

## LE RÔLE DE L'ENTOURAGE AU SEIN DE L'HÔPITAL AFRICAIN : UNE THÉMATIQUE NÉGLIGÉE ?

Marie Schnitzler

John Libbey Eurotext | « Sciences sociales et santé »

2014/1 Vol. 32 | pages 39 à 64

ISSN 0294-0337

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2014-1-page-39.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour John Libbey Eurotext.

© John Libbey Eurotext. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## **Le rôle de l'entourage au sein de l'hôpital africain : une thématique négligée ?**

Marie Schnitzler\*

**Résumé.** En mobilisant le cadre théorique interactionniste pensé par Strauss (1992), cet article décrit les différentes tâches effectuées par l'entourage du malade dans un hôpital béninois afin de montrer comment ce travail réalisé gratuitement par des travailleurs profanes favorise le fonctionnement au jour le jour de la structure. Les concepts d'« intermédiation » et de « dépendance » permettent de saisir les contraintes familiales exercées sur le patient en plus du contrôle médical. En conclusion, cet article prône le développement d'études sur les garde-malades pour renouveler les recherches sur la relation thérapeutique et sur l'organisation hospitalière en Afrique de l'Ouest.

**Mots-clés :** *garde-malade, relation thérapeutique, Bénin.*

---

\* Marie Schnitzler, anthropologue, aspirante FRS-FNRS, Laboratoire d'Anthropologie Sociale et Culturelle, Université de Liège, Institut des Sciences Humaines et Sociales, 7 boulevard du Rectorat B-4000 Liège, Belgique ; UMR 5115/Les Afriques dans le monde, Université de Bordeaux II, 7 ter, place de la Victoire, Bordeaux Cedex, France ; mschnitzler@ulg.ac.be

En se promenant dans un hôpital béninois, le visiteur est rapidement frappé par le nombre important de personnes qu'il croise, en dehors des heures de visite, dans les salles d'hospitalisation à côté des malades et des membres du personnel. Ces personnes, généralement apparentées à l'un des malades, veillent sur celui-ci durant l'hospitalisation. Cette présence familiale est généralisée dans les hôpitaux publics et privés, au Bénin comme dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne. Bien que cette pratique de garde soit connue des chercheurs en sciences sociales, ses effets sur l'organisation des hôpitaux et sur le traitement des malades n'ont fait l'objet que de peu d'études. Quels rôles les gardes-malades jouent-ils auprès des patients ? Quelle place occupent-ils dans la relation thérapeutique ? Cet article apporte une réponse à ces différentes questions en se basant sur une analyse anthropologique de la présence des gardes-malades dans un centre de santé béninois, considérée comme une particularité des hôpitaux africains contemporains. L'analyse s'inscrit dans la lignée des travaux interactionnistes de Strauss (1992) pour défendre la thèse selon laquelle l'étude des pratiques de l'entourage du malade permet de renouveler l'approche actuelle de l'organisation hospitalière et de la relation thérapeutique.

La recherche repose sur un séjour de trois mois dans un hôpital à gestion privée, l'hôpital de Ménomintin (Cotonou). Les données ethnographiques furent recueillies à l'aide d'observations dans le service de médecine pour adultes, comprenant consultations médicales et salles d'hospitalisation. De plus, les patients et leurs proches, ainsi que les membres du personnel de santé (médecins, infirmiers, aides-soignants) s'exprimèrent au cours de discussions informelles tant sur l'action en train de se faire que sur un événement observé précédemment ou sur leur parcours personnel. La majorité des entretiens eut lieu dans l'enceinte de l'hôpital. Enfin, les entretiens menés avec le directeur du centre et les témoins privilégiés (ancien directeur, représentants du ministère de la Santé, membres d'organisations non gouvernementales, etc.) furent le plus souvent enregistrés. Pratiquement, une première réflexion s'intéresse au manque relatif de travaux anthropologiques sur le sujet. Ensuite, le contexte de la recherche est introduit par une présentation de l'histoire de la pratique médicale au Bénin et par une explication de l'organisation de l'hôpital. Le cœur de la recherche est alors abordé grâce à l'étude de la mobilisation familiale sous-jacente à la pratique des gardes et grâce à une description des différents travaux réalisés. Finalement, la notion de médiation est empruntée pour discuter la place de ces personnes profanes au sein de la relation soignants/soignés.

## L'entourage : un acteur oublié

Le rôle de l'entourage du malade a peu été traité dans les sciences sociales. L'anthropologie médicale classique s'intéressait aux systèmes médicaux « *traditionnels* » (Hours, 1999) et les pratiques occidentales n'ont donc été abordées qu'assez récemment. Du côté de la sociologie médicale, développée dans les années 1950 aux États-Unis, quatre thèmes dominaient :

- le lien entre maladie et société ;
- les relations médecins-patients ;
- l'organisation hospitalière et la profession médicale ;
- les dimensions économiques et politiques de la santé.

Pour Cresson (1997), qui a étudié la question des soins domestiques en France, si aucun de ces axes n'exclut *a priori* la famille, nul ne la place au centre de sa problématique. Historiquement, il fallut attendre l'émergence des études sur les maladies chroniques et leurs « malades informés », et la révision du modèle paternaliste de la relation thérapeutique que ces recherches permirent (Baszanger, 1986). L'existence d'un savoir profane détenu par les patients et leur famille (Freidson, 1984) ainsi que la négociation des soins entre le patient et son médecin (Strauss, 1992) furent ainsi mises au jour. Cet intérêt autour des maladies chroniques déboucha sur une double réflexion concernant la place de l'entourage ; elle touchait, d'une part, l'intégration de la famille dans le milieu hospitalier et, d'autre part, les soins donnés à domicile.

Dans la première situation, l'existence de patients ne pouvant décider eux-mêmes de leur traitement en raison d'une incapacité physique (exemple du coma) ou d'une disqualification sociale (exemple des enfants) permit d'aborder l'entourage en tant que substitut dans les prises de décision. Les représentations négatives de la famille comme source de contamination ou d'angoisse que l'on retrouve dans les analyses systémiques (1) furent dès lors concurrencées par les études portant sur cette substitution. On retrouve dans cet ensemble des travaux réalisés au sein d'hôpitaux psychiatriques (Goffman, 1968), de services de pédiatrie (Bluebond-Langner, 1978), de néonatalité (Fortin, 2008) et de gériatrie. La localisation majoritaire de ces travaux dans l'espace hospitalier, plutôt que dans les cabinets de consultation, peut sans doute s'expliquer par le nombre d'acteurs participant aux soins (médecins, infirmières, spécialistes, etc.) qui affaiblit la rhétorique du colloque singulier et du secret médical. En conséquence, les études sociologiques sur l'institution hospitalière

---

(1) Voir, par exemple, les études de Reyneart *et al.* (2006).

s'intéressèrent progressivement au rôle de l'entourage du patient dans la « triade de décision » (Fortin, 2008) ainsi qu'à la gestion, parfois difficile, de sa présence dans l'espace médical (Peneff, 1992).

Deuxièmement, le désir de réduire les dépenses publiques lié au « contexte de crise cumulative de financement, de l'offre et de la qualité des soins de santé et surtout de rigueur budgétaire » (Yaya, 2005 : 2) touchant les pays du Nord dans les années 1980 entraîna un intérêt croissant pour les soins domestiques comme alternative à l'hospitalisation plus onéreuse (Bungener, 1987 ; Mebtoul, 2010a). La famille acquit progressivement le rôle de substitut des soignants dans l'espace privé ou, selon le terme consacré, d'« aidants naturels » (Saint-Charles et Martin, 2001). Cette image se répandit notamment sous l'influence des écrits féministes qui critiquèrent la division sexuelle du travail et de l'approche du *care* qui, à partir des années 1990, prôna la reconnaissance des soins domestiques effectués par les femmes (Brugère, 2011 ; Cresson, 1995 ; Saillant, 1999). Toutefois, les zones de recouvrement entre soins domestiques et médecine professionnelle étaient encore le plus souvent pensées dans ces travaux comme juxtaposition ou cohabitation de plusieurs recours au sein de la trajectoire thérapeutique. Or, comme l'a souligné Freidson (1984), la rencontre entre entourage et médecin instaure une confrontation de différents savoirs au sein même de la consultation médicale. Cette confrontation nécessite la mise en place d'un consensus afin de permettre un travail coordonné (Strauss, 1992). L'entourage présent participe donc à la négociation des soins. Les études de cas présentées par Fainzang (2006) dans son ouvrage sur les patients français en oncologie illustrent ce face à face avec finesse, ainsi que l'importance de l'entourage et de sa présence durant les consultations. Toutefois, l'accent est posé sur l'échange ou la rétention d'informations ainsi que le mensonge. Dès lors, les malades restent au cœur de l'analyse. L'étude du rôle des proches mérite d'être poussée plus avant, et davantage encore dans le contexte africain où ce type d'approche reste rare.

En Afrique, la réflexion autour des pratiques biomédicales émergea plus tardivement à l'initiative des historiens (2). Par la suite, le rôle de l'entourage apparut en transversal dans les études plus récentes portant sur les itinéraires thérapeutiques (Gruénais, 1990) ou sur la relation soignants/soignés et la qualité des soins en milieu hospitalier (Jaffré *et al.*, 2009). Les recherches de Mebtoul font exception et s'interrogent directement sur la pratique des gardes-malades en Algérie. Son travail sur deux maladies chroniques (le diabète et l'hypertension artérielle) discute la

---

(2) Voir Vaughan (1991) sur les colonies britanniques ou Hunt (1999) au Congo.

construction sociopolitique de la santé et questionne la disqualification de la présence des membres de la famille au sein de l'hôpital. Dans la lignée de ces recherches, le présent article interroge non pas la construction de cette pratique mais ses conséquences sur l'organisation même de l'hôpital et sur la prise en charge des patients.

## **Le contexte de la recherche**

### ***La médecine occidentale au Bénin***

Dès 1904 (3), la pratique de la médecine fut développée au Bénin par l'armée française. Les grandes campagnes de vaccinations furent complétées à partir de l'entre-deux-guerres par une médecine curative administrée aux populations locales dans les dispensaires fixes et en 1939 par une médecine mobile (Lapeyssonie, 1988), particularité propre à l'Afrique-Occidentale française. À cette époque, les malades parcouraient souvent de grandes distances pour se rendre jusqu'au poste de santé ou à la route utilisée par les ambulances. Une partie de leur famille les y accompagnait (Bado, 1996). Cet usage démontre l'importance des relations patients/familles/professionnels de la santé, dès l'introduction de la biomédecine en Afrique. Les principes centraux du système sanitaire colonial, à savoir la prédominance des hôpitaux de ville face à une médecine de famille inexistante et la gratuité des soins publics, furent conservés par l'État indépendant créé en 1960. La seule nouveauté prit la forme d'une promotion d'une médecine nationale, mouvement renforcé sous la dictature militaire de Kérékou (1975-1991). La formation de médecins, dont la première génération sortit en 1977, débuta à Cotonou. Un Ordre des médecins fut également créé, mais ce dernier se désagrégea rapidement (Failon, 2012).

Les problèmes dus à la crise mondiale des années 1970, aux coûts entraînés par la gratuité des soins publics ainsi que la pression démographique exercée par la croissance de la population débouchèrent en 1987 sur l'élaboration d'un programme d'ajustement structurel (PAS) prôné par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international. Au niveau sanitaire, ces réformes conduisirent à l'adoption des mesures imaginées aux sommets d'Alma-Ata (1978) et de Bamako (1987) sous la direction de

---

(3) Intégration du Bénin (ancien Royaume de Dahomey) à l'Afrique-Occidentale française.

l'Organisation mondiale de la santé, qui visent à réduire les coûts des systèmes de santé jugés trop onéreux. La première mesure importante adoptée consista à remplacer le principe de gratuité par un système de recouvrement des coûts. Deuxièmement, le recrutement dans la fonction publique, jusqu'alors automatique, fut gelé. Le personnel de santé qui ne trouvait plus de place dans les centres publics se retourna vers le secteur privé. Dès lors, les cliniques privées quasiment inexistantes jusqu'aux années 1990 se multiplièrent en zone urbaine (Boidin, 1996).

### *L'hôpital de Ménontin*

L'hôpital de Ménontin fut construit au début des années 1990 sur la base d'un partenariat privé public réalisé sous l'égide de la Banque mondiale entre le ministère de la Santé et une organisation privée. Intégrée dans un programme de gestion et de réhabilitation urbaine (PRGU) de Cotonou et de Porto-Novo, la construction de l'hôpital fut financée par un crédit de l'Association internationale de développement (institution du groupe Banque mondiale) contracté au nom de l'État béninois. La gestion quotidienne de l'hôpital fut confiée à l'Association médico-sociale de Ménontin (AMSM), créée à cet effet en 1991 par l'archevêque Isidore de Souza, alors curé de la paroisse Sainte-Rita à Ménontin. La délégation était une condition imposée par la Banque mondiale afin de promouvoir des services sociaux en dehors des institutions bureaucratiques béninoises alors considérées au mieux comme incompetentes, au pire comme nuisibles. Enfin, les autorités locales mirent à disposition un terrain de la ville pour bâtir l'hôpital.

Depuis son ouverture le 23 juillet 1996, le centre n'a cessé de s'agrandir en personnel et en patients. En 2011, un peu moins de 55 000 personnes (4) y furent soignées. Les cas les plus traités sont le paludisme, les affections traumatiques et les problèmes respiratoires. Ce nombre important fait de l'hôpital de Ménontin le deuxième hôpital du département de l'Atlantique en matière d'hospitalisation (5). Ce fait s'explique en partie par la position géographique de l'hôpital, situé en zone urbaine à proximité de la route vers le Togo et de nombreux quartiers populaires. Cette importante fréquentation est également due au statut d'hôpital de zone, acquis depuis 2003 suite à la réforme de la pyramide sanitaire.

---

(4) Le service statistique compte exactement 54 129 patients reçus, dont 15 171 hospitalisations.

(5) Selon les statistiques nationales du ministère (2010).

Concernant le personnel, l'équipe initialement composée de 52 personnes comptait 216 travailleurs en 2011. Trois directeurs se sont succédé à la tête de l'hôpital, passant du poste de directeur adjoint à celui de directeur général. Cette norme organisationnelle prévient les difficultés liées au *turn-over* observé dans le secteur public (Olivier de Sardan, 2001). Comme dans la majorité des centres béninois, la hiérarchie médicale est clairement visible grâce aux tenues spécifiques à chaque travailleur : médecin, infirmier, anesthésiste, technicien de laboratoire, assistants sociaux, aide-soignant et agent d'entretien.

L'hôpital de Ménontin comporte 18 services. Si l'ensemble de l'établissement sert de lieu d'étude, la recherche se déroula principalement dans le service de médecine adulte, comprenant 2 salles d'hospitalisation communes et 6 chambres dites « de catégorie » (6) au premier étage, ainsi que des bureaux de consultation au rez-de-chaussée qui sont partagés avec les spécialistes. Les médecins, qui travaillent la plupart du temps seuls dans leur bureau, passent deux fois par jour en hospitalisation : le matin pour la visite et l'après-midi pour la contre-visite. Durant ce tour, le malade est d'abord vu par le médecin, puis un infirmier lui explique les changements effectués dans le traitement tout en les retranscrivant dans le carnet du malade et dans le cahier de soins rattaché au service. Le reste du temps, seuls les infirmiers et les aides-soignantes sont présents à l'étage. Le nombre de malades dans le service varie suivant l'époque. Ainsi, l'infirmier permanent du service m'explique durant un temps de repos : « *Les fins de mois sont souvent plus calmes, à partir du quinze environ. Les salariés ont moins d'argent, alors on ne reçoit que les cas les plus graves. Les autres, ils essayent souvent d'éviter l'hospitalisation. Puis aussi, les mois de saison sèche sont plus calmes parce que la grippe et le paludisme ne sont pas encore présents.* »

L'arrivée massive de patients met chaque service à rude épreuve : manque de lit, mais aussi de literie et de matériel médical tel que les respirateurs. La surpopulation dans le service implique aussi une diminution du temps accordé à chaque patient par le personnel soignant.

---

(6) Le prix plus élevé de ces chambres en raison de la relative intimité et du confort offerts (deux ou trois lits par chambre, ventilateur, air conditionné, voire salle d'eau privée) désigne aux yeux du personnel les occupants de ces chambres comme membres d'une catégorie sociale privilégiée.

## Une mobilisation familiale

L'importance donnée au travail des gardes-malades dans le bon fonctionnement du service se découvre dans l'ambiguïté de l'inscription « *un seul garde-malade par patient* », affichée sur une simple feuille A4 dans les salles d'hospitalisation et les chambres. La direction motive l'existence de ces écriteaux par le besoin de limiter le nombre de personnes auprès des malades. En effet, il est dit au Bénin que la présence des proches au chevet du malade participe à sa guérison. Toutefois, une telle affiche participe également à l'institutionnalisation de la pratique : la règle suppose qu'il existe un garde-malade pour chaque malade. Selon Mebtoul, « *les familles sont contraintes d'investir activement les espaces domestiques et professionnels face aux multiples failles institutionnelles plus radicales et plus visibles dans les pays du Sud* » (Mebtoul, 2010a : 12). La place particulière attribuée à la famille serait donc liée au manque d'effectifs dans les hôpitaux. Le même registre explicatif émerge du discours du personnel béninois. Cependant, la présence de gardes-malades au sein de centres privés (7) semble limiter cette explication.

### *Relier les différents intervenants*

L'aide apportée est fournie par l'entourage familial du patient. Les seules exceptions rencontrées furent deux migrants nigériens arrivés ensemble à Cotonou et qui n'avaient pas de parent au Bénin, et un orphelin veillé par un responsable de l'orphelinat. Les liens familiaux valorisés par la pratique des gardes-malades sont toutefois très divers ; s'il s'agit le plus souvent d'une épouse, d'une mère ou d'une sœur, ce peut également être un petit-fils ou une nièce comme dans l'exemple suivant.

Gloria (mère célibataire, sans emploi stable) veille sur son oncle à la place de sa tante qui travaille. Durant son séjour à l'hôpital, Gloria conserve son fils (18 mois) auprès d'elle. L'argent pour l'hospitalisation et les soins est fourni par la tante de Gloria qui demande en contrepartie une preuve de chaque dépense effectuée. Gloria récupère donc les flacons vides et les emballages usagés auprès de l'équipe soignante pour les remettre à sa tante comme attestation.

---

(7) Cette remarque inclut l'hôpital de Ménontin ainsi que d'autres centres privés visités durant le séjour. Tous disaient recourir à cette pratique, malgré des prix allant jusqu'à 25 000 francs CFA la chambre individuelle.

Ce cas démontre le nombre important de personnes impliquées dans la gestion de la maladie. Gloria s'occupe des soins quotidiens tandis que sa tante prend les décisions relatives au traitement et aux soins administrés puisqu'elle finance l'hospitalisation. À cela, il faut ajouter les nombreux visiteurs qui se rendent au chevet du malade, qui lui proposent un traitement alternatif (par la prière ou l'exorcisme, par exemple), ou qui cherchent à intervenir dans les soins médicaux. En outre, il n'est pas rare qu'un même malade possède plusieurs gardes-malades. C'est le cas du fils de Sarah, âgé de cinq ans, hospitalisé dans une chambre individuelle suite à une chute. Sa mère travaille à l'administration de l'hôpital. Elle le veille la journée mais est aidée dans sa surveillance par Bertie, la domestique de la famille. En soirée, le père de l'enfant vient également lui rendre visite. L'hospitalisation ne dura que trois jours. Ces deux exemples illustrent la diversité des personnes présentes au chevet du malade, ce qui rend souvent impossible l'identification d'un seul garde-malade.

La coprésence de Sarah et de Bertie montre également que le règlement instauré par l'hôpital est sujet à négociation en fonction de la situation et des ressources personnelles des patients et de leurs aidants. La double garde est dans ce cas facilitée par l'occupation d'une chambre individuelle se trouvant dans un couloir peu fréquenté par le personnel soignant en-dehors des tours de garde et par l'appartenance de Sarah à la structure hospitalière.

À travers ces deux exemples transparaissent le réseau familial et la hiérarchie familiale dans lesquels sont intégrés le patient et le(s) garde(s)-malade(s). Les rapports de force autour des prises de décision familiales durant les épisodes morbides ont été relativement bien étudiés en sciences sociales. Fassin (1992) questionnait déjà l'importance des réseaux d'entraide face à la maladie. De plus, Gruénais (1990) a montré, grâce à une étude de cas poussée à Brazzaville, que le patient n'était pas systématiquement associé aux démarches entreprises durant l'itinéraire thérapeutique. Selon Mebtoul (2010b), ces jeux d'influence interviennent aussi dans le choix du garde-malade, qui repose sur les critères hiérarchiques d'âge et de genre structurant l'ordre social. Au Bénin, la pratique des gardes-malades reproduit la division sexuelle des tâches puisqu'ils sont majoritairement féminins. Or, les femmes étaient traditionnellement en charge des soins domestiques et plus largement de la tenue du foyer (Lagacé, 2007). En conséquence, une double autorité s'exerce sur ces femmes : l'une masculine relevant du domaine privé, l'autre médicale et associée à l'espace professionnel. Cette double autorité est particulièrement visible dans le cas de Sarah et de Bertie. À cela s'ajoutent des critères pratiques tels que la disponibilité des personnes recrutées, qui leur permet de se couper pour un temps plus ou moins long du monde social extérieur et de

pénétrer la structure hospitalière. Ainsi, il n'est pas rare de voir la famille rechigner à l'hospitalisation non pour des raisons d'argent mais à cause des sacrifices acceptés par le garde-malade.

Enfin, la diversité des personnes plus ou moins impliquées dans la prise en charge peut entraîner une dissolution et un ralentissement des prises de décision. Dans les cas de Sarah et de Gloria, les décisions sont prises à l'extérieur de l'hôpital. De la même manière, lors de complications, il n'est pas rare de voir un garde-malade téléphoner à un autre membre de la famille pour savoir quoi faire. Le garde-malade sert donc de lien entre l'hôpital et le monde domestique. Cela ne va pas sans conséquence, parfois lourde pour le patient, comme le montre l'exemple qui suit.

*Garde du 4 mai* : un enfant référé (8) est reçu et catégorisé comme une urgence. Les deux parents entrent dans la salle de consultation en même temps que moi, le médecin et une aide-soignante. Tandis que la mère dépose l'enfant sur la table de consultation et murmure « *il n'est plus là* », le médecin prend le carnet de consultation et renvoie le père en salle d'attente en soulignant le monde présent dans la pièce. Le père sort. Le médecin se met à lire le carnet de soins de l'enfant et y découvre l'annotation suivante : « *besoin de transfusion – refus de la famille* ». Le médecin rappelle alors le père pour obtenir une explication. Le père se défend : « *Ce n'est pas que je n'ai pas voulu mais ça fait une semaine que l'enfant est à l'hôpital. J'ai donné de l'argent à sa mère en début de semaine parce que moi je ne suis pas là pendant la semaine à cause du travail. Mais je téléphonais tous les jours, au jour le jour. On m'a d'abord parlé de la rougeole, puis d'autres choses. Ils ne savaient pas ce qu'il avait. Et c'est ce matin qu'on m'a téléphoné pour me dire qu'il fallait faire une transfusion et référer l'enfant. Ce que j'ai refusé, c'est qu'on laisse l'état de l'enfant se dégrader depuis et que maintenant il faut une transfusion. Alors, je suis venu ici.* »

Au milieu de l'explication, le médecin interrompt le père pour lui dire qu'il s'agit d'une urgence, et qu'il doit donner des explications plus rapides. Toutefois, le père continue de se justifier. Le médecin retourne ausculter l'enfant et le père décroche son téléphone. Le médecin revient face au père et lui dit : « *bon patron, il faut laisser le téléphone. Il n'y a plus rien. Donc tu comprends la situation ? Il faut reprendre l'enfant et rentrer* ». Le père finit son coup de fil. De son côté, la mère replace son fils mort sur son dos. Ils sortent tous les deux.

---

(8) Le système de référence consiste à envoyer vers des échelons supérieurs les cas graves qui ne peuvent être pris en charge par les petites structures de soins.

Ici, les rôles respectifs sont bien dissociés. La mère qui suit l'évolution du cas au jour le jour reste dans la salle de consultation. Cependant, le père est interrogé sur le refus de la transfusion mentionné dans le carnet : même absent, il prend les décisions importantes concernant les soins. Bien que la présence de cette aide dissociée puisse poser problème, l'absence d'aidant peut s'avérer encore plus problématique au sein d'une organisation reposant de manière informelle sur le travail de la famille.

### *Se retrouver seul à l'hôpital*

Une première étude de cas nous aidera à comprendre les critères qui permettent à certains patients de se dispenser de garde-malade.

Alice, une parente du directeur, se plaint de douleurs à la poitrine. Encore valide et autonome, elle ne sera hospitalisée que deux jours, en chambre individuelle. Lors d'une discussion dans sa chambre, elle m'explique les raisons de sa solitude : « *Ce sont les autres qui te rendent malade. Tu dois apprendre à te suffire par toi-même. Moi c'est ma philosophie. Ma sœur m'a demandé pour rester avec moi pendant la nuit. J'ai répondu : "pourquoi ? Pour me laver ? Pour aller chercher les infirmiers ? Je peux faire tout ça moi-même. Je ne vais pas en mourir". C'est ce que je me dis. J'ai la foi alors, le reste, il faut s'en occuper soi-même. Je suis autonome.* »

Les conditions physiques, sociales et économiques d'Alice lui permettent de se dire « autonome » et la dispensent de l'aide offerte par sa sœur. Une autre malade seule, installée dans une chambre individuelle, mobilisa le personnel soignant moyennant rétribution pour se procurer les médicaments indisponibles à la pharmacie de l'hôpital.

Toutefois, tous les patients seuls ne disposent pas de toutes ces ressources et doivent dès lors apprendre à se débrouiller. Ainsi, un patient qui s'était absenté pour acheter ses médicaments a retrouvé son lit occupé par un autre. De nombreuses admissions avaient été enregistrées et son lit attribué à l'un des nouveaux arrivants. Le patient seul m'expliqua : « *Je suis allé chercher des médicaments en vain. Je n'ai pas de garde-malade alors je suis allé les chercher moi-même mais en vain parce que je n'ai pas l'argent pour les payer. Et puis voilà que je reviens et on a installé quelqu'un d'autre sur mon lit. Et maintenant il (l'infirmier) me dit "qui va à la chasse perd sa place". C'est quoi ça ?* » S'étant adressé à un autre infirmier, le patient se vit finalement concéder un autre lit de la salle d'hospitalisation.

Face à ces personnes démunies, d'autres gardes-malades ou certains hospitalisés acceptent parfois de rendre de menus services.

Les médecins ayant signé son bon de sortie, Iris doit rentrer chez elle afin de récupérer son carnet de consultation, repris par son mari. Ne voulant traîner son fils derrière elle durant l'aller-retour, elle va trouver l'infirmier présent dans le poste de garde pour lui demander de prendre soin de l'enfant. Celui-ci refuse, arguant qu'il n'est « *pas gardien d'enfants* ». De plus, il la réprimande sur l'absence de son carnet : « *le carnet appartient à l'hôpital, ton mari n'avait pas à le reprendre chez lui. Il doit rester à l'hôpital !* ». Elle retourne alors dans la salle d'hospitalisation où une autre garde-malade acceptera de garder l'enfant le temps qu'Iris rentre chez elle.

Il peut donc s'agir de garder un enfant mais également d'attirer l'attention d'un médecin sur un malade qui n'a pas encore été vu durant la visite. Ces comportements d'entraide contrastent toutefois avec les situations de concurrence entre les patients qui ont déjà été relevées en Europe (Peneff, 1992) et qui se traduisent de manière bien plus catastrophique en Afrique subsaharienne. Les difficultés rencontrées par ces malades isolés et la nécessaire « débrouille » qu'elles impliquent démontrent la diversité et l'importance des tâches réalisées par les gardes-malades. Apparaît alors une nouvelle facette de la précarité sociale discutée par Diallo (2003) : si l'absence de soutien limite l'accès aux hôpitaux par manque d'argent, elle entrave également la bonne prise en charge du malade hospitalisé. Pour approfondir cette thématique, les tâches effectuées par les gardes-malades vont être détaillées.

## Les travailleurs invisibles

### *Travail sur les corps*

La pratique du garde-malade consiste à assurer le bien-être du malade en restant à sa disposition jour et nuit. Chaque matin, le garde-malade accompagne son proche à la douche ou aux latrines, le lave dans son lit et vide sa bassine lorsque les déplacements sont trop difficiles. Ensuite, il lui apporte son petit déjeuner et le nourrit. Ces gestes concernent le corps du malade ou ses fonctions corporelles. De plus, lorsque cela lui est physiquement possible, le garde-malade accompagne son parent d'un service à l'autre ; sinon les techniciens s'en chargent. Alors que ces actes sont pratiqués par le garde-malade pour les patients incapables de les réaliser eux-mêmes, d'autres tâches lui sont automatiquement attribuées. Il est, par exemple, fréquent que le garde-malade soit réveillé par un aide-soignant pour prendre la température du patient alors que le malade lui-

même est éveillé. L'aidant peut également être sollicité par un soignant pour maintenir en place un bras ou une jambe durant la réalisation d'un soin. Il lui revient aussi de prévenir les infirmiers lorsque la perfusion du malade est terminée, d'administrer au patient ses médicaments et de veiller à son hygiène en nettoyant ses vêtements, ses plats ainsi que son environnement direct, et ce, malgré la présence d'agents d'entretien. Si l'on suit l'idée d'Arborio (1995) selon laquelle le travail hospitalier se caractérise par un matériau commun, le corps du malade, et par le partage d'espace de travail identique, alors il devient possible d'étudier les gardes-malades comme des acteurs à part entière du travail de soins. L'absence de reconnaissance des tâches effectuées leur confère le statut de « *personnel invisible* » (Arborio, 2001 ; Mebtoul, 2010b).

### *Surveillance et documentation du cas*

Une autre fonction du garde-malade implique la surveillance de l'état du patient et de ses symptômes. La vérification de la perfusion a déjà été citée mais l'attention prodiguée porte sur bien d'autres éléments, comme l'illustre ce nouvel extrait des notes de terrain.

*Contre-visite du 7 mars, salle des femmes* : Antoinette est endormie sur les genoux de son mari. À l'arrivée du médecin (une femme), le mari lui fait part de son inquiétude : Antoinette ne mange plus rien et il voudrait savoir si un médicament ne l'aiderait pas à manger davantage. De plus, quand elle parle, on l'entend à peine. Il répète cette remarque plus énergiquement deux minutes plus tard après une question de la praticienne. Celle-ci hausse le ton également :

Médecin : « *Monsieur, je suis là pour répondre à vos problèmes et pour entendre vos plaintes. Je suis avec vous. Alors il faut me parler autrement.*

Mari : *Je sais, mais je vous ai déjà dit cela !*

Médecin : *Oui mais là, je demande que, comme elle parle, qu'est-ce qu'elle vous dit quand vous lui demandez de manger ?*

Mari : *Elle dit qu'elle va manger, mais dès qu'on apporte, elle ne veut plus. Elle fait semblant de dormir ou elle ne réagit plus. »*

La praticienne fait bouger le garde-malade pour réveiller Antoinette et discuter avec elle. Elle lui tapote le bras droit (de plus en plus fort) : « *mémé mémé* », puis lui pose plusieurs questions, et se penche sur la patiente pour entendre les réponses. Elle décide par la suite de l'ausculter.

La surveillance repose sur un ensemble d'informations et de savoirs détenu par le mari d'Antoinette. Une première série de données concerne l'état d'Antoinette (« *elle ne mange plus rien* », « *on l'entend à peine* »).

Cette surveillance est facilitée par les informations accumulées sur les antécédents du patient, le contexte d'apparition et le déroulement de la maladie ainsi que sur les différents recours réalisés. Ces connaissances sont mobilisées par le garde-malade dans sa compréhension de l'évolution de la maladie durant le traitement médical au sein de l'hôpital. À ces données personnelles s'ajoutent les notions biomédicales qu'il acquiert au cours de son séjour à l'hôpital grâce aux explications fournies par le personnel (sur l'utilisation des médicaments par exemple) ou obtenues à travers l'observation et l'écoute de l'équipe soignante. Ces différents éléments s'associent pour créer la catégorie du « *savoir profane* » mise en exergue par Freidson (1984).

Toutefois, la particularité des gardes-malades en tant que résidents ou travailleurs de la structure hospitalière permet une assistance qui transcende la distinction entre soins domestiques et travail professionnel, pour offrir un accompagnement continu au malade à travers les différents espaces investis durant le traitement. Ce suivi personnalisé ne se limite pas à un simple complément de la prise en charge médicale ; il s'intègre au travail professionnel et permet d'actualiser, voire de rectifier, les données recueillies sur le cas. Un exemple concret, tiré des notes de terrain, permet de mieux saisir cette nuance.

*Contre-visite du 13 avril, en chambre de trois* : parcourant le dossier de Boris (plâtre à la jambe droite), le médecin demande à l'infirmier présent si le chef de chirurgie est passé pour vérifier le plâtre (procédure nécessaire avant la sortie). L'infirmier répond négativement. Sur ce fait, la femme de Boris entre dans la pièce et explique qu'aucune injection n'a été effectuée. L'infirmier contredit cette affirmation et soutient que les soins ont été réalisés. La garde-malade insiste et reprend son histoire depuis le début. Elle explique que les injections n'ont pas été faites ce matin-là, durant les soins, car le patient a été emmené en salle des pansements, afin qu'on lui refasse son plâtre. Cette information n'est pas reprise dans le dossier. La garde-malade tente de prouver ce qu'elle avance en montrant les différents produits qu'il lui reste. L'infirmier finira par accepter sa version de l'histoire, arguant qu'il n'avait pas été mis au courant de la nécessité de replâtrer. Il appliquera donc les soins demandés.

Cette anecdote révèle l'ampleur et l'importance de la collaboration des gardes-malades : dans un espace où la multiplication des sources écrites conduit plus souvent que voulu à une perte de documents ou à des informations incomplètes, la surveillance personnalisée effectuée par les gardes-malades offre un garde-fou au malade ainsi qu'au personnel, lorsque celui-ci accepte d'entendre la voix du garde-malade. Enfin, le garde-malade peut faciliter l'interaction en traduisant et en commentant les propos tenus par les soignants ou par le malade à l'autre partie.

### *Gestion des imprévus*

À côté de ces gestes routiniers apparaissent des situations imprévues face auxquelles le garde-malade doit réagir. Voyons une situation concrète.

*Garde de nuit du 12 avril, environ 20 h* : on amène un enfant référé au docteur F. Elle l'emporte elle-même en pédiatrie à l'étage. (...) Une panne de courant (9) empêche la généraliste de travailler et coupe le respirateur que deux enfants se partageaient déjà. Lorsque les lampes se rallument, on distingue que l'un de ces deux enfants, admis plus tôt dans la soirée, est en train de régurgiter le contenu de son estomac. Le docteur demande qu'on lui fasse un lavage. L'une des infirmières présentes s'en charge alors que la seconde demande aux gardes-malades de quitter la pièce. Tandis que le médecin se rapproche de l'enfant qui rejetait pour constater son décès, une nouvelle panne de courant se déclenche. La mère d'un des autres enfants se trouvant également au poste de garde rentre alors dans la pièce et propose son téléphone portable dont la lampe-torche est allumée. Les infirmières acceptent le téléphone mais font ressortir la mère. La docteur F. finit de remplir le dossier avec le téléphone prêté. Ayant terminé, elle sort de la salle (et) rend le téléphone à sa propriétaire.

Cette situation souligne l'importance de la réactivité des gardes-malades face aux difficultés de l'hospitalisation au Bénin, ou ce que Jaffré appelle très justement la « *gestion aléatoire de zones d'incertitude* » (Jaffré, 2009b : 108). Ces événements inattendus soulignent la cruauté de l'absence de garde-malade. Finalement, les différents rôles tenus par le garde-malade et l'institutionnalisation de la pratique qui ont été présentés dans cette section soulignent la dépendance du malade dans le champ médical. Cette notion sera abordée dans la prochaine section à partir du concept de médiation.

---

(9) En raison de l'ancienneté du générateur de l'hôpital, les coupures d'électricité sont fréquentes durant les nuits de délestage. Le délestage consiste à couper l'électricité de certains quartiers en raison de l'incapacité de distribuer de l'électricité en suffisance pour répondre à la demande de la population de Cotonou.

## Le garde-malade comme intermédiaire

### *L'intermédiation à l'hôpital*

Relevée comme une caractéristique structurale des administrations africaines, l'intermédiation a souvent été analysée dans les sciences sociales comme une source de petite corruption et de violence associées à la « *bureaucratie d'interface* » (Olivier de Sardan, 2004). De nombreuses études ont identifié des problèmes identiques dans le monde hospitalier (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; Jewkes *et al.*, 1998 ; Walker et Lucy, 2004). Se détournant des notions de corruption et de violence, Tantchou (2013) a récemment abordé le mécanisme de médiation infirmière en s'intéressant à ses conséquences sur la relation patient/médecin. Elle oppose deux types d'interaction : la consultation médicale et les rondes (ou visites). Dans la première situation, l'absence de l'infirmier entraîne une interaction directe entre le médecin et son malade à la fois par la parole et le toucher. À l'inverse, la présentation des malades par les infirmiers durant les rondes repose sur une approche discursive des cas qui supprime la communication entre le patient et son médecin observée durant la consultation. Dans cette section, la réflexion de Tantchou est utilisée afin d'appréhender l'entourage du malade en tant qu'intermédiaire dans la relation soignant/soigné. L'objectif consiste à comprendre les effets de la présence d'un ou de plusieurs proches durant l'interaction thérapeutique en pointant notamment l'autonomie et la dépendance du malade.

### *Un soutien contraignant*

La présence du garde-malade peut être une source de contraintes supplémentaires pour le malade, superposant une dépendance vis-à-vis de la famille au contrôle médical exercé par les soignants. Voyons un exemple.

*Contre-visite du 13 avril, salle des femmes* : Gertrude (AVC) veut sortir de l'hôpital. Elle demande au docteur en visite si elle peut s'en aller. Consultant le dossier, le docteur V. accepte sous condition que les bilans demandés soient réalisés. Gertrude acquiesce. Après la sortie du médecin, le fils de Gertrude revient au chevet de sa mère. Mis au courant de la décision de sortie, il veut s'y opposer. Il craint que Gertrude n'ait pas suffisamment récupéré pour rentrer chez elle. Gertrude se fâche ; elle accuse son fils de vouloir la retenir à l'hôpital alors qu'elle-même ne veut pas et que les médecins avaient donné leur accord. Le fils va alors discuter avec l'infirmier ; il demande des explications sur la sortie et marque son désaccord.

L'infirmier Z. à qui il s'est adressé lui conseille d'en parler directement au médecin, toujours présent dans le service. Rencontrant le médecin V. dans le couloir, le fils de Gertrude réitère ses craintes quant à la sortie de sa mère. Il se plaint que celle-ci l'accuse de vouloir la retenir à l'hôpital tandis qu'il ne se soucie que de sa santé. Il préfère la savoir à l'hôpital, encadrée et surveillée. Face à ces arguments, le médecin V. accepte de réexaminer le dossier pour savoir s'il y a lieu ou non d'accorder la sortie. Le dossier est récupéré auprès de l'infirmière B., puis le médecin et les deux infirmiers discutent un instant le pour et le contre d'une sortie. Finalement, le médecin V. prévient Gertrude qu'il préfère la garder encore quelques jours à l'hôpital afin d'être certain de son bon rétablissement.

Dans cet exemple, l'intervention du fils de Gertrude, qui n'est pas d'accord avec elle pour sa sortie, va entraîner un revirement du médecin. Ainsi, la diversité d'opinions entraîne l'apparition de dynamiques particulières d'interaction qui sont déterminées par le nombre de participants, leur statut et leur expérience. Ces différents éléments appartiennent au « *contexte de négociation* » que Strauss définit comme l'ensemble des « *propriétés structurelles intervenant très directement comme conditions dans le déroulement de la négociation elle-même* » (Strauss, 1992 : 260). En fonction de ces propriétés changeantes, les acteurs cherchent à obtenir différents appuis afin d'établir un consensus qui leur convienne. L'exemple donné démontre la dimension toujours temporaire de ces accords passés (Strauss, 1992). Par conséquent, la présence des gardes-malades à l'hôpital favorise l'image d'un malade dépendant, incapable de se débrouiller par lui-même, image qu'Alice combattait lorsqu'elle refusa l'aide de sa sœur. Ainsi, l'étude des gardes-malades dans l'espace thérapeutique africain permet une meilleure compréhension des différents rapports de force apparaissant durant les processus de négociation autour de la prise en charge du patient.

### *Un mal nécessaire*

Malgré l'aide apportée quotidiennement par les gardes-malades, le personnel de santé décrit leur assistance comme gênante. Les gardes-malades sont « *un mal nécessaire* » (*necessary evil*) (Zaman, 2004 : 2029) dans les services d'hospitalisation pour plusieurs raisons. Premièrement, les déplacements fréquents et le bruit occasionné par leur présence sont critiqués comme perturbations dans le travail hospitalier. L'absence d'un lieu réservé à leur usage oblige les gardes-malades à dormir à même le sol ou sur des nattes qu'ils ont apportées de l'extérieur. L'espace occupé est

réapproprié et personnalisé de manière plus ou moins importante en fonction de la durée de l'hospitalisation. Des images religieuses sont collées sur les murs, des statuettes et des chapelets sont installés à côté des lits. Selon les cas, des casseroles, des sacs, des vêtements ou un balai sont posés en dessous du lit du malade. Outre son utilité évidente, cette appropriation du lieu permet au garde-malade et au malade de reconstruire un « *espace connu et accessible* » par la présence d'objets quotidiens (Lahouel et Mebtoul, 2011 : 25). À ce titre, j'ai pu observer un aide-soignant retirer ses chaussures pour marcher sur la natte d'un garde-malade dans le but de prodiguer les soins au patient. Par ce geste, l'aide-soignant exprime du respect pour la zone marquée par le patient et son garde-malade comme leur territoire. Toutefois, le manque d'espace et l'entassement des corps qui résultent de cette pratique expliquent en partie le sentiment de dérangement perpétuel exprimé par le personnel soignant.

Face à cette oppression ressentie, le personnel développe des « *stratégies de gestion* » (Peneff, 1992) pour contenir ces individus non assujettis à l'autorité médicale. À Ménontin, une barrière a été installée dans le couloir des salles communes d'hospitalisation afin de réguler les entrées et les sorties. L'objectif défendu consiste à diminuer les possibilités de vols ou d'extorsion d'argent par des inconnus se faisant passer pour des médecins au sein de l'hôpital. En pratique cependant, la barrière permet de filtrer et de limiter les entrées dans les salles communes. Jaffré a déjà souligné cette volonté de contrôler les lieux de passage dans les hôpitaux africains et le manque de régularité dans l'application des normes officielles : « *Le service de porte qui doit théoriquement filtrer les entrées est purement virtuel. Personne ne le respecte. En fait, tout le monde connaît quelqu'un dans la structure et refuser l'entrée à quelqu'un serait à la fois entrer dans des querelles avec ses collègues et risquer de se fâcher avec des "bras longs". En fait, l'entrée est plutôt "chacun avec sa chance" sauf pour les plus pauvres* » (Jaffré, 2009a : 64).

Concernant la gestion des gardes-malades au sein du centre, l'installation d'un téléviseur dans le hall prévue dans le budget 2012 devrait permettre de les faire sortir des salles de soins pour laisser le champ libre au personnel soignant (10). Enfin, l'aménagement de lieux (tels que la réanimation) et de moments (principalement durant les visites et l'administration des soins) où les gardes-malades sont interdits libère temporairement le personnel de leur omniprésence. Du côté des patients et de leur entourage, il arrive que l'on critique ces stratégies d'écartement. Ainsi, durant

---

(10) Toutefois, les conséquences de cette installation sont questionnables : avec ce retrait des garde-malades, comment le personnel sera-t-il prévenu en cas de problème ?

une contre visite médicale (qui a souvent lieu pendant les heures de visites), un malade se plaint de la sortie de ses visiteurs ordonnée par le médecin. En signe de contestation, il quitta la salle d'hospitalisation à leur suite, empêchant ainsi les médecins de l'examiner jusqu'à son retour, cinq minutes plus tard.

Certains membres du personnel relèvent un deuxième problème en évoquant les conséquences médicales négatives d'une présence qui peut s'avérer stressante pour le patient. Le directeur releva pour moi la contradiction entre le nombre élevé des visites et le repos recommandé pour les malades hypertendus. Si cet exemple porte autant sur la présence de la famille que des gardes-malades, l'incompétence et les erreurs réalisées par les gardes-malades sont critiquées par la même logique. L'exemple de l'enfant anémié dont le père avait refusé la transfusion l'a déjà démontré mais un second cas éclairera davantage ces reproches.

*21 mars, salle d'urgence pédiatrie* : la mère d'Ahmed (4 mois) apporte les résultats des examens demandés. Le médecin (une femme) les regarde puis se fâche en disant que ceux-ci sont très mauvais, qu'Ahmed est très anémié, que s'il avait été là, il aurait été admis comme urgence (11). Il faut donc rapidement l'amener à l'hôpital. Le médecin demande à la mère pourquoi elle est venue seule. Celle-ci répond qu'elle amenait juste les résultats et qu'elle ne voulait pas le déplacer pour rien alors qu'il est malade. La praticienne continue et souligne que c'est Ahmed le patient et non sa mère. Il fallait donc qu'il soit présent à la consultation. Ahmed arrivera à l'hôpital emmené par son père quelques heures plus tard. Trop tard. Il décèdera dans l'après-midi faute d'avoir reçu le traitement suffisamment tôt.

La faute est donc imputée à la mère qui s'est rendue seule à l'hôpital, alors que le retour autorisé à la maison de la veille et la journée utilisée pour obtenir les résultats du laboratoire ne sont jamais mentionnés.

Enfin, les soignants condamnent l'évocation par les gardes-malades des sacrifices réalisés. En effet, la rhétorique de la solidarité africaine tend à naturaliser la pratique de l'accompagnement et tout rappel direct des coûts sociaux consentis est jugé inapproprié, voire critiquable. Par exemple, lorsque la sœur d'une patiente hospitalisée depuis deux semaines se plaint de la durée du séjour à l'hôpital, elle se voit rabrouée par l'infirmier présent : « *Pourquoi tu cries toi, la grosse ? Tu te plains tout le temps. Tout ce que tu veux, c'est aller retrouver ton homme pour qu'il n'aille pas*

---

(11) L'installation d'un nouveau service d'urgence pédiatrique à l'initiative du ministère permet désormais aux enfants souffrant d'un certain nombre de symptômes prédéfinis de passer en priorité devant les médecins.

*voir ailleurs* ». Ainsi, le déni médical de l'aide apportée par les gardes-malades s'accompagne souvent d'une critique générale de leur présence invasive, bruyante et potentiellement néfaste pour les patients. Enfin, les plaintes adressées par les gardes-malades sont souvent considérées comme irrecevables et réprimandées par le personnel soignant.

### ***Un traitement différencié***

Outre ces critiques générales, il convient de souligner les différences de traitement entre les gardes-malades, différences qui s'apparentent à celles déjà relevées à de nombreuses reprises dans la littérature sur les patients au sein des hôpitaux d'Afrique de l'Ouest (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). En effet, les difficultés liées à la pauvreté et l'anonymat s'étendent à l'accueil et à la gestion des gardes-malades par le personnel médical. Il suffit, pour illustrer cette idée, de reprendre l'exemple des gardes partagées entre plusieurs aidants. Dans les salles communes, cette pratique reste plus que rare et est légitimée par les patients et les gardes-malades grâce à leur appartenance à la structure (« *C'est mon hôpital, je viens depuis toujours ici. Ma fille a accouché ici* » ; « *Mon frère est venu avant de mourir. Ils ont pris soin de lui. C'est l'hôpital de la famille* ») ou leur connaissance parmi le personnel (« *J'ai appelé l'infirmier Z et il m'a dit qu'il était de permanence ici, alors je suis venue pour faire des examens* »). À l'inverse, les occupants de catégorie, par leur position géographique et sociale, ne subissent pas ce filtrage et reçoivent donc un nombre important de visiteurs à tout moment de la journée. Plus que dirigé par des normes pratiques, ce régime de faveur ne semble jamais acquis à l'avance. Ainsi, il n'est pas rare que l'infirmier ou le médecin fasse malgré tout sortir le garde-malade et les visiteurs des chambres de catégorie durant la visite et les soins. L'absence du soignant référent peut également poser problème dans le maintien des privilèges acquis à travers lui. Il s'agit donc pour chacun de négocier chaque demande en situation avec les personnes présentes en fonction des ressources disponibles.

### **Conclusion**

Cet article avait pour objectif de démontrer l'intérêt d'une étude approfondie des différents rôles des gardes-malades en tant qu'application particulière de la pratique médicale béninoise afin de revitaliser un certain nombre de débats actuels en anthropologie médicale. Tout d'abord, la des-

cription des tâches effectuées par l'entourage fait écho à la littérature critiquant la dichotomie soignant/soigné et la conceptualisation du colloque singulier présent dans le monde médical. Cette remarque *a priori* banale réintègre les proches dans l'étude des processus de décision en Afrique en réaffirmant l'importance de leur action et de leur médiation au sein de la relation thérapeutique. Les rapports de force qui relient les différents acteurs de la « *triade de décision* » (Fortin, 2008) en termes d'autorité et de dépendance sont ainsi réintroduits dans l'analyse sous deux formes : l'autorité médicale et l'autorité familiale. La réflexion sur les gardes-malades interroge donc la double soumission supposée du patient ainsi que sa capacité d'action face à l'autorité. Il convient donc d'associer les travaux portant sur l'organisation hospitalière et la relation thérapeutique à une approche de la famille en tant que système de dons et de contre-dons marqué par l'affectivité, qui dépasse le simple domaine médical pour englober l'ensemble des relations sociales entre les différents membres de la famille.

L'omniprésence de la famille dans l'hôpital offre également une porte d'entrée pour approfondir la compréhension de la délégation des tâches vers le bas, pratique relevée dans les hôpitaux d'Afrique de l'Ouest comme problématique en raison des glissements de fonctions qui en résultent (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). L'utilisation d'une approche interactionniste se concentrant sur la réalisation des tâches plutôt que sur les rôles prédéfinis (Strauss, 1992) a conduit à une analyse de la famille comme « *personnel invisible* » (Arborio, 2001) situé en dehors de la pyramide hiérarchique officielle. La prise en compte de ce nouvel échelon du travail éclaire les conditions pratiques qui permettent au personnel officiel de déléguer ses tâches.

Cette approche complète l'évaluation de l'organisation du travail basée sur la comparaison entre les tâches officielles et les pratiques réelles. En outre, elle questionne l'idée sous-jacente d'un modèle organisationnel hospitalier universel établi à partir de normes européennes. S'intéresser à la pratique des gardes-malades, c'est donc chercher à identifier dans un premier temps ce que les hôpitaux africains ont de particulier. Dans un deuxième temps, cela consiste à étudier la manière dont la pratique de la médecine est adaptée et (re)négociée en fonction de l'environnement physique, culturel et social dans lequel elle est mise en œuvre.

L'étude des gardes-malades invite ensuite à s'interroger sur les propriétés de l'espace hospitalier. La présence constante d'un personnel profane dans le centre remet en question la vision des hôpitaux comme lieux professionnalisés, c'est-à-dire des « *site(s) géographique(s) où des personnes issues de différents horizons professionnels se trouvent rassemblées afin d'y mener à bien leurs objectifs respectifs* » (Strauss, 1992 : 90).

Une territorialisation partielle des salles d'hospitalisation engendre un retranchement du personnel soignant dans des pièces réservées à leur usage. En outre, de telles interrogations sur les spécificités du monde hospitalier entraînent logiquement une réflexion sur la pratique de la médecine en dehors de ces murs, notamment par rapport à la médecine de famille supposée inexistante en Afrique de l'Ouest (Van Dormeal, 1997). La différenciation doit alors se faire tant au niveau des espaces que de la relation thérapeutique encadrée par ces derniers.

Finalement, la pratique des gardes-malades offre une nouvelle porte d'entrée pour étudier les différentes inégalités face à la santé. Le concept de précarité sociale a déjà été utilisé en Afrique de l'Ouest pour souligner les difficultés de certains patients à être introduits et traités dans l'espace clinique (Diallo, 2003) quand ils doivent faire face non seulement à l'absence de soutien financier mais également au manque de relations sociales. Les entraves pratiques dues à l'absence de garde-malade en hospitalisation introduisent une dimension supplémentaire de ce problème.

**Liens d'intérêts :** l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Arborio A.M., 1995, Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital, *Sciences Sociales et Santé*, 12, 3, 93-126.
- Arborio A.M., 2001, *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos.
- Bado J.P., 1996, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique 1900-1960. Lèpre, trypanosomiase humaine et onchocercose*, Paris, Karthala.
- Baszanger I., 1986, Les maladies chroniques et leur ordre négocié, *Revue Française de Sociologie*, 27, 1, 3-27.
- Bluebond-Langner M., 1978, *The private worlds of dying children*, Guildford, Princeton University Press.
- Boidin B., 1996, La prolifération des micros-unités de santé au Bénin, *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicale*, 36, 4, 357-382.
- Bungener M., 1987, Logique et statut de la production familiale de santé, *Sciences Sociales et Santé*, 5, 2, 45-59.
- Brugère F., 2011, *L'éthique du care*, Paris, Presses Universitaires de France.

- Cresson G., 1995, *Le travail domestique de santé. Analyse sociologique*, Paris, L'Harmattan.
- Cresson G., 1997, La sociologie de la médecine méconnaît-elle la famille ?, *Sociétés Contemporaines*, 25, 45-65.
- Diallo Y., 2003, Pauvreté et maladie, In : Jaffré Y., Olivier de Sardan J.P., eds, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 157-216.
- Failon J., 2012, *Private medical practice in Benin: dynamics of a growing sector*, 4<sup>th</sup> European Conference on African Studies, Uppsala.
- Fainzang S., 2006, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Fassin D., 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique : anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Fortin S., 2008, The pediatric clinic as negotiated social space, *Anthropology and Medicine*, 15, 3, 175-178.
- Freidson E., 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot.
- Goffman E., 1968, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Éditions de Minuit.
- Gruénais M.E., 1990, Le malade et sa famille. Une étude de cas à Brazzaville, In : Fassin D., Jaffré Y., eds, *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses/Aupelf, 257-272.
- Hours B., 1999, Vingt ans de développement de l'anthropologie médicale en France, *Socio-Anthropologie*, 5 ; <http://socio-anthropologie.revues.org/index50.html>
- Hunt N., 1999, *A colonial lexicon of birth ritual, medicalization and mobility in the Congo*, Durham & London, Duke University Press.
- Jaffré Y., 2009a, La réforme « sur un fil », In : Jaffré Y., Diallo Y., Vasseur P., Grenier-Torres C., eds, *La bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Faustroll Descartes, 45-93.
- Jaffré Y., 2009b, « Quand on est pauvre, c'est facile de mourir », In : Jaffré Y., Diallo Y., Vasseur P., Grenier-Torres C., eds, *La bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Faustroll Descartes, 95-108.
- Jaffré Y., Olivier de Sardan J-P., 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.

- Jaffré Y., Diallo Y., Vasseur P., Grenier-Torres C., 2009, *La bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Faustroll Descartes.
- Jewkes R., Naemah A., Zodumo M., 1998, Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services, *Social Science & Medicine*, 47, 11, 1781-1795.
- Lagacé C., 2007, *Femmes et politique au Bénin, un défi à relever*, Mémoire de maîtrise en sciences politiques, Université de Laval, Québec.
- Lahouel K.F., Mebtoul M., 2011, Le rôle des garde-malades auprès des personnes en situation de handicap au centre hospitalo-universitaire d'Oran (Algérie), *Journal de Réadaptation Médicale*, 31, 1, 36-45.
- Lapeyssonnie, 1988, *La médecine coloniale. Mythes et réalités*, Paris, Seghers.
- Mebtoul M., 2010a, Introduction générale, In : Mebtoul M., Cresson G., eds, *Famille et santé*, Paris Presses de l'EHESP, 11-18.
- Mebtoul M., 2010b, La dimension sociopolitique de la production de santé en Algérie, In : Mebtoul M., Cresson G., eds, *Famille et santé*, Paris, Presses de l'EHESP, 21-30.
- Olivier de Sardan J.P., 2001, La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest, *Autrepart*, 4, 20, 61-73.
- Olivier de Sardan J.P., 2004, État, bureaucratie et gouvernance en Afrique de l'Ouest francophone. Un diagnostic empirique, une perspective historique, *Politique Africaine*, 96, 4, 139-162.
- Peneff J., 1992, *L'hôpital en urgences*, Paris, Métaillé.
- Reyneart C., Libert Y., Jacques D., Zdanowicz N., 2006, Autour du corps souffrant : relation médecin-patient-entourage, trio infernal ou constructif ?, *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*, 36, 103-123.
- Saillant F., 1999, Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique, *Anthropologie et Sociétés*, 23, 2, 15-39.
- Saint-Charles D, Martin J.C., 2001, De la perspective d'« aidant-naturel » à celle de « proche-soignant » : un passage nécessaire, *Santé Mentale au Québec*, 26, 2, 227-244.
- Strauss A., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, Paris, L'Harmattan.
- Tantchou J., 2013, « Dire » la maladie du malade : à propos d'un service de médecine interne au Cameroun (note de recherche), *Anthropologie et Sociétés*, 37, 3.

Van Dormael M., 1997, *La médecine coloniale ou la tradition exogène de la médecine moderne dans le Tiers Monde*, Antwerp, ITG Press.

Vaughan M., 1991, *Curing their ills, colonial power and African illness*, Cambridge, Polity Press.

Walker L., Lucy G., 2004, "We are bitter but we are satisfied": nurses as street-level bureaucrats in South Africa, *Social Science & Medicine*, 59, 6, 1251-1261.

Yaya H.S, 2005, Origines et développements des partenariats privé-public dans les pays développés : principes, enjeux et défis institutionnels, *La Revue de l'Innovation dans le Secteur Public*, 10, 3 ;

[https://innovation.cc/francais/hachimi\\_sanni\\_yaya2final\\_origines1v10i3a5.pdf](https://innovation.cc/francais/hachimi_sanni_yaya2final_origines1v10i3a5.pdf)

Zaman S., 2004, Poverty and violence, frustration and inventiveness: hospital ward life in Bangladesh, *Social Science & Medicine*, 59, 2025-2036.

---

*ABSTRACT*

---

**Relatives' participation in African hospital: a neglected issue?**

Using the interactionist theoretical framework as conceptualized by Strauss (1992), this article discusses the various tasks performed by a patient's relatives in a Cotonou hospital. The article exams the critical everyday roles these unpaid, untrained, and often criticized workers perform and how the medical organization can hardly function without them. Using the concepts of "intermediation" and "dependency", the article further discusses the family constraints placed upon patients' medical control. Finally, the article calls for further research into the role of these family nurses in order to review the studies about therapeutic relationship and hospital organization in Western Africa.

---

*RESUMEN*

---

**El papel de los familiares en el hospital africano:  
¿un tema olvidado?**

Usando el marco teórico interaccionista conceptualizado por Strauss (1992), este artículo se centra en la variedad de tareas realizadas por los familiares de los pacientes ingresados en un hospital de Cotonou, en Benín, para mostrar cómo este trabajo realizado de forma gratuita por los trabajadores no profesionales promueve el funcionamiento diario de esta estructura. Utilizando los conceptos de « intermediación » y « dependencia », este artículo trata de comprender las obligaciones familiares que recaen sobre los pacientes, además de la supervisión médica. Así, el artículo aboga por un ahondamiento de la investigación acerca del papel de los familiares como cuidadores, para permitir una renovación en los estudios acerca de la relación terapéutica y la organización hospitalaria en África Occidental.