

LES CONSULTATIONS PRE-NATALES A CONAKRY LES INTERACTIONS SOIGNANTES-SOIGNEES

Yveline Diallo*

A Conakry la majorité des femmes enceintes suivent la consultation prénatale dans les centres de soins de santé primaires, mais un quart seulement y accouchent. Pourquoi n'accouchent-elles pas dans ces structures ? Avant d'évoquer les interactions soignantes-soignées lors de la consultation prénatale (CPN) je brosserai le contexte dans lequel se déroulent ces interactions :

- L'infrastructure sanitaire de Conakry.
- La conception de la CPN dans le programme des soins de santé primaires mis en place à Conakry depuis dix ans.
- La fréquentation de la CPN à travers les études et documents.
- Les pratiques du personnel des CPN telles que je les ai observées.
- Enfin, j'aborderai les interactions soignantes-soignées.

Les structures de santé de Conakry

La population de Conakry s'élève à environ 1 200 000 habitants (1 094 000 habitants au recensement de 1996). Les centres de santé publics de niveau primaire sont au nombre de dix-huit. Chaque quartier relève d'un centre de santé. Les centres de santé confessionnels intégrés au programme des SSP sont au nombre de sept. Trois centres médicaux communaux (C.M.C.) assurent les soins de niveau primaire et de niveau secondaire. Il existe deux hôpitaux CHU. Les cabinets et cliniques privés ayant reçu une autorisation officielle du ministère de la santé et les cabinets clandestins ont proliféré ces dernières années.

Toutes ces structures assurent le suivi des femmes enceintes mais ce sont les centres de santé intégrés au programme des soins de santé primaires, publics et confessionnels, qui drainent la plupart des femmes pour la CPN. La part des centres confessionnels est d'un tiers des consultations. J'ai observé la CPN dans un CMC, dans un centre de santé public et dans deux centres de santé confessionnels.

La conception de la CPN dans le programme des soins de santé primaires

Dans la conception des soins de santé primaire (SSP), la santé de la femme enceinte est suivie dans au moins trois visites avant l'accouchement dont une au 9^e mois de la grossesse et au moins une visite après l'accouchement. Cette activité vise le dépistage des grossesses à risque, le traitement des affections courantes liées à la grossesse, la vaccination antitétanique et les traitements préventifs de l'anémie et du paludisme. Le carnet de santé donné à la femme et la fiche prénatale qui reste au CS comportent les mêmes rubriques et incluent l'accouchement et les visites post-natales ainsi que la surveillance de l'enfant jusqu'à deux ans.

- En principe, les femmes enceintes habitant les quartiers desservis par un centre de santé et qui manquent le rendez-vous prévu sont recherchées par le personnel soignant.

* IRD (Marseille).

- Les traitements préventifs distribués couvrent toute la durée de la grossesse et sont même poursuivis après l'accouchement en cas d'anémie. Les médicaments sont la chloroquine et le FAF (fer, acide folique).
- Le paiement de l'activité par un forfait unique couvre tous les soins donnés (vaccination, médicaments), toutes les consultations et le carnet de santé.

La consultation de la CPN vue à travers les études et documents

Taux d'utilisation

D'après les statistiques sanitaires de Conakry du 1^o semestre 1998, les centres de santé, publics et confessionnels, draineraient la plupart des femmes pour la consultation CPN, puisqu'il y a eu 10 487 premières CPN et qu'une évaluation donnait 10 000 naissances attendues.

Dans quelle structure sanitaire se fait la CPN ?

D'après une enquête réalisée en 1997-98 auprès de 200 femmes dans deux quartiers de Conakry par le Dr Elisabeth Didier, la majorité des CPN (77%) s'effectue dans un centre de santé d'Etat, 12 % à l'hôpital, 4 % dans un centre de santé privé, 2 % dans un cabinet médical, 2 % dans un cabinet de soins, 3 % dans une clinique privée.

95% des femmes interrogées avaient suivi au moins une CPN, 83% en avait suivi au moins 4 et le nombre moyen de CPN par femme était de 7,5. Ce qui est beaucoup plus élevé que les chiffres officiels. D'après les chiffres officiels, c'est-à-dire, d'après l'annuaire des statistiques sanitaires 1997, le nombre de CPN par grossesse à Conakry serait de 2,04.

Ce nombre élevé de CPN, indiqué par l'enquête du Dr Didier, semble faire partie de tout un système de sur-tarifification technique que l'on observe aussi dans la prescription d'examen de laboratoire obligatoires non justifiés médicalement. Certaines sages-femmes feraient revenir la femme enceinte toutes les semaines ou tous les 15 jours à partir du moment où elle commence sa CPN. Peu de femmes ont besoin d'autant de CPN. Les CPN superflues ne sont pas enregistrées mais on fait payer à chaque fois la consultante contrairement à la règle énoncée de paiement d'un forfait.

Qui choisit le lieu de la CPN ?

D'après l'enquête du Dr Didier, 55% des femmes avaient choisi elles-mêmes le lieu de la CPN ; pour 33% d'entre elles, leur mari avait choisi ; pour 12%, le choix avait été effectué par une autre personne (non précisée).

Les raisons du choix de la structure d'après les déclarations des femmes que j'ai rencontrées sont les suivantes :

- le fait de connaître une soignante dans la structure de santé facilite l'accès aux soins et aussi parfois le règlement des visites, car celles-ci sont gratuites pour les membres de la famille de la soignante ;
- la proximité du centre de santé de l'habitat ce qui permet d'éviter le coût supplémentaire du transport ;
- la recommandation d'autres femmes ;
- l'expérience d'une précédente grossesse.

Les femmes se déplacent d'une structure sanitaire à une autre en fonction de ces différents critères de choix et ne tiennent pas compte du centre de santé primaire dont elles relèvent en rapport avec leur lieu de résidence.

Quel est le coût de la CPN ?

Toujours d'après l'enquête citée, le prix moyen d'une CPN est de 3300 FG (15 FF) - 2900F dans les CS d'Etat, 3800 FG à l'hôpital, 6100 FG dans les CS privé - ce qui posait réellement des problèmes pour 19% des femmes interrogées.

D'après mes observations souvent les femmes qui viennent consulter n'ont pas assez d'argent pour tout payer : le carnet rose, la consultation, la vaccination, les examens de laboratoire, les médicaments. Ce qui les oblige à revenir ou à ne pas faire les examens et ne pas acheter les médicaments.

Quelle perception ont les femmes de la CPN ?

D'après l'enquête du Dr Didier la majorité des femmes à Conakry sont conscientes de la nécessité de suivre des CPN et sont prêtes à le faire quand elles en ont les moyens et même, s'il le faut, en s'endettant, huit sur dix des femmes de l'enquête se déclarent satisfaites des CPN.

La nécessité de suivre l'évolution de la grossesse et de préparer l'accouchement semble bien établie. L'utilité de la vaccination est reconnue. Les femmes parlent de la nécessité de contrôler le « niveau du sel » voulant dire plutôt le taux d'albumine car la pratique persiste de supprimer l'apport en sel en cas d'albumine dans les urines. Le fait d'apprendre que la grossesse se passe bien est primordial pour les futures mères, elles apprécient la compétence du personnel et le fait de passer chacune à leur tour sans distinction de personnes.

Les pratiques du personnel des CPN

Dans les centres de santé publics j'ai observé :

- Les CPN sont exclusivement des lieux de femmes, les rares hommes qui accompagnent attendent en dehors de la salle de la CPN. Les femmes viennent généralement seules.
- Les horaires de travail ne sont pas respectés par le personnel. Les horaires sont théoriquement de 8h à 14h en fait de 9h à 12 h30. J'ai observé que l'on refusait des femmes qui se présentaient vers 12 h30 en leur disant de revenir le lendemain matin.
- Il existe une surcharge de personnel, le personnel se relaye et s'absente beaucoup. Au personnel titulaire s'ajoute du personnel bénévole qui sont des stagiaires de longue durée.
- La sur-tarification est généralisée : visites plus fréquentes que nécessaires, visites payantes, examens de laboratoire inutiles ou trop fréquents, sur-tarification des examens de laboratoire par rapport au prix officiel, médicaments FAF et nivaquine que l'on fait payer, une référence à une consultation curative payante dont la nécessité n'est pas ressentie par la consultante. Sur l'argent prélevé aux consultantes les soignantes organisent des tontines¹.
- Une privatisation de la clientèle consultée en dehors de la structure mais aussi dans la structure. Il arrive aussi qu'une femme soit suivie au domicile d'une soignante qui l'envoie au CS où elle travaille pour la vaccination ou pour les examens de laboratoire.
- Des cas d'incompétence ou de négligence du personnel : Une femme enceinte consulte en urgence, elle a le palu, la doctoresse de la CPN prescrit les produits pour faire une perfusion. Le mari va acheter les médicaments à la pharmacie du CMC. A l'examen du

¹ a) Soit la tontine traditionnelle (j'ai surpris une altercation dans un centre de santé entre deux soignantes au sujet d'une tontine qui portait sur 900 000 F) ;

b) Soit une sorte de chaîne, qui s'appelle « le diamant bleu » chaque femme contactée doit placer deux bons de 2000 F chacun, sur les 2 000 F, 1000 F sont pour elle et 1000 F pour la société, les deux autres personnes font de même et ainsi de suite. La première personne gagne un million de francs si 1000 bons ont été placés, ce qui nécessite de contrôler toute la chaîne. Les chefs de service sont en bonne position pour placer les bons et exercer ce contrôle.

flacon le médecin déclare que ce n'est pas du quinimax que le mari a acheté selon ce qui avait été prescrit mais de la vitamine C, je regarde le flacon et je lis sur le flacon l'inscription chloroquine phos. Une femme demande au même médecin ce que sa fille qui a accouché il y a un mois doit prendre contre le palu car elle ne supporte pas le quinimax. Le médecin lui dit de prendre le fangipar, la femme lui fait remarquer que le fangipar est déconseillé aux femmes qui allaitent. Des grossesses gémellaires ne sont pas diagnostiquées lors des CPN. Des grossesses à risque n'ont pas été signalées.

Les relations soignantes-soignées

Pour la femme enceinte qui consulte au centre de santé il existe plusieurs interactions avec le personnel du centre qui s'enchaînent et qui se déroulent dans des lieux différents. Ces interactions sont influencées par la disposition des lieux et par l'organisation technique du travail. Je vais décrire ces interactions telles que je les ai observées à la CPN du CMC, puis je les commenterai.

- La description des différentes interactions à partir du cas d'une femme enceinte fictive que nous appellerons Mariama qui vient au CMC pour sa première CPN.
- 1° Au CMC un portier se tient debout ou assis devant la petite porte du portail, il donne un numéro à Mariama sur un morceau de carton, il la dirige vers le petit bâtiment annexe à gauche. C'est la 1° interaction. Un conflit est possible si le patient refuse de se rendre à la caisse et veut aller directement à la consultation (ce que j'ai observé).
- 2° Ce n'est pas le cas de Mariama qui se rend dans l'annexe où se trouve le caissier, c'est à lui qu'elle paye 1000 F pour la consultation et 200 F pour le petit carnet de consultation (2° interaction). Pour la consultation un reçu est délivré qui est valable pour un mois. Le petit carré de carton sert juste à matérialiser le parcours de la femme du portail d'entrée à la caisse, pour s'assurer que la consultante passera bien par la caisse.
- 3° Mariama se dirige ensuite vers le bâtiment principal et arrive dans un hall d'accueil bruyant où a lieu la réception et le tri pour les différents types de consultations : vaccination, CPN, consultation curative enfant, consultation curative adulte. Elle doit identifier la sage-femme en blouse rose chargée de l'accueil de la CPN qui est assise derrière une petite table en bois, elle pourra s'asseoir en face d'elle sur un tabouret si la place est libre. Le fait de s'asseoir ou non derrière une table, de mettre un obstacle matériel ou non entre le soignant et le soigné influence la rencontre. La table affirme l'autorité du soignant et facilite l'écriture. Si la sage-femme est occupée, Mariama attendra son tour. Lorsque le siège est vide, elle ira s'asseoir en face de la sage-femme, elle payera 1000 F le carnet rose de suivi de grossesse à la sage-femme. La sage-femme prendra les renseignements d'identité, nom, âge, profession de la future mère, nom, âge, profession de son mari, quartier d'habitat, elle notera l'histoire génésique de la femme : les gestations antérieures, le nombre d'accouchements, le nombre d'enfants nés vivants, d'enfants mort-nés, le nombre d'avortements et le nombre d'enfants vivants, la situation des deux derniers enfants nés vivants, la prise de vaccin antitétanique avant cette grossesse. La sage-femme inscrit ces renseignements sur le carnet, elle pèse Mariama (si la balance n'est pas en panne comme je l'ai observé), elle mesure sa taille. (3° interaction) Puis Mariama attend de nouveau dans le hall qu'une place soit libre sur le banc de la salle de CPN où s'alignent les autres femmes enceintes.
- 4° , 5° interactions : Mariama entre dans la salle de CPN seule, son mari, s'il l'accompagne (j'ai vu peu de maris qui accompagnaient leur femme) attend dans le hall. La salle de la CPN est petite. Un grand bureau regroupe quatre soignantes (trois qui travaillent et une qui se repose). La place principale, derrière le bureau, est celle de la docteresse-chef qui effectue le pointage des consultations et prescrit des ordonnances à acheter en dehors du CMC si les soignantes le jugent nécessaire. Une infirmière assise sur le côté du bureau à droite du médecin, et qui tourne le dos aux femmes venues en consultation, prend le carnet rose des mains de Mariama et inscrit les renseignements la

concernant dans un grand registre, elle passe le carnet rose à une sage-femme, assise en face d'elle, qui appelle Mariama pour lui prendre la tension et se contente de lui dire « assieds-toi » sans la saluer. Mariama s'assoit sur un petit tabouret. (moment de la 4^o interaction). La sage-femme prend la tension et l'inscrit dans le carnet rose qu'elle passe à une seconde sage-femme debout devant le paravent, Mariama est alors invitée à s'allonger sur la table. (5^o interaction). Cette seconde sage-femme mesure avec un mètre de couturière la hauteur de l'utérus, écoute le cœur du fœtus avec un stéthoscope obstétrical. S'il s'agit d'une primipare ou s'il y a eu précédemment un accident de grossesse la soignante mesure le bassin avec une sorte de grand compas qui s'appelle un pelvimètre. Tous ces renseignements sont notés dans le carnet rose. Le carnet rose est donc le support des interactions et le lien des interactions entre elles dans l'espace mais aussi dans le temps, la date du prochain rendez-vous y est notée et Mariama apportera son carnet rose à la prochaine CPN et lors de l'accouchement si elle ne l'oublie pas comme cela est fréquent.

- 6^o Mariama est envoyée dans la salle contiguë où a lieu la vaccination antitétanique (ce sera la 6^o interaction).
- La 7^o interaction a lieu au point de vente des médicaments pour l'achat de la nivaquine et du FAF. Mariama devra revenir apporter les selles, les urines et faire le bilan sanguin au laboratoire.

Commentaires

- La répartition de l'espace, l'organisation du travail des soignantes nécessitent pour la femme enceinte une maîtrise du temps (venir au rendez-vous fixé, attendre son tour, se présenter au bon moment), un contrôle des objets à conserver (carton à l'entrée, carnet de soins, carnet rose, reçu), à présenter à la demande, ainsi qu'une maîtrise de l'espace (savoir où aller). Cette maîtrise du temps et de l'espace n'est pas évidente pour la femme, surtout si elle vient pour la première fois et ne sait pas lire et parler le français.
- La connaissance d'un membre du personnel, même stagiaire, facilite le circuit de la femme. Son parent peut l'accompagner au service. Quelque fois la CPN est court-circuitée et la femme enceinte est consultée directement par un médecin de la maternité soit dans la structure, soit au domicile du malade, soit à son propre domicile. Le soignant en consultation privée s'appuie sur la structure publique. Il existe une imbrication du public et du privé.
- Le poids de l'écriture : Les évaluations nationales des structures sanitaires sont faites essentiellement à partir des statistiques. L'écriture semble primordiale par rapport à l'accueil ou à la consultation. Le bic est le principal instrument. Lorsque les sages-femmes arrivent au service, avant même d'enfiler leur blouse, elles commencent à chercher un bic dans leur sac. D'après ce que j'ai observé à la CMC, la principale tâche du médecin-chef du service est de faire le pointage des patientes pour l'établissement des statistiques. Ce poids de l'écriture donne un aspect routinier, administratif, à la CPN. Peu de place est laissée à l'écoute de la femme, à l'expression de sa plainte.
- L'accueil : Il n'y a pas d'accueil à proprement dit des femmes dans la salle de CPN. Ce qui se traduit déjà par l'organisation de l'espace, puisque quatre soignantes se regroupent autour d'une table, elles ne font pas face aux femmes qui viennent consulter, la première soignante qui prend le carnet pour enregistrer les renseignements dans le registre leur tourne le dos. Au CMC, le service semble plus organisé pour le confort des soignantes que pour celui des consultantes. La conversation tourne autour des préoccupations du personnel : parent malade, feuilleton brésilien à la télé, tontines, nourriture... On a presque l'impression que les femmes qui viennent à la CPN sont de trop. Elles attendent, en silence, serrées sur un banc. L'organisation du travail se fait par tâche. C'est par un geste que la soignante indique à la femme où se rendre pour aller au laboratoire ou à la pharmacie. Par contre, dans le centre de santé primaire public où j'ai mené quelques observations, il n'y avait pas d'affluence et la sage-femme se déplaçait pour indiquer à la femme où se trouvait la consultation curative.
- La langue de communication : Il peut y avoir un problème de communication, une soignante ne parlant pas la langue de la femme qui vient consulter mais, vu le nombre du

personnel, elle peut demander à sa collègue la traduction à condition qu'elle soit disponible pour écouter la plainte de la femme et éventuellement lui prodiguer des conseils.

Les gestes brusques de la sage-femme pour disposer la femme sur la table d'examen de la manière qui lui convient pour procéder aux mesures et auscultation. Une femme en grossesse avancée qui avait abordé très aimablement les soignantes au moment de la consultation sursaute à deux reprises quand la sage-femme appuie avec le stéthoscope obstétrical. La sage-femme déclare que la femme refuse l'auscultation et qu'il faut l'envoyer au doppler, en gestion privée, à la maternité, à l'étage au-dessus. J'interroge la femme enceinte, elle me dit que la sage-femme lui a fait mal. La docteresse présente déclare que du moment que la femme perçoit les mouvements du fœtus, il faut réessayer l'examen par quelqu'un d'autre pour éviter de lui faire payer l'examen du doppler. L'autre sage-femme, qui se reposait, procède à l'examen qui se passe normalement.

- L'intimité de la consultation : Au CMC, la salle est exiguë, il y a pléthore de personnel malgré l'absentéisme, un paravent permet l'examen de la femme enceinte avec une relative discrétion bien que les cas soient commentés collectivement à haute voix devant les autres femmes qui attendent serrées sur un banc. Il arrive aussi que la soignante baisse un peu la voix pour commenter le cas de la femme devant ses collègues et les autres femmes. La femme consultée doit réajuster ses habits devant tout le monde.

La catégorisation des malades par les soignantes : Les femmes qui ne font pas les analyses prescrites et n'achètent pas les médicaments sont considérées comme négligentes sans tenir compte des difficultés économiques et sociales qu'elles rencontrent (manque d'argent, absence prolongée du mari). Sont jugées « bien » les femmes au contraire qui font toutes les analyses.

Moquerie, rires : La sage-femme et le docteur se moquent d'une femme qui dit ne pas savoir à quel mois de grossesse, elle se trouve. « Elles sont comme cela, elles ne connaissent même pas » dit la docteresse à mon intention. L'infirmière se moque d'Hassanatou, 15 ans, au 7^e mois d'une première grossesse qui croit que les mouvements de son ventre sont dus aux sorciers. L'infirmière rit et reprend : « C'est les sorciers hein ? » Hassanatou baisse la tête, sourit les lèvres fermées et détourne la tête de l'infirmière.

Manque d'information des consultées : La tension n'est pas communiquée à la patiente, même si elle est trop faible, elle est seulement notée dans le carnet. Selon les sages-femmes qui consultent, selon l'affluence des malades des conseils sont donnés. Une sage-femme recommande de manger des mets sucrés à une femme qui se plaint de vertiges le matin, à une primipare elle conseille de ne pas porter des vêtements serrés, à une autre femme, dont l'enfant est en position transverse, de faire les prières avec gènesflexions pour que l'enfant se place la tête en bas et d'aller accoucher au CHU si, malgré les gènesflexions, l'enfant reste dans la même position.

- Les conflits : J'ai observé plus de conflits dans les centres confessionnels que dans les structures publiques. Je crois que cela est à mettre en rapport avec une certaine démotivation du personnel dans le secteur public, un désintérêt pour les patientes. Le seul conflit déclaré auquel j'ai assisté entre une soignante et une femme suivie en CPN dans une structure publique, il s'agissait du CMC, était lié au paiement, une femme enceinte venait pour une analyse médicale et ne disposait que du prix des analyses soit 9000 F et elle refusait de passer au bureau des entrées pour ne pas avoir encore 1000 F supplémentaire à payer pour une consultation. La femme s'était déjà présentée le samedi matin, la sage-femme de garde lui avait dit de revenir le lundi. Le lundi elle s'est affrontée au surveillant général. Ce dernier a prévenu le personnel de la CPN que si cette femme vient à la CPN de l'envoyer au bureau des entrées. Le médecin et la sage-femme de la CPN ont crié sur la femme quand elle s'est présentée au service, lui ont dit de se rendre au bureau des entrées qu'on lui fera un reçu et qu'on la programmera pour les examens de

laboratoire. Dans les centres confessionnels les conflits observés portaient sur les retards de consultation, et sur le fait de jeûner pour une femme enceinte. Hassanatou a 15 ans elle est enceinte depuis 7 mois et se présente pour la première fois à la CPN avec sa belle-mère, c'est à la belle-mère que l'infirmière reproche la venue tardive au CS. Une jeune femme enceinte de six mois pratique le jeûne du Ramadan, elle se plaint de vomissements avec du sang, de toux avec douleurs à la poitrine, de vertige. Elle termine en disant que lorsqu'elle mange du riz elle vomit, qu'elle est à jeun et qu'elle ne sait pas si c'est à cause de cela. Les deux infirmières (qui sont chrétiennes) font une pression très forte sur la malade, l'une l'insulte et la traite d'escroc, l'autre cherche à lui faire peur et passe au cours de la discussion de la supposition (tu jeûnes et si tu meurs dans cet état) à l'affirmation (quand tu jeûnes, tu vas mourir et le fœtus aussi va mourir car il n'aura pas de nourriture).

Conclusions

Dans l'esprit du programme des SSP la femme devrait accoucher dans la structure où elle a suivi la CPN. Dans les soins de santé primaires publics, ce sont les mêmes sages-femmes qui assurent la CPN et les accouchements, or seulement le quart des femmes qui suivent la CPN dans les centres de soins de santé primaires y accouchent.

Pourquoi ?

- Un certain nombre d'accouchements ont lieu à domicile (rapidité du travail, accouchement la nuit qui se conjugue avec la difficulté de trouver un taxi, l'insécurité de certains quartiers, quartiers excentrés, la préférence de certaines femmes)-Dans l'enquête du Dr Didier 21 % des femmes avaient accouché à domicile.
- Mauvaise réputation de certains centres d'état, sur-tarifcation abusive (accoucher d'un garçon coûte plus cher que d'accoucher d'une fille, 15 000 F par ex pour une fille, 20 000 F pour un garçon ce qui quintuple au moins les prix officiels), mauvais comportement de certaines soignantes : insultes aux parturientes, certaines matrones ou sages-femmes appuient avec leur genou ou monte sur le ventre de la femme pour accélérer l'expulsion.
- Les centres confessionnels qui assurent la CPN n'ont pas de maternité.
- Les femmes qui ont les moyens vont dans les cliniques privées.

Pour les autres, certaines préfèrent se rendre dans les CHU. Elles ont plus confiance. J'ai assisté à un accouchement dans un CS où au cours de l'accouchement, l'expulsion tardant un peu à se produire, la parturiente a demandé à être transférée au CHU de Donka, ce que les sages-femmes n'ont pas pris en compte.

La tendance actuelle est d'accoucher au domicile des soignantes des structures publiques (qui n'y exercent pas forcément comme sages-femmes) ou au domicile des sages-femmes retraitées. Ces soignantes privées, souvent clandestines, suivent la femme pendant sa grossesse en s'appuyant sur une structure de santé publique (vaccination, examens de labo) où elles travaillent, ou ont travaillé, ou bien là où elles ont une relation. (Il existe tout un réseau de relations entre le public, le privé, le confessionnel, les agents du Ministère de la Santé).

Ce succès des sages-femmes privées s'explique :

- La femme enceinte et sa famille ont confiance en une soignante qu'elles considèrent qualifiée car elle travaille ou a travaillé dans une structure publique et qui peut conseiller la femme, la recommander lorsqu'elle doit faire les examens complémentaires.
- Cet élément de sécurité se combine à une relation personnelle de voisinage.
- Le coût de la CPN et de l'accouchement sont plus élevés que les prix officiels des centres de santé publics mais ils sont plus bas que les prix officiels pratiqués.

- Ces prix sont négociables, le paiement de l'accouchement peut être échelonné, différé jusqu' au baptême. Toutes ces négociations se retrouvent dans la relation malade – guérisseur dans le cadre de relations de voisinage.

SHADYC

Sociologie – Histoire – Anthropologie des Dynamiques Culturelles
Centre de la Vieille Charité - 2, rue de la Charité – 13002 Marseille
tél. (33) 04 91 14 07 77 fax. (33) 04 91 91 34 01

RESEAU
ANTHROPOLOGIE DE LA SANTE
EN AFRIQUE

BULLETIN N°1
AVRIL 2000

Ce bulletin a été réalisé grâce au soutien de programmes de recherche financés par :

l'Union Européenne (INCO)
l'Institut de Recherches pour le Développement (IRD)
le CNRS (Programme "Santé et Société")

SOMMAIRE

- Editorial, par Marc-Eric Gruénais, Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan p. 11

<p style="text-align: center;">Grossesse, contraception, avortement, accouchement en Afrique de l'Ouest Atelier d'Abidjan – 4 et 7 novembre 1999</p>
--

- **Partie I : Représentations et pratiques populaires**

- Grossesse, accouchement et allaitement chez les bobo madare du Burkina Faso.
par Chiara Alfieri..... p. 17
- Représentations populaires relatives à la grossesse et à l'avortement provoqué en milieu rural ivoirien : le cas des bété de Guiberoua.
par Marcel Yoro Blé p. 27
- La danse de l'accouchement à Timba. Réflexions autour d'une danse mimant l'accouchement pratiquée en milieu peul (Moyenne Guinée).
par Sylvie Bouvier p. 35
- Maternité et pratiques post-partum au Niger : les soins du corps de l'accouchée dans la vallée du fleuve.
par Abdoua Elhadj Dagobi..... p. 39
- Grossesse et allaitement en milieu anyi.
par Véronique Duchesne p. 41
- Approche anthropologique de quelques concepts et conceptions populaires relatifs à la santé maternelle. Représentations et pratiques de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum en milieu touareg.
par Marie-France Noël..... p. 47
- Représentation de la grossesse en milieu songhay de Gao.
par Younoussa Touré p. 61
- Fécondité, contraception et accouchement : quelques matériaux en zone linguistique Moore.
par Maurice Yaogo p. 67

- **Partie II : Interactions soignants/soignés dans les centres de santé**

- Les consultations pré-natales a Conakry. Les interactions soignantes-soignées.
par Yveline Diallo..... p. 75
- Santé maternelle et risque d'infection par le VIH. L'exemple de Kisumu (Ouest du Kenya).
par Marc-Eric Gruénais et Carolyn W. Njue..... p. 83
- Etre patient. Etude des interactions entre agents de la santé et usagers dans un service d'urgences.
par Eric Hahonou..... p. 91
- L'avortement : une pratique contraceptive "sure" en Côte d'Ivoire ?
par Mariatou Koné p. 95
- Conceptions et pratiques de l'avortement en pays Songhay-Zarma.
par Adamou Moumouni p. 105
- Interactions entre populations et personnels de santé lors des consultations prénatales dans une maternité rurale (burkina faso).
par Fatoumata Ouattara..... p. 111
- Parcours d'accouchées dans trois maternités populaires de Niamey. Quelques interactions.
par Aboubacar Souley p. 125
- Quelques notes de synthèse.
par Yannick Jaffré..... p. 133

Activités du Réseau : Appel à communications – Programmes de recherche Publications – Enseignements
--

- Atelier - Les professionnels de santé pratiques, identités & déontologies.
Dakar (27 février – 2 mars 2001) – Appel à communicationsp. 139
- Colloque – Le recours aux soins modernes des malades les plus démunis dans les grandes villes des pays en voie de développement .
Abidjan (Côte d’Ivoire), 7 – 8 – 9 décembre 2000.....p. 141

- **Programmes de recherche**
 - "Interactions entre les systèmes de santé publique et les conceptions et pratiques populaires relatives à la maladie (Afrique de l’Ouest) – (Financement Union Européenne - Inco).
Responsables scientifiques : Doris Bonnet, Yannick Jaffré
et Jean-Pierre Olivier de Sardanp. 145
 - La négociation des risques. Le cas de la santé sexuelle et reproductive. Approche comparative dans trois systèmes de santé (France – Kenya – Niger).
Responsables scientifiques : Jean-Louis Fabiani, Marc-Eric Gruénais,
et Jean-Pierre Olivier de Sardan.....p. 147
 - Politiques et pratiques en santé reproductive en Afrique. Le risque est-il "géré" ?.
Etude comparative portant sur trois pays africains Cameroun, Centrafrique, Mali.
Responsable scientifique : Marc-Eric Gruénaisp. 149
 - L’organisation locale des politiques de santé en Afrique Centrale.
Responsable scientifique : Marc-Eric Gruénaisp. 151
 - Maternal mortality and emergency obstetric care in longitudinal population-based Studies in West Africa (MAMOCWA)
Coordinateur scientifique anthropologie : Yannick Jaffré.....p. 153
 - Approche qualitative du problème de l’accès aux soins dans cinq villes africaines (volet socio-anthropologique) – (Coopération française-Unicef)
Responsables scientifiques : Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardanp. 157
 - Evaluation socio-comportementale et économique de l’initiative ONUSIDA d’accès aux traitements de l’infection à VIH en Côte d’Ivoire.
Coordinateur scientifique sciences sociales : Laurent Vidal.....p. 159

- **Publications**
 - La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l’ouest.
Sous la Direction de : Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardanp. 163
 - "Anthropologie de la santé". Bulletin de l’APAD N°17
Edité par Jean-Pierre Olivier de Sardan.....p. 165
 - Femmes en temps de SIDA. Expériences d’Afrique
par Laurent Vidal.....p. 167
 - Communiquer la maladie : transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l’Ouest.
Sous la direction de : Doris Bonnet et Yannick Jaffré (à paraître).....p. 169

- **Eseignements**

- Anthropologie et santé publique. Séminaire EHESS (SHADYC – Marseille).

Année 2000 – 2001.

- Sous la direction de : Marc-Eric Gruénais et Yannick Jaffré.....p. 173
- Formation pratique en anthropologie de la santé – Niamey Octobre 2001.p. 175

<p>Index des articles parus dans les numéros 1 à 8 du Bulletin du programme "Interactions entre les systèmes de santé publique et les conceptions et pratiques populaires relatives à la maladie (Afrique de l'Ouest)"</p>

- Selon les langues et cultures – Selon les "maladies" ou "entités nosologiques populaires" évoquées - Textes à caractère théorique ou méthodologique – Thérapeutes, interactions sanitaires et itinéraires thérapeutiques – Transmission, contamination, contagionp. 179