

Bulletin de l'APAD

25 | 2003 La Violence endémique en Afrique

Devoir de soigner et droit d'exercer la violence : ethnographie des consultations de planification familiale à Niamey/Niger

Hadiza Moussa



Édition électronique

URL: http://journals.openedition.org/apad/205

DOI: 10.4000/apad.205 ISSN: 1950-6929

Éditeur

LIT Verlag

Édition imprimée

Date de publication: 1 juin 2003

Référence électronique

Hadiza Moussa, « Devoir de soigner et droit d'exercer la violence : ethnographie des consultations de planification familiale à Niamey/Niger », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 25 | 2003, mis en ligne le 15 juin 2007, consulté le 08 septembre 2020. URL : http://journals.openedition.org/apad/205 ; DOI : https://doi.org/10.4000/apad.205

Ce document a été généré automatiquement le 8 septembre 2020.

Bulletin de l'APAD

Devoir de soigner et droit d'exercer la violence : ethnographie des consultations de planification familiale à Niamey/Niger ¹

Hadiza Moussa

- A travers le présent travail, nous souhaitons mettre en perspective la dynamique relationnelle entre prestataires et patientes qui pourrait être à l'origine du faible recours à la contraception en milieu médical. Les programmes de planification familiale au Niger rencontrent des obstacles majeurs dans leur diffusion. Pour déterminer et comprendre ces difficultés, nous avons tenté de répondre à une série de questions: Comment se présente le cadre officiel des consultations de planification familiale? Comment s'expriment concrètement les relations thérapeutiques lors des consultations de Planification Familiale (PF)? Quelles sont les différentes perceptions qu'ont les patientes vis-à-vis des méthodes contraceptives modernes et des structures sanitaires qui les diffusent? Qu'est-ce qui peut expliquer la réticence de certaines femmes à adopter la planification familiale ou à la poursuivre quand elles l'ont déjà adoptée?
- Notre objectif principal est de décrire et d'analyser dans un cadre micro-social les interactions entre sages-femmes et patientes ayant lieu dans les centres de santé maternelle et infantile et portant uniquement sur les consultations de planification familiale. La véritable trame du présent travail sera une description et une analyse de ces interactions. Elles supposent la prise en compte des mots autant que des gestes par lesquels se laissent décrypter, non sans une certaine complexité, une situation et une ambiance créées souvent par la violence que les sages-femmes exercent sur leurs patientes. Venons-en d'abord au sens que nous entendons donner au concept de violence.
- Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), "par violence il est entendu l'usage interpersonnel ou la menace de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, une autre personne, un groupe ou une communauté, en entraînant ou en risquant

fortement d'entraîner des conséquences négatives sur la santé physique, mentale ou sociale de celui ou celle qui est victime", F. Héritier (1996: 17) définit plus explicitement ce concept: "Appelons violence toute contrainte de nature physique ou psychique susceptible d'entraîner la terreur, le déplacement, le malheur, la souffrance ou la mort d'un être animé, tout acte d'intrusion qui a pour effet volontaire ou involontaire la dépossession d'autrui, le dommage ou la destruction d'objets inanimés...".

- Au concept de violence correspond l'existence de niveaux, d'intensité et de caractéristiques très variables: on peut par exemple relever les violences politiques, économiques, raciales ou conjugales... La violence serait donc plurielle. A ce titre, Des Forts (2001) en a déterminé quatre catégories: les violences obstétricales, les violences démographiques, les violences sexuelles et les violences sexuées. Notre analyse sera circonscrite au seul domaine médical et consistera plus particulièrement à rapprocher violence et pouvoir à travers les relations thérapeutiques entre les sages-femmes et leurs patientes.
- La violence dont il sera question ne s'appréhende pas sur le terrain judiciaire. Pour cela, elle interpelle moins le public; mais il n'en demeure pas moins vrai qu'elle est souterraine et sournoise. On peut à ce titre la qualifier de "violence discrète", "violence occulte" ou "violence passive". Quelle que soit l'acception que l'on retiendra ici, il s'agit d'une violence "privée", généralement sous-estimée, donc banalisée, acceptée et même légitimée. Les rapports qu'entretiennent en général les patients et leurs soignants reposent quasi-exclusivement sur cette forme de violence et cela est surtout vrai lorsque l'on se situe dans le contexte des centres des soins maternels et infantiles (PMI et maternités).
- Nous avons collecté nos données dans quatre centres de santé: à savoir, un centre spécialisé de planification familiale représentant aussi le niveau supérieur de référence nationale ainsi qu'une maternité et deux PMI. ² L'étude ³ des interactions sociales entre les différents acteurs permet "d'explorer les formes intermédiaires de socialisation se situant entre les deux extrêmes que sont les routines ordinaires des liens sociaux et l'enthousiasme débridé des foules, à repérer entre l'unisson et l'anomalie, conduisant de la sacralité à la profanation" (Joseph 1998). Avec la notion de face ⁴ ou de territoire, les analyses de Goffman (1967, 1973 & 1974) permettent de comprendre les interactions sociales à partir des uni tés minimales de vie. Ainsi, le non-respect par les sages-femmes, des rites statutaires comme la déférence vis-à-vis des personnes âgées, qui est une forme de considération accordée à autrui, a-t-elle pour conséquence des "profanations cérémonielles" (ibid.). Une personne que l'on n'aide pas à "garder sa face" (ibid) subit d'une certaine façon une forme de violence. Nous allons voir maintenant quels types d'interactions s'effectuent lors des consultations de planification familiale.
- L'idée générale qu'il faut ici retenir, est qu'une forte violence est faite aux normes de bienséance. Cet état de faits dévoile l'existence d'une rupture évidente entre normes publiques officielles et normes pratiques et pragmatiques (Olivier de Sardan 2001). Le tout semble traduire une carence principielle et éthique (Jaffré & Olivier de Sardan 2002) chez le personnel soignant. Les patientes subissent les contrecoups de ce déficit et dans leur majorité, elles échappent rarement à l'arbitraire et à l'anonymat des centres de soins où les rapports thérapeutiques sont à la fois "dépersonnalisés" et "surpersonnalisés" (Olivier de Sardan 2001). L'éthique médicale semble s'exercer

seulement dans la proximité relationnelle (Jaffré & Olivier de Sardan, op. cit.). Les relations de faveurs obéissent à une logique très répandue dans la fonction publique nigérienne et même sous-régionale. En effet, des attitudes contrastées sont perceptibles chez une même personne qui, à une même période, peut manifester une bienveillance démesurée vis-à-vis de certaines personnes et une dureté tout aussi déréglée à l'encontre d'autres. Pour mieux appréhender l'univers des soins, nous avons utilisé comme concept exploratoire la notion de territoire.

- Les consultations de planification familiale sont en effet sous-tendues par une logique de "bio-pouvoir" (Clavreul 1978) qui révèle à bien des égards les rapports fort dissymétriques entre patientes et sages-femmes. Ces dernières abusent le plus souvent du pouvoir de soigner que leur confère leur statut. Ceci structure d'une certaine manière une reproduction de la hiérarchisation ou de la différenciation sociale entre interactantes. Le complexe de supériorité assez fortement manifesté chez les sages-femmes provoque à l'inverse chez certaines patientes, un complexe d'infériorité.
- Nous nous proposons de livrer les situations saillantes de la relation thérapeutique en les regroupant en quatre principaux thèmes qui représentent des dysfonctionnements structurels du système sanitaire, mais spécifiques aux centres de soins maternels et infantiles. De façon synthétique, les récriminations des patientes mais aussi certaines légitimations du personnel soignant ainsi que les résultats de nos observations se situent autour de la durée de l'attente sur les sites de soins, de la qualité de l'accueil, du déficit de communication (lieu d'expression des affects), de la confidentialité et au niveau du registre de la honte.

La durée de l'attente sur les sites de soins

De longs moments d'attente sont imposés aux patientes, le plus souvent de façon injustifiée. Ces attentes sont étroitement liées aux retards, aux modes de tri des patientes lors de leur passage en consultation, aux occupations annexes, à la mobilité et bien souvent à l'absentéisme des soignantes. Le non-respect des horaires fixés par l'administration médicale, de même que l'absence sur les lieux de soins, constituent les premiers manquements des agents au règlement officiel. De façon générale, les soignantes viennent rarement au travail avant neuf heures, longtemps après l'arrivée de leurs patientes qui dans leur majorité, se rendent dans les différents centres médicaux autour de sept heures afin "d'occuper les premières places". Ce long temps d'attente est généralement mis à profit par les patientes, assises dans le hall ou sous les arbres, dehors, pour fustiger cette attitude des sages-femmes. C'est le cas de cette patiente, visiblement mécontente, qui confie à sa voisine :

"Quelle que soit la raison pour laquelle tu viens à la PMI, tu es tenue d'y être très tôt le matin. Souvent tu n'as même pas l'occasion de t'occuper de la maisonnée: préparer le petit déjeuner, apprêter les enfants devant se rendre à l'école. Si tu n'as pas de domestique, tes courses obligatoires de la journée, c'est-à-dire achat des condiments et autres, ne seront pas faites ce jour là. Ton repas de midi ne sera pas prêt avant 15 heures. Bref, tu gâches une journée entière. Non, l'attente est vraiment insupportable. On a l'impression qu'elles ne se rendent même pas compte de cela. Comme elles ont des bonnes qui leur assurent tout: garder, soigner les enfants et aussi s'occuper de la cuisine" (Une patiente).

Le mode de tri obéit moins aux règles de préséance et d'équité qu'à un ordre purement relationnel unissant certaines soignantes à une catégorie privilégiée de clientes (communément appelées "passes 5"). Ce mode de sélection est naturellement source de diverses tensions entre les sages-femmes et leurs patientes et souvent même, entre ces

dernières. Comme il y a aussi bien des femmes qui viennent en consultation Prénatale (PN) qu'en consultation de Planification Familiale (PF) ou en consultation gynécologique simple, l'entente entre différents groupes est assez difficile. En effet, les sages-femmes sont accusées de ne pas être objectives au moment de procéder au tri des patientes et de ne pas tenir compte de l'ordre de préséance. Par exemple, elles font des catégorisations ou des regroupements selon le type de consultation. Une distribution indistincte des numéros intervient ensuite à l'intérieur de ces trois groupes. Après quoi, elles entament les consultations par groupe. Ce qui fait qu'une patiente venue en consultation PN en dernière position peut avoir la chance de passer avant celles qui sont arrivées avant elle, mais pour une consultation de planification familiale, par le hasard du tirage de son groupe. Toutefois, pour beaucoup de patientes, "rien n'est fait au hasard".

Les sages-femmes, sans en donner l'air, s'arrangeraient pour privilégier certaines patientes. Ces "favorisées" ne sont pas tout à fait de vraies "passes" mais ont simplement des rapports de sympathie avec les sages-femmes. On peut dire que cette catégorie de patientes fait surtout partie de la "périphérie" des "passes". C'est vraisemblablement le sens de la réflexion que nous fait cette femme : "il y a des patientes dont la tête plaît plus que celle des autres. Alors, bien qu'elles ne connaissent personne, elles ont la chance de passer vite". Des observations systématiquement orientées sur le parcours de ces fameuses patientes confirment largement ces dires. Quant aux "passes du centre", elle n'ont pas besoin de numéro d'appel puisqu'elles sont immédiatement reçues. Entre praticienne et "passe du centre", des relations existent déjà (de parenté ou d'amitié) ou ont pu se tisser après une longue fréquentation du centre de soins par la patiente.

Pour ces "élues", il est possible d'avoir toute liberté d'expliquer longuement leur expérience génésique, contraceptive ou sexuelle. Le paternalisme légendaire du praticien s'affirme au point où la patiente peut même demander la prescription des produits qui lui conviennent et, mieux, avoir sur son ordonnance d'autres médicaments n'ayant aucun rapport avec la planification familiale ou sa pathologie (pour celle qui vient pour une simple consultation gynécologique).

Le fait que cette catégorie de patientes soit reçue avant les autres, même quand elle n'y a pas logiquement droit, constitue un important facteur de dispute entre patientes. Bien souvent en effet, certaines sages-femmes se rendent à la PMI accompagnées d'une proche (parente, amie ou voisine), elle-même venant en consultation. Celle-ci est bien sûr soignée avant tout le monde. En raison des rapports de proximité qu'elle entretient avec le personnel soignant, elle reste généralement, même après la consultation pour bavarder. Une sage-femme peut également se faire le plaisir de raccompagner sa "passe".

Pour les sages-femmes, l'attente des patientes est indépendante de la volonté du personnel soignant qui est "aussi soumis à d'autres contraintes incompressibles" (une sage-femme). Par rapport au retard, le personnel soignant adopte un jugement ambigu en s'accommodant de certains paradoxes. On constate qu'au sein des structures de soins, les agents semblent considérer leur retard comme un droit alors que la ponctualité des patientes est présentée comme un devoir (Souley 2001). Là où le retard de la sage-femme paraît normal et ne devant même pas faire l'objet de débat, celui de la patiente est par contre sévèrement sanctionné par un renvoi pour une date ultérieure ou une réprimande verbale :

"Je suis arrivée à 11h 35, mais la sage-femme m'a dit que les consultations sont terminées et comme nous sommes vendredi, je dois encore revenir le lundi. Ce ne sera pas facile pour moi" (une patiente).

- Par ailleurs, les occupations annexes, telles que les repas, les repos ou les activités de petit commerce (vente d'articles divers : encens, pagnes, aliments réfrigérés, etc.), sont fréquents aux heures de consultation.
- Compte tenu de nos observations sur les différents sites, nous imaginons que les sages-femmes préfèrent prendre leur petit déjeuner sur leur lieu de travail qu'à leur domicile. Des vendeurs, ambulants ou fixes, installés à l'entrée des centres de santé, d'aliments divers (mélange de riz et de haricot, poisson, beignets, kopto, dambou 6...) les confortent dans cette option et leur facilitent bien la tâche. Les moments choisis à cet effet sont réguliers: entre 9h00 et 10h00. Et le plus souvent, ce sont les agents des différents services du centre (les sages-femmes, les assistantes sociales, les infirmières, les filles de salle), qui peuvent se mettre en groupes de deux à six personnes pour le "passage à table". Il s'agit d'une véritable récréation, même si celle-ci intervient souvent avant toute activité. Dans bien des cas, les femmes venues en consultation restent dehors, dans le hall, attendant la fin des repas. Perturber ce moment en ouvrant la porte ou en agissant autrement risque parfois d'éveiller la colère des soignants. Les "heures de repas" engendrent à la fois une perte de temps et de l'anxiété pour les patientes.
- Pour les sages-femmes, "la prise des repas sur les lieux de travail est une chose tout à fait normale, qui ne doit pas être mal vue" puisqu'elle leur est imposée par les "contraintes familiales et professionnelles" souvent difficiles à gérer conjointement. La plupart d'entre elles estiment en effet que c'est une chose qui doit d'ailleurs être réglementée avec la création des cantines comme cela est envisagé et appliqué dans certains pays, mais en attendant de telles actions, "il n'y a pas d'autre choix que celui-là". En quittant leur domicile "tôt le matin", elles avouent ne pas avoir le temps de prendre leur petit déjeuner.
- 19 Un dernier facteur de mésentente est la mobilité des sages-femmes à l'intérieur même du centre. Donner ou recevoir un appel téléphonique "urgent", orienter une passe, la présenter à un collègue ou la raccompagner sont autant de prétextes pour abandonner le poste de travail. Ainsi, avons-nous chronométré la présence effective (correspondant ici au temps consacré aux consultations) d'une sage-femme dans la salle de consultation. Sur les 4 heures et demie (de 8h à 12h30) réglementaires qu'elle devrait normalement consacrer aux consultations, elle n'a travaillé en pratique que durant une heure et dix-huit minutes (1 h 18mn). Les après-midi dans les différents centres, la présence des sages-femmes sur les lieux de la consultation ne dépasse par deux heures par jour. Les "demandeuses de soins", bien que n'étant pas dans une situation d'hospitalisées, semblent alors occuper, le "terrain médical" plus longuement que ceux ou celles qui y travaillent. Certaines des patientes s'interrogent d'ailleurs sur ce qui favorise la constance de ce type de situation. A l'analyse, le personnel semble jouir d'une large, voire d'une infinie autonomie vis-à-vis de sa hiérarchie que d'aucuns jugent "laxiste à l'instar de l'ensemble de l'administration nigérienne face à tous les actes que les agents posent" (conjoint d'une patiente). On peut alors se demander si cette autonomie vis-à-vis de la hiérarchie ne justifie pas les comportements liés à l'accueil et à la prise en charge.

La qualité de l'accueil

Considérant les normes de sociabilité en vigueur dans l'ensemble de la société nigérienne, la qualité de l'accueil ne semble pas intégrer les mœurs des agents à l'intérieur des centres de soins. Pour la plupart des patientes, l'accueil reste particulièrement dissuasif. La bonne humeur, les salutations, l'offre de siège, l'empressement, l'écoute, la disponibilité, qui participent de la qualité d'un accueil, ne se manifestent qu'épisodiquement.

La dimension relationnelle des pratiques de soins, parce qu'elle demeure un des thèmes les plus courants des sciences sociales appliquées à la santé et à la maladie, a été abordée par de nombreux chercheurs. Pour Vaysse (1993 : 99) qui étudie la gestualité en consultation de cardiologie : "Dans une relation de soins, de la qualité de l'interaction entre le médecin et son patient découle une meilleure perception de la problématique somatique, de la souffrance présentée et de la charge émotionnelle adjacente. Tout état dont le corps est à la fois le support, le contenant et l'expression". Didier Fassin, pour sa part, définit plus explicitement les contours de ce concept de qualité : "Dans la notion de qualité, il faudrait pouvoir prendre en compte la façon dont les gens sont traités, au double sens que peut revêtir ce mot, c'est-à-dire comment ils sont soignés mais aussi comment ils sont reçus" (1990 : 47). C'est surtout sous cet angle que nous avons étudié la question de la qualité des soins en général et de l'accueil en particulier.

L'idée générale qui se dégage tout au long de cette étude est que la qualité de l'accueil ne répond pas aux attentes exprimées par les utilisatrices des méthodes contraceptives. On estime que les règles de bienséances sont loin d'être respectées. En dehors de quelques patientes qui signalent une cordialité soudaine et passagère à l'intérieur des centres étudiés, la majorité s'accorde sur le fait que "les sages-femmes sont des personnes hautaines, les plus autoritaires et les plus impitoyables du corps soignant". Cette catégorie de personnel soignant est généralement décrié comme accordant peu de considération, souvent aucune, aux personnes venant en consultation. L'insatisfaction est le sentiment exprimé avec le plus de force par les femmes rencontrées à la fin d'une consultation.

L'accueil, comme nous venons de le voir, devrait reposer sur certaines habitudes telles que les salutations et l'offre de siège qui sont pour les patientes, des préalables à toute forme de sociabilité. Or, les salutations comme nous avons pu le remarquer ne sont pas adressées de façon systématique dans un sens comme dans l'autre : les sages-femmes, dans leur majorité, n'adressent pas les premières les salutations à leurs patientes. L'observation empirique nous a permis de constater qu'en dehors de certaines d'entre elles, qui font naturellement exception et généralement quand elles sont en dehors de la relation thérapeutique, les soignantes se donnent très peu la peine de saluer les patientes qui sont dans un contexte socio-culturel où cette règle est pourtant de vigueur. Les plaintes des patientes les plus récurrentes sont les suivantes :

"On ne m'a pas salué", "on ne m'a même pas répondu alors que j'ai salué"...

De même, la femme venant en consultation n'étant pas dans son propre univers social (domicile, lieu de travail) espère que la soignante va l'inviter à s'asseoir. Dans nombre de cas, les patientes estiment qu'elles s'autorisent à prendre place sur une chaise qu'une précédente vient de libérer. D'autres, au contraire plus réservées, restent debout jusqu'à la fin de la consultation. De l'avis de plusieurs patientes, parfois confirmé par nos observations, le ton utilisé est rarement amical et le langage corporel ne communique aucune chaleur ni compassion. L'expression de la chaleur au moment

de l'accueil suppose qu'il y a eu entre patientes et sages-femmes ces échanges dits rituels (Goffman 1974) qui participent à la création d'une proximité entre soignant et soigné. Faute de cela, on assiste plutôt à une distanciation entre ces deux acteurs. Dans l'ensemble, les patientes déplorent une absence de toutes formes de civilités :

"Elle ne sont pas du tout accueillantes là-bas, à la PMI. Elles sont sévères. Il y a des gens qui ne savent pas prendre la pilule qu'on leur donne et si elles reviennent on leur fait des scandales, des remarques de façon méchante" (Une patiente)

"Je suis très déçue par les manières des sages-femmes. Quand tu viens, on ne te dit même pas bonjour et quand c'est toi qui le dis, on ne daigne même pas te répondre. Tu es traitée comme une moins que rien. Moi je pense qu'on doit leur apprendre à bien accueillir. Elles ont apparemment oublié tout ce que l'on leur a enseigné à la maison. Est-ce le fait d'être allées à l'école qui les rend comme elles sont ou bien c'est spécifique à leur formation ?" (Une patiente)

25 Et pour d'autres encore, l'accueil n'est bon que lorsque l'on a recouru à l'intermédiation. Celle-ci apparaît comme la seule" réductrice d'incertitude" pour paraphraser Crozier et Friedberg (1977). Le recours à l'intermédiation est pour les patientes un moyen de maîtriser la sphère médicale à laquelle elles sont étrangères et d'en assouplir les contraintes.

"Il faut toujours un intermédiaire pour avoir un bon accueil. Elles ont surtout une certaine façon de dévisager les gens qui intimide le plus souvent, surtout pour celle qui vient pour la première fois. Quand tu te présentes dans la salle, elles peuvent sortir te laisser pour aller causer dehors. En plus, le ton est sévère. Parfois, elles te disent que tu n'es pas forcée de venir. C'est pourquoi, le plus souvent j'achète à la pharmacie par terre "(Une patiente).

A ce propos, Y. Jaffré (op. cit.: 9) souligne justement qu'il faut "utiliser différents médiateurs qui ont pour fonction de personnaliser les relations avec les personnels soignants, de remettre de la "proximité sociale" dans ce qui semble étranger et éloigné dans son fonctionnement". Dans les formations sanitaires que l'usager soit malade ou bien portant (dans le cas des femmes venant pour les consultations prénatales et postnatales), il est presque toujours à la recherche d'un médiateur qui va favoriser et surtout "adoucir" sa mise en contact avec le corps soignant. Cette démarche est en effet renforcée par l'idée d'"espace clos" que se font les patientes de la structure de soins. Celle-ci représente beaucoup plus un espace de sociabilité pour le personnel soignant qui ne semble pas être disposé à faire de la place aux patientes.

27 Le discours dénonciateur sur le mauvais accueil dans les services de planification familiale est relayé par certains responsables de l'administration politico-médicale et des projets.

"Le deuxième frein à la planification familiale, après la religion, est le mauvais accueil que les agents de santé réservent aux populations, de sorte que la femme ne se présente qu'en cas de situation d'urgence. Moi j'accorde une grande importance à cet accueil, puisqu'il ne faut pas mettre en avant les moyens financiers qui ne sont pas toujours nécessaires pour avoir les contraceptifs. L'accueil fait beaucoup défaut dans nos formations sanitaires". (Directrice de projet)

D'autres patientes préfèrent relativiser le problème de l'accueil dans les centres de soins en attribuant ce déficit au tempérament de l'agent ainsi qu'à ses dispositions psychologiques:

"L'accueil dépend des personnes, de leur caractère. Certaines sont mauvaises même à la maison et cet état d'esprit les suit même au service. Quand vous arrivez au centre médical, elles vous grondent, surtout si elles ont l'impression que vous avez peur" (Une patiente).

Bien entendu, face à cela, le personnel soignant ne reste pas indifférent. Ainsi, certaines sages-femmes semblent-elles reconnaître le bien-fondé de telles critiques par un discours qui ménage une large place au registre de la justification :

"Le problème de l'accueil se pose parce que les agents de santé ont aussi besoin de sensibilisation. Je dis aussi que c'est notre éducation, et tout le personnel doit avoir une formation dans ce sens" (Une sage-femme).

L'idée générale qui se dégage, c'est que les responsabilités de l'échec de la prise en charge sont dans certains cas, (certes limités), partagées. Autant les sages-femmes se reconnaissent responsables de la mauvaise prise en charge, autant elles accusent leurs patientes de ne pas être étrangères à cette situation. Par exemple, "la posture d'esprit"

7 (propos d'une sage-femme) de la praticienne ou de la patiente, qui n'est que momentanée, est souvent mobilisée comme justification expliquant le mauvais accueil :

"Des fois, l'agent n'est pas dans une bonne posture d'esprit ou même la patiente. Les responsabilités du mauvais accueil sont des responsabilités partagées à ces deux niveaux" (Une sage-femme).

31 Certaines soignantes imputent la difficulté de la relation thérapeutique au "comportement très belliqueux" des patientes, qui serait dû à leur caractère ou à des circonstances particulières. Ainsi, les patientes seraient elles conditionnées à l'avance pour adopter un comportement agressif en réponse à des stéréotypes galvaudés sur le corps soignant. Le volume de travail est aussi, de l'avis des sages-femmes, générateur de critiques et de mésententes, d'autant plus que le "surcroît de travail" serait à l'origine du raccourcissement du temps de la consultation, expliquant que celle-ci soit bâclée.

"Au Niger, ce n'est pas comme dans les autres pays, un seul agent peut se retrouver avec une centaine de patients par jour. Donc, il est débordé et ne peut pas faire un bon accueil. C'est surtout cela. En ayant moins de patients, tu as ton temps à lui consacrer. Il y a des femmes qui veulent causer avec toi, mais si tu sais que d'autres attendent. tu ne peux pas la satisfaire, tu es pressée" (Une sage-femme).

Certaines enquêtes réalisées dans des formations sanitaires (Hahonou 2000, Souley 2000, Olivier de Sardan 2001) ont montré que le retard de paiement des salaires constituait, selon les agents de santé, l'une des principales justifications à leur démotivation. Ils se disent souvent contraints d'abandonner les lieux de travail ou de bâcler leur tâche. Il s'agit pour les agents de trouver des subsides en ville ou à l'intérieur du centre où ils exercent. Pourtant, le versement des salaires de la fonction publique semble s'être régularisé, la période de "crise salariale" ayant pris fin. Le personnel continue cependant à faire référence à cette question. Certains de ces agents de santé, dont les sages-femmes que nous avons rencontrées, nous rappellent que même versés avec une régularité constante, "les salaires sont insuffisants". Les conditions d'exercice du travail finissent par donner forme et consistance à cette précarité : "les moyens matériels manquent aussi", nous dit-on souvent. Il s'agit pour une sage-femme de Lamordé "des moyens didactiques" permettant de bien mener une consultation de planification familiale : il faut des images, des maquettes... et faute de cela "la consultation ne peut être que fictive".

A l'inverse de toutes ses autres collègues, une sage-femme pose le problème de l'interaction tout autrement. Selon elle, il subsiste une extrême idéalisation des principes d'accueil par les patientes les conduisant à "un désir déraisonné" de personnalisation de la consultation. Les réalités objectives étant tout autres, les patientes ne peuvent qu'essuyer "une déception tout à fait naturelle et normale" quand

bien même elles sont en droit de prétendre à bénéficier de la même attention qui est accordée aux "passes".

Le déficit de communication

L'aspect communicationnel de la consultation n'est pas tout à fait dissociable de celui du dispositif d'accueil. Pour le phénoménologue A. Schütz (1987), le monde social est essentiellement intersubjectif et en cela, l'interaction est un face à face entièrement (ou presque) réductible à une communication. A cet égard, la communication aussi bien verbale que non verbale, semble essentielle pour l'analyse de l'interaction patiente prestataire de soins. L'interaction verbale, qui devrait être basée sur un counseling 8 à la fois interactif et souple exige qu'on s'engage avec une certaine détermination dans la consultation. Il s'agit d'une Information Education Communication personnalisée (I.E.C), elle-même sous-tendue par les principes de marketing social. Ce counseling représente la principale approche recommandée lors des consultations de planification familiale. En effet, parce que l'IEC personnalisée est une relation de service, à finalité univoque et où il s'agit d'améliorer ou sauvegarder la santé des usagers", elle stipule que les relations thérapeutiques doivent être "structurelles", par conséquent non catégorielles ni personnelles. Or, l'allure expéditive de la consultation est, selon les patientes, une preuve patente du déficit de communication où se manifeste une absence quasi-complète de "coopération conversationnelle" et d'interlocution entre partenaires. Parce qu'elle est unidirectionnelle c'est-à-dire que la sage-femme parle bien plus que sa patiente, cette forme de communication est aussi vue comme une non communication. L'interrogatoire qui représente la consultation proprement dite est, faut-il encore le souligner, sommaire. Pour restreindre les possibilités d'échanges verbaux qui signifient aussi une perte de temps pour les soignantes, celles-ci se contentent du strict minimum. L'I.E.C. personnalisée, sur laquelle s'appuie pourtant tout le processus de consultation, est tout à fait occultée. La communication verbale entre la sage-femme et sa patiente est ainsi réduite à sa stricte expression. Par exemple, pour une utilisatrice qui revient après une première expérience contraceptive, il y a peu de chance qu'il lui soit demandé les effets qu'ont dû produire sur sa santé les produits antérieurement prescrits. L'absence d'actes techniques (auscultation, prise de tension...), en réduisant aussi les opportunités de contact physique entre prestataire et patiente, favorise considérablement cet état de fait. Paradoxalement, les diagnostics, dans le cas des femmes ayant des problèmes gynécologiques, qu'on rend volontiers publics, ne sont pas directement transmis à la principale concernée.

Ce mésengagement (Goffman 1974) dont font preuve les sages-femmes durant la consultation, donne souvent lieu à des antagonismes muets: la sage-femme et la patiente, semblent nourrir chacune sans le dire, une sorte d'antipathie pour son interlocutrice. A cet égard, c'est surtout l'expression du visage qui trahit les pensées, même quand on se force à se maîtriser. Une hostilité se donne alors à voir dans le regard, dans les gestes. Ces confrontations naissent le plus souvent des rapports asymétriques liant les deux catégories d'acteurs. Pour le personnel soignant, "l'ignorance" des patientes d'une part, et le non-respect par ces dernières des prescriptions (principes de compliance ⁹) d'autre part, exacerbent les tensions.

De façon plus générale, pour aborder les femmes, les sages-femmes emploient des approches qui s'apparentent tantôt à celle des "entrepreneurs de morale" (Becker 1985), tantôt à celle de véritables "autocrates", Dans le premier cas, elles fustigent sans ménagement, à l'issue d'un accouchement 10, l'attitude de la femme, et ceci de trois

manières différentes correspondant à trois catégories de patientes: celles qui ont un âge avancé et qui n'ont pas encore mis un terme à leur expérience génésique, celles qui ont des grossesses rapprochées et les filles-mères. Toutes ces patientes, disent subir le discours moralisateur du personnel soignant bien avant la consultation de planification familiale vers laquelle elles ont souvent été systématiquement orientées sans y être réellement préparées,

Aussi bien pour celles qui sont âgées que pour celles qui ont un intervalle inter-génésique court, le personnel rappelle qu'elles doivent se mettre au diapason de l'évolution, donc sous contraception parce que "le temps n'est plus à la pondaison active. Il n'y a que les rats qui peuvent s'accommoder d'une telle situation" (propos d'une sage-femme rapportés par une patiente). La violation par les sages-femmes des "préséances statutaires" (Olivier de Sardan 2001) répond-elle à un souci à visée pédagogique permettant "d'enseigner" les mesures anticonceptionnelles aux patientes ou relève-t-elle d'une volonté de vexer celles-ci ? Pour les patientes, cette dernière idée leur semble la plus plausible. Vis-à-vis des jeunes filles, les sages-femmes sont encore plus sévères comme nous souligne cette patiente: "la sage-femme m'a dit l'année dernière lors de mon accouchement, qui a été très difficile, que je faisais honte à la société". Ainsi, en faisant la morale à certaines de leurs clientes, les sages-femmes condamnent de facon à peine voilée, l'hypertrophie de leur libido:

"Une sage-femme qui te reproche d'avoir beaucoup d'enfants ou d'avoir des grossesses rapprochées t'adresse tout simplement un message : tu en fais trop avec ton partenaire. En tout cas, moi je le comprends ainsi et pas autrement" (Une patiente).

Dans le second cas de figure, le paternalisme de l'agent soignant prend souvent le dessus lors des consultations. La méthode contraceptive est alors prescrite et conseillée à la femme de façon unilatérale. Il est vrai que cette attitude n'est pas systématique (et cela peut à la limite paraître paradoxal) puisque cette séquence est, dans certains cas, la seule où la patiente peut prendre la parole pour indiquer la méthode de son choix. Certaines sages-femmes rappellent que, durant les sessions de counseling et les procédures de planification familiale, "les agents doivent encourager les patientes à poser des questions de suivi sur les effets secondaires éventuels ou à demander des éclaircissements sur les instructions communiquées". Il faut ici dire que l'activité consultative est subie par les patientes, vu l'absence d'un interrogatoire interactif et longuement mené. Les patientes ne disposent presque d'aucune information sur les produits qui leur sont livrés ou prescrits. C'est d'ailleurs l'une des principales raisons qui fait que les effets secondaires connaissent une gestion induisant fortement les rumeurs (Moussa 2002). Toutes ces situations se manifestent sur fond d'une mise à distance délibérée des patientes. Ce qui fait dire à Fall (2002: 217) que: "tout fonctionne comme si les pratiques biomédicales ne s'accommodaient pas des exigences de la communication sociale". Cette mise à distance est surtout sociale en ce qu'elle dévoile des formes de hiérarchisation ou de différenciation sociale.

Ja restriction de l'échange dialogique conduit à une totale mésestimation et un désintérêt marqué pour la parole des patientes, En un mot, nous avons relevé une absence d'écoute aussi bien verbale que corporelle. Ce déficit communicationnel lors de la rencontre sanitaire met en évidence une réalité des centres de soins où les agents de santé se soustraient à une double exigence fondamentale, à la fois sociale (ou morale) et professionnelle : le non-respect des patientes d'abord en tant que personnes et ensuite en tant que patientes ayant logiquement certains droits dans les structures publiques.

- Toutefois, il est capital de signaler que les patientes, à travers diverses stratégies, parviennent souvent à tempérer l'ambiance chargée d'adversité des PMI et maternités. Pour ce faire, soit, elles recherchent un médiateur, soit elles recourent à la parenté à plaisanterie ¹¹.
 - La confidentialité et le registre de la honte
- L'extériorisation d'une expérience sexuelle est sujette, dans nombre de sociétés et particulièrement celle dans laquelle cette étude a été réalisée, à ce que H. Schelsky (1972: 7) appelle une "censure d'ordre sentimental" mais aussi d'ordre moral. C'est pourquoi, dit cet auteur: "L'acte sexuel est partout soustrait aux regards indiscrets; il est interdit de parler des faits sexuels, ainsi que de tout ce qui s'y rattache. Les phénomènes physiologiques de la sexualité, surtout en ce qui concerne la femme, tels que la menstruation, la grossesse, l'accouchement, etc., sont considérés comme des sujets "impurs". Un sentiment de pudeur, (...) existe à l'égard de tout ce qui se rapporte à la sexualité" (op,cit.: 168).
- Retraçant l'histoire de la sexualité M, Foucault (1986 : 26) aboutit à peu près à la même conclusion: "Nommer le sexe serait, (...), devenu plus difficile et plus coûteux. Comme si, pour le maîtriser dans le réel, il avait fallu d'abord le réduire au niveau du langage, contrôler sa libre circulation dans le discours, le chasser des choses dites et éteindre les mots qui le rendent trop sensiblement présent. Et même ces interdits auraient peur. dirait-on de le nommer. Sans même avoir à le dire, la pudeur moderne obtiendrait qu'on n'en parle pas, par le seul jeu de prohibitions qui renvoient les unes et les autres : des mutismes qui, à force de se taire, imposent le silence : censure ". Même si cela est peu pertinent aujourd'hui et donc, discutable surtout si l'on se place dans certains environnements socio-culturels où la mise en image de l'activité sexuelle relève désormais du domaine du banal, ces propos reproduisent néanmoins assez bien les sentiments des patientes interrogées. Il n'en demeure pas moins vrai que les thèmes à caractère sexuel sont discutés avec beaucoup de gêne et de pudeur. H.P. Duer (1997) rejoint l'analyse de Schelsky en soutenant que la pudeur est un sentiment universel, quoique son expression varie selon les contextes. L'utilisation de toute méthode contraceptive étant associée à des questions d'ordre sexuel, l'abord de ce sujet est naturellement chose délicate durant l'interaction. Le sentiment de gêne, de pudeur, d'embarras est le plus souvent exprimé et largement partagé par beaucoup de patientes:

"Je suis franchement gênée de parler de ma vie sexuelle en présence de plusieurs personnes. J'ai fait l'effort de venir ici et je pensais que j'allais être toute seule face à la sage-femme. J'ai tellement honte que jusqu'ici je n'ai jamais accouché dans une maternité où on m'a dit qu'il y a au moins quatre personnes autour de toi. Je ne suis même pas sûre d'y faire mon troisième accouchement. Même pour ces consultations de PF, je préfère désormais me débrouiller autrement" (Patiente venant pour une première consultation de PF).

Comme mécanisme de contrôle social, la honte est une notion très présente dans toutes les sociétés humaines et peut-être plus nettement en Afrique. Pour Fatoumata Ouattara (1999), la honte est un sentiment d'ordre relationnel et de ce fait, "il se manifeste en fonction du regard des autres. Il naît avant tout d'une relation à l'opinion d'autrui". Leighton et Kluckhohm (1947), signalent à ce titre que "la notion de honte fonctionne dans des sociétés d'interconnaissance, où il est difficile de dissimuler le moindre écart de comportement par rapport aux normes sociales" (Ouattara op. cit.: 218). Cette réflexion mérite néanmoins d'être complétée: la honte s'exprime sous forme de

contrainte sociale, au sens durkheimien de l'expression. Notre sentiment de honte peut préexister à notre contact avec autrui, avec un public, car nous l'avons profondément intériorisé à travers le processus de socialisation. En conséquence, nous pouvons éprouver un sentiment d'indignité, qui n'est pas à notre sens différent de la honte, même dans le rapport que nous avons à nous-mêmes.

44 On peut naturellement comprendre la gêne occasionnée par l'évocation des questions sexuelles dans le contexte nigérien. L'univers du sexuel est rendu si ésotérique que même lorsqu'il s'agit de se référer aux organes sexuels, on est tenu de s'appuyer sur une rhétorique allusive et métaphorique. Par exemple, pour désigner le sexe de la femme, on dit ahunta en hausa, qui veut dire "sa chose" ou katsa ta qui indique "son dessous" et en zarma, a weyhoro tara qui signifie "sa féminité". Il s'agit avant tout d'éviter le "malaise linguistique" (Abega 1997) et aussi social que l'énonciation du sexuel peut impliquer. Ceci est surtout vrai, dans le contexte sanitaire, pour les femmes venant en consultation plutôt que pour les sages-femmes. Dans l'ensemble des quatre centres, le cadre des consultations n'assure pas tout à fait la confidentialité tant recherchée par les patientes. Tant du point de vue visuel qu'auditif, les consultations ne se font pas de manière privée. La salle des consultations reste le plus souvent ouverte et même quand elle est fermée, l'atmosphère ne garantit pas pour autant la discrétion voulue. Pour accélérer leur travail, les sages-femmes y font entrer les patientes par deux ou trois. L'arrière-salle réservée à l'examen gynécologique n'étant pas non plus fermée, la conversation entre la patiente et la sage-femme est entendue par toutes les personnes occupant la première salle.

"Quand la sage-femme me posait certaines questions, j'avais l'esprit ailleurs. Figure-toi que parmi celles qui attendaient, il y avait une amie à ma petite sœur, la troisième. Cette jeune femme vient très souvent chez moi. Elle pouvait être ma fille. J'avais tellement honte que je n'avais aucune envie de répondre aux questions qu'on me posait. Dans ces conditions qui sait si je ne rencontrerais pas un jour quelqu'un de ma belle-famille: ma belle-sœur, ma belle-cousine? Ce serait une grande honte pour nous toutes. Je pense que pour ces choses-là, le personnel doit penser à faire des consultations individuelles. Sinon, votre vie sexuelle qui est pourtant une chose privée finira par être une affaire publique" (Une patiente de Gaweye, âgée de 41 ans).

- 45 A l'inverse de leurs patientes qui font preuve de beaucoup de retenue langagière, en évoquant les questions sexuelles avec moins de solennité, les sages-femmes ne se gênent pas souvent pour "appeler le chat par son nom".
- 46 Elles font violence à une règle sociale majeure: l'indicibilité du sexuel. Les sages-femmes donnent ainsi l'impression de n'avoir jamais été soumises, à travers l'éducation familiale et sociale, à une "orthopédie discursive sur le sexe" (Foucault 1986) à laquelle sont censées échapper normalement et seulement les catégories sociales non nobles: griots, esclaves, artisans (Olivier de Sardan 1976). En effet, vis-à-vis de ceux-ci, la société nigérienne en général fait preuve d'une extrême tolérance qui leur laisse toute latitude de discuter des sujets aussi tabous que celui de la sexualité.
- 47 Observation à la PMI (3 Septembre 2001)

"9h30. Les sages-femmes ayant fini de s'apprêter, l'une d'elles demande aux trois premières patientes d'entrer dans la salle des consultations alors qu'elle remettait des numéros de passage à celles qui sont restées dehors.

Une fois dans la salle, deux des trois femmes sont aussitôt interrogées chacune par une sage-femme. La troisième patiente est assise, elle, sur une chaise attendant sagement son tour mais en étant aussi témoin involontaire de la consultation des autres. Après moins de deux minutes d'interrogatoire, l'une d'elles passe déjà dans l'arrière salle pour la consultation gynécologique. Le paravent derrière lequel se trouve le lit de consultation, protège l'interaction thérapeutique des regards mais ne préserve pas malheureusement de l'écoute. Ainsi, la troisième patiente qui est déjà témoin oculaire et auditive de l'interrogatoire de la salle principale, est aussi témoin auditive de la consultation se déroulant dans l'arrière-salle. Il est 9h39, quand les deux premières patientes sont déjà de retour dans le hall d'attente d'où elles s'apprêtent à rentrer à la maison.

Cet extrait rend suffisamment compte du "déshabillage" subi par les patientes une fois qu'elles intègrent le cadre des consultations. Les exemples de ce type sont nombreux. Ainsi, les sages-femmes ne s'empêchent pas de bavarder sur divers sujets durant toutes les consultations. Mais ceux qui se rapportent aux "cas" de certaines patientes sont les plus examinés. La consultation gynécologique révèle souvent des cas d'infections ou d'irritations génitales qui s'apparentent à des Maladies Sexuellement Transmissibles qui sont aussi appelées "maladies de la honte" et faisant l'objet d'une forte stigmatisation. Parce qu'elles sont définies comme telles dans l'imaginaire populaire, les révéler publiquement ou du moins partager le secret, ne serait-ce qu'avec une seule personne (surtout si on ne la connaît pas) est perçu comme du tonan asiri 12. C'est donc tout logiquement que lors de l'échange verbal, les femmes qui en sont victimes taisent en général ces MST. C'est le contraire chez les sages-femmes. Celle qui est dans l'arrière-salle, n'hésite pas souvent à révéler à haute voix sa "trouvaille" à sa collègue consultant dans l'autre salle.

Aucune des structures n'échappe aux critiques des patientes sur le caractère public, collectif et à la limite "exhibitionniste" de la consultation. C'est une situation vraisemblablement constitutive de la plupart des centres des soins de l'Afrique de l'Ouest. Ainsi, analysant les interactions entre soignants et populations dans les centres de santé, Yannick Jaffré (1999: 10) note qu'"on y est souvent aux dépens de la pudeur, dénudé. On y est parfois confronté à l' obligation d'a vouer certaines pratiques embarrassantes...".

Consciente apparemment des réactions de gêne que cette promiscuité pourrait engendrer, une sage-femme du CNSR précise par rapport à la consultation :

"Normalement elle est individuelle, elle doit se passer dans la confidentialité, mais quelques fois il y a des interférences, des gens qui rentrent et qui sortent ou des clients qui ne sont pas patients, et qui même si on leur dit d'attendre leur tour nous disent que c'est juste pour poser une question ... donc vraiment on a des difficultés dans ces moments. Au départ, quand le centre n'avait pas été réorganisé. il y avait des salles d'entretien et les clients étaient recus individuellement. "13

Par rapport à ce registre de la honte, les sages-femmes ne semblent pas unanimes. Pendant que certaines trouvent qu'il n'est pas fondé de parler de honte dans un centre s'occupant de PF et par delà, d'accouchement, d'autres au contraire préfèrent clamer une sorte d'impuissance elle-même liée à la conception architecturale des lieux de consultations qu'elles ne sont pas en mesure de corriger. Si les sages-femmes justifient leur conduite avec une étonnante promptitude sur le problème de l'accueil et celui de la communication, elles préfèrent le silence lorsqu'il s'agit d'aborder la question de la confidentialité. Une seule sage-femme a voulu plus ou moins clairement répondre en arguant que la PMI et la maternité doivent être considérées par les patientes comme des espaces de "non-honte". Le rapport des individus à la honte peut donc expliquer certaines difficultés dans la prise en charge des patientes dans les centres de soins.

Conclusion

La violence altère amplement les rapports entre le corps médical et le monde des usagers : les patients et souvent même leurs accompagnants. Le malaise créé par une interaction chaotique est le plus souvent perçu comme une épreuve subie par le demandeur des soins. La virulence de la rencontre thérapeutique se traduit, pour ce dernier, en termes de mortification et l'individu assiste dans certains cas à une sorte de dépossession de son statut ou de son identité (Goffman 1967). Le contexte des consultations de planification familiale provoque une perte des certitudes et de l'assurance des femmes. C'est une situation qui crée également les conditions de leur éloignement progressif sinon brutal des centres des soins. La rudesse dans l'échange verbal (quand celui-ci est véritablement instauré) impose le plus souvent à ces dernières, déférence et docilité vis-à-vis des "blouses roses". La violence thérapeutique reflète aussi l'insouciance et la légèreté dans la gestion des embarras par ailleurs sciemment causés et entretenus par certains membres du personnel soignant.

53 En établissant une confusion entre l'espace professionnel et l'espace social, les sages-femmes donnent - souvent inconsciemment - la preuve de ce que le terrain médical est un lieu qui répond beaucoup plus à leurs exigences et à des préoccupations extra-thérapeutiques qu'à l'activité médicale proprement dite, telle que consignée dans les textes réglementaires.

Néanmoins, les rapports soignants-soignés ont aussi un caractère dynamique qu'il est utile de relever au terme de cette analyse. Le désir constant de "dulcification" de l'espace vraisemblablement "inhospitalier" des centres de soins, encourage les patientes à se comporter le plus souvent en manipulatrices expertes. Ceci est la preuve que les rapports qu'elles entretiennent avec les sages-femmes ne sont ni statiques, ni définitivement déterminées. Le recours aux médiateurs, à diverses stratégies de séduction et de rapprochement (parenté à plaisanterie, gratification en nature des saignants) concourt à la construction d'une certaine proximité que nous appellerons "proximité par défaut", désignée comme telle parce qu'elle trouve son fondement dans divers artifices. Cette "proximité par défaut" est en vérité une proximité qui n'existe pas naturellement, qui reste donc fictive.

BIBLIOGRAPHIE

Abega S.C., 1997, "Principe de coupure et langage de la sexualité", Paris, *Bastidiana* n°17-18 : 125-141.

Becker H, 1985, Outsiders, Paris, Ed. Métailié.

Clavreul J., 1978, L'ordre médical, Seuil, Paris.

Cosnier J., Grosjean M. & Lacoste M., 1993, *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*, Coll. Ethologie et psychologie des communications, ARCI, Presses universitaires de Lyon.

Crozier M. & **Friedberg E.**, 1992/1977, L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective, Paris, Seuil.

Des Forts J., 2001, Violences et corps des femmes du tiers-monde. Le droit de vivre pour celles qui donnent la vie, Paris, l'Harmattan.

Duer H.P., 1997, Nudité et pudeur, Paris, Editions de la maison des sciences de l'homme.

Fall A., 2002, "L'équité dans l'accès aux soins à Dakar." in Jaffré Y. & Olivier de Sardan J.P.(eds.), Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologique. Enquêtes sur l'accès aux soins dans 5 capitales de l'Afrique de l'Ouest, Projet "Santé urbaine" (UNICEF- Coopération française), (multigr.).

Fassin D., 1991, Pouvoir et maladie en Afrique, anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar, Paris,

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

Foucault M., 1986/1976, L'histoire de la sexualité, Paris, Gallimard, Coll. Nrf, Tome 1.

Goffman E., 1998/1967, Asiles. Etude sur la condition sociale des malades mentaux, Paris, Minuit.

Goffman E., 1996/1973, La mise en scène de la vie quotidienne : la présentation de soi, Paris, Minuit.

Goffman E., 1998/1974, Les rites d'interaction, Paris.

Hahonou E., 2000, "Etude socio-anthropologique des interactions entre usagers et agents de santé : le cas du service des urgences de l'hôpital de Niamey", Niger, Mémoire de D.E.A, E.H.E.S.S-Marseille.

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

Jaffré Y. & Olivier de Sardan J.P., (eds.), 2002, Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologique. Enquêtes sur l'accès aux soins dans 5 capitales de l'Afrique de l'Ouest, Projet "Santé urbaine" (UNICEF- Coopération française), (multigr.).

Jaffré Y., 1999, "Les services de santé 'pour de vrai'. Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey)." *Bulletin de l'APAD*, n° 17: 3-17.

Jaffré Y. & **Prual A.**, 1993, " 'Le corps des sages-femmes', entre identité professionnelle et sociale." *Sciences sociales et santé*, Vol. XI, n°2 : 63-84

Jopseph I, 1998, Erving Goffman et la microsociologie, Paris, PUF.

Lacoste M., 1993, "Langage et interaction : le cas de la consultation médicale", in Cosnier J., Grosjean M. & Lacoste M. (eds.), *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*, Coll. Ethologie et psychologie des communications, ARCI, Presses universitaires de Lyon.

Leighton D.& **Kluckhohn C.**, 1947, Children of the people : the Navaho individual and his development, Cambridge, Mass., Harvard University Press.

Moussa H., 2002, "Micro-analyse des interactions autour des consultations de planification familiale dans les centres des soins de Niamey", Mémoire de D.E.A, E.H.E.S.S-Marseille.

Olivier de Sardan J.P., 2002, "Le soignant face au soigné anonyme en Afrique", *Santé publique et sciences sociales. Le monde des professionnels de la santé face aux patients*, n° 8 & 9 : 91-117.

Olivier de Sardan J.P., 2001, "La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest.", *Autrepart*, n° 20 :61-73.

Olivier de Sardan J.P., 1976, Quand nos pères étaient captifs. Récits paysans du Niger, Paris, Nubia.

Ouatara F., 1999, *Savoir-vivre et honte chez les Senoufo nanerge (Burkina Faso)*, Thèse de doctorat nouveau régime, EHESS-Marseille.

Schelsky H., 1972/1955, *Sociologie de la sexualité*, Paris, Gallimard, coll. Idées. Schütz A., 1987, *Le Chercheur et le Quotidien*, Paris, Méridiens-Klincksiek.

Souley A., 2000, Santé urbaine à Niamey : indicateurs de l'équité et de la qualité dans l'accès aux soins. Rapport final de l'enquête, Niamey, I.R.D (multigr.).

Strauss A., 1992, La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme, Paris, l'Harmattan.

Vaysse J., 1993, "La gestualité en consultation de cardiologie", *in* Cosnier J., Grosjean M. & Lacoste M. (eds.), *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*, Coll. Ethologie et psychologie des communications, ARCI, Presses universitaires de Lyon.

NOTES

- 1. Nous tenons à remercier Séverin Cécile Abega pour ses remarques fructueuses sur une première version de ce texte.
- 2.Il s'agit du Centre National de Santé de la Reproduction (CNSR), de la maternité Gaweye, des PMI Gaweye et Lamordé.
- **3.**Le présent article s'insère dans une étude plus large qui s'appuie sur trois catégories d'acteurs sociaux : les utilisatrices des techniques contraceptives (femmes mariées, femmes libres. jeunes filles). les promoteurs des programmes de planification familiale (les bailleurs de fonds, les décideurs politiques. les ONG et associations, le personnel médical), les "spécialistes" des techniques "non-modernes" de contraception. (les tradipraticiens, les marabouts, les vendeurs ambulants...). Le séjour total sur l'aire d'étude a été de trois mois. Les entretiens ont fait l'objet d'enregistrement et les observations ont été consignées par écrit. A certaines étapes du recueil des données, nous avons procédé à des études de cas.
- **4.**Selon Joseph (*op. cit.*), la face, chez Goffman, signifie, "la valeur sociale qu'une personne revendique à travers la ligne d'action qu'elle adopte au cours d'une interaction".
- **5.**Dans le jargon médical nigérien un ou une "passe" est une personne qui entretient avec un ou plusieurs soignants d'un centre quelconque de soins des relations privilégiées lui favorisant un accès facile (bon accueil, bon traitement...) aux prestations dudit centre.
- **6.**Kopto est un aliment préparé à base d'herbes généralement sauvages ; dambou est une semoule à base de mil. de maïs ou de riz et qui est généralement accompagnée de kopto. **7.**Par cette expression, la sage-femme nous a confié vouloir parler de l'humeur d'une personne.
- **8.**C'est le terme couramment utilisé en milieu médical pour désigner l'interrogatoire durant une consultation de planification familiale. L'expression "IEC. Personnalisée" est généralement employée pour signifier la même chose.
- **9.**Les principes de compliance recommandent aux patients de se conformer aux prescriptions du soignant
- **10.** A ce niveau, nous nous référons surtout aux données (observations et entretiens) d'une étude commandée par l'UNICEF et portant sur l'accès aux systèmes de santé et l'équité en matière de soins dans cinq capitales ouest-africaines (Abidjan, Bamako,

Conakry, Dakar et Niamey). L'enquête de Niamey a été coordonnée par A. Souley. Lors des entretiens issus de la présente étude, les femmes relatent souvent les souvenirs qu'elles ont gardés de l'épisode de leur accouchement à la maternité. La sage-femme est souvent décrite comme se comportant "très méchamment" dans une salle de travail ou dans une salle d'accouchement.

11. Sur la base de certains codes sociaux, des relations de parenté à plaisanterie sont instaurées entre certaines ethnies du Niger, par exemple entre *Peuls, Maouri* et *Kanuri* ou entre *Zarma* et Touaregs, facilitant la cohabitation des diversités culturelles.

12. En langue hausa, cela signifie littéralement, "dévoilement des secrets". Par extension. et c'est le sens de son emploi dans le texte, il s'agit d'une personne qui vit une phase de déchéance sociale, parce que justement, elle est dans une position où "tous ses secrets sont dehors".

13. Souvent, on peut là aussi enregistrer des perturbations.

AUTEUR

HADIZA MOUSSA

Laboratoire d'Etudes et de Recherches sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL), Niamey.