

Approche sociologique de l'offre et de la demande de soins de santé.

**L'exemple des injections dans la ville de Ouagadougou
(Burkina Faso)**

Rachel Médah

Avril 2006



Ce travail a été réalisé dans le cadre des activités du Laboratoire de recherche RECIT dirigé par Jean-Pierre Jacob et Peter Hochet

Référence bibliographique pour citation :

Médah Rachel, 2006, « Approche sociologique de l'offre et de la demande de soins de santé : l'exemple des injections dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso) », *Etude Recit n°11*. Ouagadougou, *Laboratoire Citoyennetés*, 22 p.

Résumé :

Dans ce texte, l'auteure examine les facteurs qui pèsent sur la sécurité de l'injection dans la ville de Ouagadougou : du côté de l'offre de service (décalage vers le haut de l'organisation sanitaire, développement des soins informels en réponse à l'inhospitalité des structures de santé formelles) et du côté de la demande (pratiques des soins à domicile et recours à l'auto-médication pour les plus démunis, représentations de l'efficacité). L'étude montre l'importance des personnels paramédicaux auxiliaires dans la délivrance de l'injection et la difficulté à élaborer des stratégies de réponse face à l'état sub-optimal de fourniture du service. Faut-il refondre complètement les structures et amener chacun à prendre sa place dans la division du travail idéale proposée par le système de santé moderne ou faut-il admettre les « dérives » et mettre l'accent sur une meilleure formation de ceux qui sont en charge effective du soin ?

Laboratoire citoyennetés

BP 9037 06 Ouagadougou Burkina Faso

(226) 50.36.90.47

ace.recit@fasonet.bf | www.ace-recit.org

Table des matières

Introduction : la sécurité de l'injection.....	- 4 -
Le système de santé burkinabé.....	- 6 -
Le système public	- 6 -
La responsabilisation récente des médecins.....	- 6 -
Le décalage vers le haut de l'organisation du système sanitaire	- 6 -
Les infirmiers et le système de référence	- 7 -
La préférence des usagers pour le personnel paramédical.....	- 7 -
Le rôle du personnel paramédical auxiliaire.....	- 7 -
Le système privé	- 8 -
Le système informel.....	- 9 -
Les soins à domicile	- 9 -
L'automédication.....	- 11 -
L'offre d'injection.....	- 13 -
Les risques liés à l'injection.....	- 14 -
Les risques d'ordre pratique.....	- 15 -
Les risques fonctionnels et déontologiques	- 16 -
Les risques liés à la marchandisation du soin.....	- 17 -
La demande d'injection	- 17 -
Prévalence des injections et efficacité thérapeutique symbolique	- 17 -
Les soins à domicile	- 18 -
Soins à domicile et capital social	- 18 -
Soins à domicile et capacité financière.....	- 19 -
Conclusion.....	- 19 -
Bibliographie	- 21 -
Etudes Recit	- 23 -

INTRODUCTION : LA SECURITE DE L'INJECTION¹

L'injection est une technique de soin biomédical généralisée. Elle est particulièrement répandue dans les pays en développement ou en transition. Le nombre d'injections administrées dans ces pays est ainsi estimé à 16 milliards par an dont environ 3% seulement a lieu dans le cadre d'un traitement préventif : vaccination, transfusion sanguine et contraception. Chaque habitant reçoit en moyenne 1,5 injection en une année. Ce qui peut être multiplié par 10 ou 100 pour les enfants vivants dans des institutions ou des adultes malades hospitalisés (WHO, 2002)².

Selon Simonsen et al. : « une injection est une effraction cutanée pratiquée avec une seringue et une aiguille dans le but d'introduire chez un patient une substance thérapeutique ou un vaccin par voie intramusculaire, intraveineuse ou sous-cutanée » (2000 : 33). Depuis les années 1990, la sécurité des injections constitue une préoccupation particulière, notamment en relation avec l'existence d'agents pathogènes transmissibles par le sang : le VIH et les virus des hépatites B et C. Pour Simonsen et al., est à risque : « une injection dans laquelle, la seringue, l'aiguille ou les deux ont été réutilisées sans stérilisation » (2000 : 33). Ils estiment que les injections à risque constituent 50% des injections dans 14 pays du sud. Selon eux, cinq études révèlent que 20 à 80 % des nouveaux cas d'hépatite B sont dus à ce type d'injections tandis que trois laissent penser qu'elles constituent le principal mode de transmission de l'hépatite C. Chaque année, 80 000 à 160 000 cas de VIH seraient causés par l'utilisation de seringues et aiguilles non stérilisées (Hutin et Chen, 2000 : 5). Les injections, mal administrées, provoqueraient également des abcès et des paralysies flasques. Au Burkina Faso, A. Garba fait état d'une moyenne de 0,5 piqûre accidentelle par an dans 71 des 80 centres de santé enquêtés (2000). De surcroît, les injections curatives seraient non seulement risquées mais également jugées à 95% inutiles. L'injection inutile est une injection par rapport à laquelle « il existe des alternatives orales, la substance injectée est inappropriée ou toxique, les symptômes ou le diagnostic ne justifient pas un traitement par injection » (Simonsen et al, 2000 : 33).

Les premières solutions pour empêcher la multiplication des virus par le biais de l'injection portèrent sur une amélioration de sa technologie : de l'utilisation de matériels injectables multi-usages on est passé aux matériels d'injection à usage unique. Cette innovation a été adoptée massivement au Burkina Faso (voir plus bas). Cependant, cela n'a pas suffi à régler tous les problèmes : les études montrent que l'utilisation insatisfaisante du matériel subsiste et que la prolifération des infections augmente. Il faut constater que toutes les stratégies de la sécurité des injections se sont focalisées plutôt sur la vaccination laissant ainsi en marge les injections curatives, pourtant plus importantes quantitativement. Hutin et Chen font remarquer que « si le PEV (Programme Elargi de Vaccination) s'est efforcé d'améliorer la sécurité des injections, rares ont été les initiatives prises pour éviter la transmission d'agents pathogènes transportés par le sang lors d'injections thérapeutiques » (2000 : 5).

La stratégie basée sur le changement de technologie se révélant insuffisante, une nouvelle approche prenant mieux en compte toute la complexité des risques que suscite l'injection a été proposée par l'OMS, sous le nom d'approche globale. L'approche globale est définie de la façon

¹ Cette étude a été relue par Jean-Pierre Olivier de Sardan, Jean-Pierre Jacob et Peter Hochet. Elle est extraite d'un mémoire de DEA présenté à l'IUED (voir Médah, 2005).

²World Health Organization, fact sheet n° 231, April 2002, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs231/en/>, 24/2/04.

suivante : «...aucune technologie d'injection ne peut être sûre tant que des conditions telles qu'un comportement correct, une gestion appropriée et un financement suffisant à tous les niveaux du système de santé - des décideurs aux nettoyeurs, des responsables des achats aux patients - ne sont pas remplies. Toute stratégie destinée à améliorer la sécurité des injections doit donc porter sur la totalité des éléments nécessaires pour assurer la sécurité de la technologie d'injection choisie» (1999 : 998).

Le Burkina Faso est un pays qui possède un taux de séroprévalence pour le VIH/Sida au sein de la population générale de 4,6% en 2002. Il est le deuxième pays le plus touché en Afrique de l'ouest par l'épidémie après la Côte d'Ivoire (cf. [http : www.unaids.org/en/](http://www.unaids.org/en/), 24/2704). Le taux d'infection de l'hépatite également important est estimé à 17% chez les adultes. Notre intérêt d'étudier l'application de cette technique de soin (qui est un recours fréquent) s'explique par ces chiffres.

Notre enquête de terrain s'est déroulée dans la ville de Ouagadougou où l'offre de soins modernes de santé est variée. Nous nous sommes intéressés aux acteurs des services publics et privés, des soins informels et aux usagers. Le système sanitaire burkinabé permet-il une pratique saine de l'injection? Si non, quels sont les dysfonctionnements et les pratiques qui expliquent cette situation insatisfaisante? Nos données ont été recueillies par des entretiens semi-directifs individuels, des focus-groups et l'observation directe pendant la période de mars à mai 2004.

Les enquêtes ont touché les institutions et usagers suivants :

Tableau: Liste des instances et usagers enquêtés

INSTANCES SANITAIRES/ PRESTATAIRES	QUANTITE
<i>Formations sanitaires publiques</i>	5
<i>Formations sanitaires privées</i>	3
<i>Formations sanitaires privées confessionnelles</i>	2
<i>Prestataires professionnels (donnant des soins à domicile)</i>	11
<i>Prestataires non professionnels (donnant des soins à domicile)</i>	10
<i>Focus groups (usagers)</i>	2
<i>Total</i>	33

Tous les noms de lieux et de personnes mentionnés dans le présent texte ont été modifiés.

Nous allons faire une description succincte du système de santé au Burkina Faso. Nous exposerons ensuite les différents risques de l'injection. Pour finir, nous chercherons à connaître les raisons de la demande d'injections et ferons une analyse des divers facteurs entravant un meilleur usage de l'injection.

LE SYSTEME DE SANTE BURKINABE

Au Burkina Faso, le système de santé moderne pourrait être qualifié, sans exagération, de médecine de « *seconde main* ». Il est caractérisé par une appropriation imparfaite des normes de la biomédecine.

Le système public

La responsabilisation récente des médecins

Tandis que dans les systèmes européens, la consultation (diagnostic médical) et les prescriptions médicamenteuses sont sous la responsabilité du corps médical, dans le système de soins burkinabé et celui d'autres pays en développement, cette responsabilité est déléguée au corps paramédical (infirmiers, sage-femmes, etc.). Selon I. Gobatto (1999), au Burkina Faso, même si le statut de médecin est reconnu parmi les professionnels de santé, la fonction, elle, reste toujours en quête de légitimité. Plusieurs facteurs expliquent cette situation : l'arrivée tardive des médecins dans les soins de santé, la spécialisation des médecins et leur investissement dans les structures privées, les contraintes de la méthode médicale, la préférence des usagers des centres de santé pour le personnel paramédical.

A l'instauration du système de santé national à l'indépendance du pays en 1960, l'Etat voltaïque a d'abord privilégié la formation du personnel paramédical, moins coûteuse que celle des médecins. A cette époque, il y avait très peu de médecins formés, leur formation se faisant essentiellement en Europe ou dans la sous région (Sénégal). L'arrivée sur le marché du travail de médecins formés sur place à partir du milieu des années 1980 va poser le problème de leur insertion voire de leur autorité dans un système de soins dont les places (sauf celles de direction) étaient entièrement occupées par les paramédicaux.

Le décalage vers le haut de l'organisation du système sanitaire

La structuration du système de soins burkinabè est en fait fondée sur un décalage entre les divers statuts et fonctions des professionnels de santé. Cette situation fait que l'injection qui relève, selon les normes de la biomédecine, de la compétence de l'infirmier, n'est pas ou bien est peu pratiquée par ce dernier. L'infirmier a la responsabilité des consultations. Il fait des diagnostics et des prescriptions à la place des médecins. En conséquence, il délaisse les tâches qui sont les siennes au profit de certains personnels subalternes. Une infirmière formée ailleurs, P. Ouedraogo, raconte sa surprise lorsqu'elle a commencé à travailler au Burkina Faso :

« Ici, je crois que les rôles sont inversés. Moi, j'ai fait ma formation en Italie. Là-bas, les infirmiers ne font ni de consultation ni de prescription, ils donnent tout simplement les soins, faire les injections, donner les médicaments, etc. Lorsque je suis rentrée, il fallait consulter et prescrire, j'ai dû m'acheter un livre sur la médecine tropicale pour me mettre à jour ».

Cette situation pose un certain nombre de problèmes.

Les infirmiers et le système de référence

L'infirmier qui se sent incompetent face à un cas doit en théorie référer le malade à un médecin généraliste. Bien que des directives soient établies afin de guider l'infirmier dans cette décision, la référence n'est pas sans soulever des interrogations : quand doit-elle être faite ? Quid des situations dans lesquelles aucun médecin n'est disponible (en milieu rural notamment) ? Que dire au malade qui n'a confiance que dans l'infirmier et ne veut pas être soigné par quelqu'un d'autre ?

Dans beaucoup de cas, l'infirmier doit se débrouiller avec les moyens du bord, alors que sa méthode de travail est imparfaite : il n'a pas toujours accès à la batterie d'examens et de tests médicaux prescrits par la biomédecine avant de pouvoir poser son diagnostic. Il procède souvent par tâtonnements en ne faisant qu'un traitement symptomatique. Il suppose d'abord que le patient souffre de telle maladie -généralement la maladie la plus courante dans la région et selon les épidémies du moment- et essaie de la traiter. Si l'état du malade ne s'améliore pas, il soupçonne une autre affection et ainsi de suite. Même si théoriquement des critères sont donnés pour évacuer le malade chez un généraliste, on peut se demander si l'infirmier a les moyens de prendre la décision au bon moment ? A quelle étape du processus doit-il s'avouer sa propre limite -lorsqu'il a toujours dû voler de ses propres ailes dans des situations où il n'est pas question de parler de médecin dans l'immédiat- ? Comment peut-il référer un malade qui lui fait plus confiance qu'au médecin chez qui il veut l'envoyer ? Dans ces conditions, les patients arrivent souvent trop tardivement chez le médecin et en meurent (Brunet-Jaillet, 2000).

La préférence des usagers pour le personnel paramédical

La méthode de traitement symptomatique semble bien correspondre aux contraintes économiques que vivent les populations. En effet, l'approche médicale exige de nombreuses analyses, souvent coûteuses et qui sont à la portée de très peu de personnes. Comment suivre cette démarche lorsqu'on est malade, pauvre, ne bénéficiant pas d'assurance maladie ? Pour ce type de malades, le personnel paramédical est préférable à tout autre prestataire de soins. Il faut préciser que cette « *évaluation profane de l'efficacité thérapeutique* » (Gobatto, 1999) dépend de facteurs qui ne sont pas seulement économiques : l'ignorance par le malade des différents statuts professionnels de la santé, les qualités personnelles du soignant (l'accueil, l'écoute) et la relation d'affinité avec celui-ci.

Le rôle du personnel paramédical auxiliaire

On pourrait donner le nom générique de « *personnel paramédical auxiliaire* » ou de « *personnel de soutien* » au personnel subalterne qui a la responsabilité des injections. Il est composé de travailleurs de statuts très variés : aides soignants, filles ou garçons de salle, brancardiers, manœuvres, etc. La variation des titres dépend des structures sanitaires auxquels ils appartiennent. Leur caractéristique commune est que leur pratique de l'injection n'est pas reconnue et sanctionnée par un diplôme dans une école de formation officielle. Ils profitent du décalage hiérarchique vers le « haut » pour pratiquer des actes techniques considérés comme valorisants (injections, perfusions, sutures...).

Pour Y. Jaffré et J-P Olivier de Sardan, la maîtrise de ce type de geste technique permet d'acquérir l'emblème du statut d'infirmier ou de médecin et d'espérer une rémunération de la part du malade. Il est donc très largement « vidé » de sa raison scientifique et clinique :

« [il est] alors plus [le] simulacre d'une fonction [qu'il ne correspond] à la mise en œuvre d'un protocole de soins centré sur la guérison d'un malade » (2003 : 86-87).

Si l'on s'efforce de faire une typologie de ce groupe de soignants, on peut distinguer trois catégories, selon leur trajectoire institutionnelle et de formation.

Dans le premier sous-groupe, issu des centres de santé publics et privés confessionnels, l'intégration à la structure commence par le bénévolat ou l'engagement à un poste sous qualifié. Dans le privé confessionnel, les agents déclarent avoir été plus ou moins formés sur le tas par les religieux, pendant une période allant de 6 mois à un an avant de pratiquer les injections. La particularité dans cette structure, c'est que les agents ont tous une trajectoire assez identique : l'exercice après un temps d'une durée plus ou moins homogène dans l'institution thérapeutique semble standardiser l'apprentissage. Ces agents sont appelés aides-soignants, une appellation qui n'existe pas dans les statuts de la santé au Burkina Faso. On pourrait les comparer aux filles et garçons de salle de la fonction publique mais ceux-ci ne sont pas autorisés, officiellement, à faire l'injection. Au-delà des filles et garçons de salle, d'autres agents tels que les brancardiers, les manœuvres... font des injections dans les structures publiques. Leurs trajectoires sont différentes du fait des statuts variés qui leur sont conférés. A contrario du privé confessionnel, la formation se fait au gré du hasard, par affinité avec un professionnel qualifié.

Le second sous-groupe, travaillant dans des formations sanitaires privées, a une formation indéterminée et diverse. Ce personnel est recruté au travers de réseaux sociaux par les propriétaires des cabinets de soins infirmiers privés. Ce sont des parents, des amis ou connaissances de ces propriétaires.

Le troisième sous-groupe est composé de gens qui ont, pour une raison quelconque, côtoyé un centre de santé (filles ou garçons de salle, aides soignants, brancardiers, manœuvres, etc.). Ils ont appris à faire des piqûres grâce à l'appui de leurs collègues infirmiers. Comme la demande de soins à domicile est importante dans le milieu d'enquête, ces personnes sont facilement sollicitées par des malades ou leur entourage. L'origine de leur formation en matière d'injection est bien le système formel et l'utilisation à toutes les fins d'un personnel sans statut précis.

Le système privé

L'offre privée de santé reste très peu connue. On peut ranger pêle-mêle dans cette offre des cliniques de haut standing, le privé confessionnel et des petits cabinets de soins. Parmi ces petits cabinets, il y a de bonnes offres de soins fournies par du personnel qualifié mais il y a également des cabinets qui travaillent avec du personnel sans qualification ou sous-qualifié. Selon Brunet-Jailly (2000), il est estimé que 33% des injections sont faites par des non qualifiés, dans le secteur privé. On peut penser que ce pourcentage est largement dépassé compte tenu du développement du secteur privé ces dernières années dans la ville de Ouagadougou. Le recrutement dans ce système suit plutôt une logique d'affinité qu'une logique professionnelle.

Lorsque nous lui avons demandé son opinion sur la pratique des injections par des non qualifiés, une accoucheuse auxiliaire³ rencontrée au CMA Pie XII, nous a livré sa réaction:

« Moi-même j'étais une non qualifiée. Vous connaissez la Clinique Sainte Geneviève qui est aujourd'hui appelée « Kounda », c'est la clinique de mon grand-père, le vieux K. J'ai appris à faire les injections là-bas. J'ai fait ma première injection en étant en classe de 5^e avec le Dr Eloa Chirurgien militaire. J'y allais pendant mes heures creuses. Je me rappelle ma première injection, je l'ai faite à un Monsieur qui travaille à l'ONEA, c'était une injection de SAT (Sérum Anti Tétanique). Il a tellement saigné que j'ai pleuré et je ne voulais plus continuer. Le Dr Eloa m'a consolée et l'après-midi, le patient est revenu en disant que tout allait bien.

³ Cette catégorie est actuellement autorisée à faire des injections car cela a été intégré dans leur formation.

-Pourquoi n'avez-vous pas fait l'école d'infirmiers ?

-J'ai une formation de secrétariat mais c'est la santé qui m'a toujours intéressée. Mes parents voulaient que je sois secrétaire.

-Pourquoi avez-vous quitté la clinique ?

-J'y ai travaillé de 1983 à 1990. Je suis partie parce que je n'étais pas bien payé ; les salaires ne sont pas réguliers. En 1991 je suis venue à Pie XII J'ai fait ma formation d'accoucheuse auxiliaire de 1997 à 1999. »

Après avoir suivi une formation et ayant une qualification reconnue pour cette pratique, son point de vue a changé :

« Je vois différemment la pratique de l'hygiène et de l'asepsie, je fais plus attention aux conditions dans lesquelles je travaille désormais. Je connais mieux les produits que j'utilise pour l'injection : je connais leurs effets et l'effet de leur mélange. J'ai une meilleure précision dans le choix de la partie à piquer ».

Elle conseille à quelqu'un qui voudrait s'engager à pratiquer sans qualification de suivre auparavant une formation afin d'éviter les risques.

Dans le cas que nous venons d'exposer, on pourrait qualifier le cabinet de « mixte », puisqu'il y a des professionnels qualifiés et des non qualifiés qui travaillent ensemble. Dans certains cas, il n'y a aucun professionnel qualifié pour superviser les soins et les non qualifiés se retrouvent seuls à faire les consultations et les soins. Ces derniers jouent aux infirmiers voire aux médecins et se présentent d'ailleurs comme des IDE (Infirmier Diplômé d'Etat) et IB (Infirmier Breveté). Il a fallu s'armer de patience pour découvrir leur itinéraire de vie, parfois très surprenant, comme dans le cas suivant :

Au troisième entretien, Bolga Christian, le responsable du cabinet s'est enfin laisser aller à raconter ses aventures :

« Moi, j'étais en Côte d'Ivoire, c'est là-bas que j'ai appris à faire les injections. J'étais un escroc, je dis bien escroc et non un homme d'affaires car un homme d'affaires, c'est celui qui fait un bénéfice énorme. Il peut acheter une marchandise, par exemple à 100F et le vendre à 200F ou bien 400F : Ce n'était pas mon cas. Moi, j'étais dans une bande avec des amis et on escroquait les gens. On passait pour des multiplicateurs d'argent. Mon dernier coup, nous avons escroqué 2 millions CFA à deux dames. Après ce coup, je suis rentré au Burkina Faso tout en conseillant aux autres de faire la même chose sinon leur vie était en danger. Lorsque je suis rentré, j'ai fait de la mécanique (bicyclette, mobylette etc.) avant de travailler dans la santé ».

Le système informel

Les soins à domicile

Des études ont stigmatisées le manque de déontologie et les lacunes morales du personnel soignant dans les formations sanitaires en Afrique de l'Ouest (voir Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). La corruption, les rackets, les surfacturations, le détournement des médicaments influent négativement sur la demande de soins. La maltraitance du patient anonyme et l'inhospitalité des services de santé publics incitent les usagers à développer des stratégies, entre autres le recours aux soins informels qui ne se font pas toujours dans de bonnes conditions, faute de cadre sanitaire adéquat et de soignants formés, mais qui offrent l'avantage d'assurer un certain confort psychologique au malade.

Le secteur informel des soins à domicile est animé autant par des professionnels qualifiés que par des prestataires non qualifiés. Le développement de ce secteur et l'utilisation de non qualifiés sont motivés par plusieurs facteurs. Outre l'inaccessibilité des formations sanitaires, nous pouvons mentionner : l'usurpation d'identité professionnelle chez les non qualifiés, le besoin d'intégration sociale chez les professionnels qualifiés et la valeur ostentatoire des soins à domicile chez les patients.

▷ L'usurpation d'identité professionnelle chez les non qualifiés

L'attrait du personnel de santé non qualifié à donner des soins, outre l'espoir d'être rémunéré, est lié à la valorisation sociale que suscite ce métier. Parfois, le simple fait d'être appelé « *loctoré* », déformation du mot français «docteur», est considéré comme si prestigieux que certains travailleurs du service d'entretien cherchent à conserver leur poste à tout prix. En témoigne l'exemple suivant donné par un infirmier de l'hôpital Y O :

« Une femme travaillant dans le service de nettoyage de l'hôpital est allée voir mon épouse pour qu'elle me demande d'intervenir afin qu'elle puisse garder sa place là-bas lors d'une prévision de compression de personnels. Son argument est que si elle ne travaille plus là-bas, les habitants de son quartier ne vont plus l'appeler loctoré » .

Un tel attachement au titre de *loctoré* suscite forcément des interrogations : quelles sont les ambitions de cette femme ? Quelle attitude adoptera t-elle lors d'une éventuelle sollicitation de soins ?

Fatoumata Ouattara (2002 : 2) analysant les motivations du choix du métier de soignant au Burkina Faso retient comme motivation primordiale, l'envie de reconnaissance sociale. Cette reconnaissance sociale est accompagnée de certains avantages : les facilités de soins pour les parents, les cadeaux ou pots de vin et le pouvoir sur les patients. Quelqu'un qui soigne est quelqu'un qui est reconnu comme ayant le pouvoir de maintenir la vie ou de sauver de la mort ou bien encore de soulager de la souffrance, choses précieuses aux yeux de tous. On doit donc lui être reconnaissant. D'où le devoir de ceux qui sont soignés de témoigner leur gratitude en faisant des cadeaux. L'attitude du soignant pousse parfois à rendre obligatoire ce geste. Il devient alors difficile de faire la part entre reconnaissance et corruption (D. Gadou, 2002).

La population, surtout non instruite, encourage ce type d'usurpation d'identité professionnelle car elle ne fait pas de véritable distinction entre les divers statuts du personnel de santé. Le terme « *loctoré* » est utilisé pour désigner tout personnel de santé ou tout prestataire de soins.

▷ La nécessité d'intégration sociale pour le personnel qualifié

Les professionnels qualifiés de santé affirment ne pas pouvoir facilement refuser lorsqu'ils sont sollicités pour des soins à domicile. Les demandeurs sont souvent des proches : parents, amis, voisins, ou des personnes recommandées par ces proches en question. Ils acceptent de donner ces soins à domicile parce qu'ils ne veulent pas être rejetés par leur milieu. Cela ressort nettement dans les deux exemples suivants. Une infirmière d'Etat rencontrée au CMA Pie XII parle de ses expériences :

« Il est difficile de refuser les soins à domicile lorsqu'on est sollicité. Si tu n'interviens pas, les gens pensent que tu es méchante et on t'isole dans le quartier. Même si ce n'est pas possible, moi je passe par la diplomatie. Je vais voir le malade, donne quelques conseils. Si l'enfant fait une forte fièvre par exemple ; je dis aux parents de lui faire un enveloppement froid et leur dit de l'amener vite dans une formation sanitaire. Comme ça, les voisins ne pourront pas dire que je ne me suis pas intéressée à leur malade » .

Par ailleurs, un infirmier explique :

*« Lorsque je refuse de faire des consultations et des injections à domicile aux relations de mon épouse, cela provoque des disputes dans notre couple. Ma femme ne peut pas comprendre que je sois de la santé et que je refuse de traiter ses relations ».*⁴

Refuser de donner des soins demandés par un parent, un ami, un voisin ou une connaissance peut entraîner un rejet social ou un conflit relationnel (scène de ménage). D'où la perception d'avoir à obliger le demandeur ou le souci d'avoir de bonnes excuses pour se soustraire à la sollicitation. La quasi-totalité des enquêtés qualifiés (9 sur 10) déclare faire des soins sans exiger de paiement. Toutefois ils acceptent des cadeaux. On peut donc dire qu'il y a un enchâssement des soins à domicile dans les relations sociales. Par conséquent, la durée de séjour dans un quartier est citée comme un facteur de sollicitation majeure : plus on est connu dans son environnement immédiat, plus on est sollicité. Une infirmière nous explique qu'elle est nouvelle dans le quartier et est à ce titre moins exposée aux demandes, tandis que son collègue qui est ancien dans le quartier dit qu'il est très sollicité. La demande est telle qu'il est en train d'ouvrir un petit cabinet dans sa cour pour des soins. Il se fait payer certaines prestations telles que les perfusions, les circoncisions, les sutures etc.

▷ La valeur ostentatoire des soins à domicile pour les patients

Du côté des patients, les soins à domicile permettent d'exprimer l'importance de son réseau relationnel ou de ses moyens économiques (voir plus bas).

L'automédication

Vu l'inaccessibilité des centres de santé autant pour des raisons économiques que d'accueil, l'automédication reste une alternative pour les plus vulnérables. Une preuve patente de l'automédication est le développement des pharmacies par terre ces dernières années dans les capitales africaines dont Ouagadougou. Comme le dit G. Salem :

« Ce problème risque de prendre un tour dramatique avec l'offre de plus en plus fréquente sur les marchés ou de porte en porte, des médicaments aux qualités chimiques douteuses, aux posologies fantaisistes, inadaptés aux problèmes des plaignants. Le nombre de plus en plus croissant de souches résistantes aux antibiotiques courants en est une illustration » (1998 : 74).

Cependant, même les couches plus riches de la population utilisent certaines formes d'automédication, qui dans beaucoup de cas, sont le complément indispensable de la pratique des soins à domicile.

Dans les pharmacies burkinabè, on n'a pas besoin d'ordonnance médicale pour acheter les médicaments. La vente des médicaments se fait aussi librement que celle de n'importe quel produit dans n'importe quel magasin. Même certains médicaments dont la surveillance doit être très rigoureuse sont vendus sans ordonnance. Un enquêté explique par exemple comment le manœuvre travaillant dans un service de psychiatrie fait pour obtenir des produits injectables nécessaires pour traiter à domicile un oncle atteint de problèmes mentaux :

« J'ai mon oncle qui souffre de troubles mentaux. Il habite Samba (village situé à environ 15 Kms du centre de Ouagadougou, devenu présentement un quartier de la capitale). Lors d'une de mes visites, on a parlé de son mal et j'ai cherché à savoir quel traitement il suivait. On m'a expliqué que quelqu'un venait lui faire des injections. Je leur ai demandé mais qui ? C'est un « docteur ». Qui vous

⁴ Cet infirmier est le seul des 10 enquêtés qui déclare ne pas faire de soins à domicile. Soulignons qu'il n'est pas fonctionnaire de l'Etat mais travaille dans une structure internationale. D'où sa rigueur par rapport aux règles : il affirme craindre de perdre son travail en cas de faute professionnelle.

a dit qu'il est docteur ? Il travaille à l'hôpital dans la maison des malades mentaux. Alors, je leur ai expliqué qu'il fallait désormais transporter le malade à l'hôpital et que celui qui le pique ne s'y connaît pas.

-Mais les médicaments prescrits en psychiatrie ne doivent pas se vendre n'importe comment, comment se les procure-t-il ?

-Ho ! Vous savez, les pharmacies ne sont pas rigoureuses dans ces principes, ils cherchent tout simplement à vendre.

-Et comment connaît-il les produits ?

-C'est son expérience en psychiatrie, il écoute et observe les médecins et fini par savoir quel médicament est prescrit dans quel cas.

-Pourquoi, les gens préfèrent voir cette personne au lieu d'aller à l'hôpital où ils sont sûrs d'avoir de bons soins, est-ce parce que c'est moins cher ?

-Non ce n'est pas du tout moins cher, il faut 15 000F pour une telle consultation.

-Pourquoi, préfèrent-ils payer si cher au lieu d'aller voir des personnes compétentes ?

-C'est une question de disponibilité. Ce type de soignant se déplace à leur domicile, ils n'ont pas à attendre longtemps pour voir un spécialiste et ils ne risquent pas de voir leur malade interné. Il y a trop de contraintes lorsqu'on hospitalise un malade. Il faut trouver quelqu'un pour rester auprès de lui et lui apporter à manger régulièrement. Vous savez, il est difficile de transporter un malade mental dans un centre spécialisé lorsqu'il fait ses crises, alors il est plus facile de le traiter à domicile. Il y a également l'ignorance des gens qui recourent à de tels soins : ils ne savent pas à qui ils ont affaire exactement. Toute personne qui travaille dans une formation sanitaire est appelée à tort ou à raison « docteur » (Warembé Gatién, élève attaché de santé, CHN).

L'itinéraire thérapeutique est, en général, multiple au sein de la population burkinabé. Cette diversité des recours est plus accentuée chez les plus pauvres. Même si l'itinéraire est influencé par des motivations culturelles et sociales, les contraintes financières n'en sont pas moins importantes. Les malades démunis ont un parcours médical caractérisé par un recours tardif, ponctuel ou occasionnel aux formations sanitaires marqué de fréquentes ruptures dans le suivi des traitements.

Le « pauvre » craint les ordonnances et les examens médicaux. Il ne se rend dans un centre de santé que lorsque des traitements domestiques n'ont pas pu le guérir ni le soulager. Y. Jaffré voit une ambiguïté dans la fréquentation de l'hôpital urbain pour les milieux populaires :

«Il est simultanément l'espoir ultime, le dernier recours, parce qu'il n'y a pas d'autres espaces quand tout a échoué et en même temps, un "mouroir" connu comme tel et renommé pour ses maltraitances et ses négligences» (2003 : 348).

Les recours tardifs aux formations sanitaires, les abandons de traitements et les soins biomédicaux occasionnels ne sont parfois que le reflet d'une pauvreté empêchant les plus démunis de suivre correctement la médecine moderne. Gérard Salem avance qu'il y a une large proposition de soins modernes dans les villes africaines mais de grandes inégalités d'accès :

«Tous les citoyens n'ont pas le même accès à ces soins faute d'argent, de couverture sociale, de conscience de la gravité de certains maux voire, plus scandaleusement, d'introduction pour entrer à l'hôpital. Ces contraintes économiques entraînent un important recours à l'automédication» (1998 : 74).

Y. Jaffré souligne également le paradoxe qu'exprime l'automédication pour les couches défavorisées de la population : « on accepte un système (la médecine moderne et ses médicaments) sans vouloir ses contraintes diagnostiques, on cherche une efficacité immédiate et l'on se plaint des rechutes... » (2003 : 348).

L'OFFRE D'INJECTION

Le contexte de soins burkinabé est marqué par un recours très important à l'injection. Ainsi pendant les épidémies de paludisme, 50% des consultations se soldent par la prescription d'injections. Pourtant tous les médicaments injectables existent sous forme orale⁵. La forte fièvre, les vomissements, les affections diarrhéiques et respiratoires entraînent fréquemment le recours à l'injection, le paludisme étant la première maladie pour laquelle elle est prescrite.

Ces injections se font avec du matériel injectable à usage unique. Au Burkina Faso, il y a une vulgarisation totale de ce matériel. Tous les centres de santé formels et les prestataires informels utilisent des seringues et des aiguilles jetables. Le cadre de soins burkinabé présente très peu de risques de réutilisation du matériel usagé, contrairement à ce que montrent les études de l'OMS pour certains pays en voie de développement (voir par exemple Simonsen et al, 2000). Dans 95% des cas, les seringues ne sont pas réutilisées. Dans les 5% restants, on réutilise les seringues et les aiguilles mais pour le même malade et non d'un malade à l'autre. Toutefois, si le risque directement lié à la réutilisation du matériel injectable est faible, il faut préciser l'existence d'autres formes de risques : des risques d'ordre pratique, liés au geste, des risques d'ordre fonctionnel et déontologique et des risques liés au développement des soins informels. Ces risques sont favorisés par le contexte socio-juridique et économique burkinabé actuel. Il faut cependant, préciser que la problématique des injections à risque est d'autant plus difficile à cerner que la transmission d'agents pathogènes dans le sang par le biais des piqûres accidentelles est asymptomatique dans l'immédiat. Les malaises ou morts provoquées par l'injection peuvent être interprétées comme le fait de la maladie pour laquelle on est traité.

De plus, au Burkina Faso, les fautes ou erreurs médicales sont rarement suivies de plaintes, encore moins de demandes de réparation en justice. Cette absence de plainte est liée aux représentations locales et aux valeurs morales. La plupart des erreurs sont rarement reconnues comme telles. Nous pouvons nous en rendre compte à partir de cet exemple :

« L'oncle était malade, en 2000, son fils a amené quelqu'un lui faire une injection à la maison. Il a eu des douleurs et après, la fesse s'est enflée. Comme soins, il faisait des massages et appliquait du haricot pilé mais il n'y avait pas d'amélioration. Le mal prenait de l'ampleur jusqu'à atteindre toute la jambe. Pour faire inciser la fesse, cela n'a pas été facile. Il ne voulait pas aller au dispensaire, convaincu que son mal provenait du village. Il croyait que son mal était lié à un sort qu'on lui aurait jeté par sorcellerie. Sa fille, agent de santé a eu du mal à le convaincre. Il a fallu qu'on l'oblige à accepter l'incision si non il perdait sa jambe »⁶ (Mahamadé Tondé).

Généralement, en cas de décès lié à une faute médicale, il est fait appel au pardon. Dieu est reconnu comme étant le seul juge et on ne se fie pas à la « justice des hommes ». Même si la faute est

⁵ Sauf l'extencilline pour le traitement de l'éléphantiasis (qui est une affection rare !).

⁶ Cette injection a été faite par une personne que son fils est allé chercher dans un cabinet de soins dans le quartier. Ce cabinet, dans lequel nous avons enquêté, nous a été désigné comme employant du personnel non qualifié.

reconnue, les deux parties s'arrangent : la partie fautive demande pardon et la partie victime le lui accorde au nom de Dieu. La paix est ainsi faite sans protocole. Il est assez courant d'entendre : « *ce n'est pas la peine de faire des histoires encore pour ce qui déjà gâté. Il faut s'en remettre à Dieu* ». L'exemple suivant en est l'illustration :

« Ma tante a perdu sa fille lors d'un accouchement. C'était la faute de la sage femme et lorsqu'on lui a suggéré de déposer une plainte, elle a d'abord dit que c'était la volonté de Dieu. En plus, la sage femme est venue demander pardon à la famille, alors, c'est fini, l'affaire est passée ainsi ».

Les risques liés à l'injection

Les risques liés à l'injection sont généralement euphémisés. Il n'est pas rare d'entendre dire que l'injection est facile, qu'elle n'est qu'une question d'habileté et d'entraînement. D'un côté certains donnent des exemples – vus à la télévision – de personnes insulino-dépendantes à qui un membre de la famille fait des injections, ou racontent leur propre expérience :

« J'ai déjà fait des injections, ce n'est pas difficile. Quand ma mère était malade et qu'elle devait faire régulièrement des injections, le docteur m'avait montré comment faire et c'est moi qui lui faisais ses piqûres. . . ».

De l'autre côté, des soignants louent la dextérité de leurs collègues non qualifiés mais très adroits :

« C'est un aide soignant mais il est très habile. Souvent, je fais recours à lui pour m'aider à localiser la veine pour les injections intraveineuses ».

Les personnes (professionnels qualifiés de santé) ou institutions (centres de santé) qui ont recours à de telles pratiques devraient le faire seulement dans des cas précis : injection à un malade donné avec un produit connu ou injection prescrite par un professionnel qualifié et faite sous sa supervision dans une formation sanitaire. Le problème est que les injections sont pratiquées en dehors de ces situations bien circonscrites. Le médicament est à la fois bienfaisant et dangereux. Il faut une compétence pour l'utiliser de manière conséquente. Le système de santé, en laissant faire ou en tolérant la pratique des injections par les non qualifiés pense avoir le contrôle des risques. Ainsi, on dit qu'un certain nombre de mesures d'accompagnement sont prises : le personnel auxiliaire serait seulement autorisé à faire des injections intramusculaires et cela sous la supervision d'un infirmier, ce qui suppose que l'injection soit faite dans un centre de santé fiable⁷. Mais qui contrôle les actes de ces personnels en dehors des formations sanitaires, alors que la population est susceptible de demander des soins à domicile à toute personne travaillant dans un service de santé ? Les non qualifiés pratiquent dans les faits toutes sortes d'injections (IM, IV, sous-cutanées et perfusions), diagnostiquent et prescrivent sans surveillance professionnelle et en dehors de milieux médicalisés.

La pratique informelle de l'injection entraîne des dangers à deux niveaux : les non qualifiés appliquent une technique dont ils n'ont pas une maîtrise parfaite et ils peuvent méconnaître les médicaments qu'ils utilisent. Ces incompétences peuvent être sources de complications parfois mortelles. Par exemple, l'ignorance du choc anaphylactique⁸ qui est une réaction d'allergie au

⁷ Dans la ville de Ouagadougou, il y a des centres de santé privés reconnus dans lesquels n'exercent aucun professionnel de santé qualifié.

⁸ Le choc anaphylactique est défini comme « *un trouble grave de l'homéostasie circulatoire induit par l'introduction dans l'organisme d'une substance étrangère responsable de réactions immunologiques. Le choc anaphylactique représente la manifestation la plus grave d'hypersensibilité immédiate. C'est une urgence médicale absolue. La thérapeutique s'impose dès que le diagnostic est évoqué,*

médicament injecté est une notion de base indispensable pour toute personne qui fait des injections. En cas de choc, il faut une intervention d'urgence et cela dans un milieu médicalisé, raison pour laquelle il est conseillé de ne pas faire l'injection en dehors des centres de soins. Seul un professionnel qualifié peut reconnaître cette complication et savoir l'attitude à tenir.

Les risques d'ordre pratique

Dans les formations sanitaires, les conditions d'hygiène ne sont pas toujours respectées : les soignants ne se lavent pas les mains avant et après chaque injection ; ils n'utilisent systématiquement les gants que pour les intraveineuses mais pas pour les intramusculaires ; certains agents des centres de santé privés ne mettent pas de blouse pendant les soins et la technique de l'injection est parfois mal maîtrisée (mauvaise localisation de la partie à piquer, piqure du nerf sciatique et injection de la quinine en sous-cutanée, etc.). Ces insuffisances hygiéniques et d'habileté donnent lieu à des complications suite aux injections : dans les grands centres de santé publics et privés confessionnels, on enregistre de 5 à 10 cas d'abcès par an et quelques cas de paralysies flasques (chez les enfants).

Le matériel usagé est beaucoup manipulé par les soignants. Même si on peut dire que le risque d'infection de patient à patient n'existe pas, le soignant est soumis à une forte exposition au risque. Il convient de signaler en premier lieu le fait que dans quelques cas (cas sociaux où l'approvisionnement en médicaments n'est pas régulier) où il y a plusieurs produits incompatibles – Quinine et Aspégic par exemple – le personnel soignant procède au rinçage de la seringue et de l'aiguille avec de l'eau distillée avant la seconde piqure.

Les soignants manipulent également les seringues et les aiguilles déjà utilisées. L'approvisionnement des boîtes de sécurité n'est pas régulier dans les centres de santé. Il y a, cependant, quelques boîtes de sécurité dans les salles d'injection héritées des campagnes de vaccination. Bien que les instructions soient suffisamment claires et soutenues par des supports visuels (dessins sur les boîtes), les boîtes de sécurité ne sont pas utilisées efficacement. Au lieu de mettre la seringue et l'aiguille toujours chargée ensemble dans la boîte (que certains appellent « *boîte à tranchants* » et utilise d'ailleurs comme telle), comme l'indique le dessin, les agents de santé séparent la seringue de l'aiguille avant de mettre que l'aiguille dans la boîte. La raison en est l'économie de boîtes ; ce qui paraît logique si ce matériel est le reliquat des campagnes de vaccination et n'est pas destiné spécialement aux services de santé.

D'autres mettent les aiguilles dans une bouteille d'eau en plastique récupérée, coupée à moitié et contenant de l'eau de Javel. Ce procédé est appelé la « *décontamination* ». Pour les soignants des milieux hospitaliers le remplacement de la boîte de sécurité par cette demi-bouteille s'explique par l'inadaptation de la boîte de sécurité à l'emplacement prévu sur le chariot. Et lorsque l'ensemble seringue-aiguille est mis dans la boîte, les soignants prennent le risque de recapuchonner l'aiguille : remettre le capuchon (transparent vert ou bleu) qui recouvre l'aiguille à l'état neuf. Toutes ces manipulations non nécessaires et non conseillées du matériel d'injection usagée peuvent provoquer des piqures accidentelles exposant ainsi à un risque de transmission entre soignés et soignants. On trouve également du matériel d'injection usagé jeté aux alentours des poubelles dans les salles d'injection comme dans la cour des centres de santé à côté des bacs à

remplissage vasculaire et administration d'adrénaline étant les deux mesures essentielles ». Source : Corpus médical de la faculté de Grenoble, <http://www.sante.ujfgrenoble.fr>, 24/2/04.

La réaction de l'organisme suite à l'introduction d'une substance ne se passe pas toujours sans complication. Ainsi, lors d'un effet non désiré, une compétence est indispensable pour apporter des soins d'urgence sinon le patient risque sa vie.

ordure. La manipulation du matériel usagé et l'utilisation défectueuse des boîtes de sécurité exposent les soignants et les usagers des centres de santé à des piqûres accidentelles avec des objets souillés.

Les risques fonctionnels et déontologiques

Dans l'organisation des centres de santé, du fait, on l'a vu, du décalage vers le haut des différents statuts et fonctions du système de santé, l'injection devient la responsabilité des aides soignants, des filles ou garçons de salle, des brancardiers, des manœuvres, etc. Ce qui les caractérise tous c'est qu'ils ont appris plus ou moins quelques notions d'injection sur le tas. Ce personnel ignore totalement la notion de choc anaphylactique (voir plus haut). Il manipule des produits qu'il ne connaît pas et dont il n'est pas capable de prévoir les effets sur l'organisme humain. Dans ces conditions, les problèmes sont inévitables. Une infirmière nous rapporte notamment le fait suivant :

« Lors d'une perfusion placée à domicile par un soignant non qualifié, du glucose a été injecté à un patient diabétique qui en est mort ».

Ce personnel est également responsable des accidents cités plus haut (abcès, paralysie flasque du muscle due à la piqûre du nerf sciatique, etc.).

La responsabilisation du personnel paramédical auxiliaire dans les soins peut entraîner des conflits professionnels, conflits qui peuvent influencer négativement sur les prestations. Tel est le cas du conflit suivant auquel nous avons assisté lors de notre enquête qui s'est déroulée au même moment que les Journées Nationales de Vaccination (JNV) :

Au CMA Pie XII il fallait décider de la personne qui allait superviser ces JNV. Pendant que nous menions notre entretien avec une infirmière de ce centre, nous avons remarqué qu'il y avait des conciliabules entre les infirmières, des récriminations et des bouts de papiers qui circulaient entre elles. Nous avons donc cherché à comprendre ce qui se passait et l'interviewée a bien voulu nous expliquer ceci :

« L'année précédente lors des JNV, c'est une aide-soignante, soit disant ancienne dans la structure qui a supervisé les opérations de vaccination. Les vaccins n'ont pas été conservés à la bonne température et se sont détériorés. Heureusement, ma collègue infirmière qui était là a remarqué ça. Elle a conseillé à cette aide-soignante de ne pas utiliser ces produits mal conservés. Les enfants ont été vaccinés avec de l'eau distillée. Le fait de donner cette responsabilité à une aide-soignante a entraîné des frustrations chez nous les infirmières. Comment peut-on laisser des infirmières et mettre une aide-soignante à la tête des vaccinations ? Ce n'est pas son travail, elle ne connaît rien de la conservation des vaccins. Cette année, nous ne sommes pas d'accord et c'est cela que nous sommes en train de dire à la responsable du service. Nous proposons qu'elle confie la responsabilité des JNV à une infirmière. On vient de m'envoyer un mot comme quoi notre proposition a été acceptée ».

Cependant, on ne peut pas attribuer l'exclusivité des accidents liés aux injections aux prestataires non qualifiés. Nos entretiens font également état de fautes commises par les professionnels. Dans un centre de santé, un infirmier nous a déclaré que des collègues qualifiés avaient à trois reprises mal fait des perfusions. Selon lui, la perfusion avait été faite à une vitesse plus rapide qu'il ne fallait, sans tenir compte de l'âge et du poids du malade. Ces patients, s'étaient à chaque évanouis quelque temps après avoir rejoint leurs domiciles. Toujours à propos des erreurs commises par les professionnels qualifiés, une infirmière nous a confié :

« Même les professionnels piquent mal, ils localisent mal la partie à piquer, ils ne donnent pas les bons conseils aux malades. Un produit comme la quinine, après l'injection, il faut expliquer au malade qu'il doit faire de petits massages très légers à l'endroit piqué pour faire dissiper le

médicament sinon, il se coagule et forme des bosses sur les fesses. Conseil que beaucoup ne donne pas aux malades Une fois sortis de l'école, les gens oublient ce qu'ils ont appris et il faut les recycler» .

Des lacunes déontologiques telles que le détournement des médicaments entraînent également des risques pour l'injection. Une infirmière nous a rapporté qu'un patient averti avait surpris un agent de santé qui voulait lui injecter de l'eau distillée à la place d'un médicament.

Les risques liés à la marchandisation du soin

Si le privé recrute des personnes sans qualification, qui ont tendance à ne pas respecter les règles, c'est pour des raisons financières. Le propriétaire de cabinet de soins, souvent un paramédical à la retraite ou en activité, recrute des personnes selon son bon vouloir et non selon leur mérite. Il ne leur paie pas de salaire ou alors un salaire dérisoire. Ainsi, on observe des cabinets très mal fournis en matériel de soins où travaillent des gens sous-qualifiés ou sans qualification. Une infirmière rencontrée les appelle : « *petits cabinets des bords de rue* ». Ces conditions ont bien sûr une influence négative sur les prestations de services, notamment sur la sécurité des injections. Le personnel de ce genre de cabinet peut être facilement convaincu de donner tous types de soins.

Une infirmière déclare par exemple que certaines personnes demandent des injections avec des restes de médicaments utilisés dans un traitement antérieur. Si les professionnels refusent, le privé fournit un cadre où la tentation à répondre ce type de demande est grande. Dans ces conditions, on ne peut écarter l'hypothèse d'un recours abusif de l'injection dans l'offre privée de soins. Compte tenu du fait que l'injection est payante, on serait tenter de dire que cela peut susciter également des prescriptions abusives. Plusieurs études soulignent cet aspect économique dans les soins de santé. A. Loes Van Staa et A. Hardon (1996 : IV) abordent la question de l'intérêt économique dans la popularité des injections en Indonésie et en Ouganda dans le secteur privé. Dans d'autres contextes et pour d'autres soins, selon Jaffré et Olivier de Sardan (2003 : 87) la rémunération influe sur la prescription de certains actes médicaux. Ils parlent de « *mécanicité* » du diagnostic et « *des prêts à agir* » thérapeutiques. Cette situation a également été constatée à Pikine (Sénégal), pour une autre technique médicale, en l'occurrence le recours aux sutures, jugé abusif (G. Salem, 1998).

Etant donné que les cabinets de soins privés sont sous-équipés et souvent pourvu d'un personnel inadéquat, la réglementation leur interdit certains soins, les perfusions, par exemple. Cela est d'autant moins compris par les agents de ces structures que les perfusions se paient 3000 francs CFA, alors qu'une IM n'est payée que 300 F et une IV 400 FCFA.

LA DEMANDE D'INJECTION

Comme on l'a vu, il existe une demande importante d'injection qui s'adresse au système formel. Ce chapitre s'intéresse d'une part aux raisons de l'importance de la demande pour ce type de soin tous systèmes confondus et d'autre part, aux particularités de la demande de soins informels.

Prévalence des injections et efficacité thérapeutique symbolique

La popularité des injections dépend par ailleurs de l'influence de valeurs culturelles et sociales. Au Burkina Faso comme dans bien d'autres pays en développement, l'usage massif des injections va de pair avec un recours tardif aux services de santé et la perception d'une efficacité curative importante de l'injection par rapport à toute autre prise de médicament. Dans les structures

sanitaires, elle est utilisée comme dernier recours lorsque le malade arrive avec des symptômes graves (forte fièvre, vomissements, diarrhée et déshydratation etc.). L'injection est perçue comme un acte biomédical performant car utilisant une technologie instrumentale qui n'a pas d'équivalent dans le traitement par voie orale. Certains patients, notamment d'origine ethnique peul, considéreraient, selon un infirmier interrogé, qu'ils n'ont été soignés qu'à partir du moment où ils ont reçu une injection. A.V Reeler (2000) relève un lien entre la perception de l'efficacité symbolique de l'injection et certaines pratiques culturelles, les scarifications par exemple consistant à blesser le corps avec un objet tranchant.

Au Burkina Faso, les scarifications se pratiquent et jouent essentiellement deux rôles : elles servent à des fins identitaires (signes de reconnaissance ethnique) ou de traitement. Les guérisseurs utilisent les scarifications dans des traitements curatifs ou préventifs et ce geste est perçu comme très efficace car étant en lien direct avec le sang. S. Reynold Whyte et S. Van der Geest (2002) soulignent l'importance de l'efficacité thérapeutique du médicament injecté dans le sang. Le médicament avalé est perçu différemment du médicament injecté. Le premier est considéré comme capable de ressortir de l'organisme à travers les vomissements ou par les selles tandis que le second, déposé par le biais de l'injection dans le sang, persiste durablement dans le corps. L'efficacité de l'injection est donc liée à la notion de durée, de représentation de la permanence de l'effet médicamenteux dans l'organisme. Toutefois, dans l'imaginaire populaire, la piqûre est totalement proscrite dans les cas de jaunisse. On avance même que la personne pourrait mourir si elle recevait une injection.

Les soins à domicile

Soins à domicile et capital social

Du côté des patients, se faire soigner à domicile peut permettre d'exprimer qu'on possède un important capital social. On fait appel à un membre de la famille, ami ou connaissance. Les soins se font gratuitement même si un cadeau est offert à l'intéressé. Toutefois, certains demandeurs de soins en abusent, ne tenant aucunement compte -ou bien ne le réalisant pas- de la faisabilité du service demandé :

Une infirmière nous raconte la demande à laquelle elle a été confrontée la veille de notre entretien. Son parent malade qui habite à environ une vingtaine de kilomètres de chez elle, lui demande de venir lui placer une perfusion. Placer une perfusion est liée à de nombreuses contraintes qu'elle peut difficilement respecter dans ce cas. Il faut une surveillance. Ce n'est pas une simple injection qu'on peut faire en cinq minutes et retourner vaquer à ses occupations quotidiennes. Elle doit suivre le déroulement de la perfusion ou tout au moins être là quelques instants au début et à la fin. Or, habitant très loin, il lui est difficile de faire plusieurs allers et retours. Alors, que doit-elle faire ? Accepter de passer une demi-journée chez cette personne, laissant son travail et ses obligations familiales ? Ou prendre le risque de faire des allers et retours fatigants ? Doit-elle commencer sans finir ? Dans ce cas, doit-elle laisser des instructions pour qu'on débarrasse le malade de la perfusion à la fin ? Et en cas de problèmes que va-t-il se passer ?

Toutes ces questions nous conduisent directement au cœur des difficultés des soins à domicile plus précisément des injections et des perfusions placées chez un patient qui reste sans surveillance qualifiée. Un infirmier nous a fait part du cas de son ami dont l'enfant a été placé sous perfusion chez lui à la maison. Comme l'infirmière tardait à venir après la fin de la perfusion, le père l'a simplement enlevé lui-même.

Soins à domicile et capacité financière

En dehors des situations où le patient utilise ses réseaux parentaux ou sociaux pour se faire soigner à la maison gratuitement (ou contre un cadeau), il en est d'autres où le malade se fait traiter contre une rémunération. Le soignant peut venir d'une structure sanitaire formelle ou être un praticien informel. Dans un milieu pauvre, il n'est pas donné à tout le monde de se payer de tels soins. Cette capacité de payer est d'autant moins évidente lorsque les soins sont de longue durée. Une solution ad hoc est alors trouvée, dans laquelle se mêlent considérations sociales et désirs de compenser financièrement le prestataire de soins:

Ouédraogo Ambroise est IDE au CHN de Ouagadougou. Donnant des soins à domicile, il affirme que les malades ne peuvent pas payer les soins comme il se doit (selon les tarifs des cliniques ou des cabinets privés) surtout lorsque cela nécessite une longue durée. Il raconte qu'il a été sollicité pour donner des soins (faire des injections et des pansements) à un malade âgé à son domicile. La personne souffrait de diabète, la plaie était longue à guérir et le traitement s'étalait sur six mois. Les enfants de cette personne étaient tous majeurs et jouissant d'une certaine autonomie financière, ils s'étaient proposés de payer les soins de leur père. Dans un premier temps, il refusa un paiement formel en leur proposant de payer uniquement son déplacement. Les enfants insistèrent pour payer les soins. Lorsqu'il totalisa les frais de ses déplacements et les soins pendant six mois, il aboutit à une somme très importante. Les enfants avouèrent leur limite financière et il se contenta de se faire payer juste son déplacement comme il l'avait suggéré dès le début.

Dans un contexte de pauvreté et sans couverture sociale adéquate, c'est en fin de compte une relation marchande assortie de liens sociaux qui s'établit. Pour le patient, cette relation marchande passe pour socialement valorisante. Se payer les soins à domicile -entre autres avantages- fait une différence avec les patients qui doivent se frayer, difficilement, un passage dans le dédale des centres de santé. Cela permet au patient et sa famille de faire comprendre aux autres « *qu'ils ont les moyens, qu'ils sont capables* ».

CONCLUSION

Cette investigation sur l'offre et la demande d'injections dans le système de santé burkinabé est révélatrice de divers problèmes. Ils peuvent être perçus, de manière non normative, comme les effets d'une adaptation, certes lente et imparfaite, du système de soins au contexte local ou une appropriation de ce système. En effet, il y a, pour emprunter l'expression d'Isabelle Gobatto (1999), dans toute transplantation d'une politique publique ou d'une technologie extérieure, un système « d'accommodation » local. Toute chose qui amène à repenser la politique de santé en nous posant les questions suivantes : le système de santé tel qu'il est conçu dans les pays occidentaux est-il transférable tel quel dans une toute autre réalité sociale et économique ? La biomédecine appliquée selon toute sa rigueur scientifique est-elle à la portée des populations des pays en développement ? Ne faut-il pas plutôt réfléchir aux conditions d'une meilleure appropriation de ce système de santé ? Comment améliorer la formation des sous-qualifiés dans les systèmes de soins ? Si les soins à domicile, enchâssés dans les liens sociaux, sont une alternative à l'inhospitalité des structures sanitaires formelles comment en améliorer la qualité ?

Dans le cas des pratiques liées directement à l'injection, la question qui nous paraît la plus importante est celle de savoir ce qu'il faut faire de ce personnel paramédical auxiliaire qui sont les véritables « professionnels » non reconnus de l'injection. Les écarter serait la pire des choses puisque nous savons, par ailleurs, que les soins informels sont bien développés et que ces prestataires ont déjà leur clientèle. Lesdits soins prennent d'ailleurs de plus en plus d'ampleur dans un contexte épidémiologique de sida et d'incapacité des structures sanitaires à prendre en

charge ces patients. Gruénais et al. (1999 : 20) parlent à ce propos « *d'impuissance biomédicale durable* » .

Notre enquête ayant touché les différents acteurs de l'injection (structures formelles et informelles), notre conclusion est que l'ensemble de ces acteurs et des secteurs auxquels ils appartiennent sont interreliés : le formel produit l'informel, l'apprentissage de l'injection dans les structures sanitaires formalisées permettant ensuite sa pratique partout où elle est sollicitée⁶. Dans ce cas, il semble nécessaire de réfléchir sur une politique spécifiquement axée sur les injections thérapeutiques. La question de la formation et du contrôle des soins délivrés paraissent ici pertinentes : éduquer les prestataires non formés, recycler le personnel qualifié tout en mettant l'accent sur la déontologie médicale, et finalement, mieux contrôler l'accès à la profession.

⁶ En ce sens, l'apprentissage de l'injection ressemble aux transmissions du savoir par observation, imitation et exercices propres à la tradition analysés par Erny (1990 : 131).

BIBLIOGRAPHIE

Brunet-Jailly, Joseph

2000, La politique publique en matière de santé dans les faits en Afrique de l'ouest francophone, *Afrique contemporaine*, n° 195, pp. 191- 203

Erny, Pierre

1990, L'enfant et son milieu en Afrique Noire, Paris, L'Harmattan, 310 p.

Gadou, Dakouri

2002, Offre de soins de santé et corruption : la quadrature du cercle du système sanitaire moderne ivoirien, Colloque APAD: « La gouvernance au quotidien en Afrique : les relations entre services publics et collectifs et leurs usagers », Leiden, 22-25 mai , 11 p.

Garba, Amadou

2000, *Sécurité des injections au Burkina Faso*, Ministère de la santé, Burkina Faso, 20 p.

Gobatto, Isabelle

1999, *Etre médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, collection Santé et sciences humaines, Paris, L'Harmattan, 304 p.

Gruénais Marc-Eric, Delaunay Karine, Eboko Fred, Gauvry Eric

1999, « Le sida en Afrique, un objet politique ? », *Bulletin de l'APAD*, n° 17, pp. 19- 39

Hutin Y., Chen R.T

2000, « La sécurité des injections : un défi mondial », *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, Recueil d'articles n°2, pp. 5-6.

Jaffré, Yannick

2003, La configuration de l'espace moral et psychologique des personnels de santé, in *Une médecine inhospitalière. Les difficultés relationnelles entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Y.Jaffré et J-P Olivier de Sardan (sous la dir.), Paris, Karthala, pp. 295-337

Jaffré, Yannick et Olivier de Sardan, Jean-Pierre

2003, Un diagnostic socio-anthropologique : des centres de santé malades..., in *Une médecine inhospitalière. Les difficultés relationnelles entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Y.Jaffré et J-P Olivier de Sardan (sous la dir.), Paris, Karthala, pp. 51-102

Loes Van Staa, Anne & Hardon, Anita

1996, *Injection practices in the developing world. A comparative review of field studies in Uganda and Indonesia*, Action Programme on Essential Drugs (WHO), 127 p.

Médah, Rachel

2005, L'injection dans la ville de Ouagadougou : un geste médical révélateur des dysfonctionnements sanitaires, Mémoire de DEA en études du développement, Genève, IUED, 100 p.

Ouattara, Fatoumata

2002, Gouvernances quotidiennes au cœur des professionnels de la santé, Colloque APAD: « La gouvernance au quotidien en Afrique : les relations entre services publics et collectifs et leurs usagers », Leiden, 22-25 mai, 13 p.

Reeler, A.V.

2000, « Anthropological Perspectives on Injection: a Review », *Policy and Practice, Bulletin of the World Health Organisation*, pp. 135-143.

Salem, Gérard

1998, *La santé dans la ville. Etude d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal)*, Paris, éditions Karthala, 360 p.

Simonsen, L. et al.

2000, « Injection à risque dans les pays en développement et transmission d'agents pathogènes par le sang : mise au point », *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, Recueil d'articles n°2, pp.32 -43.

Van der Geest, Sjaak

1988, «The articulation of formal and informal medicine distribution in south Cameroon», in *The context of Medicines in developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*, S. van der Geest, S. Whyte Reynolds (eds), Dordrecht/Boston/London, Kluwer Academic Publishers, pp. 131-148

2002, «Injectionists : the attraction of technology», in *Social Lives of Medicines*, S. Whyte Reynolds, S. Van der Geest, A. Hardon (eds.), Cambridge, Cambridge University Press, pp. 105-116

ETUDES RECIT

Avril 2006

- Etude n° 1 L'organisation des chances de vie dans la décentralisation burkinabé. Programme de recherche RECIT, 2004, 16 p.
- Etude n° 2 Les investissements des ruraux en milieu urbain. L'exemple des lotissements à Boromo et Siby (Province des Balé, Centre Ouest du Burkina Faso), Delphine Langlade, J.-P. Jacob, 2004, 43 p.
- Etude n° 3 La mobilisation physique et financière dans le cadre du développement local : Exemples pris dans les provinces du Bazéga, du Boulgou et du Zoundwéogo (centre sud du Burkina Faso) Maurice Yaogo, 2004, 51 p.
- Etude n° 4 La mobilisation financière dans la commune de Boromo, (Province des Balé, Centre Ouest du Burkina Faso), Tonguin Sawadogo, 2004, 42 p.
- Etude n° 5 Les prélèvements locaux dans la commune de Boromo : Une analyse des perceptions et des pratiques d'acteurs, Mahamadou Diawara, 2004, 19 p.
- Etude n° 6 Sécurité foncière, bien commun, citoyenneté. Quelques réflexions à partir du cas burkinabé, Jean-Pierre Jacob, 2005, 27 p.
- Etude n° 7 Les prélèvements en milieu rural. Les contreparties pour l'accès à la terre dans les zones de vieille colonisation et de nouveaux fronts pionniers (ouest et extrême ouest Burkina Faso), Mahamadou Zongo, 2005, 28 p.
- Etude n° 8 « L'État n'est le père de personne ! ». Etude longitudinale de la mise en œuvre d'un lotissement dans la commune de Boromo (Province des Balé, Centre Ouest du Burkina Faso). 1^{ère} partie (2002-2005), J.-P. Jacob, J. Kieffer, L. Rouamba, I. Hema, 2005, 57 p.
- Etude n° 9 La grandeur de la cité. Migrations et reproduction politique dans trois villages moose de la vallée du Mouhoun (Burkina Faso), Luigi Arnaldi di Balme, 46 p.
- Etude n° 10 Partenaires ou citoyens ? La parafiscalité à Dédougou (Province du Mouhoun, Burkina Faso), Mahamadou Diawara, 2006, 23 p.
- Etude n° 11 Offre et demande d'injection dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso), Rachel Médah, 22 p.
- Etude n° 12 Approche méthodologique de la justice dans l'accès aux services de santé, Valéry Ridde (en préparation), 30 p.
- Etude n° 13 Grins et élections présidentielles à Ouagadougou (Burkina Faso), Julien Kieffer (en préparation), 25 p.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

**Direction du développement
et de la coopération DDC**