

KOUADIO PATRICK ADON
Enseignant-chercheur,
Institut d'Ethno-Sociologie
Université Félix Houphouët-Boigny Cocody-Abidjan
patrick_adon@yahoo.fr

LES POSTURES DE FEMMES ENCEINTES ET DE SAGES-FEMMES AU RYTHME DE LA GROSSESSE DANS UNE MATERNITE IVOIRIENNE

Revue Africaine d'Anthropologie, Nyansa-Pô, n° 14 - 2013

RÉSUMÉ

Cet article a pour objet l'analyse des positions paramédicales institutionnalisées à travers les rapports sociaux entre les sages-femmes et leurs patientes. Cette analyse procède d'une enquête réalisée en 2009 auprès de 16 femmes enceintes et de 7 sages-femmes des services de maternité d'un hôpital général d'Abidjan. La méthodologie de collecte des données a consisté à administrer un questionnaire aux sages-femmes et des entretiens ont été effectués, à l'aide d'un guide, avec les femmes enceintes. La restitution des résultats établit que : d'abord, l'abandon des consultations prénatales (19%) et les accouchements à domicile (7,54% en 2008 et 6,62% en 2009) ainsi que des grossesses à risque très élevés ont révélé des attentes insatisfaites chez les femmes enceintes. Ensuite, les positions physio-sociales des femmes enceintes ont été orientées par les sages-femmes, et variablement rythmé par trois jeux de rôles séquencés par les consultations prénatales, l'accouchement et les consultations postnatales. Enfin, les fonctions de sages-femmes imbriquées aux conduites sociales de femmes enceintes révèlent une relation paramédicale unique féminisée.

Mots-clés : Relation paramédicale, Femme enceinte, Sage-femme, Grossesse et accouchement, Postures physio-sociales.

SUMMARY

This article aims to analyze the allied positions institutionalized through social relationships between midwives and their patients. This analysis comes from a survey conducted in 2009 among 16 pregnant women and 7 midwives in maternity services of a general hospital in Abidjan. The methodology of data collection was to administer a questionnaire to the midwives and interviews were conducted with the help of a guide, with pregnant women. The presentation of the results states that: first, the abandonment of antenatal care (19%) and home births (7.54% in 2008 and 6.62% in 2009) as well as very high-risk pregnancies were revealed dissatisfaction among pregnant women expectations. Then the physio-social positions pregnant women were referred by midwives, and variably punctuated by three sets of roles sequenced by antenatal, delivery and postnatal consultations. Finally, the functions of midwives nested in social behavior of pregnant women reveal a feminized single paramedic relationship.

Key words : Paramedic Relationship, Pregnant woman, Midwife, Pregnancy and childbirth Postures physio-social.

INTRODUCTION

Les sages-femmes exercent une profession paramédicale dont la spécificité réside dans la prise en charge des femmes enceintes depuis la conception du fœtus jusqu'à la naissance, c'est-à-dire au début du cycle de vie où se déclinent des inégalités sociales de santé (CARRICABURU, MENORET 2005 : 153). Ce sont elles qui sont premièrement en contact avec les femmes enceintes en ce qui concerne l'évolution de la grossesse. Elles partagent ainsi les peines et les souffrances corporelles et psychologiques de leurs patientes pendant les consultations prénatales, l'accouchement et les consultations post-natales.

Il s'agit alors d'une relation paramédicale particulièrement unique parce que, d'une part, elle se déroule autour de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Et il s'agit d'autre part, d'une relation médicale féminisée mettant en rapport des soignants/sages-femmes et des soignés/femmes enceintes du même sexe, et qui peuvent souvent avoir vécus les mêmes expériences de la grossesse, de l'accouchement et de la maternité. Comment se construit le premier contact qui peut déterminer la posture des relations paramédicales de ce binôme ? De façon empirique, les sages-femmes ivoiriennes font l'objet de critiques de la part des femmes enceintes et même du public qui ne fréquente pas les services de maternités. Les critiques ont été reprises par la presse écrite (BOUABRE 1996 : 12) ayant fait l'écho de la négligence coupable de sages-femmes qui auraient laissé mourir une parturiente dans la salle d'accouchement.

Les usagers des services de santé reprochent (ADON 2007) aux sages-femmes d'accentuer les souffrances de leurs patientes qui vivent la grossesse dans l'angoisse et l'anxiété. Il est reproché aux sages-femmes un accueil inhumain ou de faible qualité, un manque de compassion envers les femmes enceintes, qui subissent certains gestes et entendent de la part de sages-femmes des expressions souvent psychologiquement insupportable pendant la grossesse et surtout l'accouchement. C'est un paradoxe que les femmes enceintes soient en danger dans la salle d'accouchement où elles sont amenées à donner la naissance d'un nouveau-né. En effet, « *les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la première cause de mortalité chez les jeunes femmes entre 15 et 19 ans dans les pays en développement (PeD)* » (SANTÉ SUD 2010-a : 2).

Ces faits semblent compromettre la relation d'aide qui caractérise la profession paramédicale. Au-delà de ces constats, comment se déroulent le dialogue paramédicale de manière à rendre compte des postures physio-sociales inhérents aux expériences de grossesses vécues par les femmes enceintes et à évaluer les rôles sociaux assignés aux sages-femmes ? Quels impacts peuvent avoir les communications, entre les sages-femmes et leurs patientes, sur les expériences de la grossesse et de l'accouchement ainsi que sur la qualité des soins de maternité ? Le travail qui sera présenté va s'articuler autour de trois points : un bref aperçu de la méthodologie de l'étude (I), la présentation des résultats (II) et enfin la discussion (III).

CADRAGE METHODOLOGIQUE

Ils portent sur les approches théoriques et les aspects méthodologiques de l'étude.

Approches théoriques de l'étude

L'étude s'est déroulée dans les services de la maternité de la l'hôpital général de Yopougon-Attii (HG-YA) dans la municipalité de Yopougon du district d'Abidjan. La maternité comprend trois services : les consultations prénatales, le service des accouchements et enfin le service des consultations post-natales. L'objectif général de cette étude vise à expliquer la dynamique des conduites sociales des femmes enceintes étroitement liée aux rôles sociaux assignés aux sages-femmes dans le processus de la maternité qui inclue la période de grossesse, de l'accouchement et du post-partum. De manière spécifique, il s'agit de : i) décrire les caractéristiques sociales des sages-femmes et de leurs patientes ; ii) décrire les différents dialogues entretenus au cours des consultations prénatales, postnatales et de l'accouchement ; iii) analyser le contenu de ces dialogues en mettant en relief les jeux de rôles et de postures physio-sociales adoptés par les femmes enceintes et les sages-femmes.

Nous soutenons que la communication médicale entre les sages-femmes et leurs patientes est perceptible d'une part empiriquement par les statistiques relatives aux consultations prénatales, aux accouchements et aux consultations postnatales. Ce sont ces données qui illustrent ou matérialisent la régularité des communications ou

des entretiens entre les sages-femmes et les femmes enceintes. D'autre part, les dialogues entre ces deux personnages féminins peuvent, d'un point de vue sociolinguistique, s'exprimer par leurs langages verbaux que le chercheur pourrait collecter par l'observation, la prise de note ou l'enregistrement magnétophonique.

Ainsi, il est plausible d'émettre l'hypothèse qu'il y a différentes postures physio-sociales adoptées par les femmes enceintes et qui peuvent varier en fonction des facteurs biomédicaux et psychosociaux, des paramètres culturels et linguistiques. Au plan biomédical, il y a l'insuffisance et la précarité de matériels médicaux ainsi que le coût des thérapeutiques. Au plan psychosocial, culturel et linguistique, les différences de personnalités et de langage entre les sages-femmes et les femmes enceintes sont déterminants pour rendre compte des dysfonctionnements dans la relation entre les sages-femmes et les femmes enceintes.

Méthodes et instruments de collecte des données

D'abord, des interviews et des entretiens ont été réalisés avec 16 femmes enceintes qui fréquentaient les services de consultations prénatales, de l'accouchement et postnatales de la maternité de l'HG-YA. Ensuite, un guide structuré autour de certains thèmes relatifs à la communication, à la relation d'aide et aux comportements des sages-femmes a été utilisé afin de recueillir les avis des femmes enceintes. Par contre, un questionnaire a été administré à sept (7) sages-femmes pour collecter des données sur leurs caractéristiques sociales et des données qui peuvent être confrontées à celles des rapports d'activités de la maternité de l'HG-YA. Il s'agit de deux (2) du service de CPN, trois (3) du service de l'accouchement et deux (2) du service de la consultation postnatale. La sélection du personnel paramédical a été faite au hasard en raison d'une (1) sage-femme par jour ouvrable pendant les pauses de travail en interrogeant celles qui étaient disponibles et non occupées avec des femmes enceintes.

Les données qualitatives ont été collectées par l'observation qui a porté sur la prise de note des discours ou les langages verbaux des femmes enceintes et des sages-femmes. Les données quantitatives ont porté sur les rapports d'activités de la maternité faisant ressortir les statistiques sur les consultations prénatales, postnatales et les accouchements. Ces données portent sur la période des années

2008 et 2009 de l'HG-YA. En outre, la collecte des données a été enrichie par la lecture de travaux de recherche à la bibliothèque de la faculté de médecine, de l'Institut d'Ethno-Sociologie, et de l'Institut National de Formation des Agents de Santé. Les rapports d'activités des services de la maternité ont été consultés. L'examen des rapports a été suivi de l'assistance à des séances de consultation prénatale (CNP), un accouchement et des consultations postnatales avec l'autorisation et l'aide du personnel de la maternité.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Les caractéristiques sociales des sages-femmes et des femmes enceintes

Toutes les sages-femmes interrogées ont eu un âge compris entre 40-45 ans. Parmi elles, cinq (5) étaient mariées et deux (2) étaient veuves. Elles avaient aussi une ancienneté professionnelle variable de 8 à 10 ans (2/7), de 11 à 20 ans (2/7) et de plus de 21 ans d'ancienneté (3/7). Cela faisait plus de 4 ans en moyenne quelles travaillaient toutes dans les services de la maternité de l'HG-YA. Trois sages-femmes avaient leur habitation proche de l'hôpital.

Ainsi, l'heure d'arrivée dans les services de la maternité a été en moyenne de 7 heures 30 minutes pour six (6) d'entre elles avec une moyenne d'heure de départ de 17 heures 30 pour cinq (5) sages-femmes. Par ailleurs, elles travaillaient dans une équipe réduite de travail de deux à trois personnes.

Tableau n°1 : Caractéristiques des femmes enceintes

Niveau d'étude	Effectif	%
Primaire	7	43,75
Secondaire	6	37,5
Non scolarisé	3	18,75
Situation matrimoniale		
Célibataire	13	81,25
Mariée	3	18,75
Situation professionnelle		
Élèves ou étudiants	3	18,75
Profession libérale	6	37,75
Fonctionnaire	7	43,75
Expérience de l'accouchement		
1 ^{ère} expérience	4	25
2 ^{ème} expérience	6	37,5
+ de deux fois	6	37,5

Dans le Tableau n°1 précédent montre un faible niveau d'étude des patientes. Les patientes (4/16) qui étaient à leur première expérience de la grossesse étaient aussi à leur premier contact avec les sages-femmes. L'étude fait constater une grande expérience de l'accouchement des femmes enceintes (12/16 ont déjà accouché une fois), doublée d'une situation professionnelle relativement stable.

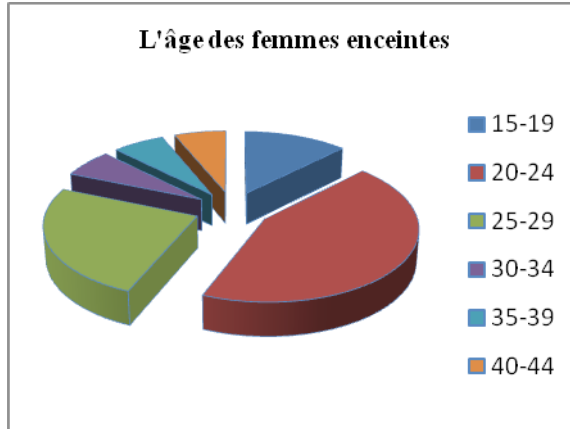


Figure n°1 : Répartition des femmes enceintes selon l'âge

Les femmes enceintes interviewées ont été très jeunes, car plus de 55% d'entre elles avaient moins de 25 ans ; la plupart avait atteint l'âge de la majorité pour porter une appréciation objective sur le comportement des sages-femmes.

Les différentes activités des services de la maternité

Les faits qui ont matérialisé les différentes rencontres entre les femmes enceintes et les sages-femmes, ont été d'abord les données chiffrées relatives aux consultations effectuées et enregistrées dans les services de la maternité. Ainsi, les différentes activités du service de consultation prénatale de la maternité de l'HG-YA ont été présentées dans le tableau n°2 suivant :

Tableau n°2 : Les activités du service de CPN de la maternité de l'HG-YA

Activités	Années		Variations	
	2008	2009	Effectif	(%)
1ère consultation	254	257	3	1
CPN 1	2908	2077	-831	-29
CPN 2	3302	2814	-488	-15
CPN 3	2505	2230	-275	-11
CPN 4 et +	3004	2476	-528	-18
Grossesse à risque	98	92	-6	-6
Taux d'abandon (%) CNP 1à CNP 4 et +	-3,30	19,20	22,5	117

Il a été noté que, après les deux premières consultations prénatales (CPN 1 et CPN 2), les femmes enceintes ne fréquentaient plus les services de la maternité. Ce constat a été expliqué par le fait que le taux d'abandon des consultations prénatales est élevé (19,20 %) au cours de l'année 2009. Il a été aussi constaté une augmentation du taux d'abandon des consultations prénatales de 2008 à 2009 ainsi qu'un nombre élevé grossesse à risques avait été enregistré.

Tableau n°3 : Les activités du service d'accouchement de la maternité de l'HG-YA

Activités	Années		Variations	
	2008	2009	Effectif	(%)
Accouchement à la maternité	4230	3881	-349	-8
Accouchement à domicile	345	275	-70	-20
Taux (%) d'accouchement à domicile	7,54	6,62	-0,92	-12,25
Total des accouchements	4575	4156	-419	-9
Mères évacuées	460	360	-100	-21
Enfants évacués	108	74	-34	-31
Vaccination anti-tétanique (VAT) à jour	2978	2442	-536	-18
Vaccination anti-tétanique non à jour	699	460	-239	-34

Il a été notifié des accouchements à domicile (7,54% en 2008 et 6,62% en 2009) ainsi que des évacuations de mères et de nouveau-nés (tableau n°3). Les femmes enceintes qui fréquentaient irrégulièrement ou même pas les services de consultations prénatales avaient une faible connaissance des différentes étapes du processus de l'accouchement et de la période de naissance de leur bébé. Ces faits prédisposent le plus ces femmes enceintes à un accouchement

à domicile, où l'absence de sages-femmes constitue beaucoup de risques pour la santé materno-infantile.

Description des dialogues entre les sages-femmes et les femmes enceintes

Il s'agit des échanges verbales entre les sages-femmes (S-F) et les femmes enceintes (FE) pendant les rencontres de consultations prénatales (CPN), pendant l'accouchement et après l'accouchement (consultations postnatales). Une femme enceinte était venue au service de consultation prénatale pour se faire consulter par une sage-femme. Le dialogue a été présenté comme suit :

Sage-femme (S-F) : Madame, entrez.

Femme enceinte (FE) : Oui

S-F : Ça va madame ? Installe-toi sur le lit et enlève tes vêtements, plies tes pieds. (Elle la consulte en disant) : les yeux sont colorés, les signes normaux, vergetures +++, les œdèmes zéro (0), varices zéro (0). Tu as une plaie, ça te fait mal ?

FE : Oui "tantie"¹

S-F : Lève-toi et assieds-toi. Tu as fait l'échographie ?

FE : Oui

S-F : Mais, il y a longtemps, ce n'est pas normal !

FE : J'ai compris tantie

S-F : Ça bouge bien ?

FE : Oui tantie

S-F : Tu as encore tes médicaments ?

FE : Oui, mais pour le sang est fini

S-F : Ça fait combien de temps que c'est fini ?

FE : Trois jours

S-F : Il faut en acheter

1 Petite tante. Cette expression est utilisée dans toutes les conversations pour exprimer le respect que les femmes enceintes ont pour la sage-femme.

FE : Tantie, mes doigts me font bizarres

S-F : C'est sans doute des crampes. Tu as encore une échographie à faire.

FE : Oui, j'ai compris tantie

S-F : Je te fais les mêmes médicaments habituels tout en ajoutant un médicament pour les crampes.

FE : Tantie, quand je prends le sirop de la toux, ça me brûle la poitrine

S-F : Tu prends du piment ?

FE : Non

S-F : C'est les reflux. Je te prescris une pommade pour ta plaie, tu achètes et tu reviens. N'oublie pas les comprimés de sang.

FE : Oui, merci tantie.

Fin de la consultation prénatale.

Le dialogue suivant s'est déroulé pendant l'accouchement. Les conversations entre une sage-femme (S-F) et une parturiente (P), déjà installé dans la salle d'accouchement, ont été présenté comme suit :

S-F : Soulèves tes pieds et tiens toi bien

P : Tantie, j'ai mal

S-F : Mets toi sur la vase (elle examine le fœtus)

P : Oh, oh tantie

S-F : Reste tranquille, soulève les fesses, il reste un peu. Attrape ton cœur et fais comme si tu fais caca².

P : Tantie, oh tantie

S-F : Pousse un peu, un peu pousse. (Elle prend la tension, TA 13/8). Pourquoi tu te lèves, tu va tuer l'enfant ! Couche-toi, attrape tes pieds et pousse un peu, j'arrive. (Deux minutes après, la sage-femme revient). Pousse fort, ça avance. Si tu as mal, il faut tousser.

2 Expression désignant les selles dans le langage des enfants.

Pousse fort, faits caca.

P : Tantie, je pousse

S-F : Soulève ta tête et faits fort. Ne te courbe pas, pousse bien.

P : Je faits, oh tantie

S-F : Fort, fort et longtemps et ne parle pas.

P : Tantie, mes jambes me font mal.

S-F : Tu ne faits pas d'effort. Je te donne encore 30 minutes, si tu ne pusses pas bien on va t'emmener au CHU³. (15 minutes après, la sage-femme revient.) Pousse fort, ça vient, ça vient. Pousse fort, sorti.

Fin de l'accouchement.

La communication entre une sage-femme (S-F) et une femme accouchée (FA) pendant une consultation postnatale a été présentée dans le dialogue suivant :

S-F : (Elle prend le poids et la tension de la femme accouchée et dit) pas de changement de poids. Tension artérielle égale 10/6. Tu ne manges pas bien ?

FA : Si

S-F : Installes-toi sur le lit et enlève ton dessous. Ça va ? Tu faits quel genre d'allaitement ?

FA : Maternel seulement

S-F : Tu as assez de lait ?

FA : Oui.

S-F : Tu as faits tes règles ?

FA : Pas encore.

S-F : Pour la contraception, il faut te rendre à l'AIBEF⁴ si tu le désires.

3 Centre Hospitalier et Universitaire de Yopougon.

4 Association Ivoirienne pour le Bien-être Familial (AIBEF), est une organisation qui promeut la planification familiale et l'espacement des naissances chez les femmes ivoiriennes.

FA : Je peux aller avec mon mari ?

S-F : Oui, avez-vous eu des rapports ?

FA : Non.

S-F : Si vous devez en avoir, pour le moment, il faut prendre des préservatifs. Au cas où tes règles viennent, il faut prendre les pilules. Pour plus d'information, il faut te rendre à l'AIBEF

FA : Oui, madame

S-F : Normalement, il y a le test d'urine à faire mais, il y a rupture de matériels. La consultation est donc finie.

FA : Merci madame.

Fin de la consultation postnatale

DISCUSSION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Il s'agit de l'analyse des résultats obtenus et de leur enrichissement par d'autres travaux publiés sur la question.

Commentaires sur les caractéristiques des enquêtées et les activités de la maternité

Le rapprochement du lieu d'habitation des sages-femmes de la maternité, peut agir sur les relations qu'elles entretiennent avec les femmes enceintes en raison surtout de la fatigue due à la distance parcourue pour arriver au lieu de travail. Les sages-femmes ont travaillé avec efficacité puisque les tâches étaient équitablement réparties avec un planning d'activités afin de mieux faire face à la charge de travail au sein de la maternité en vue de faire face aux sollicitations des femmes enceintes.

Le faible niveau d'étude des patientes (Tableau n°1) n'a pas été favorable à une compréhension des messages d'éducation pour la santé maternelle donnée par les sages-femmes. Il est nécessaire de constater qu'une grande expérience de l'accouchement, (12/16 ont déjà accouché une fois) des femmes enceintes, doublée d'une situation professionnelle relativement stable, peut contribuer à une relation de confiance avec les sages-femmes, qui ont été tenue d'expliquer tous leurs gestes effectués sur les patientes afin d'établir une confiance entre elles.

La notification des accouchements à domicile (7,54% en 2008 et 6,62% en 2009) (tableau n°3) a été expliquée par les sages-femmes comme étant des comportements sanitaires justifiés, d'un côté, par une faible maîtrise par les femmes enceintes de l'évolution de la grossesse⁵ et de la période effective de l'accouchement pour faire face au coût du bilan prénatal⁶ qui a lieu entre la 38ème et la 42ème semaine. D'un autre côté, il a été possible que ces femmes qui ont accouché à domicile aient eût des antécédents médicaux ou psychosociaux, non élucidés par les sages-femmes, à tel point qu'elles ne désirent plus fréquenter la maternité.

Analyse des dialogues entre les sages-femmes et leurs patientes

Le premier niveau d'analyse du dialogue pendant la consultation prénatale permet de faire ressortir différentes postures de femmes enceintes. Le premier contact de la communication a débuté avec les salutations de la sage-femme avant les consultations médicales. Car toutes les femmes enceintes ont reconnues que les sages-femmes leur ont adressé la salutation. Cependant un certain nombre (6/16) d'entre elles ont affirmé que les sages-femmes ne prennent pas le temps de donner des explications sur leurs gestes médicaux et toutes ont exprimé le besoin de savoir ce que les sages-femmes ont écrit à leur sujet dans le registre de consultations. Il a été aussi noté le respect exprimé par presque toutes les patientes à l'endroit des sages-femmes qui sont appelées « *tantie* ».

Le rôle de personnage respectueux mise en jeu par la parturiente revêtu par une position sociale de « nièce » lui permet d'établir une relation de parenté symbolique susceptible d'attirer la bienfaisance de la sage-femme, qui est représentée comme une petite tante (« *tantie* »). La relation paramédicale patiente/sage-femme est alors orientée vers l'image d'une relation bio-sociale, qu'une nièce/patiente aurait entretenu avec sa tante/sage-femme, caractérisée par la courtoisie et l'entraide mutuelle.

5 Le bilan prénatal non subventionné revenait à un coût de 20 mille francs CFA, soit environ 30,52 euros.

6 L'accouchement était payé à 500 franc CFA, soit environ 0,76 euro. Cela veut dire que les accouchements à domicile ne s'expliquent pas par le coût direct de l'accouchement, mais on peut penser aux coûts socioculturels indirects

Auparavant, l'attitude naturelle du corps de la femme enceinte instituée pour la consultation lui est prescrite par la sage-femme : « *installe-toi sur le lit et enlèves tes vêtements, plies tes pieds* ». Cette posture suggestive et de nudité est nécessaire pour la consultation de la femme enceinte, qui adopte une position physique couchée avec les jambes écartées et pliées. En face de la femme enceinte, la sage-femme a, par contre, adopté une position debout pour l'observation des organes de la femme enceinte, notamment la couleur des yeux, la peau pour la présence d'œdèmes et de vergetures ainsi que les parties génitales (« *tu as une plaie, ça te fait mal ?* »). La position debout de la sage-femme reste identique pendant la consultation prénatale alors qu'il y a une mutation de position chez la femme enceinte, qui passé d'une posture debout à celle couchée sur le lit d'observation ainsi que de retour à la position physique initiale à la fin de la consultation.

Malgré le faite que la conversation semble conviviale, il faut cependant souligner quelques dysfonctionnements. Les entretiens entre la sage-femme et la femme enceinte n'ont duré que cinq minutes. Il faut alors souligner que le temps de la consultation a été alors insuffisant pour que les sages femmes exercent leur fonction de conseil. Il s'agit de conseils pratiques à la femme enceinte sur les attitudes à adopter pour l'évolution adéquate de la grossesse. La sage-femme n'a pas expliqué les risques auxquels s'expose sa patiente qui ne respecte pas les consignes donner de faire les échographies. Car il est très important de savoir la santé et l'évolution normale du fœtus. En outre la sage-femme n'a pas attiré l'attention de sa patiente sur l'impératif de prendre des médicaments de sang puisque l'anémie peut compromettre l'évolution normale de la grossesse et rendre difficile l'accouchement.

Le deuxième niveau d'analyse porte sur le dialogue entre la sage-femme et la parturiente pendant l'accouchement qui s'était déroulé de 12 heures à 13 heures 30 minutes. La parturiente était à son deuxième accouchement. Il faut souligner que la sage-femme a rappelé à la parturiente qu'elle devrait adopter la posture médicalement instituée et exigée pour le déroulement normale de l'accouchement : « *Soulève tes pieds et tiens-toi bien ; reste tranquille et soulève tes fesses !* ».

Il y a eu pendant l'accouchement une reproduction de la posture des corps dans l'amour physique. Il apparaît cependant une tension entre la sage-femme et la parturiente en travail d'accouchement sur la posture idéal. Il a été, en effet, noté une remise en cause de la position idéale d'accouchement chez la parturiente qui adopte une "mauvaise posture" peu convenable présentant un risque pour l'accouchement normal du bébé : « *tu vas tuer l'enfant !* ». La sage-femme a donc interpellé la parturiente sur les positions institutionnalisées favorable à un accouchement sans risque pour la vie de la mère et de l'enfant : « *couche-toi ; attrape tes pieds ; soulève ta tête ; ne te courbe pas !* ».

Ce fut un moment très douloureux pour la parturiente : « *mes jambes me font mal* » et la sage-femme d'affirmer « *attrape ton cœur ; si tu as mal il faut tousser* ». La sage-femme va jouer un rôle de coach pour aider la parturiente à surmonter l'épreuve physio-psychologique de l'accouchement en donnant normalement naissance à un bébé. Ce travail de coaching se traduit par la pression exercée par la sage-femme sur la parturiente en la stimulant : « *pousse fort, ça avance ; fort, fort et longtemps et ne parle pas ; pousse fort, ça vient* ». L'accouchement a été un moment très difficile parce que la parturiente n'arrivait pas à suivre exactement les conseils et les orientations de la sage-femme. La communication pendant l'accouchement traduit une relation très tendue compte tenu des souffrances physiologiques et psychologiques de la parturiente et le stress de la sage-femme.

La consultation postnatale s'effectue en principe un mois et demi après l'accouchement. Le cas présenté, dans le dialogue précédent, a durée environ cinq minutes. Il y a eu aussi une posture suggestive de la patiente à qui la sage-femme a demandé : « *installe-toi sur le lit et enlèves tes dessous* ». A cette étape du processus de soins maternels, les conversations entre la femme allaitante et la sage-femme sont plus détendues et conviviales. Cependant, la consultation a été incomplète, implicitement la communication aussi, du fait d'une rupture de stock de matériels au sein de la maternité. On peut aussi se demander si la sage-femme a une connaissance insuffisante de la contraception ou une négligence à l'information complète de la contraception parce qu'elle a d'abord demandé à la femme allaitante d'utiliser le préservatif et les pilules sans toutefois préciser la qualité

des produits et leur mode d'emploi. Elle a ensuite orienté la femme allaitante à l'AIBEF dont les activités s'inscrivent dans ce cadre défini par Gauthier :

« Les programmes de planification familiale sont présentés comme un moyen de libérer les femmes d'une oppression plurimillénaire, les grossesses non désirées, et ils ont souvent eu cette fonction. Néanmoins, l'objectif réel a bien souvent été purement néomalthusien : faire diminuer la fécondité, parfois à n'importe quel prix » (GAUTHIER 2007 : 56).

Comment améliorer la communication entre les sages-femmes et les femmes enceintes ?

Quelles sont les barrières socioculturelles qui entravent la communication entre les sages-femmes et les femmes enceintes et constituent implicitement des obstacles au dialogue médical (Adon, 2005-a), à la qualité de soins prénatals et à un accouchement assisté ?

La pénurie de médicaments et le manque de moyens matériels constituent une des difficultés dans la relation médicale. Certains services de la maternité ne disposent pas souvent de matériels obstétricaux adéquats que les autorités sanitaires ne donnent pas malgré les demandes formulées par les responsables de la maternité. Parfois les sages-femmes sont obligées de faire les consultations prénatals et l'accouchement avec une partie du matériel nécessaire au travail. Ces faits ont amené les sages-femmes à être peu motivées à s'approcher et à dialoguer avec les femmes enceintes.

L'importance des matériels médicaux ne réside pas seulement dans leur efficacité objective, mais ils ont pour les femmes enceintes, et dans la psychologie du malade en général, une efficacité symbolique. Cela veut dire que la vue des matériels de consultations ou d'examen médical produit chez les patientes une satisfaction psychologique de soulagement. Pendant les consultations, les patientes s'attendent par exemple que les sages-femmes fassent l'usage de thermomètre pour la prise de la température, le tensiomètre pour la tension artérielle et la prise de leur poids. Ces femmes semblent répugner une relation médicale au cours de laquelle ces matériels de consultations sont

absents alors que leur disponibilité en quantité suffisante pourrait stimuler la communication entre les sages-femmes et les femmes enceintes.

« *J'ai longtemps cru que cette absence de communication avec le malade était le résultat du manque de temps du médecin. [...] Ce n'est pas ce que l'on a observé* » (TUBIANA 1995 : 355-356)⁷. Il faut souligner l'absence de formation en communication de la plupart des médecins comme des sages-femmes, « *qui, obsédés par l'aspect diagnostique et thérapeutique de leur fonction, sous-estiment le poids des facteurs psychologiques* » (TUBIANA op. cit. : 356). Cette perception par les patients de la dimension psychosociale de la maladie à travers une relation médicale satisfaisante impacte les comportements sanitaires (ADON 2005-b) des usagers des services de santé.

Le manque de communication dans la relation thérapeutique (HENDERSON 1996) fait partie des problèmes de santé relevant de la compétence du personnel de santé. Le déficit communicationnel peut s'expliquer par le refus de communiquer à cause de l'angoisse et les craintes des patientes. Pour y remédier, il est nécessaire aux sages-femmes d'établir, dès l'entrée des femmes enceintes en salle de consultation ou d'accouchement, une communication fondée sur la relation d'aide aux patientes par l'utilisation d'expressions d'encouragements : « ne vous inquiétez pas madame, soyez détendu, nous allons nous occuper sérieusement de vous et de votre bébé ».

Quel type de relation médicale entre sages-femmes et femmes enceintes pour des soins prénatals et un accouchement de qualité ?

« *L'examen du malade commençait par un interrogatoire souvent fort long. Il fallait le mettre en confiance, le faire parler* » (TUBIANA op. cit. : 237). Il s'agit alors « *d'établir avec le malade des relations confiantes car celles-ci auront une influence déterminante sur l'acceptation du diagnostic et du traitement* » (TUBIANA op. cit. : 237-238). En effet, la compréhension des gestes et paroles des sages-femmes par les femmes enceintes permet d'établir une relation de confiance entre

7 Voir aussi les travaux de Balint E. (1976) & Balint M. (1996) sur les interactions dans la relation thérapeutique.

elles. Cette compréhension est favorable à la qualité des soins dispensés des premières et à l'épanouissement du complet bien-être des secondes. Il s'agit d'entretenir une relation humaine non bornée ou limitée à une routine d'échange verbale, qui en pratique peut laisser les femmes insatisfaites parce que les soins prénatals qui concrétisent cette relation n'existent pas.

Les sages-femmes exerce une profession de relation d'aide psychosociale tout comme les aumôniers, les psychiatres et les travailleurs sociaux (EGAN 1987). La relation d'aide psychosociale se caractérise comme une relation de soutien dont l'objectif pour l'aidant, est de favoriser chez le sujet aidé une autonomie de liberté, une amélioration de ses capacités de réactions positives face aux épreuves émotionnelles de la vie en conservant le caractère unique de sa personnalité.

Quelle est l'importance de la relation d'aide dans le processus de soins de maternité ? L'importance de la relation d'aide est perceptible par l'état médical et psychologique qui caractérise les patientes : « *la femme enceinte n'est pas une personne malade, ce qui caractérise sa situation, c'est son état psychologique particulier dominé par la dépression et l'anxiété* » (VELLAY 1983 : 13). Les sages-femmes sont alors amenées à développer des qualités humaines (l'écoute, la maîtrise de soi, le dévouement, etc) nécessaires à l'exercice d'une relation d'aide pour inciter les femmes enceintes à suivre sans angoisse les conseils et à utiliser les soins qu'elles leurs dispensent.

Il est nécessaire de caractériser le type de confiance, qui ne peut être observé que dans la relation médicale et peut être similaire à d'autres types de relations interpersonnelles.

« *Il y a deux sortes de confiance : une confiance de réciprocité, à tendance égalitaire, qui est celle de l'ami ; elle se fonde sur l'identification avec le semblable, l'alter ego. On peut l'appeler homéomorphique. Et une confiance "anaclitique" qui est celle de l'enfant pour le père ou la mère, fondée sur l'identification avec le détenteur de l'autorité et du pouvoir, et que l'on peut appeler confiance hétéromorphique. La confiance qui s'adresse au médecin appartient au second type* » (VALABREGA 1962 : 69).

La confiance hétéromorphique est, en effet, celle qui caractérise la relation entre les sages-femmes et les femmes enceintes. Une relation de confiance peut être perçue comme un principe interculturel d'universalité dans la relation thérapeutique préalable à l'administration des soins de santé.

CONCLUSION

L'analyse des communications entre les sages-femmes et les femmes enceintes pendant les rencontres authentiques des consultations et l'accouchement permet de soutenir l'idée que, malgré le fait qu'« *aujourd'hui le monde de l'enfantement s'est masculinisé et médicalisé [...] où le médecin obstétricien remplace le plus souvent la sage-femme* » (BEATRICE 2009 : 210), les sages-femmes demeurent les professionnelles de la naissance. Dans l'exercice de cette profession paramédicale, elles sont appelées à exercer des aptitudes de relation d'aide et des qualités communicationnelles dans leur rapport avec les femmes enceintes reçues dans les services de maternité.

« *La surveillance médicale des femmes enceintes [...] commencé au début du XX^e siècle mais sans être obligatoire* » (CARRICABURU, MENORET 2005 : 153), constitue un impératif médico-social dans les pays en développement où la santé du couple mère-enfant reste toujours préoccupante. Ainsi, les femmes enceintes se présentent dans l'institution médicale comme des patientes particulières compte tenu de la spécificité même de l'objet de la consultation qui portent sur la grossesse et l'accouchement. C'est dire que les autres patients des services de santé, excepté les femmes enceintes, ne peuvent avoir accès aux soins de consultations prénatales, postnatales et au service d'accouchement.

Dans cette relation médicale où les sages-femmes et leurs patientes ont souvent vécu les mêmes états psychologiques et physiologiques liés aux souffrances de la grossesse et de l'accouchement, les nouvelles pistes de recherches peuvent porter sur la nature des relations entre celles-ci face à la numérisation des systèmes de santé et l'impact des consultations virtuelles réalisées via les sites internet sur le rapport à la grossesse. Cependant, l'accouchement ne peut jamais être virtuel parce qu'il exige la présence physique des femmes enceintes à la maternité ainsi que les compétences techniques et les qualités

relationnelles des spécialistes de l'accouchement. Ce qui explique la sensibilité et la délicatesse des relations entre les sages-femmes et les femmes enceintes lors des consultations et l'accouchement. Car ce sont des mères qui reçoivent dans les services de maternité de futures mères, qui sont appelés à donner la vie comme elles-mêmes. Il s'agit donc d'une relation médicale authentique et d'une communication inter-maternelle, qui met obligatoirement en présence des soignants et des soignés du même sexe.

RÉFÉRENCES

- ADON K. P., 2005-a., Le dialogue médical dans une formation sanitaire d'Adjamé en Côte d'Ivoire, *Kasa Bya Kasa, Revue Ivoirienne d'Anthropologie et de Sociologie* (7) : 87-98.
- ADON K. P., 2005-b. Description de la perception de la relation médecins-malades dans les formations sanitaires d'Adjamé en Côte d'Ivoire, *Cahier de Santé Publique*, IV (2) : 55-61.
- ADON K. P., 2007, Analyse des reproches soignants/soignés dans les formations sanitaires de l'Agneby en Côte d'Ivoire, *Kasa Bya Kasa, Revue Ivoirienne d'Anthropologie et de Sociologie* (12) : 24-43.
- BALINT E., 1976, *Six minutes par patients : Interactions en consultation de médecine générale*, Payot, Paris.
- BALINT M., 1996, *Le médecin, son malade et la maladie*, Payot et Rivages, Paris.
- BEATRICE J., 2009, *Sociologie de l'accouchement*, PUF, Paris.
- BROUABRE A., 1996, Drame dans une maternité, *Soir info, Quotidien ivoirien d'information*, 676 (31) : 11-12.
- BRUYNE P., 1956, *Dynamique de la recherche en sciences sociales. Les pôles de la pratique méthodologiques*, PUF, Paris, Coll. Sup.
- CARRICABURU D., MENORET M., 2005, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Armand Colin, Paris.
- CHARPENTIER P., 2007, *Management et gestion des organisations*, Armand Colin, Paris.
- CLOUTIER L., 1994, *L'ambiguïté des rapports sociaux au cœur de la qualité des soins de santé. Le cas des femmes de N'Djamena (Tchad)*, Centre Sahel, Québec.
- EGAN G., 1987, *Communication dans la relation d'aide*, Ed. H.R.W., Montréal.

- GAUTHIER A., 2007, *Anthropologie des persécutions genrées des femmes*, In : Freedman J.,
- VALLUY J., *Persécutions des femmes. Savoirs, mobilisations et protections.*, Broissieux, Du Croquant, Col Terra : 33-53.
- HENDERSON V., 1996, *Principes fondamentaux des soins infirmiers*, Genève.
- HOURS B., 1985, *L'état sorcier. Santé publique et société au Cameroun : connaissance des hommes*, L'Harmattan, Paris.
- SANTE SUD, 2010-a., *La santé des femmes*, *Bulletin d'information trimestriel* (87) [en ligne],
<http://www.santesud.org/sinformer/publications/santesudinfos/santesudinfosN87.pdf> (consulté le 27 février 2011).
- SANTE SUD, 2010-b., *Engagés pour les plus vulnérables*, *Bulletin d'information trimestriel* (88) [en ligne],
<http://www.santesud.org/sinformer/publications/santesudinfos/santesudinfosN88.pdf> (consulté le 27 février 2011).
- TUBIANA M., 1995, *Histoire de la pensée médicale. Les chemins d'Esculape*, Ed. Flammarion, Paris.
- VALABREGA J-P., 1962, *La relation thérapeutique. Malade et médecin*, Flammarion, Paris.
- VELLAY P., 1983, *Le stress hospitalier dans un service de maternité*, *Soins, Revue de référence infirmière* (397) : 13-16.