



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

Archive ouverte UNIGE

<https://archive-ouverte.unige.ch>

Master

2014

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Radiologies camerounaises : approche anthropotechnologique du travail dans deux services d'imagerie médicale au Cameroun

Mabillard, Nicolas

How to cite

MABILLARD, Nicolas. Radiologies camerounaises : approche anthropotechnologique du travail dans deux services d'imagerie médicale au Cameroun. Master, 2014.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:164847>

© The author(s). This work is licensed under a Creative Commons Attribution (CC BY 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Institut d'ethnologie

Faculté des lettres et des sciences humaines

- ·Rue Saint-Nicolas 4
- ·CH-2000 Neuchâtel
- ·<http://www.unine.ch/ethno>

Nicolas MABILLARD

nicolas.mabillard@unige.ch

Nicolas MABILLARD

Radiologies camerounaises : Approche anthropotechnologique du travail dans deux services d'imagerie médicale au Cameroun

Mémoire de Master en ethnologie
date de soutenance : 16 septembre 2014
directeur du mémoire : M. Philippe Geslin
membre du jury : M. François Rugg

Remerciements

Ce mémoire de Master est le fruit d'une collaboration entre l'institut EDANA de l'école HE-ARC de Neuchâtel et le projet GlobaldiagnostiX en passant par l'institut d'ethnologie de l'Université de Neuchâtel. L'opportunité de travailler sur un projet aux enjeux concrets et d'être intégré dans une équipe composée de membres particulièrement talentueux dans leurs domaines d'expertise est une chance qui ne peut être suffisamment soulignée. Je remercie donc particulièrement Carole Baudin, Philippe Geslin, Bertrand Klaiber, Klaus Schönenberger et Beat Stoll pour leur confiance sur un chemin largement nouveau.

Je remercie aussi le professeur Lazare Kaptué, Élie Talon, Josué Simo, Pierre Kuate, Oumarou Mvempi, Alexandre Ndjalla et Kalvin Voumdi. Leurs aides précieuses et indispensables ont rendu le séjour au Cameroun possible. Leurs conseils fournissent une grande partie de la saveur de ce mémoire et leurs amitiés sont une chance. J'espère les revoir au plus vite.

Table des matières

1. Introduction	page 4
2. Observer la santé au Cameroun - Anthropologie	page 7
3. Quelle situation pour l'imagerie médicale ?	page 12
4. Comment observer l'imagerie médicale au Cameroun ?	page 16
5. Les Cliniques Universitaires des Montagnes de Banékané	page 19
6. Le parcours du patient jusqu'au service d'imagerie	page 21
7. Que penser de l'hôpital ?	page 22
8. Les places du garde-malade	page 23
9. Jouer de son status et justifier celui d'autrui	page 25
10. Comment un service d'imagerie vient-il à naître ?	page 32
11. Le cliché est médiateur	page 37
12. Le travail en service d'imagerie - Anthropotechnologie	page 40
13. Le travail en salle	page 47
14. l'efficacité radiographique	page 58
15. Le service de maintenance aux CUM - deux exemples significatifs	page 71
16. Le service d'imagerie de l'hôpital central de Yaoundé	page 76
17. Le travail en salles de radiographie	page 82
18. Difficultés de la maintenance et solutions pragmatiques	page 90
19. Où vont les radiographies lorsqu'elles sortent de l'hôpital ?	page 92
20. Conclusion - En cachette aux yeux de tous	page 98

1. Introduction

Appréhender l'offre de soins médicaux au Cameroun demande de considérer les diverses possibilités des malades non pas sur un "champ de la santé" mais comme le préconise Fassin, sur un marché.¹ Les malades font des choix thérapeutiques dans un univers où les repères anciens se modifient en ville comme au village. De grands espaces d'incertitude se forment au moment où les anciennes recettes familiales perdent de leur efficacité et où la monétarisation des services s'insère parfois chez les tradipraticiens comme à l'hôpital. Les traditions de prophylaxie précoloniales tendent à disparaître sous l'influence d'un recours à la médecine conventionnelle bien souvent basé sur une efficacité surévaluée par les patients des médicaments ou des techniques médicales modernes.² Les nouveaux mouvements religieux charismatiques viennent empiéter sur le territoire des tradipraticiens. Les tradipraticiens cherchent à obtenir une reconnaissance des institutions officielles³ et les pharmacies de rue se multiplient amenant des malades à concocter des mélanges entre médicaments, recettes traditionnelles ou familiales et foi religieuse.

L'organisation politique actuelle en matière de santé publique au Cameroun emprunte un nouveau virage. Avec l'adoption du plan Sector Wide Approach (SWAp⁴) articulant d'une manière nouvelle les partenaires de développement connus, le Cameroun adopte une approche se voulant commune et concertée⁵. Chaque organisme répertorié par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) se doit désormais de se coordonner avec le Ministère de la Santé Publique camerounais (MINSANTE) dans une approche complémentaire des aides apportées. Il s'agit de bâtir sur les quelques succès rencontrés dans les politiques précédentes basées sur l'établissement de projets de développement et sur la décentralisation des offres de soin. Les 178 districts de santé établis ne peuvent plus se conformer aux objectifs de développement du millénaire, malheureusement impossibles à atteindre en 2015 puisqu'ils nécessitent un taux de croissance de 7% maintenu sur plusieurs années. En 2013 celui-ci était d'environ 5% selon le Fond Monétaire International (FMI)⁶. Alors le nouvel objectif

¹ FASSIN Didier, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1992, page 341

² MONTEILLET Nicolas, *Médecine et sociétés secrètes au Cameroun*, L'Harmattan, Paris, 2006, page 51

³ http://www.bonaberi.com/ar_la_medecine_traditionnelle_la_plus_utilisee,4904.html, consulté le 25 juin 2014

⁴ <http://cm-minsante-drh.com/site/images/stories/cdmt/cdmtfr.pdf>, consulté le 23 juin 2014

⁵ Pour une liste des partenaires au développement en matière de santé allant de la Banque Mondiale à la Coopération Chinoise en passant par l'incontournable Agence Française de Développement, voir le document du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2009), *Stratégies de coopération de l'OMS avec les pays 2010-2015, Cameroun.*, Inde, 2009, pp. 12-14

⁶ <http://www.imf.org/external/french/pubs/ft/scr/2013/cr13279f.pdf>, page 12, consulté le 23 juin 2014

est l'émergence à l'horizon 2030-35⁷. Dans les rapports officiels traitant de la question sanitaire au Cameroun, quelques phrases attirent l'attention du lecteur sur les réalités peu évidentes du terrain : "Les insuffisances techniques et managériales ainsi que les comportements non éthiques du personnel, fragilisent davantage le système de santé."⁸ Le nombre d'employés médicaux pour 1000 habitants est encore extrêmement bas (0.63 en 2005 selon l'OMS⁹) et, finalement, en passant d'un rapport de l'OMS aux constatations d'anthropologues sur le terrain, il apparaît nécessaire d'appréhender tout ou part du système de santé par une observation qualitative plutôt que par la statistique. Les chiffres sont souvent très approximatifs en raison de moyens insuffisants pour récolter des données fiables à grande échelle.¹⁰

Le sujet de ce mémoire se développe sur le constat d'un écart entre intentions légales et réalité concrète en matière de santé. Résultat d'un terrain de 6 mois passé à observer deux services de radiologie dans les villes de Bangangté, dans la région de l'Ouest du Cameroun et à Yaoundé, dans la région du Centre, et à suivre en parallèle les itinéraires thérapeutiques de patients camerounais en dehors de l'hôpital, ce mémoire s'attache principalement à faire une analyse anthropotechnologique du travail dans ces services, particulièrement du travail des techniciens en imagerie médicale avec les appareils de radiologie conventionnelle et d'échographie. Il s'agit de comprendre comment ils se les "approprient" et finissent par les utiliser d'une manière différente que le suppose leur formation pourtant bien dispensée. Afin de comprendre dans le détail et en empruntant à l'ergonomie ce travail réel¹¹ en salle de radiographie, il est nécessaire d'aborder la question de manière qualitative, en épluchant les cahiers de terrain, les transcriptions d'entretiens et les vidéos prises sur place sans oublier de s'appuyer sur les quelques auteurs qui ont déjà balisés une partie du sujet comme Werner, Warnier, Hours et Monteillet. Il en ressort, et c'est une des particularité du Cameroun, que la politique de santé, dont dépend la radiographie, prend diverses formes en fonction des lieux où elle est pratiquée. L'hôpital privé de Bangangté fait face à des défis différents de l'hôpital central de Yaoundé de par le rapprochement du pouvoir central mais aussi de par l'histoire contemporaine des diverses régions du pays. La taille des équipes en service de radiographie est différente. La première

⁷ Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2009), *Stratégies de coopération de l'OMS avec les pays 2010-2015, Cameroun.*, Inde, 2009, page 4

⁸ *Idem*, page 6

⁹ *Ibidem*

¹⁰ *Ibidem*

¹¹ DARSEES Françoise & DE MONTMOLLIN Maurice, *L'ergonomie*, La Découverte, Paris, 2012, pp. 44-45

de ces deux structures de soins est privée, l'autre publique. Ces éléments amènent diverses stratégies tant au niveau de la gestion du personnel qu'à celui du travail en salle de radiographie. Ces stratégies sont des adaptations à l'environnement, des "*coping strategies*"¹² tant social, familial que technique, mais répondent aussi en partie à des représentations de ce qu'est l'État, la médecine, l'hôpital et du rôle qu'y jouent les patients. Cette analyse prend délibérément le point de vue des techniciens et épisodiquement des patients, il est en effet important de comprendre les comportements singuliers que ces derniers ont en matière de dépistage de leurs maladies dans ces deux services de radiographie, mais aussi chez le *ngengan* ou le *mbembela*, tenants bien connus, mais pas exclusifs de la médecine traditionnelle.

Avant de se focaliser sur ces deux services de radiologie, il est nécessaire de bien cerner les tensions au sud émanant de la coopération avec les pays du nord, plus particulièrement ce que ces derniers attendent du sud lorsqu'ils élaborent avec eux des politiques de développement dans le domaine médical. Les logiques bureaucratiques du nord rencontrent au Cameroun les modes de gestion néo-patrimonialistes des élites qui fonctionnent sur un mode d'agir à très court terme. Il s'agit aussi d'aborder les aspects méthodologiques qui sous-tendent le travail de terrain ayant donné naissance à ce mémoire.

¹² GRUÉNAIS Marc-Eric, *Editorial*, In : Bulletin de l'APAD [En ligne], 21 | 2001, mis en ligne le 25 novembre 2005, Consulté le 17 mai 2014. URL : <http://apad.revues.org/26>, page 3

2. Observer la santé au Cameroun - Anthropologie

Les publications récentes de l'Observatoire National des Ressources Humaines pour la Santé du Cameroun (ONRHSC) sont une traduction très technique de problèmes sanitaires d'envergure. Elles semblent converger vers la recherche d'une solution gestionnaire aux difficultés rencontrées. Le système de santé y est envisagé comme un environnement chiffré, emprunt de nombreux tableaux permettant de se faire une idée "vu d'en haut" du fonctionnement de la santé. Il en ressort que l'organisation théorique des établissements de soin publics est pyramidale (cf. tableau 1). Chacun des trois niveaux de cette pyramide sanitaire dispose d'un rôle à jouer dans le bon fonctionnement du système de santé. La base sur laquelle repose ce système est l'hôpital de district (173 opérationnels dans le pays¹³), doté d'un plateau technique, là encore théorique rendant possible entre autres l'accueil de patients en urgence, la chirurgie et la radiologie.¹⁴ Ils ne sont pas les plus petites structures de soin, ils doivent coordonner les efforts des aires de santé avec les 2536 Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA), les Centres de Santé Intégrés (CSI) et les cliniques

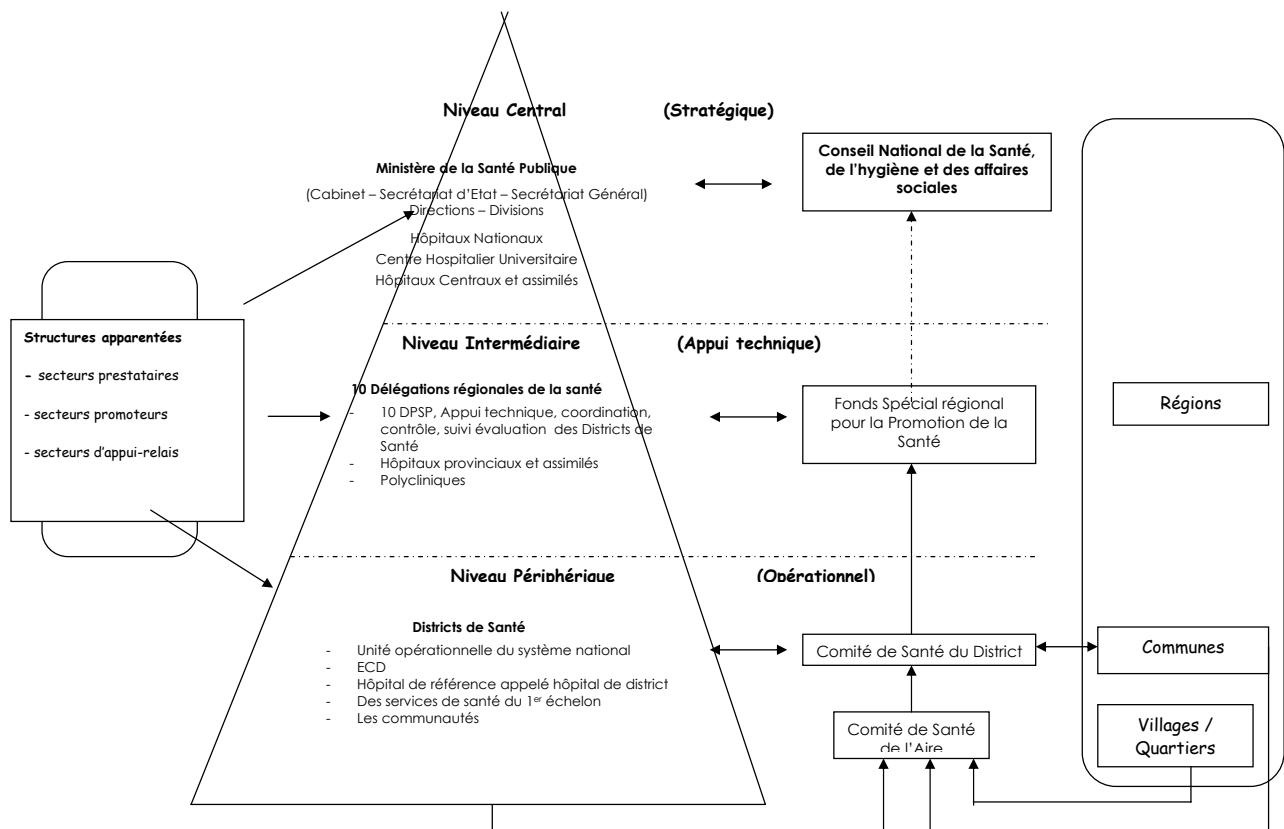


Tableau 1 : Organisation pyramidale du système de santé camerounais.

Crédits image : Plan stratégique de renforcement du Système d'Information Sanitaire 2009-2015, Ministère de la Santé Publique du Cameroun. In : http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/HMN_CM_R_StrPlan_Final_2008_12_fr.pdf, consulté le 24 juin 2014

¹³ <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17824fr/s17824fr.pdf>, page 14, consulté le 24 juin 2014

¹⁴ Pour une liste exhaustive du plateau technique standard des hôpitaux de districts, voir http://www.who.int/medical_devices/survey_resources/medical_devices_by_facility_cameroon.pdf, pp. 24-51, consulté le 3 juillet 2014

professionnelles. Ils sont des hôpitaux dits de 4e catégorie, les CMA et CSI représentant la 5e et dernière, ces catégories signifiant la taille de l'établissement et sa capacité à assurer certains soins primaires par rapport à d'autres. Au niveau intermédiaire se trouvent les 11 hôpitaux qui acquièrent "des technologies pour la mise en œuvre et transforment les stratégies de la politique nationale de santé en programmes techniques devant s'appliquer au niveau des districts de santé."¹⁵ Ce sont des structures de 3e catégorie. Au sommet de cet organigramme se trouvent les 3 hôpitaux centraux (2e catégorie) et Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU) ainsi que les 4 hôpitaux généraux (1ère catégorie). Leur tâche consiste à élaborer les politiques en matière de soin, les concepts porteurs, les politiques et les stratégies, de coordonner et de réguler les autres structures. Aux structures publiques viennent s'ajouter des structures privées à but lucratif, non lucratif et la tentative d'intégration depuis plus de dix ans de la médecine dite traditionnelle.

Ces rapports mettent en exergue le fait que la médecine moderne est passée définitivement à un modèle se basant sur le financement par les patients de leurs traitements après l'échec des politiques basées sur un État se voulant providentiel durant l'indépendance.¹⁶ Ils ne se permettent de renseigner que très marginalement et surtout sans contexte sur les pratiques qualifiées d'informelles qui se sont depuis longtemps adaptées à ces nouvelles conditions libérales comme le racket, la vente de médicaments directe aux patients sans passer par les officines agréées et d'autres mécanismes qui représentent pourtant, avec de grandes variations selon les établissements comme le dénote Monteillet, des éléments à considérer dans les scénarios possibles. Il cite Toumegne qui compte un taux de racket pratiqué à 51% avec les patients d'un petit centre de santé de la région du Littoral durant les années quatre-vingt-dix alors qu'il n'est pas témoin d'une si importante part d'activités illicites lors de son terrain à Nkoteng durant la même période.¹⁷ Mention est faite dans le rapport de l'ONRHSC qu'"une bonne partie du financement du secteur par les ménages se fait encore dans l'informel (stocks parallèles de médicaments dans les formations sanitaires, paiements directs aux praticiens, achat des médicaments et soins dans les structures illicites ...)"¹⁸.

¹⁵ <http://cm-minsante-drh.com/site/images/stories/profilpays.pdf>, page 27, consulté le 24 juin 2014

¹⁶ GRUÉNAIS Marc-Eric, *Editorial*, In : Bulletin de l'APAD [En ligne], 21 | 2001, mis en ligne le 25 novembre 2005, Consulté le 17 mai 2014. URL : <http://apad.revues.org/26>, page 1

¹⁷ MONTEILLET Nicolas, *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun, Crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*, Karthala, Paris, 2005, page 121

¹⁸ <http://cm-minsante-drh.com/site/images/stories/profilpays.pdf>, page 36, consulté le 24 juin 2014

Ces rapports, technocrates avant tout, seraient utiles s'ils étaient relayés par des actions, et donc des moyens d'agir, un personnel formé à le faire et des organismes de contrôle efficaces. Là encore, pour répondre à une demande des bailleurs de fonds étrangers, le MINSANTE fait acte d'une forme de transparence en admettant que "le système sanitaire dispose jusqu'au niveau intermédiaire de cadres dotés de compétences en informatique et en statistiques pour la collecte, la saisie et l'analyse des données. Il n'en est pas de même du niveau périphérique où ce rôle est dévolu au personnel technique, dont la préoccupation première est orientée vers les soins."¹⁹ Le manque de matériel et la nécessité d'une "répartition géographique rationnelle"²⁰ fonde encore les demandes dans le domaine actuellement. Ces données se veulent souvent doucement alarmantes mais résolument tournées vers une solution meilleure. Elles laissent entrevoir une amélioration lente mais constante de la situation. La porte y est ouverte à une aide extérieure mais les statistiques amènent malheureusement aussi une opacité quant aux sources des difficultés concrètes. Elles ne permettent pas d'appréhender la réalité sanitaire au Cameroun dans le détail de ses pratiques qui font que régime après régime de développement la situation reste floue et stagnante comme le remarquait déjà Médard lors de l'adoption de la politique de décentralisation amorcée en 1999.²¹ Il convient alors de se pencher sur la littérature anthropologique qui, par étapes, rend cette réalité bien plus tangible à travers le temps, donnée importante, mais aussi et surtout à travers les solutions qu'ont trouvées à la fois les patients et le personnel de santé pour s'adapter à une situation difficile. Ce faisant, en laissant de côté les rapports officiels attribuant avec parfois trop de facilité les déficiences du système de santé aux seuls aspects matériels et de ressources humaines en jeu, une vision plus nuancée, incorporant les habitudes thérapeutiques des populations tout comme les adaptations mises en place par le personnel soignant se fait jour. Ainsi il est possible de se départir de la dualité opposant médecine moderne et médecine traditionnelle que laissent entendre ces mêmes rapports.²² Cette dynamique consistant à étudier les milieux hospitaliers par l'observation des pratiques plutôt que par les chiffres dans laquelle s'inscrit ce mémoire a pris son élan avec Olivier de Sardan et Jaffré dans leur ouvrage collectif *Une médecine inhospitalière*. Ils constatent déjà en 2003 l'important écart entre

¹⁹ <http://cm-minsante-drh.com/site/images/stories/profilpays.pdf>, page 39, consulté le 24 juin 2014

²⁰ FODOUOP Kengne, *Le Cameroun face au défi du développement, atouts, obstacles et voie à suivre*, L'Harmattan, Paris, 2012, page 249

²¹ MÉDARD Jean-François, *Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun*, In : Bulletin de l'APAD [En ligne], 21 | 2001, mis en ligne le 27 mars 2006, Consulté le 14 mai 2014. URL : <http://apad.revues.org/35>, page 2

²² Quelques lignes à peine résumant plutôt bien la volonté de ne rien changer à la situation actuelle, c'est à dire une séparation dans les discours publics et une utilisation autant concrète que discrète, voir <http://cm-minsante-drh.com/site/images/stories/profilpays.pdf>, page 33, consulté le 24 juin 2014

pratiques et principes mais peut-être en appuyant trop sur les dysfonctionnements.²³ Il est intéressant, à la suite d'auteurs comme Fassin au Sénégal ou Monteillet et Hours au Cameroun de se diriger vers un modèle de compréhension des pratiques thérapeutiques et médicales appliqué *de facto* par les populations et le personnel soignant. Néanmoins, il s'agit aussi de ne pas glisser dans les affres d'une critique exagérée et de se limiter à ce qui a été observé.

Selon Monteillet, un quart des patients atteints de maladie seulement se dirigent vers les hôpitaux en 1990. Cela représente dans le cadre de son excellente étude à Nkoteng, un taux de 0.72 consultations par citoyen et par an, là où ce chiffre prend son importance, c'est en comparaison à ceux datant de cinq ans plus tôt faisant état du double de nombre de consultations par patient et par an. Cette régression marque selon l'auteur principalement une diminution de la qualité des soins due à ce que ces derniers suivent les aléas de l'économie de très près. Le système de santé se basant largement, déjà à l'époque, sur les paiements effectués par les patients, ceux-ci ont drastiquement baissé au moment de la crise économique énorme que le pays traversait à l'époque et dont l'apogée a été la diminution des salaires des fonctionnaires, le licenciement de 180'000 d'entre eux en 1994 et la dévaluation du Franc CFA (FCFA) de 50%.²⁴ Ainsi les moyens mis en œuvre fluctuent en fonction de la conjoncture.

Les patients ont recours à une structure hospitalière en cas de situation d'urgence grave, ils attendent en moyenne plus de 11 jours avant la première consultation médicale²⁵, souvent après être passés par plusieurs autres tentatives de soin chez un *mbembela* (faiseur de remèdes²⁶) ou un *ngengan* (traitant spécialisé, parfois appelé "guérisseur", dont le nom dérive du *ngan*, pouvoir occulte²⁷).²⁸ Ils usent aussi de recettes familiales et particulièrement intensément de l'automédication sans passer par un médecin prescripteur mais par des marchands ambulants de

²³ JAFFRÉ Y. & OLIVIER DE SARDAN J.-P., *Une médecine inhospitalière, Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, APAD - Karthala, Paris, 2003, page 10

²⁴ ENGUELEGUELE Maurice et al. , *République du Cameroun - Bilans annuels de 1983 à 2013*, In : L'état du monde, La Découverte, 2013, page 93. URL : www.cairn.info/l-etat-du-monde-cameroun-page-bilan.htm, consulté le 25 juin 2014

²⁵ Les données au niveau national n'existant pas, il faut se fier à celles qui existent et qui, même si elles fluctuent très probablement dans les diverses régions du Cameroun, restent un brillant exemple. MONTEILLET Nicolas, *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun, Crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*, Karthala, Paris, 2005, page 107

²⁶ MONTEILLET Nicolas, *Médecine et sociétés secrètes au Cameroun*, L'Harmattan, Paris, 2006, page 24

²⁷ *Idem*, page 21

²⁸ Le *mbembela* et le *ngengan* feront l'objet d'une attention particulière ultérieurement. MONTEILLET Nicolas, *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun, Crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*, Karthala, Paris, 2005, page 106

médicaments dont la qualité laisse à désirer.²⁹ Beaucoup de ces médicaments proviennent de l'import du Nigeria, de la Chine ou d'ailleurs. Qui plus est, le passage à l'hôpital n'est pas forcément une fin en soit pour des patients qui bien souvent combinent, s'ils ne se sentent pas satisfaits par l'accueil à l'hôpital, d'autres thérapeutiques suite à un échec. Sans vouloir généraliser à tout le Cameroun l'étude de Monteillet menée à Nkoteng, il apparaît notamment en l'additionnant à celle de Hours à Douala qu'elle reflète très bien des situations types, même si les occurrences pourront différer selon les régions et les historiques particuliers. D'autres auteurs viennent d'ailleurs ajouter au constat d'une grande confusion dans l'esprit des patients quant aux options à choisir pour se soigner qui vient s'ajouter aux difficultés financières. Entre prestige de fonction du médecin, interprétations d'échecs thérapeutiques en termes de sorcellerie, automédication et mauvais accueil dans les structures sanitaires modernes, les patients "juxtaposent sans cloisonnement toutes sortes de savoirs [thérapeutiques]"³⁰. De Rosny, dont le nom résonne encore au Cameroun actuellement, constate déjà dans une publication de 1992 la théâtralisation de la tradition thérapeutique elle-même, qui en passant du village, environnement familial et assez réglementé, à la ville, se transforme. Les anciennes traditions de dons et contre-dons pour obtenir un médicament concocté à base de plantes au village disparaissaient déjà à l'époque pour faire place à une monétarisation de ces pratiques qui plonge beaucoup de camerounais dans une certaine perplexité.³¹ Là où l'on devait amener une poule pour obtenir un médicament tiré de la pharmacopée connue d'un *mbembela*, il faut de plus en plus régulièrement payer aujourd'hui, y compris pour les initiations qui perdent inévitablement alors en efficacité.³² Hours explique à ce propos qu'il y a concurrence entre les divers tenants des soins médicaux modernes et traditionnels ce qui accentue les va-et-vient entre diverses pratiques médicales qui coexistent sans se coordonner.³³ Ce tableau général, très succinct, donne un aperçu de la situation dans laquelle se trouve le patient qui robe malade. Qu'en est-il alors dans plus de détails de la situation de l'imagerie médicale ?

²⁹ *Idem*, pp. 105-106

³⁰ *Idem*, page 129

³¹ DE ROSNY Éric, *L'Afrique des guérisons*, Karthala, Paris, 1992, pp.55-56

³² MONTEILLET Nicolas, *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun, Crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*, Karthala, Paris, 2005, page 95

³³ HOURS Bernard, *L'État sorcier, santé publique et Société au Cameroun*, L'Harmattan, Paris, 1985, pp. 57-58

3. Quelle situation pour l'imagerie médicale ?

L'imagerie médicale a une place importante dans l'organisation de la santé publique camerounaise puisque, théoriquement, chaque hôpital de 4e, 3e, 2e et 1ère catégorie doit posséder un service selon les directives du MINSANTE actuelles. Ces hôpitaux ne sont pas les seuls en place dans le pays. Il existe aussi un secteur privé à but lucratif et à but non lucratif (hôpitaux dits "confessionnels" car ils sont les descendants directs des missions religieuses chrétiennes ou musulmanes, certains émanent d'initiatives à but philanthropiques). Il faut néanmoins, pour écrire une forme d'histoire des services de radiologie, plus particulièrement dès les premiers moments de l'institutionnalisation de cette technique de l'imagerie médicale, recueillir les témoignages, l'histoire orale, de ceux qui ont été présents. À défaut de documents d'archive qui demanderaient une recherche séparée, quelques éléments recueillis auprès du personnel actuel donne un aperçu du moment où cette technique a été appropriée par le gouvernement. Les quelques personnes rencontrées qui pouvaient en parler ont dressé un tableau peut-être un peu biaisé, enjolivé, des événements ou des situations vécues mais il est intéressant d'en rapporter ici les traits principaux. Il ne faut pour autant s'attendre ici à trouver un travail d'historien.

L'un des techniciens en imagerie médicale ayant travaillé lors de l'époque du protectorat franco-anglais, bien que le titre soit usurpé, il faudrait selon l'intéressé parler plutôt d'aide-soignant, explique que "à l'époque, les français envoyaient des radiologues qui savaient utiliser les appareils mais qui n'avaient pas été spécialement formés pour cette tâche. Comme aide-soignant, je devais me rendre utile et chaque jour j'apprenais un peu plus du maniement de la machine [il s'agissait d'appareils de radiographie conventionnelle analogiques importés de France, il n'a pas été possible d'en apprendre plus sur les spécificités des modèles]. Ensuite, au moment où les français sont partis, j'ai été chargé de m'occuper des premiers stagiaires envoyés depuis Yaoundé. Nous étions formés sur le tas pour pouvoir bien accueillir les patients, il fallait savoir sur quel bouton appuyer, choisir la position adéquate pour chaque patient." Ce témoignage a une valeur importante étant donné le peu de personnel camerounais qui pouvait, selon ce même technicien en imagerie médicale (TRM³⁴) retraité, avoir accès à de tels appareils qui fascinaient par leur étrangeté. Avec un peu d'humour, il parle des appareils de radiographie comme de la "magie du blanc", terme populaire couramment utilisé pour désigner les avatars de technologies importées au Cameroun. Cette description des

³⁴ L'utilisation de l'acronyme TRM plutôt que TIM a été choisie pour mieux refléter la nomenclature Suisse en matière de profession médicale. Au Cameroun, le nom des titres des techniciens en imagerie médicale en cours depuis 1984 est "technicien en électroradiologie". Voir http://www.minsante.cm/site/portal/attachments/pub_2b312139e84.pdf, page 39, consulté le 7 juillet 2014

conditions de travail, de la manière d'apprendre son travail aux côtés d'un radiologue expatrié français laisse entrevoir deux manières dont les premiers étudiants diplômés du Centre Universitaire des Sciences de la Santé (le CUSS qui aujourd'hui porte le nom de Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, ou FMSB) fondé en 1969, ont été accueillis dès leur sortie des classes.

Premièrement, leur formation "sur le tas" ne permettait pas à ces aides-soignants d'assumer la fonction d'encadrement de stagiaires du CUSS qui leur a échoué dès 1974, année de la sortie de la première volée d'étudiants spécialement formée en techniques d'imagerie médicale. Ils savaient, selon l'un des trois membres de la promotion de cette année-là, "manipuler les appareils machinalement", sans connaître à quoi correspondaient les gestes effectués en matière médicale. Ces débrouillards, fiers d'avoir pourtant réussi à s'intégrer au milieu hospitalier par un chemin propre, n'avaient pas reçu de formation pédagogique, au contraire, ils s'étaient habitués à devoir glaner les informations intéressantes au détour des moments creux des journées de travail des médecins expatriés. Cela peut paraître anodin, peut-être une simple particularité, mais pourtant de nombreux techniciens, occupant les postes les plus en vue dans le domaine aujourd'hui, procèdent d'une forme similaire d'encadrement lors du passage de stagiaires. Même si cela ne constitue pas une explication suffisante, le lien direct, parfois d'amitié, entre les premières générations de techniciens en imagerie médicale et les aides-soignants formés avant l'inauguration du CUSS rend ces méthodes d'encadrement quelque peu familières. De l'aveu d'un technicien de la première promotion retraité de la fonction publique, "les techniciens de l'époque nous ont parfois considéré comme des concurrents plutôt que comme des stagiaires. Ils rechignaient à nous apprendre, il fallait s'accrocher pour avoir des informations et celles-ci ne correspondaient pas toujours au contenu de nos cours, il arrivait même que nous en sachions plus qu'eux sur certains domaines."

Deuxièmement, la valeur donnée à l'appareil de radiographie en tant qu'objet d'importation montre aussi le rapport que les techniciens ont encore en partie avec leurs appareils actuels. Le fait que le fonctionnement de l'appareil de radiographie échappe en partie à cet aide-soignant offre un aperçu de la manière dont il le considère, dont il envisage de façon plus générale la technologie. Il ne s'agit pas de faire un parallèle, autant ridicule que hasardeux entre l'expression "la magie du blanc" et l'idée que cette personne considère la technologie comme de la magie, ce n'est pas le cas. Mais elle confère à cet objet à l'époque peu commun et fondamentalement hors de l'horizon de son imaginaire un status important. Monteillet le dénote, ce sont tous les objets représentant la médecine

qui deviennent synonyme d'une grande efficacité, et ce même lorsqu'ils ne tiennent pas leurs promesses de régularité absolue.³⁵

La première promotion sortie du CUSS (c.f. image 1) a été formée durant trois ans après avoir été sélectionnée par un professeur canadien. L'un des membres de cette promotion explique que c'est "parce que j'étais bon en anatomie, j'avais des 19/20, des 18/20, que le professeur canadien m'a sélectionné pour me spécialiser en imagerie." Cette sélection se faisait suite à une année passée en tronc commun avec tous les autres étudiants de médecine dans un cursus de formation comprenant des cours d'anatomie, de la physiologie, de la pathologie, de la pédiatrie, de la législation hospitalière, des correspondances et des statistiques. La seconde année d'étude était dédiée à l'apprentissage théorique de ce qui se nommait alors technique et radio-anatomie des viscères,



Image 1 : La première promotion de techniciens en imagerie médicale du CUSS au complet
Crédits image : anonyme

"l'apprentissage de l'anatomie d'un point de vue radiologique" d'une part et entrecoupée de quelques stages pratiques de trois semaines au Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Yaoundé d'autre part. La troisième et dernière année se passait majoritairement à suivre des stages de perfectionnement. Après l'obtention d'un diplôme de technicien médico-sanitaire venait le temps des assignations dans des services en place. À l'époque, le nombre extrêmement faible d'hôpitaux publics dotés de services de radiologie, selon l'un des étudiants de 1974, les faisaient voyager loin de Yaoundé, jusqu'à Douala ou Maroua. Par la suite, et par périodes de quatre ans, ils pouvaient être réassignés dans d'autres villes. Le matériel trouvé sur leurs lieux étaient des dons, des appareils qu'ils décrivent comme déjà dans un état de fonctionnement imparfait. C'est un aspect très important de leurs discours car il rend plus tangible pourquoi dans bien des cas, la débrouillardise avec le matériel est considérée dans la pratique comme normale, même si elle est décriée dans les discours. Le décalage entre ce que le matériel devrait permettre d'exécuter et ce qu'il permet d'obtenir en résultat final est une donnée qu'il leur a fallu apprendre à accepter dès le début de leurs carrières. D'autres promotions suivirent et ceux d'entre eux parmi les plus doués ont convergé vers l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY) pour y rester fermement en poste jusqu'à aujourd'hui, les

³⁵ MONTEILLET Nicolas, *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun, Crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*, Karthala, Paris, 2005, page 135

premières retraites ayant eu lieu en 2009. Certains sont devenus majors (chefs de poste ou surveillants, terme repris de l'époque coloniale où il s'agissait souvent de militaires³⁶) et ont exercé la supervision administrative d'un service de radiologie, d'autres ont eu des carrières dans l'administration, notamment en intégrant l'Agence Nationale de Radioprotection (ANRP) et quelques uns encore ont ouvert leurs propres écoles privées.

Les formations dans le domaine ont eu un arrêt prolongé, durant approximativement dix ans selon les sources. Plus aucune formation en matière d'imagerie médicale n'a eu lieu ni dans le secteur public, ni privé ou confessionnel dans le pays à partir de 1994, date de la dévaluation du FCFA et de la réduction drastique du nombre de fonctionnaires. Certaines écoles privées ont encore continué à dispenser des cours mais durant une période de quatre ans plus aucun diplôme n'a été délivré. Cette situation trouve de faibles échos dans la presse.³⁷ Ce problème est aujourd'hui résolu, il existe cinq écoles³⁸ dans le domaine privé et public délivrant des demi-licences sur trois ans. Pour l'année 2014, 100 places ont été libérées pour se former dans le domaine dans tout le pays.³⁹ Au-delà de ce niveau, il existe une formation dans le secteur public pour obtenir une licence dans le domaine de l'imagerie médicale mais elle souffre d'un problème relevé durant l'enquête par un étudiant de la promotion 2013. L'enseignement dispensé pour l'obtention d'une demi-licence à la FMSB dépend du MINSANTE et les formations au niveau licence du Ministère de l'Éducation Supérieure (MINESUP). Le passage d'une formation à l'autre requiert une année passerelle. Cette année est considérée par beaucoup de stagiaires interrogés à ce propos comme inutile ou comme une perte de temps et elle en dissuade beaucoup de continuer. La nécessité de trouver une activité rémunératrice au plus vite joue aussi un rôle important dans ces considérations.

La transmission du savoir soulève d'autres questions. Les cours universitaires sont très scolaires selon les stagiaires interrogés. Ils contiennent des étapes théoriques sur lesquelles les professeurs sont très pointillistes et qui ne préparent pas à l'entrée des étudiants dans les conditions réelles de travail. Actuellement la documentation de cours décrite comme lacunaire par les stagiaires doit être

³⁶ JAFFRÉ Y. & OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dir.), *Une médecine inhospitalière, Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, APAD - Karthala, Paris, 2003, page 114

³⁷ http://www.cameroon-info.net/stories/0,19488,@_pr-joseph-gonsu-il-y-a-un-radiologue-pour-460-000-camerounais.html, consulté le 25 juin 2014

³⁸ http://cm-minsante-drh.com/site/images/stories/concours2012/resultat_concours2012/Imagerie_medicale.pdf, consulté le 25 juin 2014

³⁹ <http://minsanteconcours.cm/concours2014francais.pdf>, page 1, consulté le 6 juillet 2014

compensée par les efforts des étudiants. Ils vont chercher sur Internet les éléments disparates d'une partie de leur formation. C'est ainsi qu'un jeune médecin en fin de stage de perfectionnement s'appuie sur la documentation trouvée sur le site de la Société Française de Radiologie (SFR). Cette manière de compenser les lacunes de l'enseignement est compréhensible étant donné les conditions concrètes de transmission du savoir lors des stages. Ce point fera l'objet d'approfondissements ultérieurement lors de l'analyse du travail en salle à proprement parler. Le recours à la documentation tirée du site de la SFR est une chance pour ces étudiants mais contribue en même temps à les préparer à un choc lorsqu'ils auront à utiliser le matériel disponible au Cameroun qui dès la première utilisation remet en cause les bonnes pratiques étudiées lors des trois ans de demi-licence.

4. Comment observer l'imagerie médicale au Cameroun ?

Plusieurs facettes ont constitué la méthode d'observation sur le terrain. De manière générale, il s'agissait d'utiliser ce que Jackson décrit comme de l'observation participante où le chercheur est un *observer as participant*⁴⁰ dans le service de radiologie des Cliniques Universitaires des Montagnes (CUM) de Bangangté et du service de radiologie de l'HCY. Il s'agit là de traduire la réalité d'une observation où l'anthropologue s'applique à suivre de près les membres d'une organisation sans pour autant prendre part significativement à leur travail. Participer aux prises de clichés radiographiques activement aurait été inacceptable en l'absence d'une formation médicale. Cependant, en s'appliquant à noter avec précision les actes posés par le personnel en imagerie une familiarité avec le vocabulaire utilisé s'installe et permet des échanges efficaces. S'inspirant de la théorie de l'acteur-réseau de Latour, l'enquête a pris trois des quatre modes proposés par l'auteur. Les *carnets* de Latour⁴¹ sont passés de quatre à trois et ont compris les enregistrements audio et vidéo. Les classiques carnets de notes tout d'abord ont permis d'enregistrer efficacement les activités du personnel travaillant hors des services de radiologie. Ils ont recueillis aussi méticuleusement toutes les activités jugées significatives à l'intérieur du service ne concernant pas la prise de clichés. D'autres carnets ont permis de faire des synthèses, des essais d'écriture déjà pendant l'observation pour ne pas laisser échapper le développement de la pensée de l'anthropologue au fil du terrain. Quelques entretiens semi-directifs ont permis d'obtenir des éclaircissements sur les aspects tant historiques qu'organisationnels auprès de membres ciblés du

⁴⁰ JACKSON Peter, *Principles and Problems of Participant Observation*, in : *Human Geographer*, Vol. 65, No 1 (1983), pp. 40-42

⁴¹ LATOUR Bruno, *Changer de société, refaire de la sociologie*, La Découverte, Paris, 2007, pp. 194-197

personnel, notamment les chefs de services ou directeurs des deux hôpitaux étudiés. Le travail des techniciens en imagerie a été filmé. Sur ce point il est nécessaire d'ajouter quelques considérations éthiques.

L'interaction entre sujet filmant et filmé instiguit une relation "survoyant/voyant"⁴² selon Lallier. Dès qu'un sujet filmé voit une caméra, il cherche le plus souvent à la rendre invisible aux yeux du filmant, à faire "comme si de rien était". Cette position de "survoyant" prise de fait par le filmant amène à devoir développer des stratégies pour permettre au filmé de ne pas être victime du regard de l'autre faute de ne pas avoir pu lui demander d'arrêter d'enregistrer. Cette situation est d'autant plus sensible pour les vidéos prises lors de ce terrain qu'elles proviennent du milieu hospitalier. Le malade se trouve face à un observateur "blanc", souvent associé à une figure d'homme de savoir comme le rappelle Fassin.⁴³ De plus, le port d'une blouse blanche est exigé par la direction des établissements visités pour que les patients fassent la différence entre le chercheur et les patients. L'inévitable confusion entre chercheur et médecin expatrié renforce encore les craintes que les patients peuvent avoir à demander l'arrêt de l'enregistrement vidéo. Ainsi il a fallu s'assurer tout d'abord que le chef de salle de radiographie soit parfaitement au courant de la possibilité qu'il soit filmé et surtout qu'il puisse décider de stopper un enregistrement à tout instant. Cette façon de procéder a garanti un climat de confiance avec le personnel en imagerie mais n'a pas empêché quelques patients de demander eux-mêmes la fin de la prise de vidéo, ces requêtes ont été systématiquement prises en compte et l'enregistrement stoppé le cas échéant.

Le film apporte aussi quelques bénéfices notables pour l'approche anthropologique d'une activité technique. Elle permet de se renseigner, par la simple présence de la caméra, sur le fin jeu de ce qui est convenu d'attendre durant les interactions sociales au travail.⁴⁴ Les convenances mais surtout le moment où elles doivent être négociées sous l'œil de la caméra sont des données très riches si elles sont prises en compte correctement. La caméra est encore et surtout un atout pour l'observation du travail en équipe. Elle révèle les mécanismes de cognition distribuée que le recueil des discours ne peut pas rendre fidèlement, en particulier lorsque les tâches à effectuer sont "*retenues de manière*

⁴² LALLIER Christian, *Pour une anthropologie filmée des interactions sociales*, Éditions des archives contemporaines, Paris, 2009, page 115

⁴³ Pour lui qui possède une formation médicale, la question est d'autant plus pertinente. FASSIN Didier, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1992, pp. 32-33

⁴⁴ LALLIER Christian, *Pour une anthropologie filmée des interactions sociales*, Éditions des archives contemporaines, Paris, 2009, pp. 96-104

*conjointe*⁴⁵ entre les divers membres des équipes. Beaucoup du travail observé se faisait sans en parler, par habitudes ou tout simplement par le résultat de la formation reçue par les techniciens ou les autres intervenants. Mais la vidéo ne montre pas tout. En s'inspirant des préceptes de Latour, les actes posés ont dans la mesure du possible fait l'objet de questions. Il s'agissait de tenter de cerner la place qu'avaient eu les objets dans les actions⁴⁶ des intervenants en les questionnant sur leurs gestes, leurs manières de les penser et même la priorité dans laquelle ceci était fait. Il fallait aussi se renseigner sur les *coping strategies* inventées ou appliquées en situation pour les démêler des principes théoriques acquis lors de formations ou par expérience.

L'enquête n'aurait pas eu lieu sans l'obtention d'une clairance éthique de la part du Comité national d'éthique de la recherche pour la santé humaine camerounais. Ce document difficile à obtenir pour un anthropologue puisqu'il s'adapte mieux à une recherche médicale en laboratoire qu'à une observation lente et patiente en sciences humaines⁴⁷ est une garantie que cette recherche a été menée dans le respect de la vie privée des personnes y ayant participé. Les noms des personnes interrogées parmi le personnel soignant et les patients sont ainsi systématiquement changés pour garantir leur anonymat. Les visages sur les photographies prises en milieu hospitalier sont floutés pour des motifs similaires. Lors d'enquêtes hors des hôpitaux, chaque personne a eu le choix de rester anonyme s'il le souhaitait conformément à une tradition anthropologique plus classique.

⁴⁵ Traduction personnelle de Hutchins. HUTCHINS Edwin, *Cognition in the Wild*, The MIT press, Londres, 1995, page 134

⁴⁶ LATOUR Bruno, *Changer de société, refaire de la sociologie*, La Découverte, Paris, 2007, pp. 101-106

⁴⁷ Pour une plus ample discussion à ce propos, notamment sur l'impossibilité dans une recherche de type anthropologique de considérer les personnes interrogées comme des "sujets humains", expression faisant référence aux sujets de laboratoire, voir par exemple FASSIN Didier, « *L'éthique, au-delà de la règle* », *Réflexions autour d'une enquête ethnographique sur les pratiques de soins en Afrique du Sud*, In : Sociétés contemporaines, 2008/3 n° 71, pp. 117-135

5. Les Cliniques Universitaires des Montagnes de Banékané

Les CUM font partie des quatre facultés de médecine privées reconnues par le MINSANTE au Cameroun sur les sept que totalise le pays.⁴⁸ La structure est en cours de construction depuis février 2008⁴⁹ mais un site provisoire est déjà opérationnel. Cet hôpital privé universitaire à but non lucratif appartient à l'aire de santé de Bangangté, c'est au campus de Mfetum que siège son administration pour le moment et jusqu'à ce que d'autres bâtiments prévus pour l'accueillir soient construits. Le projet est important et se "développe petit à petit" selon les explications de plusieurs membres de l'administration. Les CUM se partagent l'offre de soin de la commune de Bangangté avec un hôpital de district, sept cases de santé communales, dix CSI et quelques structures confessionnelles.⁵⁰ Il s'agit de la plus grande structure de soin en terme de personnel, six médecins y travaillent notamment⁵¹, comme le rapporte quelques membres de l'administration. Sa taille rapproche les CUM de celle d'un hôpital de district, les difficultés logistiques rencontrées aussi. L'accès à l'eau y est garanti par un château d'eau et ne dépend



Image 2 : Carte de la ville de Bangangté.
Crédits image : Map data ©2014 Google

donc pas de la liaison au réseau d'eau potable de la région. Situé à 12 km de la ville de Bangangté, à Banékané, les CUM remplissent les deux fonctions de former les étudiants en médecine venus de l'Université des Montagnes (UdM)⁵² et de soigner les malades en suivant un modèle de financement privé dans lequel le patient doit payer l'intégralité des frais médicaux. La gestion quotidienne de l'hôpital revient au directeur, troisième en poste depuis 2009. Cette fonction a été souvent changée depuis l'ouverture de l'établissement. Administrativement, le directeur doit rendre compte des activités financières à un service comptable qui, à son tour, rend compte à l'administration de l'UdM. Ces deux structures répondent financièrement à l'Association pour l'Éducation et le

⁴⁸ http://cm-minsante-drh.com/other/ecoles/index.php?page=List_etablissement&fac_med=yes, consulté le 29 juin 2014

⁴⁹ <http://www.udsmontagnes.org/fr/etablisements/cliniques-universitaires.html>, consulté le 29 juin 2014

⁵⁰ http://www.zenu.org/IMG/pdf/Rapport_Cartographie_Bangangte.pdf, page 7, consulté le 29 juin 2014

⁵¹ <http://www.udsmontagnes.org/fr/etablisements/cliniques-universitaires.html>, consulté le 30 juin 2014

⁵² L'effectif des étudiants en médecine s'élevait en 2011-2012 à 824 personnes. <http://www.udsmontagnes.org/fr/a-propos-de-l-udm/ludm-en-quelques-chiffres.html>, consulté le 29 juin 2014

Développement (AED). Cette association a été fondée par des membres de la diaspora de l'Ouest camerounais, par des personnalités de cette région influente comme le président de l'UdM, le professeur Kaptue⁵³, et d'appuis internationaux. L'UdM est un projet de très grande envergure à l'échelle camerounaise, en témoigne d'une manière détournée les luttes de pouvoir qui y ont constamment lieu entre le MINESUP et son administration.⁵⁴

La région occupée par les CUM se trouve dans la région de l'Ouest du Cameroun, dans le département du Ndé. Cette région a une place particulière dans l'histoire du pays. Les populations y vivant sont regroupées sous la bannière ethnique Bamiléké, nom donné par les colons allemands et qu'ils ont repris à leur compte puisqu'il correspondait relativement bien à une réalité ethnique.⁵⁵ Les Bamiléké sont majoritairement chrétiens, catholiques surtout et protestants dans une moindre part. Ils ont une tradition de commerce très mise en valeur tant matériellement que culturellement que Warnier décortiquait déjà. Ils occupent la première place des acteurs de l'économie au Cameroun.⁵⁶ L'apprentissage de l'économie marchande personnelle dès le plus jeune âge, une manière de vivre très austère pendant la phase d'accumulation de biens, la recherche d'un lien avec la chefferie et l'encouragement à trouver la richesse hors du domaine familial pour revenir, fortune faite, au pays font partie de l'ethos Bamiléké.⁵⁷ Il existe aussi, en partie peut-être à cause de cette activité économique prolifique, une certaine méfiance entre les Bamiléké et les ethnies se trouvant dans la région du Centre, les uns reprochant aux autres de vouloir les gêner, les empêcher d'avancer, pour se maintenir au pouvoir. Ces aspects ne constituant pas directement le sujet de ce mémoire, il suffit de mentionner qu'ils jouent parfois un rôle en filigrane durant le travail par l'utilisation d'une langue commune ou par de discrètes préférences en matière de choix de collègues par exemple, cela ne remet pas en question fondamentalement la bonne marche du travail. Ce tableau ethnique trop succinct ne s'applique en effet pas dans la plupart des cas concrets mais joue un rôle au niveau des représentations inter-ethniques non négligeable.

⁵³ Médecin à la retraite, pour ne citer que cette fonction parmi la myriade d'autres, le professeur Kaptue est aussi le représentant camerounais de l'Agence française de développement, il a été parmi les fondateurs du CUSS et occupe la fonction de maire de Demdeng. Il est aussi notable, ce qui n'est pas anodin. <http://www.journalducameroun.com/article.php?aid=110>, consulté le 29 juin 2014

⁵⁴ <http://fr.africatime.com/cameroun/articles/bras-de-fer-entre-fame-ndongo-et-luniversite-des-montagnes>, consulté le 29 juin 2014

⁵⁵ MOUICHE Ibrahim, *Dénomination et territorialité urbaines, chefferies traditionnelles et question identitaire en pays bamiléké au Cameroun*, In : Autrepart, 2012/4 N° 64, page 37

⁵⁶ WARNIER Jean-Pierre, *L'esprit d'entreprise au Cameroun*, Karthala, Paris, 1993, pp. 20-28

⁵⁷ PAIN Marc, *Le dynamisme bamiléké*, In : Annales de Géographie, 93e Année, n° 519 (Septembre-Octobre 1984), pp. 590-595

6. Le parcours du patient jusqu'au service d'imagerie



Image 3 : Le bus d'une compagnie faisant le trajet Bangangté-Yaoundé

Crédits image : Nicolas Mabillard

Les CUM se situent à Banékané sur la route nationale N4, surnommée “axe lourd“, en direction de Yaoundé depuis Bangangté, à 12 km de la ville. Cette situation géographique a une importance dans le parcours du patient qui vient de Bangangté puisqu'il requiert un moyen de transport pour se rendre de la ville à l'hôpital. Des bus sont mis à la disposition des étudiants et du personnel de l'hôpital pour faire le trajet de l'UdM aux CUM pour un tarif préférentiel de

400 FCFA l'aller-retour. Le trajet du patient se fait en moto, parfois en taxi “clando“⁵⁸ pour environ 1200 FCFA aller-retour ou avec le véhicule d'une connaissance ou d'une personne généreuse. Quelques patients très pauvres se déplacent à pied. Il existe deux compagnies de transport privées desservant le trajet Bangangté-Yaoundé mais les places sont très serrées et une personne malade s'en accommodera très difficilement (c.f. image 3). Le prix de 1200 FCFA n'est pas anodin s'il est comparé à celui d'une consultation, 1500 FCFA, mais ne représente qu'une petite partie du prix dont un patient ayant recours à la radiographie devra s'acquitter. Ce patient aura potentiellement recours à la chirurgie ce qui peut amener sa facture complète aux alentours de 150'000 FCFA. Le prix des transports joue un rôle déterminant dans le recours d'un patient aux CUM lorsqu'il doit faire des va-et-vient sur plusieurs jours et cumule ces frais plusieurs fois. Pour les cas d'urgences graves, il existe une ambulance (l'hôpital en compte trois officiellement) mais elle n'a presque jamais servi pour transporter des patients durant la période d'observation d'un mois et demi. Les patients arrivant à l'hôpital en urgence ne connaissent pas le numéro de téléphone à appeler pour ce service ou ont des craintes quant aux coûts que cela pourrait occasionner. La grille des prix affichée à l'hôpital annonce 15'000 FCFA pour un transport en ambulance dans la région de Bangangté, plus de dix fois le prix du “clando“ même si celui-ci est justifié. De plus, dans telle situation, comme lorsqu'un ouvrier agricole tombe d'un arbre et se fracture un membre, ce sont les personnes proches de lui, ou ses proches appelés sur place, qui se chargent de le déplacer. La difficulté d'accès à de nombreuses zones desservies par des routes de terre battue souvent défoncées, le temps et le personnel nécessaire pour que l'ambulance soit opérationnelle ne peuvent pas faire concurrence

⁵⁸ Il s'agit de taxis sans licence officielle, ils pratiquent des prix moins élevés mais remplissent leurs voitures de six à sept passagers.

avec les débrouillardises connues de tous pour aller à l'hôpital. L'ambulance, dans bien des cas de figures, ne serait pas utile aux malades si ce n'est comme moyen de transport alternatif. L'accès à un véhicule privé n'étant réservé qu'à une petite élite à Bangangté⁵⁹, le fait d'avoir une ambulance est surtout une marque de prestige quant au status des CUM. Elle est utilisée pour accompagner des opérations sanitaires ciblées comme par exemple une journée de vaccination organisée dans des villages du département du Ndé n'ayant accès qu'à une case de soins communale ou à un CSI. Le véhicule est donc détourné de son usage prévu mais à des fins sanitaires. Il ne serait d'ailleurs pas forcément possible, comme expliqué plus haut, de l'utiliser de manière normale. La distance de 12 km entre Bangangté et les CUM n'est pas représentative des distances parcourues par les patients qui viennent parfois de beaucoup plus loin mais permet de montrer en quoi le transport vers l'hôpital est une problématique en soi.

7. Que penser de l'hôpital ?

Les hôpitaux privés comme les CUM jouissent d'une meilleure réputation en matière de qualité de soins mais sont réputés plus chers que les hôpitaux publics. Ces deux axes représentationnels se dégagent des discours de patients interrogés sur place avant leur consultation. Il s'agit d'un couple classique de représentations chez les patients camerounais, Hours le remarquait déjà en 1985 lorsqu'il écrivait que "beaucoup de malades se représentent une santé à deux vitesses. Un secteur privé, coûteux, où l'on est bien reçu, bien « encadré », s'oppose au secteur public présenté comme un rituel d'insultes et d'affronts."⁶⁰ Pour les patients dans l'incapacité de se mouvoir aisément, le recours à un garde-malade⁶¹ ou à une personne accompagnante est la règle malgré la réputation de qualité des soins du secteur privé. Ceux-ci viennent en effet s'assurer efficacement⁶² que leur proche n'ait pas à s'occuper des inévitables complications administratives ou humaines qui se trouveront sur son parcours à l'hôpital. Les attentes d'un patient envers l'accueil qui lui est fait à l'hôpital sont fonction de la norme *de facto*, ou de l'anticipation de cette norme, qui fait des infirmiers et des aides-soignants des personnes dont on se méfie, les accusant de vol ou de racket.⁶³

⁵⁹ Un professeur de l'UdM disait à ce propos : "je sais qui est en ville en fonction des voitures que je croise sur le chemin au travail."

⁶⁰ HOURS Bernard, *L'État sorcier, santé publique et Société au Cameroun*, L'Harmattan, Paris, 1985, page 156

⁶¹ http://www.memoireonline.com/01/12/5180/m_La-relation-therapeutique-dans-les-interferences-entre-la-biomedecine-et-la-tradipratique-Une-le17.html, consulté le 30 juin 2014

⁶² HOURS Bernard, *L'État sorcier, santé publique et Société au Cameroun*, L'Harmattan, Paris, 1985, page 82

⁶³ JAFFRÉ Y. & OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dir.), *Une médecine inhospitalière, Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, APAD - Karthala, Paris, 2003, page 36

La majorité des patients interrogés aux CUM s’y rendent seuls néanmoins, cela reflète la familiarité qu’ils peuvent avoir avec les démarches pour obtenir une consultation et voir un médecin, la confiance qu’ils investissent dans cet établissement quant à la qualité de l’accueil et la volonté de ne pas dépenser trop d’argent en transport. Quant aux patients venus accompagnés d’un ou plusieurs gardes-malades ou accompagnants, ils ont dès les premiers pas dans l’enceinte de l’établissement une attitude discrète. Cela s’explique par la place ambiguë de gardes-malades dans les hôpitaux camerounais. Ils ont un double status.

8. Les places du garde-malade

Le premier status est d’ordre légal. Ils ne sont autorisés par le règlement des CUM, celui-ci n’a rien d’original en la matière au Cameroun, qu’à rendre visite à “leurs“ malades conformément à un horaire stricte durant la journée. Ils sont officiellement traités comme des visiteurs même si tant le personnel que les malades savent parfaitement différencier un visiteur ou un accompagnant d’un garde-malade. Un garde-malade a une attitude discrète au chevet du malade la majeure partie de la journée avec quelques distractions, de la nourriture qui n’est pas offerte par l’hôpital, les médicaments nécessaires et surtout une présence familière et rassurante. Le garde-malade, contrairement à l’accompagnant, reste présent au chevet du patient qu’il accompagne durant tout son séjour à l’Hôpital. Plusieurs gardes-malades peuvent se relayer pour maintenir une présence autant continue que possible auprès du malade.

Le deuxième status est d’ordre pragmatique. Le garde-malade équivaut à une ressource pour le patient palliant aux défauts, même potentiels, du service de soins d’un hôpital. Ils déploient diverses techniques pour s’assurer du bien être à l’hôpital du malade qu’ils accompagnent. En cas de difficultés à se déplacer, par exemple pour se rendre aux toilettes, le garde-malade se doit d’être présent même pendant la nuit. Aux CUM, puisqu’ils n’ont pas le droit de dormir dans la même chambre que les patients pour des raisons décrites par la direction comme “d’hygiène“, compréhensible sur un plan trop strictement médical⁶⁴, ils dorment dehors devant le pavillon de soins, à portée



Image 4 : “Four traditionnel“ à Etoud Ayos
Crédits image : Nicolas Mabillard

⁶⁴ En adoptant une vision épidémiologique très stricte, mettant par nécessité les aspects psychologiques liés aux soins de côté, cet argument a du sens comme luttant contre la contagion des malades.

d'oreille des malades. Ils sont tolérés plutôt qu'acceptés. L'une des meilleures preuves de cette tolérance est l'aménagement d'une petite case en taule juste en face de l'entrée de l'hôpital. Elle comprend un "four traditionnel"⁶⁵ (c.f. image 4) qui permet de cuisiner dans des conditions minimales normales reconnues par les villageois puisque beaucoup l'utilisent chez eux. Il ne s'agit pas ici d'une tolérance symbolique ou discrète mais d'une adaptation aux problèmes rencontrés concrètement par les gardes-malades lorsqu'ils doivent nourrir le patient qu'ils accompagnent. Bien entendu, les conditions d'existence minimales accordées aux gardes-malades permettent de mettre en scène leur exclusion si un contrôle sanitaire avait lieu. Tout est fait pour les séparer de l'hôpital mais au quotidien ils sont indéniablement présents et tacitement acceptés. Interrogés sur la raison pour laquelle les gardes-malades sont exclus des salles dans l'enceinte de l'établissement de manière officielle, la direction renvoie à des directives d'hygiène, "il faut éviter de contaminer les malades par l'intermédiaire des gardes-malades", qui ne sont pas appliquées dans les faits. Une telle conception s'est aussi transmise à travers le temps depuis l'époque coloniale comme le souligne Monteillet, à l'époque, on donnait des amendes aux gardes-malades pour les dissuader de venir à l'hôpital.⁶⁶

Du point de vue d'un patient accompagné de son garde-malade, ce traitement est vécu comme une adaptation pas forcément comprise qui contribue au malaise d'être à l'hôpital. L'appréhension d'un système de santé où les infirmiers sont vus comme de potentiels dangers, où ils profitent de leur position de pouvoir face au patient pour leur soutirer de l'argent, joue un rôle dans la nécessité pour beaucoup d'avoir une personne qui veille sur eux ou s'occupe de gérer ces problèmes. Ce sont des pratiques qui n'ont pas été observées aux CUM durant la période d'enquête, il faut le préciser. Cependant les gardes-malades sont une assurance contre la possibilité que de telles pratiques prennent place. À ce sentiment de crainte à l'entrée à l'hôpital s'ajoute le besoin d'une présence familière. Dans le contexte du village comme observé à Etoud Ayos, une personne malade n'est que rarement laissée seule. Des enfants sont là pour veiller sur le malade et lui apporter un peu de réconfort dans une situation d'exclusion de ses activités normales qui va souvent de paire avec une exclusion sociale. Le garde-malade joue donc aussi ce rôle de soutien par sa présence. Ceux rencontrés aux CUM avaient apporté avec eux des ordinateurs portables pour lire des films ou de la musique ou plus simplement bavardaient avec le patient qu'ils surveillaient. Le règlement de

⁶⁵ C'est en ces mots que la secrétaire responsable de l'accueil aux CUM décrit le foyer constitué de trois pierres sur lequel sont disposés les casseroles

⁶⁶ MONTEILLET Nicolas, *De la tutelle des ancêtres au libre usage des pharmacopées. Histoire d'un système de soins du Cameroun*, Paris V : thèse de l'université de - Mémoire multigraphié, Lille, 1998, page 528

l'hôpital relayé par les brimades passagères de la direction ou d'un infirmier contrarié de voir les gardes-malades ne pas respecter les horaires de visite officiels en la présence de l'anthropologue ne faisaient que contribuer au malaise déjà présent. La place du garde-malade, allant de soit au village, illustre aussi comment les frontières entre village et ville sont négociées et brouillées à l'hôpital. Si dans le discours des membres du personnel des CUM, de la direction jusqu'aux techniciens en imagerie, les pratiques du village doivent y rester circonscrites, la réalité est bien plus nuancée. Les discours décrivent une dichotomie tradition/modernité qui deviendrait village-garde-malade/hôpital-aide-soignant mais en pratique les gardes-malades sont tolérés et la petite case servant de cuisine construite en face de l'hôpital le signale clairement. Il s'agit d'une adaptation sensée aux attentes considérées comme légitimes par les patients venus d'un village qui pourtant reste toujours officieuse.

9. Jouer de son status et justifier celui d'autrui

Tout comme la présence d'un garde-malade joue dans l'appréhension d'un patient, même avant le premier échange verbal avec la secrétaire chargée de l'accueil, la mise en scène du status social a un rôle primordial en ce qu'il peut apporter une amélioration concrète du traitement dans l'hôpital. Pour les patients suivis à l'accueil et à l'enregistrement aux CUM, dans ce lieu de passage éminemment théâtral qu'est la file d'attente, il faut savoir se faire valoir. Plusieurs profils ressortent de l'observation quotidienne de la gestion du status dans la file d'attente.

La grande majorité des patients ont une attitude résignée, ils ne savent pas bien comment fonctionne un hôpital et se le sont fait recommander par un proche. Ils espèrent voir le médecin et si possible sans attendre trop mais savent que leur attente pourra aller de quelques minutes dans les meilleures conditions à plusieurs heures en fonction de critères qu'ils ne maîtrisent pas. Le taux d'occupation d'un médecin, les horaires du personnel d'un certain service de l'établissement, les jours prévus pour les consultations de tel ou tel médecin spécialisé sont autant de paramètres qui contribuent à mettre le patient qui n'a pas de liens personnels avec un membre du personnel pour le guider dans une situation d'incertitude quant à son sort à l'hôpital. Ces patients au status social considéré par le personnel médical comme peu élevé, "les gens du village" est une expression qui s'entend, se repèrent par trois marqueurs. Une attitude discrète, un habillement aux étoffes typiques des villages, très peu cher, mais surtout leurs regards très attentifs à l'environnement témoigne de ces marqueurs de status. L'usage d'un des nombreux dialectes de la région de Bangangté montre aussi qui ils sont, mais le français reste largement pratiqué par les patients rencontrés. Cette catégorie de patients

préfère faire profil bas dans l'enceinte des CUM pour ne pas attirer la colère d'une infirmière, d'un médecin ou de quiconque se trouvant sur leur chemin à l'hôpital. Si l'attente d'une consultation dure plusieurs heures, ils se coucheront sur l'un des bancs disposés pour attendre et attendront qu'on les appelle pour continuer leur chemin sans faire de bruit. S'ils se plaignent, c'est qu'ils souffrent beaucoup ou qu'ils cherchent à s'attirer la compassion d'un des membres du personnel infirmier triant les gens avant consultation.

D'autres patients, d'un status considéré comme moyen, qu'ils soient petits fonctionnaires, "élites"⁶⁷ locales ou propriétaires d'une petite entreprise, peuvent déjà jouer de leur status. Ils portent les attributs de la réussite au village, des habits constitués de tissus plus onéreux ou les signes d'une appartenance à la "modernité" camerounaise, un costard et des mocassins bien lustrés. Cette catégorie de patients dispose d'une importante marge de manœuvre dans l'obtention de petites facilités en temps normal.⁶⁸ Ils ont une attitude corporelle plus brusque, nerveuse dans la file d'attente. Le temps semble plus pressant pour eux que pour les autres patients attendant leur tour de consulter. Ils se permettent aussi bien plus de s'exprimer à haute voix, jugeant d'une situation devant les autres patients pour insister sur le fait qu'ils ont une forme de contrôle sur ce qui leur arrive à l'hôpital. S'ils le peuvent ils tenteront de passer devant d'autres dans la file d'attente, profitant d'une réaction du personnel en place pour y glisser un reproche ou pour en extirper un passe-droit. Ils s'adresseront aussi directement à un médecin sans passer par l'enregistrement pour qu'on réponde plus rapidement à leur préoccupation. Cette façon d'exercer des pressions sur le personnel se retrouve dans le secteur public et y a un bien plus grand effet qu'aux CUM. Très peu de patients ont pu passer entre les mailles de l'organisation de la file d'attente lors de l'enquête.

Une dernier status complète cette pyramide. Les personnes ayant un status très élevé au niveau national, connues au-delà des frontières du département du Ndé. Impossible d'interroger la seule personne qui a correspondu à cette description durant l'enquête mais les informations données par une observation attentive de son passage aux CUM et les quelques informations obtenues auprès du personnel permettent de cerner ce profil. La question d'attendre dans une file déjà présente ne s'est pas posée. Le patient en question, haut fonctionnaire, s'était fait annoncer. Le directeur avait été mis au courant de son arrivée par téléphone, le médecin qui allait s'occuper de le consulter aussi et sous les influences conjuguées de ces deux personnes, le personnel a suivi les consignes de la direction

⁶⁷ Il s'agit d'une appellation utilisée à l'Ouest pour regrouper les notables, les membres de la diaspora et les personnes riches d'un même endroit géographique. Elle n'est pas de l'auteur mais de ceux qui se sont présentés comme tels lors d'entretiens.

⁶⁸ Prendre un bus à Bangangté pour Yaoundé lors de jours de grande affluence permet de voir les cas extrêmes où des hommes en costard passent devant tout le monde pour acheter leur billet et, remis à l'ordre par le personnel de la compagnie de transport, se mettent à les menacer de "tu ne sais pas qui je suis toi ! Un grand comme moi ne se fait pas remettre dans la file par un petit comme toi !".

sans fausses notes. Le directeur est allé saluer chaleureusement le patient dès son arrivée, l'a amené jusque dans le cabinet du médecin directement sans passer par l'établissement d'un dossier puis est venu discrètement mais fermement donner le minimum d'informations à consigner dans un dossier que le patient n'aura jamais vu. Warnier a montré comment les hiérarchies traditionnelles à l'Ouest ont survécu aux aspirations démocratiques des révoltes de 1958 et comment ceux qu'il nomme les "néo-notables" se sont réapproprié en comité restreint les ressources de l'État potentiellement démocratique.⁶⁹ En suivant ses observations il devient clair que jouer de son status est une donnée importante, l'accueil à l'hôpital n'en est finalement qu'une illustration.

Concernant l'accueil des patients, le règlement des CUM s'adapte aussi, mais cette fois-ci de manière officielle et pragmatique, aux nécessaires services rendus aux proches mis en place par le personnel occasionnellement. Faire une ristourne à un membre de sa famille, même si les critères d'inclusion dans "la famille" sont parfois très vagues, le soigner gratuitement, est une pratique bien identifiée dans les hôpitaux africains.⁷⁰ Les prix à la consultation aux CUM reflètent cette réalité tout en la régulant et innove sur ce point. Les patients n'ayant pas de lien de parenté avec un membre du personnel payent le tarif le plus élevé pour une consultation spécialisée (1500 FCFA). Les patients dont un membre de la famille travaille aux CUM payent un tarif préférentiel (1000 FCFA). Les étudiants de l'UdM ont accès au même tarif. Ce système fournit un argument à ceux des employés qui veulent offrir un service à un membre de leur famille sans pour autant devoir le cacher et donc amener l'hôpital à perdre de l'argent. Hours l'écrivait déjà à propos des prescriptions, le don à une connaissance, à l'hôpital, est un rapport "social plus que rapport thérapeutique, ce don gratuit et à un certain point non finalisé, se présente comme une acquisition de prestige et comme un rapport thérapeutique imaginaire qui marque un pouvoir et une légitimité."⁷¹ Donner à une connaissance, faire valoir son status concrètement à travers un avantage offert, surtout sans qu'il soit demandé⁷², est fondamental dans la société camerounaise, africaine subsaharienne⁷³ et donc aussi en milieu hospitalier. Le personnel se sent obligé envers une

⁶⁹ WARNIER Jean-Pierre, *L'esprit d'entreprise au Cameroun*, Karthala, Paris, 1993, pp. 199-200

⁷⁰ SOULEY Aboubacar, *Un environnement inhospitalier*, In : JAFFRÉ Y. & OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dir.), *Une médecine inhospitalière, Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, APAD - Karthala, Paris, 2003, page 142

⁷¹ HOURS Bernard, *L'État sorcier, santé publique et Société au Cameroun*, L'Harmattan, Paris, 1985, page 27

⁷² Ces pratiques renvoient directement à la théorie du don et du contre-don de Mauss, mais seulement sur la nécessité de donner vue comme part intégrante du status d'une personne, sur un plan psychologique. Voir MAUSS Marcel, *Essai sur le don : forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Presses Universitaires de France, Paris, 2007, page 101

⁷³ Fassin le souligne aussi au Sénégal. FASSIN Didier, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1992, pp. 185-186

connaissance et sans qu'il n'y ait de grande discussion, de manière tacite, cherche à lui faire profiter de ce que sa position à l'hôpital peut offrir, même si cela ne répond pas à son besoin médical. La grille des tarifs, clairement affichée à l'entrée de l'hôpital et appliquée dans l'établissement, affiche directement les avantages offerts en matière de prix, 500 FCFA de rabais pour la consultation par exemple. Dans un même ordre d'idées, un membre du personnel pourra payer le traitement médical d'un de "ses" patients en le prélevant sur une partie de son prochain salaire. Ces deux règlements permettent à la direction et à la comptabilité d'essayer d'exercer un contrôle, tout en les reconnaissant comme légitimes, sur ces pratiques qui ont lieu occasionnellement plus ou moins discrètement et qui donnent lieu aux CUM à des renvois intempestifs comme le souligne le directeur lors d'un entretien ou aux réunions du personnel.

Après la secrétaire de l'accueil, les infirmiers sont le second passage intermédiaire entre le patient et sa consultation. Ils ont le status le plus difficile à négocier tant face aux patients que face au personnel de l'hôpital. Les médecins et la direction ne leur font pas confiance comme les menaces à peine voilées qui sont faites sur la stabilité de leurs postes de travail durant l'une des réunions du personnel l'exprime. Des soupçons de vol pèsent sur eux, vol de couvertures rapportés en privé par exemple. Ils se plaignent de devoir faire le gros du travail qui devrait échoir aux médecins et sont effectivement les personnes les plus présentes dans les services. Ils sont le réceptacle des plaintes quotidiennes des patients comme des brimades des médecins ou de la direction et occupent ainsi une place ingrate aux CUM.

Sur le chemin qui mène en radiographie, les patients doivent passer par eux pour la création ou la recherche de leurs dossiers avant consultation d'un médecin. Cette étape se résume à un rituel

administratif en trois étapes. Tout d'abord, le patient est appelé par ordre d'arrivée à venir derrière le petit paravent séparant la file d'attente de l'endroit aménagé pour recevoir les patients et classer les dossiers (c.f. Image 5). Une fois assis, le patient apprend qu'on attend de lui qu'il ait un thermomètre, il ne s'agit pas d'une pratique standardisée au niveau camerounais et aucune mention n'en est faite dans les affiches publicitaires en ville ou ailleurs. Le patient doit alors, sans savoir pour quelle raison car elle ne lui

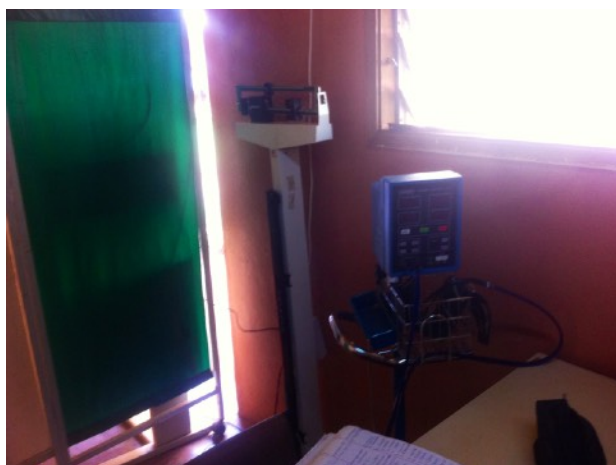


Image 5 : "L'accueil" aux CUM
Crédits image : Nicolas Mabillard

est communiquée que rarement⁷⁴, passer par la pharmacie pour s'en procurer un au prix de 400 FCFA à quoi il faudra ajouter le prix d'un billet de consultation acheté à la caisse (1500 FCFA ou 1000 FCFA) avant de revenir se faire enregistrer.

Vient ensuite la seconde étape, la constitution ou la recherche du dossier médical. Cette étape s'articule autour de deux prises d'information importantes. La pesée et la prise de la tension grâce au tensiomètre puis la création d'un dossier au format papier sur lequel devront figurer les coordonnées mais surtout le numéro de téléphone portable du patient ou à défaut celui d'un proche joignable. Les patients camerounais ont des carnets médicaux qu'ils doivent avoir avec eux lorsqu'ils vont se faire soigner à l'hôpital mais aux CUM, les dossiers des patients sont créés sur place systématiquement. Cette parade pragmatique au fait que la majorité des patients observés n'avaient pas sur eux leur carnet médical permet à l'hôpital d'être performant sans le prérequis minimal de suivi médical nécessaire. Cela complique par contre directement le suivi médical d'un patient lorsqu'il a fréquenté d'autres hôpitaux. Les dossiers étant classés par ordre alphabétique, ils devraient être faciles à retrouver si le patient a déjà fait une visite aux CUM. Mais chaque personne qui consulte les piles de dossiers les dépose après consultation sur le haut de la pile. Cela amène inévitablement les dossiers à se mélanger et dans certains cas, trouver un dossier a été plus long que d'en créer un (c.f. Image 6).



Image 6 : Armoire de classement pour les dossiers des patients
Crédit image : Nicolas Mabillard

La troisième étape constitue à envoyer le patient avec son dossier vers le cabinet du médecin que l'infirmier lui a prescrit pour sa consultation. Cela signifie concrètement que le patient doit se rasseoir au même endroit où il a attendu qu'on le reçoive pour patienter à nouveau, cette fois-ci en scrutant la porte du cabinet du médecin pour être certain de ne pas manquer son tour.

La lenteur que peut prendre le temps de création ou de recherche d'un dossier, les difficultés techniques qui arrivent parfois comme lorsque le tensiomètre tombe en panne, contribuent à faire converger vers le personnel infirmier les frustrations des patients. L'utilisation d'un système de création de dossier sur format papier répond par ailleurs à ces considérations techniques. Lorsque l'électricité est coupée, qu'une imprimante n'a plus d'encre, qu'une photocopieuse est bloquée, les dossiers en papier restent fiables même s'ils ralentissent le travail bien qu'il arrive qu'ils se

⁷⁴ L'argument entendu fait référence à la transmission de maladies par le thermomètre et rejoint la conception très hygiéniste de la médecine pratiquée en Afrique.

mélangent ou se perdent. Par contre, ces dossiers au format papier posent un problème d'efficacité médicale. Ils ne tiennent compte que des antécédents médicaux notés par les médecins des CUM auxquels viennent s'ajouter les informations données par les patients lorsqu'elles sont exigées par les médecins lors de la consultation. Ces informations semblent peu fiables tant la mémoire des patients n'est parfois pas claire. En fin de compte, l'important c'est de fournir au patient un parcours à l'hôpital clair et qui se réalise pour tous les intervenants de façon similaire. Cela confère un certain contrôle au personnel infirmier sur le parcours du patient dans l'hôpital dès son entrée. Ce rituel administratif n'engage en aucun cas la capacité de l'hôpital ou de la personne enregistrant le malade à bien soigner, il est en ce sens le point de passage le plus réglé et organisé puisqu'il est totalement maîtrisé et fonctionnel. Il n'est dès lors pas étonnant de voir parfois trois membres du personnel infirmier s'entasser derrière le petit pupitre pour se mettre à l'écart. Durant une courte pause où on vient donner un coup de main pour trouver les dossiers, le bureau de l'accueil sert parfois d'espace de retranchement lorsqu'un médecin s'énerve, lorsqu'un patient interne manque de médicaments ou lorsqu'il n'y a plus de travail à son poste régulier.

Sur leur chemin vers le service d'imagerie, les patients cherchent avant tout à être consultés par un médecin et à obtenir de cette consultation une prescription, idéalement de médicaments. Ces deux attentes semblent être des constantes au Cameroun, certaines représentations ne changeant pas malgré le temps écoulé entre l'étude de Hours⁷⁵ et celle de Monteillet.⁷⁶ Il en va de même aux CUM. Les patients entrent avec un air nerveux et jusqu'au moment où ils sont consultés par un médecin restent méfiants, parfois critiquant à haute voix la lenteur perçue avec laquelle la file d'attente avance. Une fois arrivés dans le cabinet d'un des sept médecins spécialisés, l'attitude corporelle des patients mêle une grande réserve face au médecin et une attente importante quant au traitement prescrit. Croiser un patient avant et après sa consultation permet de le voir changer d'humeur, parfois radicalement. Une patiente par exemple, absolument muette jusqu'à la prescription s'est répandue en "merci docteur" au moment où l'ordonnance a été remplie par le médecin⁷⁷ alors que jusque là elle avait le visage résigné et fermé. Cette situation est particulièrement révélatrice mais ne constitue pas la norme. Le médecin est autant craint que

⁷⁵ HOURS Bernard, *L'État sorcier, santé publique et Société au Cameroun*, L'Harmattan, Paris, 1985, page 49

⁷⁶ MONTEILLET Nicolas, *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun, crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*, Karthala, Paris, 2005, page 135

⁷⁷ Les domaines d'expertise des médecins cités en exemple ne seront pas cités. Il s'agit d'une omission volontaire car citer la spécialisation reviendrait à nommer la personne aux CUM, un médecin correspondant à une spécialité. Le but ici est de garantir l'anonymat des médecins qui ont bien voulu se laisser observer durant leurs consultations.

respecté en tant qu'il est le vecteur entre le patient et les médicaments envisagés comme efficaces, plus efficaces parfois que les conseils du médecin qui les a prescrit. C'est ainsi que l'un des médecins accueillant un père et son enfant souffrant de ce que le médecin décrit comme "une douleur bénigne à l'avant-bras" lui prescrit une petite dose d'un anti-inflammatoire pour "donner au malade quelque chose" plus que par nécessité dira-t-il. Le médecin expliquera savoir que sa prescription n'aura pas d'effet sur la blessure mais qu'il donne pour que l'enfant et son père sortent contents de l'hôpital. Le recours dans ce cas précis à un anti-inflammatoire aura probablement satisfait l'envie d'un médicament que les patients n'ont exprimé que par leur insistance à ne pas s'écarter du passage du médecin en question, le père regardant ce dernier avec un regard insistant exprimant une certaine insatisfaction de ne pas avoir reçu une prescription en échange de la somme dépensée pour la consultation. L'utilisation d'un anti-inflammatoire pourra d'ailleurs renforcer encore la confiance de ce patient dans la capacité d'efficacité thérapeutique du médicament. Il soulagera sa douleur et s'il l'utilise jusqu'à ce que sa blessure se guérisse naturellement, il pourra penser que l'anti-inflammatoire soigne les petites fractures ou les foulures.

C'est ainsi que les questions posées par le médecin pour baser le jugement qu'il opère durant la consultation sont vécues comme une contrainte. L'observation d'un patient dont le médecin supposait qu'il souffrait d'une tuberculose montre à quel point ce diagnostic établi sur une discussion avec le patient n'est pas compris, ou peut-être considéré comme superflu. Un homme répondait aux questions par des formules lapidaires par exemple. Cela permettait au médecin de justifier une attitude paternaliste, entre colère et indignation lorsque le patient lui dit qu'il avait jeté les clichés radiographiques de ses poumons qu'il avait pris deux ans plus tôt. La finesse des consultations se joue entre la négociation du prestige lié au status de médecin et l'incapacité à le réaliser concrètement parce que le matériel à disposition n'est pas suffisant ou parce que la pharmacie ne dispose pas de tous les médicaments prescrits. Tout se passe alors comme si le bon médecin était celui qui créait le chemin le plus court entre l'arrivée à l'hôpital et la prescription d'un médicament du point de vue des patients. Ils ne comprennent pas pourquoi ils doivent répondre à toutes ces questions du médecin et deviennent parfois désagréables. En conséquence, quelques médecins deviennent froids et distants d'entrée de jeu, par défaut. Ils se protègent de l'échec thérapeutique qu'ils pourraient vivre en ne laissant tout simplement pas un lien de confiance, parfois un échange verbal, se tisser entre eux et les patients. Un médecin est ainsi resté parfaitement muet durant toute sa consultation d'une dizaine de minutes à écrire son diagnostic pour finalement le tendre à la patiente venue le consulter en lui pointant du doigt la direction de la

pharmacie. Ces quelques exemples particulièrement illustratifs doivent servir à comprendre des situations où l'appréhension des patients et des médecins joue un grand rôle sur la situation réelle de consultation, ils sont vécus comme normaux, tolérés, et n'ont pas dérangé outre mesure les patients interrogés à ce sujet. Comme l'a relevé Monteillet, l'attitude d'un médecin change profondément l'appréhension du traitement des patients, ne serait-ce que par la manière dont il s'adresse à eux.⁷⁸ Ce dialogue est médiatisé par les status sociaux des patients, les liens familiaux ou de proximité, la notoriété des CUM⁷⁹ et le matériel à disposition. Ces données prises en compte simultanément permettent de comprendre pourquoi les patients restent discrets et d'un air dépité au-delà de la souffrance due à leur maladie durant leur passage à l'accueil et en file d'attente de consultation. Elles expliquent aussi l'attitude dure et paternaliste dont font preuve les médecins ou le personnel infirmier à l'accueil et à la consultation. Cette attitude n'est d'ailleurs pas incompatible avec une certaine sympathie, un ton parfois léger, mais se rapporte aux représentations d'une population vue comme mal éduquée et à la nécessité intériorisée de donner quelque chose, un médicament, au patient pour que ses exigences minimales soient satisfaites de manière pragmatique.

10. Comment un service d'imagerie vient-il à naître ?

Le service d'imagerie médicale des CUM a été créé en deux étapes distinctes et, comme d'ailleurs d'autres services, en fonction de dons de matériel. Durant la première étape, un membre du personnel actuel des CUM faisant partie de la diaspora⁸⁰ et de l'AED travaillait dans une structure hospitalière française à l'époque de la création des CUM. Il a fait appel à la direction de l'hôpital français en question lorsque celui-ci allait changer de plateau technique en service d'imagerie. Il a aussi décidé de revenir au Cameroun pour travailler aux CUM pour quelques années et pour aider à développer la région selon ses dires. Il a obtenu l'organisation du don d'un scanner et de deux appareils de radiographie conventionnelle en accord avec les membres de l'AED. L'AED débloquait de son côté les budgets nécessaires pour la construction de salles adéquates pour accueillir le matériel. La deuxième étape, le lancement des travaux de construction des salles à Banékané, a pris plusieurs années et ne s'est pas fait en fonction du temps requis par l'hôpital

⁷⁸ MONTEILLET Nicolas, *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun, crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*, Karthala, Paris, 2005, pp. 114-121

⁷⁹ Le projet des CUM a été soutenu financièrement par l'"élite" de Bangangté et a des ambitions nationales. Le professeur Kaptue le rappelle lors d'un discours de remise de médicaments où il affirme son ambition que les CUM soient un hôpital modèle pour le Cameroun. Il est possible d'y voir la volonté de proposer un exemple de réussite Bamiléké mais les indices sont rares en ce sens.

⁸⁰ Pour une liste des organismes composant la nébuleuse "diaspora", voir : <http://www.udesmontagnes.org/fr/international/associations-de-la-diaspora.html>, consulté le 4 juillet 2014

français pour envoyer le matériel. Les donateurs ont été d'accord d'acheminer par bateau et à leurs frais les appareils radiographiques jusqu'au port de Douala et ont laissé les partenaires camerounais de l'AED se charger du transport sur 239 km par route jusqu'à Banékané, de l'installation et de la maintenance.⁸¹ Les chances d'obtenir un scanner sont très rares et le nombre de ces appareils le sont aussi au Cameroun.⁸² Peut-être la potentielle notoriété obtenue par un tel coup d'éclat a-t-elle permis à cette entreprise d'avoir lieu relativement vite (2 ans) en plus de l'intérêt médical évident qu'il pouvait apporter au département du Ndé qui ne disposait pas encore de ce type d'équipement en 2009.⁸³ La construction des bâtiments accueillant le futur scanner et les deux appareils de radiographie conventionnelle n'a pas été synchronisée avec les dates prévues pour la livraison. Le scanner est donc resté durant de nombreux mois dans son container transporté de Douala jusqu'à Banékané en attendant la fin des travaux. Le transport s'est fait par camion avec des containers dans lesquels avaient été placés les appareils ainsi que d'autres fournitures. La construction des salles s'est voulue conforme à la loi camerounaise en la matière. Cela s'est matérialisé par des murs plombés d'une épaisseur suffisante pour absorber les rayons ionisants émis par les appareils, un dispositif électrique capable de fournir du courant triphasé et l'installation de climatiseurs. Ces aménagements n'ont pas été tâche facile dans une région où aucune entreprise ne connaît les dispositions légales et où les matériaux et les instruments nécessaires à tel projet ne sont pas facilement disponibles.



Image 7 : Le bâtiment du service d'imagerie médicale avec sa nouvelle porte d'entrée
Crédits image : Nicolas Mabillard

Une fois les salles achevées, les deux appareils de radiographie conventionnels (General Electrics AMX™-4 et Trophy OMNIX™ N 30) furent mis en service alors que le scanner devait encore être déchargé et monté. L'entreprise PDA-Amber diagnostics (Amber), représentante officielle de General Electrics (GE) au Cameroun⁸⁴, a été mandatée par l'AED pour installer le scanner et former un membre du personnel des CUM à sa maintenance. En l'absence de connaissance en matière de

⁸¹ Il manque évidemment à cette description faite par les personnes interrogées aux CUM une enquête de ce qui a été fait en détail du côté français, cela amène à quelques incertitudes. Il serait intéressant de savoir si l'hôpital français a demandé des garanties quant au transport du matériel et à la faisabilité de la chose.

⁸² Il y a trois scanners à Yaoundé actuellement, aucun ne fonctionnait au moment de l'enquête.

⁸³ Le premier scanner dans la région de l'Ouest se trouve à l'hôpital régional de Bafoussam depuis 2012 soit après l'arrivée et la mise en marche du scanner des CUM. http://kmeroun.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1184:bafoussam-lhr-accueil-un-nouveau-centre-dimagerie-medicale&catid=13:business&Itemid=19, consulté le 4 juillet 2014

⁸⁴ Le site de l'entreprise PDA - Amber diagnostics n'est que théoriquement fonctionnel actuellement mais les prestations ont bien lieu. <http://www.pda81inc.com/#>, consulté le 4 juillet 2014

scanner, parfaitement logique puisqu'il s'agissait là d'une première pour la région de l'Ouest, le service de maintenance a pris l'initiative de filmer les étapes de la mise en place du scanner. Ce film laisserait la possibilité aux maintenanciers d'intervenir en cas de nécessité sans avoir à faire appel à Amber, entreprise très coûteuse puisqu'ayant une position de quasi monopole sur le petit marché camerounais de l'imagerie médicale. Une autre difficulté a ralenti le processus d'installation du scanner. La porte d'entrée principale du bâtiment (c.f. image 7) n'était pas suffisamment large pour faire entrer les plus grosses pièces du scanner. En conséquence, la décision a été prise de démolir une partie du mur d'enceinte et de construire une porte plus large.

Le service a commencé à accueillir des patients dès l'installation des deux appareils de radiographie conventionnelle, le montage du scanner durerait encore plusieurs mois constitués de périodes d'attente successives pour que l'un ou l'autre des maillons de l'organisation mise en place soit opérationnel (livraison - déplacement - aménagement d'une salle adéquate - montage - formation au scanner). Le recrutement d'un TRM a eu lieu avant l'ouverture du service afin de s'assurer que les appareils déjà installés, l'AMX™ 4 et l'OMNIX™ N 30, seraient bien utilisés. La personne recrutée, major retraité du service de radiologie de l'HCY, avait été présentée parmi d'autres candidats par l'actuel surveillant général des CUM qui occupait auparavant le même poste à l'HCY. Le lien personnel qu'entretiennent ces deux personnes a probablement joué en faveur du TRM mais selon les explications de plusieurs membres de l'administration de l'UdM et des CUM, cela ne suffit pas à expliquer totalement qu'il ait obtenu le poste. Son expérience professionnelle a été le point déterminant, surtout en matière d'appareils de radiographie conventionnelle analogiques et de développement des clichés. Il a été suggéré que l'idée d'engager du personnel à la retraite pourrait aussi avoir des raisons financières, ces employés accepteraient d'être rémunérés moins que les autres qui ne touchent pas de pension. Cela demeure très délicat à vérifier sans accès à la comptabilité.⁸⁵ En 2010, après une année de travail en solitaire dans le service d'imagerie, l'employé en question, Hervé Njemba⁸⁶ requiert de la direction l'aide d'un second TRM. Un jeune collègue venant de la région du Centre est recruté, celui-ci ne reste pas longtemps en poste "parce qu'il considérait que Bangangté c'était la brousse" explique Njemba. La vie dans cette petite ville ne correspondait pas à ses attentes en matières de distractions en dehors du travail, il se sentait à l'étroit. Finalement, c'est un camarade de promotion du CUSS que Njemba avancera pour

⁸⁵ Parenthèse théorique, voici peut-être l'un des points faibles de la théorie de l'acteur-réseau de Latour, les personnes interrogées dissimulent, mentent parfois, et rendent difficiles l'exactitude qu'exige sa méthode appliquée sans concessions.

⁸⁶ Il s'agit d'un nom d'emprunt qui reflète les origines ethnique Beti de cette personne

remplacer son jeune collègue après sa démission, Pierre Atangana⁸⁷. Atangana obtient le poste. Tout comme Njemba il est à la retraite de la fonction publique, il travaillait comme TRM au CHU de Yaoundé. Il compte lui aussi sur une très solide expérience professionnelle. Ni Njemba, ni Atangana n'ont travaillé à l'étranger, ils ont vécu les heures d'espoir de la création du CUSS, les premières assignations et le développement technologique des années 1970. Ils ont aussi souffert de la réduction des salaires de 50% de la fonction publique de 1994 et leur stagnation face au niveau de vie qui ne cesse d'augmenter. Ces deux hommes sont le service d'imagerie médicale des CUM depuis 2010. L'installation du scanner par Amber terminée le 22 janvier 2011, deux sessions de cinq mois de formation ont été organisées pour les deux TRM qui maîtrisaient déjà les deux autres appareils. Les patients seraient finalement accueillis pour des scanners dès décembre 2011. La première partie de la formation s'est faite auprès d'un spécialiste de l'utilisation du scanner. Envoyé de la part de l'hôpital français donateur, ce formateur est resté un mois à Banékané. Il a expliqué puis montré aux TRM le fonctionnement pratique du scanner. Njemba a observé puis appris par cœur toutes les informations. Il a fait de même pour le logiciel de traitement des clichés (eFilm Workstation⁸⁸, utilisé sous Windows XP en version 2.1.0). Cette première approche (c.f. image 8) servant d'étape d'appropriation des logiciels liés au scanner et à l'interaction avec l'appareil a été complétée par un stage de cinq mois dans un hôpital de la région du Centre. Ce stage a eu lieu grâce à la bonne volonté et au réseau social de Njemba et avec le concours de l'administration des CUM qui a approuvé les absences pour formation des deux TRM. Elles ont eu lieu alternativement pour que le service ne s'arrête pas durant cinq mois. Les deux TRM n'auraient pas pu bénéficier d'une formation sans connaître personnellement l'un des membres du personnel d'imagerie travaillant dans le service où ils allaient se former. N'étant pas des étudiants, la direction de cet hôpital n'a pas voulu les former. C'est en passant par son réseau de connaissances que Njemba a pu contourner cette interdiction qu'il considérait comme injustifiée. La direction des CUM n'a pas eu connaissance de son action et la formation a eu lieu comme prévu. Pour terminer, un troisième stage prit place aux CUM durant deux semaines et sous la tutelle

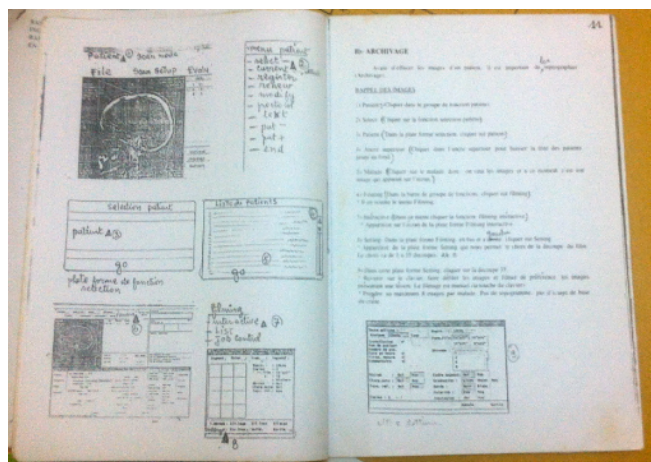


Image 8 : Polycopiés créés et annotés pour montrer à la direction des CUM la bonne acquisition de la formation au scanner
 Crédits image : Nicolas Mabillard

⁸⁷ Il s'agit d'un nom d'emprunt qui reflète les origines ethnique Beti de cette personne

⁸⁸ Pour information sur ce programme et son actualité, voir <https://estore.merge.com/na/index.aspx>, consulté le 8 juillet 2014

d'un formateur zairois. Cet apprentissage en trois étapes qui n'a de point commun que les deux TRM leur a permis d'avoir une connaissance pratique du fonctionnement du scanner. Jamais la documentation écrite fournie par l'hôpital français n'a été utilisée selon Njemba, elle reste encore à ce jour sur des étagères (c.f. Image 9). L'apprentissage s'est passé par oral et surtout en observant le personnel travailler durant les stages avec le spécialiste français et au Centre. Seul un CD-ROM contenant un tutoriel vidéo a été utilisé dans la pratique parce qu'il fournissait une façon concrète et pragmatique mais surtout visuelle, d'utiliser le scanner. Il a été très souvent utilisé dans les débuts selon les deux TRM. Le seul support écrit utilisé par Njemba a été un compte-rendu rédigé pour une présentation à la direction des CUM de son travail de formation au scanner (c.f. Image 8). La lecture de ce document permet de constater l'apprentissage effectué mais surtout de remarquer que Njemba a retenu les étapes concrètes visant à utiliser le scanner et a laissé de côté toute autre préoccupation. Les questions de sécurité du personnel ou du patient ne figurent pas dans ce document par exemple. Il ne faut pas y voir une négligence volontaire de sa part mais probablement le résultat de ce qui lui a été enseigné durant la formation, c'est-à-dire les étapes minimales de l'utilisation de son outil de travail. Après toutes ces étapes, la direction des CUM pouvait annoncer publiquement, à la radio et par des affiches promotionnelles, l'ouverture de sa salle du scanner. Les employés des CUM et les membres de leur famille ont eu droit à utiliser gratuitement l'appareil durant les premières semaines de son utilisation. Selon Atangana, cette période d'essai gratuite a joué en faveur de la notoriété du scanner dans tout le département du Ndé. Les familles parlaient et



Image 9 : Armoire de rangement pour la documentation du scanner
Crédits image : Nicolas Mabillard

montraient leurs clichés⁸⁹ à leurs entourages respectifs et faisaient de la publicité pour les CUM. Le registre du service d'imagerie témoigne d'une importante utilisation du scanner durant ses premiers mois de fonctionnement. Certains jours de grande affluence enregistraient dix utilisations. La direction s'était déjà procuré deux développeuses pour imprimer les clichés radiographiques. Ces achats avaient été autorisés par le service du patrimoine géré par l'AED. Les machines venaient de revendeurs situés à Douala qui avaient importé ce matériel. La première développeuse, un modèle semi-numérique, permettait d'imprimer après numérisation et retouche les clichés du scanner. La seconde, analogique,

⁸⁹ Beaucoup de ces clichés étaient pris pour pouvoir essayer le scanner, sans prescription médicale.

permet encore actuellement d'imprimer les clichés depuis les cassettes utilisées avec les deux appareils de radiographie conventionnelle. Toutes ces installations auxquelles il faut ajouter pour le service d'imagerie un appareil de radiographie panoramique dentaire (hors service lors de l'enquête) obtenu par un autre don ont été un lourd investissement pour l'AED qui gérait la comptabilité des CUM à l'époque. Le scanner aurait dû générer d'importants revenus mais seulement 127 examens ont été effectués en moins d'une année de mise en service. Le prix d'un examen était facturé entre 10'000 et 50'000 FCFA après la période d'essai. Il est malheureusement tombé en panne en septembre 2012 après une succession de petites pannes et aujourd'hui est en attente d'un remplacement ou d'une maintenance très coûteuse (c.f. Image 10).⁹⁰ Selon le directeur des CUM, il n'y a que très peu de chances que l'argent nécessaire à cet énième recours à Amber soit débloqué aujourd'hui car les frais de maintenance occasionnés jusqu'à présent sont énormes par rapport aux entrées financières générées.



Image 10 : Le scanner hors service actuellement
Crédits image : Nicolas Mabillard

11. Le cliché est médiateur

Le recours à l'imagerie est une étape sur le parcours du patient en quête de sa guérison à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital, jamais une fin. En cela l'imagerie aux CUM contribue à renforcer la réputation de crédibilité de l'établissement mais n'est qu'à de rares exceptions ce que le patient

⁹⁰ Des souris mangeant les câbles d'alimentation, des cartes défectueuses puis des courts-circuits ont eu petit à petit raison du scanner.

vient chercher en y entrant. L'utilisation de la radiographie dépend du médecin, il est normalement seul à décider de l'accès des patients à cette méthode de dépistage bien qu'à l'occasion la demande expresse leur en soit faite par un patient. Sans pour autant sortir des limites symboliques sanitaires de l'hôpital à ce stade de l'analyse, il suffit de mentionner que les patients qui veulent obtenir un cliché radiographique le font pour deux principales raisons thérapeutiques. Ils cherchent dans quelques cas à montrer leur cliché à un *mbembela* pour qu'il l'utilise dans son travail de soin des fractures; ils cherchent dans un second scénario à obtenir la preuve visuelle de leur maladie pour eux-mêmes ou pour que le médecin prescripteur de l'examen radiographique la montre. Cette deuxième option est très difficile à quantifier car il faudrait pouvoir juger des intentions d'un patient lorsqu'il sort de l'hôpital et utilise son cliché. Sans se risquer à généraliser ce qui ne peut pas l'être et procéder ainsi à une anthropologie tendant vers l'exotisme, un exemple particulièrement révélateur de cette utilisation des clichés, observé une seule fois il faut le souligner, peut servir de preuve exagérée d'un phénomène plus discret et latent. Une patiente ressortant du service d'imagerie cliché en main a insisté durant de longues minutes face à son médecin pour qu'il lui pointe du doigt sa maladie sur le cliché des poumons qu'elle lui tendait. Le médecin lui a expliqué posément ce qu'il avait diagnostiqué mais sa parole ne suffit pas à convaincre. Il insista alors à plusieurs reprises sur le fait que le cliché ne "montrait" pas la maladie avant que la patiente s'en aille chercher les médicaments prescrits avec un air affiché de déception, "le père a dit qu'il fallait voir la maladie sur la photo"⁹¹.

Cet exemple est révélateur de la relation ambiguë du patient à son médecin mais surtout de la relation que les deux ont envers l'appareil de radiographie conventionnelle et les clichés comme Fassin l'a déjà soulevé.⁹² L'examen radiographique procède de la traduction⁹³ du patient d'un état à un autre. Il intime le mouvement *patient à ausculter - patient à qui prescrire* par de nombreux intermédiaires dont le seul commun au médecin et à son patient est un objet, le cliché. Les patients confèrent aux clichés une valeur de preuve liée à l'efficacité de la machine qui les a pris. L'efficacité de l'appareil radiographique, tangiblement inscrite sur le cliché, vient par moments ouvrir un espace de doute entre le patient et le médecin. Les patients n'étant pas au courant de l'approvisionnement en médicaments ou du manque d'ustensiles médicaux, donnée constamment

⁹¹ Le "père" est le nom donné au mari dans ce contexte.

⁹² FASSIN Didier, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1992, page 313

⁹³ La fameuse traduction de Callon, voir CALLON Michel, *Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc*, In : L'année sociologique, n° 36, pp. 169-208

fluctuante aux CUM, ils rejettent parfois la faute sur une supposée incompetence du personnel médical, du médecin dans une moindre mesure. Cela se passe en aparté et ne se reflète que dans les fluctuations de la fréquentation de l'établissement mais c'est une réalité quasiment tangible durant le moment crucial de la prescription. "L'équipement, c'est le pouvoir, et plus précisément le pouvoir de traiter, pour de nombreux malades pour qui la notion de traitement est d'abord instrumentale et active."⁹⁴ Les propos de Hours laissent déjà à voir le rôle de médiateur qu'a le cliché au même titre que d'autres objets que le patient ne trouve qu'à l'hôpital. Il y trouve l'efficacité qu'aucune des options thérapeutiques à sa disposition ne peut offrir parfaitement. Les tradipraticiens peuvent échouer, cela fait partie du jeu, les médecins aussi. En ce sens ils sont sur un même plan de représentations de la santé qu'ils n'occupent pas seuls d'ailleurs. Le cliché radiographique est la preuve tangible, le médiateur, d'un acte médical efficace. Ainsi il contribue à renforcer le prestige de l'établissement médico-sanitaire, c'est certain, mais il offre surtout une épreuve de la démarche vers la guérison. La relation entre un patient et son cliché est intime, ce dernier est une image indicielle⁹⁵, c'est-à-dire "un signe qui entretient ou a entretenu, à un moment donné, une relation de contiguïté physique (de l'ordre d'une empreinte) avec la réalité physique du référent (au moins pendant la fraction de seconde où la surface sensible est exposée aux rayons lumineux)."⁹⁶ Cela amène parfois les médecins à jouer sur la force de véridiction des clichés et à exagérer le recours à la radiographie ou à augmenter l'impact qu'a le cliché sur leur capacité de décision.⁹⁷ Cela amène aussi la direction à encourager les médecins à envoyer les patients passer un examen radiographique puisque cette étape est rémunératrice⁹⁸ et n'a pas besoin d'être justifiée auprès des patients qui se prêtent volontiers à l'exercice.

⁹⁴ HOURS Bernard, *L'État sorcier, santé publique et Société au Cameroun*, L'Harmattan, Paris, 1985, page 156

⁹⁵ WERNER Jean-François, *D'une image à l'autre ou pourquoi et comment étudier les usages et pratiques de l'imagerie médicale à Dakar*, In : Autrepart, 2004/1 n° 29, page 68

⁹⁶ *Ibidem*

⁹⁷ Sur ce dernier point il a fallu se fier aux quelques commentaires des médecins observés sans avoir de base médicale pour en juger.

⁹⁸ Il ne s'agit pas ici de suppositions mais d'une pratique observée et étayée par les chiffres des rentrées financières de chaque service des CUM.

12. Le travail en service d'imagerie - Anthropotechnologie

Pour appréhender le travail des deux opérateurs, Njemba et Atangana, ainsi que leurs interactions avec les patients et leur hiérarchie, l'anthropotechnologie emprunte aux ergonomes quelques concepts clefs. Le premier d'entre eux est la différenciation travail prescrit/travail réel. Le travail prescrit regroupe les objectifs qualitatifs, ce sont les consignes de travail de la direction mais aussi que la formation en imagerie médicale édicte; les objectifs quantitatifs, c'est-à-dire les consignes quant au nombre de patients à traiter par jour, à l'utilisation des consommables; les procédures à suivre, il s'agit ici de détailler les règles mises en place aux CUM pour la gestion des patients tout comme du matériel; les règles et normes tacites, entrent en jeu ici la prise en compte de règles qui régissent le travail sans pourtant être écrites mais qui sont partagées entre les opérateurs et la direction.⁹⁹ Le travail réel se définit comme le travail qui est réalisé en pratique et en fonction du travail prescrit. Il est formé d'autant d'habitudes, d'astuces, de *coping strategies* que d'adaptations des consignes données pour de multiples raisons. Ces différences sont autant inévitables qu'importantes aux CUM, dans les hôpitaux camerounais en général, et permettent de reconstituer l'activité des opérateurs, passage du travail prescrit au travail réel.¹⁰⁰

La direction, l'infirmière surveillante générale et les médecins sont les trois échelons hiérarchiques entrant en jeu dans le déroulement du travail des deux opérateurs. La direction met en place la réunion du personnel une fois par mois, délivre les autorisations pour la commande ou le retrait de consommables via la pharmacie de l'hôpital, doit s'occuper de la bonne maintenance des équipements et des sanctions au personnel. L'infirmière surveillante générale veille à l'accueil des stagiaires lorsqu'il y en a, au respect des procédures de sécurité et est en charge du contrôle du matériel mis à disposition. Les médecins envoient des patients et exigent qu'ils reviennent pour la fin de leur consultation avec un ou plusieurs clichés, ils attendent aussi que le patient revienne avec un bulletin d'examen rempli et signé par l'un des opérateurs.

Ces rôles assignés sont respectés et sont aussi le meilleur théâtre de la mise en pratique d'une culture d'entreprise camerounaise. Plusieurs exemples viennent montrer comment ces assignations sont assimilées et reformulées aux CUM et ainsi rendues acceptables dans un système de valeurs

⁹⁹ DARSEZ Françoise & DE MONTMOLLIN Maurice, *L'ergonomie* (5e édition), La Découverte, Paris, 2012, page 44

¹⁰⁰ Lancry préfère utiliser le mot "tâche" que "travail". L'utilisation de "travail" a été préférée ici car elle n'insiste pas autant que le mot "tâche" sur la réalisation d'un devoir. La relation hiérarchique entre le donneur des consignes et l'opérateur est ainsi moins centrale dans la démarche ergonomique de ce texte. LANCRY Alain, *L'ergonomie*, Presses Universitaires de France, Paris, 2009, pp. 28-29

qu'un interlocuteur, professeur à l'UdM, décrira comme "camerounaises et africaines". La réunion du personnel, lieu supposé de discussion des divers problèmes des services, prend les contours d'une brimade de la direction sur des pratiques illicites tout en sous-entendus et non pas directement adressées. Ce sont des phrases comme celle-ci qui constituent ces menaces faisant référence au vol de matériel : "Ne pensez pas que je sois aveugle, je vois bien ce qui se passe dans cet hôpital !" La réplique des employées se situe au niveau des salaires, trop bas, et de l'attitude punitive de la direction qui oublie de récompenser les actions bien réalisées mais ne manque jamais de blâmer ses employés.¹⁰¹ Dans le cas précis du service d'imagerie, les problèmes concrets comme le manque de gilets de protection plombés ne sont tout simplement pas mentionnés. La réunion est donc une activité formelle, obligatoire, mais surtout sans enjeu véritable. La direction veut lutter contre les vols et les punitions sont donc un recours légitime mais la menace ne fait qu'alimenter un cloisonnement des services et la méfiance des employés. Quant aux problèmes du service d'imagerie, ils ont déjà fait l'objet de nombreuses demandes deux ans plus tôt et n'ont jamais reçu de suite des divers directeurs qui ont été à même de changer la situation. Ainsi, par une attitude d'acceptation de la mauvaise situation tacite, les sujets importants ne sont plus discutés. Qui plus est, si quelque chose allait changer, cela ne passerait pas par les réunions prévues à cet effet.

Un second exemple vient ici montrer comment se résolvent les situations problématiques aux CUM comme dans d'autres hôpitaux camerounais. Atangana a voulu prendre congé pour les fêtes de Noël auprès de la direction. Il a amené comme l'exige le règlement son planning pour le mois de décembre en temps et en heure avec une demande de trois semaines de congé. Cela constituait une semaine de plus que le permet l'établissement. Atangana l'a justifié par le fait qu'il n'avait pas pris de jours de pause depuis longtemps, la semaine ajoutée à sa demande de congé était donc due. La direction, sans faire très attention à sa demande, refusa dans un premier temps le congé de trois semaines par principe. Atangana se dirigea dans le bureau du directeur et lui expliqua, énervé, qu'il avait le droit à ce congé. La direction n'accepta qu'après deux explications successives et par l'intermédiaire de l'infirmière surveillante générale qui calma les esprits échauffés. Le directeur, se sentant fautif d'avoir énervé Atangana décida de laisser une chance au dialogue. C'est ici qu'il faut être particulièrement attentif à la manière dont le directeur laisse savoir à Atangana qu'il veut discuter. La finesse de la situation a été expliquée par Njemba qui joua un rôle dans cet épisode ce jour là. Le directeur était descendu depuis son bureau et venu discuter devant le service d'imagerie avec une personne qu'il y a trouvé. Le sujet de discussion était parfaitement banal. Le directeur ne

¹⁰¹ Ces critiques ont d'autant plus de force qu'elles émanent des médecins et sont reprises par les autres membres du personnel.

descendant pratiquement jamais au service d'imagerie, cela avait attiré l'attention de Njemba qui se mêla de la discussion. Pendant ce temps, Atangana restait implacablement assis dans son bureau, les deux hommes pouvaient se voir à travers la vitre du bureau mais chacun ignorait l'autre. Atangana ne vint pas, le directeur s'en alla après une dizaine de minutes à discuter de rien. Atangana a eu sa chance, il ne l'a pas saisie par fierté. Ce type de comportement, tacite et dépendant du degré d'importance hiérarchique et de la place occupée physiquement dans l'espace des intervenants, n'est qu'un exemple parmi de nombreux autres de la manière dont les questions difficiles peuvent se régler. La réunion du personnel ne correspond pas à cette manière de procéder et devient ainsi, en y ajoutant les difficultés d'accès au matériel médical et financières que connaît la direction, une formalité. Mais ce qu'il est intéressant de retenir ici est la manière dont les deux hommes ont communiqué, le directeur n'adresserait pas ses excuses directement à Atangana, mais il laisserait savoir qu'il était prêt à s'excuser par sa présence. C'est ainsi à Atangana de se diriger vers lui pour aller accepter des excuses formelles. Les relations hiérarchiques sont ainsi sauvées, le directeur reste le directeur, l'employé à sa place. Il s'agit ici d'une situation normale, et vécue comme telle par les intervenants, personne n'a eu à s'en plaindre. Faut-il voir là une situation particulière, une exception ? Les personnes interrogées à ce sujet, Njemba notamment, ne le pensent pas.

Les autres questions organisationnelles concernant la direction se règlent de cette manière. Gardant à l'esprit que l'exemple décrit plus haut est une situation de crise, même si son envergure n'est pas importante, la normalisation sur le temps de ces crises varie sur un modèle commun. Les demandes de congé, de réapprovisionnement en consommables se décident par un passage au bureau du directeur pour le rencontrer et lui faire signer une autorisation. Ces demandes exigent donc de savoir s'il est présent sur le site de l'hôpital. Les plus importantes difficultés du service d'imagerie ont donc été abordées par une visite au directeur par Njemba et Atangana il y a deux ans déjà pour un problème de gilets plombés défectueux. L'impossibilité d'agir de la direction s'est traduite par une attitude emprunte de mutisme et de laisser-aller. Les deux opérateurs ont conservé les lettres de l'époque qu'ils ont fait lire à la direction pour demander des gilets plombés neufs pour leur protection au travail. Les lettres ont été lues mais n'ont pas trouvé de réponse concrète. Après ces efforts, les deux TRM ont insisté en se plaignant durant les réunions mensuelles du personnel. Là aussi, le défaut des gilets est relevé par la direction mais ils ne sont pas pour autant remplacés. Cela amène les deux opérateurs à accepter une situation dangereuse pour leur santé sans avoir jamais obtenu d'explication concernant le suivi de leur demande parfaitement légitime. Le status de directeur agit ici comme une barrière. Une situation de crise se normalise ainsi mais tous les acteurs

en place sont conscients du pacte tacite qu'ils ont accepté de prolonger. Ils ont simplement cessé de le mentionner pour des raisons variées dont la première est le renoncement à imaginer une situation meilleure possible. Atangana explique aussi qu'il sait "que les rayons que crachent la machine sont dangereux mais comme [il est] vieux, [il] accepte de rester." Atangana est d'ailleurs chef de son village, il mène une chefferie de troisième degré¹⁰² et doit parfois participer au financement d'événements pour le village comme lors de la visite d'un préfet. Njemba et Atangana ont besoin du salaire pour s'occuper de leur famille puisqu'ils sont tous deux parmi les rares salariés de leur entourage familial. Ils se rejoignent donc dans le silence tacite d'une situation de crise normalisée. Des coups de colères s'en suivent alors parfois, de menaces de quitter son poste qui ne sont pas exécutées. Le calme, la monotonie du travail quotidien aux CUM sont donc par moments interrompus par ces coups de sang qui sont le reflet de vieilles rancœurs n'étant pas seulement l'apanage du service d'imagerie.

Ces situations où la direction est impuissante à apporter un changement absolument nécessaire aux conditions de travail du personnel a pour effet direct de restreindre les mouvements du directeur qui devient presque invisible hors de son bureau ou de l'espace de l'accueil. Tout se passe comme si le directeur ne voulait pas se rendre sur les lieux de problèmes qu'il ne peut pas résoudre dans l'enceinte de l'hôpital. L'une des rares visites du directeur pendant les deux mois du travail d'observation quotidien agit ici aussi comme un révélateur. Lors d'une visite aux CUM de partenaires d'une université française, potentiels donateurs de matériel médical, le directeur a fait un passage éclair en service d'imagerie avec ses hôtes. Durant cette visite qu'il a tenu à faire lui-même il a soulevé tous les problèmes flagrants du service sans en omettre un seul (gilets plombés défectueux, scanner en panne, développeuse semi-numérique hors-service etc...). Il a aussi fait un historique sommaire mais clair des étapes ayant amené à ces problèmes. Il met en scène pour les visiteurs le rôle qu'il sait assigné à celui d'un directeur d'hôpital (son long séjour à travailler comme médecin en France y joue probablement un rôle).

La direction doit aussi s'occuper de la conformité des locaux et de l'équipement avec la loi camerounaise en matière de radioprotection du personnel et des patients. Là encore, les budgets n'étant pas stables et l'équipement donné n'ayant aucune garantie, la conformité aux normes n'est pas respectée. Les gilets plombés sont défectueux, les deux appareils de radiographie

¹⁰² <http://atangana-eteme-emeran.com/spip.php?article2229>, consulté le 15 juillet 2014

conventionnelle utilisés ont des défauts flagrants¹⁰³, la développeuse ne fonctionne pas régulièrement, les murs des salles ne sont pas tous plombés, le négatoscope ne diffuse plus une lumière suffisamment forte et homogène pour convenir aux normes et le personnel n'est pas équipé de dosimètres. Le directeur le sait, il connaît aussi la loi¹⁰⁴ qui se manifeste dans les hôpitaux disposant d'un service d'imagerie sous la forme d'un comité de contrôlé des normes de radioprotection. Ce comité est supposé se rendre dans tous les hôpitaux dotés d'un service d'imagerie mais n'est jamais venu aux CUM. Il a été rapporté que le devoir de convoquer le comité de contrôle échoue à la direction, la convocation du comité de contrôle n'a tout simplement jamais été envoyée. La direction attendrait l'hypothétique moment où le service serait prêt à être contrôlé pour agir.¹⁰⁵ Le travail au service ne s'arrête pas pour autant.

En constatant cela, il faut prendre garde à ne pas diaboliser la direction pour ce qu'elle ne fait pas corriger des défauts qu'elle connaît visiblement bien et parce qu'elle joue plutôt le rôle de direction que n'applique ce que la fonction requiert concrètement. Le directeur ne se cache pas du fait qu'il essaie d'attirer les dons de matériel de partenaires pour pallier aux difficultés évidentes du service d'imagerie des CUM. C'est d'ailleurs une chose que l'administration dont l'hôpital dépend, celle de l'UdM, attend de lui. Les courtiers en développement¹⁰⁶ sont nombreux dans les postes importants de l'UdM. Mais des dons de si grande envergure n'arrivent pas souvent. Entre la création d'opportunités de dons, la gestion de fonds alloués par l'Agence Française de Développement (AFD)¹⁰⁷ et les nombreuses organisations issues de la diaspora, maintenir une organisation stable et claire n'est pas tâche évidente, particulièrement s'il faut payer des salaires sans pouvoir compter sur des investissements stables. Le directeur a un accès limité à la gestion financière des CUM, il sait néanmoins quels budgets ont déjà été débloqués pour le service d'imagerie de par sa position hiérarchique, il sait aussi combien il faudrait encore investir pour permettre aux équipements issus

¹⁰³ Ces défauts faisant partie des défis à relever durant le travail, ils feront l'objet d'une analyse plus approfondie lors de l'analyse du travail en salle. Pour un descriptif légal des requis en matière de radioprotection ratifié par le Cameroun, voir AGENCE INTERNATIONALE DE L'ÉNERGIE ATOMIQUE, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_171677.pdf, consulté le 15 juillet 2014, pp. 50-60
Pour un aperçu des tâches des comités de contrôle de l'Agence Nationale de Radioprotection (ANRP), voir <http://anrp.cm/index.php/activites/les-inspections.html>, consulté le 15 juillet 2014

¹⁰⁴ Voir par exemple les bonnes pratiques recommandées en matière de radioprotection et de mise en place des appareils de radiographie conventionnels, http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/radiation/safety-code_20-securite/safety-code20-securite-fra.pdf, pp. 22-28, consulté le 14 juillet 2014

¹⁰⁵ Pour consulter le formulaire de demande en ligne, voir <http://anrp.cm/index.php/ouverture.html>, consulté le 14 juillet 2014

¹⁰⁶ BIERSCHEK Thomas, CHAUVEAU Jean-Pierre, OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, *Courtiers en développement, les villages africains en quête de développement*, Karthala, Paris, 2000

¹⁰⁷ <http://www.afd.fr/home/pays/afrique/geo-afri/cameroun?actuCtnId=95584>, consulté le 15 juillet 2014

Les médecins sont une partie intégrante de la chaîne opératoire du traitement d'un patient par les deux TRM mais n'entrent qu'exceptionnellement physiquement en contact avec ces derniers. Leur présence se manifeste par l'intermédiaire du bulletin de demande d'examen que chaque patient amène avec lui au service d'imagerie (c.f. Image 12¹⁰⁸). Il arrive quelquefois qu'un médecin vienne au service d'imagerie pour demander qu'un cliché jugé peu lisible soit repris ou pour avoir un avis sur ce qui peut être décelé sur le cliché d'un patient. Njemba et Atangana ont en effet une expérience de leur travail qui leur permet de reconnaître certaines pathologies difficiles à repérer. Ils ont été confrontés aux difficultés des médecins lorsqu'ils devaient déceler des détails particuliers sur les clichés des poumons de certains patients et aujourd'hui s'improvisent à de rares occasions radiologues, ou tout du moins co-radiologues en complément des hypothèses du médecin prescripteur.

UNIVERSITE DES MONTAGNES (UdM)
 CLINIQUES UNIVERSITAIRES DES MONTAGNES (CUM)
 Tél. : (237) 78 13 70 70 / (237) 33 10 61 61

BULLETIN D'EXAMEN (HOSPITALISATION)

Service de : Lit n° :
 Noms du Patient : Prénoms : Age : 40... Sexe : M.
 Diagnostic :
 Médecin demandeur :
 Patient prévenu : Parent prévenu Accord OUI... NON...
 Bulletin établi par : Date :

Examens demandés	Résultats
- Radiographie de l'épaule droite (F/P)	

Signature. _____

Image 12 : Bulletin d'examen normal
 Crédits image : Nicolas Mabillard

Pour conclure ce passage en revue des différences entre travail prescrit et réel chez Njemba et Atangana, une discussion sur la pertinence de prendre en compte leur formation au CUSS est inévitable. S'il est parfaitement logique que leurs formations marquent leurs façons de travailler, il est très peu aisé de séparer ce qui constitue les résidus d'apprentissage scolaire de l'expérience issue

¹⁰⁸ Sur cette image, le nom du médecin prescripteur, sa signature, le nom du patient et la date de la demande ont été floutés.

de *coping strategies* ou de la somme des radiographies effectuées durant toute une carrière. Les deux opérateurs ne font pas appel à une autre ressource que leur longue expérience de TRM lorsqu'ils accueillent un patient. Chacun d'entre eux possède bien à son bureau un manuel acquis à la sortie du CUSS¹⁰⁹ (Ce ne sont pas des livres distribués à tous les étudiants mais des ouvrages qu'ils se sont procurés par leurs propres moyens) dans lequel se trouvent les consignes de bonnes pratiques en radiographie, des mises en garde concernant l'exposition aux rayons ionisants ainsi que les incidences à utiliser en fonction de la demande du médecin prescripteur. Ces livres n'ont jamais été ouverts durant la phase d'observation, il n'a pas été nécessaire de le faire d'ailleurs puisque les situations matérielles minimales qu'ils postulent pour la prise d'un bon cliché radiographique ne se trouvent que partiellement réunies aux CUM. L'expérience des deux opérateurs rend d'après eux l'utilisation de ces livres inutiles. À quoi bon se borner à utiliser des manuels qui requièrent un environnement de travail fonctionnel et conforme aux normes de radioprotection si l'équipement à disposition contredit dès les premiers instants d'utilisation ce que prescrit la littérature ?

13. Le travail en salle

L'activité hebdomadaire des deux opérateurs du service d'imagerie des CUM est très largement structurée par eux-mêmes. Ils sont les seuls à avoir bénéficié d'une formation en imagerie médicale et sont les seuls à savoir manipuler l'intégralité de l'équipement à leur disposition. Dans cette situation, cela signifie qu'ils sont aussi tenus pour responsables du mauvais fonctionnement du service lorsque par exemple un patient vient se plaindre du temps d'attente



Image 13 : La développeuse du service d'imagerie
Crédits image : Nicolas Mabillard

pour obtenir son cliché. Ils sont ainsi souvent parmi les premiers employés à arriver à leur poste de travail. Ils doivent préparer le nécessaire pour que leur salle fonctionne à l'arrivée des premiers patients. Le premier arrivé au service se dirigera en premier lieu vers la développeuse. Comme les deux TRM ne travaillent pas toujours en même temps, parce que l'un a pris congé par exemple, il est nécessaire de contrôler que les niveaux d'eau, de liquide fixateur et révélateur de la développeuse (c.f. Image 13) soient suffisamment élevés. Cette étape ne constitue pas un test de la

¹⁰⁹ Njemba a avec lui son *Guide pratique de technique du radiodiagnostic*. R. TRIAL & A. RESCANIERES, *Guide pratique de technique du radiodiagnostic*, Vigot Frères, Paris, 1976 (3e édition), 434 p.
Il possède aussi de la littérature plus récente. TUBIANA J.-M., KALIFA G., L. Arrivé (coordonné par); AZIZI L. et al (avec le concours de), *Radiodiagnostic*, Masson, Paris, 2004, 324 p.



Image 14 : General Electrics AMX™-4
Crédits image : Nicolas Mabillard

qualité de ces trois produits et souvent ce sont les premiers patients qui font les frais de produits aux mélanges mal équilibrés donnant des clichés au contraste trop ou pas assez élevés et par conséquent illisibles. Il faut aussi allumer l'AMX™-4 (c.f. Image 14), c'est-à-dire la brancher au courant électrique. À cet instant, une première *coping strategy* entre dans la considération des

opérateurs. Les batteries servant à charger en électricité l'AMX™-4 pour qu'elle puisse produire suffisamment d'énergie pour la prise de clichés. L'appareil est configuré pour interdire à un utilisateur sa manipulation lorsque les batteries sont trop faibles ou défectueuses. Il se trouve que la vieille machine a vu ses batteries rendre l'âme. Hors, le service de maintenance a ouvert l'AMX™-4 pour réparer les batteries. Initialement, le plan était de les changer en achetant d'autres qui correspondraient au modèle de l'appareil. La solution finalement retenue a été de brancher l'appareil sur neuf batteries couplées (c.f. Image 15) pour détourner le système de contrôle de l'appareil. Les batteries neuves ne sont pas celles que devrait accueillir l'appareil normalement, ce sont des batteries de voiture. Conçue pour contrôler la quantité d'énergie électrique disponible avant la prise d'un cliché selon l'un des membres du service de maintenance, l'appareil ne fait pas la différence entre les batteries officielles et les nouvelles mises à leur place. Là où cette solution pragmatique¹¹⁰ concerne l'opérateur qui se charge de préparer la salle c'est qu'il doit penser à brancher les batteries sur le courant triphasé pour qu'elles se chargent. Il devra systématiquement débrancher le courant des batteries pour brancher l'AMX™-4 durant son utilisation puisqu'il n'y a



Image 15 : Neuf batteries couplées pour détourner l'AMX™-4
Crédits image : Nicolas Mabillard

¹¹⁰ Il est particulièrement délicat de déterminer si le personnel de maintenance a fait preuve de génie ou d'une grave erreur professionnelle dans ce cas précis.

dans cette salle qu'une seule prise adéquate. L'AMX™-4 est la machine qui est allumée tous les matins entre 08h et 08h45 selon les retards du bus des employés ou les difficultés de la voiture de Njamba. L'AMX™-4 est privilégiée par rapport à l'OMNIX™ N 30 (c.f. Image 16) pour deux raisons encore une fois liées à l'expérience des opérateurs. Premièrement, l'OMNIX™ N 30 est moins puissante et ne sert idéalement que lorsque le patient ne peut pas entrer dans la salle, lorsqu'il doit être déplacé sur son lit d'hôpital jusqu'au service d'imagerie. La largeur des lits dépasse en effet celle des deux portes intérieures donnant accès aux appareils. Deuxièmement, Le tube de l'OMNIX™ N 30 est endommagé. Le tube radiogène n'est pas bien aligné dans sa gaine. Atangana repère ce défaut au moment où il fait son fenêtrage, la lumière servant au fenêtrage n'est pas rectiligne. Cela amène les deux opérateurs à se méfier de cet appareil et à lui préférer dès que possible l'AMX™-4. Il existe une exception à cette préférence. Lorsque des clichés du coude, de l'avant bras, du poignet et des parties de la main sont pris chez un enfant en position debout trop petit pour poser son bras sur la table de radiologie de l'AMX™-4 conformément aux besoins du positionnement prévu par l'opérateur. Il s'est souvent agi de clichés de l'avant-bras en positionnement antéro-postérieur. Le lit sur roulette servant de table de radiologie à l'OMNIX™ N 30 n'est pas utilisé pour prendre des clichés, l'appareil est déplacé hors de la salle pour les clichés à prendre sur des patients alités. Cette table sert par défaut de plateforme de rangement pour les cassettes du service (c.f. Image 16) puisqu'elle se trouve à mi-chemin entre le bureau avec son négatoscope et l'AMX™-4. Après avoir allumé le négatoscope, ouvert le registre du service à la dernière page utilisée et y avoir inscrit la date du jour, la journée peut commencer. Concernant la



Image 16 : Trophy OMNIX™ N 30, appareil de radiographie conventionnel portatif
Crédits image : Nicolas Mabillard

préparation du matériel nécessaire au travail quotidien, notamment la commande de films ou des produits chimiques nécessaires pour le développement, Njamba qui s'en occupe explique qu'il faut commander bien à l'avance, trois semaines au moins, pour que le directeur ait le temps d'approuver la demande. Il faut souvent

encore se rendre chez la pharmacienne ou l'appeler sur son téléphone portable, elle s'occupe des commandes de matériel pour s'assurer que tout sera bien disponible au bon moment à l'hôpital. La raison de ces lenteurs n'est pas tant administrative que logistique comme l'explique un représentant de l'entreprise livrant aux CUM les films à destination du service d'imagerie. Les commandes sont faites à l'étranger, et le temps d'importer la commande et de l'acheminer depuis le port de Douala jusqu'à la succursale de Bafoussam puis vers Banékané peut varier entre trois semaines et un mois et demi. Le stock à disposition n'est jamais très conséquent et l'entreprise en question livre d'autres hôpitaux dans la région de l'Ouest.

C'est à l'un des deux opérateurs de préparer le liquide fixateur et révélateur qui servira pour deux à trois semaines en fonction du taux de fréquentation du service. Ils ne disposent pas de matériel de protection adéquat, des gants en caoutchouc épais ou un masque par exemple (c.f. Image 17). Lorsqu'il explique la manière de faire son mélange, Njemba sait qu'il procède d'une manière peu orthodoxe quand il mélange avec une planche de bois les produits chimiques nécessaires. À chaque étape de son mélange il rappelle la norme qu'il a apprise. Il sait aussi que le fixateur et le révélateur ne doivent pas entrer en contact sous peine de devenir inefficaces et mélange donc chacun des produits dans un sceau en plastique différent. "Je fais ça de façon empirique mais ça donne" dit-il pour montrer l'écart qu'il connaît entre la pratique supposée et la sienne. "L'eau du mélange devrait être chauffée entre trente-huit et quarante degrés mais ici on fait comme ça" explique-t-il en ajoutant qu'il n'y a pas de chauffe-eau à disposition. L'essentiel est que la développeuse soit fonctionnelle et toutes ces *coping strategies* font partie de l'expérience professionnelle que les deux opérateurs sont fiers de revendiquer. Ils maîtrisent tous les éléments de la chaîne opératoire minimale qu'ils déploient pour leur travail tant que les appareils font leur office. Si la développeuse ou l'un des deux appareils de radiographie conventionnelle font défaut, les limites de leur savoir-faire sont atteintes, il ne reste plus qu'à espérer que le service de maintenance trouvera lui aussi une astuce



Image 17 : Préparation du liquide fixateur pour la développeuse
Crédits image : Nicolas Mabillard

pour faire tout redémarrer. Quant aux produits usagés, ils sont vidés dans les toilettes du service ou dans la rigole se situant à l'entrée. Les deux opérateurs savent qu'ils ne faudrait pas procéder ainsi mais n'ayant pas d'autre moyen de se débarrasser de ces déchets préfèrent ignorer la question.

Il est important de noter qu'aucune tâche de nettoyage de la salle n'échoit aux deux opérateurs théoriquement, mais qu'ils s'occupent de questions d'hygiène lorsque la table de radiologie est entachée de sang ou d'urine suite à la prise de clichés. Ils utilisent un chiffon imbibé d'un peu de liquide antiseptique. S'ils savent que le patient à examiner risque de salir la table, ils la recouvrent préalablement d'un tissu entreposé dans leur bureau et qui n'a jamais été nettoyé durant les deux mois d'observation. Le service de nettoyage passe en imagerie chaque matin pour y passer la serpillière avec un mélange d'eau froide et d'eau de javelle. Cette méthode de nettoyage est une réplique de celle utilisée dans les ménages par bon nombre de camerounais, l'attention apportée à la poussière¹¹¹ étant moindre. Ce nettoyage a lieu vers 7h30 avant l'arrivée des deux TRM et parfois deux à trois fois dans la journée à cause de la boue que les patients laissent sur les catelles durant la saison des pluies. Les ustensiles médicaux utilisés lors d'examen spéciaux comme l'hystérogaphie sont aussi nettoyés par les deux opérateurs, ils sont placés après utilisation dans un bac en plastique rempli d'eau de javelle pour quelques heures ou pour la nuit. Le lendemain ils sèchent.

Les premiers patients peuvent être accueillis après ces préparatifs. Le nombre de patients assis devant le service à attendre leur tour varie en fonction de l'avancement de la semaine. Ce n'est pas une particularité des CUM, le même phénomène se passe au HCY de Yaoundé dans une moindre mesure. Les patients qui peuvent choisir le moment où ils viennent à l'hôpital se concentrent sur le lundi en supposant que le personnel revenu de weekend sera plus favorable et surtout disponible sur son lieu de travail. Les divers médecins des CUM ont leurs horaires affichés dans l'hôpital et dans quelques rares endroits en ville de Bangangté et ont été présents à leurs postes durant les jours prévus lors de l'observation, à partir de 10h pour les consultations.¹¹² Cela fait que le service d'imagerie démarre réellement à 12h le lundi matin et aux alentours de 08h45 du mardi au vendredi. Les mauvaises surprises vécues et largement colportées par les patients qui parfois font un long voyage vers un hôpital pour voir leur consultation reportée au lendemain pour faute d'absence du personnel médical adéquat amène beaucoup des patients interrogés à venir le lundi. Il est important de noter ce phénomène mais aussi d'insister sur le fait que les désertions de postes durant la journée de travail n'ont que très rarement lieu aux CUM. Mais les patients ne peuvent pas le savoir avant de venir et préfèrent adopter une attitude pragmatique en postulant le pire pour s'assurer d'obtenir le

¹¹¹ Le mot poussière fait d'ailleurs généralement référence dans le vocabulaire populaire au sable soulevé par les véhicules lors de leur passage sur des routes de terre en saison sèche.

¹¹² Voilà encore ce qui semble aux yeux de l'anthropologue être une adaptation pragmatique des CUM au fait que les médecins travaillant dans les hôpitaux publics ne sont pas présents avant 10h sur leurs lieux de travail conformément à un privilège tacite lié à la fonction.

minimum de ce qu'ils attendent de leur visite à l'hôpital. La journée de travail des deux TRM s'arrêtant à 16h avec une pause vers 12h pour manger¹¹³, les journées de lundi et mardi voient jusqu'à dix patients faire une radiographie et les journées de mercredi, jeudi et vendredi en voient rarement plus de quatre. En dehors des horaires, chaque opérateur est inscrit pour des astreintes à domicile hebdomadaires. En cas d'urgence il peut être appelé à n'importe quelle heure de la nuit et une voiture des CUM viendra le chercher pour l'emmener à son poste de travail. Le même système s'applique aux weekends. Le nombre peu élevé de patients à traiter par jour pour les deux opérateurs fait qu'ils déplorent le manque de travail, "à Yaoundé les journées passaient vite, tu commençais à travailler à huit heures et tu avais à peine levé la tête qu'il était déjà dix-sept heures" s'exclame volontiers Atangana. L'absence du scanner n'y est pas pour rien, les tarifs difficilement abordables pour la population et la concurrence avec l'hôpital général de Bafoussam, à une heure de route tout comme le recours à d'autres options thérapeutiques y sont probablement pour bien plus.

La prise en charge des patients se passe calmement dans la majorité des cas. Ceux qui viennent aux CUM en l'ayant choisi sont peu nombreux mais capables de payer les sommes nécessaires allant parfois jusqu'à 300'000 FCFA. La notion d'accueil est réduite à son plus simple appareil. Les deux opérateurs veulent aller vite. La répartition des patients ne suit pas de règle clairement exprimée mais répond à un équilibre peu évident entre les deux TRM. Certains jours, l'un des deux s'occupe de tous les patients et l'autre reste assis à son bureau à lire, bavarder avec les collègues de passage ou à dormir. Certains autres jours, le travail est partagé. Ce partage semble se faire en fonction du nombre de patients pris en charge durant la matinée. S'il y en a beaucoup, l'un des deux opérateurs devra se proposer pour les patients de l'après-midi. Durant les deux mois d'observation, il y a eu quelques petites tensions à ce propos mais rien qui n'empêche le travail d'avancer. La notion importante et sous-jacente dans cet exemple de la répartition du travail est le fait qu'il faille se proposer pour la relève. Interrogés à ce sujet, Atangana explique que s'il faut demander à son collègue de venir le relever, c'est qu'il n'est pas un bon collègue, qu'il n'est pas assez attentif.

Trois types d'accueils du patient peuvent servir de modèles, l'accueil normal observé dans la grande majorité des cas, l'accueil de patients gravement blessés en urgence et l'accueil de jeunes enfants accompagnés d'un parent. Il n'est arrivé que très rarement qu'un des deux TRM n'aide le patient à monter sur la table de radiologie, cela est peut-être dû au fait qu'il s'agit d'une des prérogatives des

¹¹³ La cuisinière qui sert les repas de 12h n'est pas une employée de l'hôpital, elle est une petite commerçante qui se libère les lundi, mardi et mercredi et fait le déplacement en moto depuis son magasin en ville. Jeudi et vendredi, les employés doivent donc se préparer à manger eux-mêmes le matin avant de venir au travail.

infirmiers mais même en leur absence ce sont les membres de l'entourage du patient qui s'occupent de le déplacer. Les deux opérateurs n'ont pas agi d'une manière foncièrement différente lorsqu'il s'agissait d'accueillir une femme ou un homme, ni du point de vue de la manière de s'adresser au patient ni du point de vue du traitement du corps. La notion de nudité est liée dans les régions chrétiennes du Cameroun à l'intimité du corps de la femme comme de l'homme. Certaines femmes se sont caché les seins devant l'opérateur, certains hommes ont mis les mains devant leurs pénis dans la même situation mais le fait d'être nu, d'avoir à se déshabiller partiellement ou entièrement pour un examen n'a jamais été une difficulté. Certaines femmes interrogées sur le sujet disent ne pas aimer le regard de jeunes praticiens qu'elles sentent emprunts d'une envie de se rincer l'œil mais elles gardent cette pensée pour elles pour ne pas s'attirer les mauvaises intentions du personnel. Sans vouloir trop élaborer sur un sujet qui n'est pas directement celui de cette analyse, il faut mentionner que la représentation de la nudité dans les régions chrétiennes du Cameroun peut être séparée en deux extrêmes parcourues de nombreuses facettes les mélangeant et les faisant se rejoindre en divers faisceaux d'expression. La nudité est dépeinte par les mouvements sous l'influence de la doctrine chrétienne comme une honte, une chose à cacher. Les débats actuels menés par la ministre de la Promotion de la Femme et de la Famille en témoignent.¹¹⁴ Sous le débat de l'indécence de la tenue vestimentaire des jeunes filles se trouve aussi celui du lien entre la femme et sa nudité exprimée à travers une morale chrétienne. Dans le même temps, les divers tradipraticiens, *ngengan* ou *mbembela* qui officient tant en ville qu'au village requièrent souvent durant leurs rituels thérapeutiques des patients qu'ils se déshabillent, lors d'ablutions rituelles chez le *ngengan* par exemple.¹¹⁵ Ils s'appuient sur des représentations différentes qui ne placent pas la nudité dans le domaine des relations sexuelles exclusivement comme l'a déjà montré Warnier chez les Bamilékés.¹¹⁶ La tension entre regard sur le corps nu sous influence chrétienne et sous influence thérapeutique donne ainsi lieu à diverses attitudes allant d'une gêne discrète à une profonde indifférence de la part des patients. Le regard des deux opérateurs sur la nudité des patients quant à lui, peut-être parce qu'il s'agit d'hommes âgés, parce qu'ils font partie d'un parcours thérapeutique et parce qu'ils cherchent l'efficacité, n'a pas été source de grandes difficultés. Ceci étant, quelques entretiens menés auprès de patients musulmans venus du nord du Cameroun, de l'Adamaoua

¹¹⁴ Lors d'un débat télévisé, une journaliste a lancé comme boutade à la ministre de la Promotion de la Femme et de la Famille une remarque sur le fait que s'il fallait censurer la nudité au Cameroun, les pygmées devraient renier leur tradition. Pour des notions générales, voir <http://www.camfaith.org/actu-245>, consulté le 16 juillet 2014

¹¹⁵ Lors de rituels d'ablutions le patient devra se laver de la tête au pied sous le regard attentif du *ngengan* suivant une méthode très codifiée. Voir à ce sujet MONTEILLET Nicolas, *Médecine et sociétés secrètes au Cameroun*, L'Harmattan, Paris, 2006, page 140

¹¹⁶ WARNIER Jean-Pierre, *L'esprit d'entreprise au Cameroun*, Karthala, Paris, 1993, page 129

notamment, ayant eu recours à la radiographie ont exprimé leurs difficultés à l'idée d'être à l'hôpital. Pour les femmes, la sacralisation du corps et le lien qu'entretient l'oncle maternel avec cette notion amène les familles à n'amener les jeunes filles non mariées à l'hôpital qu'en cas d'extrême urgence, en cas de danger immédiat de mort. Le recours à un tradipraticien sera privilégié dès que possible selon les propos d'une patiente musulmane interrogée hors d'une structure de soin. Chez les hommes, le passage symbolique du status d'enfant à l'âge d'homme se rattache à la circoncision, rituel qui peut avoir lieu à un âge avancé. Cela amène un patient musulman à expliquer qu'il a été gêné devant les TRM qui l'ont vu à 20 ans non circoncis et se sont doucement moqués de son manque de virilité. Il a ajouté qu'il a préféré se rendre dans un hôpital éloigné de son lieu d'habitation pour que son intimité soit protégée. Ces deux entretiens isolés ne rendent certainement pas compte d'une réalité plus complexe où la nudité durant un acte thérapeutique est probablement plus tolérée que sur le strict plan religieux mais laisse entrevoir d'autres situations au Cameroun que celles observées durant le terrain. Aux CUM, les femmes se mettaient à torse nu sans émettre de plainte, ce qui ne doit pas faire penser qu'elles ne s'accommoderaient pas d'une tenue pour se couvrir durant l'examen pour autant. L'option n'étant pas disponible, elles n'y songent évidemment pas.



Image 18 : Un opérateur remplit le registre à la sortie du patient
Crédits image : Nicolas Mabillard

L'accueil normal, pour y venir, vise à faire passer le plus rapidement possible le patient par l'examen radiographique et se caractérise par une économie de gestes et de paroles. L'opérateur se saisit du bulletin de demande d'examen, vérifie qu'il ait bien été signé par un médecin prescripteur et donc payé, inscrit les données du bulletin dans le registre du service, y ajoute l'âge du patient après l'avoir demandé s'il n'a pas été écrit par le médecin auparavant.¹¹⁷ Tout cela se

passé de manière silencieuse, parfois il arrive que l'opérateur n'échange aucun mot avec le patient, même lors de l'examen si celui-ci ne requiert pas d'explication quant à la position à adopter. Lors d'une radiographie postéro-antérieure de l'avant-bras, Atangana s'empare du bras du patient et sans

¹¹⁷ Concernant l'âge des patients, c'est souvent une étape difficile car tous les patients ne disposent pas de leur carte d'identité ou n'en ont tout simplement pas (pour les plus vieux). L'opérateur demande alors la date de naissance du patient, date qu'il connaît généralement ou invente sur le champs et calcule l'âge pour le noter dans le registre. Il est arrivé quelques fois que le patient donne une vague idée de l'année où il pensait être né, il laissait là comprendre à l'opérateur qu'il ne savait pas précisément sa date de naissance.

un mot le dépose sur la table de radiologie puis s'assure qu'il ne bouge pas en maintenant la pression quelques secondes. En règle générale, les instructions données sont laconiques avec des expressions comme "déshabilles-toi, mets-toi là et ne bouges pas." Pour des radiographies du thorax en position debout, très courantes, l'opérateur montre une fois ou explique sommairement comment se positionner et le moment où il faudra retenir sa respiration. Dans ce cas de figure les appareils auront joué leur rôle, ils auront concrétisé le savoir-faire des opérateurs et du même coup l'espoir qui est placé en eux à travers leurs appareils par le patient. Même s'il aura peut-être fallu refaire un cliché difficilement lisible ou ne montrant pas assez bien ce que le médecin cherche à isoler, le parcours thérapeutique du patient n'a pas été interrompu, c'est l'essentiel. Le patient sorti, ou avant de lui rendre les clichés, l'opérateur inscrit dans le registre du service le nombre de films utilisés pour parvenir à terminer l'examen et tenir le compte mensuel du ratio entre films utilisés et examens effectués (c.f. Image 18). Il finit par remettre les clichés au patient dans une enveloppe en papier cartonné sur laquelle il a inscrit à la main son nom. Par défaut il lui dit de retourner voir le médecin sans pouvoir connaître s'il y a d'autres examens à passer. Le ton est monotone, parfois énervé si l'examen ne se passe pas autant vite qu'espéré mais personne ne trouve à s'en plaindre.

L'accueil de patients gravement blessés en urgence constitue l'un des moments de tension les plus intenses dans toutes les situations de travail de l'opérateur. Ce type d'accueil met en jeu la souffrance du patient, sa détresse, et a valeur de test du status et des capacités du TRM. Les patients arrivant en urgence aux CUM connaissent rarement la structure. Ils sont accidentés de la route ou ouvriers agricoles gravement blessés au travail dans la région proche de Bangangté. L'hôpital se situe à quelques centaines de mètres à peine sur une route parfaitement praticable de la nationale N4 et permet d'amener facilement un accidenté de la route s'y faire soigner. L'hôpital reste peu connu néanmoins, l'hôpital général de Bafoussam jouissant dans le département du Ndé d'une bien plus grande notoriété. Cela a pour effet que ces patients et leur entourage ne connaissent pas forcément la bonne réputation des CUM et se mettent donc sur la défensive par anticipation d'un mauvais traitement comme ils le feraient dans n'importe quel autre petit établissement de soin. L'expérience personnelle ou d'un proche de structures hospitalières où des stagiaires font le travail des techniciens explique en majeure partie cette méfiance qui peut très rapidement se muer en agressivité.¹¹⁸

¹¹⁸ Cette pratique est bien connue depuis le travail d'Olivier de Sardan en Afrique de l'Ouest et est une pratique courante à l'HCY de Yaoundé. Voir SOULEY A., *Un environnement inhospitalier*, In : JAFFRÉ Y. & OLIVIER DE SARDAN J.-P. (sous la direction de), *Une médecine inhospitalière, Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, APAD - Karthala, Paris, 2003, page 135

Dans le cas le plus favorable envers l'opérateur, ce type de patient est porté sur un brancard de l'hôpital¹¹⁹ par deux infirmiers ou par deux accompagnants et peut être transporté jusque dans la salle d'examen pour utiliser l'AMX™-4. Cet appareil étant le plus utilisé, le risque de manquer un cliché et de devoir faire tenir une pose difficile au patient est réduit, cela permet d'être rapide et de renvoyer le patient hors du service avec ses clichés sans avoir à soutenir de grande pression psychologique. Comme pour l'accueil d'un patient normal, peu de mots sont échangés entre l'opérateur et les personnes accompagnant le patient, tout juste des instructions sommaires pour le maintenir en position.

Dans le cas où le patient est amené au service sur un lit à roulettes de l'hôpital, parce qu'aucun brancard n'est disponible ou parce que le patient vient tout juste d'être interné aux CUM et ne peut pas être déplacé de son lit, l'opérateur aura recours à l'OMNIX™ N 30. Il sortira l'appareil dans le couloir jouxtant la salle d'examen et où le lit peut encore être poussé (c.f. Image 19). Ses chances de rater un ou plusieurs clichés sont ici importantes puisqu'il devra poser sa cassette entre la partie du corps à

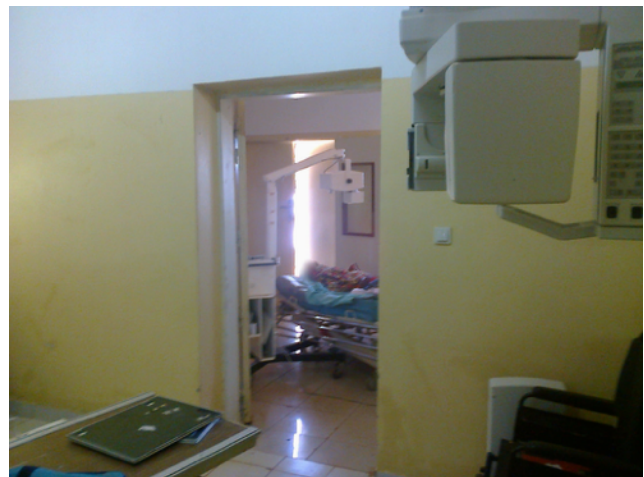


Image 19 : Un patient incapable de se mouvoir transporté sur son lit au service d'imagerie
Crédits image : Nicolas Mabillard

radiographier du patient et le matelas. Le matelas n'étant pas une surface parfaitement plane, il devient très difficile pour l'opérateur de positionner le tube de l'OMNIX™ N 30 perpendiculairement à la cassette. L'opérateur doit alors multiplier les clichés dont le temps de développement est d'environ deux minutes par essais successifs. Le temps est une notion primordiale dans ce cas de figure puisque chaque mouvement d'un patient polyfracturé est une douleur intense, un cri. Plus le temps passe, plus les essais se multiplient et plus l'entourage du patient voit ou imagine que l'opérateur n'est pas capable de réaliser correctement son travail. L'OMNIX™ N 30 est aussi une machine qui n'a pas une puissance suffisante pour les radiographies de patients ayant un poids élevé.¹²⁰ L'entourage du patient ne connaît logiquement pas ces difficultés et accuse rapidement l'opérateur de fautes qui dépendent en réalité du matériel. Certains gardes-malades se résignent et laissent un silence profond ponctuer les cris du patient, d'autres menacent, clairement ou à demi-mots l'opérateur. Lorsque cela s'est passé, l'opérateur a fait sortir

¹¹⁹ Ces brancards passent les portes de la salle d'examen sans difficulté.

¹²⁰ Cela pose des difficultés durant les examens de la région abdominales, de la région thoracique et parfois des cuisses.

les accompagnants de la pièce et s'est à son tour énervé, cette fois-ci contre le patient qui ne soutenait pas la pose assez longtemps.



Image 20 : Le TRM menace un enfant d'une piqûre puis frappe sur le montant en fer pour le faire taire devant son père.
Crédits image : Nicolas Mabillard

Lorsqu'un jeune patient vient faire une radiographie accompagné d'un parent, l'opérateur aura une toute autre attitude. Si l'enfant ne se plaint pas, n'exprime pas de peur face à l'examen à venir, même s'il ne reçoit généralement aucune explication sur ce qui va lui arriver de la part de l'opérateur, le silence et l'efficacité décrite lors d'un examen normal sera de mise. Si l'enfant n'obéit pas aux instructions soit du parent, soit de l'opérateur, le ton monte très rapidement. L'opérateur se mettra à crier, à menacer l'enfant récalcitrant d'une piqûre (c.f. Image 20). Cette situation s'est répétée plusieurs fois et de manière similaire chez l'un et l'autre opérateur. L'attitude de l'opérateur est acceptée par le parent accompagnant l'enfant car elle entre dans le système de

représentation de l'enfance au Cameroun, de la relation entre adulte et jeune enfant plus particulièrement. En interrogeant plusieurs personnes dont la mère d'une fillette de neuf ans sur la raison pour laquelle la menace était acceptée dans une telle situation, il apparaît qu'il est très important pour un parent considéré comme bon de s'imposer à l'enfant par une autorité forte tant verbalement que physiquement. Une phrase a souvent été répétée qui résume bien cette situation : "l'enfant ne doit pas penser qu'il est l'égal du parent ou de l'adulte." Cette différence se marque par une sévérité exacerbée d'un adulte envers un enfant, le fait de ne pas consentir à passer l'examen radiographique équivaut à une jérémiade considérée comme provocante, potentiellement comme une remise en cause du pouvoir de l'adulte sur l'enfant. Les cris de l'opérateur ne sont évidemment pas ceux d'un père vers son fils dans le cas de figure présent. L'opérateur joue de son autorité d'adulte et fait le pari qu'il parviendra plus rapidement à ses fins par cette méthode. L'enfant étant habitué à ce qu'un adulte crie lorsqu'il n'obéit pas, le menace de sévices corporelles et parfois les mette à exécution¹²¹, il sanglote, montre qu'il a peur mais obtempère finalement. Le père se

¹²¹ Trois mois passés à vivre dans une famille d'accueil à Yaoundé laisse entrevoir la place des sévices corporelles dans l'éducation d'un jeune enfant. La chicote y joue un rôle de menace mise à exécution épisodiquement, deux fois en trois mois dans le cas de ce terrain. La violence est coercitive et réaffirme la place dominante de l'adulte par rapport à l'enfant. Son utilisation vient clore une provocation de la part de l'enfant qui est jugée trop importante.

trouvant à ses côtés souffre peut-être de ce que son enfant ait peur mais ne remet pas en question l'autorité de l'opérateur sachant qu'il la considère comme légitime.

14. l'efficacité radiographique

Du point de vue des opérateurs, le parcours du patient au service d'imagerie passe par cinq étapes durant lesquelles ont lieu plusieurs traductions en fonction de l'équipement servant de médiateur au passage du patient du status de *patient à accueillir* à celui de *patient-élément du ratio mensuel entre films utilisés et films nécessaires*. Au moment où un patient se présente au service ou lorsqu'il a attendu son tour, l'opérateur qui le prend en charge cherche directement à obtenir son bulletin de demande d'examen. Il est le *patient à accueillir* réduit à trois paramètres. Tout d'abord, l'opérateur vérifie la conformité du bulletin en fonction de ce que la direction demande qu'il inscrive dans le registre du service (nom, prénom, numéro de téléphone portable, demande du médecin prescripteur et signature du même médecin). Si l'une de ces données manque ou n'est pas complète, il demande au patient de les donner et les note dans le registre. Si le bulletin n'est pas signé par un médecin, il renvoie le patient à l'accueil ou chez le médecin qui l'envoie pour que la démarche administrative soit scrupuleusement suivie. Deuxièmement, l'opérateur juge de la corpulence du patient à examiner dès le moment où il lui prend le bulletin et jusqu'à avoir terminé de remplir le registre. Atangana explique qu'il estime déjà à ce moment le dosage entre kilovoltage (KV) et milliampères par secondes (mAs) pour les clichés qu'il prendra.¹²² C'est finalement au même moment que l'opérateur estime l'augmentation des valeurs de KV et mAs qu'il aura à faire en fonction de la qualité des bains de la développeuse. S'ils sont déjà vieux d'un ou deux jours, ils auront tendance à assombrir le cliché et il faudra donc augmenter les KV et mAs pour compenser ce défaut. L'opérateur fait donc passer le patient par trois status, l'un administratif, l'autre physique et le dernier radiographique pour amener à traduire le *patient à accueillir* en *patient à positionner*.

Le positionnement du patient répond initialement à trois critères issus des règles apprises lors de la formation de tout TRM et de la demande du médecin prescripteur.¹²³ Les règles dictent le positionnement adéquat en fonction du problème à "montrer" sur le cliché (fracture, lésions

¹²² Pour une explication concise et très bien rédigée de l'influence technique objective des KV et mAs dans la prise d'un cliché radiographique, voir STEWART WHITLEY A., SLOANE Charles, GOADLEY Graham, D. MOORE Adrian et W. ALSOP Chrissie [et al.], *Clark's positioning in radiography* (12th edition), Hodder Arnold, Londres, 2005, pp. 2-35

¹²³ Pour une liste exhaustive des positions du patient appropriées en fonction de la partie du corps à radiographier, voir encore STEWART WHITLEY A., SLOANE Charles, GOADLEY Graham, D. MOORE Adrian et W. ALSOP Chrissie [et al.], *Clark's positioning in radiography* (12th edition), Hodder Arnold, Londres, 2005, pp. 37-331

pulmonaires etc...) mais aussi en fonction des difficultés potentielles du patient à se mouvoir. Les deux opérateurs les connaissent et l'habitude fait qu'ils n'ont pas recours à leurs manuels pour se rafraîchir la mémoire. Le peu de variété des positionnements nécessaires aux CUM y est probablement aussi pour beaucoup.¹²⁴ Le dernier critère correspond au mélange entre ce que le médecin prescripteur a noté sur le bulletin d'examen, "radiographie du rachis lombaire face/profil" par exemple, et ce que l'expérience de l'opérateur détecte comme point saillant à "faire apparaître" sur le cliché en fonction de ce qu'il pense que le médecin veut "voir". Comme l'a déjà montré Boullier, Le médecin prescripteur a déjà influencé le travail du TRM non seulement par sa demande mais aussi par ses habitudes.¹²⁵ Les deux opérateurs prennent en compte les demandes faites par le passé par le médecin prescripteur dès qu'ils regardent le bulletin et connaissent par expérience assez bien ce qu'ils veulent discerner sur le cliché à produire. Durant les deux mois d'observation, trois médecins sont venus au service d'imagerie pour demander des précisions sur les clichés qu'ils avaient reçu. Atangana explique qu'il pense au positionnement en fonction de ces trois critères au moment d'inscrire pour la première fois le patient dans le registre, juste avant de le positionner. C'est aussi le moment choisi par les opérateurs pour demander au patient de se déshabiller. Le service ne dispose pas de cabine séparée pour se changer, cette étape se passe alors dans la salle d'examen en même temps que l'opérateur remplit le registre. Finalement, après avoir préparé mentalement le positionnement approprié, l'opérateur donne les consignes au patient pour qu'il se mette en place. Si le patient a des difficultés à se mouvoir il est dans la majorité des cas accompagné d'une personne ou d'un garde-malade qui le placera sur la table



Image 21 : La mère d'un patient en chaise roulante le déchausse après qu'il ait dû monter lui-même sur la table de radiologie, l'opérateur maintient discrètement la table en place pour que le patient ne bascule pas.
Crédits image : Nicolas Mabillard

¹²⁴ Le registre s'est d'ailleurs adapté à cette réalité, les seules entrées disponibles pour enregistrer les examens radiographiques sont les suivantes : sinus, crâne, rachis, poumons, abdomen sans préparation (ASP) et bassin pour les examens courants et urographie intravéneuse (UIV), hystérogaphie (HSG) et fistulographie pour les examens spéciaux. Cette nomenclature est un mélange entre l'examen effectué et la partie du corps. Il existe plusieurs examens du crâne possibles, mais le terme générique est pris ici pour désigner l'ensemble des examens de cette partie du corps. L'ASP par contre est un type précis d'examen radiographique qui est très fréquent et prend une entrée du registre mensuel mais ne correspond pas à tous les examens qui peuvent être effectués au niveau de l'abdomen.

¹²⁵ BOULLIER Dominique, *Du patient à l'image radiologique : une sociologie des transformations*, In : Techniques & Culture, n° 25-26 (janvier-décembre 1995), pp. 20-21

d'examen. L'opérateur n'en fait pas souvent la demande, c'est implicitement accepté. Si l'accompagnateur n'aide pas "son" patient et que celui-ci exprime des difficultés à se positionner, l'opérateur lui en fera la demande d'un air offusqué, comme si cela était parfaitement acceptable. L'accompagnateur devient donc aide-soignant ou brancardier pour un temps et doit la plupart du temps se débrouiller pour positionner le patient, les consignes de l'opérateur sont laconiques et il hausse le ton rapidement pour accélérer le mouvement. Le peu d'aide apporté par l'opérateur au patient, même lorsqu'il est seul, s'explique peut-être par le fait qu'ils considèrent cette tâche légèrement dégradante, dévolue à un aide-soignant ou un brancardier, mais surtout au fait que la table de radiologie de l'AMXTM-4 n'est pas stable (c.f. Image 21). Cette table a été construite par le service de maintenance pour remplacer l'originale hors d'usage. Elle est le fruit du travail d'un forgeron et d'un menuisier tout comme l'escabeau qui sert à aider les patients à monter sur la table (c.f. Image 14). Elle est une des multiples *coping strategies* trouvée avec les moyens à disposition dans la région de Bangangté pour que l'AMXTM-4 soit fonctionnelle. Atangana est d'ailleurs fier de mentionner que c'est lui qui a trouvé le plateau de bois dans un des containers venant de Douala à destination des CUM. L'opérateur qui utilise l'AMXTM-4 doit donc maintenir la table pendant le positionnement du patient. Dans un même ordre d'idée, la radiographie d'un enfant en position debout ne sera réalisée que s'il se tient debout sur une chaise car le tube de l'AMXTM-4 ne peut pas descendre plus bas que la hauteur de sa table d'examen (c.f. Image 19). Il en va de même pour des examens nécessitant des supports pour une partie du corps du patient. Lorsque par exemple le cou d'un patient doit être maintenu perpendiculaire au tube, l'opérateur devrait utiliser des supports en plomb spécialement créés pour les besoins de radioprotection, il le sait comme les entretiens le



Image 22 : Le cou d'un patient est positionné sur deux montants de polystyrène expansé.
Crédits image : Nicolas Mabillard

Dans une vision centrée sur l'opérateur, plusieurs facteurs objectifs (dépendant de l'appareil) et subjectifs (dépendant des opérateurs ou du patient) jouent sur l'appréciation de la qualité d'un cliché (c.f. Tableau 2¹²⁶) et sur la manière d'en produire un. Parmi ceux-ci, les deux TRM des CUM agissent sur quelques-uns seulement. Le patient étant positionné, le premier paramétrage important est le choix d'une cassette de taille appropriée pour l'examen à venir. La taille doit être la plus petite possible pour que l'ouverture du foyer au moment de la prise du cliché soit elle aussi réduite au maximum pour protéger le patient.

Plus le nombre de rayons ionisants émis est réduit, moins la santé du patient est mise en danger. Le choix de la cassette s'opère parmi une sélection de six modèles disponibles et fonctionnant tous correctement. Cinq sont d'une taille suffisante pour radiographier des poumons (avec quelques rares exceptions pour des personnes fortes) et une plus petite sert pour les membres comme la main ou pour les petits enfants. Le patient positionné, la cassette choisie¹²⁷, l'opérateur doit encore positionner le foyer en fonction du patient. Cette étape répond autant à des exigences radiographiques qu'aux défauts de l'AMXTM-4. Le foyer est positionné à une distance fixe du patient pour tous les examens en position debout et peut être rapproché seulement si l'examen est fait en position assise ou couchée. Cela interdit pour tous les examens en position debout tout jeu sur la distance entre le patient et le foyer et donc entre le foyer et la cassette. Pour cette raison, les doses de rayons ionisants envoyées au patient sont plus élevées qu'elles ne pourraient l'être si le foyer était rapproché. Mais le foyer ne peut pas être déplacé sur un axe parallèle au sol allant de gauche à droite, il ne peut que faire le mouvement haut-bas et inversement. Cette étape passée, l'opérateur doit encore paramétrer les valeurs de KV et de mAs avant de pouvoir prendre un cliché. Il a déjà estimé les valeurs adéquates en fonction de l'examen et de la physiologie du patient plus tôt mais peut avoir recours à un dernier moyen de s'assurer un bon paramétrage. Sur la console de contrôle se trouve une feuille indiquant des valeurs de KV et mAs qui ont fait leurs preuves mise au point en une année d'expérimentation avec l'AMXTM-4 par Njemba (c.f. Image 23). Il l'utilise presque systématiquement avant de sélectionner ses valeurs de KV et mAs, Atangana ne l'utilise

¹²⁶ Pour une liste exhaustive de ces paramètres, voir le tableau dans TEWART WHITLEY A., SLOANE Charles, GOADLEY Graham, D. MOORE Adrian et W. ALSOP Chrissie [et al.], *Clark's positioning in radiography* (12th edition), Hodder Arnold, Londres, 2005, page 32

¹²⁷ Durant les radiographies en position debout, le positionnement du patient vient après le placement de la cassette puisque l'opérateur doit demander au patient de disposer ses bras autour du montant servant de réceptacle à la cassette dans de nombreux cas.

s'agissait d'une consigne de sécurité implicite au service d'imagerie qui devrait être connue de tous. Sur le sujet de la radioprotection, Atangana et Njemba expliquent, chacun lors d'entretiens individuels, qu'ils ont été exposés durant toute leur carrière à des rayons ionisants et que leurs formateurs voulaient leur faire peur en leur disant qu'ils risquaient de ne pas avoir d'enfants s'ils ne portaient pas de chemise plombée ou qu'ils ne se plaçaient pas derrière le paravent plombé. Les deux opérateurs à la retraite ne prennent plus au sérieux ces mises en garde depuis longtemps. Ils disent avoir vécu longtemps et avoir eu des enfants alors qu'ils étaient exposés quotidiennement et cela fait qu'ils acceptent tacitement, avec résignation, le manque de matériel de protection. Atangana mentionne souvent des céphalées lorsqu'il travaille beaucoup durant une journée et parfois celles-ci durent plusieurs jours. Il n'a pas été possible de lier l'exposition aux rayons ionisants et les céphalées sur un plan médical durant le travail d'exposition néanmoins. La question ne peut pas se poser de la même manière pour les accompagnateurs et les garde-malades évidemment. Ils ne connaissent pas les risques encourus et ne pas les prévenir participe indirectement à dégrader encore l'image définitivement souillée des institutions médicales au Cameroun.

L'opérateur gère de deux manières distinctes le stade suivant, celui du *développement du cliché*. S'il n'est pas certain que les radiographies faites vont donner de bons clichés, que ce soit à cause d'un positionnement du patient original ou complexe, à cause du manque de certitude quant aux liquides fixateur et révélateur ou à cause d'un paramétrage des KV et des mAs peu assuré, il demande au patient de rester dans la position décidée pour le(s) cliché(s) pris durant son absence de la salle d'examen.¹²⁹ Il s'agit pour l'opérateur de ne pas perdre de temps à repositionner le patient si un cliché devait être refait. Le développement n'est pas non plus un processus sans *coping strategies* puisque la vieille développeuse, achetée au Cameroun par les CUM sur le marché de l'import, souffre de son âge. La longévité de la machine témoigne probablement du fait que très peu de composantes électroniques sont à l'œuvre. Mis à part le courant électrique, tout le processus de développement se passe de manière mécanique. La développeuse semi-numérique reçue avec le scanner, en panne depuis plusieurs mois, en témoigne. Lors du développement, l'opérateur ne peut pas quitter la chambre noire, il doit rester à côté de la développeuse pour pousser les clichés retirés de leurs cassettes respectives dans le tiroir accueillant les clichés à développer. Normalement, la

¹²⁹ Dans de nombreux cas, le silence qui règne dans la pièce perdure une fois l'opérateur sorti de la salle d'examen pour aller dans la chambre noire et aucun mot n'est échangé. Dans le doute, le patient ne bouge pas trop. Il est arrivé que l'opérateur qui n'avait pas demandé au patient de rester en position en sortant de la salle d'examen s'énerve de le retrouver déjà rhabillé et assis plutôt qu'en position.

développeuse dispose de petits rouleaux dentelés qui poussent le cliché à la vitesse nécessaire pour qu'il passe durant un temps calculé dans les trois bains prévus pour le développement. Ces rouleaux étant émoussés, ils tournent par moments dans le vide. Ils le signalent selon les explications d'Atangana par un petit sifflement strident qui signifie que l'un des rouleaux tourne dans le vide. L'opérateur doit alors pousser le cliché manuellement pour qu'il continue sa route en s'accrochant à une partie moins lisse des rouleaux dentelés. Le développement peut prendre jusqu'à dix minutes si le nombre de clichés est élevé. Mais l'opérateur devra retourner à la chambre noire s'il doit refaire un ou plusieurs clichés ratés. Il procède par essais successifs sur la base du cliché à refaire si la première prise n'est pas concluante. Si le cliché est trop sombre, il augmentera les valeurs de KV et de mAs pour voir si le résultat est meilleur. Si le cliché est trop foncé, il fera l'inverse. Il arrive aussi que les clichés soient ratés à cause du patient, parce qu'il bouge ou parce qu'il n'a pas retenu sa respiration au moment opportun. Ces erreurs dépendent souvent des explications trop succinctes des opérateurs. Ils lancent parfois la prise d'un cliché quasiment au même moment où ils avertissent pour la première fois le patient qu'il aura à retenir sa respiration. Cela reste une situation exceptionnelle puisque la plupart du temps ils prennent un moment pour exercer succinctement une fois la prise du cliché avant le lancement de l'examen. Le déroulement du développement change lors d'examens spéciaux qu'il faut aussi prendre en compte.

Les examens spéciaux, UIV ou HSG¹³⁰ pratiqués à quatre reprises durant les deux mois de l'observation, changent le protocole de prise de clichés par la nécessité de respecter un temps précis entre chaque cliché constitutif de l'examen complet. L'AMXTM-4 ne permet techniquement pas d'effectuer une HSG, le recours à la fluoroscopie étant recommandé. L'expérience professionnelle des deux opérateurs rend néanmoins la chose réalisable. Chacun de ces deux examens s'articule autour de l'utilisation de liquide de contraste iodé mettant en évidence les éléments à "montrer" au médecin prescripteur. Il en résulte la nécessité de prendre plusieurs clichés successifs à intervalle régulier et prédéterminé. Lors d'une HSG par exemple, l'opérateur devra produire quatre clichés au minimum, un sans liquide de contraste, un autre avec le liquide tout juste injecté, un autre avec le liquide remplissant complètement l'utérus et les trompes et un dernier montrant le passage du liquide de contraste. En l'absence d'appareil de fluoroscopie aux CUM, les deux opérateurs ont calculé le temps approximatif que prend le liquide de contraste pour remplir les cavités à radiographier. Ils prennent un premier cliché sans produit, puis réalisent l'examen à deux. Le

¹³⁰ Pour une explication claire, concise et bien écrite des recours à ces deux examens, voir <http://info-radiologie.ch/urographie.php>, consulté le 28 juillet 2014.
<http://www.info-radiologie.ch/hysterosalpingographie.php>, consulté le 28 juillet 2014

liquide de contraste est injecté par l'un des deux opérateurs en utilisant un spéculum, il n'a pas de moyen de s'assurer du bon positionnement de cet outil, il ne se sert ici que des connaissances en anatomie apprises lors de sa formation et de l'expérience des nombreux examens similaires réalisés durant sa carrière. Le liquide est injecté à ce moment. L'analyse doit prendre un détour à ce niveau. La patiente pourra exprimer des craintes quant à de potentielles douleurs liées au produit de contraste. Une HSG ne provoque théoriquement aucune douleur mais d'évidents aspects psychologiques entrent en jeu lors d'un examen ayant attrait si directement à l'intimité féminine. Une patiente a émis des craintes que l'un des opérateurs a tout d'abord balayé d'un petit commentaire pour banaliser la chose. Cette méthode n'a pas fonctionné, la patiente a continué à gémir puis à crier durant le déroulement de l'examen. Le ton de l'opérateur est alors monté en conséquence et s'est fait accusateur. "C'est seulement dans ta tête que tu as mal, il faut arrêter de crier là !" Le rejet de la faute sur le patient n'est pas exceptionnel, si un examen considéré comme réalisable par les opérateurs ne se passe pas selon leurs attentes, ils tendent à rejeter la faute sur le patient. Cela reste accepté par les patients parce qu'ils n'ont pas d'autre choix que d'obéir aux deux TRM une fois à l'hôpital, parce qu'ils se trouvent dans le lieu de travail de spécialistes qui peuvent s'appuyer sur leurs savoirs techniques pour mettre en scène une position dominante en jouant sur le status d'expert mais aussi parce que les patients ne s'attendent pas à un séjour agréable à l'hôpital, ils souffrent pour parvenir à leur guérison. Pour en revenir au déroulement de l'examen, les clichés réalisés après le placement du spéculum doivent répondre à deux données temporelles. Le cliché doit être pris au bon moment par rapport à la circulation du liquide de contraste et en prenant en compte le temps de développement d'un cliché avant la prise du suivant. Les opérateurs ne peuvent savoir s'ils ont réussi un cliché qu'une fois celui-ci développé et affiché sur le négatoscope ou tenu sous la lumière d'un néon. C'est donc au deuxième opérateur, qui appuie sur le bouton de la télécommande filaire pendant que son collègue maintient le spéculum, de faire l'aller-retour entre la salle d'examen et la chambre noire au plus vite. Il doit développer le dernier cliché pour s'assurer qu'il soit possible de passer au suivant. Le nombre d'essais est limité par la progression du liquide de contraste dans le corps de la patiente et la tension pour la réussite de l'examen augmente en fonction des essais manqués. Mais il n'en reste pas moins que deux TRM sans appareil de fluoroscopie réalisent leur examen. Cette donnée, l'efficacité en fonction des difficultés réelles, reste l'étalon qui leur permet d'être fiers de leur savoir-faire. C'est ici aussi l'un des rares moments de collaboration entre les deux opérateurs. Ils ne s'adressent pas la parole sauf pour savoir si un cliché est bon ou mauvais. C'est donc dans un système de cognition distribuée, par des regards que seule une expérience commune peut apporter qu'ils mènent à bien cet examen spécial.

En conclusion, la possibilité qu'un cliché soit mauvais dépend donc de facteurs très difficiles à contrôler. Liquide fixateur et révélateur ancien d'un ou deux jours, énergie électrique emmagasinée dans les batteries qui influe sur la puissance des rayons ionisants émis par l'AMX™-4, distance foyer-patient et foyer-cassette seulement paramétrable en positionnant le patient couché, coupure occasionnelle du courant et démarrage de la génératrice après quelques secondes de trop lors du moment de lancer le cliché, tous ces facteurs techniques sont connus des opérateurs et viennent s'ajouter à la liste de paramètres normaux à prendre en compte pour réaliser leurs radiographies. Ils viennent s'ajouter aux difficultés de positionnement des patients convalescents dues tant à l'absence de personnel pour s'occuper d'eux¹³¹ qu'à l'architecture de la salle d'examen à la porte intérieure trop petite pour y faire entrer un lit ou encore à l'absence de supports plombés pour les positions complexes. Chacun de ces problèmes fait appel à une ou plusieurs *coping strategies* développées par les deux opérateurs qui les rendent tous deux d'autant plus indissociables du service d'imagerie médicale des CUM qu'ils en connaissent les rouages particuliers, ce qu'Olivier de Sardan définit comme des "cultures professionnelles locales."¹³² Cette constatation amène à repenser les catégories composant les critères objectifs et subjectifs permettant de juger de la qualité d'un cliché radiographique en y ajoutant ces aspects aussi importants dans le travail réel des opérateurs que les connaissances théoriques apprises sur les bancs d'école ou lors de formations organisées par des partenaires de développement (c.f. Tableau 3).

¹³¹ Attention ici à ne pas confondre manque de personnel présent en service d'imagerie au moment où les patients convalescents s'y trouvent et manque de ressources humaines. Le service d'imagerie accueille relativement peu de patients par jour et il n'est pas rare de trouver deux à trois infirmier(ère)s à l'accueil à discuter en aidant à chercher les dossiers des patients. Il n'existe cependant pas de moyen efficace pour appeler les ressources nécessaires en service d'imagerie rapidement. Le recours au téléphone portable pourrait être envisagé (l'administration de l'UdM propose à certains de ses employés un abonnement gratuit au téléphone portable) mais ne semble pas faire partie des possibilités envisagées par la direction. La situation actuelle est donc régie par deux catégories. Les patients internes ont à leur côté du personnel infirmier et les patients venus de l'extérieur n'en ont pas.

¹³² OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, *Pourquoi le malade anonyme est-il si « mal traité » ?*, In : JAFFRÉ Y. & OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dir.), *Une médecine inhospitalière, Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, APAD - Karthala, Paris, 2003, pp. 289-291

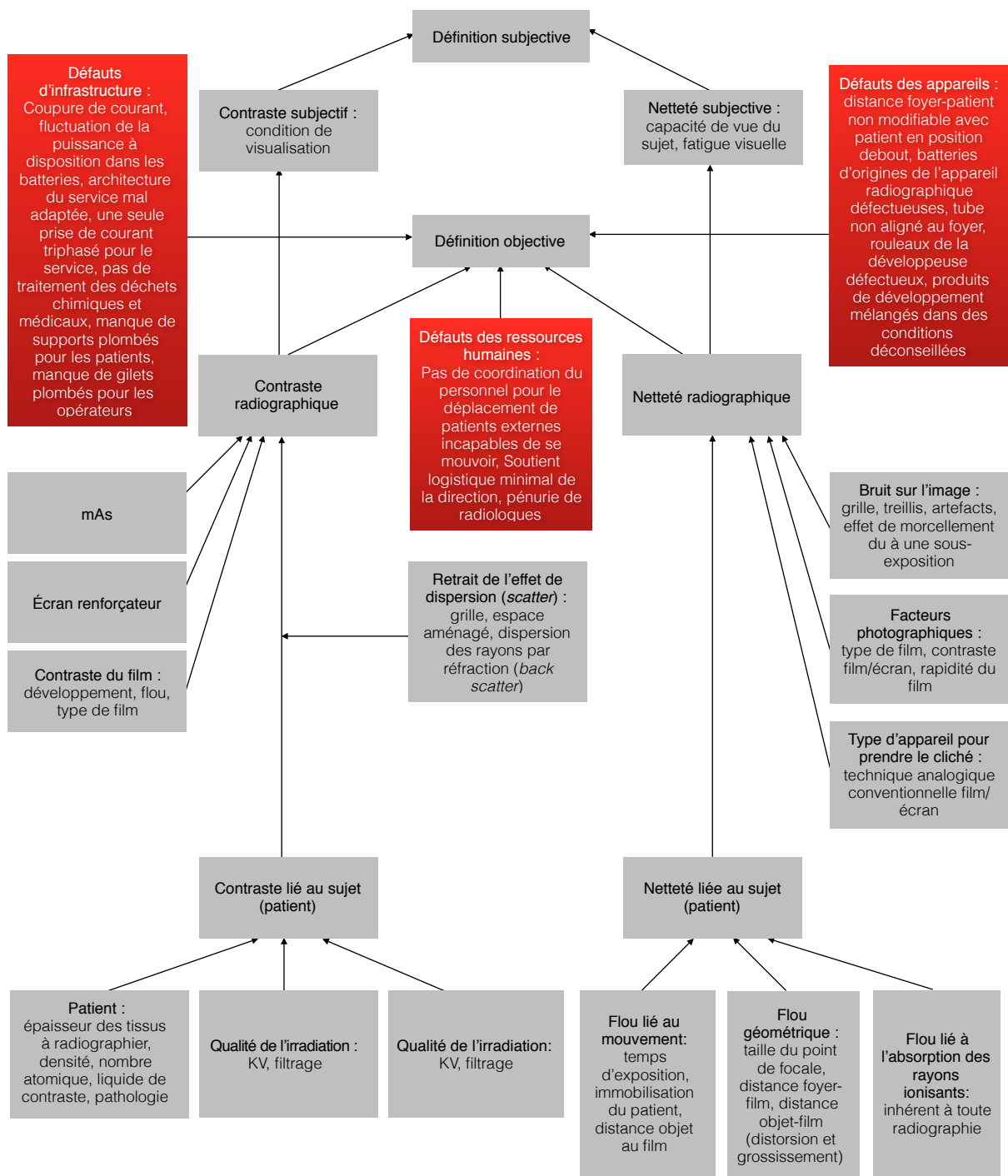


Tableau 3 : Critères objectifs et subjectifs orientés utilisateurs pour déterminer la qualité d'un cliché radiographique pris uniquement avec des techniques analogiques dans les conditions de travail réelles aux CUM
 Source : D. MOORE Adrian et W. ALSOP Chrissie [et al.], *Clark's positioning in radiography* (12th edition), Hodder Arnold, Londres, 2005, page 32

Le tableau 3 ne peut pas se lire au pied de la lettre comme une liste de problèmes du service d'imagerie aux CUM. Cependant, il est important d'y voir la couche supplémentaire de difficultés ajoutées à toute prise de cliché imaginée dans des conditions matérielles et humaines optimales et pouvant être résolues par des *coping strategies* diverses selon la situation.¹³³ Chaque problème ne correspond pas à une solution par ailleurs et il arrive qu'un examen spécial échoue faute d'une mauvaise gestion du temps ou d'une coupure de courant. Il arrive aussi lors d'incidences à l'issue plus positive qu'un patient qui semble incapable de se mouvoir trouve les forces nécessaires pour monter sur la table de radiologie ou que l'opérateur se décide à lui donner un coup de main. Les exceptions ne manquent pas dans le travail réel de Njemba et Atangana. Ils jouent bien souvent des rôles fondamentaux dans le fonctionnement de leur service dans un mélange de mise en scène du fonctionnement maîtrisé du service et d'astuces nécessaires.

À ce stade du parcours du patient, l'examen terminé, un opérateur doit encore le faire passer par une dernière transformation, une dernière traduction passant par le registre au format papier du service. Il deviendra *patient-élément du ratio mensuel entre films utilisés et films nécessaires* dès lors qu'il sera sorti du service avec l'enveloppe contenant ses clichés correctement annotés¹³⁴ et son bulletin de demande d'examen pour continuer son parcours dans l'hôpital. Cette étape répond aux besoins de la direction qui veut tenir une statistique mensuelle de l'utilisation des clichés pour la transmettre à la comptabilité et théoriquement pour pouvoir gérer le stock de films disponibles même s'il ressort de l'observation sur le terrain que cette tâche échoit en réalité aux deux TRM. L'opérateur s'occupant de l'examen d'un patient remplit aussi le registre lors de son départ. Le choix du format papier s'est encore fait ici pour des raisons pratiques. Le recours à un classement informatique serait possible, le service dispose d'un ordinateur, mais cette technologie n'est pas fiable dans les conditions de son utilisation. Durant le premier des deux mois de l'observation, l'ordinateur du service était éteint car la connexion à Internet ne fonctionnait plus. Il a fallu trois semaines avant qu'un membre du service informatique de l'UdM ne vienne trouver une solution au problème (le câble ethernet reliant le poste au serveur était endommagé, le remplacement était une dépense

¹³³ Si ce tableau se voulait exhaustif ou représentatif, il faudrait jouer à multiplier les flèches tirant les liens entre un défaut et sa cause objective ou subjective. Le tableau en deviendrait illisible et n'aurait ainsi plus d'utilité. Prenons par exemple le manque de traitement des déchets chimiques et médicaux, s'agit-il d'une question liée au matériel ? Dans ce cas, l'achat d'un incinérateur adapté serait alors une solution. S'agit-il plutôt d'une question liée au personnel ? Dans ce cas il faudrait tenter de rejeter la faute de ne pas avoir d'incinérateur sur le directeur qui n'a pas prévu tel matériel dans son budget ou sur les opérateurs qui n'en voient pas l'utilité directe.

¹³⁴ le TRM doit noter le côté du membre radiographié, la position du patient ainsi que quelques indications pour que le médecin puisse bien voir le problème.

difficilement justifiable à l'administration). Comment transférer des fichiers simplement et sans frais importants dans ces conditions ? Retour au papier, le prix d'un CD-Rom vierge ou d'une clef USB ne fait pas partie des priorités de la direction et iraient à l'encontre de ce qui rend l'informatique pratique s'il fallait chaque jour transférer manuellement et par un support physique un fichier contenant les données du registre. Qui plus est, le temps n'est pas une chose qui manque aux deux opérateurs, le potentiel gain de temps de travail à l'aide d'un ordinateur ne serait pas forcément justifié.

Ils ont encore une tâche à effectuer en rapport direct avec les clichés qu'ils produisent. La pénurie de radiologues au Cameroun¹³⁵ et le peu de clichés nécessitant absolument l'avis d'un de ces spécialistes a amené la direction à trouver un moyen pragmatique de faire interpréter les clichés les plus délicats, ceux que les médecins prescripteurs ne sont pas sûrs d'interpréter correctement ou s'ils requièrent un second avis. Chaque semaine, ou chaque fois qu'une dizaine de clichés difficiles ont été produits, l'un des deux opérateurs se rend à Bafoussam pour y trouver le radiologue travaillant à l'hôpital général de la ville. Qu'il se trouve à l'hôpital ou dans sa clinique privée, l'opérateur connaît ses horaires et l'aura appelé à l'avance pour lui remettre les clichés en main propre et les faire interpréter. Il fait le voyage en bus (environ deux heures aller-retour sans compter le temps passé sur place à attendre que le véhicule se remplisse¹³⁶) pour Bafoussam, le radiologue est bien trop occupé pour se déplacer. Bien entendu, l'hôpital le rémunère pour ce service qui est vital pour le service d'imagerie et les médecins des CUM. Les billets de bus sont aussi payés par la direction pour l'opérateur qui fait le voyage.

Au centre de cette chaîne de traductions constituant l'efficacité minimale du travail réel des deux opérateurs, *patient à accueillir - patient à positionner - patient à radiographier - cliché à développer - patient-élément du ratio mensuel entre films utilisés et films nécessaires*, se trouve le recours à diverses *coping strategies*. Comme leur appellation le laisse entendre, ces stratégies sont des adaptations nécessaires en fonction de l'environnement technique et humain local mais ne sont pas des éléments issus de la formation ou même d'une explication au moment de prendre son poste. Ces adaptations dépendent de l'expérience des opérateurs et de leur capacité à les inventer lorsqu'un problème survient. Leurs capacités à s'adapter s'arrêtent dès lors que les machines ne permettent plus de négociations, dès lors qu'elles tombent en panne et que la solution ne peut plus

¹³⁵ <http://www.cameroon-info.net/stories/0,19488,@.pr-joseph-gonsu-il-y-a-un-radiologue-pour-460-000-camerounais.html>, consulté le 28 juillet 2014

¹³⁶ Cet aspect a un rôle important à jouer, les compagnies de bus ne font pas de voyage avant d'avoir rempli un bus ou d'avoir attendu quelques heures, il n'y a pas d'horaires fixes. Cette règle est valable pour toutes les compagnies de bus pratiquant des prix abordables pour la majorité des camerounais. Dans un autre domaine, cela limite aussi les possibilités d'un patient devant se rendre en urgence à l'hôpital, le bus ne part pas en urgence.

être improvisée sans connaissances de leurs fonctionnements. C'est à cet instant, en dernier recours, après que les appareils aient cessé de fonctionner, qu'intervient le service de maintenance.

15. Le service de maintenance aux CUM - deux exemples significatifs

D'un point de vue purement géographique, le service de maintenance se situe à quelques dizaines de mètres à peine du service d'imagerie médicale. Cependant, son organisation administrative est différente des autres et rend le service d'une certaine façon comme étranger aux CUM. Il n'est pas le service de maintenance des CUM seulement, il est aussi en charge de cette tâche pour l'UdM située sur deux sites à Bangangté et à Banékané. Il ne dépend pas de la direction des CUM mais de celle de l'UdM et doit donc multiplier sur trois sites les activités mensuelles de son personnel constitué de trois ingénieurs en génie électrique et télécommunication de formation (formés au Cameroun) et d'un directeur formé en France au métier d'électricien.¹³⁷ Les trois ingénieurs ont été formés à l'École Nationale Supérieure Polytechnique (ENSP) de Yaoundé et dans la filiale science et technologie de l'UdM. Le service est jeune tout comme l'UdM et les CUM. Des entretiens avec les trois ingénieurs du service ressort une certaine frustration mais aussi une volonté d'informer et d'imposer des pratiques de maintenance dans un milieu qui ne les a longtemps pas acceptées ou comprises et qui les combat parfois encore lors de la fatidique attribution de budgets. Concrètement, cela s'est exprimé par l'implémentation en 2010 d'une liste de tous les appareils appartenant aux CUM et à l'UdM et à la mise en place d'un registre visant à mettre sur pied de la maintenance préventive sur ces appareils. Sans connaissance suffisamment précise de la manière dont les décisions de l'époque ont été prises concernant cette initiative, il est délicat d'affirmer avec certitude comment aujourd'hui la maintenance préventive a disparu des agendas de la maintenance. Les membres du services se contentent d'expliquer que leur initiative n'a pas été comprise et que "de toute manière, les appareils tombent en panne si souvent qu'on n'a pas le temps de le faire." Dans l'état actuel de son organisation, le service fait une réunion hebdomadaire des problèmes à résoudre en cours où le directeur fait part de son mécontentement aux employés qui ne travaillent pas suffisamment bien selon son jugement et où les difficultés sont expliquées ou reprises. Au quotidien, c'est sur appel du directeur des CUM ou de l'UdM que le directeur du service de

¹³⁷ Il n'est pas étonnant à ce stade de l'analyse de remarquer, en aparté puisqu'il ne s'agit pas du sujet de l'analyse, que beaucoup des membres influents de l'administration de l'UdM et des CUM ont une expérience professionnelle à l'étranger. Le prestige qu'en retirent ces personnes est important mais il est jaugé à l'aune du matériel qu'ils peuvent acheminer à l'UdM ou aux CUM. Il n'est ainsi pas étonnant d'entendre le directeur des CUM demander à l'anthropologue juste avant son retour en Suisse d'essayer de trouver du matériel médical à lui envoyer. Cela fait partie implicitement de sa tâche de directeur de s'arranger pour trouver du matériel et cela lui permettrait d'être mieux vu par ses collègues de l'administration de l'UdM à qui il rend des comptes.

maintenance décide de l'urgence d'une ou l'autre des demandes constantes qu'il doit traiter. Certaines ne peuvent être résolues faute de matériel adéquat et d'autres dépendent de l'importance que la direction leurs donne. Par exemple, lorsque des visiteurs se déplacent pour le compte de l'AFD spécialement de France à Bangangté pour contrôler les comptes afin de s'assurer d'une bonne collaboration financière, l'installation de l'eau chaude dans les chambres réservées aux invités étrangers (un luxe qui passe bien souvent inaperçu aux yeux de ceux à qui on attribue ces égards) devient plus urgent que la réparation d'un appareil médical des CUM. Cela reste cependant des situations exceptionnelles et le degré d'urgence se mesure dans la pratique d'avantage par la nécessité d'éviter qu'un appareil défectueux n'entraîne de grands dégâts et surtout par le matériel de récupération disponible pour résoudre un problème (c.f. Image 23). C'est désormais une chose acquise, les *coping strategies* façonnent en réalité aussi une grande partie du travail réel du personnel de maintenance. Les tiroirs et les étagères du service sont pleines de pièces jugées encore



Image 23 : Tiroirs contenant des pièces de récupération au service de maintenance des CUM et nouvelle utilisation des vieilles batteries de l'AMX™-4
Crédits image : Nicolas Mabillard

efficaces et extraites de matériel usagé et hors service. La connaissance et l'expérience du personnel devient donc ici aussi parfaitement indissociable du bon fonctionnement du service. L'impossibilité de prévoir quelles pièces de rechanges pourront servir et seront disponibles à un moment donné rend le travail très aléatoire. Ainsi, dans le cas d'une panne, il est plus pratique de s'adresser directement au personnel de maintenance pour leur demander s'ils ont le matériel nécessaire pour une réparation que de passer par la démarche bureaucratique officiellement prévue qui ne prend pas en compte le fonctionnement réel du service mais se contente de supposer un cadre idéal de fonctionnement. Personne n'en est dupe et donc c'est en appelant le directeur du service de maintenance que l'on peut négocier avec lui son passage au service en fonction des urgences permanentes qu'il doit traiter et du matériel dont il pense pouvoir faire bon usage dans une requête

précise en fonction des connaissances de tel ou tel membre de son service. Un seul des trois ingénieurs a reçu une formation qu'il décrit comme biomédicale, cela le rend à la fois précieux aux CUM et à la maintenance mais fait aussi qu'il doit accepter des demandes de maintenance qu'il n'a jamais été formé pour résoudre selon ses propres dires. Il a en effet été stagiaire durant une période de six mois chez Amber après sa formation universitaire. Ces conditions posées, il faut alors voir comment ce fonctionnement tente de s'adapter aux besoins du service d'imagerie des CUM.

Lorsqu'un problème lié à l'alimentation électrique est survenu, faisant que chaque fois que Njemba ou Atangana branchaient ou débranchaient la développeuse ils étaient légèrement électrocutés, l'un des trois employés du service de maintenance est rapidement intervenu après qu'Atangana lui ait demandé en personne. L'employé connaissait la manière de diagnostiquer un problème lié au réseau électrique a pu résoudre le problème en une journée de travail une fois la difficulté bien délimitée.

Lors d'un autre cas de figure, moins évident, la résolution s'est faite sur un temps plus long et en fonction d'un dénombrement d'intermédiaires rendant artificiellement le travail de maintenance plus lent. Les rouleaux de la même développeuse servant à tirer les films à développer à travers les trois bains nécessaires pour le faire ont cessé de tourner correctement. Ce modèle est la seule développeuse fonctionnelle du service (il y en a deux autres qui encombrant les couloirs du service après avoir été mises hors tension car une des pièces est tombée en panne et n'a pas pu être remplacée). Cet appareil n'est sous aucune garantie puisqu'il a été acheté d'occasion. Le service d'imagerie est alors presque totalement paralysé puisque Njemba et Atangana doivent avoir recours à un développement totalement manuel des clichés à l'aide de trois bacs d'acier servant d'autant de réceptacles pour les trois bains dans lesquels les films sont trempés successivement et selon une estimation empirique du temps nécessaire. Njemba et Atangana sont familiers avec cette méthode de développement qui leur a été apprise

il y a longtemps au CUSS mais ne l'ont pas pratiquée depuis de nombreuses années. Il ne s'agit donc pas là d'une improvisation totale de leur part mais la technique utilisée augmente la quantité de films gâchés et illisibles à destination des médecins prescripteurs. Ils préfèrent alors pousser à la main les films dans la développeuse dont seuls les rouleaux ne

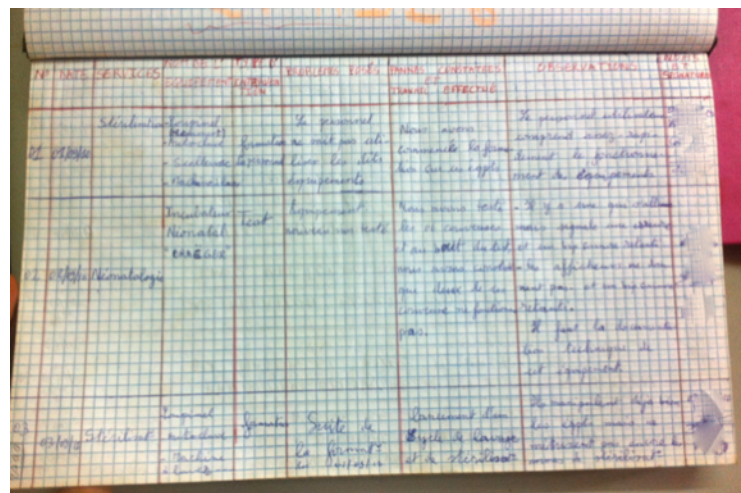


Image 24 : Le registre du service de maintenance
Crédits image : Nicolas Mabillard

fonctionnent plus, le compromis trouvé ne les satisfait pas néanmoins puisqu'il est très difficile de calculer le temps nécessaire et d'être autant régulier que la développeuse le serait normalement. Atangana fait donc appel à l'un des employés du service de maintenance pour qu'il constate le problème et se charge de le résoudre. Cet employé vient le jour même et ne fait que de reporter ce qu'Atangana avait déjà remarqué, les rouleaux ne tournent plus correctement et n'accrochent plus les films comme ils le devraient. Sans pièce de rechange adéquate et après avoir cherché des rouleaux similaires dans une autre développeuse mise hors tension, l'employé de la maintenance s'en va sans avoir pu se rendre utile. Il inscrit dans le registre de son service ce qu'il a constaté. Le registre est un indice de la manière de travailler, d'appréhender les tâches au service de maintenance comme il l'est de la manière de considérer le patient au service d'imagerie (c.f. Image 24). Il compte huit entrées parmi lesquelles s'en trouvent trois particulièrement révélatrices intitulées *problèmes posés, pannes constatées et travail effectué et observations*. Ces trois étapes se suivent aussi chronologiquement lors du travail des maintenanciers. Le tout étant de traduire les plaintes reçues en problèmes de maintenance par l'intermédiaire de l'expertise de l'employé envoyé sur place tout en laissant la place aux inévitables problèmes de manque de matériel qui elles se retrouvent après-coup dans la colonne *observations*. Dans le cas de la développeuse, l'employé de la maintenance passé au service d'imagerie n'ayant pas la pièce qu'il estime adéquate, il a laissé du temps passer, discrètement navré de ne pouvoir rien faire mais aussi habitué à ce genre de situations inévitablement génératrices de tensions avec ceux qui voient leur matériel laissé en état et avec le directeur du service de maintenance qui exprime chaque semaine son mécontentement face à de telles situations. Atangana revient demander de l'aide deux jours plus tard, comprenant que son problème a été écarté de la liste des priorités. C'est alors le directeur de la maintenance qui se déplace accompagné de l'employé qui lui a expliqué qu'il ne pouvait rien faire. Le directeur veut s'assurer d'avoir épuisé toutes ses possibilités de solutionner la défaillance de la développeuse, il fait désassembler l'appareil par son collègue et supervise la tâche en lui posant des questions sur ce qu'il a contrôlé auparavant. Son discours, en plus de la validation des initiatives par son collègue, montre sa position hiérarchique dominante et vise à laisser la possibilité de faire retomber la faute du manquement de la maintenance sur les épaules du jeune collègue, au moins de manière formelle lorsqu'il parle devant Atangana et Njemba. Si l'acte de maintenance ne fonctionne pas, un coupable plus ou moins bien trouvé existerait déjà qui pourrait servir d'exutoire. La développeuse totalement démontée, il donne la consigne à son collègue de nettoyer chacune des pièces à l'eau froide et au savon et d'arracher avec un tournevis les couches de produit chimique séchés se trouvant sur les parois intérieures, de laisser ensuite le tout sécher et d'assembler la développeuse à nouveau. En

même temps, un autre collègue est chargé de contrôler si le courant électrique passe dans les deux rouleaux. Il se trouve que c'est la source du problème découvert à l'aide d'un multimètre (mesure que la première visite de l'employé de maintenance ne pouvait pas révéler puisqu'elle nécessite le démontage de la développeuse). Le courant ne passe pas dans l'un d'eux et le collègue entreprend la réparation en



Image 25 : Rétablissement du courant électrique entre deux rouleaux de la développeuse
Crédits Image : Nicolas Mabillard

remplaçant certains des câbles endommagés et en les remettant par après en place avec du silicone pour les maintenir ensemble (c.f. Image 25). Le silicone n'est pas en stock, c'est à l'employé d'en trouver auprès d'un revendeur à Bangangté. L'employé exécute la consigne en se plaignant à moitié de l'inutilité de la tâche de nettoyage, lâchant des commentaires sarcastiques à demi-mots. Une fois l'appareil nettoyé, sec et remonté et les rouleaux à nouveau prêts à recevoir du courant, Atangana l'allume et il fonctionne comme auparavant. C'est un acte de maintenance normal, en situation d'urgence, comme le service en voit de nombreux autres. Il est réussi grâce à la capacité de débrouillardise de chacun. L'employé s'en sort donc à bon compte, mais le directeur aussi et finalement l'essentiel est que le service d'imagerie soit de nouveau fonctionnel. Si ce nettoyage n'avait donné ces résultats, probablement que le service n'aurait pas de développeuse à l'heure actuelle. La solution trouvée par la maintenance semble pourtant presque aléatoire, relevant presque plus de l'acte symbolique que de l'acte de maintenance. Rares ont été les moments où les positions hiérarchiques ont eu à jouer le rôle qui devrait être le leur, à peu de moments les formations du personnel ont trouvé une justification dans le travail effectué mais tout le monde à joué son rôle avec plus ou moins de bonne volonté dans un univers professionnel au système hiérarchique très développé. Cela peut s'attribuer autant à la rareté du matériel de radiographie au Cameroun qu'à l'impossibilité de prévenir ces problèmes par une maintenance préventive faute des pièces adéquates et des connaissances nécessaires qu'aux tensions entre des conditions de travail difficiles acceptables et acceptées. Lorsqu'une personne se plaint à l'hôpital, il n'est pas rare d'entendre un "supportez, c'est l'Afrique ici !"

16. Le service d'imagerie de l'hôpital central de Yaoundé

Ce chapitre n'a pas vocation à reprendre depuis le début l'analyse de l'efficacité radiographique du travail des TRM en l'appliquant à l'HCY. Cette entreprise serait redondante et n'apporterait pas beaucoup d'informations supplémentaires au sujet. En prenant l'analyse du travail des TRM aux CUM comme base, il est plus utile d'y ajouter et de développer les éléments différenciant ce premier cas de celui de l'HCY pour plus de clarté et de concision.

Selon des informations recueillies lors d'entretiens avec le directeur et la major du service de radiologie de l'HCY, l'établissement chargé d'histoire et pionnier au Cameroun a été ouvert en 1933, il était alors le "dispensaire de Messa."¹³⁸ Construit par étapes successives représentées par autant de pavillons, il devient établissement hospitalier universitaire au moment de la création du CUSS et nécessite alors un service d'imagerie. Progressivement, dès 1969, date de l'ouverture du CUSS, le service s'étoffe après qu'un pavillon lui ait été construit. En prenant des photographies aujourd'hui il est tout à fait possible de se représenter ce à quoi ressemblait le service à son ouverture puisque le bâtiment est d'un point de vue architectural le même aujourd'hui qu'à l'époque hormis les quelques aménagements effectués pour équiper les salles de climatiseurs ou pour scinder en plusieurs petits bureaux une ancienne salle de radiographie inutilisée (c.f. Image 26). Pour lancer le service, des coopérants français, canadiens et suisses mobilisés pour le compte de l'OMS ont accompagné les premières volées de TRM et de radiologues sortis du CUSS. Le dernier d'entre eux est parti durant l'année 1990 selon le directeur actuel du service. L'échographie vient s'ajouter à la radiographie conventionnelle durant les années 1980 et aujourd'hui deux appareils servent aux échographies. Le premier scanner est installé en 1998 et sera remplacé en 2005 par un nouvel appareil qui a rendu



Image 26 : Secrétariat, espace d'attente pour les patients et accueil du service de radiologie de l'hôpital central de Yaoundé
Crédits image : Nicolas Mabillard

¹³⁸ <http://www.cameroon-info.net/stories/0,57585,@.cameroun-sante-hopital-central-de-yaounde-le-mouroir-celebre-ses-80-ans.html>, consulté le 31 juillet 2014

l'âme quelques semaines à peine avant le début de cette analyse et doit être remplacé. En 2000 arrivent des appareils pour réaliser des angiographies et des mammographies qui ne fonctionnent plus actuellement. En 2002, un changement à la direction de l'hôpital amène un lot de profonds bouleversements administratifs. Pour le service de radiologie, cela signifie la décision de ne pas renouveler les contrats de maintenance pour le scanner. L'actuel directeur du service est le second camerounais à occuper ce poste, il a été précédé par l'actuel directeur du service de radiologie de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY). Au plus fort de son activité comme le souligne le directeur du service de l'HCY, quatre salles étaient équipées pour la radiographie conventionnelle, deux pour l'échographie et une pour le scanner. Depuis lors, les contrats de maintenance avec des entreprises étrangères ne faisant plus l'objet d'un renouvellement systématique, la situation matérielle s'est lentement dégradée.¹³⁹ Tout comme aux CUM, le service de radiologie est générateur de recettes financières¹⁴⁰ puisqu'il met en relation la confiance importante qu'ont les patients dans le matériel de radiographie ou d'échographie et le fait qu'aucune attente de guérison n'est placée dans ces appareils. La direction de l'HCY a donc décidé il y a quelques années, à la fois pour enrayer des pratiques de corruption¹⁴¹ et pour générer d'avantage de revenu, d'instaurer des primes au salaire des médecins en fonction du nombre d'exams passés dans le service interne de radiologie.

Lors de la période d'observation, deux appareils de radiographie conventionnels et deux appareils d'échographie fonctionnaient pour une équipe composée du directeur (radiologue formé à l'utilisation du scanner, chef du Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé, chargé de cours à la FNSB de Yaoundé I et titulaire d'un Master en sciences biomédicales d'une université française ainsi que d'un doctorat en médecine pour ne citer qu'une partie de ses nombreux titres), de la major (TRM et formée à l'utilisation du scanner durant un stage), de six TRM, de trois médecins radiologues, d'un comptable et de quatre secrétaires. Il faut ajouter à cette équipe d'employés résidents des employés temporaires dont quatre médecins en stage de formation

¹³⁹ Les rumeurs et les accusations de corruption ne manquent pas pour expliquer cette dégradation. Les hauts cadres ayant selon ces dernières artificiellement augmenté le montant à budgétiser pour l'achat de nouveau matériel ou pour la maintenance afin d'engranger un bénéfice financier personnel. Il a été impossible de vérifier la véracité de telles accusations, d'ailleurs le fallait-il ? Des compte-rendus alarmistes existent concernant les difficultés actuelles de l'hôpital qui émanent de la presse camerounaise. Voir <http://www.cameroon-info.net/stories/0,57585,@,cameroun-sante-hopital-central-de-yaounde-le-mouroir-celebre-ses-80-ans.html>, consulté le 31 juillet 2014

¹⁴⁰ Impossible d'avoir accès à des chiffres précis ou au directeur de l'HCY pour en discuter durant le travail d'observation malheureusement.

¹⁴¹ Les médecins prescripteurs de radiographies ou d'échographies conseillent à leurs patients de se rendre dans une clinique privée avec laquelle ils ont passé un accord pour toucher une partie de la somme de chaque examen effectué, selon des membres du personnel.

en échographie, un radiologue retraité venant interpréter des clichés en dehors des heures de travail “pour rendre service“ et une dizaine de stagiaires TRM ayant terminé leurs études ou entrain de le faire. Ce passage en revue du personnel à disposition montre avec certitude la surabondance de personnel par rapport à l'équipement fonctionnel. Il faut mentionner que quelques membres de l'équipe d'internes ne sont pas souvent présents sur leur lieu de travail durant la journée. Pour prendre un exemple, l'un des TRM est aussi le directeur de l'une des écoles privées de formation au métier de technicien en imagerie médicale de Yaoundé et ne passe au service que très rarement, une demi-journée de présence durant la période d'observation d'un mois et trois semaines. Lors de son passage, il se trouve dans son bureau et ne vient pas pour travailler mais pour des questions administratives. Comme l'explique l'une des employées, “certaines personnes travaillent en dehors de l'hôpital pour recevoir un salaire de la fonction publique et un ou plusieurs autres pour compléter.“ Cette pratique connue de certains fonctionnaires camerounais a déjà été mentionnée par Nzhie Engono¹⁴² pour la période des années 1990-2000 et par des rapports à destination du Premier Ministre camerounais plus récemment en février 2013.¹⁴³ Les raisons poussant un fonctionnaire à agir de la sorte ont déjà fait l'objet d'une analyse approfondie de la part de Koné.¹⁴⁴ Les explications du personnel interrogé à ce sujet à l'HCY y font écho. L'enjeu semble se trouver entre



Image 27 : Les deux échographes du service de radiologie de l'HCY
Crédits Image : Nicolas Mabillard

la nécessité de compenser la faiblesse des salaires comme le manque de ponctualité de l'État à les verser et l'avarice de ceux qui réussissent à se jouer du système en place qui fait que les sommes engrangées doivent augmenter en permanence. Une fois le filon trouvé, pourquoi s'arrêter ? Bien entendu, le fait de cumuler plusieurs professions n'est pas un problème en tant que tel, c'est le moment où un fonctionnaire

¹⁴² Déjà durant la crise économique des années 1987-1999 les fonctionnaires étaient accusés, souvent à raison, d'occuper plusieurs postes à la fois. NZHIE ENGONO Jean, *Les "déflatés" de la fonction publique au Cameroun : du rêve de la réussite sociale au désenchantement*, In : Bulletin de l'APAD [En ligne], 18 | 1999, mis en ligne le 24 juillet 2006, pp. 2-10

¹⁴³ À Propos de cette note de bas de page, il est évident à la lecture du rapport qu'un lecteur même très peu averti pourra y trouver le nom du directeur du service de radiologie de l'HCY. Faut-il choisir de se couper d'une très intéressante source de données pour des questions liées à l'anonymat de cette personne alors qu'une simple recherche sur Internet via un moteur de recherche révélerait son nom en quelques secondes ? La réponse retenue ici est non. <http://www.who.int/evidence/sure/FRPBFinancialSAU.pdf>, consulté le 1er août 2014

¹⁴⁴ KONÉ Mariatou, « Contexte » et « gombo » dans les formations sanitaires, In : JAFFRÉ Y. & OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dir.), *Une médecine inhospitalière, Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, APAD - Karthala, Paris, 2003, pp. 240-247, 256-258

devrait avoir le don d'ubiquité pour assumer les tâches pour lesquelles il reçoit un plein salaire qui est litigieux. L'exemple de ce TRM directeur d'une école privée n'est pas isolé, il est simplement représentatif de ce que d'autres font aussi.

Au service, le secteur où se trouvent les bureaux des radiologues, du directeur, le secrétariat et les deux échographes, un GE LOGIQ™ 200 pro series et un GE VOLUSON™ 730 pro V (c.f. Image 27) est séparé du secteur dédié à la radiographie avec ses deux appareils fonctionnels de la gamme analogique MULTIX™ de Siemens™ avec chacun son pupitre de contrôle télécommandé situé derrière un paravent plombé (c.f. Image 28). Le plus puissant des appareils de radiographie est équipé d'un ordinateur et du logiciel CONAXX™¹⁴⁵ permettant le traitement des clichés de manière semi-numérique. Un scanner convertit les clichés en images numériques, elles sont traitées automatiquement pour avoir un meilleur contraste et sont imprimées par une imprimante laser sur des films adéquats. Cette séparation pragmatique des secteurs suit les contours des deux parcours possibles du patient dans le service. Après un passage à l'accueil se trouvant juste devant la porte d'entrée, le patient est orienté vers l'un ou l'autre côté du service selon qu'il veut attendre son tour avec son bulletin de demande d'examen pour une échographie ou pour une radiographie. Comme aux CUM, mais de manière plus récurrente, le status social des patients peut jouer un rôle dès cette étape et vient désordonner l'organisation prévue. Un TRM explique ainsi que des patients considérés comme d'importantes personnalités (hommes politiques, présentateurs d'émissions de télévision...) bénéficient d'un traitement de faveur en ce sens qu'elles peuvent prendre rendez-vous pour des examens ayant lieu après les heures d'accueil officielles, entre 17h et 19h, pour ne pas avoir à patienter avec les autres patients. Difficile de savoir s'il s'agit d'une adaptation à l'organisation sociale profondément aristocratique au Cameroun ou d'un moyen de dégager des bénéfices pour une partie de l'équipe qui s'occupe de ce travail en radiographie ou d'une réponse pragmatique à l'emploi du temps chargé de ces personnalités. Ces privilégiés ne sont pas les seuls à jouer de leur status avec plus ou moins de succès. Dans la file d'attente normale, celle qui commence dès 7h du matin généralement, une heure avant l'ouverture officielle du service, il arrive qu'une personne habillée en costume ou d'un habit traditionnel de belle étoffe, signe extérieur de richesse mais aussi instrument pour jouer de son status, faire semblant d'être plus que l'on est, se montre impatiente, commence à se plaindre de trop attendre alors qu'à l'évidence elle attend autant que les autres patients dans son entourage direct. Le ton baisse, quelques échanges de regards avec

¹⁴⁵ http://www.wiroma.com/assets/files/PdfDateien/DigitalesRoentgen/Franz/Conaxx2_Prospektblatt_F.pdf, consulté le 1er août 2014

la personne chargée de l'accueil posent implicitement la questions de savoir s'il serait possible de passer devant, peut-être en payant, mais durant la phase d'observation, cela n'a pas eu d'effet. Pour passer devant les autres, il faut payer un des TRM qui joue le jeu de la corruption et qu'il faut rencontrer avant d'entrer dans le service, parfois par l'intermédiaire d'un membre du personnel infirmier ou d'un brancardier. Cela permet d'avoir un prix plus bas pour son examen en



Image 28 : L'appareil de radiographie conventionnelle le plus utilisé du service de radiologie de l'HCY
Crédits image : Nicolas Mabillard

versant l'intégralité du prix au TRM et à ses intermédiaires. Cette somme est appelée le "nako" par le personnel de l'HCY, il existe de nombreuses autres manières d'y faire référence par des sous-entendus ou par allusions indirectes en une des langues vernaculaires partagée par les intéressés en situation. Il faut souligner que dans un tout autre contexte que l'hôpital, au village, parler par sous-entendus, de manière à rendre le sujet de la conversation opaque pour l'auditeur qui n'en connaît pas bien le contexte est parfois un jeu, une façon de briller par son inventivité et un usage savant et drôle de sa langue tout autant qu'une manière de cacher devant tous le sujet réel d'un échange verbal. Ainsi, les personnes qui organisent à haute voix leurs affaires illégales font souvent usage du même langage feutré avec les stagiaires par boutade ou simplement pour faire de l'humour ce qui contribue à rendre complexe la différenciation des moments où ils parlent affaire et des moments où ils jouent avec les mots. Les bulletins de demande d'examens obtenus de cette manière sont placés directement par les TRM en profitant dans l'une des quatre salles d'examen, devant tout le personnel présent. C'est souvent sous le prétexte d'aider un membre de sa famille, au sens le plus large qu'on puisse donner à ce terme. Il arrive effectivement qu'un des membres du service aide effectivement une connaissance ou un membre de son entourage familial. Cette pratique est largement tolérée par le personnel du service. Le directeur explique avec précaution mais une certaine franchise que si un membre du personnel résident ne peut pas rendre un service à sa famille, traduit par un privilège dans son traitement et pas forcément sur le prix, il sera très mal considéré dans son cercle familial. Cette considération ne s'arrête pas à des mots mais devient rapidement pression à agir dans la région du Centre à majorité Bêti.¹⁴⁶ Bien que l'anonymat des villes permette de disparaître ou de dissimuler plus facilement, le fait d'être l'employé d'un hôpital

¹⁴⁶ Bien que centré sur les Bamilékés de l'Ouest, Warnier a traité de la question de la pression familiale dans la région du Centre en affirmant qu'elle est plus difficile à éviter pour quelqu'un qui possède des biens matériels importants au Centre qu'à l'Ouest. WARNIER Jean-Pierre, *L'esprit d'entreprise au Cameroun*, Karthala, Paris, 1993, pp. 73-76

rend la pression familiale facile à exercer puisqu'il existe un endroit où l'on doit se trouver. L'esprit de partage n'est pas ici à comprendre comme un sentiment de charité ou d'entraide désintéressée mais comme un devoir, une série d'obligations dont il est très délicat de se défaire et qui joue sur le status de celui que l'on veut obliger sans forcément connaître en détail sa situation financière réelle. Un oncle TRM sera donc associé à la profession médicale et à une représentation de salaires relativement élevés qui engendreront des obligations basées sur cette supposition alors que les salaires réels sont effectivement bas, plafonnant pour un TRM à 120'000 FCFA¹⁴⁷ par mois lors de sa première année de travail. Cependant, le recours à une faveur pour un membre de la famille permet aussi de placer des personnes ayant payé leur place avant d'autres. Durant l'attente de passer une échographie ou une radiographie à l'HCY, la grande majorité des patients ne voient rien de ces pratiques mais supposent souvent qu'elles existent et trouvent une parade plus ou moins efficace en venant réclamer à l'accueil leur billet d'ordre de passage dès 6h30 ou 7h. Les patients favorisés sont amenés directement par le membre du service concerné en salle d'examen, l'excuse pour passer devant d'autres patients peut être la gravité plus ou moins exagérée d'un cas mais la plupart du temps la blouse blanche fait l'affaire. Pour la salle de radiographie, il est possible de prétexter la même excuse mais les patients dits "VIP" sont discrètement acheminés jusque dans la salle d'analyse des clichés et installés sur une chaise pour patienter hors de la vue des patients réguliers. La confusion est volontiers entretenue parmi les personnes qui patientent pour que l'opportunité de faire passer un "nako" avant les autres reste ouverte à tout moment. Tout comme aux CUM les patients sont plus nombreux lundi que les jours suivants pour des raisons similaires mais de façon moins évidente étant donné le nombre plus important de cas traités en totalité. L'horaire d'accueil officiel du service prescrit exige le travail du personnel de 7h30 à 15h30 sans pause à midi comme l'exige la loi camerounaise. Ces horaires ne sont souvent pas respectés, les examens en échographie commencent entre 8h et 9h en fonction des séminaires à suivre par le personnel et cessent souvent avant 15h. De nombreux stagiaires en radiographie laissent leurs postes à cette même heure et commencent le travail aux alentours de 8h. Cela a à n'en pas douter un effet sur les attitudes des patients qui savent que se présenter le matin est plus sûr.

¹⁴⁷ 120'000 FCFA font 182.92 € au moment de l'enquête en 2013-2014. Mais la compréhension de la valeur au Cameroun de cette somme se fait plus facilement en prenant en compte plusieurs dépenses normales de la vie quotidienne. Le prix d'un taxi aller-retour depuis l'un des quartiers populaires de Yaoundé se trouve entre 400 FCFA et 1000 FCFA ce qui donne une fourchette de 8800 FCFA à 22'000 FCFA par mois en ne comptant pas les weekends. Un loyer bas pour une maison sûre peut représenter de 50'000 FCFA à 70'000 FCFA dans un quartier populaire de la capitale. Trois repas très modestes par jour peuvent représenter une somme d'un minimum de 600 à 800 FCFA par jour, cela donne 18'000 FCFA à 24'000 FCFA par mois pour une personne très peu gourmande. En y ajoutant la nourriture pour une famille entière, les cotisations mensuelles aux réunions professionnelles ou villageoises, les factures d'électricité et d'eau et de téléphone mobile ainsi que les frais pour divers recours thérapeutiques, il est difficilement possible de s'en sortir et d'autant plus de trouver de l'argent pour ceux de la famille qui en réclament.

Concernant les formations du personnel, trois différents modèles se côtoient au service. Le personnel résident, plus âgé, a connu une formation au CUSS et se rapproche de l'âge de la retraite pour ceux qui ont fait toute leur carrière au Cameroun, ce sont les TRM et un médecin radiologue. Le directeur et deux des radiologues ont suivi une formation de radiologie en France. Comme aux CUM, la formation suivie à l'étranger joue un rôle de prestige mais aussi assure une qualité de formation à laquelle la direction de l'hôpital se fie. Les stagiaires TRM, âgés de vingt à vingt-sept ans, ont suivi la formation de trois ans de la FSMB ou d'une des écoles privées de Yaoundé. Les TRM résidents, ayant acquis une longue expérience et la capacité à s'adapter aux appareils à disposition doivent théoriquement encadrer le travail de stage des nombreux stagiaires. Cet encadrement suit dans la pratique les lignes de l'intérêt des stagiaires. Si un stagiaire veut qu'un TRM résident lui enseigne la façon dont il réussit à faire une hystérogaphie sans fluoroscopie, il lui faudra s'imposer à lui de manière discrète, se proposer à son service et démontrer un intérêt pour la tâche à effectuer tout en exécutant sans se plaindre ce que le TRM lui dira de faire. C'est un subtil jeu de soumission, d'acceptation de tâches peu reluisantes ou considérées comme inutiles et de démonstration d'enthousiasme et de patience. Un TRM demande par exemple à un des stagiaires de nettoyer la table d'examen en lui reprochant de ne pas l'avoir fait assez vite s'il n'exécute pas la tâche de lui-même juste après un examen. Les stagiaires observés dès leur arrivée au service ont pris quelques jours à s'adapter à cette réalité mais après deux semaines, les plus intéressés se sont profilés et savaient ne pas s'attendre à des explications scolaires mais devoir saisir les examens qui les intéressaient au bond. La présence en salle, même s'il n'y a rien à faire, même s'il y a trop de personnes pour réaliser une radiographie, est un signe d'intérêt. Après quelques semaines des trois mois que dure normalement un stage, quelques stagiaires ont ainsi pu obtenir une place privilégiée auprès des TRM travaillant en salle alors que d'autres ne se déplaçaient même plus à l'HCY après avoir baissé les bras ou par frustration. Il ne s'agit pas là d'une règle absolue cependant puisqu'en changeant d'une salle à l'autre l'ambiance change elle aussi et un autre TRM supervisera les stagiaires bien plus doucement, sans confrontation verbale, mais dans une ambiance plus laisser-aller.

17. Le travail en salles de radiographie

Les deux salles de radiographie en activité dans le service de radiologie de l'HCY sont organisées de manière pragmatique en fonction de deux critères pour le stade *patient à accueillir* de la chaîne de traductions mise au point pour l'analyse. Le premier, le plus évident, est d'ordre technique.

L'appareil situé dans la salle la mieux équipée, la salle B¹⁴⁸, est plus fiable, il reste allumé en permanence sauf lors des rares coupures de courant et malgré la vieillesse du foyer qui le rend difficile à manipuler sans exercer de force il peut émettre des rayons ionisants traversant sans encombre les patients les plus forts. L'appareil se trouve aussi dans la salle permettant le traitement semi-numérique des clichés et peut produire en conséquence des clichés de bien meilleure qualité qu'avec une méthode de développement purement analogique. C'est donc dans cette salle que sont pratiqués la plupart des examens normaux, tous les examens spéciaux, HSG, UIV et fistulographie notamment ainsi que les examens de patients forts. L'appareil utilisé en salle A sert en majorité pour des radiographies du thorax en position postéro-antérieure ou antéro-postérieure, de parties du corps d'enfants et pour les examens de patients pas trop forts et/ou ne pouvant pas quitter leur lit. Ce second appareil s'éteint parfois spontanément car il est très vieux et ne dispose pas d'un accès facile au développement semi-numérique. Il faudrait pour cela utiliser le poste de la salle B qui est occupé en permanence ce qui aurait pour effet d'engorger le secteur dédié à la radiographie du service en créant un blocage des cassettes disponibles en attendant la numérisation des clichés.

Le second critère d'organisation du flux de patients dépend des relations entre membres du personnel. Il est plus délicat d'obtenir des informations fiables à ce sujet mais l'observation patiente et sur plusieurs semaines permet de dégager quelques enjeux dont les stagiaires et quelques TRM résidents se font l'écho en aparté. La distribution des patients s'articule autour de la confiance que le directeur a en un TRM plus qu'en d'autres¹⁴⁹ et autour de la problématique des patients jouissant pour une raison ou une autre d'un ordre de passage plus rapide. Cela affecte en particulier la cadence à laquelle ils défilent dans l'une ou l'autre des deux salles de radiographie. Plusieurs TRM essaient de placer "leurs" patients entre deux examens et doivent pour cela obtenir la permission du TRM occupant l'une des deux salles. Ces deux pratiques font que l'une des salles peut par moments fonctionner de manière très chaotique. Un TRM, solidement ancré à "sa" salle, reproche à un autre d'être trop pressé ou trop lent et d'empêcher les patients de venir par exemple. Cela a aussi pour conséquence des manquements flagrants au respect des consignes de radioprotection dans les deux salles. Les deux portes donnant accès directement à l'une ou l'autre des salles étant souvent laissées entrouvertes pour que le passage fluide des patients puisse s'opérer. Il arrive aussi qu'une radiographie soit prise alors qu'un patient dont l'examen vient de s'achever est toujours dans la

¹⁴⁸ Cette nomenclature est celle des TRM. La salle B est mieux équipée en ce sens que l'appareil de radiographie qui s'y trouve est capable de produire des rayons ionisants plus puissants. Les rayons ionisants sont émis de manière plus importante et peuvent ainsi traverser des tissus plus épais.

¹⁴⁹ De nombreuses rumeurs viennent expliquer ce lien de confiance en y faisant intervenir des intérêts pécuniaires. Il est impossible de s'assurer de la véracité de telles allégations.

salle, ajoutant à sa confusion. En additionnant à cela les nombreux stagiaires qui viennent exercer, les deux salles contiennent donc la plupart du temps plus de personnes que le paravent peut en protéger. Ce second critère joue un rôle au quotidien mais il convient de ne pas l'exagérer, cela reste l'exception et un jeu auquel beaucoup des TRM refusent de participer par principe, ils se contentent de laisser faire.

Pour conclure, il reste à mentionner deux paramètres modifiant l'accueil du patient. Premièrement, la pharmacie de l'hôpital n'étant pas en permanence fournie en équipement pour les examens spéciaux, les patients obtiennent une ordonnance de la part du TRM et doivent se débrouiller pour aller se procurer ce qui y figure auprès d'officines privées en dehors de l'enceinte de l'établissement. Deuxièmement et contrairement aux CUM, les deux salles d'examen sont équipées de cabines pour se changer ce qui laisse apparaître que la notion d'intimité corporelle est importante pour les patients. Le manque d'une cabine de ce genre aux CUM permet d'envisager le fait que les attentes en matière d'accueil dans un hôpital des patients sont peu élevées et qu'ils s'adapteront à ce qu'ils conçoivent sans avoir à le dire comme un manque d'intimité.

Les stades *patient à positionner* et *patient à radiographier* sont très similaires à l'HCY et aux CUM, ils mettent en jeu des formations et un manque de prise en compte de la radioprotection des accompagnateurs ou des garde-malades similaires. Chaque salle dispose d'un tablier plombé pour protéger un TRM lorsqu'il doit rester hors du champs de protection du paravent plombé. Souvent les autres personnes présentes dans la salle et ne faisant pas partie des équipes ne sont pas averties des risques qu'elles encourent. La principale différence lors du positionnement est la présence de brancardiers en plus des accompagnateurs.¹⁵⁰ Ceux-ci font le travail de positionnement du patient qu'ils accompagnent en suivant les consignes des TRM chargés de la radiographie. Les portes des deux salles sont aussi de taille suffisante pour laisser entrer les lits des patients. Le comptable qui doit gérer le stock de films à disposition mais aussi les draps d'examens (parmi ses autres assignations) contribue directement à ralentir l'accueil des patients qui nécessitent ces deux pièces de fournitures indispensables. Quelques TRM ayant leur propre stock de films, de bulletins d'examens et de papier à ordonnance pour accueillir "leurs" patients s'approprient par moments le service de manière discrète. Le comptable ne voulant probablement pas contribuer à leurs enrichissements personnels pour des raisons qui n'ont pas pu être connues durant l'enquête ne

¹⁵⁰ L'anthropologue a ainsi à plusieurs reprises demandé aux accompagnateurs de patients de se mettre derrière le paravent plombé s'il restait encore de la place ou de sortir de la salle avant la prise des clichés.

distribue que sur demande les films et les draps.¹⁵¹ Dans le feu d'un examen, il arrive ainsi qu'un des TRM aille s'approvisionner en draps à l'échographie, secteur sur lequel le comptable a un contrôle des fournitures bien plus important et où les draps ne manquent donc pas.

En matière d'examens spéciaux, le TRM contrôlant la salle B possède une connaissance similaire aux deux opérateurs des CUM des enjeux temporels entrant en compte dans la succession des clichés en fonction de l'avancée du liquide de contraste dans les parties du corps à examiner du patient. Il a lui aussi une expérience en fluoroscopie qu'il a converti à l'équipement dont il dispose actuellement. Deux différences dans la manière de travailler par rapport aux CUM ressortent néanmoins. Premièrement, lorsque l'opérateur se sert du scanner pour numériser ses films, le processus demandant qu'une personne lance la numérisation et qu'une autre place le film à numériser sur le scanner, l'opérateur a recours à un stagiaire pour l'une ou l'autre de ces deux tâches juste après qu'il ait placé le patient ou qu'il l'ait fait faire par un stagiaire, un garde-malade ou un accompagnateur. Deuxièmement, les stagiaires n'ayant pas l'expérience des TRM résidents capables de réaliser certains examens spéciaux, ils dépendent d'eux pour mener à bien cette tâche. C'est là que les TRM les dénigrent le plus, se plaignent de leur manque de connaissances scolaires alors qu'il est bien évident qu'aucune école ne peut apprendre l'expérience d'un TRM à son poste dans un hôpital particulier. Les brimades sont une des choses auxquelles les stagiaires qui veulent effectivement recevoir un enseignement et ne pas se borner à exécuter de menues tâches doivent accepter. Certains le prennent comme un jeu et relativisent la portée qu'ont les mots parfois très acerbes lancés à leur encontre, d'autres s'énervent et disparaissent du service et d'autres encore se taisent et continuent à observer pour apprendre, gardant leur colère pour eux-mêmes.

Les *coping strategies* mises en œuvres durant ces deux stades afin de palier aux défaillances techniques ou matérielles sont pour certaines du même ordre qu'aux CUM et viennent s'intégrer dans la chaîne opératoire du travail des TRM. Il y a tout d'abord les problèmes résolus par les TRM sans recours à la maintenance. Lorsque le porte détecteur servant aux prises de clichés en position debout dans la salle A n'a plus pu se maintenir en place sur son axe vertical, un TRM a trouvé une solution en le fixant à l'axe avec une tige de caoutchouc laissant un peu de jeu pour déplacer le récepteur (c.f. Image 29). Dans un premier temps les patients devaient maintenir le porte détecteur par eux-mêmes. Dans la même salle, le pupitre de commande de l'appareil de radiographie s'éteint régulièrement après de nombreuses utilisations consécutives. Deux stratégies remédient à ce

¹⁵¹ Quand bien même les raisons d'agir du comptable puissent paraître évidentes, cette analyse se refuse à supposer les intentions des personnes observées pour ne pas biaiser le point de vue du lecteur. Mais il est nécessaire néanmoins de mentionner tout ce qui peut influencer le travail des opérateurs.



Image 29 : Tige de caoutchouc maintenant le porte détecteur et son axe.
Crédits image : Nicolas Mabillard

problème. La première consiste à ce que l'opérateur mette hors tension et sous tension la console successivement jusqu'à ce qu'elle n'indique plus le message "error" sur ses écrans à affichage digital (c.f. Image 30). La deuxième solution pour l'opérateur est de débrancher le courant électrique alimentant l'appareil et de le brancher à nouveau pour relancer la procédure d'allumage standard.

L'ancienneté de l'appareil en salle B a laissé le temps et une utilisation intensive effacer les pictogrammes inscrits sur les quatre boutons permettant de débloquent la rotation du foyer sur quatre axes (c.f. Image 31). Un TRM a donc décidé d'inscrire au feutre indélébile les pictogrammes au-dessus des boutons usagés. Pour le même appareil, les mouvements verticaux du foyer sont normalement verrouillés à moins que l'opérateur déplaçant le foyer n'appuie simultanément sur les deux boutons débloquent le mouvement situés en-dessus des poignées lorsque l'appareil est sous tension. Le but est d'assister son mouvement pour rendre le poids réel à déplacer plus facile à mouvoir. Cette assistance ne fonctionne plus et le foyer est donc bloqué sur son axe vertical. Pour passer outre cette difficulté les TRM ont trouvé une parade. Lorsqu'ils mettent hors tension la machine, ils peuvent forcer le mouvement du foyer sur son axe, cela requiert une force importante néanmoins et réduit la précision avec laquelle le foyer est placé par rapport au récepteur et a une influence directe sur la qualité des clichés produits.

Durant le stade *cliché à développer*, la procédure est similaire aux CUM pour les clichés développés de manière analogique avec la développeuse du service dans la chambre noire. Tous les clichés de la salle A sont développés ainsi et l'appareil n'a pas de défaut lié à l'ancienneté, il fonctionne sans recours à des stratégies d'adaptation. Les bains sont aussi mélangés manuellement et sans eau chaude par les TRM ou les stagiaires. Les clichés de la salle B sont en partie numérisés et imprimés et en partie développées comme les clichés de la salle A. Le processus de numérisation des clichés se réalise à l'aide du scanner PROSCAN™



Image 30 : Le pupitre de commande de l'appareil en salle A fonctionnant normalement.
Crédits image : Nicolas Mabillard



Image 31 : foyer de l'appareil de la salle B avec modifications apportées par les TRM.
Crédits image : Nicolas Mabillard

CR-SYSTEM¹⁵² de la marque PROTECTM situé en salle B, du logiciel CONAXXTM et de l'appareil de reprographie de marque DRYVIEWTM¹⁵³ qui lui sont reliés (c.f. Image 32). Ces appareils fonctionnent la plupart du temps comme prévu mais cela ne signifie pas que des *coping strategies* ne leurs sont pas associées. Le logiciel CONAXXTM requiert la date de naissance du patient entre autres données pour permettre de passer à la numérisation du cliché grâce au scanner. Les problèmes liés à l'absence de carte d'identité ou à l'oubli de celles-ci par le patient font que régulièrement l'opérateur se contente d'une année de naissance et d'une date approximative ou fictive pour pouvoir passer à l'étape suivante. Le système d'archivage au format papier ne

prend de toute façon pas en compte cet archivage informatique. Le logiciel requiert de l'opérateur qu'il sélectionne la partie du corps où a eu lieu l'examen ayant produit le cliché à scanner pour que le traitement automatique de l'image puisse se passer dans les meilleures conditions et efficacement. En fonction de l'intensité des rayons émis par le foyer parfois plus importante que ne l'exige un examen normal, l'opérateur expérimenté (il n'y en avait qu'un qui maîtrisait parfaitement cette technique lors de l'observation et cela lui conférait une position d'intermédiaire indispensable) sélectionne une partie du corps dont il sait que le traitement compensera les défauts de son cliché mieux que s'il sélectionnait la partie du corps réellement radiographiée. Dans un autre cas de figure, une fois l'inscription des données du patient terminée, l'opérateur lance la numérisation. Pour économiser les films utilisés par l'imprimante, il a recours à une astuce. Il demande à un collègue



Image 32 : L'ordinateur équipé du logiciel de traitement d'images, le scanner pour films analogiques et l'imprimante numérique du service de radiologie.
Crédits Image : Nicolas Mabillard

¹⁵² <http://www.jdhmedical.com/fisales.html>, consulté le 4 août 2014

¹⁵³ <http://www.mobile-cr.com/xray-accessories-and-radiology-supplies/x-ray-film-dry-printer-film/dryview-printer-5850-mammo>, consulté le 4 août 2014

d'insérer à la suite deux films au moment où il lance la numérisation. Dans un temps bien précis, le collègue insère les deux films à la suite pour que le scanner les numérise en même temps comme un seul et même cliché que le logiciel de traitement va automatiquement adapter à la taille des films contenus dans l'imprimante. Cela permet d'imprimer sur le même film deux examens et d'économiser sur les fournitures.

Le stade *cliché à développer*, comme les autres le précédant, peut donner naissance à des tensions au moment où deux TRM utilisent simultanément l'imprimante ou la chambre noire. Un nœud se crée à cette étape par moments car les TRM procédant à l'examen de "leurs" patients, bien qu'ils possèdent leurs films et leurs bulletins de demande d'examen séparés de la réserve officielle doivent utiliser ce matériel pour avancer dans leur démarche.¹⁵⁴ Finalement, une fois les clichés développés, ils sont donnés au patient pour qu'ils continuent leur parcours dans l'hôpital ou le TRM en charge de l'examen leur dit d'aller les remettre aux secrétaires du service si l'interprétation d'un radiologue est requise. Dans ce cas de figure, le patient devra revenir le lendemain pour obtenir son cliché interprété et pourra ensuite continuer son parcours dans l'hôpital.

Le stade *patient-élément du ratio mensuel entre films utilisés et films nécessaires* se déroule comme aux CUM mais le travail d'inscription des patients dans le registre du service met en relation les secrétaires et les TRM ou stagiaires TRM. Les informations inscrites dans le registre sont similaires à celles enregistrées aux CUM, le recours à l'inscription d'un numéro de téléphone mobile est systématique et permet d'atteindre un patient plus aisément que tous les autres éléments contenus dans le registre si nécessaire. Les secrétaires s'occupent d'inscrire au registre les patients qui ont laissé leurs clichés pour interprétation auprès d'un médecin radiologue. Elles doivent faire signer le registre à chaque patient venant retirer son cliché interprété. Pour les autres clichés, la majorité qui est directement remise au patient sans interprétation (radiographies de contrôle, lésion évidente à voir sur l'image...), les TRM ou les stagiaires sont chargés de les inscrire au registre eux-mêmes selon les données qu'ils exigent des patients et qui sont consignées sur l'un des trois feuillets composant le bulletin de demande d'examen à l'HCY. Une demande revient au médecin, deux copies carbonées y sont adjointes pour le registre et pour servir de reçu au patient. Tout passe par le format papier bien que le secrétariat du service dispose d'un ordinateur relié à Internet sur un total de quatre pour tout le service en comptant les deux adjoints aux appareils d'échographie et celui

¹⁵⁴ Toutes ces tensions sont tacites au service, elles ne se règlent pas mais s'adaptent les unes aux autres et complexifient le parcours du patient en créant d'étranges redondances, d'étranges nœuds qui pour ceux qui les mettent en place sont pourtant très clairs.

servant au traitement des images produites en salle B. L'ordinateur du secrétariat sert aux secrétaires à rédiger au propre les comptes-rendus d'examens d'échographie avant de les remettre au patient.

Le secteur du service de radiologie dédié à l'échographie a fait l'objet d'une observation de deux semaines trop courte pour pouvoir prétendre à l'analyse du travail des médecins en stages de formation et des médecins radiologues y travaillant. Certaines *coping strategies* et des données liées à l'organisation du travail sont néanmoins ressorties et permettent quelques observations. Au répertoire des adaptations pragmatiques à l'environnement camerounais s'inscrit tout d'abord l'économie totale effectuée sur tous les éléments de fourniture. Les draps d'examen sont changés pour chaque patient mais servent aussi à ce qu'ils s'essuient après un examen et pour essuyer les diverses sondes après utilisation. Lors d'examens nécessitant l'introduction d'une sonde par voie anale, les médecins demandent aux patients d'acheter des préservatifs pour servir de gaines de protection à usage unique. Cette adaptation répond au fait que les gaines coûtent bien plus cher à l'achat que les préservatifs, qu'elles sont plus difficiles à trouver en pharmacie et que les patients doivent les acheter eux-mêmes. Ce type d'examens lorsqu'ils sont pratiqués sur des hommes renvoie à la problématique du rapport entre la société camerounaise et l'homosexualité. Dans deux cas observés, les hommes dont l'examen de la prostate requérait l'introduction d'une sonde par voie anale ont demandé au médecin en charge de l'examen de les rassurer sur le fait qu'ils ne parleraient pas de l'examen à autrui. L'homosexualité étant un sujet sulfureux actuellement au Cameroun, ils voulaient probablement exprimer une forme de honte envers leurs principes tout en affirmant la nécessité dans laquelle ils se trouvaient de les trahir pour des raisons thérapeutiques. Ladô a déjà décrit les nuances de la problématique de l'homosexualité au Cameroun et elles ne trouvent dans ce cas précis qu'une forme d'expression.¹⁵⁵ Le stock de gel à destination des patients pour les ultrasons est aussi un enjeu. Les deux salles équipées d'un échographe ne disposent souvent pas d'assez de gel pour chacune d'entre elles et le tube en contenant voyage par l'intermédiaire des médecins d'une salle à l'autre en fonction des besoins. Tout fait l'objet d'une économie des moyens jusqu'aux stylos à disposition dans le service qui manquent et donnent lieu à des plaintes sur fond d'humour parmi les médecins (un stylo-bille coûte entre 100 et 400 FCFA pour les modèles courants à Yaoundé). Durant la durée de l'observation, rares ont été les examens pratiqués par les membres résidents du service formés à la tâche. Ce sont les quatre médecins en stage de formation qui s'en occupaient dans la grande majorité des cas. Ils s'en plaignent

¹⁵⁵ LADÔ Ludovic, *L'homophobie populaire au Cameroun*, In : Cahiers d'études africaines, 2011/4 N° 204, p. 921-944

discrètement, à raison puisqu'ils sont censés apprendre l'échographie et non pas la pratiquer sans contrôle de quiconque. Mais ils tolèrent la situation en tant qu'elle peut leur apporter un savoir-faire supplémentaire et aucune revendication n'a eu lieu devant la direction ou les médecins radiologues résidents. Cela ne signifie bien entendu pas que ces derniers ignorent la question, bien au contraire. Pour remédier au manque d'encadrement, les quatre médecins en stage s'organisent entre eux, l'un a une tablette et peut consulter les livres donnant les instructions pour tel ou tel examen difficile ou rare et les communique à son collègue qui fait l'examen. Dans un autre type de cas de figure, plusieurs médecins en stage se concertent pendant l'examen pour trouver une manière d'aider le collègue ne connaissant pas exactement quoi faire avec son patient. Et si le directeur venait à entrer dans la salle d'examen pour en pratiquer un ou pour contrôler le travail, il s'agit de montrer que l'on connaît bien la théorie devant lui et d'accepter les inévitables brimades qu'il fera à l'encontre qui d'une mauvaise réponse à une de ses questions, qui d'un geste ne respectant pas la procédure standard de travail alors que personne n'a été là pour l'apprendre aux stagiaires. Ici comme aux CUM, les apparences doivent être sauvegardées, les status et les capacités se mélangent et font de l'acte pédagogique une chose que l'on mérite et non pas une chose que l'on reçoit dans le cadre du stage. Pour conclure, il faut ajouter que l'organisation du passage des patients se fait par l'un des médecins radiologues dès son arrivée au service durant la matinée, entre 7h et 7h30 durant l'observation. Il décide du nombre d'échographies qui pourront être effectuées durant une journée de travail dans les deux salles en fonction du temps nécessaire pour les examens qui doivent être effectués. Une fois le nombre des patients déterminé (entre 15 et 20 par jour), la secrétaire chargée de l'accueil distribue les ordres de passage. Le jeu des bulletins de demandes d'examens mis en priorité par rapport à d'autres existe en échographie comme en radiographie mais le nombre de cas est beaucoup plus restreint.

18. Difficultés de la maintenance et solutions pragmatiques

Les difficultés du service de maintenance de l'HCY en lien avec le service de radiologie relèvent tout d'abord de l'absence de formation camerounaise adéquate tant dans le secteur public que privé. Les appareils de radiographie sont à l'HCY comme dans de nombreux autres hôpitaux le résultat de dons qui se limitent au matériel et à une formation à son utilisation standard durant par leurs futurs opérateurs pendant quelques mois.¹⁵⁶ La maintenance est une donnée qui n'est pas concrètement

¹⁵⁶ Cette affirmation semble possible étant donné que l'HCY est l'un des hôpitaux de référence du Cameroun, il est ainsi représentatif de ce qui peut se passer de mieux dans le pays à l'exception du domaine confessionnel et privé.

prise en compte dans ce processus. La direction de l'HCY doit donc approuver les demandes de contrats de maintenances avec des spécialistes envoyés par les constructeurs des appareils en place au service de radiologie. Ces contrats ne sont pas renouvelés mais permettaient jusqu'en 2013 à un spécialiste français de procéder à une maintenance routinière en collaboration avec le service de maintenance et la maison-mère du constructeur en Europe. Cette personne n'ayant pas obtenu de budget pour un renouvellement de contrat, il n'est plus à l'HCY aujourd'hui. Les prix de chaque acte de maintenance sont extrêmement élevés selon le responsable du service de maintenance de l'HCY. Il ajoute que la direction de l'hôpital ne comprend pas forcément l'intérêt de débloquer une grande somme pour une maintenance alors qu'elle n'apporte rien de plus au service, elle ne fait que le maintenir en place tel qu'il est. Il continue en affirmant que tout déblocage de fonds dépassant les 200'000 FCFA (les fonds nécessaires pour engager un spécialiste expatrié sont largement supérieurs) fait entrer la demande dans un procédé administratif doublé d'un contrôle très strict. Cela aurait pour effet d'effrayer la direction qui aurait peur de débloquer ces sommes par crainte d'un potentiel détournement de fonds qui retomberait inmanquablement sous sa responsabilité. Le service de maintenance se trouve alors dans une situation où le démontage, le dépoussiérage et le nettoyage des pièces selon les méthodes apprises auprès du spécialiste de la maintenance français sont les seules options d'action réellement envisageables. Toute correction d'erreur informatique ou du dysfonctionnement d'une pièce ne peut donc pas être effectué faute de connaissances et de budget pour engager un spécialiste expatrié. Dans cette situation loin d'être la plus difficile de l'histoire du HCY¹⁵⁷, la tension est forte entre les TRM et le service de maintenance. Les TRM se plaignent de n'avoir pas de matériel approprié pour faire leur travail et font échoir la responsabilité de la chose au service de maintenance qui finalement n'y est pour pas grand chose. Lorsqu'une machine ne fonctionne plus, elle reste donc à sa place en attente d'une hypothétique réparation dépendant d'un hypothétique budget débloquent par le directeur de l'HCY. Mais avant de déclarer une machine hors d'usage, toute l'inventivité des *coping strategies* vient palier au plus pressant.

Certains problèmes informatiques ont néanmoins été résolus durant la période d'observation. La connexion entre l'ordinateur situé en salle B et l'imprimante a cessé de fonctionner. Ce n'était pas la première fois que ce problème particulier arrivait et une parade devenue habituelle a été déployée. Un TRM a appelé un informaticien n'exerçant pas dans l'enceinte de l'HCY pour qu'il s'occupe du problème. L'informaticien est venu et comme il en a l'habitude selon ses propres dires,

¹⁵⁷ Le château d'eau et la tuyauterie ont eu de graves problèmes, voir http://www.bonaberi.com/ar.yaounde_pourquoi_il_n_y_a_pas_d_eau_a_l_hopital_central_6459.html, consulté le 4 août 2014

a été payé directement par le TRM pour son travail qui n'a donc fait l'objet d'aucune demande officielle mais a été très efficace. Une demi-journée de clichés semi-numériques perdue seulement. Cet informaticien explique que c'est une méthode d'agir qui répond au fait que l'HCY ne veut pas l'engager sous contrat et ne débloque pas le budget nécessaire pour son travail alors que la demande a été faite il y a quelques années. Durant la période où le spécialiste français fréquentait encore le service de radiologie, il payait aussi ces services avec le TRM.

19. Où vont les radiographies lorsqu'elles sortent de l'hôpital ?

La question des chemins qu'empruntent les clichés une fois délivrés aux patients est pertinente à deux égards. Tout d'abord parce qu'elle soulève la problématique de l'archivage des radiographies et ensuite parce qu'elle sert de porte d'entrée à une définition camerounaise, peut-être aussi d'Afrique subsaharienne, du domaine médical ou de ce que Latour appelle le "mode d'existence"¹⁵⁸ médical du point de vue des patients. Dans une lecture du parcours thérapeutique du patient volontairement bornée à ses passages en milieu hospitalier, ce dernier doit garder en sa possession les clichés radiographiques. Si un médecin voulait se renseigner sur son passé médical, il devrait pouvoir le faire en consultant son carnet médical mais les patients en ont parfois plusieurs, associant un carnet à un hôpital ou à un médecin ou s'en débarrassant une fois soignés comme le note Hours.¹⁵⁹ Alors il reste à espérer que le patient qui vient se plaindre des poumons et crache du sang depuis quelques jours dispose encore de son cliché pris il y a deux ans. Dans de nombreux cas, le médecin n'a ni accès au carnet du patient ni aux clichés que ce dernier aurait du garder. Le patient n'a pas forcément trouvé utile de conserver cet objet. En l'absence de ces deux éléments absolument nécessaires, le médecin peut baisser les bras ou s'énerver contre le patient mais procédera à un nouvel examen pour essayer de reconstituer par quelques questions un passé médical disparu. Faudrait-il alors que le médecin explique à chaque patient qu'il doit garder son carnet ou que s'il ne les a déjà plus, il lui faut au moins conserver ses radiographies ? Les médecins observés se plaignent du manque de rigueur des patients mais ne leur disent pas comment agir. Ils n'envisagent probablement pas leur métier comme pédagogique mais plutôt comme très strictement technique ou encore comme une carrière mettant en jeu un échange d'argent pour un service. De son côté, le patient attend une aide charitable tant basée sur la longue tradition médicale

¹⁵⁸ Pour une définition abrégée de ce qu'est un "mode d'existence" selon Latour, voir <http://www.modesofexistence.org/>, consulté le 4 août 2014

¹⁵⁹ Des situations similaires à celles observées par l'auteur ressortent des données de terrain. HOURS Bernard, *L'État sorcier, santé publique et Société au Cameroun*, L'Harmattan, Paris, 1985, pp. 24-25

confessionnelle que sur un ancien modèle d'État-providence. Il ne pense pas initialement être dans un processus d'échange.¹⁶⁰ Pourtant il faut négocier. L'absence d'archivage des clichés, qu'ils soient produits avec une méthode analogique qui requiert un système d'archivage fonctionnel ou parce que les clichés semi-numériques archivés par un ordinateur le sont de manière locale, et non en réseau, amène cette solution bâtarde à perdurer. En effet, à quoi bon posséder un système d'archivage informatisé s'il n'existe qu'au poste de travail où les archives sont créées. La situation actuelle protège formellement la réputation des hôpitaux, elle ne les engage pas à être responsables du bon archivage des clichés. C'est donc un pis-aller devenu une norme au fil du temps à laquelle les patients ne s'habituent jamais totalement mais qu'ils apprennent à anticiper lorsque cela est possible.¹⁶¹ Un des modes d'anticipation possible se trouve dans le recours à d'autres thérapeutes que ceux qui travaillent à l'hôpital.

Toutes les radiographies ne servent pas dans le cadre d'un parcours thérapeutique restreint à l'hôpital. En ville comme au village se trouvent d'autres spécialistes du traitement des fractures que les patients considèrent sur un même plan lorsqu'ils doivent se soigner. Les "masseurs" de la région de l'Ouest, des *mbembela*, faiseurs de remèdes qui peuvent se spécialiser dans l'acquisition d'un savoir thérapeutique comme la guérison des "cassures", *mbáp* ou *mbúgì* chez les Yanda de la région du Centre, sont nombreux. Ils ne sont pas les seuls tenants de ces savoirs empiriques édifiés "sur des mythes, des croyances et des rituels thérapeutiques desquels [ils tirent leur] substance et [leur] efficacité symbolique qui transcendent la simple expérience médicale, s'inscrit dans le grand répertoire des médecines et guérisons traditionnelles."¹⁶² Les *ngengan*, contre-sorciers craints et respectés dont le nom dérive de *ngan*, pouvoir occulte¹⁶³ sont aussi remis en cause par les médecins

¹⁶⁰ Olivier de Sardan a déjà amené des éléments d'analyse en Afrique de l'Ouest pour comprendre pourquoi l'hôpital n'est pas un lieu de la "charité". OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, *Pourquoi le malade anonyme est-il si « mal traité » ?*, In : JAFFRÉ Y. & OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dir.), *Une médecine inhospitalière, Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, APAD - Karthala, Paris, 2003, pp. 284-285

¹⁶¹ La manière dont les patients se préparent à l'accueil à l'hôpital est un processus profondément déséquilibré. Si les patients savent à quoi s'attendre et se préparent au pire, cela ne signifie pas qu'ils aient les moyens effectifs de le faire. Il n'est ainsi pas rare de voir devant l'entrée du service des urgences de l'HCY des familles désœuvrées criant et pleurant la mort annoncée d'un proche pour tenter de s'attirer une potentielle aide providentielle. De manière pragmatique et quelque peu défaitiste, un médecin des CUM explique par exemple que si la famille d'un patient n'a pas les moyens financiers de payer une opération, "il faut mettre la malade sur la table d'opération pour qu'ils trouvent l'argent." Cela signifie la contraction de dettes auprès de la famille ou d'amis qui pourront briser la vie de celui qui emprunte tout comme celle du patient une fois guéri. L'anthropologue ayant lui-même contribué à payer pour l'opération d'un accidenté de la route, il a pu saisir les craintes qui découlaient du fait qu'il ait donné de l'argent à la famille de l'accidenté. Les gens s'attendaient à ce qu'il réclame quelque chose en échange et restaient ainsi très discrets, affirmant même : "un blanc ne donne jamais sans chercher quelque chose en retour."

¹⁶² Difficile de qualifier avec justesse ces recours thérapeutiques "traditionnels" sans l'aide d'une jeune anthropologie camerounaise qui n'a pas à se gêner pour la délimiter puisqu'elle lui est intimement connue. Concernant les Yanda en particulier, la lecture du mémoire de licence de Ndjalla donne des repères sûrs. Voir NDJALLA Alexandre, *Ethnologie du //mbáp / mbúgì // ou « massage des cassures » chez les Yanda du Cameroun*, inédit, 2012, mémoire de licence du département d'anthropologie de l'Université de Yaoundé I, pp. III-IV

¹⁶³ MONTEILLET Nicolas, *Médecine et sociétés secrètes au Cameroun*, L'Harmattan, Paris, 2006, page 21

et soignent aussi dans certaines circonstances les fractures tout comme le font certains prêtres qui guérissent en passant par le subtil mélange entre connaissances empruntées à une tradition thérapeutique acquise au village, par un membre de la famille, en pratiquant ou en payant, ou une autre acquise par la lecture du Coran ou de la Bible, par des connaissances médicales superficielles ou un recours à la capacité d'invoquer des miracles des fois musulmanes ou chrétiennes. Tous les "masseurs" n'utilisent pas les radiographies pour leur travail mais nombreux sont ceux qui le font. Trois masseurs ont été interrogés dans la région du Centre et un de la région de l'Ouest a été observé en plein travail. Il ne sera pas ici question d'arpenter ces sentiers sinueux et exotiques d'une anthropologie cherchant à tirer des liens arbitraires entre une tradition africaine et une modernité africaine qui de toute manière se mêlent dans les faits et ne sont en opposition qu'à titre purement intellectuel ou politique.¹⁶⁴ La radiographie sert au "masseur" pour préciser la manière dont il va travailler. Plusieurs techniques existent et aucune généralisation n'est ici possible, certains soignent les fractures par imposition des mains, d'autres en brisant la patte d'un poulet pour la soigner et voir le patient guérir en même temps et d'autres massent à l'aide de divers attributs protégeant des usages néfastes de l'*evú* comme des écorces ou des cendres. Chaque région a ses propres traditions en matière de fracture. Le "masseur" Alexis Djikang¹⁶⁵, officiant au village de Kekem dans la région de l'Ouest donne un excellent aperçu du métissage entre médecine dite moderne et médecine dite traditionnelle en lien avec la radiographie.

Ce *mbembela* qui laisse volontiers le doute planer sur le fait qu'il serait un *ngengan* possède sa "clinique" au village et passe chaque semaine à l'hôpital de district de Kekem où il est intégré (c.f. Image 33). Il tient un registre au format papier très semblable à ceux se trouvant aux CUM ou à l'HCY puisqu'il a implémenté le recours à cette méthode sous l'impulsion de l'hôpital de district de la ville qui lui envoie chaque mois un représentant pour le suivi des patients qu'il traite sur prescription d'un médecin. Cette intégration n'est pas officielle mais répond pragmatiquement aux manques de matériel et de médecins formés à la chirurgie de l'hôpital de district. Les patients disent venir le voir par manque de moyens financiers, ils n'ont pas de quoi se payer le séjour à l'hôpital. Beaucoup ajoutent qu'ils ne sont pas certains que ce recours soit meilleur pour deux raisons. La première est le temps. Le temps passé en convalescence est effectivement envisagé comme un

¹⁶⁴ De nombreux auteurs convergent à montrer que les questions liées à l'*evú* (occulte, invisible, arrière-monde parfois associé à sorcellerie) ne sont pas liées à la radiographie pour la majorité des patients qui y voient "la magie du blanc", c'est à dire une forme d'efficacité plutôt qu'un pouvoir d'ordre magique. La technique radiographique est parfois comparée à la divination pratiquée par les *ngengan* comme le montre Monteillet mais les patients ne mettent pas ces deux techniques sur un plan équivalent. voir MONTEILLET Nicolas, *Médecine et sociétés secrètes au Cameroun*, L'Harmattan, Paris, 2006, page 130-131; MONTEILLET Nicolas, *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun, Crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*, Karthala, Paris, 2005, page 141; HOURS Bernard, *L'État sorcier, santé publique et Société au Cameroun*, L'Harmattan, Paris, 1985, page 77

¹⁶⁵ Il a voulu que son nom figure dans ce mémoire.

temps de travail perdu puisqu'aucune des personnes interrogées ne dispose d'une assurance couvrant les dépenses liées à la maladie ou à des accidents du travail. Pour rappel, moins de 1% de la population camerounaise dispose de ce type d'assurance.¹⁶⁶ Chaque jour passé à se remettre d'une fracture est un jour sans salaire. La seconde est d'ordre financière. Les patients s'en sortent à moindre coût lorsqu'ils se soignent chez Djikang. Ce dernier a une pratique tarifaire adaptée à l'environnement local. Pas de liste de prix fixes chez lui, la règle qu'il énonce à chaque patient lorsqu'il l'accueille est qu'il doit "donner selon son cœur." Bien entendu, cette mansuétude peut se



Image 33 : Maison de Djikang, la "clinique" où il accueille ses patients dans une aile aménagée à cet effet.
Crédits Image : Nicolas Mabillard

chiffrer et le *mbembela* s'attend au minimum à recevoir 1500 FCFA par jour ou par session de travail. Il ne le mentionne pas au patient, c'est à lui de savoir demander aux bonnes personnes situées dans son entourage pour se faire une idée du prix qu'il devra payer tant en fonction de son status social que de l'état de ses comptes personnels et de l'estimation de la valeur du service rendu. Cette situation floue est parfaitement normale pour les patients, ils y sont habitués. Les actes chirurgicaux peuvent facilement monter jusqu'à 150'000 FCFA en milieu hospitalier et requièrent une période de convalescence considérée par les patients interrogés à Kekem comme trop longue. Djikang travaille très tôt le matin aux heures où les esprits néfastes se reposent, à partir de 4h et jusqu'à 11h. Son après-midi est consacrée aux visites en moto qu'il fait aux patients qui veulent rester chez eux et ses soirées sont libres pour d'autres activités.

Djikang utilise les clichés radiographiques pour s'aider à positionner ses mains avec précision sur l'endroit où le patient est blessé. Il n'exige pas des patients qu'ils aient avec eux un cliché, d'autres le font comme le "masseur" de Bentoum, autre village de la région de l'Ouest. Son initiation lui permet de savoir où positionner ses deux mains pour le massage sans radiographie mais il préfère en

¹⁶⁶ NKOA F, ONGOLO-ZOGO P, *Accélérer l'adhésion aux mutuelles de santé au Cameroun*, Yaoundé: Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé - CDBPSH, 2009

avoir à disposition. Les patients qui viennent le voir avec un cliché le font en sachant qu'il saura les utiliser et pour mettre toutes les chances de guérir de leur côté. Le prix d'une radiographie n'excédant pas un maximum de 10'000 FCFA, elles restent raisonnablement abordables. Djikang a reçu sa connaissance des "cassures" de sa grand-mère maternelle, il n'a pas été le seul à être initié, son frère l'a aussi été, mais il a été désigné comme celui qui pourrait exercer "car il a un bon cœur" selon ce dernier. L'initiation comprend deux pans majeurs, l'un est constitué de l'apprentissage des techniques d'imposition des mains et de massage, l'autre est constitué de l'apprentissage à trouver l'endroit gardé secret où trouver les écorces qui interviennent à la fin du traitement et qui ont des vertus protectrices. Dès l'enfance, la mère des deux frères a jaugé leur intérêt pour le traitement des "cassures". Elle les a formé tout d'abord en leur donnant des petites tâches à effectuer qui n'étaient pas explicitement liées au savoir thérapeutique enseigné pour les deux enfants. Elle leur demandait par exemple d'aller chercher certaines plantes en forêt ou de poser la main sur le membre soigné d'un patient. Plus tard, elle a commencé à les faire travailler sur la guérison de patients souffrant de petites blessures, elle ne se risquerait qu'après plusieurs années d'entraînement et d'observation à confier des cas plus difficiles pour finalement terminer l'initiation et confier le don, la permission, de guérir à Alexis seulement. Il aura fallu sept ans pour en arriver là et presque dix ans de pratique quotidienne pour que la "clinique" de Djikang soit connue comme elle l'est aujourd'hui. C'est ainsi qu'il se vante d'avoir suivi une formation aussi longue que celle d'un médecin et qu'il revendique d'être pris autant au sérieux que ces autres tenants des parcours thérapeutiques au Cameroun.

Djikang travaille donc à l'aide des clichés s'ils sont disponibles et y ajoute, plutôt à destination du patient que pour savoir se repérer dit-il, un poster collé au mur de la salle où il accueille tous ses patients sur lequel se trouve l'image d'un squelette humain avec le nom des divers os. Lorsqu'il regarde une cliché radiographique, il y voit cinq types de "cassures" différentes correspondant à autant de types de traitement (c.f. Image 34). Le premier type, "le chevauchement", apparaît quand



Image 34 : Le "chevauchement" et le "débris d'os" soignés par Djikang.
Crédits image : Nicolas Mabillard

“les deux parties de l’os fracturé se croisent.” En conséquence, il “tire pour ressouder les deux parties.” Le second type, le “débris d’os”, se caractérise par l’émiettement d’une partie d’un os. Il le traite en massant le membre cassé pour consolider l’os. Le troisième type, “la fracture bois vert”, est la plus facile à soigner selon le *mbembela*. Il s’agit d’une “fracture où l’os a une fissure nette” (lors d’une fracture de la clavicule par exemple). Il la soigne en massant l’os qu’il entoure d’un bandage en tissu accompagné de tiges de bambou pour maintenir le membre. Le quatrième type, la “luxation”¹⁶⁷ se repère lorsque l’os est sorti de “sa boîte” (lorsque la tête d’articulation sort de sa place normale). Là encore, l’utilisation conjointe de massages et de prothèses artisanales faites de tiges de bambou sert de traitement. Le cinquième type, “l’entorse”, se repère lorsque “les ligaments sont froissés”. Djikang demande aux patients à qui il diagnostique ce problème de rester au lit tout en procédant à des massages trois fois par semaine, puis après quelques jours et en fonction de son avis, de recommencer à marcher progressivement. Il a systématiquement recours aux garde-malades qui sont présents autour des malades pour l’aider à les soigner. Chaque matin, il lance les bandelettes servant à entourer et à maintenir le membre blessé des patients à plusieurs garde-malades qui s’occupent en silence de les enrouler pour qu’il puisse travailler plus rapidement. Il ne parle pas beaucoup, n’explique pas ce qu’il faut faire, le contexte et l’exemple des autres doit servir de mode d’emploi tacite. Ce bref passage en revue du travail de Djikang ajoute à la compréhension du parcours thérapeutique d’un patient et à sa difficulté à savoir que choisir pour se soigner. Il est basé sur les explications immanquablement insuffisantes du “masseur”, pas parce qu’elles ne sont pas authentiques mais parce qu’il n’a pas appris à traiter des “cassures” ainsi, il a appris par la pratique, à sentir avec ses mains les fractures, à les appréhender cognitivement et non à les penser d’abord pour appliquer ce savoir en pratique par la suite. Un patient, lorsqu’il décide d’avoir recours à une manière de se soigner plutôt qu’une autre, doit donc lui aussi faire appel à plusieurs registres de lecture de l’efficacité d’une ou l’autre des offres qu’il a devant lui. L’efficacité n’est d’ailleurs pas un critère similaire à l’hôpital et auprès d’un *mbembela*, d’un *ngengan* ou d’un prêtre.¹⁶⁸ Chaque spécialiste amène une différente approche des soins qui n’est pas complémentaire, pas pensée comme un tout mais plusieurs possibilités qui s’offrent à un malade et se concurrencent.

¹⁶⁷ Le terme est ici entre guillemets car la définition de Djikang ne correspond pas à la définition médicale du terme.

¹⁶⁸ Pour une proposition très intéressante de mesurer la fiabilité d’un *ngengan* par exemple, voir De Rosny à propos des *nganga*. Cette lecture éclaire tant les mesures simples qui pourraient être entreprises que la réticence renouvelée chaque année par le gouvernement camerounais d’intégrer réellement les diverses thérapeutiques au Cameroun. DE ROSNY Éric, *L’Afrique des guérisons*, Karthala, Paris, 1992, pp. 52-54

20. Conclusion - En cachette aux yeux de tous

Le malade qui doit recourir à la radiographie au Cameroun peut consulter trois spécialistes se partageant de manière non coordonnée par l'État, mais pourtant relativement évidente dans les faits, le marché thérapeutique. Une démarche thérapeutique complète se constitue souvent d'un mélange des apports de l'un de ces trois possibles. L'hôpital tout d'abord, et son service de radiologie peut être un recours, pour un prix considéré comme élevé et dans un temps peu compatible au rythme de travail d'un salarié journalier ne disposant pas d'une assurance en cas de maladie. C'est un recours qui demandera à beaucoup de camerounais de s'endetter auprès de la famille ou d'amis proches puisque ni l'hôpital ni l'État ne prêtent plus d'argent pour les soins en établissements hospitaliers. L'efficacité d'un service de radiologie n'étant pas garantie, le patient devra alors se fier aux recommandations de ses proches ou à la réputation d'un établissement pour choisir. Un hôpital public aura généralement une moins bonne aura qu'un établissement confessionnel ou privé. Ces données sont fluctuantes et difficilement fiables, sans penser même à la qualité de travail du chirurgien responsable d'opérer le problème diagnostiqué par l'intermédiaire de la radiographie. Le patient commencera ainsi sa démarche avec à l'esprit la possibilité qu'on lui demande de payer s'il doit être opéré d'urgence pour pouvoir être reçu plus rapidement, la certitude qu'il devra payer et trouver les médicaments ou les produits servant à sa radiographie s'ils sont nécessaires et le soupçon que le matériel pourrait être défectueux lors de son passage. Il faut ajouter à cela que l'accueil à l'hôpital se borne à nier l'existence et la nécessité des garde-malades officiellement et qu'ils sont donc intégrés par la petite porte, en cachette aux yeux de tous. Ceci dit, le matériel dont dispose l'hôpital, s'il fonctionnait correctement, serait un gage important d'efficacité. Qui plus est, la médecine conventionnelle peut faire des miracles dépassant les possibilités offertes par les diverses autres possibilités.

Ensuite, en fonction de l'état de ses finances, de l'estimation de la gravité de sa blessure mais aussi du temps qu'il estime possible de passer au repos sans travailler, le patient pourra avoir recours aux services d'un *mbembela* spécialisé dans le traitement des fractures, le "masseur". Ce dernier peut s'occuper de soigner des maux bénins lorsqu'il n'y a pas d'urgence. Il s'adapte aux ressources financières de chacun avec une certaine flexibilité, il est même possible de le rétribuer avec d'autres choses que de l'argent dans certains villages encore fidèles à une certaine tradition d'entraide camerounaise. Les garde-malades y sont attendus et ont la place qui leur est due, assis aux chevets du patient à parler de tout et de rien et à aider à sa guérison. Cependant, il faut accepter le risque

que la blessure ne soit pas bien soignée, le doute plane sur la réelle capacité de soigner de ces figures pourtant bien connues. Ont-ils un pouvoir en plus de leur connaissance ? Dans ce cas, peut-on se fier à ce pouvoir, n'y aurait-il pas dans cette pratique un peu de sorcellerie, une utilisation de l'*evú*¹⁶⁹ néfaste ? Le message relayé à la mosquée ou à l'église renforce cette méfiance dans bien des cas. Pour s'assurer de ne pas mal tomber, le patient aura si possible recours à un *mbembela* de son village, de son quartier, une personne qu'il connaît. Là encore, difficile de penser que ce critère de sélection soit approprié pour choisir qui soignera le mieux.

Finalement, il sera possible d'avoir recours aux services d'un *ngengan*. Ce contre-sorcier, au contact avec l'*evú*, l'arrière-monde ou l'invisible, peut opérer à deux niveaux distincts. Sa connaissance des plantes et de la pharmacopée "traditionnelle" reçue par une initiation secrète lui confère un savoir lié aux plantes qui suffira, comme suffirait le travail d'un bon *mbembela*, à s'occuper de problèmes bénins. Des critères similaires à ceux présidant au choix d'un *mbembela* seront donc mis à contribution. Si la maladie persiste, s'il s'agit par exemple d'un problème de fertilité chez la femme comme chez l'homme qu'une hystérogaphie ou une urographie, aux yeux des patients, pourrait déceler avec le concours de l'interprétation d'un médecin, le *ngengan* est encore un recours possible. Mais son prix est élevé pour détecter et guérir de tels problèmes.¹⁷⁰ Il faudra compter autant d'argent pour aller à l'hôpital que chez lui pour les interventions les plus onéreuses. Et surtout l'hôpital ne peut pas s'occuper des problèmes de sorcellerie, c'est au *ngengan* de le faire. L'intégration de la famille est chez le *ngengan* bien particulière, elle fait appel à de vieilles habitudes que les jeunes de la ville oublient parfois, il faut croire en son acte thérapeutique collectivement pour qu'il puisse prendre forme, se réaliser.¹⁷¹ Mais avant d'être certain d'avoir affaire à la manipulation de l'*evú*, combien de tentatives de guérisons à l'hôpital ou chez le *mbembela* auront dû échouer ? À l'inverse, quand renoncer à aller se faire traiter pour un problème occulte alors que chaque nouveau *ngengan* consulté a une interprétation légèrement différente des mêmes symptômes et de la solution à y apporter, quand renoncer et aller à l'hôpital ?

¹⁶⁹ La notion d'*evú* a fait l'objet d'un grand intérêt de la part de l'ethnologie et plus récemment de l'anthropologie. Pour cerner avec précision les nombreuses nuances que revêt ce terme et les réalités qu'il met en jeu au Cameroun, voir entre autres, LABURTHER-TOLRA Philippe, *Initiations et sociétés secrètes au Cameroun, essai sur la religion Beti*, Karthala, Paris, 1985; MALLART-GUIMERA Louis, *Ni dos, ni ventre : religion, magie et sorcellerie Evuzok*, Publications du laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative, Université de Paris X, Sociétés africaines, 1981; DE ROSNY Eric, *Les yeux de ma chèvre, sur les pas des maîtres de la nuit en pays de Douala (Cameroun)*, Plon, Paris, 2001; MONTEILLET Nicolas, *Médecine et sociétés secrètes au Cameroun*, L'Harmattan, Paris, 2006.

¹⁷⁰ Le travail d'un *ngengan* ne s'arrête pas aux problèmes de stérilisés, l'exemple est pris ici car il a un lien direct avec le sujet de l'analyse.

¹⁷¹ DE ROSNY Éric, *L'Afrique des guérisons*, Karthala, Paris, 1992, pp. 32-35

Ces trois options forment les parties modulables du parcours thérapeutique d'un patient qui pourra avoir recours à la radiographie. Chacune de ces parties est capable de contredire l'autre jusqu'à de potentielles funestes conséquences. Même si un patient dispose de son carnet de santé lors de son passage à l'hôpital, il n'aura certainement pas fait inscrire au *mbembela* qu'il a consulté la composition de son remède, il n'aura certainement pas fait inscrire au *ngengan* quelles ont été les plantes ayant servi suite au rituel d'ablution qu'il aura suivi et il n'aura certainement pas fait inscrire au pharmacien exerçant illégalement dans la rue les médicaments qu'il prend pour soulager un mal de dos. Tous ces facteurs font que les carnets perdent de leur valeur et qu'avec le temps les patients n'en comprennent plus l'utilité, tout au plus recevront-ils une brimade lors de la prochaine visite à un médecin. Les tentatives du gouvernement camerounais, élite aristocratique s'il en est, passent par des rapports chiffrés ne laissant que très peu de place aux difficultés réelles ou concrètes des malades. Depuis plusieurs décennies il dit s'intéresser à l'intégration des médecines dites traditionnelles à la médecine conventionnelle.¹⁷² Pourtant cette intention ne semble pas se concrétiser. Il existe un institut procédant au recensement, au catalogage et à la création de pommades basées sur des recettes dites traditionnelles, l'Institut de recherches Médicales et d'études des Plantes Médicinales (IMPM).¹⁷³ Celui-ci demande aux divers *mbembela* ou *ngengan* de s'inscrire et de partager sur base volontaire leurs recettes pour qu'elles soient analysées en laboratoire et raffinées pour devenir des produits sans risques pour le public. Cette méthode qui a le mérite d'exister, pose un problème que tout camerounais connaît, ces recettes permettent à ceux qui les concoctent de vivre et ils sont ainsi réticents à partager ce qu'ils considèrent comme un secret, à titre personnel ou par tradition initiatique. Il existe aussi un ministre spécialement nommé au MINSANTE pour traiter des opportunités d'intégration des diverses tradipratiques et de la médecine conventionnelle. La seconde décennie de la médecine traditionnelle africaine a commencé en 2012 et aucune mesure concrète n'a encore été prise, seule la loi a changé sans qu'il existe le tissu humain nécessaire pour la réifier.¹⁷⁴ Les élites formées à l'étranger, en France ou ailleurs, voient d'un mauvais œil cette intégration dans les hôpitaux, bien qu'elle se passe de manière discrète mais pourtant évidente dans la pratique comme à Kekem.¹⁷⁵

¹⁷² *Idem*, page 21

¹⁷³ <http://www.minresi.net/minresi/index2.php?cat=impm>, consulté le 4 août 2014

¹⁷⁴ http://www.diasporaction.com/index.php?option=com_content&view=article&id=7756:10eme-journee-africaine-de-la-medecine-traditionnelle-donner-plus-de-visibilite-aux-tradipraticiens&catid=6:categories-sante&Itemid=8, consulté le 4 août 2014

¹⁷⁵ http://www.bonaberi.com/ar,la_medecine_traditionnelle_la_plus_utilisee,4904.html, consulté le 4 août 2014

Pour conclure plus précisément sur la radiographie, il ressort de cette analyse que ses difficultés actuelles sont en partie résolues par des petites adaptations quotidiennes intégrées au travail et susceptibles de changer dans chaque hôpital. Elles sont en partie liées à des problèmes d'ordre organisationnels plus importants et que de petites adaptations ne peuvent qu'atténuer. Les difficultés mineures les problèmes de gestion des archives, le manquement au respect des consignes de base en matière de radioprotection telles qu'édictées par la loi camerounaise, le manque de clarté du personnel dans l'accueil en salle des garde-malades par exemple, pourraient trouver des solutions administratives ou relevant de la gestion du personnel. Mais comment espérer instaurer une discipline acceptée par le personnel si le matériel à disposition contredit ces principes, si les salaires sont si bas que "ne pas ramasser l'argent qui tombe par terre c'est se créer ses propres problèmes" comme le disait un stagiaire de passage à l'HCY. Et ainsi apparaissent inévitablement dans de nombreux domaines les problèmes que la focalisation sur l'amélioration d'un service d'imagerie médicale fait émerger de plus important. La corruption, aussi vite justifiée que condamnée, ne s'arrête pas au service de radiologie, elle demanderait de remettre en question l'organisation d'un hôpital en commençant par le haut. Les défauts des services de maintenance, notamment l'absence de formation du personnel chargé d'exécuter cette tâche, ne dépendent pas seulement de l'hôpital mais des formations universitaires camerounaises qui elles aussi ont leurs propres problèmes, leurs logiques de fonctionnement propres entre légalité et pratiques tacitement tolérées. Les coûts très élevés liés à la maintenance pour un hôpital camerounais sont aussi une barrière évidente et constitue encore un exemple des liens qu'entretiennent des problèmes médicaux avec des domaines politiques et financiers. Accepter cette réalité revient à accepter qu'un projet visant à améliorer la situation d'un service de radiographie prendra des chemins inattendus mais correspondant à la réalité camerounaise, une réalité peu institutionnalisée et où les risques encourus le sont parfois sans connaissance complète et claire, tout est question de résultat, d'efficacité sur le court terme, de coup d'éclat.

Bibliographie

Ouvrages imprimés :

- BIERSCHENK Thomas, CHAUVEAU Jean-Pierre, OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre
2000. *Courtiers en développement, les villages africains en quête de développement*. Paris : Karthala. 328 p.
- D. MOORE Adrian et W. ALSOP Chrissie [et al.]
2005. *Clark's positioning in radiography (12th edition)*. Londres : Hodder Arnold, 517 p.
- DARSES Françoise & DE MONTMOLLIN Maurice
2012. *L'ergonomie*. Paris : La Découverte (5e édition). 96 p.
- DE ROSNY Éric
1992. *L'Afrique des guérisons*. Paris : Karthala. 223 p.
- DE ROSNY Eric
2001. *Les yeux de ma chèvre, sur les pas des maîtres de la nuit en pays de Douala (Cameroun)*. Paris : Plon. 474 p.
- FASSIN Didier
1992. *Pouvoir et maladie en Afrique*. Paris : Presses Universitaires de France. 359 p.
- FODOUOP Kengne
2012. *Le Cameroun face au défi du développement, atouts, obstacles et voie à suivre*. Paris : L'Harmattan. 337 p.
- HOURS Bernard
1985. *L'État sorcier, santé publique et Société au Cameroun*. Paris : L'Harmattan. 1985. 165 p.
- HUTCHINS Edwin
1995. *Cognition in the Wild*. Londres : The MIT press. 381 p.
- 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. 462 p.
- LABURTHER-TOLRA Philippe
1985. *Initiations et sociétés secrètes au Cameroun, essai sur la religion Beti*. Paris : Karthala. 437 p.
- LALLIER Christian
2009. *Pour une anthropologie filmée des interactions sociales*. Paris : Éditions des archives contemporaines. 250 p.
- LANCRY Alain
2009. *L'ergonomie*. Paris : Presses Universitaires de France. 127 p.
- LATOURE Bruno

2007. *Changer de société, refaire de la sociologie*. Paris : La Découverte. 400 p.

MALLART-GUIMERA Louis

1981. *Ni dos, ni ventre : religion, magie et sorcellerie Evuzok*. Université de Paris X : Publications du laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative. Sociétés africaines. 247 p.

MAUSS Marcel

2007. *Essai sur le don : forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris : Presses Universitaires de France. 248 p.

MONTEILLET Nicolas

1998. *De la tutelle des ancêtres au libre usage des pharmacopées. Histoire d'un système de soins du Cameroun*. Lille : Paris V : thèse de l'université de - Mémoire multigraphié. 841 p.

MONTEILLET Nicolas

2005. *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun, crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*. Paris : Karthala. 262 p.

MONTEILLET Nicolas

2006. *Médecine et sociétés secrètes au Cameroun*. Paris : L'Harmattan. 324 p.

R. TRIAL & A. RESCANIERES

1976. *Guide pratique de technique du radiodiagnostic*. Paris : Vigot Frères (3e édition). 434 p.

TUBIANA J.-M., KALIFA G., L. Arrivé [coordonné par]; AZIZI L. [et al.] [avec le concours de]

2004. *Radiodiagnostic*. Paris : Masson. 324 p.

WARNIER Jean-Pierre

1993. *L'esprit d'entreprise au Cameroun*. Paris : Karthala. 307 p.

Revues, articles et périodiques :

BOULLIER Dominique

1995. « Du patient à l'image radiologique : une sociologie des transformations ». *Techniques & Culture* n° 25-26 (janvier-décembre). pp. 20-21

Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

2009. « Stratégies de coopération de l'OMS avec les pays 2010-2015, Cameroun ». *Inde*. pp. 12-14

CALLON Michel

1986. « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc ». *L'année sociologique* n° 36, pp. 169-208

ENGUELEGUELE Maurice [et al]

2013. « République du Cameroun - Bilans annuels de 1983 à 2013 ». *L'état du monde*. La Découverte. page 93. URL : www.cairn.info/l-etat-du-monde-cameroun-page-bilan.htm.

FASSIN Didier

2008/3. « L'éthique, au-delà de la règle », Réflexions autour d'une enquête ethnographique sur les pratiques de soins en Afrique du Sud. *Sociétés contemporaines* n° 71. pp. 117-135

GRUÉNAIS Marc-Eric

2001. « Editorial ». *Bulletin de l'APAD* [En ligne] 21 | 2001. mis en ligne le 25 novembre 2005, Consulté le 17 mai 2014. URL : <http://apad.revues.org/26>

JACKSON Peter

1983. « Principles and Problems of Participant Observation ». *Human Geographer* Vol. 65. No 1 . pp. 40-42

LADÔ Ludovic

2011/4. « L'homophobie populaire au Cameroun ». *Cahiers d'études africaines* N° 204. pp. 921-944

MÉDARD Jean-François

2001. « Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun ». *Bulletin de l'APAD* [En ligne] 21 | 2001. mis en ligne le 27 mars 2006, Consulté le 14 mai 2014. URL : <http://apad.revues.org/35>

MOUCHE Ibrahim

2012/4. « Dénomination et territorialité urbaines, chefferies traditionnelles et question identitaire en pays bamiléké au Cameroun ». *Autrepart* n° 64. page 37

NKOA F., ONGOLO-ZOGO P.

2009. « Accélérer l'adhésion aux mutuelles de santé au Cameroun ». *Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé - CDBPSH* (Yaoundé)

NZHIE ENGONO Jean

1999. « Les "déflatés" de la fonction publique au Cameroun : du rêve de la réussite sociale au désenchantement ». *Bulletin de l'APAD* [En ligne] 18 | 1999. mis en ligne le 24 juillet 2006. pp. 2-10

PAIN Marc

1984. « Le dynamisme bamiléké ». *Annales de Géographie* 93e Année. n° 519 (Septembre-Octobre). pp. 590-595

WERNER Jean-François

2004/1. « D'une image à l'autre ou pourquoi et comment étudier les usages et pratiques de l'imagerie médicale à Dakar ». *Autrepart* n° 29. page 68

Ressources électroniques :

AGENCE FRANÇAISE DE DÉVELOPPEMENT

2013. « Aggrandir et moderniser l'Université des Montagnes, à Bangangté », 15 juillet 2014 <http://www.afd.fr/home/pays/afrique/geo-af/cameroun?actuCtnId=95584>

AGENCE INTERNATIONALE DE L'ÉNERGIE ATOMIQUE

2011. « RADIOPROTECTION ET SÛRETÉ DES SOURCES DE RAYONNEMENTS : NORMES FONDAMENTALES INTERNATIONALES DE SÛRETÉ », 15 juillet 2014 http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_171677.pdf

AGENCE NATIONALE DE RADIOPROTECTION

2014. « Demande d'autorisation d'ouverture de service utilisant les sources de rayonnements ionisants », 14 juillet 2014 <http://anrp.cm/index.php/ouverture.html>

AGENCE NATIONALE DE RADIOPROTECTION

2014. « Les inspections », 15 juillet 2014 <http://anrp.cm/index.php/activites/les-inspections.html>

ATANGANA ETEME Emeran

2014. « L'organisation des chefferies traditionnelles », 15 juillet 2014 <http://atangana-eteme-emeran.com/spip.php?article2229>

AYINA Chrislain

2008. « Lazare Kaptué, un parcours scientifique hors pair! », 29 juin 2014 <http://www.journalducameroun.com/article.php?aid=110>

BEKOLO ENGOUDOU Bruno Duovany

2007. « La relation thérapeutique dans les interférences entre la biomédecine et la tradipratique. Une lecture anthropologiques à l'hôpital Laquintinie et à l'African Clinic de Douala (Cameroun) », 30 juin 2014 [.http://www.memoireonline.com/01/12/5180/m_La-relation-therapeutique-dans-les-interferences-entre-la-biomedecine-et-la-tradipratique-Une-le17.html](http://www.memoireonline.com/01/12/5180/m_La-relation-therapeutique-dans-les-interferences-entre-la-biomedecine-et-la-tradipratique-Une-le17.html)

COMMUNE DE BANGANGTÉ

2014. « PROJET DE PROMOTION DE LA GOUVERNANCE LOCALE ET RENFORCEMENT DES CAPACITES POLITIQUES DES ACTEURS NON ETATIQUES, REGION DE L'OUEST ET LITTORAL (PGL-OL) », 29 juin 2014 http://www.zenu.org/IMG/pdf/Rapport_Cartographie_Bangangte.pdf

DIAOURÉ Ramata

2012. « 10ÈME JOURNÉE AFRICAINE DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE DONNER PLUS DE VISIBILITÉ AUX TRADIPRATICIENS », 4 août 2014 http://www.diasporaction.com/index.php?option=com_content&view=article&id=7756:10eme-journee-africaine-de-la-medecine-traditionnelle-donner-plus-de-visibilite-aux-tradipraticiens&catid=6:categories-sante&Itemid=8

DIGITAL RADIOLOGY & TELERADIOLOGY SOLUTIONS

2011. « Dryview printer 5850 Mammo », 4 août 2014 <http://www.mobile-cr.com/xray-accessories-and-radiology-supplies/x-ray-film-dry-printer-film/dryview-printer-5850-mammo>

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES MINSANTE

2011. « Liste des facultés de médecine », 29 juin 2014 http://cm-minsante-drh.com/other/ecoles/index.php?page=List_etablissement&fac_med=yes

DJOYUM Beaugas-Orain

2008. « La médecine traditionnelle la plus utilisée », 4 août 2014 http://www.bonaberi.com/ar_la_medecine_traditionnelle_la_plus_utilisee.4904.html

FONDS MONÉTAIRE INTERNATIONAL

2013. « RAPPORT DES SERVICES DU FMI POUR LES CONSULTATIONS DE 2013 AU TITRE DE L'ARTICLE IV », 23 juin 2014 <http://www.imf.org/external/french/pubs/ft/scr/2013/cr13279f.pdf>

GAOUDA Irène

2009. « Yaoundé, pourquoi il n'y a pas d'eau à l'hôpital central ? », 4 août 2014 http://www.bonaberi.com/ar_yaounde_pourquoi_il_n_y_a_pas_d_eau_a_l_hopital_central_6459.html

INFO-RADIOLOGIE.CH

2013. « Urographie intraveineuse (UIV) », 28 juillet 2014 <http://info-radiologie.ch/urographie.php>

INFO-RADIOLOGIE.CH

2013. « Hystérosalpingographie (Hystérogographie) », 28 juillet 2014 <http://www.info-radiologie.ch/hysterosalpingographie.php>

J.D. HONIGBERG INTERNATIONAL inc.

2013. « Proscan 35 », 4 août 2014 <http://www.jdhmedical.com/fisales.html>

LATOUR Bruno

2007. « An inquiry into modes of existence », 4 août 2014 <http://www.modesofexistence.org/>

CDBPS, EVIPNET Le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS), l'équipe camerounaise de l'initiative EVIPNet - Evidence Informed Policy Networks - de l'Organisation Mondiale de la Santé.

2013. « Améliorer l'Accessibilité Financière des Services d'Accueil des Urgences (SAU) dans les Hôpitaux Nationaux et Régionaux au Cameroun », 1er août 2014 <http://www.who.int/evidence/sure/FRPBFinancialSAU.pdf>

MAMA FOU DA André

2014. « Communiqué radio - presse no. D13-216 », 6 juillet 2014 <http://minsanteconcours.cm/concours2014français.pdf>

MERGE HEALTHCARE INCORPORATED

2014. « eFilm Workstation® », 8 juillet 2014 <https://estore.merge.com/na/index.aspx>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

2014. 7 juillet 2014 http://www.minsante.cm/site/portal/attachments/pub_2b312139e84.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

2012. « Note de service », 25 juin 2014 http://cm-minsante-drh.com/site/images/stories/concours2012/resultat_concours2012/Imagerie_medicale.pdf

MINISTERE DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION

2014. « I.M.P.M », 4 août 2014 <http://www.minresi.net/minresi/index2.php?cat=impm>

MINISTRE, TRAVAUX PUBLICS ET SERVICES GOUVERNEMENTAUX, CANADA

2000. « Les appareils radiographiques en diagnostic médical partie A : techniques de sécurité recommandées pour l'installation et l'utilisation », 14 juillet 2014 http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/radiation/safety-code_20-securite/safety-code20-securite-fra.pdf

OBAM Marion

2007. « Pr. Joseph Gonsu: Il y a un radiologue pour 460.000 camerounais », 28 juillet 2014 <http://www.cameroon-info.net/stories/0,19488,@,pr-joseph-gonsu-il-y-a-un-radiologue-pour-460-000-camerounais.html>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2008. « CARTOGRAPHIE ET EVALUATION APPROFONDIE DES SYSTEMES D'APPROVISIONNEMENT ET DE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS DE SANTE AU CAMEROUN », 24 juin 2014 <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17824fr/s17824fr.pdf>

ANONYME Pascaline

2013. « Indécence vestimentaire : le Cameroun en bataille », 16 juillet 2014 <http://www.camfaith.org/actu-245>

PDA - Amber diagnostics

2014. 4 juillet 2014 <http://www.pda81inc.com/#>

SOUS-DIRECTION DE LA TECHNOLOGIE SANITAIRE

2003. « PROPOSITIONS DE LISTES STANDARD ET DE SPECIFICATIONS TECHNIQUES D'EQUIPEMENTS DES FORMATIONS SANITAIRES DE 6ème, 5ème et 4ème CATEGORIES LISTES ELABOREES AU COURS DE L'ATELIER DE CONSENSUS DES 23 OCTOBRE ET 07 NOVEMBRE 2003 », 3 juillet 2014 http://www.who.int/medical_devices/survey_resources/medical_devices_by_facility_cameroon.pdf

TADJON Claude

2013. « Bras de fer entre Fame Ndongo et l'Université des Montagnes », 29 juin 2014 <http://fr.africatime.com/cameroun/articles/bras-de-fer-entre-fame-ndongo-et-luniversite-des-montagnes>

TCHAMPI Christian

2014. « Cameroun - Santé - Hôpital central de Yaoundé: le mouroir célèbre ses 80 ans », 31 juillet 2014 <http://www.cameroon-info.net/stories/0,57585,@,cameroun-sante-hopital-central-de-yaounde-le-mouroir-celebre-ses-80-ans.html>

TCHOUTA Fregist

2012. « Bafoussam: L'HR accueille un nouveau Centre d'Imagerie Médicale », 4 juillet 2014 http://kmeroun.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1184:bafoussam-lhr-accueille-un-nouveau-centre-dimagerie-medicale&catid=13:business&Itemid=19

UDM - Université des Montagnes

2012. « La coopération à l'UdM s'étend également à la diaspora camerounaise et son réseau de relations internationales », 4 juillet 2014 <http://www.udesmontagnes.org/fr/international/associations-de-la-diaspora.html>

UDM - Université des Montagnes

2012. « L'université des Montagnes en quelques chiffres », 29 juin 2014 <http://www.udesmontagnes.org/fr/a-propos-de-l-udm/ludm-en-quelques-chiffres.html>

WIROMA AG

2014. « CONAXX, logiciel acquisition », 1er août 2014 http://www.wiroma.com/assets/files/PdfDateien/DigitalesRoentgen/Franz/Conaxx2_Prospektblatt_F.pdf

Ouvrages inédits

NDJALLA Alexandre

2012. *Ethnologie du //mbáp / mbúgì // ou « massage des cassures » chez les Yanda du Cameroun*. Mémoire de licence du département d'anthropologie de l'Université de Yaoundé I : inédit. 134 p.