

**LASDEL**

**Laboratoire d'études et recherches sur  
les dynamiques sociales et le développement local**

---

**BP 12 901, Niamey, Niger – tél. (227) 20 72 37 80**

**BP 1 383, Parakou, Bénin – tél. (229)23 10 10 50**

**Les personnels de santé face au SIDA et à la prise en  
charge des PvVIH à Niamey**

**Transformation ou reproduction des représentations et pratiques  
habituelles ?**

**A. Diarra & A. Moumouni**

**Assistants de recherche: M. Moha, O. Issaka**

**Préface : JP. Olivier de Sardan**

**Etudes et Travaux n° 62**

financement SOLTHIS

mai 2008

## Table des matières

<b>PREFACE.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
<b>1. LA PERCEPTION DU VIH / SIDA.....</b>	<b>6</b>
1.1. LE VIH/SIDA, UNE MALADIE GRAVE .....	6
1.2. LE VIH/SIDA, UNE MALADIE COMME LES AUTRES .....	7
<b>2. LES LOGIQUES ET STRATEGIES DE CARRIERE PROFESSIONNELLE DANS L'UNIVERS DU VIH.....</b>	<b>9</b>
2.1 L'ENTREE DANS LE SIDA .....	9
2.2. LA MISE A NIVEAU .....	10
2.3 LES STRATEGIES DE SORTIE OU DE DESINVESTISSEMENT .....	13
<b>3. REAJUSTEMENTS DANS L'ORGANISATION DU TRAVAIL .....</b>	<b>15</b>
3.1. CONFIGURATION DES SERVICES IMPLIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE .....	15
3.2. LES CONDITIONS DE TRAVAIL.....	16
3.3. LA PLACE DES PERSONNELS SUBALTERNES .....	18
3.4. LA CHARGE DE TRAVAIL SUPPOSEE OU REELLE.....	20
3.5. UNE MODIFICATION DE LA VISION DES RAPPORTS ?.....	25
3.6. LA COLLABORATION DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE .....	25
<b>4. LES PRATIQUES SOIGNANTES A L'EPREUVE DU SIDA .....</b>	<b>29</b>
4.1 L'APPREHENSION ET LA GESTION DU RISQUE .....	29
4.2 LES PERCEPTIONS DES SOIGNANTS SUR LES PVVIH .....	42
<b>EN GUISE DE CONCLUSION .....</b>	<b>47</b>

## Préface

La question qui est à l'origine de la présente étude est relativement simple : la prise en charge des PvVIH a-t-elle modifié les représentations et les pratiques des personnels de santé pour lesquels cette prise en charge apparaît comme une activité supplémentaire inédite ?

En effet les relations avec les PvvIH introduisent dans les pratiques routinières des soignants toute une série d'éléments inédits : des temps de consultations plus longs, une confidentialité et une écoute particulières, une pathologie stigmatisée devenue chronique, des facteurs psychologiques et relationnels nouveaux à prendre en compte, des réunions inhabituelles entre professionnels concernés, des dossiers complexes à remplir, des précautions particulières à prendre...

On peut aussi poser une question voisine: dans le contexte très spécifiques des relations soignants/soignés en Afrique, marquées par de nombreuses difficultés et incompréhensions (qui ont pu justifier l'emploi du terme « médecine inhospitalière »), le VIH/Sida a-t-il transformé de quelque façon que ce soit les comportements des personnels de santé ?

Le présent rapport n'apporte pas de réponse simple à ces questions. Bien au contraire, il met en évidence l'ambivalence, la complexité et la variété des attitudes des personnels de santé face au VIH/Sida. Rappelons qu'il s'agit dans cette enquête des personnels de santé qui ont un rapport « à temps partiel » avec la prise en charge des PvVIH. Chez des personnels de santé se consacrant « à plein temps » au VIH/Sida, les résultats auraient sans doute été quelque peu différents, de même que chez des personnels sans contact particulier avec le VIH/Sida.

Tout d'abord, les personnels de santé sont partagés entre représentations profanes et représentations expertes du Sida. Les secondes sont en effet loin d'avoir pris le pas sur les premières. Les représentations profanes restent dominées par la peur, et ses corollaires : évitement, rumeurs, stigmatisation. De nombreux personnels de santé, en particulier paramédicaux, les partagent. Les représentations expertes, plus répandues chez les médecins (et chez quelques rares infirmiers), tendent désormais à banaliser le Sida, à y voir d'abord une pathologie, certes très spécifique, mais non fondamentalement différente « par nature » des autres maladies épidémiques ou chroniques. Elles veulent dépasser l'exceptionnalité actuelle du Sida.

D'un point de vue disons « moral », les personnels de santé oscillent entre la réprobation (le rejet moral, lié à la connotation sexuelle de la maladie, reste largement présent chez les personnels de santé) et la compassion. La compassion peut aller de pair avec des représentations profanes comme avec des représentations expertes. Elle réduit la distance entre les soignants et les soignés, en créant des relations personnalisées. Elle introduit une prise en compte de facteurs biographiques, psychologiques, sociaux, habituellement laissés par les personnels de santé soigneusement à l'écart de la relation thérapeutique. Mais cette compassion ne s'étend pas nécessairement, loin de là, aux autres malades (non PvVIH), un peu comme si le VIH/Sida créait pour certains soignants des « enclaves compassionnelles ».

Mais les représentations expertes peuvent aussi déboucher sur une certaine forme de distance, en considérant que le PvVIH n'est qu'un malade comme un autre, et qu'il ne convient plus de le « traiter à part ». La stratégie de la distance peut aussi être une façon de se protéger du caractère « envahissant » de la prise en charge des PvVIH. Elle peut enfin traduire parfois un agacement devant les « privilèges » (par rapport aux autres patients) dont

bénéficieraient selon certains les PvVIH (exonérations, aides diverses, temps qui leur est consacré...)

Ce « devoir de temps » envers le PvVIH est vécu par les prescripteurs comme une contrainte majeure de la prise en charge, dans un milieu médical habitué aux consultations parfois expéditives, et à une présence parfois relâchée dans les services. Temps du dialogue avec le malade, temps du remplissage des dossiers, temps des réunions... Même si de nombreux médecins satisfont à ce « devoir de temps », d'autres prennent à la longue des libertés avec lui, pour peu que la pression se relâche : les dossiers ne sont plus remplis, les prescripteurs sont souvent absents, les réunions sont moins suivies...

Une autre contrainte liée au VIH/Sida est bien sûr le risque, autour des AES (accidents d'exposition au sang). Certes, en particulier chez les personnels infirmiers, les plaintes récurrentes sur les risques professionnels sont liées à des stratégies revendicatives (bénéficier de primes, ou de meilleures conditions de travail). Mais il est vrai que la réalité est particulièrement inquiétante, qu'elle renvoie aussi aux attitudes des personnels de santé, et qu'elle déborde le cadre de l'hôpital. L'absence d'une véritable « culture professionnelle de l'aseptie » chez les personnels de santé n'est pas véritablement modifiée par les risques liés au VIH/Sida (sauf lorsqu'on sait qu'on a affaire à un patient séropositif), et diverses « mauvaises pratiques » routinières persistent (autour des seringues ou des gants, par exemple). Au niveau des services de consultations comme à celui des hospitalisations le problème n'est pas suffisamment pris en compte. Quant à la gestion des déchets hospitaliers, la situation générale reste catastrophique.

Du côté de l'information et de la confidentialité, l'ambivalence est aussi de mise. Les tests de dépistage restent parfois pratiqués à l'insu des malades, dans une perspective où le dépistage est d'abord fait « au profit » des personnels de santé. La confidentialité n'est pas de mise entre personnels de santé, qui se communiquent le statut sérologique des patients, en particulier parce qu'ils estiment cette information nécessaire pour leur propre protection. Par contre, les personnels de santé ont, comme tout un chacun, peur de se faire dépister eux-mêmes, et le sujet des soignants éventuellement séro-positifs reste tabou.

En dehors de ces thématiques du surcroît de travail et de l'information des personnels à des fins d'auto-protection, l'organisation des services où se pratique la prescription d'ARV ou l'hospitalisation de malades séro-positifs semble fort peu modifiée, et la coordination entre services ou entre structures reste faible.

Enfin, la question d'éventuels avantages financiers (ou de compensations liées au surcroît de travail) n'est pas absente des services où se pratique la prise en charge. Le sentiment que le VIH/sida est un espace où se déversent des fonds importants va de pair avec une certaine amertume : les personnels de santé de la ligne de front n'en ont pas « leur part » (à quoi il faut ajouter que les personnels auxiliaires, avides de stages de formations pour des raisons en particulier financières, se plaignent d'être largement tenus à l'écart des formations sur le VIH/Sida par rapport aux médecins). D'autres personnels, bien que conscients du problème, soulignent au contraire le « bénévolat » qui les anime face au VIH/Sida.

On retrouve ici, au niveau économique, et sous d'autres formes, l'oscillation entre l'argumentaire de l'exceptionnalité du VIH/Sida, et l'argumentaire de sa banalisation.

## Introduction

Comprendre le phénomène du VIH, c'est aussi s'intéresser aux personnels de santé, qui représentent la portion congrue des études et des analyses en ce domaine.

Ils constituent plusieurs segments professionnels qui travaillent à des niveaux divers de la chaîne de prise en charge, avec des statuts, des compétences, des rôles, des logiques et des stratégies multiples et variés. Les services dans lesquels ils évoluent sont nombreux et présentent des caractéristiques différentes : missions, taille, structures, plateau technique, ressources humaines, volume de travail, organisation du travail, etc. Ces services constituent pour les personnels un cadre d'interaction dans lequel ils sont en contacts avec d'autres acteurs de l'environnement médical (professionnels ou non) dont l'action influence leurs manières de penser et d'agir. Ces relations multiples portent sur plusieurs aspects : la collaboration, les relations interpersonnelles, les références de patients, la communication, etc.

A cet effet, l'émergence du VIH est porteuse de changements et de réajustements face auxquels les personnels manifestent des postures différentes. L'investissement personnel, la charge de travail, les risques de contamination, les accidents d'exposition au sang constituent autant de points d'interrogation. Par ailleurs, au-delà de sa dimension médicale, le VIH est un enjeu professionnel pour les personnels de santé.

La présente étude se penche sur les personnels de santé impliqués à temps partiel dans la prise en charge des patients VIH (à la différence des personnels de santé qui sont spécialisés dans ce secteur, tels ceux du CTA).

Elle est divisée en quatre parties:

La première analyse la perception du VIH par les personnels de santé

La seconde aborde les logiques et les stratégies professionnelles dans l'univers du VIH

La troisième expose les réajustements dans l'organisation du travail

La quatrième met en lumière les pratiques soignantes à l'épreuve du Sida.

Sur le plan méthodologique, la méthode utilisée pour réaliser ce travail est de type qualitatif, à base d'entretiens libres. Les enquêtes ont été menées dans plusieurs sites : HNN, CHR, HNL, Hôpital militaire.

## 1. La perception du VIH / SIDA

Les professionnels de santé n'ont pas une perception commune du VIH/Sida. Leurs discours reflètent une grande diversité de visions que nous pouvons regrouper en deux types principaux. L'un renvoie à une dramatisation de la maladie l'autre à une banalisation de la maladie.

### 1.1. *Le VIH/Sida, une maladie grave*

Le VIH/Sida représente une affection grave pour la majorité des professionnels de santé, tous statuts confondus. Cette perception est en grande partie liée au face-à-face concret avec la maladie, devenu quasi permanent dans l'exercice de leur travail. Il n'y a pas longtemps, pour la plupart d'entre eux, une certaine distance les séparait de cette affection qu'ils n'appréhendaient qu'à travers les images véhiculées par les médias. Alors que l'image du VIH/Sida restait lointaine, et dramatisée par la politique de santé publique d'alors, la maladie se fait désormais réalité banale dans tous les corps professionnels de la santé.

« La maladie est réelle, elle est là ! » (Technicienne supérieure en soins obstétrique)

« C'est une maladie concrète car il y a des cas que nous avons vus puisque nous faisons le dépistage. » (Sage-femme)

« C'est une réalité. En tant que technicien nous voyons vraiment les échantillons et nous savons qu'elle est réelle. Et les signes sont dominants chez les malades, l'amaigrissement, perte de poids, signes cutanés. » (Technicien de laboratoire)

Ils estiment que leur proximité avec la maladie est accentuée par la confrontation à une proportion de malades séropositifs de plus en plus importante.

« Chaque jour nous avons des nouveaux cas, c'est cela qui est inquiétant. Sur 5 à 6 prélèvements 3 sont séropositifs. Depuis le début de l'année, jusqu'à ce mois de septembre, nous avons eu 40 séropositifs ! » (Technicien de laboratoire)

Les soignants découvrent une maladie qui ronge, rend méconnaissable le patient qui finit par en mourir.

« Je ne vois que des patients finis » (Technicien de laboratoire)

« Quand vous voyez quelqu'un qui a les mêmes qualités que vous, et que vous le voyez en train de s'effriter et qu'il se rend compte lui-même qu'il est irrécupérable vous voyez... Il y a un qui est décédé le samedi dernier. » (Médecin)

Ici le paradigme scientifique et technique est occulté par les ravages causés par la maladie. Les avancées biomédicales, notamment dans la mise au point des ARV ne guérissent pas de la maladie. Même s'ils constatent qu'ils arrivent à remettre sur pied les malades qui sont sous traitement, ils gardent leur attitude négative face à la maladie. Deux sentiments ambigus les gagnent alors. D'une part, ils éprouvent de la pitié pour les malades.

« On compte des enfants condamnés dès leur petite enfance à prendre des médicaments et on ne sait pour combien de temps » (Infirmière, pharmacie).

D'autre part, ils estiment que ceux qui refont surface trompent par leur aspect physique « normal » : ils paraissent bien portants mais portent le virus du sida dans le sang. D'où la permanente interrogation des personnels de santé sur le statut sérologique :

« Il y a des malades qui sont bien en forme, bien potelés quand tu les vois tu ne peux pas dire qu'ils sont malades, surtout les femmes. On pense même si nous même on n'est pas infecté. » (Infirmière Major, pharmacie)

« La sérologie positive du VIH n'est pas affichée sur les visages des malades. On ne peut pas savoir quelle patiente est porteuse du virus et qui ne l'est pas tant que la sérologie n'est pas faite. Et pour faire la sérologie il faut que la patiente accepte de son propre chef. » (Gynéco-obstétricien)

Ainsi, parfois, l'inquiétude et la peur de se retrouver dans la même situation que les malades qu'ils soignent dominent. L'incurabilité de l'affection prend le devant de la scène dans leur perception, les emmenant à s'accrocher à un registre religieux qui devient le seul moyen de distanciation avec la maladie.

« Moi je pense que c'est une punition divine car si on se conforme à ce que Dieu ... on a au moins 80 % de chance d'échapper à la maladie. Si on respecte ce qui a été dit dans le Coran, on échappe à la maladie. » (Infirmière, médecine)

Ces professionnels de santé, brutalement mis devant les réalités du sida, se retrouvent confrontés à l'ampleur et à la gravité de l'affection dans leurs pratiques quotidiennes. Ils se sentent à la fois désemparés et menacés par cette maladie, d'autant plus que, selon eux, la médecine n'a réussi qu'à créer l'ambiguïté dans leur rapport avec la maladie : ne pas savoir à quoi s'en tenir devant un patient d'apparence non touché par le virus du VIH.

### *1.2. Le VIH/sida, une maladie comme les autres*

Le discours des soignants qui considèrent le VIH/sida comme une maladie banale se construit à partir d'une forte critique des premières approches déployées par la communauté internationale. Selon eux, la manière dont la maladie a été révélée au grand jour a beaucoup influencé son image dans l'esprit des gens. Le fait qu'elle ait été identifiée comme provenant d'un groupe de personnes ayant des comportements homosexuels a fortement contribué à lier exclusivement son mode de contamination à la voie sexuelle. Cette représentation du sida est d'autant plus renforcée que le contexte social et religieux (dominé par l'islam) au Niger constitue un véritable terreau pour son expansion en population générale. En effet, la sexualité est de l'ordre du tabou et lorsqu'elle devient source de maladie, cela ne peut être que le fait de transgressions des règles sociales et musulmanes qui la régissent.

« Dans l'esprit de beaucoup dès qu'on parle de sida chez un adulte, on parle de débauche sexuelle, la maladie a été assimilée à des pratiques qui ne sont pas très honorables pour les gens » (Médecin).

Certains déplorent que ce type de représentation soit partagé par certains de leurs collègues.

Selon ces soignants, cette représentation a fait de l'infection à VIH une maladie « pas comme les autres ». Cela a contribué à la progression rapide de la maladie. Le dépistage volontaire ne se fait que très rarement, et ceux qui sont infectés par le virus adoptent toujours une stratégie de dissimulation de la nature de leur maladie. Il faudrait donc mener un combat pour dédramatiser l'affection afin que les patients puissent parler de leur maladie comme ils parleraient de leur hypertension, ou de leur diabète :

« Moi j'ai toujours œuvré pour qu'on dédramatise cette maladie, pour qu'on puisse de façon très ouverte et très posée amener les gens à comprendre que ce n'est pas la peine de couvrir d'un mystère cette maladie. Et qu'il faut l'aborder de la même manière que quelqu'un qui a un palu ou un diabète. Je suis étonné quand des gens disent moi j'ai la tension mais si c'est le VIH/Sida la porte est fermée, il n'y a plus de dialogue, on ne veut même pas que le plus proche parent puisse soupçonner quoi que ce soit. Parce que aujourd'hui quand quelqu'un a la fièvre, c'est lui-même qui va dire 'je vais faire une goutte épaisse', pourquoi ne pas dédramatiser la maladie et que cette même personne vienne dire 'écoutez, Docteur, j'ai fait beaucoup de traitement ma fièvre ne semble pas être ordinaire

est-ce que je peux faire un test de dépistage ?' Ou que vous-même vous lui prescriviez sans qu'il y ait de problème. » (Médecin)

Cet idéal ne peut être atteint que par un long travail de démystification de la maladie. Pour cela, ces soignants s'appuient sur l'amélioration de la prise en charge des malades, grâce à l'introduction des ARV dans le protocole thérapeutique. Ainsi ils estiment que, même si le sida continue à être un fléau social, ce n'est plus une fatalité pour une personne d'être séropositive. La mise sous traitement a prolongé l'espérance de vie, cela a encouragé les malades à se rendre dans les structures de santé. On assiste également à une augmentation, certes trop lente, du dépistage volontaire. Ces notes d'espoir sont devenues leur cheval de bataille.

La peur est reléguée au second plan.

« Si on a peur, il faut accrocher la blouse de la santé. Parce qu'il n'y a pas que le sida, on peut se contaminer par d'autres maladies » (Infirmière)

Ainsi, ils adoptent un rapport lucide vis-à-vis du VIH/sida qu'ils considèrent comme toute maladie infectieuse, tout en reconnaissant la particularité du virus. Ils tendent vers une normalisation de l'affection en cherchant à la circonscrire dans le seul contexte médical. Contrairement au premier groupe de soignants, le paradigme scientifique et technique est mobilisé dans leur travail de distanciation par rapport à la maladie.



## 2. Les logiques et stratégies de carrière professionnelle dans l'univers du VIH

Les circonstances ayant conduit les professionnels de santé à intervenir dans le champ de cette pathologie sont diverses et multiples. Certains sont venus par hasard ou par ceux qu'ils appellent un concours de circonstance ; d'autres au contraire l'ont voulu. Dans les deux cas, enchantement et désenchantement marquent aujourd'hui les trajectoires des différents acteurs :

« Q : Est-ce que le sida a suscité des ambitions de carrière ?

R : Oui quand on était étudiant on a tous rêvé de faire carrière dans le Sida, les maladies infectieuses, avoir très vite une bourse de spécialisation. Mais très vite ce rêve était tombé à l'eau» (Un médecin)

### 2.1. L'entrée dans le sida

Les personnels de santé qui travaillent dans le VIH sont arrivés par différentes portes d'entrée.

#### 2.1.1. Une affectation ponctuelle

Dans ces conditions, les agents n'ont pas le choix ; ils font avec, en attendant de trouver mieux :

« Q : Est-ce que tu t'étais sentie mal aimée lorsqu'on t'a amené ici ?

R : (rire) Je n'étais vraiment pas contente. A la maison, quand je dis que je suis au pavillon D, les gens s'étonnent que je puisse rester là où il y a le Sida. Ils me disent d'aller chercher une réaffectation » (Une infirmière)

#### 2.1.2. Une logique institutionnelle

« Lorsque j'étais étudiant en médecine, la prise en charge du Sida faisait partie intégrante de ma formation. Je donnais de l'importance à cette formation vue la proportion que prenait la maladie. Aujourd'hui, toutes les spécialités ont un volet prise en charge du Sida. Que ce soit pulmonaire, digestive, dermatologique, etc. C'est une maladie qui touche toutes les disciplines. Sa connaissance est indispensable. Mon 1<sup>er</sup> patron était versé dans la prise en charge des PvVIH donc normalement l'élève suit son maître » (Un médecin généraliste)

« Je suis rentré dans la lutte contre le sida il y a assez longtemps parce que nous avons commencé depuis 2000 sinon bien avant c'est-à-dire en 1998-99 avec l'élaboration du plan national de lutte. Nous étions parmi les premiers à être pris. Je n'ai pas choisi d'y être mais lorsque c'est arrivé, en constituant les équipes on a adressé des correspondances à l'armée pour chercher des médecins pour ce processus de planification. C'est comme ça que je me suis retrouvé et depuis que je suis rentré, je suis resté. On a fait le processus de planification, le plan national multisectoriel stratégique. Après je suis parti au Maroc pour faire la radiologie, j'ai suspendu pendant un an. Quand je suis revenu, j'ai trouvé que la place était encore là pour moi, j'ai repris donc le travail avec le programme national de lutte contre le sida. On continuait à faire toutes les formations, j'étais un point focal au niveau de l'armée. Et c'est devenu maintenant comme une activité permanente pour moi. J'ai complètement embrassé la filière jusqu'à avoir une formation de prescripteur en ARV. Après ça j'ai encore interrompu pour aller en France pour un stage en aéronautique. De retour j'ai encore repris mes activités au programme sida. Je me suis donc retrouvé dans le comité de lutte contre le sida au sein des forces de défense et de sécurité avec qui j'ai travaillé. Lorsque mon prédécesseur a eu un autre emploi, j'ai été donc mis à la tête du comité et nommé coordonnateur des forces de défense et de sécurité en matière de lutte contre le VIH/Sida. Voilà un peu comment je me suis retrouvé dans la lutte contre le VIH/Sida » (Médecin militaire).

Certaines spécialités (comme l'infectiologie) amènent aussi « naturellement » à intervenir dans le champ du Sida

### 2.1.3. Des motifs humanistes

« Etant étudiante, déjà on suivait ces malades depuis ce temps ça me touchait et je me disais que si je trouvais l'occasion de faire la prise en charge je le ferai » (Jeune médecin)

### 2.1.4. Par hasard

« Q : Comment est-ce que vous êtes rentré dans la prise en charge du sida ? N'y a-t-il pas eu un coup de pouce ?

R : Non, moi c'est un simple coup de hasard, comme je vous ai dit. J'étais la seule médecin généraliste disponible à Dosso » (Un médecin).

### 2.1.5. La rente du sida

La manne financière dont a bénéficié le programme de lutte contre le sida, notamment à travers le Fonds mondial et la Banque mondiale, a créé une attirance chez certains personnels. Leur entrée dans le métier n'est pas étrangère à ces enjeux financiers. Au contact avec la réalité, certains découvrent à leur corps défendant désenchantement et désillusion.

« On ne reçoit rien ; moi, depuis que j'ai commencé, je n'ai rien reçu par rapport à cette tâche de médecin prescripteur. Même pour assister aux réunions du comité technique médical je me prends en charge quant aux frais de taxi. Moi, je pense que cette activité, si on veut que ça marche, il faut motiver les médecins prescripteurs. Parce que la dernière formation des médecins prescripteurs qu'on a faite, nous étions 11 à être formés à l'hôpital. Mais nous ne sommes pas nombreux à être actifs. Les autres se sont désintéressés parce qu'ils ont vu que c'est une tâche supplémentaire en plus de leur travail qu'ils font, qui est déjà encombrante, et ils ne sont pas motivés » (Un médecin)

D'autres, malgré leur volonté, n'ont pas pu accéder au monde du sida:

« Au niveau de la chirurgie, nous ne sommes pas au courant de ce qui est en train d'être fait dans la prise en charge du Sida. Nous sommes écartés de la prise en charge à tous les niveaux. Il y a 5 ans que je suis dans ce service et je n'ai jamais assisté même à une discussion sur le Sida. Il n'y a aucun médecin à ce que je sache au niveau de la chirurgie qui est formé en ce qui concerne le Sida. On a fait du Sida une spécialité de sorte qu'il y a une catégorie des gens qui sont là à qui on doit se référer ou s'adresser en cas de besoin. On a interpellé Dr X en son temps quant à la nécessité de nous associer dans la prise en charge mais rien n'a été fait » (Un chirurgien).

Cependant une chose est d'entrer dans le métier, une autre chose est de consolider cette assise. D'où l'importance de la documentation et des formations.

## 2.2. La mise à niveau

Elle se fait par la documentation et les formations.

### 2.2.1. La documentation sur le VIH

L'évolution des connaissances sur la pathologie nécessite souvent une mise à niveau des personnels de santé :

« Q : Qu'est-ce que vous pensez de la mise à jour des connaissances ?

R : C'est très nécessaire parce qu'effectivement bien que je sois coordonnateur en matière de lutte contre le sida quand je fais un mois un peu à l'écart quand on se retrouve entre nous je sens que je suis largué, il y a des avancées sur certains domaines, des protocoles thérapeutiques qui ont changé des approches par rapport aux malades qui ont changé, il y a beaucoup de choses qui bougent tout le temps avec le sida. Quand on n'est pas en formation tout le temps, on ne pourra pas suivre et malheureusement ces formations, nous ne pourrions les recevoir qu'à travers les différents séminaires et colloques » (Un médecin)

Or la plupart de ceux qui travaillent dans la prise en charge reconnaissent que cet aspect constitue un des points noirs de leur carrière. Les plus déterminés recourent à internet pour s'informer des dernières innovations en matière de recherche ou de connaissances :

« Q : Est-ce qu'il vous est arrivé de faire recours au net pour actualiser vos connaissances sur le VIH ?

R : Oui ; Moi je suis abonné à un site où je reçois des informations sur le VIH et les infections opportunistes. Grâce à la documentation, je découvre la manière dont certains problèmes ont été résolus par des collègues extérieurs. De même c'est en s'informant qu'on peut sortir de l'isolement intellectuel dans lequel nous baignons. Cela y va de notre responsabilité » (Médecin spécialiste)

D'autres, au contraire, se contentent de la documentation qu'ils trouvent sur place auprès des collègues:

« Q : Comment obtenez-vous les informations sur le sida ?

R : Sur le lieu de travail, en posant des questions aux médecins, aux anciens et tous ceux qui sont susceptibles de m'aider.

Q : Vous ne lisez pas ?

R : Si, je lis les documents.

Q : Où vous trouvez les documents ?

R : Si ce n'est pas ces dernières années, avant il y avait un surveillant général un certain R, il avait des documents sur ça. On prend on lit et parfois c'est lui-même qui se déplace pour nous les amener. On s'informe à travers la radio et la TV. Je lis des journaux scientifiques également » (Une infirmière)

« Q : Comment vous vous documentez ?

R : Il y a une revue « Le chirurgien dentiste de France » c'est un hebdomadaire, on nous envoie ça.

Q : Qui vous envoie la revue ?

R : Au début, c'est l'aide ontologique internationale qui a quasiment fait l'abonnement, ils envoient ça de façon régulière. Pour les autres, je prends avec les collègues » (Un dentiste)

D'autres encore adoptent une attitude indifférente.

La mise en réseau, qui participe d'un échange à distance entre praticiens, n'est pas pour l'instant pratiquée. Les types de documentation recherchée reflètent souvent la diversité des centres d'intérêt. Le plus souvent c'est par rapport aux problèmes rencontrés sur le terrain ou selon la spécialité des services.

### 2.2.2. Les formations

Des opportunités de formation existent pour améliorer la prise en charge. Nombre de nos interlocuteurs reconnaissent leur utilité :

« Q : Qu'est-ce que vous pensez des formations ou séminaires ?

R : C'est plus qu'utile, parce que franchement tout ce que j'ai reçu comme information et connaissance par rapport au VIH/Sida je dirais que c'est grâce aux séminaires. A l'université je n'ai fait qu'effleurer le sida puisque je suis sorti généraliste en 1990, on ne parle pas trop du VIH à l'école. Et sur le terrain, on ne m'a pas donné assez d'informations sur le sida. Ce n'est qu'à travers les différentes formations qu'ils offrent que nous avons eu toutes les connaissances là dessus. Sans ces séminaires on ne pourra pas beaucoup avancer » (Un médecin militaire)

Mais peu y ont accès :

« Q : Est-ce que vous, personnel avez suivi des formations en matière de VIH ?

R : En dehors du séminaire de formation sur le *counseling* en 2006, je n'ai pas reçu de formation » (Major d'un service de médecine)

« Q : Vous voulez dire que vous n'avez jamais reçu de formation ?

R : Jamais ! Une fois l'administration nous a envoyés pour un séminaire de formation à l'hôpital de Niamey. C'est quand nous étions arrivé qu'on nous a fait savoir qu'on ne fait pas partie moi et un médecin d'ici. On a dit que il n'y a plus de place. Une fois je l'avais même dit à Dr I. Je lui avais dit que s'ils ne veulent pas nous former ils n'ont qu'à aller. Dans tous les cas c'est pour l'intérêt des malades et de nous tous » (Infirmière d'un service de pédiatrie)

De plus, les demandes qui s'expriment dans ce sens restent assez floues :

« R : Il faut former tout le monde du médecin à l'assistante sociale sur la prise en charge des malades VIH » (Un médecin)

Mais ce n'est pas le cas de tout le monde. Certains ont une idée claire de leurs besoins :

« Q : Pour vous sur quoi doit être axée la formation ?

R : C'est surtout sur les effets secondaires des produits parce que ce sont des molécules très complexes qui ont beaucoup d'effets secondaires. Il y a des effets secondaires qui sont généraux à tous les malades. Il y en a qui varient d'un malade à un autre. Vous voyez un malade vient nous dire voilà ce qu'il a observé par rapport à la prise de telle molécule, on n'a peur de lui dire que c'est lié au médicament parce que chaque organisme réagit différemment par rapport à une même molécule. Donc il faut que nous sachions chaque cas possible » (Une pharmacienne)

Parfois, ce sont des attentes sans rapport avec un aspect précis de la prise en charge. Par exemple, des infirmières demandent à être formées sur le *counseling* alors même que c'est une activité qu'elles ne pratiquent pas au quotidien. Tant qu'il y a une opportunité de formation, tout le monde veut y participer, à tort ou à raison. Derrière cette « formation-mania » se profile la course aux per-diem.

Les formations se déroulent sous forme de séminaires, d'ateliers ou de colloques. Il y a une inégalité dans l'accès aux formations, selon certains, à cause des ressources qui y sont associées :

« Depuis 2005 avec l'arrivée du Fonds mondial, nous, avons été écarté du Sida. C'est moi qui ai formé tous ces gens qui nous ont écartés. Je les connais. Avant, c'était moi qui représentais le Niger à toutes les rencontres par rapport au Sida. Mais maintenant quand il y a formation, on ne nous associe même pas » (Infirmière, HNN)

Les personnels infirmiers pensent quant à eux que les formations à l'étranger sont la chasse gardée des médecins.

Certains services comme le CHR tentent de corriger ces inégalités d'accès par la mise en place d'un système de programmation qui comporte néanmoins des faiblesses:

« Non, après nous, ils ont formé tout le monde.

Q : Au début pourquoi, on t'a choisie seule pour aller là-bas ?

R : C'est une programmation, s'il y a formation c'est une telle qui doit aller quelle que soit la thématique.

Q : Pourquoi, on fait la programmation pas en fonction du travail des gens ?

R : Parce que tout le monde veut être formé.

Q : Mais et si on te forme sur le sida et que tu ne travaille pas sur le sida ?

R : On aura quand même des notions sur le sida » (Une infirmière)

L'avantage tiré des formations dépend de l'intérêt que les uns et les autres attachent à leur travail :

« Q : Ça vous a servi à quelque chose ?

R : Oui, ça m'a servi à démystifier la maladie, à comprendre qu'il n'y a pas une grande différence entre les malades de sida et les autres malades. Ça m'a permis de savoir comment aborder les malades, à ne pas faire de différence dans la prise en charge » (Une infirmière).

« Q : Est-ce que vous mettez en pratique la formation que vous avez reçue ?

R : Oui.

Q : Comment ?

R : Mais en mettant en pratique ce qu'on nous a appris. Par exemple la dernière fois que Solthis nous a fait une formation sur l'éducation thérapeutique à mon retour j'ai demandé qu'on me montre tous les PVVIH pour que je contacte leurs familles et leur faire une éducation thérapeutique. J'avais un document qui avait des images. Je me servais de ça. Quand le représentant de Solthis était venu, je lui ai montré ce que j'avais fait » (Une technicienne supérieure de l'action sociale)

Pour certains personnels, les formations doivent être sanctionnées par la remise d'attestation afin de légitimer les connaissances acquises :

« R : C'est très important surtout quand c'est appuyé d'une attestation, car pour nous ça veut dire qu'on a eu cette qualification pour faire la chose. Parce que quand vous faites une formation sur un thème et qu'on ne vous donne pas un papier qui prouve effectivement que vous avez reçu la formation vous ne pouvez pas exercer sur la base de cette formation car rien ne prouve que vous l'avez reçue » (Une technicienne supérieure)

Mais en réalité, c'est un mode de faire-valoir qu'ils comptent utiliser pour leur CV.

Les effets des formations ne sont pas toujours évidents :

« Q : Est-ce que vous pensez que la formation que vous aviez reçue en *counseling* vous permet de participer parfaitement à la prise en charge ?

R : Pas du tout

Q : Pourquoi ?

R : Parce que depuis que j'ai eu la formation je n'ai pas appliqué ça et d'ailleurs même ce que j'ai appris, je ne pense pas si je l'ai en tête encore » (Major du service de médecine)

.Ceux qui reviennent de ces formations n'ont pas le réflexe de partager le savoir acquis avec leurs collègues ou leurs collaborateurs. En ce sens, les anciennes habitudes ont été reproduites dans le domaine du VIH.

### **2.3. Les stratégies de sortie ou de désinvestissement**

Elles sont le propre de jeunes médecins en début de carrière. Leur ambition professionnelle les pousse à s'orienter vers des créneaux plus porteurs en termes de perspective médicale. Faire carrière dans le sida est synonyme pour eux d'un saut dans l'inconnu. L'absence de spécialisation médicale diplômante du VIH dans le domaine les rend encore plus sceptiques :

« Ce n'est pas spécifiquement pour les PvVIH que je suis ici. Parce que même quand j'étais à la CESIC je me plaignais tout le temps parce que j'étais en train d'oublier les autres aspects de la médecine et je m'approfondissais dans la prise en charge des PvVIH tout en oubliant les autres aspects de la médecine et ce n'est pas bien pour moi en tant que généraliste. Parce que la prise en charge du VIH n'est pas une spécialité. C'est pour ça donc que je voulais être dans un service de médecine générale » (Médecin généraliste, nouvellement engagée)

Chez d'autres, le désintérêt vis-à-vis du sida en termes de carrière s'explique par l'image dépréciative attachée à cette pathologie et les personnes qui la portent : pauvreté, surplus de travail, absence de motivations financières, etc.

Le sentiment d'être « abandonné » sur ce front est aussi parfois présent et engendre un désinvestissement.

« A l'époque ; j'étais rentré dans la prise en charge du VIH depuis 1998, j'étais avec Professeur xx et un Européen du laboratoire Jantafal qui me donnait à l'époque une petite bourse. Entre temps l'Européen avait fini ses recherches, il est parti. En 2004 j'ai bénéficié de la formation de médecin prescripteur. Nous étions les tous premiers médecins à être formés par Solthis, avec la création de l'INARV. En 2005, Solthis m'a envoyé en stage à Paris, ce n'est pas la coordination. C'est ce qui a fait que je maîtrise bien les ARV, je connais toutes les molécules. Après j'ai fait une autre formation à Dakar, là c'est le Fonds mondial qui m'a envoyé. Et j'ai fait ma thèse sur le VIH

Q : Ah oui ! On peut dire que vous êtes spécialiste du VIH ?

R : Oui. J'ai suivi 1308 patients dans tous les centres du Niger. Les personnes les plus touchées de la population du Niger sont les ménagères

Q : Vous êtes spécialiste du VIH, est-ce que vous comptez continuer dans la prise en charge ?

R : J'ai l'amour de continuer la prise en charge parce que c'est une maladie comme toutes les autres maladies. Mais il faudrait que ce soit un travail qui soit considéré. Moi, je considère qu'il n'est pas considéré par la coordination

Q : Pourquoi ?

R : Parce qu'il n'y a pas de supervision maintenant, ça fait 4 mois que personne n'est venu nous superviser

Q : Même pas Solthis ?

R : Même pas Solthis ; mais Solthis c'est une ONG, elle a fait un projet pilote, c'est à la coordination de poursuivre. Mais nous ici, ça fait longtemps même qu'on ne remplit plus les dossiers. Nous faisons seulement les ordonnances, on donne aux malades. On ne remplit même pas » (Médecin prescripteur à l'hôpital Lamordé)

### 3. Réajustements dans l'organisation du travail

Les modes classiques d'organisation ont peu à peu montré leurs limites avec l'émergence du VIH/sida. Le dispositif existant ne répond plus de manière satisfaisante à la complexité de cette pathologie aux contours multiples et divers. On assiste donc depuis son avènement à des transformations multiples relatives à la prise en charge des patients. Les dynamiques en cours font apparaître des processus de recomposition qui se manifestent au niveau de plusieurs aspects de l'organisation du travail, pour s'étendre au mode de fonctionnement éthique et déontologique des personnels de santé impliqués dans le travail de soins aux patients. À la spécificité de cette pathologie correspondent un savoir-faire nouveau et un mode innovant d'approche relationnelle vis-à-vis du patient. La mise en place de structures spécialisées dotées d'un plateau technique adéquat et d'un personnel formé pour la circonstance participe de ces changements amorcés. De même, la complexité du VIH a mis en évidence la nécessité d'une collaboration entre les différents segments professionnels qui travaillent habituellement en vase clos. En effet, face à des situations délicates, le recours à d'autres compétences s'est imposé. Les personnels gèrent différemment cette situation. Ces modes divers d'articulations sont assez révélateurs parfois des tensions, des logiques et stratégies d'acteurs qui sont au cœur du fonctionnement des personnels de santé. Le sida devient dès lors un enjeu social et professionnel autour duquel entrent en compétition ou s'affrontent les différents acteurs. Les espoirs placés dans le VIH sida en termes de carrière ou de ressources diverses traduisent l'enchantement des uns et le désenchantement des autres.

Ces postures différentes ont des répercussions certaines sur le déroulement du travail.

#### 3.1. Configuration des services impliqués dans la prise en charge

Elle se présente différemment conformément aux objectifs qu'ils leur sont assignés. On peut ainsi les regrouper en deux types.

##### 3.1.1. Les services spécialisés dans la prise en charge.

Ils sont l'émanation d'ONGs nationales ou internationales qui assurent leur fonctionnement. Ce sont la CESIC et le CTA. Leur action est uniquement tournée vers les PvVIH. Ils disposent à cet effet de leur propre personnel. Leur dénominateur commun est qu'ils se présentent aux yeux du public sous l'étiquette du sida :

« Si tu vois quelqu'un dans ces lieux, sois sûr qu'il a le sida » (Une infirmière)

Les personnels qui y travaillent n'échappent pas cette stigmatisation. ce qui a des conséquences non seulement sur les patients en termes d'observance thérapeutique (certains patients n'osent pas fréquenter ces centres, cf. rapport sur l'observance des ARV), mais aussi sur le moral des personnels de santé :

« Q : Qu'est-ce que vos collègues pensent de vous?

R : Lorsqu'on demande à nos amis de venir nous visiter sur nos lieux de travail, rares sont ceux qui viennent. Les autres disent qu'ils ne viennent pas parce qu'ils ne veulent pas se faire contaminer » (infirmière à l'hôpital)

##### 3.1.2. Les services de prise en charge non spécialisés

Pour la plupart des personnels de ces services, le VIH n'est qu'une activité parmi d'autres. Mais parfois, il s'est greffé au fonctionnement du service au point de devenir actuellement l'activité principale du pavillon Raymond Madras (pavillon B) de l'hôpital national de Niamey. En effet, il semble que, selon le personnel interrogé, 80% des malades hospitalisés dans ce service seraient séropositifs.

Dans la catégorie des services de prise en charge non spécialisés, on trouve d'autres structures: services de médecine générale des hôpitaux, pédiatrie, laboratoire, pharmacie, etc. Les patients sont éparpillés dans la plupart de ces services, où les consultations VIH/Sida sont intégrées dans le déroulement des consultations courantes. Les types d'organisation qui les caractérisent sont assez hétéroclites.

Par ailleurs, les services non spécialisés qui prennent en charge les PvVIH sont perçus dans les hôpitaux comme des grands consommateurs de produits pharmaceutiques : ARV, médicaments contre les maladies opportunistes, réactifs, kits divers, etc., alors même que la majorité des patients est pauvre. La situation est d'autant plus complexe que le soutien des services sociaux fait généralement défaut. La prétendue gratuité, selon les personnels de santé, n'est qu'illusoire, et ne touche que des aspects précis de la prise en charge : les ARV, certains médicaments contre les maladies opportunistes, certains examens de laboratoire :

« Beaucoup de malades n'ont pas les moyens de payer les frais d'hospitalisation ou les médicaments qui ne sont pas donnés par l'INAARV. Il y a aussi les examens complémentaires. Vous savez qu'en dehors du test de sérologie, de la charge virale et du CD4, aucun autre examen n'est gratuit. Ce n'est pas tous les malades qui peuvent se les payer et même s'ils le font, ils le font plusieurs jours après le délai requis pour faire ces examens » (Une infirmière)

D'où les nombreux malentendus qui émaillent les relations entre patients et personnels de santé. Pour les patients, il est difficile d'accepter un autre langage autre que celui de la gratuité globale, compte tenu de leur situation économique précaire:

« De ce point de vue, nous rencontrons beaucoup de problèmes », déclare un médecin prescripteur » (médecin prescripteur)

### **3.2. Les conditions de travail**

Les patients PvVIH sont de deux types : les patients hospitalisés et les patients en ambulatoire. Ils ne sont pas soumis au même type d'organisation. Les premiers sont sous contrôle direct des personnels de soins qu'ils peuvent solliciter à tout instant. En ce sens, ils bénéficient d'une assistance de proximité. Les seconds, quant à eux, évoluent dans le planning des consultations de leurs médecins. Avec les personnels d'appoint (infirmiers, laborantins, assistantes sociales, pharmaciens, éducatrices thérapeutiques, etc.), leur relation est basée sur des besoins ponctuels : examens, approvisionnement en médicaments, etc. Les personnels d'appoint ont parfois des difficultés à faire valoir leur statut auprès des patients qui les perçoivent dans un rapport d'infériorité par rapport aux médecins. On les surnomme d'ailleurs *lokotoro izey* (les « petits docteurs ») pour marquer cette distance hiérarchique. Les ordres qu'ils reçoivent des médecins légitiment aux yeux des patients leur position secondaire mais complémentaire au niveau de la prise en charge.

Les médecins prescripteurs, à qui le statut confère une légitimité professionnelle pour traiter les patients VIH, sont éparpillés dans différents services (médecine générale, maladies infectieuses, pédiatrie, cardiologie, etc.). Pour eux, le VIH est un supplément à leur spécialité d'origine.

Le suivi des patients hospitalisés fait partie de la routine des services. C'est une activité classique. La seule innovation est la dispensation des ARV qui se fait dans la confidentialité, alors que le suivi des patients en ambulatoire obéit à une organisation différente. En hospitalisation, les malades VIH sont souvent mélangés à d'autres types de patients, pour préserver la confidentialité des patients (il n'y a pas de pavillon uniquement VIH). C'est le cas en médecine générale, en pédiatrie et au pavillon Raymond Madras (maladies infectieuses).



Les plannings des services reflètent à quelques variantes près une organisation de type homogène qui est étalée sur la disponibilité, le temps et l'urgence. Par exemple, au pavillon Raymond Madras, les interventions des quatre médecins du service sont définies dans le planning. On y dénombre trois généralistes, et un infectiologue qui est le chef du service. Leurs prestations comportent les consultations internes et externes, les visites, le remplissage des dossiers et la participation au staff des médecins prescripteurs.

Les consultations et les visites constituent la plus grosse partie des activités des médecins. Les consultations des patients sont organisées dans un esprit de complémentarité.

« Q : Vous êtes 3 médecins prescripteurs dans le service. Comment est-ce que vous vous organisez pour la prise en charge des malades ? Est-ce à dire que chaque médecin a ses malades ?

R : Tous les malades sont mis ensemble; ce sont des malades communs. En cas d'absence ou de contretemps, l'organisation mise en place permet à un malade suivi par un médecin d'être pris en charge par son collègue et vice-versa. Il n'y a pas de dossiers à part. Nous les avons ordonnés par numéro. » (Un médecin)

Mais l'exécution des tâches planifiées est handicapée par deux phénomènes : l'insuffisance de personnel et le non respect des rendez-vous.

L'insuffisance de personnel est un problème qui touche la plupart des services. Par exemple, au pavillon Raymond Madras, le service dispose de quatre médecins pour 80 lits d'hospitalisation sans compter les malades ambulatoires:

« Avant je faisais les visites tous les jours. Après la visite je prenais les malades VIH qui viennent en consultation. Cela me prend beaucoup de temps. On m'a conseillé après de faire la visite un jour sur deux et de consacrer une journée pour les consultations et les examens complémentaires. Au début je consacrais les mardis et les jeudis pour les consultations ambulatoires. Mais quand mes consultations externes ont commencé, je consacre seulement les jeudis à cela » (Un médecin prescripteur)

Même constat, mais avec un accent particulier sur le manque de moyens:

« On passe beaucoup de temps aux consultations. Il nous manque des moyens pour travailler. Par exemple l'outil informatique nous fait défaut pour le remplissage des dossiers des malades » (Un médecin)

Patients et médecins s'accusent mutuellement du non-respect des rendez-vous. D'un côté, les patients se plaignent des médecins qui ne respectent pas les rendez-vous qu'ils ont eux-mêmes fixés. D'un autre côté, les médecins rejettent la responsabilité sur les patients qu'ils n'hésitent pas parfois à traiter « d'indisciplinés » :

« Il y a aussi le problème de rendez-vous des malades. Quand tu demandes à un malade de venir à 9 h, il viendra à 10 h alors que tu es en consultation (un médecin généraliste).

« Q : Vous dites que parfois ce sont des malades qui viennent quand ils veulent, ils ne respectent pas parfois les rendez-vous, est-ce que vous pouvez expliquer cela de façon plus claire ?

R : Généralement nous voyons les malades mensuellement. Nous leur donnons rendez-vous en fonction de notre calendrier et de notre disponibilité. Moi par exemple, les jeudis je reçois les visites retour. Si par exemple je donne rendez-vous à un malade un jeudi et que pour une raison ou pour une autre, il vient le vendredi qui est le jour de visite du chef de service, il a peu de chance d'être reçu. Mais après la visite, s'il n'y a pas d'urgence, on le consulte » (un autre médecin)

Il n'existe pas de système d'information des patients sur la disponibilité ou non des médecins. Lorsqu'un médecin s'absente, il est difficile sinon impossible d'informer à temps ses patients. Une telle disposition n'a jamais été envisagée par le système d'organisation en place. En général, tous les services de prise en charge organisés connaissent le même

problème. C'est une anomalie de l'organisation que les médecins imputent au manque de moyens auquel ils sont souvent confrontés. Il n'y pas de ligne téléphonique prévue à cet effet. **La plupart des bureaux des médecins ne disposent pas de ligne téléphonique externe.** Les médecins se débrouillent autant qu'ils peuvent. Les files d'attente obéissent ainsi à un ordre d'arrivée des patients. Mais, devant des cas d'urgence, l'ordre est parfois bousculé.

Les patients séro-positifs bénéficient parfois de l'indulgence des médecins qui manifestent de la compassion à leur endroit. En cela, le VIH a contribué à certains égards à réduire la distance sociale qui sépare généralement personnels soignants et usagers :

« Je vous ai parlé de l'autre aspect de la prise en charge qui fait que les malades peuvent venir quand ils veulent ou quand ils l'estiment nécessaire. Les RDV ne sont jamais respectés parce que quand un malade est à court de médicaments, il ne peut pas attendre un ou deux jours avant de venir parce que c'est seulement à cette date que vous aviez RDV avec lui. Quand il présente également une maladie opportuniste grave, c'est la même chose. Il y a plusieurs aspects qui font que nous portons une attention particulière aux malades du VIH.

Q : Est-ce qu'on peut dire que ce sont les malades privilégiés ?

R : Oui on peut le dire parce que aujourd'hui si vous prenez mon calendrier de consultation, il est plein jusqu'au 10 novembre. Cela veut dire que si vous venez avec un bulletin de consultation gastro, vous allez attendre le 10 novembre. Mais si vous venez parce que vous êtes un malade du VIH, que vous soyez nouveau ou quelqu'un que je suis déjà, ce sont des malades à qui je n'impose pas des RDV stricts. Je les vois chaque fois qu'ils viennent, parce qu'a priori je ne sais pas pourquoi ils viennent et il faut les écouter avant de leur dire d'aller revenir tel jour. Et le plus souvent, les problèmes pour lesquels ils viennent doivent être résolus immédiatement ou à court terme » (médecin, HNN)

### ***3.3. La place des personnels subalternes***

Leur action se situe plus au niveau opérationnel ou exécutoire que décisionnel. En effet, certains médecins n'informent pas leur personnel d'appui sur le statut sérologique des patients, ne serait-ce que pour des mesures de sécurité :

« Même les malades à qui on fait le test les médecins ne nous informent pas qui et qui est positif sauf que des fois nous sommes guidés par certains signes tels que la tuberculose, les dermatoses. Aussi les examens qu'on demande chez les malades nous servent d'indicateurs. Il en est de même pour tout malade qui vient du CTA ou de Saga pour la transfusion. » (Infirmier)

D'autres le font uniquement pour des raisons préventives. Cette marginalisation qui ne dit pas son nom s'est soldée par un désintérêt de ce personnel par rapport à la connaissance approfondie du VIH. Ce phénomène participe de la sous-culture ambiante des personnels hospitaliers en matière de VIH. Certains avouent n'avoir jamais vu des ARV de leurs yeux à plus forte raison connaître les procédures de prise en charge. Du sida, ils n'ont qu'une vision profane :

« Dans d'autres structures, quand on dit qu'un malade a le Sida, ils refusent de le toucher. Les gens sont ignorants par rapport au Sida. Aujourd'hui tu demande à un infirmier ce que c'est le CD4, il ne peut pas dire ce que c'est »

#### ***3.3.1. Les infirmiers.***

Ils sont organisés autour du major du service dont ils dépendent. Ce sont eux qui effectuent tous les soins : injections, perfusion, prélèvements, tâches de nursing, etc. Le volume d'activités n'a pas augmenté mais exige des infirmiers un travail plus constant et régulier : apporter les prélèvements en laboratoire, récupérer les résultats des examens, exécuter les consignes de soins, assurer les soins quotidiens (injections, prélèvements, pose de perfusion, écouter les plaintes des patients, assurer les gardes, etc.) Ainsi, cette multitude

d'actes contribue à les mettre dans l'intimité des patients et constitue la source de leur information sur les patients : vie médicale, privé privée. La chronicité de la maladie contribue aussi à déstabiliser les infirmiers. Ils ont l'impression de s'engager dans une aventure médicale sans fin. Mais la réduction du taux de décès peut être le fruit d'un investissement personnel:

« Au 4<sup>e</sup> trimestre, quand le rapport a été établi nous sommes passés à 24 % de décès et nous avons aussi augmenté le taux d'occupation. Il nous est arrivé de faire une semaine et même 15 jours sans avoir un seul décès au pavillon D, alors qu'avant c'est au moins un décès par jour. Nous avons eu à ramener le séjour d'hospitalisation à 3 jours voire 7 jours au 2<sup>e</sup> semestre. Moi-même, je m'impliquais dans les soins » (Un infirmier)

Les raisons des décès antérieurs s'expliquaient, selon notre interlocuteur, par le manque de conscience professionnelle des infirmiers qui avaient délaissé le travail :

« Avant que je ne vienne ici, j'ai eu écho du travail des agents ; c'était une machine qui ne fonctionnait pas parce qu'il y avait des infirmiers qui ne faisaient pas leur travail. Après je les ai amené à prendre conscience qu'ils sont importants et respectueux. » (Major)

Les infirmiers, tout comme les médecins, se plaignent des conditions d'altération physique dans laquelle la plupart des patients leur parviennent en hospitalisation. Ces derniers sont soumis à des soins intensifs qui peuvent durer plus d'une semaine. Ainsi, lorsque le patient arrive dans un état grabataire, le travail est plus intense et épuisant d'après les discours recueillis auprès de nos interlocuteurs. Toutefois, ils trouvent toujours des échappatoires en se déchargeant une partie des tâches sur les accompagnants : le sale boulot. C'est la principale source de tension entre les patients et les infirmiers :

« Il nous arrive de faire les lits de certains malades atteints de gastro-entérite qui salissent leurs lits sans que les parents proches daignent les toucher. En pareille situation, l'infirmier peut s'énerver et tenir des propos incongrus à l'égard du malade, ce qui n'est pas bien. Mais il est obligé de le faire puisque c'est son travail » (Un infirmier)

Gérer les situations de tension et de stress est un problème. Les personnels sont pour les patients un refuge. Ils incarnent à leurs yeux la solution des problèmes psychologiques causés par la maladie : la gestion du statut sérologique, la peur de l'avenir, le regard de la société, les troubles de sommeil, etc. :

« Voyez ce que nous avons comme préoccupation, comme travail ; faire la visite, voir les malades hospitalisés, nos préoccupations personnelles. Vraiment faire ce travail du malade, ce travail sur la famille...c'est pourquoi je dis que nous avons besoin des gens qui sont très impliqués et surtout qui maîtrisent la psychologie parce que en ce moment c'est surtout la psychologie qui nous aide à gérer cette nébuleuse autour du malade » (Médecin, HNN)

Or les personnels ne sont pas toujours armés pour prendre en charge l'ensemble des problèmes soulevés, malgré parfois leur bonne volonté. Dans certains services, les médecins manquent de bureaux individuels. C'est le cas au pavillon Raymond Madras où un petit local doté d'une seule table de bureau sert de bureau pour trois médecins. **C'est là également que ces derniers font les soins VIH.** Dans ces conditions, leur moral en prend un coup :

« On ne tient pas compte du stress que vivent les agents. Bien sûr qu'il y a défaillance puisque je m'énerve parfois. La semaine passée, il y a 3 patients dans une même salle, tous VIH. Deux d'entre eux m'embêtaient, ils voulaient rentrer. Finalement, je me suis énervé, je leur ai dit que c'est leurs malades, s'ils veulent rentrer, ils n'ont qu'à aller, je ne les retiens pas » (Un médecin)

De même les peurs générées à tort ou à raison par le VIH ont des influences sur les attitudes et les comportements des infirmiers : mesures de sécurité, évitements, etc. Parfois, pour se dérober des risques encourus, les anciens se déchargent sur les jeunes stagiaires ou les contractuels.

On retrouve d'autre part certains comportements décriés dans tous les services :

« Le simple tour du service qu'on doit faire chaque jour, les gens ne le font pas. Vous demandez à un infirmier le nombre de malades qu'il y a dans le service, il vous dira qu'il ne sait pas. Je me rappelle une fois, j'étais rentré à la maison à 20 h moins le quart laissant dans le service un malade grabataire. J'ai pris soin de laisser à l'équipe de garde les consignes données par le médecin. Une heure après je reviens je trouve l'infirmier et lui pose la question : dans quelle salle se trouve un malade grabataire ? Il ne sait pas. Tout ceci est dû au fait que les gens ne sont pas motivés. Ils ne font pas le métier par vocation. Ils sont là parce que il n'y a pas là où aller » (Major d'un service hospitalier)

Parfois c'est leur incompétence qui est mise en cause, ajoute notre interlocuteur :

« Les examens tels que NFS, créatine et autres sont communs à tous les malades. Malheureusement, par exemple pour la numération, 80 % des infirmiers ne peuvent pas vous lire une numération. Alors que une numération, lorsque un malade est séropositif, il y a des éléments qui doivent attirer l'attention. Je le dis parce que je travaille avec des infectiologues qui prennent la peine de me l'expliquer. » (Un infirmier major)

### *3.3.2. Les laborantins*

Bien qu'ils opèrent à distance, ils jouent un rôle stratégique dans le suivi des patients VIH. L'avènement du sida a eu un impact sur leurs activités : dotation de nouveaux équipements pour faire les tests, formation du personnel de laboratoire, nouveau dispositif pour répondre efficacement à la demande des services, notamment la remise des résultats et la compilation des données statistiques. En cela, les laborantins se trouvent selon eux confrontés à un volume de travail important que leur impose le suivi des patients PvVIH. Ils éprouvent parfois des insatisfactions relatives au manque de moyens de travail qui perturbe leur productivité. La rupture de réactifs intervient de temps en temps :

« Avant, il y avait des ruptures intempestives des réactifs. Je faisais tout pour m'en procurer. Avant, même les réactifs pour faire les numérations manquaient. Quand je fais des bons que j'envoie au ministère, on me dit qu'il n'y en a pas (Une laborantine)

A ces difficultés s'ajoutent d'autres types de dysfonctionnements qui touchent l'organisation même des services de laboratoire accusés de négligence par les services de prise en charge :

« Il y a des bulletins qui se perdent. Si on ne retrouve pas les examens demandés, c'est dommage pour la prise en charge parce qu'il y a certains malades pour lesquels on doit reprendre le même examen. 2 ou 3 fois parce que entre temps les bulletins se sont égarés » (Un médecin)

De même, la production des données statistiques assurée par les services de laboratoire pose parfois problème :

« Avant on travaillait en collaboration avec le programme Sida. X était mon patron. Deux moi après j'ai démissionné parce que je ne pouvais plus travailler avec lui. Notre rupture avec le programme Sida c'était depuis 2000. Et depuis cette date je n'ai pas donné les statistiques de l'hôpital. Je suis surprise d'entendre les statistiques ou l'indice de séroprévalence en l'absence des données de l'hôpital national. ». (Une laborantine)

## **3.4. La charge de travail supposée ou réelle**

### *3.4.1. Les visites et les consultations*

Elles occupent l'essentiel des activités des personnels. Le temps qui leur est consacré varie en fonction de plusieurs paramètres : le nombre de patients, les motifs de la consultation, etc.

« Mes consultations habituelles c'est mardi et jeudi mais tous les jours je vois les malades VIH en consultation ; c'est-à-dire en dehors de mes activités ordinaires du jour. Par

exemple les vendredis et les jeudis, je fais la visite des services. Quand il y a des PvVIH qui viennent me voir, je suis obligé de les voir avant ou après la visite de mes malades du service » (Un médecin)

Dans les deux cas, en moyenne une consultation dure au moins une demi-heure :

« Q : Est-ce que vous avez le sentiment que cette prise en charge des PvVIH est une charge supplémentaire ?

R : Vraiment c'est une charge supplémentaire, si c'est un ancien malade, sa consultation prend au minimum 15 mn, les nouveaux au moins 30 mn » (Un médecin)

Lorsque les consultations se doublent de questions cliniques et sociales, elles demandent plus de temps :

« La consultation d'un malade VIH, cela prend entre 30 mn à 1h parce que le malade vient des fois dans un état dépressif » (Médecin prescripteur)

Un médecin confie que sa liste de consultation peut contenir les jours d'affluence jusqu'à 15 malades. Mais le mode de fonctionnement interne du pavillon Raymond Madras, bâti sur la complémentarité et la permutation, permet de pallier à la non disponibilité des médecins :

« Tous les malades sont mis ensemble. Ce sont des malades en commun parce qu'il y a des absences qui peuvent se poser ; des contretemps. On a fait en sorte que si un médecin est absent, son malade puisse être pris en charge par le médecin qui est là » (Un médecin)

### 3.4.2. Le remplissage des dossiers

C'est l'activité la moins appréciée de la prise en charge des patients PvVIH. Son importance en volume de travail fait que certains médecins lui consacrent un temps spécial dans leur calendrier. D'autres en font fi. Ils sont confortés dans leur position par le manque de supervision :

« Nous faisons seulement les ordonnances qu'on donne aux malades. On ne remplit même pas les dossiers.

Q : Pourquoi ?

R : Puisque il n'y a pas de supervision, nous aussi on laisse tomber

Q : Mais vous le faites pour les malades, pas pour les superviseurs !

R : On prescrit les ordonnances, ce sont les dossiers qu'on ne remplit pas

Q : Vous pensez donc que les renseignements que vous devez mettre sont inutiles ?

R : C'est très important pour évaluer la prise en charge du VIH parce que ce sont des médicaments qui sont très dangereux pour la santé. Je les connais comme il le faut

Q : Mais alors pourquoi vous ne remplissez pas les dossiers ?

R : Parce que les malades viennent en retard d'abord, Il y a beaucoup d'autres malades à voir. Si tu dis que tu vas remplir un dossier, cela risque de le prendre une heure de temps parce qu'on a pas de matériel. Il faut chercher un tensiomètre ici, une balance par là, ça ce n'est pas du boulot. Alors que dans leur évaluations, il faut faire le bilan, la tension, la température, etc. » (Un médecin)

Pourtant, les dossiers constituent la mémoire et la référence du médecin dans la trajectoire des patients :

« Les données recueillies sont importantes et capitales pour la continuité de la prise en charge parce que c'est ce qui permet d'évaluer l'efficacité de la prise en charge. Les plaintes du malade, l'observance du traitement sont des données très importantes. Quand il y a un problème, on se réfère à ces données pour savoir si le malade est observant, connaître l'histoire de son traitement, etc. » (Médecin prescripteur).

Le remplissage des dossiers se fait par les médecins consultants. Il est un maillon important de la prise en charge car il y a du suivi régulier des patients. En même temps, il s'inscrit dans une logique épidémiologique, et permet par exemple de quantifier les besoins en médicaments. Les dossiers permettent de mesurer la situation de la pathologie. En cela elle devient une activité incontournable, même si elle est jugée harassante par la plupart des médecins. Par ailleurs, le remplissage des dossiers est un indicateur d'auto évaluation.

### *3.4.3. Le staff du jeudi de l'HNN*

Comme au CTA, un staff régulier regroupe les médecins, qui discutent et échangent entre eux avec l'appui de Solthis. Le staff du jeudi constitue une alternative au déficit de la culture de réunion au Niger. Mais son institution dans l'emploi du temps des médecins prescripteurs est diversement appréciée. Certains le conçoivent comme un prolongement normal de leurs activités. Ils considèrent que Solthis l'a initié pour deux raisons : l'intérêt des malades et celui des médecins (échanges avec les collègues). D'autres, au contraire, y voient un supplément de travail.

D'autres encore jugent le staff comme une forme de collaboration pour laquelle ils sollicitent plus d'investissement de la part de Solthis :

« Q : Comment se fait l'appui que Solthis vous apporte ?

R : Elle coordonne les activités, du moins elle nous aide à le faire. Tout récemment elle a fait don des équipements (tensiomètre, stéthoscope, balance, etc.). Mais c'est une commande de l'année passée. Elle nous aide dans l'organisation du staff médical.

Q : Comment est-ce que vous jugez cet appui ?

R : Bon c'est déjà bon, mais je pense que cela devrait être beaucoup plus conséquent. Je pense qu'elle peut aider les malades socialement. Elle peut faire encore mieux. Car il faut vraiment des ONG qui aident ces malades pour les frais de taxi et des examens » (Un médecin)

« Le seul truc qu'ils n'ont pas pu faire avec nous, c'est qu'on avait demandé un appui en supplémentation alimentaire pour nos malades et leurs familles » (Un autre médecin)

### *3.4.4. Un travail supplémentaire*

La part du VIH dans les activités quotidiennes des services n'a pas manqué de soulever des réactions multiples de la part des différentes catégories des personnels de santé qui assurent d'une façon ou d'une autre le suivi des patients PvVIH. La plupart éprouvent un ressentiment vis-à-vis de ce qu'ils appellent un supplément de travail non rémunéré qui vient perturber le fonctionnement normal de leurs services. Les médecins restent les plus critiques à cet égard.

« Le VIH est une pathologie lourde qui demande un investissement plus important donc une charge de travail pour les médecins » (un médecin de l'HNN).

Pour d'autres, c'est un travail stressant compte tenu des situations d'urgence qu'il faut parfois gérer même en dehors du cadre professionnel :

« Des malades m'appellent au téléphone même la nuit pour tel ou tel problème pendant que je dors » (Un médecin)

Mais en même temps l'absence de médicament pour guérir du sida renforce la méfiance des personnels de soins. Cette opinion est partagée par les paramédicaux (infirmiers, laborantins, éducatrices thérapeutiques et assistantes sociales) qui sont dans la chaîne de soins aux patients PvVIH.

Derrière le discours récurrent sur la charge de travail, se profile une réalité qui permet de relativiser les propos des uns et des autres. Selon nos observations sur le temps de travail des médecins, il ressort qu'ils travaillent moins qu'ils ne le disent. Leurs activités débordent rarement le cadre du volume horaire journalier de 8 h réglementé par la fonction publique qui est leur principal employeur :

« Q : Est-ce que la prise en charge du VIH a désorganisé votre schéma de travail ?

R : Pas désordonné, mais augmenté le volume du travail

Q : Dans quel sens ?

R : C'est-à-dire qu'en dehors de la visite générale qu'on fait, on est obligé de leur consacrer un temps

Q : Si vous consultez de 8 h 30 à 13 h 00, vous avez les après-midi pour vous reposer, est-ce qu'on peut parler de charge de travail dans ce cas ?

R : Si, les après-midi, il y a toujours un médecin

Q : Qui fait la garde ?

R : Oui, mais quand il y a des ordonnances à faire c'est lui qui s'en charge

Q : Mais les autres sont libres pendant ce temps !

R : Oui à partir de 13 h 30 ils sont libres sauf s'ils sont en consultation. Par exemple les mardis matins on ne prend pas en consultation le VIH. Et les médecins qui ne sont pas en consultation externe sont là pour les malades.

Q : Quel est le volume horaire d'un médecin ? Est-ce qu'il doit travailler 8 heures de temps par jour ?

R : C'est le médecin qui ménage son temps

Q : Il peut faire deux heures et quitter ?

R : Oui, s'il finit. Et il ne peut même pas quitter puisque il y a des ordonnances à faire aux malades. S'ils disent qu'ils ne peuvent pas payer, on les envoie des fois en compagnie du psychologue voir dans quelle mesure on peut les prendre en charge

Q : Si je vous comprends, vous parlez de charge de travail en comparaison à ce qui se passe dans les autres services ?

R : Même dans les autres services je pense que c'est ça

Q : Quand vous dites que la prise en charge des PvVIH augmente la charge de travail, est-ce que dans les autres services il y a moins de travail que chez vous ?

R : Partout où il y a les médecins prescripteurs c'est la même chose et chez nous tous les médecins sont prescripteurs dans les autres services non. Certains médecins des autres services réfèrent leurs malades ici

Q : En pédiatrie où vous voulez partir, il n'y a pas de charge de travail ?

R : Si ! D'ailleurs il y a plus de travail qu'ici » (Un médecin)

En vérité, la surcharge de travail dont il est question soulève des interrogations. Ce problème a fait l'objet de plusieurs analyses socio-anthropologiques (Jaffré & Olivier de Sardan, 2002 ; Moumouni & Souley, 2003), qui ont mis en évidence la faible productivité des personnels de santé. Parfois c'est le temps passé au travail qui est assimilé à du temps de travail. Les changements produits par le sida sur le travail des personnels sont perçus négativement pour diverses raisons.

Sur la base des récriminations des personnels de santé, se faufile une préoccupation souterraine qui s'articule autour des enjeux financiers du sida. Ainsi, ils sont plusieurs à penser que le sida draine des ressources financières importantes dont ils ne jouissent pas en tant que principaux acteurs de la prise en charge des patients :

« Dans le sida, il y a ceux qui mangent, ceux qui souffrent, et ceux qui travaillent » (un infirmier).

Il y a aussi ceux qui restent en retrait de ces enjeux financiers pour ne s'occuper que de leur travail. Leur logique d'action tranche avec la tendance ambiante :

« Il y a ceux qui voient l'argent et ceux qui ne le voient pas. Je n'ai jamais bénéficié d'un franc dans le cadre de la prise en charge. Je mets quiconque au défi de me le prouver. S'il y a de l'argent, il y a de l'argent partout ! Je pense qu'il faut voir la question sous deux aspects : Moi je suis un hospitalier, je suis dans un hôpital. A ce titre, je prends en charge des malades du Sida au même titre que je prends en charge les autres malades. L'activité que je mène fait partie des activités de prestataires de soins. A ce titre, je ne pense pas qu'il faille me faire une rémunération particulière bien que j'ai souligné que cela constituait une augmentation de travail et je vous ai expliqué pourquoi » (Un médecin)

Selon ce médecin, les ressources que draine le sida doivent être utilisées pour améliorer la prise en charge :

« Je pense que même s'il y a de l'argent, il faut savoir utiliser. Il est vrai que l'argent existe tout le monde le sait. Mais il faut réfléchir quant à l'utilisation de cet argent pour que toute la communauté puisse en bénéficier. Mais encore une fois moi je n'ai aucune rémunération liée à la prise en charge des malades du Sida » (Un médecin)

De même, il y a ceux qui assimilent leur travail au bénévolat, et n'attendent aucune forme de retombées pécuniaires :

« Avec tous mes autres collègues d'ailleurs, nous faisons du bénévolat.

Q : Est-ce la raison pour laquelle les gens refusent d'être prescripteurs ?

R : Je pense que cela fait partie de la question que tout le monde nous pose. Qu'est-ce que vous gagnez dedans ? Que voulez-vous que je leur réponde ? Si c'est la rémunération qui doit les motiver, c'est leur problème. Moi, je respecte toutes les opinions. Maintenant, au delà, il faut voir l'intérêt des malades » (Un médecin)

C'est également l'avis d'un autre praticien :

« Il me semble que celui qui s'engage dans cette affaire le fait pour des raisons humanitaires. Mais certaines ONG vivent du Sida, elles profitent du Sida et se paient des 4x4 et circulent dans la ville »

Ces opinions variées renvoient en dernière analyse à l'idée que les personnels se font de la prise en charge. Certains perçoivent leur entrée dans ce domaine de manière positive sur plusieurs plans (professionnel, thérapeutique et social)

« Q : Que pensez vous, maintenant que vous travaillez avec les PvVIH ? Est-ce un atout ou bien un handicap ?

R : C'est un atout pour moi, puisqu'on m'a même envoyé jusqu'à Dakar pour suivre une formation. C'est une porte qui est ouverte et d'ailleurs aujourd'hui je pense me spécialiser en maladies infectieuses. Auparavant, j'avais voulu faire pédiatrie, mais maintenant, je préfère faire infectiologie » (Un médecin)

De même :

« Pour moi c'est un avantage parce que d'abord sur le plan de réalisation personnelle ça m'a permis d'avoir un certain nombre d'informations comparativement à mes collègues qui ne sont pas dans le domaine. Sur le plan relations humaines j'ai pu être en relation avec des gens que je n'aurais pas vu si je n'étais pas dans le domaine et nous avons tissé des relations qui servent encore dans notre vie courante. C'est un apport que j'ai eu grâce à mon engagement dans la lutte contre le sida. Ça m'a permis de mesurer un peu plus la souffrance humaine par rapport à ce fléau. J'ai eu une vision que les autres qui ne sont pas dans le domaine n'appréhendent pas. Et ils me demandent à moi de venir leur expliquer pourquoi ceci ou pourquoi cela » (Un médecin)

De plus, socialement, les changements ont été significatifs :



« Q : Est-ce que depuis que vous travaillez avec les PVVIH quelque chose a changé en vous sur le plan relations sociales ?

R : Mes rapports ont changé mais dans mon entendement dans le bon sens. Avant on entendait parler du sida mais quand tu es en contact avec les PVVIH tu prends conscience qu'elle existe dans ce cas tu vas mieux organiser ta vie sexuelle. Je parle beaucoup avec mon partenaire de ça. Avant on entendait ça à la TV et à la radio comme tout le monde. Mes relations avec la famille aussi ont beaucoup changé avant je ne parle pas de ça avec mes sœurs et frères mais là par exemple quand ils veulent se marier je leur dis ah, faites vos examens, si tu ne peux pas t'abstenir utilises le préservatif. Mais souvent mes frères ça les dérange quand je leur parle de sida, de prendre des précautions. Ils sont gênés, je suis leur grande sœur et je parle de ça avec eux, ils rigolent parfois. Mes relations ont vraiment beaucoup changé car avant je ne parlais pas de sida en famille ou avec mon partenaire, avec le contact de mon travail j'ai dépassé ce tabou même à la maman je lui dis quand tu prends quelqu'un pour le travail expliques lui que souvent on fait des examens pour son bien car le risque c'est que la personne peut se couper, être en contact avec un enfant mais elle ne sait pas ce qu'elle a. » (Technicienne supérieure d'action sociale)

### ***3.5. Une modification de la vision des rapports ?***

« Q : Est-ce que le fait de travailler avec les malades de sida a changé vos relations ?

R : Oui ça a changé, je sensibilise mes grands enfants et même les petits pour leur dire que le sida existe. Il faut savoir faire attention car on ne sait pas qui est contaminé et qui ne l'est pas. Même mes enfants, quand je les rase j'utilise pour chacun une lame différente. J'explique cela aussi à mon mari car vous savez les hommes font ce qu'ils veulent. Je lui ai dit clairement : je ne peux pas t'empêcher de faire ce que tu veux, mais saches que tu es en train de courir des risques, alors prends des préservatifs. Bien qu'il y ait des condoms qui se déchirent facilement.

Q : Cela a donc changé votre vie sexuelle ?

R : Ça a changé car tant que tu es avec quelqu'un, il faut faire attention. J'avais divorcé avec mon mari et on voulait revenir ensemble, alors je lui ai demandé qu'on fasse le test tous les deux, heureusement pour moi le test a révélé qu'il était séropositif. Heureusement pour moi, car j'allais retourner avec lui. J'ai gardé le résultat avec moi-même, lui ne le sait pas. Mais chaque fois quand il vient me voir je lui dis qu'il est maigre, que peut-être il doit chercher à savoir ce qu'il a, mais il me dit qu'il n'a même pas de maux de tête.

Q : Il ne connaît même pas son état ?

R : Non, car il a dit qu'il préfère mourir que d'apprendre son résultat. » (Infirmière certifiée)

### ***3.6. La collaboration médicale dans le cadre de la prise en charge***

Officiellement, il n'existe aucun texte qui formalise cette collaboration dans le cadre de la prise en charge. On sait néanmoins que la prise en charge du patient VIH a imposé une logique de travail en équipe et de collaboration interdisciplinaire et institutionnelle :

« Q : Est-ce à dire que le VIH vous a imposé une collaboration ?

R : C'est comme toute maladie, il faut collaborer. Moi en tant que infectiologue si j'ai affaire à un diabétique il va de soi que je demande l'avis d'un endocrinologue ». (Un médecin)

Dans ses configurations actuelles, la prise en charge se présente sous plusieurs faciès : collaborations interpersonnelles, inter-hospitalières et inter-services hospitaliers.

#### ***3.6.1. La collaboration interpersonnelle***

C'est le type de relations que privilégient les personnels de santé notamment les médecins pour requérir l'avis ou l'intervention de leurs collègues des autres services. Elle

s'inscrit dans un registre personnalisé où ce sont les relations interpersonnelles qui sont mises en avant (amitiés, estime professionnelle, sociabilités diverses, etc.) :

« Q : Quelles sont vos relations avec le personnel des autres services ?

R : Avec les autres services, le pavillon R. Madras de l'hôpital de Niamey et le CTA, nous avons des relations très étroites surtout que ce sont des collègues et amis qui sont là-bas. Donc même à travers les relations amicales nous arrivons à surmonter certaines difficultés. C'est vraiment des piliers sur lesquels repose notre stratégie parce que la plupart des malades qui nous arrivent dans des stades assez avancés ce sont ces structures qui nous aident à les gérer. Parce que nous, nous avons une structure très légère qui ne peut prendre en charge que des situations assez maîtrisables. Ces deux structures sont donc incontournables dans notre stratégie » (Un médecin)

La collaboration interpersonnelle a la particularité de se dérouler en dehors du circuit officiel bien qu'elle soit parfois régie par une fiche de liaison. Lorsque c'est un simple avis qui est demandé, la fiche de liaison n'est pas indispensable. Il faut reconnaître que la collaboration interpersonnelle permet de dissiper les malentendus qui se glissent parfois entre les services de prise en charge et les services de référence. Par exemple les chirurgiens sont réticents à recevoir les patients provenant des maladies infectieuses. Ils justifient leur position par le non respect des procédures de référence : déclaration du statut sérologique des malades, imprécision des demandes, etc. :

« Oui, nous avons l'habitude de référer les malades à VIH qui ont une pathologie chirurgicale. Pour la référence, généralement, nous prenons le dossier du malade, nous rencontrons le chirurgien en lui parlant de la pathologie chirurgicale dont souffre le malade. Nous ne sommes pas obligés de lui dire le statut du malade parce qu'il censé prendre ses précautions. » (Un infectiologue)

Les personnels demandeurs agissent ainsi, d'après eux, dans un souci de préservation de la confidentialité des patients. Dans un cas comme dans l'autre, la collaboration interpersonnelle se passe bien :

« Personnellement lorsqu'un malade requiert une prise en charge chirurgicale, je contacte le chirurgien de mon choix en fonction de mes critères que sont la spécialité de la personne, la disponibilité du chirurgien parce que vous savez qu'en chirurgie il y a des gens qui sont beaucoup accessibles plus que d'autres. Parfois, en fonction de mes rapports personnels avec le chirurgien. Je veux dire que si vous demandez tel acte chirurgical, il faudrait bien que le chirurgien sache pourquoi vous le demandez. Avant tout c'est le secret partagé » (Un médecin)

### 3.6.2. La collaboration inter-services hospitaliers

Elle concerne les services dont la compétence est plus ou moins nécessaire pour la prise en charge. La collaboration interservices s'incorpore mal dans le nouveau contexte du VIH. Les réflexes classiques perdurent et se reproduisent malgré tout :

« Les chirurgiens ne sont pas très motivés pour les opérer les malades VIH. Il y a une certaine réticence de leur part. Ce problème a été posé entre nous. Nous avons décidé de les rencontrer pour en discuter. » (Un infirmier)

Des malentendus nombreux se manifestent, sous plusieurs formes.

Les procédures sont parfois défailtantes. Elles mettent généralement en cause les systèmes de communication. Les demandes ne sont pas accompagnées de fiche de liaison comprenant toutes les informations sur le malade. Même lorsqu'elles le sont, il n'y a pas d'échanges oraux entre praticiens des deux bords. On constate aussi diverses formes de négligence.

« Q : Vos demandes sont-elles formulées sous quelle forme ?

R : On écrit une fiche de liaison dans laquelle on explique pourquoi on adresse tel malade

Q : Qu'en est-il du délai de la réponse ?

R : Vous savez quand vous demandez l'avis d'un spécialiste, cela n'est possible que ses jours de consultations parce qu'ils ne consultent que sur rendez-vous. Autrement la réponse à la question peut durer » (Un médecin)

« On a eu le cas d'une malade qui était hospitalisée pour un problème médical. Quand le problème a été résolu, nous avons constaté qu'il y avait une constante chirurgicale. On l'a référée en chirurgie, on est parti ensemble et on a expliqué que c'est un terrain qui présente telle chose, Ça fait plus de 6 mois maintenant, ils disent que ce n'est pas leur problème, c'est au niveau de la maternité. A la maternité aussi, on le renvoie en chirurgie. S'il vous plait, si elle était venue en consultation sans qu'un médecin d'ici la réfère là-bas, est-ce que ça devait poser problème ? Et chaque fois que je pose son problème, on ne me donne pas des explications convaincantes » (Un médecin)

Parfois des bulletins d'examen disparaissent.

« Ce que je déplore dans ce service, c'est que les gens travaillent dans l'anarchie totale. On ne se retrouve pas parce que tous les dossiers sont dans le bureau du médecin chef, de sorte que quand il s'absente, quand on a besoin d'un dossier, si le malade est là, on consulte le malade mais on ne peut remplir le dossier, puisque c'est dans le bureau du médecin chef et il n'est pas là. Parfois il laisse la clef mais parfois, il oublie et part avec. La 2e chose, c'est que tout est désordonné

Q : C'est-à-dire ?

R : Quand par exemple nous demandons le dépistage, normalement nous devons avoir un casier ou bien un document dans lequel on doit mettre tous les dépistages. Là on sait que les dépistages sont dans tel casier et c'est là-bas qu'il faut aller les chercher. C'est la même chose pour le bilan. Quand on lance le bilan pour la glycémie, urée, créatine, CD4 c'est pareil, c'est-à-dire que tout est mélangé. Quand on amène les résultats, on donne ça au médecin qui est là, il dépose ça où il veut. Il n'y a pas un endroit spécifique où on classe les examens. Ce qui fait qu'il y a certains examens qui se perdent. Par exemple quelqu'un peut demander un examen. On me remet ça, je glisse ça dans ce tiroir où il y a du n'importe quoi. Celui qui l'a demandé va beau chercher sans pour autant le retrouver et ça rend le travail encore plus difficile. Quand le malade vient pour son résultat, pour retrouver le bulletin c'est tout un problème. Pour cela, on a demandé à Solthis de mettre à notre disposition une armoire dans laquelle chaque médecin va classer ses dossiers et ses résultats. Ainsi, il y aura moins d'anarchie. Jusque là on attend l'armoire puisque Solthis nous l'a promise » (Un médecin)

### 3.6.3. La collaboration inter-hospitalière.

Cette collaboration fonctionne sur le mode classique des relations entre hôpitaux. C'est-à-dire des relations antérieures au VIH. Elle porte sur des aspects particuliers : transfert de malades, examens, compléments de diagnostics, etc. Souvent, ce sont les disponibilités techniques qui commandent la collaboration entre structures hospitalières. Celle-ci s'impose parfois pour des logiques thérapeutiques :

« On est obligé de voir avec les partenaires ou les autres services tels que le CTA quand nous nous avons un patient qui est en échec thérapeutique » (Un médecin)

Parfois, elle permet de faciliter l'accessibilité de la prise en charge des patients. Par exemple, entre l'hôpital et le CHU : les prélèvements effectués sur les patients de l'hôpital sont envoyés au CHU pour des raisons de coût :

« Pour les examens gratuits, nous établissons le bulletin, le major fait le prélèvement et l'envoi au CHU. Habituellement, les prélèvements que nous faisons sont envoyés à l'hôpital Lamordé, car là bas les examens coûtent moins cher qu'ici » (Un médecin).

Notons que la collaboration inter-hospitalière est peu fonctionnelle. Les hôpitaux ont des logiques de cloisonnement qui tranchent avec la vision globale de la prise en charge du VIH.

## 4. Les pratiques soignantes à l'épreuve du SIDA

### 4.1. L'appréhension et la gestion du risque

#### 4.1.1. L'appréhension des risques

##### Le risque zéro n'existe pas

Les soignants ont le sentiment d'être exposés à tout moment aux risques de contamination dans l'exercice de leurs professions. Ils ont la ferme conviction que le risque zéro n'existe pas. Toutefois, ils pensent qu'ils ne sont pas exposés aux risques de la même manière. Leur appréhension des risques varie selon la nature et le degré de l'exposition.

Premièrement, nous avons la nature de l'exposition aux risques. Les soignants estiment que celle-ci diffère selon les situations de risques particulières à chaque service.

A la maternité, les soignants, particulièrement les sages-femmes, sont exposées aux AES en pratiquant la section du cordon ombilical. Il y a toujours à craindre le contact des jets de liquide amniotique ou de sang dans les muqueuses au niveau des yeux. Dans les structures où il n'existe pas de gants appropriés pour la révision utérine, l'usage des gants courts ne garantit pas une protection.

« Ce sont les petits gants qu'elles portent qui s'arrêtent aux poignets ; or quand elles mettent les mains dans l'utérus c'est jusqu'aux coudes, vous voyez, elles courent des risques. » (Gynéco-obstétricien)

Au bloc opératoire, l'anesthésiste est considéré comme le premier exposé aux risques en faisant les perfusions. Il arrive qu'il coure des risques en se piquant avec le cathéter ou en présence d'une bouche qui saigne. Quant au chirurgien il court le risque de se couper avec le bistouri. Les jets de sang lors des interventions ne sont pas rares :

« Le sang se verse sur les tables, le sang se verse partout, c'est vrai qu'on porte des chaussures, mais ce n'est pas évident. » (Aide anesthésiste)

Pour l'ensemble des soignants du bloc opératoire, c'est la pratique courante de la transfusion qui les expose le plus aux risques. Les poches peuvent se perforer, les mettant alors en contact avec le sang. Même si ce sang est normalement sans danger, car déjà testé, ils craignent que le sang du malade se mélange avec celui de la poche et le contamine en retour. Le risque est d'autant plus grand qu'il n'existe pas de dépistage systématique pour les patients qui se font opérer.

« On court vraiment un grand risque. Parce que tu peux te piquer avec un malade, et tu ne sais pas s'il est séropositif ou pas et c'est un autre problème ! » (Infirmière)

Au service des urgences, les soignants reconnaissent volontiers que la nécessité de réanimer les patients avec des gestes rapides les amène parfois à omettre de porter des gants même pour des actes sanglants.

« C'est l'urgence parce qu'on suppose que le temps qu'on va prendre pour trouver des gants le malade peut mourir. Cependant je sais que c'est très dangereux. » (Infirmière)

En pédiatrie, les soignants trouvent qu'ils prennent rarement des précautions pour se protéger. Le bon état général de certains enfants et parfois l'empressement leur fait oublier toute possibilité d'infection par le VIH. Les infirmières affirment avoir souvent posé des cathéters en cas d'urgence sans gants. L'idée qu'un enfant puisse aussi être porteur du virus n'a été intégrée dans les pratiques de certains d'entre eux que tout récemment, comme nous le témoigne cette infirmière :

« Au début quand on était venu on ne savait pas qu'il y avait des petits enfants avec la maladie. On travaillait sans gants. Mais une fois Dr D. a demandé, vu l'état d'un enfant son

statut sérologique, et cet enfant était séropositif, et c'est à ce moment que je me suis rendue compte qu'il y a des enfants séropositifs avec nous. Depuis, (en 2004) on a commencé à utiliser des gants mais pas toujours. Même hier j'ai travaillé sans gants. Il n'y avait pas de gants à côté et j'étais pressée de traiter l'enfant, sinon on doit porter normalement des gants. » (Infirmière)

Au laboratoire d'analyse, le personnel considère qu'il court d'énormes risques avec les échantillons. La moindre erreur les expose à la contamination par les piqûres, les éclaboussures lors des manipulations. Il déplore également le fait que subsistent encore certains procédés désuets comme le pipetage à la bouche.

« Nous manipulons des objets à risque par exemple on fait encore le pipetage à la bouche, pas toujours mais ça existe. » (Technicien de laboratoire)

En chirurgie dentaire, les soignants estiment qu'ils courent un grand risque lorsqu'ils procèdent à l'anesthésie locale sur le patient. Ils craignent également de se couper lors de certains actes chirurgicaux.

La nature de l'exposition aux risques ne varie pas seulement suivant les espaces, mais aussi selon les relations particulières qui peuvent exister entre soignant et patient. C'est le cas par exemple de ce médecin qui est le parent d'un couple séro-discordant où la femme n'est pas au courant de la séropositivité du mari. Il les reçoit tous les deux en consultation et se dit obligé de soigner le mari sans prendre des mesures de protection pour lui-même.

« Son épouse est médecin. Il refuse de venir ici (structure de santé), et si je prends des gants pour faire le prélèvement, la femme va dire 'pourquoi tu mets les gants, c'est ton parent !' et là je cours d'énormes risques... » (Médecin)

Il se pose alors le problème de la confidentialité que nous aborderons plus loin.

Deuxièmement, la différence dans l'exposition aux risques est aussi de degré. En effet, même si les soignants considèrent qu'ils courent tous des risques dans l'exercice de leurs fonctions, ils trouvent néanmoins qu'ils sont exposés aux risques à des degrés différents suivant les catégories auxquelles ils appartiennent. Ainsi, les cliniciens prescripteurs d'ARV représentent la catégorie la moins exposée. Ils reçoivent des patients qui sont le plus souvent au préalable passés par un système de filtrage, ce qui leur permet de repérer à l'avance ceux qui sont séropositifs. Le filtrage peut s'effectuer à l'intérieur d'une structure, ou au niveau de l'aiguillage, où certains patients sont orientés par présomption vers un médecin prescripteur d'ARV.

« On orientait le malade parfois quand il est suspect et c'est le médecin qui fait le *counseling*. Quand on prend l'initiative de faire le test, on montre le résultat du test au médecin et après on dit au malade d'aller le voir. » (Infirmière, aiguillage)

Le filtrage se fait également par le biais de la référence dite interne, toujours à l'intérieur d'une même structure. Ainsi, il peut s'agir d'une référence entre deux services, d'un médecin généraliste sans expérience de prise en charge de PvVIH vers un spécialiste. Il peut s'agir aussi d'une référence à l'intérieur d'un service entre un technicien de santé et son médecin chef.

« Tout malade qui entre, il y a un bilan à faire. Si après le bilan on ne voit rien et qu'on remarque des signes qui nous font penser à ça (VIH), avec l'accord du médecin moi en tant que major je fais le *counseling*. Si le malade accepte, on fait le prélèvement et j'annonce le résultat. Pour la prise en charge, je réfère le malade au médecin. » (Infirmière Major, médecine)

Enfin le filtrage se fait par la référence à partir d'une structure périphérique vers un hôpital. Par exemple un médecin militaire explique comment s'organise son travail de prise en charge des PvVIH :

« Ici nous travaillons pour les PvVIH toujours en terme de référence, ce sont les infirmeries périphériques qui nous envoient les malades. Les dépistages se font dans les infirmeries périphériques et on nous envoie les gens à qui on fait une prise en charge médico-psychologique.

Q : Ils ne font pas de prise en charge ?

R : Oui, sauf à la Garde Républicaine. Ils viennent prendre les médicaments ici mais la prise en charge et l'hospitalisation c'est à leur niveau. » (Médecin)

Les médecins prescripteurs reçoivent donc pour la plupart du temps des patients dont la séropositivité est déjà connue ou suspectée. De ce fait, ils prennent leurs précautions pour se préserver de tout risque de contamination.

« Nous (médecins prescripteurs) sommes un peu plus avertis. Dieu merci, chaque expérience que nous avons eue dans ce domaine nous permet de pouvoir éviter dans une grande partie les manipulations qui peuvent être dangereuses sans prendre des précautions. Même nous, il nous arrive de manipuler des patients sans porter des gants mais ce n'est pas très courant, car nous ne recevons que des malades qui sont filtrés c'est-à-dire des malades qui nous arrivent avec certaines indications, on est toujours vigilants sur comment aborder ces malades. » (Médecin)

Les soignants qui travaillent avec certains outils considèrent que ceux-ci sont des canaux par lesquels les risques d'être contaminés sont élevés. Les aiguilles et le matériel tranchant sont couramment incriminés. Ceux qui sont en contact fréquent avec ces outils sont les plus exposés. Il ressort des discours que les infirmiers occupent sur ce plan le devant de la scène. Nombreux sont ceux qui ont été fréquemment sujets à des cas d'accidents d'exposition au sang (AES).

« On peut se piquer sans le savoir.

Q : Ça vous est arrivé ?

R : Oui, on s'est piqué plusieurs fois et on a aussi reçu plusieurs fois des jets de sang dans les yeux. » (Aide chirurgien Major)

« Ça m'est arrivé trois fois avec des malades. Il m'est arrivé une fois après avoir piqué un malade PVVIH avec la même aiguille. » (Infirmier, hospitalisation)

« Si ce n'est pas à cause de Dieu, moi je sais que le nombre de fois que je me suis piquée à F. j'allais être contaminée. » (Infirmière, médecine)

« Heureusement que je n'ai pas eu ça (VIH) car j'ai été plusieurs fois piquée par une aiguille après l'avoir utilisée sur un malade. » (Infirmière, Major)

Les causes avancées par les infirmiers eux-mêmes font référence d'une part à leur trop grande proximité avec les patients, d'autre part au fait que les outils communément incriminés font partie intégrante de leurs pratiques de soins. Mais ils relèvent aussi en creux d'autres causes à savoir : leur propre inattention, la faute d'un collègue ou d'un patient, le manque ou parfois l'inexistence de matériels de protection, et le phénomène de la routine dans la pratique.

Si les infirmiers estiment que les accidents d'exposition sont inévitables dans leur travail, ils reconnaissent aussi qu'ils font parfois preuve d'inattention lorsqu'ils pratiquent les injections.

« Je suis restée trois mois en stage au pavillon Madras, je piquais les malades sans beaucoup de précautions. Après on m'a même raconté que parmi les malades que je prenais en charge, il y en a même qui sont décédés. Ça n'a pas été facile pour moi. » (Infirmière, médecine)

« Je me suis piquée, regardez ici... une fille qui était méningitique qui était décédée, j'essayais d'enlever l'aiguille on dirait que quelqu'un m'a poussé ça m'a piqué. » (Infirmière, pédiatrie)

Toutefois, ils sont aussi prompts, parfois à juste raison, à incomber la faute au collègue ou même au patient.

« Il y a un infirmier qui a fait une injection à un PvVIH et qui a laissé l'aiguille sur le plateau. Un autre infirmier est venu, il n'a pas vu l'aiguille et il s'est piqué avec. » (Infirmière, suite des couches)

« Au moment de la vaccination de mars, notre manœuvre a jeté une seringue avec aiguille dans la poubelle, elle m'a piqué. Mais avec l'aide de Dieu il n'y a rien eu. » (Infirmière, pédiatrie)

« Une femme avait amené un enfant bien potelé, lors de l'intraveineuse ça été difficile parce qu'on n'arrivait pas à avoir la veine. Alors on l'a amené au bloc pour lui raser la tête et placer un cathéter. Après la pose du cathéter, la lame, les produits et la seringue utilisés étaient dans un sachet, je ne savais pas. Quand la femme était venue avec l'enfant, je lui ai demandé où étaient les produits, elle m'a dit dans le sachet. J'ai mis la main dans le sachet pour prendre le produit c'est là que la lame m'a coupé et c'est avec cette lame qu'on avait rasé l'enfant. Il était en fait séropositif. » (Infirmière, pédiatrie)

« Certains sont dus à la négligence des services internes qui, des fois, font des prélèvements dans des tubes dont les parties supérieures se cassent et viennent déposer le prélèvement sans appeler à la prudence au moment d'ouvrir le tube. Nous avons eu une laborantine qui s'était fait couper la main au moment d'ouvrir le tube cassé qui était fermé à l'aide du coton. » (Technicienne de laboratoire)

Les gants et l'eau de javel sont couramment utilisés par les infirmiers pour leur protection des risques. Cependant, les discours font état de manière récurrente de l'indisponibilité quasi permanente de ces outils, rendant difficile de « travailler dans une ambiance saine » (Infirmier). Ainsi, ce problème du « manque de moyens » qui ressort si souvent dans la liste des problèmes énumérés par les soignants est de nouveau brandi sur le plan des risques liés au VIH/Sida.

« Ici au (...), il arrive par exemple pour l'eau de javel qu'on passe à gauche à droite pour en trouver, même le simple savon de Marseille devient un problème. On passe par ci par là, chez ceux qui ont les moyens pour en avoir. » (Infirmière)

« L'eau de javel n'est pas disponible. Je suis obligée d'acheter moi-même mon eau de javel, c'est la situation qui l'impose. » (Infirmière)

Le phénomène de la routine dans les pratiques de soins se manifeste, selon nos interlocuteurs, lorsque les précautions élémentaires leur échappent à force de répéter indéfiniment les mêmes gestes tous les jours. Cela a pour conséquence l'altération de la conscience du risque.

« A force d'être routinier vous ne faites pas trop attention. Tout ceci fait que nous courons d'énormes risques. Mais nous l'avons intégré à nos pratiques quotidiennes, c'est une habitude pour les gens de travailler sans beaucoup penser aux risques qui sont liés à la maladie. »

### Etre soi-même source de risques

Si les soignants considèrent que les risques proviennent des PvVIH, ils estiment aussi que eux-mêmes ne sont pas extérieurs de la chaîne de transmission. Ils constatent qu'ils peuvent être à leur tour source de risques pour les patients qui ne sont pas séropositifs.

« Ils (les malades) courent aussi des risques car nous pouvons transmettre des maladies aux malades. Nous en sommes pleinement conscients et nous prenons également nos précautions pour ne pas contaminer les malades. » (Chirurgien dentiste)

Mais cette « prise de conscience » ne se traduit pas toujours dans les pratiques. Ainsi reconnaissent-ils qu'ils font une « mauvaise pratique » de l'utilisation des gants. Ces derniers ne sont changés que de rares fois et nous avons pu observer qu'ils servent pour tous les



gestes : soigner, faire les prélèvements, manipuler les produits et aussi saluer et ouvrir les portes. Un infirmier en témoigne :

« Une paire de gants c'est seulement pour un soin. Les gens utilisent les mêmes gants pour soigner plusieurs personnes, ce n'est pas bon. C'est une mauvaise pratique ; les gens pourraient même contaminer d'autres en utilisant la même paire de gants. » (Sage-femme)

Les gants sont perçus comme une seconde peau, une barrière qui sert pour soi-même à se protéger des risques, mais certainement pas pour les autres, les patients non séropositifs à l'occurrence. Ainsi cette mauvaise pratique signifie que les mesures de prévention des risques s'arrêtent seulement à leur propre niveau.

Le sentiment d'absence de protection des autres patients s'étend aussi aux personnes non malades extérieures à la structure de santé. Les soignants constatent qu'ils peuvent être aussi un nœud de transmission du VIH vers la population générale par la manière dont ils gèrent les déchets hospitaliers. Dans les normes, la gestion de ces déchets commence à leur niveau par quelques gestes essentiels, comme par exemple de séparer l'aiguille de la seringue avant de les mettre chacune dans deux boîtes différentes. Mais ces normes ne sont pas toujours suivies comme en témoigne cette infirmière :

« On nous a toujours dit d'enlever d'abord l'aiguille et de la mettre dans le carton à aiguille.

Q : Et la pratique ?

R : Parfois on jette comme ça. » (Infirmière, maternité)

L'absence d'incinérateur dans une structure hospitalière comme au CHR Poudrière participe de cet écart aux normes dans la gestion des déchets. Ainsi, chaque jour des poubelles sont remplies de déchets solides (métal, verre ou caoutchouc) tels que des seringues avec leurs aiguilles, des sondes, des gants, et autres pièces opératoires<sup>1</sup>.

La situation est à peu près la même à l'HNN.

« Il faut tout un dispositif. D'abord un dispositif d'élimination des déchets. Parce que si vous voyez, les accidents surviennent parce qu'il n'y a pas de dispositif d'élimination de déchets. C'est-à-dire que quand vous faites un geste avec un objet piquant, il faut tout un dispositif pour que, aussitôt fini, vous vous débarrassiez de cet objet en toute sécurité. Or, ces dispositifs manquent dans nos structures sanitaires. Il y a des dispositifs de tri des déchets. C'est-à-dire que vous ne pouvez pas mélanger des aiguilles, des lames avec les autres. Parce que si vous mettez tout dans la poubelle, le manoeuvre qui vient ramasser les déchets se fait piquer s'il y a des aiguilles. Il faut que ce premier travail soit fait ! C'est important. Malheureusement les moyens manquent. On n'a pas les poubelles ! A titre expérimental, en rapport avec quelques ONG, ESTHER notamment, à l'hôpital nous sommes en train de faire un travail pilote de prise en charge des accidents avec exposition au sang » (Médecin)

Les déchets sont collectés par les véhicules de ramassage d'ordures de la mairie qui les déversent ensuite à la périphérie de Niamey aux alentours des quartiers nommés Pays-Bas et Lazaret. Certains soignants constatent alors avec effroi les conséquences de leurs actes :

« Malheureusement, moi j'habite à la périphérie et je vois les seringues, aiguilles versées dans les décharges publiques. Mon enfant à l'habitude de prendre une sonde pour faire caoutchouc là que les enfants font (lance-pierre). J'ai pris ça, j'ai brûlé ! » (Infirmière, médecine)

---

<sup>1</sup> A la date du 07/10/2007, lors de nos enquêtes, nous nous sommes rendu compte que le CHR Poudrière ne disposait pas d'un incinérateur. Nous avons observé que les déchets de l'hôpital étaient déversés par les manoeuvres sourds-muets dans un espace dans l'enceinte de l'hôpital. A la date du 05/06/2008, la situation n'a toujours pas changé, le gestionnaire nous informe qu'il y a une promesse de la part d'un « projet » (non précisé) qui mettrait à la disposition de l'hôpital un incinérateur.

« C'est écœurant, vous savez ! Normalement le contenu de ces tonneaux doit être incinéré. Parfois nous voyons que c'est le véhicule de la mairie qui vient ramasser ça (déchets), donc c'est sûrement ça dans les décharges là. Et malheureusement beaucoup d'enfants vont sur ces décharges. » (Technicien de laboratoire, CHR Poudrière)

Les risques de contamination rattrapent ainsi les populations de ces quartiers par le biais d'une gestion anarchique des déchets hospitaliers, puisqu'elles les côtoient, parfois même y vivent et les exploitent.

#### 4.1.2. La gestion des risques

##### Dépister systématiquement les patients suspectés

Certains soignants affirment que, dans certains cas, comme les opérations chirurgicales, ils font le dépistage systématique sur des patients qu'ils suspectent d'être porteurs du virus.

« Des fois, quand on programme un malade, surtout quand on remarque qu'il présente des signes comme la diarrhée, la fièvre, l'amaigrissement, surtout les dermatoses et des taches noires on fait le test, et dans la plupart des cas c'est positif. A notre niveau, nous ne communiquons pas le résultat au malade, c'est à la maternité ou en consultation qu'on communique les résultats. Ici nous ne gérons pas ces questions. » (Aide chirurgien)

Le consentement des patients n'est parfois pas demandé dans ces cas. Le test est fait à leur insu.

« Quand nous avons affaire à des patients qui ont des infections multiples à la bouche qu'on traite, ça ne guérit pas ou ça récidive nous, ça nous fait penser à un sujet immunodéprimé et il faut faire un test. Souvent, c'est lors des examens comme ça que nous découvrons en premier qu'un sujet est séropositif.

Q : Avant de faire le prélèvement est-ce que vous demandez le consentement du malade ?

R : Non ! » (Chirurgien dentiste)

« Q : Il vous arrive de demander des tests pour les malades ?

R : Oui, quand au cours des consultations il y a des signes.

Q : Comment ça se passe ?

R : Je remplis le bulletin je donne à l'infirmière ou à la sage-femme elle fait le prélèvement et envoie pour qu'on fasse le test.

Q : La malade est informée ?

R : Non. » (Gynéco-obstétricien)

Cette pratique se fait surtout lorsqu'il s'agit de PvVIH dits illettrés :

« On ne les informe pas. C'est quand c'est positif qu'on va chercher ; ...tout ça là, on n'a pas le droit, parce que ils peuvent nous poursuivre pour ça. Bon comme en général ce sont des illettrés, on abuse de ça. (Rire). Si c'est un intellectuel c'est un problème parce que il va dire que vous voulez accélérer sa mort parce qu'il y a d'autres qui dès qu'on leur annonce cette maladie, c'est la fin du monde. » (Infirmier Major, pédiatrie)

Lorsqu'ensuite le résultat du test s'avère positif, deux cas de figure peuvent se présenter. Dans le premier cas de figure, le patient est référé directement à un médecin prescripteur qui est alors chargé de faire l'annonce.

Dans le deuxième cas de figure, l'annonce est faite par un membre de l'équipe soignante, qu'il soit ou non prescripteur d'ARV, formé ou non en matière de *counseling*.

« Q : Quand elle (pédiatre) demande de faire le test, comment ça se passe ?

R : Les parents ne savent pas le test qu'on fait, nous sommes les seules à savoir. C'est à l'annonce du résultat qu'elle nous dit le résultat du test. Elle appelle les parents pour le leur dire calmement et les sensibiliser et on commence le traitement. » (Infirmière pédiatrie)

« On prend la responsabilité de faire le *counseling* et de dire au malade voilà ton statut et voici le comportement que tu dois adopter. » (Chirurgien dentiste)

« Q : Quand le résultat vient comment ça se passe ?

R : Si c'est positif, on fait le *counseling* puis on lui annonce le résultat.

Q : C'est vous qui le faites ?

R : Parfois oui parfois on les envoie chez quelqu'un pour le faire. » (Gynéco-obstétricien)

Parfois, par souci de ne pas imposer au patient la révélation de son statut sérologique positif, il lui est laissé le choix de connaître le résultat du test effectué à son insu. Mais le fait de lui demander s'il souhaite connaître le résultat d'un test réalisé à son insu ne présage-t-il pas déjà pour lui une séropositivité qu'il ne demandait peut être pas à connaître ? Cela n'est-il pas déjà une annonce qui ne dit pas son nom ?

« Lorsqu'on lui fait faire un examen si c'est positif on lui dira, on vous a envoyé faire le test du sida est-ce qu'il souhaite connaître son statut.

Q : Mais au moment où vous lui dites ça est-ce que le malade ne peut pas soupçonner déjà qu'il est séropositif car c'est un peu comme une annonce que vous lui faites ?

R : C'est vrai, là il y a quand même un peu le doute. » (Chirurgien dentiste)

Ainsi, si d'un côté le patient n'a pas le choix de refuser ou d'accepter le test, de l'autre côté il est libre de connaître ou pas le résultat.

Les soignants qui pratiquent ce dépistage systématique reconnaissent qu'ils ne suivent pas les protocoles du *counseling* qui se situent en deux étapes, à savoir aux moments du pré-test et du post-test. Ils ne tiennent pas compte de ces étapes, et ne cherchent pas la manière la plus adéquate possible pour aborder le sujet du dépistage et de l'annonce avec le patient. Le dépistage est de ce fait centré non pas sur ce dernier mais sur eux-mêmes. Ainsi, comme le disent quelques uns d'entre eux, la connaissance du statut sérologique les aide dans leur démarche de recherche du diagnostic et leur permet de réadapter le traitement. Ce qui, selon eux, est aussi dans l'intérêt du malade puisque c'est lui qui bénéficie des soins. Mais dans la perspective de beaucoup, le dépistage sert bien plus à « la mise en confiance du personnel soignant » (Aide anesthésiste). Et c'est justement là où se trouve surtout leur propre intérêt : dépister pour éventuellement se protéger.

### Faire passer l'information

La diffusion de l'information entre soignants se fait de manière à la fois écrite et verbale. La diffusion écrite correspond au marquage sur la fiche du PvVIH d'un code permettant au soignant d'être informé sur sa séropositivité. La diffusion verbale se caractérise par le passage de l'information d'un soignant à l'autre soit de façon directe, le résultat est dit tel qu'il est, soit au contraire de façon implicite, avec l'utilisation de certaines tournures de telle sorte que le destinataire comprenne facilement à travers les mots que le patient en question a une sérologie positive. Dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'euphémismes pour ménager le destinataire de l'information, en le préservant de mots trop crus qui risqueraient de le choquer, mais d'une maîtrise de l'information pour éviter toute dérive mettant en défaut la confidentialité officielle. Ainsi, à la différence de la diffusion « verbale-directe », la diffusion

« verbale-implicite » de l'information se fait en direction de tout élément du service susceptible d'en faire un usage non conforme à la déontologie médicale<sup>2</sup>.

La combinaison de ces deux manières de diffuser l'information se retrouve partout où nous avons mené nos enquêtes. Les services de santé suivent à peu près le même processus de diffusion. Le processus le plus classique est celui où l'information de la séropositivité du patient provient du laboratoire où les tests sont réalisés. Celui-ci envoie toujours sa réponse sous pli fermé, donc sous forme écrite, au soignant demandeur du test. Ce dernier devient alors la source de l'information au sein de son service. Il occupe le plus souvent la position de responsable du service : gynéco-obstétricien, chirurgien dentiste, médecin prescripteur, pédiatre etc... A partir de ce moment, la diffusion suit une trajectoire descendante qui va ainsi du sommet de l'équipe soignante jusqu'aux manœuvres.

La première étape de cette trajectoire correspond à l'instant où le responsable du service, ayant reçu le résultat, le communique d'abord de manière « verbale-directe » au major (ou tout autre chef d'équipe), puis au patient (sous la forme de l'annonce dans le cadre des dispositions du *counseling*). Dans une deuxième étape, le major le diffuse à son tour auprès de tous les membres de l'équipe. Toutefois, il mobilisera, en plus de la manière « verbale-directe », utilisée déjà par son supérieur la manière « verbale-implicite », ceci suivant ses interlocuteurs. La « verbale-directe » sera destinée à « tous ceux qui sont tenus par le secret professionnel » (Infirmier Major). Il s'agit du personnel paramédical constitué par les infirmiers et les sages-femmes. La « verbale-implicite » sera réservée au personnel auxiliaire : filles et garçons de salle, manœuvres.

« Q : Mais vous informez les gens ?

R : Oui, nous informons tous ceux qui sont tenus au secret professionnel.

Q : Les manœuvres aussi ?

R : Non ! En ce qui concerne les manœuvres, nous leur disons d'éviter de travailler sans gants, et d'éviter de toucher les poignets avec les gants avec lesquels ils ont travaillé.» (Aide chirurgien Major)

« Si on voit qu'elle est séropositive et que la confidentialité a été faite depuis la PMI, je garde ça entre moi et la femme. On garde ça entre nous, l'équipe de sages-femmes concernées. On ne dit pas aux filles de salle. On leur donne juste des gants pour prendre le placenta, le nettoyage du matériel, et on leur demande de faire attention. » (Sage-femme)

« Quand une femme malade vient, sur son carnet il y a un signe que seules les sages-femmes connaissent, elles nous disent donc de redoubler de précautions, par exemple doubler les gants. » (Fille de salle)

« R : Ce sont seulement ceux qui sont en contact avec les malades qui seront informés, c'est-à-dire le chirurgien, l'aide chirurgien, l'infirmier, le gynécologue, l'anesthésiste. Tout le monde sait que c'est un secret et on ne doit pas le divulguer.

Q : Et le manœuvre ?

R : Il est informé parce qu'il est aussi concerné car dès qu'il vient on lui dit met tes gants et il sait de quoi il s'agit. » (Aide anesthésiste)

La position de la plupart des services par rapport à la confidentialité est de la préserver « officiellement » à tous les niveaux de la chaîne de soins. De ce fait, il faut exclure le personnel auxiliaire de l'information « explicite », puisque c'est lui qui est considéré comme prompt à divulguer la séropositivité des patients :

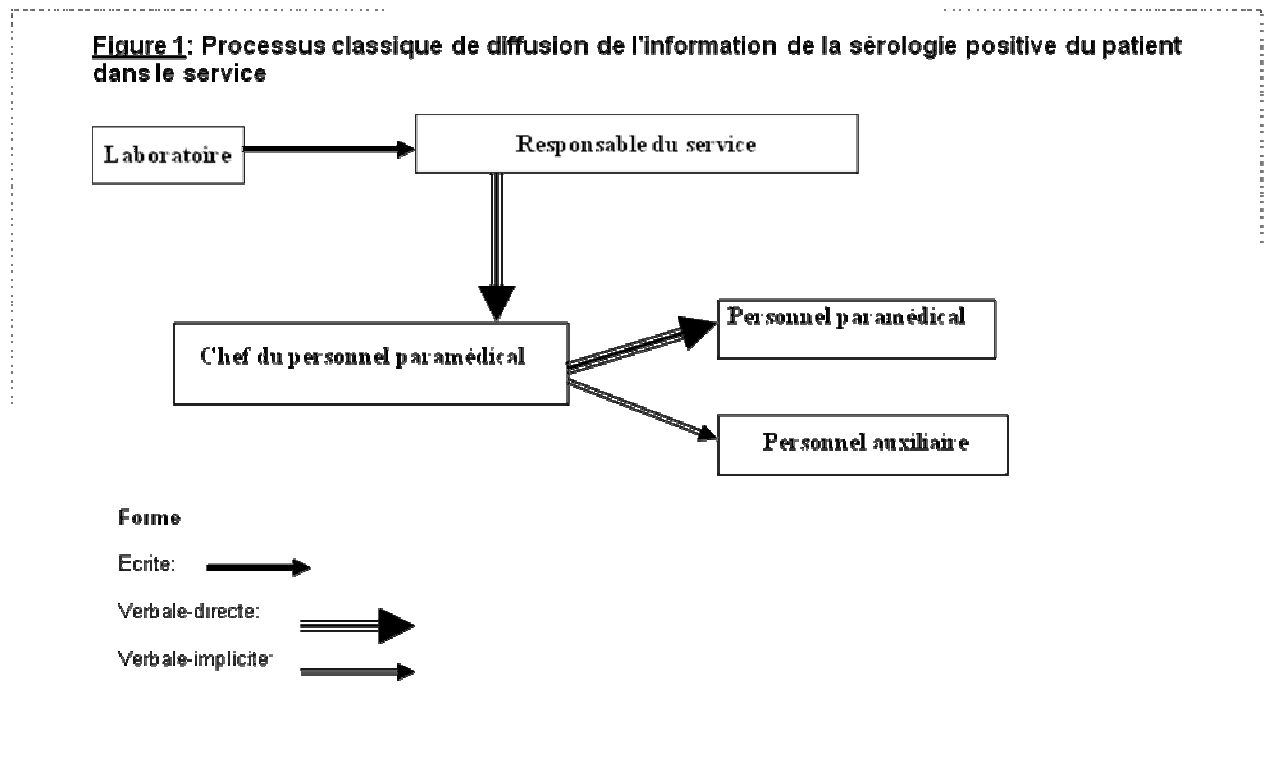
---

<sup>2</sup> On trouvera dans la suite des exemples de ces différents types de diffusion de l'information.

« Ce sont les agents de santé qui ne tiennent pas leur langue, surtout au niveau des infirmiers » (Médecin)

« C'est surtout là où il y a les auxiliaires c'est-à-dire les filles de salle, les manœuvres. Puisque les auxiliaires nous savons comment ils sont, on fait tout pour éviter qu'ils sachent les statuts des gens. » (Gynéco-obstétricien)

La figure suivante trace le processus classique suivi par la plupart des services dans la diffusion de l'information de la sérologie positive du patient.



Toutefois, ce processus classique peut connaître quelques disparités qui proviennent parfois de la variabilité de la source de l'information : à partir d'où commence la diffusion de l'information ?

Le rôle du responsable du service dans la première étape peut être joué par le chef du personnel paramédical. Celui-ci occupe dans ce cas une position centrale à partir de laquelle il diffuse l'information à son responsable hiérarchique. La trajectoire de la diffusion de l'information devient alors ascendante. Tandis que, dans la deuxième étape, elle reste descendante du chef d'équipe au reste des soignants.

« C'est le médecin qui demande le test. Si le malade accepte le dépistage, je fais le prélèvement. On m'amène le résultat, j'annonce le résultat (au malade) et je réfère au médecin. » (Infirmière Major)

Il arrive que l'information ne provienne pas du laboratoire. Ce sont les infirmiers qui l'introduisent dans le service. C'est le cas dans une structure de santé où il s'agit parfois d'anciens patients qu'ils ont eu à soigner dans d'autres structures au cours de leurs carrières en d'autres lieux. Ce sont donc eux qui informent les médecins sur la séropositivité des patients que ces derniers reçoivent.

« En fait il y a ceux dont on ne connaît pas la séropositivité. Et presque tous les (...) séropositifs sont connus de nos infirmiers, alors quand l'un d'eux vient même s'il ne dit pas, nos infirmiers nous font un petit signe sur le dossier qui nous permet de savoir son statut. » (Médecin)

Parfois, les disparités peuvent aussi provenir de la maîtrise poussée ou non de l'information. Ainsi, dans un service, la « verbale-implicite » est aussi réservée aux infirmiers, les mettant alors au même niveau que le personnel auxiliaire:

« Avec le major qui est parti en Côte-d'Ivoire, il ne nous communique pas le résultat du malade, c'est à nous de comprendre de quoi souffre cette personne. C'est à travers ce qu'il nous dit s'il y a par exemple un malade sous sérum, il nous demande de porter des gants. Cela nous suffit largement. Car il y a des malades qui sont là, pour leur mettre le sérum ou l'enlever, il ne nous dit pas de mettre de gants. » (Infirmier, médecine)

« Lorsque il y a un malade séropositif dans le service, le major nous le dit de manière implicite. Dès qu'il nous dit qu'il faut faire trop attention à tel malade, nous savons ce que cela veut dire et nous prenons nos précautions. » (Infirmière)

Dans d'autres services, comme le pavillon Raymond Madras, les infirmiers sont carrément exclus du système de diffusion de l'information. Des stratégies sont alors utilisées pour leur cacher le statut sérologique positif des patients :

« Nous avons un bulletin que nous remettons en main propre au patient, il va au labo faire l'examen. Après l'examen le laborantin nous amène les résultats ici en mains propres ce qui fait que ça ne passe même pas par les infirmiers. Après nous faisons venir le patient le lendemain pour lui annoncer le résultat et maintenant déclencher le processus, que ce soit positif ou négatif. Il n'y a pas donc de fuite possible de sorte que tout le monde soit au courant du résultat de l'individu. » (Médecin)

« On met PTME ici, avec la date du test. Si c'est positif au VIH1 on met « un », si c'est positif au VIH2 on met « deux ». Et donc dès que je vois je dis à la mère « le pédiatre a besoin de voir l'enfant », pour que les autres ne comprennent pas de quoi, il s'agit. » (Sage-femme)

Parfois l'exiguïté des lieux ne se prête pas à la confidentialité autant pour les soignants que pour les patientes d'une maternité. Le *counseling* pour la PTME, qui doit normalement avoir lieu dans le cadre du face-à-face entre soignant et patiente, se déroule dans les faits en groupe dans le brouhaha d'une salle commune.

« On a vraiment un problème de local parce que le *counseling* normalement se fait seule à seule avec la patiente, avec le nombre d'accouchées, on fait la sensibilisation pour leur dire que si elles ont besoin d'autres renseignements de venir nous voir puisqu'on n'a pas un lieu pour faire à chaque femme le *counseling* avant de sortir. Et on encourage celles qui ont fait la PTME de le faire à nouveau chaque 3 mois. » (Gynéco-obstétricien)

On rencontre aussi la situation inverse où la « verbale-directe » est utilisée aussi bien pour le personnel paramédical que pour le personnel auxiliaire. Ici, l'information n'est ni canalisée ni cloisonnée, elle s'étend à tous les niveaux du service. Il est nécessaire de mettre au courant tous les soignants pour que ceux qui, habituellement, ne sont pas vigilants dans leurs pratiques par rapport aux risques de transmission, puissent prendre leurs précautions. La formule étant plus de se protéger que de gérer une quelconque confidentialité, l'information prend alors l'allure d'un avertissement :

« Nous avertissons tout le monde pour que chacun prenne ses précautions. Pour les femmes de la PTME, les sages femmes de la maternité nous préviennent, et nous dans les deux cas de figure, nous avertissons les manoeuvres qui font le ménage, les instrumentistes et le post opératoire (PO). » (Infirmier, bloc opératoire)

« Avant de quitter la maternité il y a sur le carnet une mention qui permet de savoir que cette dame est séropositive. En ce moment les sages-femmes nous informent et nous nous informons le PO pour qu'il prenne des mesures.

Q : Donc tout le monde est informé ?

R : Il faut que tout le monde le sache parce qu'il y en a qui travaillent sans gants. »  
(Infirmière)

Ainsi informés, les « imprudents », c'est-à-dire ceux qui ne font pas habituellement attention aux risques, prennent par conséquent leurs précautions.

Pour ces soignants, le dépistage sans l'accord préalable du patient doit être systématique. Cela réduirait considérablement les risques de transmission liés aux AES qui selon eux sont très élevés (cf. infra). De plus, ils pensent que les soignants doivent prendre la responsabilité de l'annonce de la séropositivité de leurs patients à leurs conjoints. Cette pratique est observable en milieu militaire lors du bilan prénuptial. Toutefois, l'annonce n'y est faite qu'en direction du militaire, dans le cas où la séropositivité du futur conjoint civil est établie :

« Le but c'est de limiter l'exposition des hommes de troupe à l'infection » (Médecin)

#### Prendre des « mesures intensives »

« Personne ne veut mourir » nous disait un aide-chirurgien. Alors, dans ces conditions où les soignants perçoivent les risques à leur plus haut niveau, les précautions à prendre correspondent parfois à des « mesures intensives par rapport à la transmission » (Médecin, gynéco-obstétricien).

L'eau de javel et surtout les gants deviennent les outils incontournables dans leur travail de réduction des risques. Les gants sont doublés et parfois même triplés non seulement pour renforcer les barrières de protection mais aussi parce que selon les soignants ils sont de mauvaise qualité.

« On double les gants, il y en a même qui les triplent. Ça c'est en fait pour minimiser le risque de se piquer. On contrôle vraiment nos gestes. » (Infirmière, médecine)

« Maintenant quand le patient est connu malade du virus, nous prenons des précautions supplémentaires parfois nous pouvons être amenés à utiliser deux paires de gants et après le passage du malade on désinfecte toute la salle avec de l'eau de javel. » (Infirmier)

« Il y a des gants en vrac qui se déchirent sans qu'on le sache. » (Technicienne de santé en obstétrique)

« Quelque fois, quand ils savent que dans telle chambre il y a un malade porteur de VIH de peur qu'au cours de la manipulation que leurs gants se déchirent, ils mettent un 2<sup>e</sup> pour que même si le 1<sup>er</sup> se déchire au cours d'une manipulation qu'ils continuent le travail car il y a un 2<sup>e</sup> mais si c'est un seul, ils vont arrêter pour chercher un autre. » (Médecin militaire)

Certains services, comme par exemple la maternité ou la chirurgie, utilisent d'autres barrières, qui ne sont pas cependant toujours à leur disposition. Il s'agit par exemple des lunettes de protections et des gants de révision (cf. supra). Les soignants sont alors parfois emmenés à acheter eux-mêmes ces outils de travail :

« Chacun se débrouille pour avoir les verres par exemple. Chacun achète ça au marché. La structure procure seulement des blouses et des tabliers et là, c'est au niveau du bloc opératoire pas dans les salles d'accouchement. Dans les salles d'accouchement, les sages-femmes se procurent elles-mêmes ces barrières et ce n'est pas toute sage-femme qui a ces barrières de protection. Les gants par exemple, pour une révision utérine ici les sages-femmes utilisent des gants qui se limitent juste aux poignets, or des gants pour ces genres d'intervention doivent aller jusqu'aux épaules. Nous n'en disposons pas ici. » (Gynéco-obstétricien)

Les « mesures intensives » servent aussi à minimiser les risques de transmission pour les patients non séropositifs (cf. supra). Le souci est alors d'aseptiser soigneusement tout le matériel utilisé après les soins :

« Quand on fait l'accouchement à une malade de sida, tout le matériel est trempé, mis au moins 15 mn dans de l'eau de javel puis mis dans un stérilisateur. » (Fille de salle)

« A la fin de l'intervention il faut faire un traitement spécifique au matériel pour ne pas contaminer les autres malades. C'est-à-dire faire deux fois ce qu'on a l'habitude de faire quand on a affaire à un malade sain. Et même au niveau du lit, le laver, le passer à l'eau de javel avant de mettre un autre malade. » (Infirmier Major)

Parfois certaines stratégies sont utilisées comme par exemple, lors des soins en salle d'hospitalisation, de s'occuper en dernière position de la patiente séropositive :

« R : Quand je travaille dans une salle où il y a une femme PvVIH je m'occupe d'elle en dernière position. Je fais tout pour qu'elle ne comprenne pas que je la saute quand son lit est au milieu de certaines malades.

Q : Pourquoi vous faites ça ?

R : Parce que je ne veux pas mettre les autres malades en danger. » (Technicienne supérieure en obstétrique)

En chirurgie dentaire, les jours de grande affluence, lorsque les conditions ne sont pas réunies pour soigner le PvVIH en dernière position, l'autre stratégie est de reporter la consultation à une date ultérieure :

« Nous créons les conditions pour que ce patient passe en dernière position ou carrément nous lui donnons un autre rendez-vous un autre jour où il n'y a pas la pression des autres patients. » (Chirurgien dentiste)

Cette protection se fait également à l'endroit des personnes proches du PvVIH. C'est ainsi qu'à la maternité de nouvelles techniques, apprises lors des formations pour la prise en charge des PvVIH, apparaissent dans les pratiques des sages-femmes. Par exemple elles tiennent compte maintenant des risques de contamination du nouveau-né au cours de l'accouchement. La nouvelle pratique pour protéger l'enfant est donc la suivante :

« On utilise des compresses stériles, pendant la sortie pour protéger le bébé on utilise tout ce qui est stérile. On refoule le menton et quand le bébé sort on le met dans un bain stérile. Ce n'est pas la même chose avec un accouchement normal. » (Sage-femme)

Les accompagnantes doivent aussi être protégées. Dans ce cas, il faudrait alors faire une entorse sur l'habitude de remettre le placenta tel quel à l'accompagnante pour qu'il soit enterré selon les rites. Ce placenta ne doit pas circuler ainsi entre les mains des membres de la famille de la nouvelle accouchée séropositive. C'est pourquoi la nouvelle pratique est de décontaminer le placenta et de « sensibiliser les accompagnantes » :

« On lave les alaises et après l'accouchement on met le placenta dans de l'eau de javel dans des pots pendant 15 mn. Ensuite on met ça dans des sachets pour donner aux accompagnantes pour leur demander d'enterrer ça comme ça et de faire attention pour ne pas toucher ça à mains nues. Mais tu sais les vieilles accompagnantes traditionnelles refusent d'enterrer ça dans du plastique, on les sensibilise par rapport à ça. » (Sage-femme)

Enfin, la nouvelle pratique est pour cette fille de salle de réserver quelques matériels qui ne sont utilisés que pour les femmes séropositives et de soigneusement aseptiser tout ce qui a servi à leur prise en charge :

« Q : A l'accouchement c'est le même traitement ?

R : Non puisque celle là on sait déjà qu'elle est malade donc même du point de vue précaution c'est renforcé. On utilise aussi un matériel spécifique pour elles. Après l'accouchement même leurs vêtements seront désinfectés, les bassins, les gants, les pinces, tout sera désinfecté immédiatement après. » (Fille de salle)



En même temps qu'ils se protègent eux-mêmes et qu'ils protègent aussi les autres patients, et les proches du PvVIH, les soignants essaient de trouver le moyen de ne ni frustrer ce dernier, ni dévoiler sa maladie :

« Q : Quand vous connaissez la sérologie, est-ce qu'il y a un ordre de préséance ?

R : Oui, absolument, mais sans que cela n'attire l'attention du patient ou de tout autre agent parce que c'est nous seuls qui savons. » (Infirmière, médecine)

« L'autre précaution également c'est de ne pas frustrer le malade c'est-à-dire on tourne le dos au moment du port des gants pour qu'il ne se pose pas de questions. » (Infirmière hospitalisation)

Toutefois, il arrive que quelques soignants adhèrent à la situation inverse, autrement dit à l'opposé de cette attitude de prévention pour les patients : la mise à distance du séropositif. Le sentiment de travailler sous la pression des risques amène ces soignants à faire fi de la déontologie professionnelle.

« Quelques fois les gens prennent des risques malgré eux et c'est ce qui fait souvent quand ils sont devant une situation où ils sentent clairement ils sentent que le danger est là, ils ne touchent pas parce que non seulement il n'y a pas de quoi se protéger mais aussi il n'y a pas de garantie après. » (Médecin militaire)

La « mesure intensive » devient alors très facilement un refus de tout soin sur le patient séropositif ou l'affectation dans un autre service :

« R : Il y a deux infirmières qui ont été formées comme moi, mais elles n'ont jamais voulu s'occuper de ces malades. Si je leur dis de faire, elles ne font pas, même le prélèvement elles ne font.

Q : Pourquoi ?

R : Parce qu'il y a un risque.» (Infirmière major, médecine)

« Nous étions les tous premiers à être formé par une laborantine dans le test de sérologie. Les autres ont quitté compte tenu du risque que revêt la tâche, j'étais la seule à rester. » (Technicienne de laboratoire major)

### Gérer les accidents d'exposition au sang (AES)

« Un AES se définit comme tout contact avec du sang, ou du liquide biologique contenant du sang, et comportant : soit une effraction cutanée (piqûre, blessure...) soit la projection sur une muqueuse (bouche, œil), ou sur une peau lésée » (site AtouSanté consulté en ligne, le 24 janvier 2008).

« On s'est piqué plusieurs fois et on a aussi reçu plusieurs fois des jets de sang dans les yeux » (*op. cit.* Aide chirurgien major)

La récurrence de ces déclarations dans les discours des soignants montre que les AES ne sont pas négligeables dans leurs pratiques quotidiennes. Comment gèrent-ils alors ces accidents de travail ?

Ils font tous référence à l'existence d'un protocole que le soignant doit appliquer, une fois qu'il est en situation d'AES. Celui-ci permet d'éviter la contamination, dans un premier temps, et, lorsque malheureusement elle a lieu, de suivre les démarches recommandées. Voici ce qu'ils nous disent à propos de ce protocole :

« Théoriquement on doit faire le test à la patiente et faire soit même le test directement pour savoir si c'est la patiente qui vous a contaminé ou vous êtes vous-même porteur. » (Gynéco-obstétricien)

« Quand on faisait les cours en Tunisie, dès que tu es piqué, immédiatement le service de santé t'envoie au labo après les premiers soins pour faire le test et trois mois après tu refais le test pour confirmation et cela pour une durée d'un an. » (Aide anesthésiste)

Certains de ces soignants suivent scrupuleusement toutes les étapes de ce protocole :

« J'ai appliqué le protocole. J'ai fait saigner, j'ai lavé avec un antiseptique, après j'ai fait mon test, trois mois après j'ai refait, le test est négatif. » (Chirurgien dentiste)

Il arrive que le test soit fait plusieurs fois par peur de la contamination :

« Je suis allée faire un autre test car je ne sais pas si je me suis piquée sans le savoir. Car il y a des gants en vrac qui se déchirent sans qu'on le sache. Je suis là il y a 8 mois mais j'ai fait le test au moins 4 fois, les sages-femmes rient parfois de moi. » (Technicienne de Santé en obstétrique)

Dans le fond, la survenue des AES est même perçue par un médecin comme ayant un impact positif dans les pratiques des soignants. Après un AES, ils deviennent plus vigilants et plus appliqués :

« Si rien n'est établi (après le test), tout rentre dans l'ordre et on reprend l'activité habituelle avec beaucoup plus de précautions parce que cette fois on a été marqué comme d'ailleurs les autres collègues avec lesquels on travaille. Ça permet d'être un support qui rappelle un peu à l'ordre. » (Médecin)

Par contre pour d'autres, le suivi du protocole se limite seulement aux premiers soins, ils ne font pas le test :

« Nous ne faisons que rincer avec l'eau courante si c'est au niveau des muqueuses, si c'est au mains on désinfecte avec l'eau de javel, c'est tout ce qu'on fait. » (Sage-femme)

« Généralement les mesures qu'on prend c'est qu'on prépare l'eau de javel à 0,5% nous lavons la plaie avec ça et nous mettons l'eau courante pour laver. Malheureusement il n'y a pas de suite or logiquement il doit y avoir une suite c'est-à-dire faire un prélèvement pour faire le test et le contrôle quelques instants après. Mais ça ne se fait pas. » (Technicien de laboratoire)

Où ils ne font le test que lorsque la sérologie du patient source est déjà dépistée positive. En fait, la plupart d'entre eux sont réticents au dépistage par peur de se savoir séropositif :

« Les gens ne se manifestent pas car les gens ont peur. Parce que beaucoup ne veulent pas connaître leur statut sérologique. Les agents de santé sont les plus exposés car ils manipulent plus le sang et ce dernier est la principale source de la cause du VIH. C'est la peur qui empêche les gens de se manifester. » (Gynéco-obstétricien)

On peut noter que le dispositif de gestion des AES dans les discours des soignants ne comprend pas la référence à un spécialiste qui ferait l'évaluation du risque infectieux et éventuellement mettrait en route un traitement prophylactique antirétroviral afin de réduire la survenue d'une séroconversion.

## ***4.2. Les perceptions des soignants sur les PvVIH***

Chaque soignant a une perception des PvVIH à l'intérieur de laquelle il construit ses relations avec eux. Nous avons pu identifier quatre types de perceptions dans leurs discours.

### ***4.2.1. Les PvVIH sont différents des autres malades***

Les PvVIH sont identifiés comme des patients à part entière auxquelles il faut réserver une attitude et des traitements. Les soignants qui ont cette perception entretiennent une relation de compassion à l'endroit des PvVIH. Ces derniers sont des êtres « affaiblis sur tous les plans : financier, psychologique, physique » (Chirurgien dentiste). C'est pourquoi ils doivent recevoir un traitement spécial qui n'est pas un privilège, mais simplement analogue à celui qu'on réserverait à un comateux pour le sauver :

« C'est comme je vous ai dit, pour moi ce ne sont pas des privilégiés. C'est comme un malade dans le coma, il faut lui faire tout parce qu'il ne peut pas le faire, c'est son état qui l'exige. » (Chirurgien dentiste)

Lorsqu'une personne est déclarée séropositive, elle a besoin de soutien. Ce soutien est d'ordre médical et, sur ce plan, la prise en charge d'un PvVIH n'est pas aisée à cause de sa faible immunité, ce qui conduit à modifier les pratiques habituelles (cf. supra):

« Il y a une différence à partir du moment où le profil immunitaire n'est pas le même. Le patient PVVIH est plus vulnérable aux infections et on en tient compte lors de la prise en charge, dans l'administration de certains soins. » (Chirurgien dentiste)

Ce soutien doit être surtout psychologique pour la réussite de la thérapie enclenchée. Cela doit se manifester à travers la disponibilité du soignant dans l'écoute du PvVIH :

« On les écoute car le sidéen c'est quelqu'un qui est frustré par sa maladie, il faut le mettre en confiance sinon vous allez rater le traitement. Ils sont très nerveux. Il faut leur montrer que ce n'est pas la fin du monde tant qu'ils suivent le traitement. » (Infirmière, médecine)

La séropositivité modifie la relation du malade avec son médecin. Autant le malade craint la réaction de son entourage par rapport à sa séropositivité, autant il craint aussi l'attitude du personnel soignant à son égard. Ainsi un soignant essaie-t-il d'imaginer ce que le PvVIH pourrait se poser comme question dans son fort intérieur :

« Il se dit 'maintenant qu'il sait que je suis séropositif, qu'est-ce qu'il pense de moi, que je suis un délinquant, ceci ou cela ?' Ces questions sont au fond de lui, mais il n'ose pas les poser. » (Médecin)

La perception du changement de comportement ne serait pas seulement du côté du soignant, il serait aussi perçu du côté du PvVIH. Ce dernier, parce qu'il pense qu'il serait différemment traité par le personnel soignant, prendrait à l'avance l'attitude d'un malade différent des autres :

« Il a un peu peur ou honte, car moi je suis serein par rapport à lui, mais j'ai l'impression que lui, du moment où il connaît sa situation et qu'il sait que je la connais, il adopte un autre comportement. Il a peur de déclencher un comportement différent à notre niveau. Une fois qu'il sait qu'il est séropositif, lui-même se met dans la situation de quelqu'un de différent et c'est ça qui le rétracte mais pas parce qu'il va penser que vous allez briser le secret, non. » (Médecin)

Cette perception est aussi celle de cet autre soignant :

« Les PvVIH quant à eux se perçoivent différents des autres malades. Ils pensent que c'est la fin du monde, comme on dit que le sida ne se guérit pas. » (Gynéco-obstétricien)

Ce sentiment d'être différent des autres, la peur, la honte sont à la base de « cette lourdeur entre le praticien et son patient » (Médecin). Les soignants déplorent le fait que cette dimension psychologique ne soit pas abordée par les cliniciens lors de leur face à face avec le malade. Ils trouvent également que cet état d'esprit a un lien avec le fait que le VIH/Sida ait été assimilé dès son apparition à « une mauvaise image ». C'est pourquoi selon eux, rares sont les patients qui osent dire qu'ils n'ont pas eu la maladie à cause d'un « comportement délinquant ».

Il n'y a pas que des non-dits dans la difficulté relationnelle des soignants avec le patient. Le problème vient aussi de comment l'aider à gérer sa maladie au sein de sa famille. Les soignants trouvent qu'ils se voient ainsi impliqués dans des questions qui proviennent de la sphère privée de leurs patients :

« Il faut encore gérer sa famille s'il a une famille. Il faut encore le suivre jusqu'à la maison pour voir comment il va s'intégrer dans son environnement avec son nouveau statut. D'abord sa femme, comment l'aider à annoncer à sa femme son statut et s'il y a une situation qui peut découler de cette information, il faut la gérer aussi. Ensuite il faut

également s'intéresser aux enfants. Et c'est à partir de là c'est-à-dire quand il va commencer à venir pour son ravitaillement et ses médicaments que ça devient plus lourd et là tout le monde chez lui... et nous ne savons pas comment faire. La complication c'est quand vous avez des patients qui décèdent et que la famille est dans le dénuement, il faut donc leur venir en aide et là aussi c'est une autre demande qui implique d'autres acteurs et ce n'est pas très facile et c'est là le plus grand problème pour nous. » (Médecin)

Le suivi sur le lieu de travail entre aussi parfois en ligne de compte pour le médecin. C'est le cas en particulier dans le milieu de l'armée où les militaires PvVIH sont exemptés de certaines missions sous les instructions du médecin.

Et c'est là que les soignants disent faire la distinction entre les PvVIH et les autres malades. Ils en donnent la preuve dans la comparaison :

« Vous savez, nous n'abordons pas quelqu'un qui a le VIH comme quelqu'un qui a n'importe quelle pathologie et ça suppose qu'il faut lui accorder beaucoup plus de temps pour arriver à ne pas le choquer. Pour faire comprendre à quelqu'un de faire un test par exemple, le temps qu'on prend pour lui expliquer cela est plus important que quelqu'un qui a le palu et à qui vous voulez conseiller de faire une goutte épaisse. » (Médecin)

En réponse à cette perception des nombreux besoins parfois exprimés, parfois non exprimés du côté des patients, certains soignants ressentent une forte compassion envers eux accompagné parfois d'un sentiment d'incapacité à les soigner :

« Quand vous avez des malades PvVIH qui sont en phase terminale, chez qui le pronostic vital est très sombre, généralement ce sont des malades qui vous viennent avec des infections multiples à la bouche, généralement ce sont des ... qui sont très difficiles à traiter compte tenu de leur état. Souvent on a envie de dire au patient que ce que nous faisons ne sert pratiquement pas à grand-chose et c'est là où nous avons trop de compassion pour ces malades. Le traitement antibiotique qu'on administre dans tous les cas il n'y a pas beaucoup de chance qu'il réussisse mais on le fait quand même. » (Chirurgien dentiste)

Ils déploient alors un investissement total dans leur rapport avec eux :

« Une fois, une malade PvVIH m'a dit un tel, tu t'occupes trop de nous. Je lui ai dit que moi là où j'ai fait ma formation, on nous a appris que le malade est comme un frère pour nous, il faut que le malade sente que nous sommes là pour lui. Elle m'a dit que c'est parce que des fois quand les gens les voient ils se mettent de côté. Je lui ai dit que nous ici ce n'est pas comme ça et voilà, tu as confiance en moi non ? Nous ici c'est ce qu'on cherche à l'anesthésie. Ils sont en confiance avec nous. » (Anesthésiste)

Il y a certes de nombreux dossiers à remplir, mais ils estiment que ceux-ci sont très utiles pour le suivi à long terme des patients :

« Ça prend du temps, mais c'est important de les avoir. Ça permet une mise à jour, d'avoir des archives à jour. Je crois que ces dossiers sont même transmis jusqu'à l'ONG Sida. C'est important de savoir avec combien de personnes on a affaire rien que pour prévoir les médicaments et autres. Et on peut également faire des thèses là-dessus, ceci nous permettra de savoir si le schéma thérapeutique que nous proposons pour nos patients est le meilleur. » (Médecin)

Dans la perspective de ces soignants, les PvVIH doivent être fortement pris en charge quitte à avoir avec eux une relation paternaliste. Leur engagement professionnel repose sur une forte proximité compassionnelle avec les patients. Si leur investissement personnel va dans le sens de l'amélioration de la prise en charge des PvVIH, dans leur rapport avec leurs collègues il pose parfois des problèmes. En effet, pour ces derniers, un tel investissement ne peut s'expliquer que par le fait qu'ils seraient eux-mêmes séropositifs, d'où cette « solidarité » avec les PvVIH. Cette suspicion, plus que la stigmatisation dont font l'objet un service (pavillon Madras), une structure de santé (CTA) ou un médecin prescripteur, est très mal vécue par cette infirmière major :

« R : Il y a certaines personnes qui pensent que je fais ça parce que je suis moi-même séropositive.

Q : Parmi les malades ou les autres ?

R : Même parmi la personne. Actuellement en (...) les gens pensent que c'est parce que je suis malade que je fais ça. Alors que quand j'ai eu la première formation, j'étais à (...) Après la formation on m'a nommé major ici. » (Infirmière major)

#### 4.2.2. *Les PvVIH sont des patients comme les autres*

Certains soignants trouvent que les PvVIH doivent recevoir le même traitement que les autres malades.

Le comportement des soignants ne doit être ni trop proche, ni trop loin des PvVIH pour qu'ils ne se sentent pas différents des autres. Cela permet de prévenir toutes sortes de préjugés dans les relations soignants-PvVIH :

« Il y a trois mois on a eu un cas. La femme était admise en salle d'accouchement, l'accompagnante était sa sœur. C'est la sage-femme qui a calmé la sœur car elle pensait qu'on n'allait pas les prendre en charge. Mais la sage-femme lui a dit de se calmer, sa sœur sera prise en charge comme n'importe quelle patiente. Vous voyez, la sage-femme leur a montré qu'elles sont au même pied d'égalité que les autres femmes. La sœur connaissait le statut de sa petite sœur qui était en salle d'accouchement, c'est pour ça qu'elle avait peur d'être chassée. Le lendemain elle a demandé d'après la sage-femme à la sortie pour la remercier et c'est à ce moment que la sage-femme m'a raconté tout ça. » (Sage-femme)

En même temps qu'il ne faudrait pas les prendre pour des cas spéciaux, le comportement des soignants à leur égard doit les inciter à être autonomes, c'est le but recherché. La dispersion dans des considérations compassionnelles ne peut qu'écartier les soignants de cette voie.

« Il ne faut pas faire en sorte que celui-là vous inspire de la pitié ou quelque chose comme ça. Il faut aller dans le sens de lui faire prendre conscience de la situation et de la manière la plus adéquate pour se prendre en charge voilà comment je vois la chose. » (Médecin)

#### 4.2.3. *Les PvVIH sont des patients trop privilégiés*

Certains soignants trouvent que les PvVIH ont beaucoup trop de privilèges. Ces derniers bénéficient de la part de nombreuses ONG des appuis considérables que la plupart des autres malades ne reçoivent pas : médicaments, vivres et argent. Les soignants déplorent le fait que quelques PvVIH, parce qu'ils considèrent ces appuis comme un droit, entrent en conflit avec eux lors des ruptures de stock:

« J'ai entendu dire que quand ils viennent et qu'un produit manque, ils disent que comment ça peut manquer, c'est leur argent. Pour eux rien ne doit leur manquer.

Q : Ils en font un problème ?

R : Oui, puisqu'ils disent qu'on est obligé de leur donner les produits. » (Assistante sociale)

« Les PvVIH, sont des têtus, ils sont un peu plus exigeants que les autres malades. Ils veulent tout le temps quelque chose. Ils veulent toujours qu'on leur rende service. Surtout sur le plan social. Même avec la gratuité des soins, ils veulent que ça soit élargi à toute leur famille. Ils prennent les ordonnances d'autrui pour amener pour se faire servir. C'est ça aussi l'inconvénient de la gratuité. » (Infirmier major)

De plus, les soignants trouvent aussi que ces privilèges se traduisent dans leur charge de travail. Ils augmentent la charge du travail habituel à cause des nombreux dossiers à remplir.

« C'est un travail de plus, ce n'est pas facile, des fois on n'a pas le temps de remplir les dossiers, je renouvelle l'ordonnance, c'est pendant les soirées que je remplis les dossiers. Vous voyez maintenant c'est ce que je suis en train de faire. Il y a beaucoup de charge puis

qu'on les voit en même temps que les autres malades. On essaie de coordonner mais ce n'est pas facile.» (Médecin)

Dans ces conditions de surcharge de travail, il est difficile de s'engager dans un investissement total, car les autres malades ont aussi besoin de soins :

« On ne peut pas s'investir totalement alors qu'on a des patients qui ont besoin qu'on vienne les voir aussi. Quelqu'un qui a une fracture même s'il est là immobilisé dans notre salle de soin, il a besoin qu'on vienne le voir aussi. Donc si on déplace tout le personnel pour une seule personne, il faut voir le décalage que ça fait. » (Médecin)

Aussi, le temps de l'écoute ne s'améliore guère :

« Dans l'exercice public quand nous avons trop de patients effectivement ça (l'écoute) peut être comme une perte de temps. Moi j'avoue que j'oriente l'interrogatoire pour gagner du temps. Parce que quand vous avez 20 patients en une journée, vous n'avez pas le temps d'écouter tout le monde. Souvent on a affaire à des patients qui sont bavards alors ils parlent, ils parlent... dans tout ce qu'ils disent, ils ne disent pas ce qui vous intéresse. Alors à ce moment très rapidement on les arrête et on oriente l'interrogatoire et on lui pose des questions précises dont les réponses peuvent nous apporter quelque chose. Il peut nous arriver de freiner le malade pour lui poser des questions. » (Chirurgien dentiste)

#### 4.2.4. Les PvVIH sont difficiles et méchants

Cette « méchanceté » perçue des PvVIH relèverait du fait que certains d'entre eux mènent une vie sexuelle mettant leurs partenaires en situation de risques de contamination. Ils n'hésitent pas à contracter des mariages en tenant secrète leur séropositivité. Les soignants ne manquent pas d'histoires sur de telles situations (cf. aussi rapport « L'appui alimentaire aux PvVIH à Niamey » :

« Quand j'étais à Agadez, dans les années 1997-2000, il y avait un malade qui sachant qu'il soit séropositif, s'est marié à deux femmes ; la troisième fois, il a eu la maladresse de déléguer le médecin pour aller amener la dot pour une femme. Il y a eu aussi un très jeune (fonctionnaire) à N'Guigmi, là bas on sait qu'il est malade. Il est dans la chaîne de traitement. Il est venu chez lui prendre une très belle cousine en 1997. Avant de se marier, il nous a présenté sa copine, une jeune de 19 ans. Nous lui avons conseillé de ne pas se marier. Mais il l'a fait. » (Infirmier major)

Parfois, les soignants sont amenés à faire face à de tels comportements :

« Nous avons eu le cas d'un malade, difficile (qui ne restait pas tranquille) qui était venu pour le prélèvement banal. Comme il ne restait pas tranquille la stagiaire qui le prélevait s'était fait piquer. Lorsqu'elle avait voulu fixer l'aiguille, le malade a bougé son bras et l'aiguille était sortie et piquer la stagiaire, qui apeurée était rentrée dans la salle de garde pour pleurer. Cynique, le malade en question n'a fait que rire. Lorsqu'on a fait le test à ce malade, il était positif. » (Technicienne de laboratoire)

Parfois aussi, il faut gérer des malades dits difficiles, ceux qui ne sont pas observant. Dans ce cas, la méthode employée peut être coercitive :

« Il y en a qui sont difficiles, avec qui on est gentil au début mais après il faut prendre le bâton, j'ai eu un malade qui était accompagné par sa mère et c'est elle qui se chargeait de lui donner des produits. A chaque fois la mère se plaignait du fait qu'il refuse de prendre les produits. Il a été hospitalisé ici plusieurs fois. Moi je ne le connaissais pas au début on a sympathisé. Après il a fallu qu'on commence à le menacer » (Médecin)

Selon les soignants, ces situations arrivent lorsque les PvVIH ne sont pas bien préparés à recevoir l'annonce de leur séropositivité.

## En guise de conclusion

Pour conclure, on peut souligner quelques points importants.

Le premier point a trait à l'évolution des pratiques de soins visible tant dans les faits que dans les discours des soignants. Mais cette évolution reste fortement cloisonnée dans la sphère de la prise en charge des PvVIH. La plupart des soignants agissent comme si les nouvelles pratiques qui résultent de leur confrontation avec le VIH ne pouvaient le plus souvent être applicables pour les autres affections. Expliquer une telle discontinuité dans leur travail renvoie aux représentations que les soignants se font des personnes qui en sont infectées.

D'un côté, ceux qui ont une perception négative des PvVIH sont pour la plupart guidés dans leur pratique par la seule crainte d'être contaminés lors des soins aux PvVIH. L'émergence des nouvelles pratiques dans ces conditions sont alors fortement orientées dans le sens de la maîtrise des risques encourus. Elles ne sont mobilisées qu'en situation particulière de présomption ou de certitude sur la séropositivité des patients. En dehors de ce cadre, les pratiques habituelles reprennent le dessus dans le travail. Toutefois, on peut noter parfois un glissement de ces nouvelles pratiques en direction des autres patients qui alors en bénéficient. En effet, comme nous l'avons vu, les soignants prennent des mesures pour que ces derniers ne soient pas contaminés lors de leurs contacts avec les structures de santé.

De l'autre côté, c'est à dire ceux qui ont une relation compassionnelle avec les PvVIH, on peut observer la même situation mais pour une raison autre que celle liée aux risques. Le PvVIH est différents des autres patients, c'est un être qui vit avec un virus particulier et il faut donc le protéger. A partir de ce moment cette protection intègre alors toutes les nouvelles connaissances et pratiques visant à améliorer la prise en charge de ces patients qui vivent avec le VIH. Les autres malades ne sont pas concernés par ces nouvelles pratiques puisque leur vie à eux n'est pas déstructurée par le VIH.

Le deuxième point a trait à la question du patient « anonyme » dans le contexte de la séropositivité. On le sait, le patient « anonyme », celui qui est pauvre, sans relations, peut connaître un parcours de combattant au sein de la structure de santé (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). Le phénomène de l'anonymat joue t-il de la même sorte pour le PvVIH ? On peut noter que pour le PvVIH « anonyme » dont la séropositivité est connue, trois cas de figure peuvent se présenter, chacun étant là aussi lié aux représentations des soignants: i) il est considéré comme un patient à protéger et donc il cesse d'être « anonyme », il a droit à tous les égards; ii) il est « anonyme » et il le reste, surtout pour les soignants qui ont une neutralité affective dans leur relation avec les malades ; iii) il est considéré comme un patient à haut risque, il peut alors subir un sort pire que celui du patient « anonyme » non touché par le VIH puisque nous l'avons vu, il peut être l'objet de rejet et d'exclusion.

Enfin le troisième point souligne le cas des soignants séropositifs. Nos enquêtes n'ont pas vraiment abordé ce sujet même s'il est ressorti de manière incidente dans les entretiens, en témoigne celui-ci :

« R : ... Nous sommes des mères de famille on a peur de se contaminer et contaminer les autres. Et même parmi notre personnel il y a des séropositifs.

Q : Donc parmi votre personnel il y a des séropositifs ?

R : Non, mais il y a des infirmières qui ont été exposées à des accidents d'expositions, heureusement elles sont négatives. » (Infirmière Major)

Durant toutes nos enquêtes il a toujours été cas d'AES, mais jamais il n'a été question de contamination d'un soignant. Selon nos interlocuteurs, tous ceux qui ont été victimes d'AES et qui ont fait le test sont « heureusement négatifs ». Est-ce si sûr ? Il semble que le tabou que les soignants entretiennent autour du sujet de la sérologie positive dans leur propre rang, tient du fait qu'ils adhèrent pour la plupart à la « théorie sexuelle du sida » (Giami cité par Raynaut, 1997), c'est-à-dire qu'ils considèrent le sexe comme la principale voie de contamination par le VIH. Or suivant cette perception, un séropositif ne peut être qu'un « délinquant sexuel ». Mais cette raison sur le silence des soignants à propos de leur éventuelle séropositivité reste à vérifier, comme il serait aussi intéressant de creuser d'avantage cette piste notamment sur : la prise en charge des soignants séropositifs par l'institution médicale, leur rapport avec leur travail (modification de leurs pratiques du fait de leur séropositivité ?), leur relation avec leurs collègues, leur relation avec les patients séropositifs, leur vécu de la maladie etc... Cette piste pourrait certainement être une autre approche pour appréhender les dysfonctionnements dans la prise en charge des PvVIH.



## ***Bibliographie***

- Jaffré, Y., Olivier de Sardan, J.P. (dir), 2003, *Une médecine inhospitalière, les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD-Karthala.
- Moumouni, A. 2004, « L'hôpital national de Niamey », LASDEL, *Etudes et travaux* n° 19.
- Raynaut, C., 1997, « L'Afrique et le sida : questions à l'anthropologie, l'anthropologie en question », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 15, n°4: 9-37