'HD à Fillingué et non plus à Niamey. Mais s'il arrive néanmoins que certaines patientes soient directement évacuées sur Niamey, une ponction sera faite sur le compte départemental puisque c'est ce compte qui sert pour toutes les évacuations.

Lorsque la gratuité des évacuations est amorcée, comme c'est le cas à Guidan Roumji, les malades ne paient rien. Mais, à Say et à Balleyara, les malades continuent à payer le prix du carburant. Le coût des évacuations est fixé par une assemblée générale départementale avec une tarification en fonction de la distance entre la structure de départ et la structure de référence et parfois en fonction aussi du prix du litre du carburant en cours à la station.

A Balleyara, le tarif est fait sur la base de 20 L par Km et le tarif reste le même quelque soit le prix du litre de l'essence en cours. Pour une évacuation sur Niamey l'aller/retour correspond à 25 000 F CFA. Si c'est un autre CSI situé plus loin comme celui de Tabla qui est à 7 km de Balleyara, pour l'aller/retour entre Tabla et Niamey il faut 45 L ce qui coûte aux usagers 27 500 FCFA. Le plein de l'ambulance est de 145 L mais l'ambulancier met juste le carburant suivant les distances. Cela se passe de la manière suivante : l'essence est stockée dans des bidons de 20 L qu'il utilise et il remplit les bidons vides avec l'argent du malade une fois à Niamey.

A Say, lorsqu'il s'agit d'une évacuation de l'HD sur Niamey, une somme de 15 000 FCFA est remise par les familles pour les frais de carburant, mais ce montant varie suivant le coût du litre de l'essence en cours, actuellement ce coût est en baisse, ce qui ramène le tarif à 12 000 FCFA. Avant de prendre la route pour Niamey il prend d'abord l'essence à la station avec l'argent remis par la famille. Pour les évacuations d'un CSI à l'HD, là aussi le prix n'est pas fixe, l'ambulancier nous dit que si c'est 20 Km il faut 10 L dont le prix sera donné à la station. Il n'est fait appel à l'ambulance que si le chef CSI a entre les mains l'argent remis par la famille pour le prix du carburant. Dans ce cas, l'ambulancier

prend le carburant à la station avant de se rendre au CSI. L'appel à l'ambulance se fait par téléphone à l'HD. Dans les CSI, il se fait par RAC lorsque cet appareil existe dans la structure et dans ce cas il est souvent en panne. C'est pourquoi, d'une manière générale, l'appel se fait par téléphone portable. Dans toutes les trois communes, les infirmiers nous ont dit, qu'auparavant, ce sont eux qui payaient l'appel de leur propre poche, mais actuellement ce sont les familles qui paient. Dans tous les cas, la communication est très brève et peut être renouvelée plusieurs fois lorsque l'ambulance tarde à venir ou lorsqu'il faut faire recours à l'ambulance d'une autre structure. Par exemple la sage-femme d'un CSI type réduit à Guidan Roumji nous confie qu'elle envoie ses appels de la manière suivante :

« Allô, allô, CSI El Kolta, on a besoin d'une ambulance. » [Sage-femme El Kolta, Guidan Roumji]

L'ambulance peut provenir d'une part du « programme spécial du Président » et d'autre part des dons de l'Etat et de certaines ONG.

L'implication du « programme spécial du Président » dans le secteur de la santé ne se limite pas seulement à la construction de cases de santé. Ce programme a doté bon nombre de structures d'une ambulance. Ainsi, nous avons noté que le CSI de Balleyara et l'HD de Guidan Roumji sont dotés chacun d'une ambulance du programme, Say n'en possède plus depuis trois ans. Contrairement aux autres ambulances qui proviennent des dons de l'Etat et de certaines ONG, la maintenance et les dépannages de l'ambulance du programme sont assurés au garage de la présidence. Il n'est pas exclu que la mairie et certaines autorités locales participent au dépannage. Ainsi la mairie prend en charge la vidange, le maire a fait don de deux roues, le colonel de douane a fait don de quatre roues et d'une batterie. Mais il arrive qu'une ambulance en panne reste longtemps sans être réparée, c'est le cas à Balleyara où l'unique ambulance qui est celle du programme est garée depuis plusieurs semaines. Lorsqu'il n'y a pas d'évacuation, l'ambulance est toujours stationnée au poste de gendarmerie sous la responsabilité du chef de poste. Dans ces conditions, les évacuations suivent une procédure particulière. En effet, pour le déplacement de l'ambulance, il faut : la signature du préfet, aller chercher le garde qui doit assurer la garde du véhicule durant l'évacuation, prendre le carburant, aller chercher le soignant qui doit accompagner les patients. Lorsqu'il n'y a pas de chauffeur disponible à l'HD de Guidan Roumji, c'est le préfet qui délègue un autre chauffeur à sa place. L'accompagnement se fait à tour de rôle entre les soignants et n'est jamais celui qui fait la garde. Par exemple au CSI de Balleyara, les deux infirmières et l'aide soignante se relaient. A l'HD de Say ce sont des sages-femmes qui accompagnent. A Guidan Roumji, cela se passe entre sages-femmes et infirmières. Selon les agents, la procédure avec l'ambulance du programme est longue, en témoignent une sage-femme et un ambulancier :

« Avec tous ces protocoles, l'ambulance prend du retard pour venir prendre la femme. » [Sage-femme CSI type réduit El Kolta, Guidan Roumji]

*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

« Il y a toujours des retards quand le garde suit l'ambulance du Président. »  
[Ambulancier HD Guidan Roumji]

Avec l'ambulance provenant des dons de l'Etat et parfois de certaines ONG, la procédure est simplifiée. Une fois que la demande arrive auprès de l'ambulancier, celui-ci n'a d'autre chose à faire que de prendre l'essence et d'aller chercher le soignant qui accompagne avant de prendre la route. Il faut souligner que certaines structures n'ont qu'une seule ambulance, qui est soit du programme (cas du CSI de Balleyara) soit un don de l'Etat (cas de l'HD de Say à travers le programme du Fond d'Aide au Développement (FAD))<sup>11</sup>. D'autres en ont deux comme c'est le cas à l'HD de Guidan Roumji qui compte une ambulance du programme et une autre de l'Etat. Le dépannage et la maintenance sont pris en charge sur le fond du recouvrement des coûts. Parfois les autorités locales participent à cette charge.

Les autres moyens de transport pour les évacuations en dehors de l'ambulance, sont les véhicules de transport en commun et les véhicules personnels des autorités locales. Les parturientes sont évacuées par un véhicule de transport en commun lorsqu'il n'y a aucune ambulance disponible soit parce qu'il y a une autre évacuation en cours soit parce qu'il y a une panne. Parfois, il peut s'agir d'un refus de la famille de prendre l'ambulance préférant se rabattre sur les véhicules de transport en commun qui leur paraissent moins chers. Toutefois certains soignants trouvent que ce n'est qu'en cas de force majeure qu'il faut recourir à ces véhicules qui ne permettent pas de réunir les conditions nécessaires pour une évacuation. En effet, la parturiente et ses accompagnants voyagent avec d'autres passagers et aucun soignant ne les accompagne dans ces conditions. De plus si l'évacuation est sur Niamey, il faut prendre un taxi pour se rendre à la structure de référence (maternité centrale Issaka Gazobi ou maternité du CHR Poudrière). Ils trouvent par ailleurs que lorsque le véhicule est loué par la famille (donc sans aucun autre passager) le coût du transport revient plus cher qu'avec l'ambulance. Une évacuation avec l'ambulance du CSI de Balleyara à Niamey revient à 25 000 FCFA alors que pour un véhicule de transport en commun « 19 places », l'aller simple fait 38 000 FCFA<sup>12</sup>.

Parfois, lorsque la famille n'a aucun moyen pour payer l'évacuation, les agents de santé cotisent entre eux ou alors ils font recours aux véhicules personnels des autorités locales : soit le maire, le chef de canton, le chef de poste ou une autre personnalité locale. Bien évidemment dans ces conditions les familles ne paient rien.

Il faut ajouter à ces différents moyens de transport que nous venons de mentionner, les charrettes pour évacuer les patientes. Les charrettes comme

---

<sup>11</sup> Au moment où il y avait l'ambulance du programme spécial, un garde suivait toujours l'ambulance mais celui-ci a été envoyé au CSI de Tamou commune rurale du département de Say.

<sup>12</sup> Le prix du billet pour une personne est de 2000 FCFA, ce qui fait 2000 FCFA x 19 places = 38 000 FCFA.



*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

moyen de transport sont habituellement utilisées par les familles pour les évacuations du domicile au CSI et très rarement entre structures de santé. Ainsi à Say, nous avons constaté que les évacuations du CSI urbain sur l'HD se font par charrette. Il n'est pas fait appel à l'ambulance puisqu'en fait la distance qui sépare les deux structures n'est que de quelques mètres. Nous avons remarqué une petite station de charrettes sur une portion de la route principale sur laquelle donne le CSI.

*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

### III. L'ACCOUCHEMENT MÉDICALISÉ TEL QUE PERÇU PAR LES FEMMES ET LEURS FAMILLES

#### *Les CPN et l'accouchement médicalisé valorisés...*

Les femmes et leurs familles, dans leur quasi majorité ont une perception positive sur les consultations prénatales. Voici ce que certaines nous en disent :

« Elle permet de vérifier la grossesse, de voir si l'enfant est dans la position normale. » Femme peuhle hameau / Say]

« C'est important, on peut voir l'état de santé de la femme et de l'enfant. On explique à la femme le régime à suivre. Lorsqu'on a les pieds enflés, au centre de santé on t'interdit le sel, on te donne des médicaments, des vaccins et autres. Avec le centre de santé les malaises sont désormais traités. » [femmes âgées peuhles Tchantchargou]

D'autres trouvent aussi qu'il y a des avantages d'accoucher à la maternité car :

« Sur le champ on vérifie l'état de santé de la mère et de l'enfant et on traite si nécessaire, on distribue des moustiquaires et des comprimés » [femmes âgées peuhles Tchantchargou]

*... mais...*

#### *de longues attentes, de mauvais traitements et des racketts,*

Si toutes les femmes interrogées ont un avis favorable sur l'utilité des CPN, certaines trouvent néanmoins que les attentes sont trop longues. De plus les agents les rudoient ce qui fait que ce n'est pas régulièrement qu'elles suivent les CPN. Pour les accouchements, elles affirment qu'elles sont souvent victimes de mauvais accueils comme en témoigne cette femme :

« Les sages-femmes sont sévères à ton égard, même si c'est ton enfant qui est malade, elles disent que tu ne t'en occupes pas. » [Femme ayant accouché, Balleyara]

La plupart des femmes parlent également du manque de patience de certains soignants qui les obligent à retourner chez elles lorsqu'ils estiment que ce n'est pas encore le moment de l'accouchement. Lorsque la parturiente et ses accompagnants ne sont pas de la localité où se trouve la structure, ils sont obligés soit de camper sur place sous les arbres, soit s'ils y ont des parents d'aller loger chez ces derniers. Ce dernier cas a été celui d'une femme que nous avons

rencontrée à l'HD de Guidan Roumji qui avait parmi ses accompagnants une vieille femme qui a l'expérience d'assister les parturientes. Cette dernière nous raconte :

« Lorsque nous étions arrivés, on nous a dit qu'il reste encore un temps pour qu'elle accouche. On nous a donné un carnet. Nous étions parties en ville passer la nuit. Tôt le matin nous sommes revenues ici. Si nous sommes restées la nuit c'est parce qu'il faisait déjà nuit et les charretiers étaient déjà rentrés. En tant que vieille, comme je savais que l'accouchement est imminent, j'ai préféré qu'on ne s'éloigne pas, vu que nous avons fait la prière du Magrib ici. » [Accompagnante d'une nouvelle accouchée, Guidan Roumji]

Mais dans bien d'autres cas, lorsque les parturientes sont renvoyées, elles finissent par accoucher à domicile, ce qui leur vaut des réprimandes par la suite de la part de ces soignants.

« Les femmes ne partent plus aux consultations, elles se plaignent du mauvais accueil, des grèves et le pire c'est lorsqu'on dit de retourner à la maison, elle n'est pas proche de l'accouchement au lieu de patienter un peu jusqu'à ce qu'elle accouche. Et il suffit qu'elle retourne chez elle, pour qu'elle accouche. » [Femme d'âge mûr responsable d'un groupement féminin, Say]

Voici le cas d'une femme qui est retournée chez elle sur demande du major et qui a accouché à domicile avant le moment qu'il lui a indiqué pour retourner au CSI.

*Fatim a 24 ans et habite dans un village dans la commune de Guidan Roumji. Elle a fait quatre grossesses dont une avortée. Elle se rappelle que pour sa deuxième, le travail a commencé dans la nuit, mais elle a préféré n'informer personne. Ce n'est que le matin qu'elle informa son mari qui lui dit de se rendre au CSI du village. Mais elle n'est pas partie car elle estimait que le travail n'était pas encore intense. Ce n'est qu'au moment du crépuscule qu'elle se rendit se rendre au CSI où le major lui dit de retourner chez elle car ce n'était pas encore le moment de l'accouchement, et lui demanda de revenir le matin. Il la fit accompagner par la matrone qui devait rester avec elle à domicile. Mais celle-ci a dû s'absenter lorsqu'on l'informa que son petit-fils est malade. Elle n'est plus revenue auprès de la parturiente qui accoucha seule à 1h du matin dans sa chambre.*

Non seulement la femme n'a pas bénéficié d'une assistance médicale lors de son accouchement, elle n'a pas non plus été assistée par la matrone qui était censée la ramener au CSI au moment opportun.

Un responsable d'une association à Guidan Roumji interrogé sur ce problème de comportement des soignants vis-à-vis des femmes, nous livre également son témoignage :

« Par rapport à la santé maternelle, il y a tellement de plaintes surtout au niveau de la maternité. Moi je me rappelle, j'étais venu ici en 2006, juste je crois une semaine

LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI

après Madame était sur le point d'accoucher. Elle a été amenée à la maternité. A ma grande surprise 2h à 3h du matin ils nous ont référé à Maradi, mais j'ai dit que ça ne va pas. Même si je ne connais pas le contenu de la santé de la reproduction, je sais que ça ne va pas. On a été référé à Maradi, et arrivé là bas, je crois 30 minutes après Madame avait accouché, voilà pourquoi je dis d'ici il y a beaucoup de problèmes. Il y a un problème de santé maternelle à Guidan Roumji, ils ont un problème de personnel. » [Responsable d'une association, Guidan Roumji]

Et c'est ce problème de personnel qui fait que, selon ce responsable, les risques de l'accouchement à la maternité étant les mêmes que ceux encourus par les femmes lorsqu'elles accouchent à domicile, sont parfois mal gérés :

« Ce sont les mêmes risques, seulement la différence est que là-bas (à domicile) il n'y a pas d'assistance. A la maternité c'est surtout sur la gestion de ces risques là qu'il y a problème. Je ne sais pas s'ils le font. Comme je l'ai dit ils ont un problème de personnel et des fois ils sont débordés. Des fois le personnel est suffisant mais tu n'arrives pas à comprendre pourquoi ils ne le font pas. » [Responsable d'une association locale, Guidan Roumji]

Parfois les plaintes portent aussi sur le fait que les agents font payer aux usagers des soins censés être gratuits et parfois ce sont des sur-tarififications.

« Ils ont dit que c'est gratuit, mais souvent quand les gens arrivent à l'hôpital ou le CSI, c'est autre chose. » [Femme, responsable d'une association locale, Guidan Roumji]

On constate que ce ne sont pas tous les usagers qui sont victimes de racket, ceux qui ont des relations au sein des structures de santé arrivent à contourner cette difficulté comme c'est le cas de ce responsable d'association précédemment cité :

« Bon, moi j'ai utilisé mes relations puisque j'ai des amis là bas à l'hôpital. Donc, je n'ai rien donné. J'ai vu seulement les syndicalistes, ils m'ont appuyés. » [Responsable d'une association locale, Guidan Roumji]

A Balleyara, des représentantes de groupements féminins ont soulevé ce problème des mauvais traitements et du *racket* dont les femmes sont victimes auprès des membres du Coges. Lors d'une assemblée communale de la santé, il a été constaté que malgré la gratuité des soins, il y a une baisse de la fréquentation du CSI par les femmes. Le chef CSI de Balleyara interrogé, nous dit qu'il a déjà fait une réunion à ce sujet avec ses agents et qu'il les a mis en garde. Il nous confie qu'il reste vigilant par rapport à ce problème :

« Ils ont reconnu les faits, ils rançonnaient les malades. Ils m'ont dit qu'ils vont arrêter. Mais moi, je reste vigilant, je mène de temps à autre ma petite enquête. » [Chef CSI Balleyara]

A Say, une baisse de la fréquentation des femmes a été également constatée. Le problème a été l'objet d'une réunion à laquelle des femmes ont été invitées à

s'exprimer en présence des agents de santé. Une de nos interlocutrices en témoigne :

« Nous avons été à la réunion et les femmes se sont plaintes du mauvais comportement des agents qui fait qu'elles ont cessé de fréquenter les formations sanitaires pour les CPN et les accouchements. Les agents nous ont dit de faire table rase du passé et que chacun doit s'assumer désormais. » [Femme venue pour une CPN au CSI de Say]

### ***... des difficultés d'accès au service de référence et des dépenses élevées en cas d'évacuation***

Il n'y a pas que les mauvais traitements et *rackets* que les femmes et leurs familles soulèvent comme problème dans les services de santé, il y a aussi celui des évacuations lorsqu'une fois arrivée au centre de santé les soignants décident d'évacuer la parturiente vers une structure de référence. L'accès à cette structure de référence est parfois difficile du fait de l'indisponibilité de l'ambulance. Il faut de longues attentes avant son arrivée et parfois il faut renoncer à l'attendre et trouver un autre moyen pour transporter la parturiente. Or, les problèmes de transport sont récurrents à l'intérieur du pays, particulièrement dans les localités éloignées des routes goudronnées. Les familles doivent se rabattre sur les véhicules de transport en commun. Ces véhicules sillonnent les villages les jours de marché et elles en profitent pour joindre la structure de référence. Soit les parturientes sont évacuées par un véhicule dans lequel voyagent d'autres personnes. Soit les familles décident, si elles en ont les moyens, de louer le véhicule et dans ce cas les femmes sont évacuées seules en compagnie de leurs familles. En dehors des jours de marché, les véhicules se font rares ce qui fait que les familles sont parfois obligées de louer le véhicule d'un particulier. L'étude de cas suivant retrace les difficultés de transport que peuvent éprouver certaines pour joindre la structure de référence.

*Koro a 26 ans, elle habite dans un village doté d'un CSI dans la commune de Guidan Roumji. Un matin à 7 h, elle s'est rendue au CSI pour l'accouchement de sa quatrième grossesse. Après examen, le major l'informa qu'il va appeler l'ambulance pour qu'elle soit évacuée sur Maradi. Au bout d'une longue attente, l'ambulance n'était toujours pas là et il n'y avait aucun véhicule de transport en commun dans le village. Le lendemain, était le jour de marché du village, mais aucun véhicule de transport ne partait sur Maradi. La famille fut obligée de faire partir la parturiente dans un véhicule qui partait dans un autre village appelé Tiadowa. Le but était, une fois dans ce village, de reprendre un autre véhicule pour se rendre à Maradi. Ce n'est que tard dans la nuit qu'elle est arrivée enfin à Maradi accompagnée d'une de ses coépouses, sa tante et son mari.*

En plus des difficultés de transport, c'est surtout les coûts élevés que les familles craignent en cas d'évacuation. A Balleyara un groupe de chefs de village en témoigne :

LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI

« De Balleyara à Niamey, il faut payer 25 000 FCFA pour l'ambulance, quand la personne n'a pas dépensé, elle dépense 25 000 FCFA, c'est le minimum. » [Focus groupe chefs de village, Balleyara]

Mais il est souvent difficile de revenir en détail avec les femmes sur les dépenses effectuées. En effet, la plupart d'entre elles n'est pas toujours au courant de ce qui a été dépensé car selon elles, cet aspect financier ne concerne que les hommes et que, « *il y a des hommes qui dévoilent ce qui s'est passé alors que d'autres n'en parlent pas* ». Parfois, les accompagnantes, elles non plus, ne savent pas les montants payés, l'une d'entre elles estime que leur travail consiste seulement à s'occuper la femme :

« Ce sont les hommes qui savent entre eux. Nous, notre travail c'est de nous occuper de la nouvelle accouchée, nous ne savons pas qui a participé à quoi. » [Accompagnante, Guidan Roumji]

En fait, il est difficile d'avoir le témoignage des hommes car ils sont souvent absents au moment des entretiens. Nous avons tout de même pu avoir avec quelques femmes une idée de ce que pourrait être le montant des dépenses lors d'une évacuation. Deux cas nous serviront d'illustration.

***Une femme de la commune de Balleyara évacuée sur Niamey***

*Binta âgée de 29 ans est arrivée au CSI de Tabla vers 16H accompagnée de sa belle-sœur, son beau frère, son frère et un voisin. Elle est à sa septième grossesse, une grossesse gémellaire. Avant son évacuation au CSI elle avait ressenti de vifs maux de tête, elle vomissait et c'est par la suite qu'elle accoucha du premier jumeau vivant. Au CSI, elle expulsa le deuxième jumeau, un mort-né. Mais elle fut évacuée sur Niamey et sur sa fiche d'hospitalisation il est marqué qu'elle faisait une crise d'éclampsie. Selon elle, elle été évacuée parce qu'elle manquait de sang et d'eau. A Niamey, à la maternité centrale, elle a été hospitalisée durant 19 jours et le jumeau vivant a été mis en observation pendant 9 jours. Pour les coûts il faut compter celui de l'évacuation, l'hospitalisation, les traitements, les ordonnances, la restauration (les accompagnants étaient au nombre de quatre). Son mari était parti en exode, mais il avait laissé une somme de 100 000 FCFA pour acheter des animaux. Cet argent fut utilisé pour assurer les frais. Mais cette somme ne suffisait pas, il a fallu que son beau-frère qui gardait l'argent de son mari prenne à crédit une autre somme de 100 000 FCFA. Au total ils ont dépensé 200 000 FCFA pour tous les frais occasionnés par son évacuation.*

***Une femme de la commune de Say évacuée sur Niamey***

*Djikoré est âgée de 38 ans et habite dans le hameau de Lowa. Elle a sept enfants dont quatre garçons et trois filles. Elle a accouché tous ses six premiers enfants à domicile. C'est le septième qu'elle a accouché à la maternité centrale à Niamey. Pour Djikoré et son mari, ce dernier accouchement leur a coûté cher. Elle a dû se rendre au centre de santé lorsqu'elle a constaté qu'elle tardait à expulser l'enfant contrairement à ses précédents accouchements. Elle est arrivée au CSI de Tchantchargo avec deux vieilles femmes de son hameau, son beau-frère et son mari. Elle nous raconte que l'agent de santé voyant qu'elle n'accouchait toujours pas après quelques moments, décida de l'évacuer sur l'HD de Say. Comme l'ambulance n'était pas disponible, les hommes décidèrent de louer le véhicule d'un particulier à 25 000 FCFA pour aller du CSI à l'HD (distance xx km). De l'HD on décida une deuxième fois de l'évacuer. Cette fois-ci l'évacuation fut faite par ambulance pour une césarienne à la maternité centrale à Niamey. Ce transport par ambulance leur coûta 15 000 FCFA. Djikoré ne sait pas combien son mari a dépensé lors de son hospitalisation à Niamey. Par contre elle se souvient que pour le retour de la maternité centrale à son village, ils ont payé pour le taxi la somme de 50 000 FCFA. Il faut ajouter qu'elle a dû se rendre une fois à Niamey pour une visite de contrôle. Elle considère qu'ils ont payé beaucoup d'argent lors de ce dernier accouchement. Ils ont dû vendre des animaux ce qui fait que leur richesse a diminué.*

Ces deux cas montrent à quel point les familles se dépouillent de leurs économies pour faire face aux dépenses de l'évacuation. Notons que la part des dépenses destinée aux transports et aux repas pour les accompagnants n'est pas négligeable, d'autant plus que c'est parfois plusieurs personnes qui accompagnent les parturientes sans compter ceux qui viennent en visite et qu'il va falloir nourrir au moment des repas. Par exemple, dans le premier cas, Binta était accompagnée de sa première coépouse, de sa cousine, de sa tante et de son mari. Les trois femmes restaient en permanence avec elle au CHR y compris la nuit. Quant au mari, il passait la nuit avec sa deuxième femme qui réside à Maradi et qui était chargée de préparer à manger pour tout ce monde.

Pour cette autre femme qui venait d'accoucher à l'HD de Guidan Roumji, elle était accompagnée de quatre femmes sans compter son mari. Une de ses accompagnantes témoigne :

« Nous sommes quatre, celle-ci habite dans cette ville, elle est simplement venue nous voir, elle nous a apporté le manger, c'est la petite sœur de sa mère. L'autre c'est la petite sœur de la femme de son père, celle-là c'est la petite sœur de son père, celle-là aussi c'est une autre petite sœur de son père, et moi je suis la mère de son père. »

Nous avons néanmoins rencontré un homme qui a pu nous donner plus d'informations sur les dépenses qu'il a effectuées lors de l'évacuation de sa femme



et de la manière dont il s'est « débrouillé » pour réunir les sommes requises. Il était auprès de celle-ci, elle venait d'être césarisée. Voici ce qu'il nous a raconté :

« C'est aux environs du Azahar que le sang a commencé à couler. Quand j'ai été informé, je lui ai dit va dire à ta mère. Quand elle a dit à sa mère, je ne l'ai même pas attendu. J'ai pris ma femme et nous sommes partis vite. C'est seulement la nuit quand on a déjà pris ma femme pour l'emmener à la salle d'opération que sa mère est arrivée. J'ai passé à Halbawa pour venir avec la sœur de mon père. Quant à Hadji (sa mère), elle est partie directement de Hamou à Doukou Doukou pour trouver un véhicule. Elle n'est pas passée par Halbawa. Nous sommes arrivés à Halbawa quand les gens étaient en train de se préparer pour faire la prière de Asar. Le major a fait de son mieux, il a awnawa (examiné) et il nous a dit de venir ici à Guidan Roumji. Ce qui a retardé, il fallait partir lui chercher la carte téléphonique pour qu'il appelle l'ambulance. Mais dès qu'il l'a examinée, il nous a dit que c'est un problème de sang et surtout qu'on lui a fait une césarienne, il faudra continuer à Guidan Roumji urgemment. Il m'a dit d'aller vite au village lui acheter une carte téléphonique. Dès que je lui ai apporté la carte, il a téléphoné pour appeler l'ambulance. J'ai pris une carte téléphonique de 500 FCFA. L'ambulance est arrivée aux environs de 17H. Nous sommes arrivés ici aux environs du Magreb (19h30). Quand nous sommes arrivés ici, la sage-femme a tout fait, elle m'a demandé d'aller acheter une carte téléphonique. Elle m'a dit que la chose la dépasse, il faudra qu'elle appelle ses supérieurs. Donc je suis allé acheter une carte de 500 FCFA. Je n'ai pas payé l'ambulance, mais l'infirmier de Halbawa a pris avec moi 2 250 FCFA. Je ne sais pas pourquoi, avec l'argent de la carte, ça fait 2 750 FCFA. Je ne sais pas si c'est pour l'ambulance parce qu'on ne lui a pas fait de *magani* (médicaments, soins) là-bas. Il l'a juste examiné et envoyée à Guidan Roumji. Ici pour le moment, c'est seulement les 500 FCFA de la carte et le manœuvre qui l'a transportée de l'ambulance pour l'emmener dans la salle d'accouchement, il a dit qu'on donne 1500 FCFA et j'ai pris pour lui donner. Il y a aussi la matrone qui a dit qu'on lui donne deux morceaux de savon avec 500 FCFA. J'ai déjà acheté les deux savons, il reste maintenant de lui donner. Quand je vais aller chercher le petit déjeuner, je vais avoir la monnaie et lui donner ses savons et ses 500 FCFA. C'est avec ma charrette qu'on est allé à Halbawa. Les bœufs et la charrette m'appartiennent, c'est ça seulement qu'on n'a pas payé. Quand on a appelé l'ambulance, il y a avait les enfants de ma grande sœur avec moi, je leur ai remis la charrette qu'il la ramène à la maison. Au moment de quitter la maison, je n'avais rien. Je suis rentré dans le village me débrouiller. Je n'ai pas revendu quelque chose. Quand tu es pressé, si tu amènes quelque chose au marché tu risques de bazarder, c'est pourquoi j'ai emprunté de l'argent avec les amis. Quand on retourne à la maison, c'est un animal qu'on va revendre. Pour ce qui est des produits de l'agriculture, cette année ce qu'on a eu ne suffit pas pour manger à plus forte raison en revendre. Mais devant cette situation même dans cette petite quantité là on peut prendre pour revendre parce que la santé est devant tout. J'ai fait 70 bottes cette année, mais j'ai trois femmes, sept enfants et moi. J'ai une grande famille. Je fais de l'élevage, j'ai trois brebis, sept chèvres et deux bœufs. Les chèvres là quand nous sommes dans des difficultés, c'est ça que je vends pour régler les problèmes. Je n'ai pas une autre activité, sauf l'agriculture. Avant pendant le *rami* (saison sèche), je travaille comme maçon, je gagnais un peu.

Certes ce récit est long, mais il nous révèle qu'il y a bien d'autres types de dépenses que nous n'avons pas trouvés dans les témoignages des interlocuteurs précédents. Il s'agit du paiement des appels téléphoniques soit pour faire venir

*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

l'ambulance, soit pour joindre des soignants. Il faut aussi compter la part de la matrone, du manœuvre, ainsi que la somme remise au major (somme plus élevée que le coût d'un accouchement pratiqué dans un CSI qui est de 800 FCFA) qui n'a en fait donné aucun soin à la parturiente. Si le transport par ambulance a été gratuit c'est parce que, rappelons-le, le système des « centimes additionnels » fonctionne intégralement dans la commune de Guidan Roumji. Le tableau suivant récapitule les dépenses que le mari nous a dit avoir faites. Il n'est que partiel car il ne tient pas compte des coûts de la restauration et des factures qui lui seront éventuellement présentées à leur sortie de la maternité.

*Tableau1 : Récapitulatif partiel des dépenses à l'occasion d'une évacuation pour césarienne*

<b>Désignation</b>	<b>Coût</b>
Transport Hamou/Halbawa = charrette personnelle	0
Carte téléphonique à Halbawa	500 FCFA
CSI Halbawa	2 250 FCFA
Carte téléphonique HD Guidan Roumji	500 FCFA
Manœuvre	1 500 FCFA
Matrone	500 FCFA (2 savons) + 500 FCFA
Total	5 750 FCFA

Il faut rappeler ici que la césarienne fait partie des services officiellement gratuits pour les usagers. Toutefois, de manière marginale, diverses dépenses apparaissent autour de cet acte gratuit, comme celles qui sont situées dans l'accès au service de référence mais aussi à l'intérieur même du service. Cette situation de semi gratuité qui ne dit pas son nom pour les césariennes fait dire à un de nos interlocuteurs interrogé sur le sujet de la gratuité des soins que : « c'est bien si c'est presque gratuit ».

#### IV. L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE

##### *Les perceptions autour de l'accouchement à domicile*

##### *L'acharnement vain des soignants et des autorités locales contre la pratique de l'accouchement à domicile*

Même si les chiffres montrent qu'il y a une hausse de l'accouchement médicalement assisté, celle-ci reste très timide, la pratique de l'accouchement à domicile étant largement généralisée sur le plan national. A Guidan Roumji, lors de l'AG le MCD adjoint déclarait que l'accouchement assisté est passé de 12% en 2008 à 20% en 2009, un chiffre qui a certes augmenté mais qui n'atteint pas la moitié des accouchements.

Dans leur discours, conformément à la politique officielle, les soignants ont une perception négative de l'accouchement à domicile. Ils constatent que l'accouchement à domicile est largement pratiqué par les femmes :

« Dans le trimestre je ne dépasse pas 14 accouchements. Elles ne viennent que quand il y a complication. Elles accouchent généralement à domicile. » [Sage-femme, CSI de la commune de Guidan Roumji]

Ils évoquent souvent les cas de complications que présentent certaines femmes qui accouchent à domicile et qui finissent par se rendre à la structure de santé. Ces complications selon eux sont dues d'une part aux mauvaises pratiques à domicile et d'autre part, en cas de complication, au long temps mis par la famille pour emmener la femme à la structure de santé. Les complications qu'ils citent sont le plus souvent des rétentions placentaires, des déchirures pelviennes, des hémorragies. Ils imputent la pratique de l'accouchement à domicile à l'ignorance des femmes comme nous le dit cette sage-femme :

« C'est l'ignorance qui fait que les femmes accouchent à domicile. Elles n'ont pas compris les risques de l'accouchement à domicile et les avantages de l'accouchement à la maternité. » [Sage-femme, Say]

Une sage-femme nous dit avoir essayé de comprendre l'ampleur de l'accouchement à domicile dans les villages couverts par son CSI, mais elle n'a eu en face d'elle que des hommes et des femmes qui se rejettent mutuellement la faute :

« Lorsque je demande aux hommes pourquoi leurs femmes ne viennent pas ils répondent qu'ils ne savent même pas quand les femmes sont en travail. Les femmes disent que ce sont les hommes qui ne veulent gaspiller l'argent. » [Sage-femme, CSI de la commune de Guidan Roumji]

*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

Les autorités locales tiennent à peu près le même discours que les soignants même si elles reconnaissent en creux la part de responsabilité des soignants dans le refus des femmes à accoucher à la maternité. Ils trouvent également que bien souvent, les femmes ne choisissent pas d'accoucher chez elles, c'est à cause de leur charge de travail qui fait que l'accouchement les surprend en pleine activité :

« L'accouchement à domicile est fréquent, si c'est pas difficile, elles ne vont pas à la maternité, elles sont toujours dans les travaux ménagers. C'est au cours de ces travaux que le travail les prend, elles accouchement alors sur place. C'est pas une option, ça les surprend. » [Focus groupe chefs de village, Balleyara]

Certains de nos interlocuteurs nous affirment qu'il y a une différence de fréquence entre la ville et les villages. En effet, ils estiment que ce sont surtout les femmes des villages qui optent pour l'accouchement à domicile. Ainsi, une sage-femme nous dit :

« Si tu vois une femme du village venir à la maternité, dis-toi qu'elle a un pied ici et l'autre dans l'au-delà. » [Sage-femme Balleyara]

« Si tu les vois c'est parce qu'elles ont fait deux jours de travail, ou le placenta n'est pas sorti. » [Une matrone du CSI de Balleyara]

D'autres à l'inverse trouvent que ce sont surtout les femmes des villes qui font l'accouchement à domicile. Les rares femmes de la ville qui vont accoucher à la maternité seraient des fonctionnaires ou des femmes de fonctionnaires :

« Maintenant les femmes rurales comprennent mieux que les femmes de la ville. Ca vous pouvez demander à la santé. Consultations prénatales, consultations nourrissons, si vous trouvez dix femmes à la maternité soyez sûrs que six à sept sont des femmes rurales. On a ce problème à Guidan Roumji. Si c'est l'accouchement à domicile, dans cette ville 80% de femmes préfèrent accoucher à la maison. Ce sont les femmes fonctionnaires, les femmes des fonctionnaires, ce sont elles que vous voyez à la maternité. Mais sinon les autres non.» [Responsable d'une association locale Guidan Roumji]

Il faut souligner qu'il y a des mesures officiellement prises contre la pratique de l'accouchement à domicile. D'un point de vue administratif, un dispositif d'incitation à l'accouchement médicalisé est mis en place notamment à travers la stratégie des CPNR. Cette stratégie vise à expliquer aux femmes la nécessité d'avoir un plan leur permettant de faire face aux événements éventuels qui se présenteront au cours de la grossesse et au moment de l'accouchement. Elle vise également à emmener les femmes à chercher à se faire assister au moment de l'accouchement par une personne qualifiée, que l'accouchement se passe à domicile ou au centre de santé. Les fiches de CPNR servent par ailleurs de support pour sensibiliser sur, d'un côté les avantages de l'accouchement médicalisé et de l'autre côté les inconvénients de l'accouchement à domicile sans assistance médicale.

Les autorités locales qu'elles soient de la mairie, de la préfecture, des chefs de village ou de canton, des représentants des communautés, participent elles aussi de leur côté au dispositif de lutte pour l'accouchement médicalisé. Ils plaident pour cette cause lors d'assemblées générales, dans leur discours à l'endroit des populations, dans les campagnes de sensibilisation.

« Tous les trois mois nous sortons vers les populations pour les tenir informées, pour les sensibiliser sur les divers volets de la vie et notamment dans ce volet il y a la fréquentation des maternités et même des cases de santé pour les accouchements, pour l'ensemble de soins. » [Vice maire, commune de Guidan Roumji]

Ils participent au choix et à l'intégration des matrones et des femmes relais dans le dispositif, de concert avec les soignants. Ainsi à Balleyara, c'est le chef de village qui choisit les matrones qui vont suivre une formation. Et c'est au chef de canton que revient la décision en dernière instance de donner la permission à une matrone de travailler au CSI.

Quant aux ONG, la plupart ont des activités de formation dont bénéficient des femmes choisies dans la communauté pour en faire des matrones. Elles participent également aux émissions radiophoniques traitant du sujet.

Des mesures de sanction auxquelles prennent part les autorités locales ont été prises à l'encontre des femmes qui accouchent à domicile. Ainsi à Say il a été décidé par les Coges, la mairie et les responsables sanitaires locaux, que « *toute femme qui accouche à domicile doit payer 2 000 FCFA.* » [Sage-femme Say]. De plus, elle est retenue à la maternité durant deux jours. A Guidan Roumji, la somme à verser est variable, et la nouvelle accouchée est gardée plus longtemps qu'à Say, elle est relâchée après le jour du baptême :

« Les mesures, c'est que toute femme qui accouche à la maison si le chef de quartier ou bien une des femmes du comité mis en place ont vu et qu'on vérifie que la femme n'a pas accouché à la maternité, cette dernière sera gardée à la maternité jusqu'après le baptême et le mari sera taxé. Si elle accouche aujourd'hui à la maison, aujourd'hui nous sommes mardi, normalement mardi prochain c'est le baptême, donc elle va rester jusqu'au mercredi matin avant d'être relâchée. Quant au mari, ce sont les chefs de quartier qui vont lui imposer un montant qu'il peut payer et ça c'est entre eux et puis la mairie. » [Responsable d'une association locale, Guidan Roumji]

Une autre mesure a été la baisse du coût de l'accouchement. Cette baisse a été faite à l'HD de Guidan Roumji pour les accouchements eutociques<sup>13</sup>. Ainsi le coût est passé de 3000 FCFA à 1000 FCFA pour rendre l'accouchement à la maternité accessible à un plus grand nombre de femmes.

---

<sup>13</sup> Rappelons cette organisation particulière à Guidan Roumji qui est le partage des activités de soins maternels entre le CSI et l'HD : l'HD prend en charge tous les types d'accouchement tandis que le CSI ne s'occupe que des CPN.

Afin de faciliter les évacuations du domicile à la structure de santé, la mairie de Say avec l'aide d'un projet de développement (nous n'avons pas pu identifier ce projet), voudrait dans un avenir proche, mettre à la disposition de certains villages des charrettes. Ainsi comme le souligne un conseiller membre de la commissions communale pour la santé :

« Dès que quelqu'un tombe malade ou est sur le point d'accoucher, il se rend directement là où se trouve la charrette sanitaire et on l'évacue »

Mais les sensibilisations, les sanctions et la baisse du coût de l'accouchement n'ont pas empêché la majorité des femmes à continuer à accoucher à domicile comme le souligne ce responsable d'association :

« On a fait des sensibilisations, on a pris des mesures mais c'est comme zéro ! »

Le recours aux matrones et aux femmes relais n'a pas non plus véritablement changé la situation. En effet, les matrones et les femmes relais servent de pont entre le domicile et les structures de santé. Autrement dit leur rôle dans le dispositif de lutte contre l'accouchement non assistée est d'emmener les femmes immédiatement à la maternité dès qu'on leur fait appel. Mais une matrone à Say nous informe qu'elle a rarement l'occasion d'emmener les parturientes à la maternité car elle n'est généralement pas appelée par les femmes au moment du travail. Celles-ci préfèrent se faire assister par des femmes âgées qui ne sont pas reconnues comme matrones, et l'accouchement dans ce cas se passe le plus souvent à domicile.

« Il y a près de huit à dix ans que les gens ne se font plus assister par une matrone lors de leur accouchement. »

### ***Les perceptions des femmes et de leurs familles***

#### *La préférence pour certaines femmes à accoucher à domicile si tout se passe bien*

Rares sont les femmes qui nous ont dit de manière explicite leur préférence pour l'accouchement à domicile alors qu'elles ont accouché chez elles la plupart de leurs enfants. La raison la plus souvent avancée est qu'elles ont été surprises par l'accouchement, ce qui fait qu'elles ont fini par accoucher à domicile. Deux femmes interrogées nous ont toutefois confié qu'elles préféreraient accoucher chez elles.

La première femme a fait sept grossesses et c'est pour la dernière qu'elle a accouché dans une structure de santé suite à une complication. Sinon tous ses accouchements précédents se sont passés à la maison. En fait nous avons eu un entretien avec cette femme sur son périple lors de son évacuation de son village à Niamey en passant par le CSI qui se trouve dans un autre village (cf. étude de cas

n°3). Cette unique expérience d'accouchement à la maternité l'a confortée dans son choix à accoucher à domicile. Voici ce qu'elle nous dit à la fin de l'entretien :

« Pour les femmes qui habitent au village, le mieux c'est d'accoucher à domicile. »  
[Femme ayant accouché, village Sansani, Balleyara]

La deuxième femme a connu elle aussi un parcours aussi chaotique que la première. Elle a fait sept grossesses dont un seul accouchement médicalement assisté, le dernier. Cet accouchement entre les mains des soignants a été une mauvaise expérience pour elle (*cf.* étude de cas n°4). Elle aussi clame sa préférence pour l'accouchement à domicile :

« Je préfère accoucher à domicile. Au lieu de me déplacer, je préfère rester ici à cause du mauvais accueil des lokotoro et en plus je n'ai rien à dépenser. » [Femme ayant accouché, hameau Lowa, Say]

#### *Des risques en cas de complication*

L'accouchement à domicile peut comporter des risques, et cela même ses adeptes ont conscience de cela.

« Tu sais accoucher à domicile si la situation devient compliquée... tu vois »  
[Femme ayant accouché rencontrée lors des CPN]

La plupart des femmes disent que c'est par contrainte qu'elles accouchent à domicile. Elles déplorent le fait que les agents de santé ne fassent pas l'effort de comprendre les raisons qui les poussent à accoucher à domicile. Ces derniers n'utilisent que des brimades qui les traumatisent comme le dit une femme :

« Du temps de l'amende, toute femme qui accouche à domicile est retenue à la maternité pendant sept jours. Les femmes accouchaient en cours de route à cause de ces brimades. Elles accouchaient dans tous les coins de notre ruelle. Il fallait utiliser une palissade comme enclos pour que les femmes accouchent de jour comme de nuit. » [Focus groupe, femmes ayant accouché]

### ***Les principaux acteurs de l'accouchement à domicile***

#### *La parturiente comme principale actrice*

« Vous savez, partout ces femmes accouchent seules, c'est seulement après qu'elles appellent la vieille ou la matrone. Il y a même des primipares qui accouchent seules. »

Ainsi s'exprimait une sage-femme de la maternité de l'HD de Guidan Roumji. Il s'agit en fait d'un accouchement à domicile sans l'intervention de quiconque, la parturiente accouchant seule dans un endroit qu'elle aura choisi. Ces femmes qui

accouchent seules « *n'avisent même pas leur mère* » nous dit une matrone. Une autre matrone nous dit :

« Quand l'accouchement n'est pas difficile, elles s'accroupissent, après accouchement elles appellent une femme » [Matrone, HD Guidan Roumji]

Une femme ayant l'habitude d'accoucher seule nous confirme :

« Lorsque je sens le travail, je me retire dans ma chambre et j'accouche seule. Puis j'appelle une vieille pour couper le cordon. » [Femme, village Sanasani, Say]

En fait, tout se passe dans la discrétion, de la bouche de la parturiente ne sort ni plainte, ni cri. Les raisons avancées pour expliquer le choix pour l'accouchement solitaire sont liées à la notion de bravoure, comme le dit une femme interrogée « *si tu vas accoucher à la maternité, les gens disent que tu n'es pas courageuse.* » [Femme ayant accouché, village de El Kolta]. Une autre accoucheuse traditionnelle nous dit que « *ce n'est pas une question de bravoure, c'est le bon Dieu qui facilite.* ». On pourrait ajouter à cette notion de bravoure, la notion de honte qui nous a semblé être la raison pour laquelle certaines femmes accouchent seules. Lors de nos enquêtes à Say, nous avons l'impression que dans cette commune fortement habitée par des communautés peules, la discrétion et la honte étaient en arrière plan dans les discours.

La personne qu'on appelle pour couper le cordon peut être une parente âgée de la femme, une accoucheuse traditionnelle ou une matrone. Ces personnes ne jouent qu'un rôle secondaire, car elles n'interviennent qu'après l'accouchement.

### ***Les accoucheuses traditionnelles et les matrones***

Au préalable, une précision est nécessaire sur la différence faite entre accoucheuse traditionnelle et matrone.

Une accoucheuse traditionnelle est une femme d'âge mûr et souvent même assez âgée qui assiste les parturientes lors des accouchements à domicile. Elle est reconnue en tant que telle par toute la communauté, ce qui la différencie de l'accompagnante, une parente de la parturiente qui a peu de connaissances en matière d'accouchement. Mais ces accoucheuses sont aujourd'hui appelées couramment « matrones ». Certains de nos interlocuteurs ne font pas la différence entre les deux types de femmes qui assistent les parturientes les appelant toutes des matrones quelque soient leurs connaissances et leurs pratiques.

Une matrone proprement dite est une femme qui a reçu une formation médicale légère sur l'accouchement et qui travaille généralement dans une structure de santé. Une matrone peut être une ancienne accoucheuse traditionnelle. On rencontre dans ce groupe tous les âges de la trentaine à 75 ans.

A Guidan Roumji, le nombre de matrones qui travaillent à l'HD est de six. Il s'agit de femmes d'âge avancé, en moyenne 70 ans. Quant aux accoucheuses



*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

traditionnelles que l'on retrouve dans les quartiers et les villages, elles sont nombreuses, nous n'avons pas pu déterminer leur nombre exact auprès de nos interlocutrices :

« Je ne peux pas te dire leur nombre. Je sais qu'au tout début il y avait deux matrones de ville et aujourd'hui il y en a plein ! » [Accoucheuse traditionnelle de la ville de Guidan Roumji, quartier Dan Thomas]

A Balleyara, le nombre de matrone est de cinq à la maternité du CSI. La plus jeune a 32 ans et la plus âgée a 60 ans. Là aussi de nombreuses accoucheuses traditionnelles sont disséminées à travers les quartiers et les villages.

A Say, il existe peu de matrones, il y a une seule matrone dans chacune des deux structures publiques de la ville (CSI et HD). Dans le village de Tienchergo situé à 7 km de la ville, la matrone se rend rarement au CSI. Le chef CSI, une femme, nous confie que depuis qu'elle a pris fonction elle ne l'a jamais vue. Quant aux accoucheuses traditionnelles elles sont dans chaque quartier de la ville et dans les villages. Il faut ajouter qu'à Say, contrairement aux deux autres communes, le recours aux accoucheuses traditionnelles est rare, les femmes préférant se faire assister par une vieille parente.

Il existe différentes voies d'entrée dans le métier d'accoucheuse traditionnelle et de matrone.

*L'entrée dans le métier*

Dans la catégorie des accoucheuses traditionnelles, nous avons noté deux types d'entrée dans le métier : par héritage et par don.

L'entrée dans le métier par héritage se fait par l'intermédiaire d'une parente qui exerce déjà le métier. Pour exemples, voici les témoignages de deux accoucheuses traditionnelles, la première se trouve dans la ville de Say dans le quartier Bolondjey et la deuxième opère dans la ville Guidan Roumji.

« Moi si je suis devenue matrone (accoucheuse traditionnelle), c'est parce que ma grand-mère était l'accoucheuse traditionnelle d'ici et le chef de quartier m'a mise à sa place. Du vivant de ma grand-mère, je l'observais et je lui posais des questions auxquelles elle répondait. J'ai appris comment couper le cordon et qu'il ne faut pas s'éloigner d'une femme en travail. J'ai été la novice de ma grand-mère ce que refuse les enfants d'aujourd'hui qui ne veulent pas assurer la relève. » [Accoucheuse traditionnelle, ville de Say]

« Lorsque je suis arrivée dans cette ville, j'ai duré dans la pratique du métier d'accoucheuse traditionnelle. Depuis le village, la mère de mon mari qui est aussi ma mère (tante) m'appelle et me dit : 'viens voir, je vais te montrer comment assister une femme à accoucher. Tu apprendras le métier comme ça même si je ne suis pas là tu as acquis des connaissances et tu vas me remplacer'. C'était comme ça qu'un jour, il y a eu un accouchement alors que ma mère n'était pas là. Les gens se demandaient comment faire ? Ca traînait. C'est après qu'on a dit : 'mais il y a sa fille,

*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

elle a l'habitude de lui dire comment faire.' Et j'ai confirmé qu'effectivement elle m'a montré. La maison était remplie de toute la famille. J'ai coupé le cordon ombilical, j'ai lavé très bien le placenta, ensuite l'enfant que j'ai rendu à sa mère qui l'allaita. Après j'ai rangé le milieu proprement. Enfin j'ai pris le placenta, je l'ai déposé dans un pagne, je lui ai demandé pardon et je lui ai fait tout ce qu'on fait à une personne décédée, car le placenta est au début de tout et Dieu a voulu qu'on le traîne comme un humain. Je l'ai enterré. Lorsque ma mère est rentrée je lui ai dit : 'voilà ton matériel'. Elle me répondit qu'à chaque fois qu'elle sera absente d'arranger la femme qui accouche. Depuis lors je pratique cela. Ça fait longtemps puisque c'est l'année où je portais mon 6ème enfant et je continue jusqu'aujourd'hui. Même si c'est la nuit, on part la réveiller, elle dit d'aller me voir, elle viendra la matinée. C'est à cause de ses yeux qu'il a fallu opérer. Depuis que j'ai commencé ce métier je l'ai appris à une autre. Elle est là, c'est elle qui fait le travail, si tu me vois travailler aujourd'hui c'est qu'elle est absente. Il y a une autre et je leur ai dit de bien faire leur travail. » [Accoucheuse traditionnelle, ville de Guidan Roumji]

Dans le premier témoignage l'apprentissage du métier passe par une volonté de l'apprenante qui va à la recherche de connaissances pratiques. Alors que dans le deuxième témoignage, bien qu'il y ait une volonté d'apprendre, l'apprentissage se fait surtout par incitation de la tante par souci de la relève.

L'entrée dans le métier par don est assez particulière. Il faut noter que nous n'avons rencontré qu'une seule personne dans ce cas. Il s'agit d'une femme âgée d'environ 70 ans qui habite dans la ville de Balleyara. Voici son témoignage :

«Je suis esclave des targui. J'ai commencé à m'occuper des femmes qui sont en difficulté pour accoucher au moment où moi-même j'accouchais. J'exerçais avant même qu'il n'y ait de formation sanitaire. Ce sont des génies qui m'aident. Lorsqu'une femme entre en possession, il y a une danse qu'on organise. Au cours de cette danse de possession, une femme est désignée pour piler le mil pour les génies, j'ai joué ce rôle. Les génies à chaque fois viennent causer avec moi et me donnent des secrets. Ce sont les génies qui m'ont donné ce pouvoir d'aider les femmes en difficulté. Je n'ai pas de formule, c'est un verset coranique que je prononce en même temps je caresse le ventre de la femme. C'est un don qui reste, tout est question de confiance, si la confiance est là, le don des génies reste. Si c'est un cas qui ne va pas marcher, les génies m'avertissent. Certaines femmes ne survivent pas à l'accouchement, les génies me montrent cela en songe. » [Accoucheuse traditionnelle, Balleyara]

Cette femme rare dans son genre, a été sollicitée par les agents de santé pour travailler à la maternité, proposition qu'elle a refusée en disant qu'elle est trop occupée, nous y reviendrons plus loin.

Dans la catégorie des matrones, l'entrée dans le métier est plus variée. D'abord, on peut être choisi par la communauté ou par le chef de village comme en témoignent ces deux femmes :

«Je me trouvais à Niamey où je passais quarante jours lorsque les femmes m'ont choisie comme matrone, après qu'il leur a été demandé de désigner des matrones. Le sous-préfet envoya quelqu'un dans une voiture pour me dire qu'il m'appelle. Je

LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI

me rendis chez lui où il me dit que les femmes m'ont choisies en tant que représentante des femmes à la *Samariya* (association de jeunes sous le régime militaire). Après le *sarkin samari* (chef de l'association de jeunes), les autres m'ont désignée comme matrone de tous les cinq quartiers. Je m'engageai à faire ce travail autant que j'aurais la force. » [Matrone 60 ans, maternité du CSI de Balleyara]

« C'est à notre chef de quartier qu'on a demandé de fournir une matrone et il m'a désignée. Ce qui fait depuis, lorsqu'une femme de notre quartier est en travail d'accouchement, on m'appelle. » [Maternité HD, 70 ans]

Ensuite, on peut entrer dans le métier par l'intermédiaire d'un soignant, en passant par une formation organisée par un projet, en faisant la démarche de déposer son dossier à une structure de santé, en passant par le métier de fille de salle. Nous allons voir ces modes d'entrée à travers les trois témoignages suivants :

« Avant d'être matrone, j'étais femme relais, nous étions avec Aminata et nous partions de village en village faire des tournées foraines pour faire des injections, des consultations prénatales, des consultations nourrisson, des vaccinations. Après le décès d'une des collègues de cette femme-ci (désigne une matrone assise à côté), on lui a cherché une remplaçante comme c'est une matrone. Donc Aminata m'a proposée. Et ça fait quinze ans que je suis matrone en remplacement de la défunte. » [Matrone, maternité CSI de Balleyara]

« Il fut un projet qui nous donna une formation de matrone et de secouriste. J'ai adhéré à ce projet par humanisme car une femme accouche et on manquera quelqu'une pour l'assister ou pour couper le cordon ombilical. C'était en 1983, nous avons été engagées par le projet en tant que matrone car c'est un centre qui s'occupe de la femme. Voilà pourquoi on nous a enseigné sur l'accouchement. Finalement on m'appelle dès qu'une femme entre en travail. Le projet a duré 5ans, j'ai travaillé à Kabé, Sandiré et Gao-Tawaye. A la fin du projet, comme nous avons la carte de secouriste et la carte de matrone, on nous adit de les présenter à la ville dans laquelle il y a une formation de les présenter au médecin ou au major qui te permettront de prendre soin des femmes à la maternité. Et c'est comme cela que j'ai commencé à servir à la maternité. » [Matrone maternité CSI de Balleyara, 48 ans]

« Nul n'échappe à son destin, lorsque j'ai quitté l'école pour insuffisance de travail, je me suis dit que l'oisiveté ne paye pas. Voilà pourquoi je me suis mise dedans. Auparavant le centre de santé était là, on nous a laissé apprendre pendant 1 an à la suite de quoi je fus engagée, c'était le 30 décembre 1983. Il y avait un avis de recrutement et j'ai déposé ma demande. » [Matrone CSI urbain, Say]

« Avant de venir ici j'étais fille de salle vers Arlit et comme ici il n'y a pas de fille de salle, je suis matrone. J'avais une tante sage-femme à qui j'avais rendu visite, un jour comme je ne faisais rien et qu'on cherchait des filles de salle, elle m'a dit tu vois une telle, l'oisiveté est très mauvaise, si ton mari est d'accord je te trouverai une place de fille de salle dans notre maternité. Mon mari m'a donné la permission comme lui-même est un agent de la fonction publique. Comme c'était à Arlit, elle m'a présentée au médecin et nous reçûmes une formation. Pour le salaire ça dépend des recettes que les sages-femmes cumulent auprès du gestionnaire. Des fois c'est 25 000F et des fois on reçoit 30 000F, c'est l'argent des collectivités. J'avais fait 7 ans en tant

*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

que fille de salle là bas. Mon mari a pris un départ volontaire et nous sommes venus ici. Avant de venir comme ma tante était au courant elle m'avait dit d'informer le médecin que mon mari a pris un départ volontaire pour retourner à Balleyara. Le médecin m'a fait une attestation qui est valable partout au Niger, il suffit de la montrer au médecin, prouvant que j'ai travaillé. » [Matrone, CSI urbain, Balleyara]

Les voies d'entrée dans le métier de matrone ne passent pas nécessairement par une reconnaissance de la communauté contrairement au métier d'accoucheuse traditionnelle. Les candidates accèdent au métier par des voies multiples. On peut souligner notamment qu'on apprend sur le tas en liant des relations personnalisées avec une soignante et que l'acquisition du statut de fille de salle est un détour qui permet d'accéder facilement à celui de matrone. Nous avons également appris que certaines passent par des formations.

*Les formations*

Les formations sont parfois organisées au sein des structures de santé à l'initiative des responsables sanitaires locaux. Elles sont aussi proposées par des projets de développement. La durée de ces formations sont variables et vont d'une journée à 45 jours (cela concerne en général les formations données par les projets). Certaines matrones disent n'avoir reçu qu'une seule formation après de nombreuses années de pratiques, tandis que d'autres en reçoivent plusieurs.

« J'ai reçu une seule fois une formation d'une semaine, elle porte sur l'hygiène et la propreté, c'était par des gens qui sont venus s'ajouter aux agents de santé d'ici. » [42 ans, matrone depuis 1983, CSI urbain, Say]

« Chaque année on avait une sage-femme qui nous formait soit à Koné-Kaina soit à Hamdallaye. C'est à Filingué que nous avons reçu la formation de matrone et de secouriste pendant 45 jours. » [48 ans, matrone depuis 1983, CSI urbain, Balleyara]

« Nous étions à la maison lorsqu'on a fait appel à nous pour suivre une formation de 10 jours sur le début de l'accouchement jusqu'à la fin. » [70 ans, matrone depuis 10 ans environ, HD, Guidan Roumji]

Les formations sont très demandées par les matrones, et celles qui n'en ont jamais eu, telles que les accoucheuses traditionnelles se plaignent d'être mises à l'écart :

*« Q : As-tu reçu une formation ?*

R : Non, même une seule fois je n'en ai reçu en dépit des nombreuses années dans la pratique. » [Accoucheuse traditionnelle, Village de Garin Kowa, Guidan Roumji]

« Jamais je n'ai bénéficié de formation, jamais, on se contente de nos propres connaissances que nous avons depuis longtemps. » [Accoucheuse traditionnelle, Say]

Lorsqu'on demande aux matrones ce qu'elles ont retenu de ces formations, les réponses sont variables, allant de la généralité à des notions plus précises.

« A la formation on nous a dit de bien faire notre travail, de laver les mains et de porter les gants à cause du Sida. » [Matrone, environ 70 ans, non scolarisée, CSI rural de Tabla, Balleyara]

« Pendant la formation, on nous dit de protéger, faire le travail avec propreté. Porter du 'lèda' (plastique) à la main, faire attention au nouveau-né. Il faut faire attention aussi avec le sida, faire attention avec une chose... Tu sais que la formation pour vieille ça ne rentre pas bien. » [Matrone, 80 ans, non scolarisée, HD Guidan Roumji]

« On nous a dit comment déceler une grossesse chez la femme. D'abord, la jeune femme maigrit alors que ses seins grossissent et le visage devient rayonnant. Donc au 3<sup>ème</sup> mois elle doit partir faire les premières CPN ainsi qu'au 4<sup>ème</sup>, 8<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> mois qi est le mois de l'accouchement. On nous a dit qu'une femme qui atteint sa 7<sup>ème</sup> à 8<sup>ème</sup> maternité, elle doit prendre des précautions car son col de l'utérus est élastique. Et si c'est une petite fille qui n'a pas atteint l'âge de se marier, on doit la laisser atteindre l'âge. Lorsqu'elle tombe enceinte on doit la conduire à la maternité. Si une femme ne peut pas accoucher on la conduit à la césarienne. N'est ce pas ? Je ne me suis pas trompée jusqu'ici ? » [Matrone, 65 ans, non scolarisée, HD Guidan Roumji]

« J'ai reçu une formation sur l'accouchement. On nous a expliqué et montré un malade et un bien portant. On nous a également montré un bassin étroit. On nous a dit qu'une femme qui entre en travail du matin jusqu'à vers 16 h il faut l'amener à une formation sanitaire. J'ai appris aussi l'alimentation des nourrissons, la cuisson des légumes, la bouillie à partir du 4<sup>ème</sup> mois. Il y a aussi comment faire accoucher une femme, elle doit se coucher sur le dos alors qu'au village c'est accroupi qu'on accouche. » [Matrone, 56 ans, alphabétisée, formation à Filingué, Village de Windintan, Balleyara]

« J'ai été formée par le projet pour former d'autres matrones. J'ai appris le métier de matrone et je connais les médicaments à donner, je traite quelques maladies, si une femme entre en travail je l'assiste. J'ai appris à faire les TV pour connaître l'état du col. Je connais le placenta preavia. Les autres matrones ont été formées par les sages-femmes d'ici, elles ne sont pas scolarisées donc elles ne connaissent que des choses simples. » [Matrone 48 ans, scolarisée jusqu'en CM2, formation à Filingué grâce à un projet, CSI urbain, Balleyara]

Il faut souligner qu'avec certaines matrones âgées, le souvenir des enseignements reçus lors des formations est assez flou. Mais c'est surtout le fait d'être scolarisée ou non qui fait la différence entre les enseignements retenus. Les scolarisées utilisent même des termes médicaux tels que « placenta preavia » ou « TV ». Toutefois, pour bon nombre de nos interlocutrices, la formation n'est pas seulement théorique, elle est aussi dans la pratique au quotidien.

### *Les pratiques*

L'origine des pratiques du côté des accoucheuses traditionnelles provient de longtemps. Ces pratiques sont transmises d'une génération à l'autre et peuvent passer dans d'autres familles par l'observation comme nous l'affirme une accoucheuse traditionnelle :

« Nous même c'est comme ça que nous avons vu faire celles qui ont trouvé les femmes de leur famille la faire. » [Accoucheuse traditionnelle, village de Koudouss, Guidan Roumji]

Les pratiques peuvent être assez simples et ne commencent véritablement qu'après l'expulsion de l'enfant. C'est à ce moment que le cordon est coupé, des soins sont apportés à la mère et à l'enfant, puis le placenta est enterré selon un rituel qui est le même partout. Écoutons ces deux accoucheuses traditionnelles :

« Quand l'enfant tombe je fais des incantations, puis j'attache le cordon ombilical et je demande qu'on me le tienne comme ça et je le coupe. Après je lui confirme qu'il est la mère donc le commencement de la vie et toutes invocations nécessaires. Après je le dépose à l'écart. Je prends l'enfant et lui donne les premiers soins et je retourne vers la femme à qui je donne les premiers soins. Enfin je me retourne vers le placenta que je mets dans un morceau de tissu et je pars l'enterrer dans un trou que j'ai creusé et les invocations accompagnent le rituel. On enterre le placenta après avoir nettoyé le lieu de l'accouchement. Finalement je me lave en dernière position. Voilà comment je procède. » [Accoucheuse traditionnelle, Say]

« Nous l'observons sans paniquer, après avec l'aide de Dieu elle accouche. Après nous appuyons sur son ventre pour que le placenta sorte, et nous faisons la prière que nous connaissons. Nous coupons le cordon et déposons l'enfant pour le laver. Après nous déposons le placenta dans unealebasse et le lavons correctement. Lorsque je vais enterrer le placenta que nous enveloppons d'habitude dans un linge propre, en l'enterrant sous une pierre je fais des incantations que l'on récite pour un mort. Comme ça même à l'au-delà, nous n'aurons pas de compte à lui rendre. » [Accoucheuse traditionnelle, Guidan Roumji]

Autrement dit, ce ne sont pas des pratiques obstétricales proprement dites. Leur seul rôle en cas d'accouchement dystocique est d'inciter à une évacuation rapide. Ce sont surtout des pratiques de soins à l'accouchée et au nouveau-né.

Parfois, l'ordre de succession des actes peut changer d'une pratique à l'autre. Ainsi, après avoir coupé le cordon on peut avant tout s'occuper d'abord du placenta comme on peut le faire en dernière position. Mais dans tous les cas un grand soin est porté au placenta appelé « le jumeau » car comme elles le disent « *il est au commencement de tout* », certaines prévoient même un second trou pour l'eau qui a servi à le laver.

A côté de cette pratique largement partagée par toutes, il y a de petites pratiques que chacune utilisera selon ses expériences et les échanges avec les autres. Il y a des amulettes qu'on donne à la femme enceinte pour que l'accouchement se passe

bien. Des graines et des plantes diluées (*gama dan guabara, akkara, garaouni*) dans l'eau sont aussi données à la femme.

« Nous utilisons la main de Fatchima pour faciliter l'accouchement. Dès qu'on le trempe dans l'eau, ça s'ouvre. Nous donnons aussi des amulettes pour que la femme soit protégée. Tu pars les emprunter lorsque tu approches de l'accouchement. On les prête et on les porte, dès qu'on entre en travail l'accouchement suit immédiatement. » [Accoucheuse traditionnelle, Guidan Roumji]

Ces produits sont généralement donnés dans un but préventif. Et lorsque l'accouchement ne se déroule pas normalement comme par exemple le fait que ça dure trop longtemps, ou un écoulement de sang, il n'est pas exclu qu'elles les utilisent aussi à titre curatif. Pour ce qui concerne le placenta qui tarde à être expulsé, elles cherchent des moyens pour faire éternuer la femme. En plus de cela, il arrive qu'elles demandent l'aide des marabouts :

« Nous avons de l'aide des marabouts. Ce n'est pas seulement de l'eau que nous leur faisons boire en plus de nos amulettes que nous avons héritées. Pour les marabouts, nous demandons à ceux qui connaissent et ils nous donnent quelque chose qu'on attache à la ceinture de la femme enceinte. » [Accoucheuse traditionnelle, Guidan Roumji]

Il faut toutefois noter qu'à côté de ce discours sur leur pratique de l'accouchement à domicile, les accoucheuses traditionnelles disent qu'elles emmènent systématiquement une parturiente au centre de santé dès qu'on leur a fait appel, ne faisant l'accouchement à domicile que si celle-ci est déjà entrain d'expulser (mais ce peut être un discours « officiel » parce que la réalité peut être différente) :

« Tu sais, chaque accouchement est unique. Si nous voyons que ça traîne nous l'aménonons au centre même si ça ne traîne pas on la conduit au centre. Si toi la matrone tu arrives et trouve que la tête de l'enfant est déjà sorti est ce que tu vas conduire la femme ? Donc tu l'aides à finir l'accouchement, après lui a voir donné les premiers soins tu la conduis elle et son enfant au centre où on les place en observation. Si elle peut marcher on la conduit au centre après l'accouchement. » [Accoucheuse traditionnelle, Say]

Leur proposition d'évacuer la parturiente se heurte parfois à celle de l'entourage qui peut décider d'attendre plus tard le moment de l'évacuation. Le focus groupe suivant illustre ce type de problème qu'elles rencontrent en population :

« Une accoucheuse traditionnelle rurale : Au moment du travail, il faut qu'on appelle une femme, une autre, telle autre encore, ce qui fait qu'une fois qu'elles sont sur place si certaines sont pour le transfert au centre de santé, d'autres diront d'attendre un peu, c'est le fait d'attendre un peu qui est à la base de ....

Une autre accoucheuse traditionnelle urbaine : nous, nous ne sommes pas au village sauf vous qui êtes au village qui êtes confrontées au problème de faire appel à plusieurs femmes avec leurs avis divergents. Moi je me limite à travailler avec les femmes de la ville et dès l'instant qu'on m'appelle j'ordonne une fois en place de

*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

faire évacuer la femme en travail au centre de santé sur une charrette. Mais la femme en travail au village se voit bourrer d'eau ce qui fait qu'elle se retrouve avec le ventre plein de produits et plantes traditionnels et comme on va tarder à l'amener au centre, elle arrive finalement fatiguée et nous sommes obligées de demander à la faire uriner en employant une louche. Et après tu vas voir que l'enfant vient dans ce monde sans vie juste parce qu'une certaine quantité d'eau a étouffé l'enfant dans le ventre de sa mère. [Focus groupe avec accoucheuses traditionnelle rencontrées à l'HD de Guidan Roumji]

La référence systématique vient en fait des autorités sanitaires qui exigent que les parturientes soient conduites immédiatement à la structure de santé une fois qu'elles entrent en travail. Il semble que cette consigne soit acceptée et intégrée par les accoucheuses traditionnelles lorsque d'une part, on s'en tient à leur discours :

« Pour moi, le réflexe d'une accoucheuse traditionnelle, c'est de conduire la femme immédiatement au centre. »

« *Q* : Donc dans votre quartier toute femme qui entre en travail vient te voir ?

R : Oui. Dès que j'arrive je lui dis de se lever pour qu'on parte à la maternité. »

Et d'autre part, lorsqu'on se réfère au témoignage d'une sage-femme à propos d'une accoucheuse traditionnelle :

« Vous avez de la chance Madame (s'adressant à l'enquêtrice), celle-là c'est une 'ambulance', chaque fois elle amène les femmes ici » [Une sage-femme, HD Guidan Roumji]

Cette « accoucheuse traditionnelle ambulance » nous dit non sans une certaine fierté le nombre élevé de femmes qu'elle a l'habitude d'emmenner à l'HD :

« Moi de Maradi à ici, peut être que c'est dans ce centre que je ne suis pas restée, sinon au moins j'ai emmené neuf femmes pour une opération. A l'hôpital j'ai fait deux fois, à Guidan Raiza j'ai accompagné deux fois et à Sangaré trois fois. Je suis même restée trois mois au bloc des folles. J'ai fait cinq fois l'hôpital de Galmi et chaque fois j'accompagnais les malades hospitalisés. » [Accoucheuse traditionnelle, Guidan Rouji]

Le contact fréquent avec les structures de santé, en y conduisant les parturientes, a permis à cette accoucheuse traditionnelle de nouer de bonnes relations avec les soignants :

« Quelque soit l'hôpital où je pars on me respecte. Que Dieu protège tous les agents de santé. Aujourd'hui dès que j'entre à l'hôpital de Maradi, tous me disent : 'voilà ma *magobiri* (matrone ou accoucheuse traditionnelle), ma *magobiri* est là !' » [Accoucheuse traditionnelle, Guidan Rouji]



Il lui arrive même d'aider les soignantes à la maternité lorsque celles-ci sont débordées. Ce qui nous amène à aborder un autre type de relation entre accoucheuse traditionnelle et soignants, comme le cas de l'accoucheuse traditionnelle de Balleyara qui a le don de faire accoucher les parturientes en difficulté. Comme déjà dit, celle-ci a déjà été sollicitée par les soignants pour travailler à la maternité. Si elle a certes refusé cette proposition, elle apporte son aide aux soignants officieusement, puisqu'il arrive que ces derniers lui réfèrent des parturientes qu'ils n'arrivent pas à faire accoucher. Une fois, lorsqu'elle accompagnait sa nièce à la maternité pour accoucher<sup>14</sup>, elle a trouvé une femme en difficulté pour accoucher. Elle l'a examinée et a dit à la soignante de garde que l'enfant est mal placé. Puis avec des « caresses » elle a pu faire accoucher la parturiente. Il faut préciser qu'elle fait toujours accoucher les femmes accroupies et cela même dans la salle d'accouchement à la structure de santé.

Cela dit, ce ne sont pas toutes les accoucheuses traditionnelles qui sont satisfaites de leur rapport avec les soignants. Certaines ont le sentiment d'être délaissées et d'avoir peu de marge de manœuvre dans la mesure où elles ne disposent pas de matériel de travail pour pratiquer les accouchements qui leur « tombe sur les bras » :

« Je n'ai pas de matériel de travail. Notre vœu c'est que vous nous donniez du matériel de travail. C'est indispensable par ce qu'il arrive des fois qu'on t'appelle au moment où la tête du nouveau-né est déjà sortie. Donc sa mère ne peut plus marcher il faut que l'accouchement se fasse sur place. Si on n'a pas de trousseau, on ne peut que faire ça de manière traditionnelle.» [Accoucheuse traditionnelle, Guidan Roumji]

Parfois, c'est aussi le sentiment de n'être qu'une accompagnante une fois qu'on emmène une parturiente à la maternité :

« Q : Quels sont vos rapports avec les autres matrones ?

R : Je ne les provoque pas. Mon rôle se limite à cette porte, elles prennent la relève après. » [Accoucheuse traditionnelle, Guidan Roumji]

En fait, le statut de matrone apparaît comme supérieur à celui d'accoucheuse traditionnelle puisque le premier a le privilège d'être « inscrit » au centre de santé et de pouvoir disposer de matériel de travail :

« Nos n'avons pas de matériel de travail car nous ne sommes pas inscrites. Tu sais ma fille (s'adressant à l'enquêtrice) fais tout pour nous procurer du matériel pour que nous puissions faire notre travail convenablement. C'est le trousseau le centre de notre métier. » [Matrone CSI urbain, Balleyara]

---

<sup>14</sup> Elle nous a expliqué que sa petite fille est célibataire et c'est la raison pour laquelle elle n'a pas voulu la faire accoucher elle-même.

Dans ces conditions les relations sont très limitées entre les deux catégories professionnelles :

« *Q : Quels sont vos rapports vous les matrones des villes avec celles qui travaillent à l'hôpital ?*

R : Comment peux-tu ? Toi qui es ailleurs, peux-tu te réunir avec des gens qui travaillent ? Toi qui n'es pas inscrite tu ne peux pas te comparer à elles. »  
[Accoucheuse traditionnelle, Guidan Roumji]

Du côté des matrones, il faut souligner que, le fait qu'elles travaillent dans une structure de santé les intègre dans certains modes d'organisations particulières telle que la garde : elles assurent les gardes avec les soignantes. Lorsqu'elles sont nombreuses comme à l'HD de Guidan Roumji où elles sont au nombre de six, elles travaillent en groupe de deux. Elles font quatre jours à la maison et au 5<sup>ème</sup> jour elles prennent le service durant 24h. Elles sont en descente de garde à 9h, heure à laquelle elles sont remplacées par deux autres collègues. A Balleyara où elles sont au nombre cinq, chacune fait une garde de 48h, elles ont une durée de garde plus longue qu'à l'HD de Guidan Roumji. Mais à la descente de la garde elles ont jusqu'à huit jours de repos. Au CSI rural de Mayki à Guidan Roumji il n'y a pratiquement qu'une seule matrone et celle-ci ne fait pas de garde, se faisant appeler en cas de nécessité.

Leur pratique consiste globalement à l'installation de la parturiente, à la surveiller et à faire le ménage sur le lieu d'accouchement :

« Une fois qu'une femme entre en travail, nous l'accueillons et la soutenons jusqu'au lit de la salle d'accouchement. Après que la sage-femme l'ait examiné nous la suivons jusqu'à l'accouchement. C'est la sage-femme qui l'aide à accoucher après quoi nous lui faisons la garniture et l'aménageons s'asseoir sur le lit. Nous arrangeons le lieu d'accouchement. Nous pesons le nouveau-né, si c'est une matrone qui ne sait pas faire la pesée, la taille et autres, elle laisse l'arrivée de la sage-femme. Si elle sait faire, elle fait et mentionne sur un bout de papier qu'elle remettra à l'agent de santé qui va remplir le registre. Nous n'avons pas le droit d'écrire dans les registres. »  
[Matrone CSI urbain, Balleyara]

« Dès qu'une femme accouche nous posons le nouveau-né sur le ventre de sa mère. Après avoir coupé le cordon ombilical du nouveau-né, nous le portons au sein de sa mère afin qu'il boive le lait maternel. Enfin nous le posons dans son berceau. En dehors de cela, nous lavons correctement le sang là où le femme a accouché avec l'eau de javel. Nous n'osons pas travailler sans porter de gants car nous conscience que si une femme n'a pas le SIDA d'autres en ont. Et ceci à travers les résultats des examens demandés par la sage-femme au cours des CPN. Et les sages-femmes ne nous laissent pas travailler sans gants. » [Matrone, HD Guidan Roumji]

« Si nous voyons que le sang ne s'arrête pas nous prévenons la sage-femme qui lui fait une injection. C'est moi-même qui arrange le lieu et le matériel. Si tu vois que je demande l'aide des accompagnantes c'est que je suis malade et même là c'est seulement ce qu'on fait dehors que leur laisse faire. » [Matrone CSI urbain, Balleyara]

*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

« D'abord je fais le ménage, je fais les courses et j'assiste une femme en travail jusqu'à ce qu'elle soit sur le point d'accoucher, je pars appeler la sage-femme. »  
[Matrone CSI urbain, Say]

Une sage-femme de l'HD de Guidan Roumji nous affirme que les tâches des matrones et des filles de salle sont bien distinctes puisque ce sont ces dernières qui s'occupe du ménage et de laver les matériels. Mais dans les faits, dans certains services les tâches des matrones se confondent à celles des filles de salle. Par exemple au CSI de Balleyara, une matrone anciennement fille de salle nous affirme qu'il n'y a pas de différence entre les deux :

*« Q : Depuis que tu as commencé le travail ici à la maternité, le travail de matrone est le même que le travail de fille de salle ?*

R : Ici on considère que ce sont les mêmes. »

A l'HD de Guidan Roumji, les matrones affirment qu'elles font le ménage dans toutes les salles de la maternité :

« Nous faisons même le nettoyage des chambres d'hospitalisation. Maintenant nous balayons six chambres. Nous lavons la salle d'accouchement ainsi que le lavoir avec du savon. Ensuite nous balayons leur bureau, la salle d'attente, l'accueil ainsi là où nous sommes. S'il n'y a pas de savon, nous enlevons de notre propre poche pour en acheter. » [Matrone, HD Guidan Roumji]

Outre ces pratiques, précisons que les matrones font également les accouchements dans les structures de santé, mais elles ne l'avouent pas explicitement. Même chose avec les soignants qui, à la question de savoir si les matrones font les accouchements dans les maternités, répondent toujours systématiquement que « c'est interdit ». Mais dans les faits cela n'est pas le cas. Il arrive que certaines matrones (elles sont rares) reconnaissent qu'elles font des accouchements à la place des soignants :

« Si la sage-femme n'est pas là et que nous sommes de garde, il y a l'infirmière qui fait l'accouchement, mais s'il arrive un cas en urgence à l'infirmierie, la matrone est obligée d'aider la femme à accoucher dans ce cas. » [Matrone, CSI urbain Balleyara]

Le refus de reconnaître les faits vient en échos à la règle de l'accouchement médicalement assisté clamé à toutes les occasions (formations, assemblées générales) par les responsables sanitaires. C'est à Say que les soignants sont les plus sévères quand cette règle n'est pas respectée.

C'est la même raison qui fait que la plupart des matrones nous disent qu'elles ne font pas d'accouchement à domicile. Elles disent référer toujours systématiquement la femme à la maternité lorsqu'on leur fait appel :

« Les femmes viennent d'elles-mêmes à la maternité et si une femme du quartier m'appelle je lui dis de grouiller pour venir à la maternité » [Matrone, CSI urbain Say]

*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

Et quel que soit l'état dans lequel elles trouvent la femme :

« Si je trouve qu'elle a déjà accouché, je m'arrange pour qu'elle et le nouveau-né soient transportés d'urgence à la maternité. Si on m'appelle et que je trouve que l'enfant commence à sortir, je dois porter des gants. Si la femme n'a pas de gants, j'utilise du plastique neuf pour cueillir l'enfant dans un pagne propre et le met dans la bassine. Je m'arrange à faire une garniture à la femme et je les transporte à la maternité où les sages-femmes donneront les premiers soins.

Certaines se sont si bien appropriées de cette règle systématique de référer qu'elles sont souvent sollicitées par les femmes pour savoir si elles sont en travail ou pas, ou encore si l'accouchement est proche.

« Il y a des femmes qui me trouvent chez moi dès qu'elles sentent des douleurs au dos, au bas- ventre et elles me demandent de vérifier si c'est un accouchement. Quand je les examine, je leur dit d'aller directement à la maternité si c'est un accouchement. Si ça reste, je les informe aussi et après elles partent à la maternité et accouchent sans que je sache. » [Matrone, CSI Balleyara]

Selon elles, elles ne font les accouchements à domicile que lorsqu'elles y sont obligées. Mais dans ce cas elles disent ne jamais couper le cordon ombilical et cela pour deux raisons. La première est que si elles coupent le cordon, les soignants les accuseraient d'avoir sciemment fait l'accouchement à domicile. Elles sont alors réprimandées avec des sanctions à l'encontre de la nouvelle accouchée, cette mesure concerne aussi les accoucheuses traditionnelles :

« Si la femme n'a pas accouché tu la fais transporter très vite. Si elle a déjà accouché, tu mets le placenta dans un pot avec couvercle, l'enfant dans la bassine et la mère sont transportés au district pour un examen. » [Matrone, Guidan Roumji]

Le fait de ne pas couper le cordon est une stratégie de contournement de la règle de la référence systématique, lorsque l'accouchement à domicile est sciemment fait :

« Si nous coupons le cordon ombilical, les agents de santé penseront que la matrone a laissé la femme accoucher exprès. Si nous ne coupons pas, cela permet à la mère et au nouveau-né de bénéficier des premiers soins à la maternité. Si on coupe le cordon ombilical, la mère ne bénéficiera pas de soins comme j'ai vu un jour, il a fallu que son accompagnante explique qu'elle ne savait pas. Je crois que c'est une parente de la femme. Apparemment elle est une experte en accouchement, elle vient de la zone qui est en haut et comme c'est loin, voilà pourquoi elle a coupé le cordon. Sinon, celles de Say ne le coupent jamais. » [Accoucheuses traditionnelle, Say]

« Tu mets le placenta et le nouveau-né dans une grande tasse et tu les portes à la maternité en prétextant que c'est sur la voie que l'enfant est venue, voilà pourquoi le cordon n'a même pas été coupé. » [Accoucheuse traditionnelle, Say]

La deuxième raison est que les matrones obéissent à une autre règle qui est la leur propre. En effet, lorsqu'on n'est pas de garde et qu'on est appelé auprès d'une parturiente à domicile, on n'a pas le droit de couper le cordon et cela pour des questions de rémunération. C'est toujours à celle qui coupe le cordon que revient la rémunération donnée par la femme et sa famille.

« Elle remet les 1000F et les 2 morceaux de savon à la matrone de garde, c'est à qu'elle doit donner et moi le jour du baptême elle me donna 500F et du mil. Même si c'est 10 personnes qui font appel à toi, ne coupe jamais le cordon ombilical. Ce dernier sera coupé par la matrone de garde. » [Matrone, CSI urbain, Balleyara]

Par ailleurs, les matrones, notamment celles qui étaient anciennement des accoucheuses traditionnelles, trouvent que les formations ainsi que le fait de travailler dans les structures de santé ont beaucoup modifié leurs pratiques. L'une d'entre elles nous confie les différences qu'elle constate entre ses pratiques d'avant et celles de maintenant :

« Lorsque je viens, on me donne une chaise ou une natte pour m'asseoir. Et j'attends car en ce temps on ne nous a appris ce système de vérifier 'elle est à tel doigts'. A la sortie de l'enfant je le recueille dans mes mains et je demande qu'on me donne une lame et du fil. J'attache l'autre bout du cordon qui est à l'intérieur de la mère et j'attache celui du nouveau-né comme ça et je coupe le cordon en deux. Je lave l'enfant et je reviens sur sa mère pour faire sortir le placenta. En ce temps, nous ne savions pas qu'il faut mettre le bras à l'intérieur de l'utérus pour faire sortir les caillots de sang, nous nous contentions d'attacher le ventre de la femme et d'appuyer le ventre et le sang coule. Quand le sang cesse de couler, je lui fais un cache-sexe et elle s'habille pour monter sur son lit. Je reprends le chemin de mon domicile. » [Matrone CSI Balleyara]

Pour terminer sur ce point, nous constatons que les pratiques des accoucheuses traditionnelles et celles des matrones ne sont pas des vases clos, en fait elles s'interpénètrent, les unes ne sont pas fermées aux autres et inversement. Les actrices les utilisent selon les situations dans lesquelles elles se trouvent.

Les accoucheuses traditionnelles aspirent à une évolution dans leurs pratiques. Pour cela, elles souhaitent avoir les outils techniques médicaux. On note quelques modifications dans leurs pratiques allant dans ce sens. Ainsi, l'utilisation des lames de rasoir est désormais généralisée partout. Les notions d'hygiène et de transmissions du Sida sont passées, puisque certaines étalent une nappe plastique sur la natte avant d'installer la parturiente, et enfilent des poches plastiques à défaut de gants. Lors de leurs contacts avec les structures de santé lorsqu'elles accompagnent les parturientes, elles disent avoir appris à ne plus faire boire de l'eau en grande quantité à la parturiente, pour éviter une vessie pleine, ce qui poserait des problèmes lors de l'expulsion de l'enfant ou lors de la délivrance.

« Même lorsque c'est un médicament liquide, nous ne mettons pas de l'eau, c'est juste une petite quantité d'eau qu'on utilise pour diluer le produit. Nous ne donnons

LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI

pas de l'eau à la femme en travail car nous fréquentons les centres de santé.»  
[Accoucheuse traditionnelle, Gidan Roumji]

Les matrones ne se contentent pas des enseignements reçus lors des formations. D'ailleurs nous avons vu que certaines (surtout les plus âgées) ne les assimilent pas forcément. Et dans tous les cas on note que les pratiques traditionnelles, qu'elles continuent de valoriser, ne sont pas absentes de leur travail.

« Tu sais, il y a les branches de l'arbre des gens de l'Est qu'on appelle El Moka, dès que tu le trempe dans l'eau ça s'ouvre et cette d'eau est donnée à la femme en travail en petite quantité. Tu sais qu'elle ne doit pas boire beaucoup d'eau. Dès qu'elle boit de cette eau, avec l'aide de Dieu elle accouche immédiatement. S'il y a un marabout qui sait faire les versets coraniques écrites sur une tablette qu'on lave avec de l'eau, on lui demande d'en faire à la femme qui travaille. C'est cette dernière qui te diras 'va chez un tel pour me chercher de l'aide'. Grâce à Dieu et avec un peu de chance dès qu'elle boit de cette eau, elle accouche. Il y' en a qui boivent et s'enduisent le corps, mais il faut venir à l'hôpital. »

Si certaines ne mobilisent ces pratiques traditionnelles que lors d'accouchement à domicile, d'autres reconnaissent en user même en salle d'accouchement, à la maternité :

« Q : Est-ce qu'il y a des choses qu'on donne à la femme pour qu'elle accouche rapidement ici sur le plan traditionnel ?

R : Oui puisque nos voyons qu'on fait de l'eau de versets coranique ou bien on amène une vieille femme qu'on nous dit saura faire des invocations pour que la femme en travail accouche. » [Matrone, CSI urbain Balleyara]

Mais, une matrone déplore le fait que la pratique traditionnelle qui est de protéger le périnée pour éviter les déchirures, ne soit pas faite par les soignants des structures de santé. Elle nous explique :

« Si c'est une primipare la matrone se place derrière la femme accroupie et appuie avec son genoux sur les fesses de celle-ci. Elle appuie fort pour éviter la déchirure entre le vagin et l'anus, alors qu'au centre de santé on déchire<sup>15</sup>. »

Par ailleurs, les matrones continuent à s'occuper du placenta comme il est d'usage dans les pratiques traditionnelles. Mais malgré cette diffusion des pratiques, les matrones et les accoucheuses traditionnelles sont concurrentes, car comme le souligne une matrone, les deux métiers sont lucratifs, chacune des deux catégories professionnelles cherchant à s'attirer le maximum de gain.

---

<sup>15</sup> Il faut préciser que la technique de la contre-pression au niveau du périnée pour éviter la déchirure sans faire l'épisiotomie existe en milieu médical, mais elle est fort peu utilisée par les soignants qui préfèrent « déchirer ».

*Les avantages et les inconvénients du métier*

Les matrones et les accoucheuses traditionnelles disent qu'elles tirent beaucoup d'avantage dans leur métier. D'abord, elles pensent qu'elles sont respectées dans la communauté :

« C'est même les gens qui te conseillent de ne pas abandonner ton travail, il y a du respect et de la considération. » [Matrone, CSI urbain Balleyara]

Ensuite leurs métiers leur permettent de tisser de bonnes relations avec leur entourage, notamment avec les soignants qui leur donne de l'argent parfois et les soignent gratuitement en cas de maladie :

« Les agents nous donnent des comprimés. Avec les sages-femmes nous travaillons en étroite collaboration, elles ne mangent pas nous laisser, lorsque tu n'as rien, elles te remettent de l'argent, elles te donnent de l'argent pour faire ton petit déjeuner. Et quand tu rentres, elles te donnent de l'argent en te disant aujourd'hui nous n'avons pas eu d'accouchement tu vas te contenter de ce peu. Elles nous prêtent de l'argent parfois. Tous les agents nous considèrent et il y a de l'estime entre nous. Dès que la personne entre elle dit « Eh, la matrone, ça va ? »

Elles profitent également des dons (riz, mil, niébé, sorgho, huile) faits à la structure par les ONG et qui sont distribués entre les agents de santé.

Mais leur métier comporte également des inconvénients. Au premier plan, nous avons le problème de la rémunération. Pour ce qui concerne les accouchements à domicile, faits par une accoucheuse traditionnelle ou une matrone, elles reçoivent généralement de la part des femmes et de leurs familles des dons : de l'argent, du savon, des colas, la peau du mouton sacrifié le jour du baptême, des céréales. Mais elles constatent que ces dons ont considérablement diminué avec le temps :

« Elles me donnaient 1000 FCFA et les deux morceaux de savon. Celle qui n'en a pas depuis la maternité me remet les 1000 FCFA le jour du baptême. Les années passèrent et les femmes ajoutèrent aux deux morceaux de savon et les 1000 FCFA, du mil, du riz, du sucre. Mais ces derniers temps, comme il n'y a pas suffisamment à manger, on a décidé de se limiter à la peau du mouton du baptême avec les 1000 FCFA et de laisser le don de riz. »

Il arrive que certaines femmes ne leur fassent pas ce don par manque de moyens. Dans ce cas elles disent ne pas réclamer leur dû, car elles considèrent que c'est aussi pour Dieu qu'elles font ce travail.

Dans les maternités ce système de rémunération existe aussi pour les matrones, elles n'ont pas de salaires, et il faut noter que les sages-femmes aussi reçoivent leur part. Les rémunérations sont à peu près les mêmes dans les trois communes d'étude. A Balleyara elles comprennent : 1000 FCFA, deux morceaux de savons, les colas et la peau du mouton. A Guidan Roumji elles comprennent : 500 FCFA, deux morceaux de savon et la peau du mouton. La part des sages-femmes peuvent se limiter parfois à deux morceaux de savon (Balleyara) avec 500 FCFA (Guidan

*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

Rouji). C'est seulement à Say, au CSI urbain que la matrone nous apprend qu'elle ne reçoit pas de rémunérations et selon elle c'est peut être à cause de son statut de salarié de l'État :

« Il n'y a pas cela ici. La matrone n'a pas droit à l'argent, de la cola ou du savon. On ne donne rien à la matrone ici. Elles ne viennent même pas après la quarantaine pour te remercier. Elles n'envoient même pas la peau ou les membres ou la tête du mouton. Peut être parce que je suis fonctionnaire... » [Matrone, CSI urbain Say]

Les revenus des matrones à la maternité sont liés à la fréquence des accouchements. Lorsqu'elles passent une garde sans accouchement, elles ne reçoivent rien. C'est pourquoi leur souhait est d'avoir un salaire.

« C'est sur le plan salaire seulement qu'on a des problèmes. Tu peux te retrouver sans un sou. » [Matrone CSI urbain, Balleyara]

« Notre souhait le plus ardent est qu'on nous fasse un salaire. C'était le vœu que j'avais émis le jour où je vous ai vu venir ici. Je me disais que certainement grâce à vous nous aurons un salaire à la fin du mois. » [Matrone CSI urbain, Balleyara]

« Ma petite fille (s'adressant à l'enquêtrice), le jour où il n'y a pas d'accouchement, nous rentrons bredouille ! » [Matrone HD, Guidan Roumji]

Dans ces conditions, certaines ne veulent pas entendre l'éventualité de la gratuité de l'accouchement dans les maternités, craignant de voir leur échapper les maigres rémunérations qu'elles reçoivent actuellement :

« Je pense qu'en disant aux femmes de venir à la maternité accoucher sans rien payer, c'est que nous qui y travaillons, on nous prendra certaines dispositions. C'est mon point de vue. » [Matrone CSI urbain, Balleyara]

Cette gratuité de l'accouchement pourrait être perçue par les matrones comme une régression dans leur statut.



*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

## V. CONCLUSION

On peut souligner quelques éléments transversaux aux trois communes.

### *La norme du « manque de tout »*

La logique du « manque de tout » est devenue une norme dans les structures de santé et cela constitue un impact négatif dans la délivrance des soins obstétricaux. On constate ce manque dans quatre domaines. Le premier concerne l'introduction de la micro-réforme instaurée à travers les CPNR. Le manque de fiches de CPNR fait que cette nouvelle règle est plus ou moins suivie par les soignants qui sont retournés pour la plupart aux anciennes fiches. Le deuxième concerne la transfusion sanguine qui est pratiquement impossible dans les HD du fait de l'inexistence de banque de sang alors que les hémorragies sont souvent des motifs d'évacuations sur ces structures de références. La pratique systématique de l'évacuation est souvent la règle et il arrive que les parturientes soient évacuées deux fois, d'une structure de référence à une autre de niveau supérieure. Le troisième concerne la pratique de la césarienne qui est non seulement frappée par la norme du « manque de tout » mais aussi des dysfonctionnements que connaît la politique de la gratuité des soins. Enfin le quatrième domaine de manque est lié aux ressources humaines. Nous avons vu qu'à tous les niveaux le manque de personnels de santé est fortement exprimé par les soignants. Les affectations ne sont pas dépersonnalisées, bien au contraire la norme est surtout basée sur l'interventionnisme parfois auprès des plus hauts responsables et la désobéissance est en train de devenir la seconde règle dans ce domaine.

### *Un système de santé ficelé par la politique et l'autorité chefferiale*

Le système de santé est infiltré par la politique notamment par le biais des actions de la mairie et du « programme spécial du Président ». A Balleyara, contrairement aux deux autres communes la mairie se trouve au cœur de la gestion du système des « centimes additionnels », relayant au second plan les Coges qui se sentent dépossédés de cette gestion. Partout la présence du « programme spécial du Président » est très visible notamment dans la construction des cases de santé, et la dotation des structures de santé en ambulance. Cette présence est source de dysfonctionnement dans la politique de répartition spatiale des cases de santé dans l'aire de santé, elle discrédite l'autorité des responsables sanitaires locaux. Et même si elle contribue dans la gestion des évacuations en faisant don des ambulances, elle complique. Quant à l'autorité chefferiale, son immixtion est plus pesante à Guidan Roumji où elle gangrène le système de santé. La chefferie procède par la stratégie de l'infiltration du système par les membres de la famille

pour mieux le ficeler. Il faut considérer que ce double noyautage excessif, politique et chefferial, trouve sa voie par la défaillance de l'Etat à s'imposer dans la gestion des évacuations et des affectations.

### ***La pratique de l'accouchement à domicile, un contrepoids de taille***

L'accouchement à domicile est une pratique qui continue à être la règle non seulement dans les villes mais aussi dans les campagnes, presque imperturbable par les nombreuses actions de sensibilisation et les sanctions. Quelques éléments en défaveur de l'accouchement médicalisé viennent le justifier aux yeux de ces pratiquantes : le mauvais accueil de la part des soignants, les rackets, le coût élevé des soins, les sommes énormes à dépenser lors des évacuations.

### ***Des innovations locales à travers le système des « centimes additionnels »...***

Le système des « centimes additionnels » est l'innovation la plus remarquable venant d'en bas, c'est-à-dire des populations de concert avec les autorités locales. L'adhésion des usagers à ce système s'est faite sans résistance, puisqu'il est présenté comme une des solutions aux problèmes de l'évacuation. Les cotisations ont généré un fond peu négligeable qui ne sert pas seulement pour l'évacuation mais permet également de payer les factures, les salaires de certains agents de santé qui ne sont pas immatriculés à la fonction publique, et contribue aussi à la réparation de l'ambulance en cas de panne. En fait ce système vient en quelque sorte se substituer au rôle jusque-là tenu par le système de l'IB avec le recouvrement des coûts avant la politique de gratuité des soins. Autrement dit, après avoir siphonné les fonds de l'IB (les comptes en banque sont vides pour un grand nombre de structures), la gratuité tend à se maintenir en partie (il y a aussi la contribution des partenaires internationaux en espèce et en nature) par le siphonage des « centimes additionnels ». Par conséquent, dans les deux cas, cette politique de l'Etat compte en partie sur les revenus des ménages.

### ***... et la montée en force des matrones et des accoucheuses traditionnelles.***

Les matrones et les accoucheuses traditionnelles sont ballottées au fil de l'histoire par des politiques de santé qui les ont tantôt mises à l'avant, tantôt reléguées au second plan. Mais actuellement, elles apparaissent comme des actrices qui tendent à évoluer dans leur statut et le stabiliser. Cela se passe en coulisse, progressivement par des stratégies de contournements des règles qui leur sont imposées avec la complicité des femmes et leurs familles. Si elles cherchent à intégrer des pratiques obstétricales, elles continuent à valoriser les pratiques traditionnelles qu'elles ne manquent pas à l'occasion de pratiquer.

*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

ANNEXE 1  
TABLEAU SYNTHÉTIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DE  
L'ACCOUCHEMENT DANS LES TROIS COMMUNES

<i>Eléments stratégiques</i>	<i>acteurs</i>	<i>infrastructure</i>	<i>prise en charge fonctionnement</i>	<i>modèles locaux de gouvernance concernés</i>	<i>caractéristiques</i>	<i>qualité perçue localement</i>	<i>qualité selon techniciens</i>
Accouchement à domicile	matrone accoucheuse traditionnelle famille	Natte, lame de rasoir, gants, nappe plastique	cadeaux matrone	Géré par les femmes	préférée par les femmes (mais problème si complications)	peu coûteux, préserve l'intimité, soutien de la famille	mauvaise
décision évacuation vers CSI	Matrone, accoucheuse traditionnelle, famille				Proposition de la décision d'évacuer par matrone/accoucheuse traditionnelle, mais décision par la famille en dernière instance	Parfois perçue comme tardive par matrone/accoucheuse traditionnelle	mauvaise (tardive)
évacuation CSI	Les hommes	Charrette Vélo, mobylette	Famille, solidarité au sein de la population	Timide implication des ONG			
accouchement CSI	matrone aide-soignante, infirmière sage-femme	maternité	prix accouchement + cadeaux matrone + ??	Etat local (CSI)		mauvaise	Très bonne
décision évacuation vers HD, CHR ou maternité	sage-femme famille			Etat local (CSI)	Problème du moyen de transport et du coût, disponibilité de l'ambulance, choix de la structure de référence		

*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

Evacuatio n	ambulanci er garde infirmière	Ambulanc e, véhicule d'une autorité locale, un particulier ou véhicule de transport en commun	Frais partagés : famille pour essence + chauffeur + réparation, « Programm e spécial » pour garde, mairie pour indigent	Etat local (CSI ; PA ; programm e spécial) ; mairie	Système des « centimes additionnels »	bonne, mais trop coûteuse	Parfois des problèmes surtout pour pauvres
Césarienn e	MCD, MCDA, anesthésist e, aide- chirurgien, manoeuvre	Equipe complète, disponibilit é des produits	HD et famille	Etat local (HD)	Officielleme nt gratuite mais des coûts tout de même pour les familles	Bonne mais au bout du compte des coûts indirects élevés	Bonne, la solution finale étant toujours l'évacuatio n
Transfusio n sanguine	Sage- femme, infirmiers, médecin	Banque de sang, donneur	famille	Etat local (HD)	Inexistence de banque de sang, refus des parents à donner leur sang	Négative	Négative
CPNR	Sage- femme, infirmiers	Fiches de CPNR	CSI	Etat local (CSI)	Manque de fiches, donc non application de la nouvelle règle	Attente prolongé e mais bien	Trop de temps de travail

*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

**ANNEXE 2**  
**GROUPES STRATÉGIQUES ET ENTRETIENS**

<b>Groupes stratégiques</b>	<b>Say</b>	<b>Balleyara</b>	<b>Guidan Roumji</b>
<b>Autorités locales</b> Mairie, chef de village	3	4	1
<b>Personnels de santé</b> MCD, MCDA, gestionnaire, infirmiers, sages-femmes, ambulanciers, filles de salle, manœuvres,	7	9	13
<b>Matrones</b> Matrones de ville et matrones rurales	4	7	2
<b>Accoucheuses traditionnelles</b>	2	1	7
<b>Usagers</b> Parturientes, nouvelles accouchées, accompagnantes, accompagnants, responsables d'associations,	8	7	13
<b>Nombre d'entretiens par commune</b>	24	28	36
<b>Nombre total d'entretien</b>	<b>88</b>		

*LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS TROIS COMMUNES DU NIGER :  
SAY, BALLEYARA ET GUIDAN ROUMJI*

**ANNEXE 3  
LIEUX D'ENQUÊTE**

<b>Communes</b>	<b>Localités</b>	<b>Distances</b>
<b>Say</b>	Say ville	50 km de Niamey
	Village Tchanchargou	16 km de Say ville
	Hameau Lowa	3 km de Tchanchargou 19 km de Say ville
	Village Dabéré gati	8 Km de Tchanchargou 24 km de Say ville
<b>Balleyara</b>	Ville de Balleyara	96 km de Niamey
	Ville de Filingué	85 km de Ballayara 175 km de Niamey
	Village Tabla	9 km de Balayara 105 km de Niamey
	Village Sansani	6 km de Tabla 102 km de Niamey
	Village Winditan	7 km de Balayara 89 km de Niamey
<b>Guidan Roumji</b>	Ville de Guidan Roumji	X km de Maradi X km de Niamey
	Village Mayki	X km de Guidan Roumji X km de Maradi
	Village El Kolta	X km de Guidan Roumji X km de Maradi

*Ce rapport est issu de la recherche APPP (African Power and Politics Program),  
coordonné par ODI (Overseas Development Institute)  
et financé par le Département du Ministère du développement international  
du Royaume-Uni (DFID) et par le Ministère des Affaires Etrangères Irlandais (Irish Aid)*

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](http://www.lasdel.net)) ou en vente à son secrétariat.

Derniers numéros parus :

- n°97** *La référence obstétricale au Bénin. Etude anthropologique*, par Jean-Pierre Olivier de Sardan et Nassirou Bako-Arifari (2001)
- n°98** *Les pouvoirs locaux et le rôle des femmes à Namaro (étude de suivi an 4, 2008)*, par Younoussi Issa (2011)
- n°99** *Les retards de remboursements liés à la politique de gratuité des soins au Niger ont des effets néfastes sur la capacité financière des formations sanitaires*, par Kafando Y., Mazou B, Kouanda S., Ridde V. (2011)
- n°100** *Le lasdel. Construire un pôle africain de sciences sociales*, par J.P. Olivier de Sardan et M/Tidjani Alou (2012)

## LASDEL

LABORATOIRE D'ÉTUDES ET RECHERCHES  
SUR LES DYNAMIQUES SOCIALES ET LE DÉVELOPPEMENT LOCAL

BP 12 901, NIAMEY, NIGER – TÉL. (227) 20 72 37 80  
BP 1 383, PARAKOU, BÉNIN – TÉL. (229) 23 10 10 50

[WWW.LASDEL.NET](http://WWW.LASDEL.NET)