

## LA CHAÎNE DES CONSULTATIONS PRÉNATALES : ORDRES MÉDICAUX ET SOCIAUX NÉGOCIÉS

Fatoumata Ouattara<sup>\*</sup>, Fabienne Richard<sup>\*\*</sup> & Bérénice Ouattara<sup>\*\*\*</sup>

### INTRODUCTION

Les consultations prénatales (CPN) sont souvent prônées par nombre de professionnels de santé et de décideurs politiques comme l'une des solutions pour l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, notamment dans les pays en développement. D'une manière générale, les études sur les soins prénatals reflètent trois tendances.

En premier lieu, l'approche normative consiste à rendre compte de ce qui doit être fait dans le cadre des consultations prénatales pour agir sur la santé de la mère et de l'enfant. C. Rooney en 1992 a fait une revue critique de tous les actes posés pendant les consultations de ce type (examens cliniques, tests, traitements préventifs) pour mettre en évidence ce qui était plus du domaine du rituel sans preuve d'efficacité, et ce qui avait réellement un impact sur la santé de la mère et de l'enfant (Rooney, 1992). Cette étude systématique a permis de montrer qu'on savait peu de choses sur l'efficacité avérée des interventions prénatales et que la CPN relevait plus de la routine.

Une seconde perspective consiste à évaluer ces consultations par le taux de fréquentation. Tout se passe comme s'il suffisait de recourir aux taux de fréquentation des structures de santé pour expliquer le bien-fondé ou la réussite de ces soins. Dans une telle mesure, l'accent sera mis sur le nombre de CPN réalisées, ainsi que la date de la première CPN par une femme au cours de sa grossesse. Il existe une grande variation dans la fréquentation de la consultation prénatale en Afrique subsaharienne. La moitié des pays ont une couverture de

---

\* Anthropologue, chargée de recherche, Aix-Marseille Université, IRD, LPED, Marseille, France.

\*\* Sage-femme, MSc, PhD, Département de santé publique, Institut de médecine tropicale d'Anvers, Belgique.

\*\*\* Agent de communication à la représentation de l'IRD, Ouagadougou, Burkina Faso.

plus de 90 % (au moins une visite prénatale), mais certains pays comme le Tchad, le Niger ou l'Éthiopie ont des couvertures très basses avec moins de la moitié des femmes ayant bénéficié d'une CPN au cours de la grossesse. La recommandation actuelle de l'OMS est de quatre CPN (Wang *et al.*, 2011).

Une troisième approche consiste à étudier les obstacles à leur suivi. Les pratiques culturelles et religieuses sont ainsi présentées comme des critères justifiant la non-observance ou l'irrégularité des femmes dans le suivi des soins prénatals (Wangre, 2000). Dans une autre optique, la brièveté de la consultation a été identifiée comme étant une entrave à son efficacité. N. Murira *et al.* ont souligné la brièveté de la CPN limitée à trois minutes et autorisant de ce fait peu d'échanges entre les soignants et les femmes enceintes (Murira *et al.*, 1997).

Au début du projet Aquasou, il a donc semblé légitime de s'attacher à un décryptage et à une documentation des interactions qui ont cours entre les personnels de santé et les usagers à l'occasion des CNP. Quels enjeux se nouent autour des rapports entre les usagers et les prestataires de soins ?

Les observations des consultations prénatales ont été réalisées pendant deux mois consécutifs<sup>1</sup> au sein du Service de soins maternels et infantiles (SMI) de l'hôpital de référence du district. Au moment de l'enquête, les consultations prénatales (CPN) s'y déroulaient encore. Mais au cours du projet Aquasou, dans un souci d'efficacité, il fut décidé par l'équipe de district que les CPN de routine seraient réalisées dans les centres de santé de premier échelon, et que seules les CPN de références (grossesses à risques élevés) seraient assurées par les gynécologues à l'hôpital. Cependant, certaines sages-femmes exerçant dans les structures de référence pouvaient recevoir à titre privé des femmes pour des suivis (de routine) de CPN. De tels suivis personnalisés étaient justifiés par les interconnaissances.

L'enquête a eu lieu en octobre et novembre 2003. Durant cette période, 108 consultations ont été observées. L'examen de ces séances consistait pour l'enquêtrice à être présente dans la salle de consultation où les soignants reçoivent individuellement les femmes enceintes. À l'occasion des consultations prénatales, les agents de santé organisent des séances dites « de causeries » à l'intention des femmes. Neuf « causeries » de groupes destinées à « sensibiliser » les patientes sur différentes questions de santé ont été étudiées. Les conduites et les discours des patientes et des prestataires de soins ont été explorés et enregistrés. Le choix de ces causeries (l'observation et la transcription fidèle des discours) a pris en compte la diversité des statuts des soignants qui animent ces séances.

---

1. Les observations des consultations et des séances de causeries à l'attention des femmes enceintes ont été faites par Bérénice Ouattara.

## RESSOURCES ET ORGANISATION DES CPN

Les activités de CPN sont subdivisées en deux parties : une première partie concerne les causeries de groupe qui s'adressent aux femmes venues en consultation, soit des femmes enceintes, des mères avec leurs bébés venues pour les soins postnataux et des femmes qui attendent une consultation de planning familial. Les séances de causeries peuvent être conduites alternativement par un infirmier, une sage-femme ou une accoucheuse, en fonction d'un programme de roulement établi par le chef de service. La deuxième partie est la consultation prénatale en elle-même : l'examen clinique individuel. La femme est souvent examinée en présence de plusieurs personnels de santé ou stagiaires. À l'instar des actes dans la salle d'accouchement, les CPN impliquent divers corps de professionnels de la santé : sages-femmes, infirmiers diplômés, accoucheuses auxiliaires et filles de salle. Cependant, le nombre de soignants varie d'une séance à une autre. En outre, les responsabilités de chaque prestataire de soins ne sont guère explicites.

Les CPN reflètent la mauvaise coordination entre les unités de soins. Ainsi, les rendez-vous donnés aux patientes pour les vaccinations ne sont parfois pas honorés en raison d'un manque de vaccins. En plus de cela, il ne sera pas forcément noté dans le carnet de consultation la date d'un autre rendez-vous. En plus des problèmes d'organisation au sein du personnel, les situations observées mettent en évidence l'inégale répartition du matériel au sein des unités du service ou entre les personnels eux-mêmes. Alors qu'il n'y avait aucun spéculum à la disposition d'une sage-femme de l'unité des CPN, en revanche une autre aura disposé d'une importante quantité dans le service.

Les femmes qui viennent en consultation sont de tous les âges. Les statuts sociaux sont aussi variés : jeunes filles non mariées, épouses, femmes chefs de famille. Les CPN sont familièrement appelées « *pes-ugo* » en langue mooré<sup>2</sup>. Ce terme est dérivé de « pesée » qui rend compte de l'acte de prendre le poids des consultantes. La même allusion à la « pesée » est repérable dans les autres langues.

### *Les causeries et les thèmes de la sensibilisation collective*

Les causeries éducatives sont tenues deux fois par semaine, elles ont lieu dans la matinée avant le début des consultations prénatales. Elles sont conduites par les soignants et sont réalisées en langue mooré. Par conséquent, seuls les prestataires de soins parlant mooré animent ces discussions de groupe. Aucune

---

2. Langue du groupe culturel numériquement majoritaire au Burkina Faso mais qui est loin d'être comprise et parlée par l'ensemble des Burkinabè.

traduction n'est faite à l'intention des femmes qui ne comprennent pas cette langue.

Les discours tenus pendant les causeries et/ou les consultations individuelles renvoient à divers registres. On observe des recommandations qui concernent la prise en charge de la grossesse, formulées comme des ordres que les femmes enceintes sont tenues de respecter : suivre les CPN, se faire vacciner, éviter d'accoucher à domicile, suivre les prescriptions médicales afin d'éviter les maladies sexuellement transmissibles. On relève aussi des conseils d'ordre alimentaire : boire davantage d'eau, éviter de consommer du bouillon Kub, éviter de faire le jeûne du ramadan.

#### *Sensibilisation des femmes au suivi des CPN*

L'incitation du recours aux structures de soins pour un suivi médical de la grossesse est rappelée régulièrement par les soignants.

Dans son analyse des accouchements à domicile dans les zones urbaines et rurales (Ouagadougou et Koubri, Burkina Faso), S. Zongo a mis en évidence un lien entre les accouchements à domicile et le non-suivi des consultations prénatales (Zongo, 2005 ; et cinquième chapitre). Dans cette étude, il est souligné que lorsque les femmes n'ont pas suivi les consultations prénatales, certaines choisissent d'accoucher à domicile pour éviter ainsi d'être réprimandées par les personnels de santé. La visite prénatale apparaît alors comme une conditionnalité de l'accouchement à la maternité.

#### *Sensibilisation des femmes à poser des questions*

Les soignants se plaignent du fait que les femmes ne posent pas de questions. Pendant les mots introductifs aux causeries de groupe, la majorité des soignants évoquent ce sujet et encouragent les femmes à sortir d'un certain mutisme quand elles vont dans une formation sanitaire pour suivre l'évolution de leur grossesse. Mais leur silence s'apparente surtout à une certaine crainte des agents de santé. Dans une perspective goffmannienne, on peut considérer que les causeries de groupe constituent un premier niveau « d'engagement » dans le face-à-face entre soignants et consultantes (Goffman, 1974). Les soignants savent que leurs pratiques font souvent l'objet de critiques de la part des usagers en dehors de la relation thérapeutique, et leurs discours durant les causeries attestent de postures défensives et justificatrices du manque de bienveillance à l'égard des femmes chez certains personnels.

*Vous savez où se trouve le problème, mais vous ne voulez pas parler alors que nous voulons que vous parlez avec nous pour qu'on trouve un médicament à ce problème. [...] Nous vous demandons de parler avec nous. [...] Quand vous quittez la salle d'accouchement, nous vous donnons un rendez-vous, vrai ou faux ? Nous ne disons pas de revenir*

*après 45 jours pour qu'on voit si ça va ou pas et choisir un moyen de contraception ? C'est pour que la grossesse ne vous surprenne pas. Il faut savoir que de nos jours, les femmes qui vont s'asseoir, se taire et ne viennent pas faire cette visite, ne viennent pas à l'hôpital, ont dans la tête l'ancienne façon de voir les choses : « mon enfant tête, mes règles ne viennent pas, je ne tomberai donc pas enceinte. Ou bien l'enfant que j'ai, tant qu'il ne marchera pas, je ne prendrai pas de grossesse. » [...] Les femmes enceintes ne parlent pas avec nous ; vous allez vous coucher, on mesure, on écoute, on prend le doigtier pour faire l'examen, vous descendez et personne ne va demander : « Madame vous avez regardé, vous avez vu quoi ? La position de mon enfant est-elle normale ? Respire-t-il ? Selon votre examen, la date d'accouchement est pour quand ? » Vous ne demandez rien même si vous venez à la pesée 6, 7 fois, personne ne va demander. [...] Même si nous vous donnons un papier qui vous conduit à déboursier 10 000 FCFA ou 15 000 FCFA pour faire un examen, vous allez faire et revenir nous donner comme une muette ; nous prenons et regardons et l'on vous dit : « Madame, l'échographie est bonne. » Elle te dit : « Oh, c'est bon ? » Elle prend et empoche (rires des femmes) et repart. C'est fini. Ce n'est pas vrai ? Nous voulons que ce problème finisse. Pourquoi vous ne nous demandez pas ?*

*(Une sage-femme, causerie du 16 octobre 2003.)*

*Nous allons demander aux femmes enceintes ; si vous venez pour faire la pesée, faites, pardon, et posez les questions, nous ne voudrions pas que vous venez monter sur la table, on vous examine et vous vous levez pour partir. Quand vous allez à la maison, qu'est-ce que vous dites à vos maris ? Nous voudrions que vous parliez avec nous, c'est une question de vie. L'être humain n'est pas un papier. Si c'est du papier, je peux écrire, remplir et ensuite prendre, déchirer et jeter, mais c'est un être humain. Une femme avec une grossesse, qui devrait donner une vie qui finit par mourir ! Dans ces cas, les parents ne sont pas contents, l'agent de santé qui a fait les pesées ne sera pas content et ceux qui seront dans la salle d'accouchement ne seront pas contents. Si vous avez quelque chose à nous demander, faites, pardon, quand vous rentrez dans la salle, vous pouvez dire « Madame, on ne vous a pas parlé parce qu'il y avait ceci ou cela. » C'est vrai l'homme est 9 et pas 10.<sup>3</sup>*

*(Une sage-femme, causerie du 20 octobre 2003.)*

Les arguments développés ici par les soignants s'apparentent à des précautions apaisantes pour la rencontre. Citons E. Goffman à cet égard :

*Lorsque commence une rencontre, directe ou médiatisée, les participants entretiennent déjà un certain type de relations sociales, et s'attendent à garder entre eux à l'avenir des rapports déterminés. C'est là une des*

---

3. L'expression « l'homme est 9 et pas 10 » signifie que l'être humain parfait n'existe pas.

*façons dont les contacts sociaux s'engrènent sur la société qui les entoure. On peut alors concevoir une grande partie de l'activité interne à la rencontre comme étant un effort de la part des participants pour surmonter tous les événements imprévus qui risqueraient de les faire voir sous un jour fâcheux, sans pour autant rompre leurs relations.*

*(Goffman, 1974 : 38)*

Dans la même perspective, Goffman souligne que les réactions de mise en « confiance et d'assurance » sont les implicites d'une interaction (Goffman, 1974 : 11).

Du côté des consultantes, ces invitations à parler finissent par avoir raison du silence lié à la honte, à la pudeur, mais aussi à la crainte de susciter la mauvaise humeur des soignants en posant certaines questions.

*En tout cas, l'accueil de certains agents n'est pas du tout ça. C'est pour cela qu'on a peur par moment de poser des questions. Il y a d'autres agents en les voyant, tu as envie d'aller lui exposer ton problème ; de la manière dont tu le vois, cet agent ne ressemble pas aux autres. Il y a des agents, si tu arrives, ce sont des problèmes seulement. C'est pour cela que les femmes se réservent. Certaines ont un problème qui les tient à cœur pour exposer à l'agent, mais si tu n'as pas un agent que tu connais, un parent ou une connaissance. Ah ! Tu vas dire : « Je n'ai pas de parent agent de santé. Je vais aller exposer mon problème à quel agent, pour qu'il puisse m'écouter ? »*

*(Une femme, séance de causerie enregistrée le 27 octobre 2003.)*

L'existence d'un « espace relationnel » est basée sur la « prévisibilité générale des conduites des soignants » (Giddens, 1994 : 111). Officiellement, les causeries sont des groupes de parole réunissant consultantes et soignants autour de questions ressortissant de l'ordre technico-médical. Ainsi, les moments consacrés à celles-ci apparaissent comme des lieux de légitimité du pouvoir médical. Cependant, avec les causeries de groupe, cette légitimité se déplace vers des questions non strictement médicales.

Les recommandations seront faites pour encourager les femmes à abandonner certaines pratiques sociales que les soignants jugent compromettantes pour l'équilibre du couple en contexte urbain. Par exemple, traditionnellement, la femme doit résider dans sa famille quelque temps après son accouchement. Cette prescription sociale a pour fonction d'éviter les grossesses trop rapprochées, honteuses parce qu'elles attestent de femmes incapables de contrôler leur sexualité, alors qu'elles sont censées l'être. À ce sujet, les agents de santé évoquent un autre risque d'ordre social : une séparation prolongée du couple pourrait être source d'infidélité de l'homme. Pire, dans un contexte de vie sociale où la polygamie est permise, l'homme pourrait prendre une seconde femme ; les exemples semblent ne pas manquer aux soignants pour illustrer ce risque. Gardons à l'esprit que les causeries éducatives sont faites par

des agents de santé de sexe féminin qui participent des mêmes univers normatifs, culturels et sociaux que les consultantes. Entre deux risques sociaux (risque d'une grossesse rapprochée de la précédente et risque d'être victime d'infidélité ou d'avoir une coépouse), sages-femmes et accoucheuses auxiliaires optent pour le premier.

*Les femmes, n'acceptez pas de rentrer ! Si vous pouvez vous asseoir (rester au domicile de l'homme), asseyez-vous ! Il y a les médicaments pour l'espacement des naissances pour vous aider. N'acceptez pas une telle chose, aller chez tes parents après l'accouchement ou aller dormir chez la belle-mère ; laissez la belle-mère tranquille ; l'essentiel est qu'elle cajole l'enfant et vous la laissez tranquille.*

*(Une accoucheuse auxiliaire, séance de causerie enregistrée le 3 novembre 2003.)*

Les soignantes n'omettent pas d'insister sur le fait que le monde a changé et que les femmes doivent suivre en changeant aussi leurs conduites vis-à-vis des hommes après l'accouchement. La particularité de la sexualité masculine est rappelée. L'idée d'une passivité sexuelle féminine de laquelle serait absente toute entreprise de séduction chez la femme est réfutée.

*[...] Nous savons que quand une femme accouche, avant le 45<sup>ème</sup> jour [après l'accouchement] [...] elle devient plus belle. Si tu arranges ça, en plus (rires des femmes), [...] Oui, le fait de devenir jolie fait que le propriétaire (le mari) va vouloir s'approcher, si tu dis : « non, non ». Nous voudrions que les femmes changent à ce niveau. Changer, cela ne veut pas dire que tu n'as pas froid aux yeux ou que tu es une pute ; non le monde a changé. Si tu dis que si ton enfant ne marche pas, l'homme ne te touchera pas, si tu ne fais pas attention, au moment de venir te toucher, peut-être qu'il apportera un problème du dehors<sup>4</sup>, car tu le refusais, combien d'hommes peuvent s'abstenir et attendre ? Est-ce que vous pouvez nous dire le temps que les hommes peuvent s'abstenir dans le mois ? Celles qui sont dans leur foyer ? [...] Est-ce que ça peut attendre sept jours ? (rires des femmes) Non, c'est combien ? C'est vrai, nous n'avons pas été éduquées de cette façon. Toi aussi, tu ne chercheras pas à connaître ; donc, si tu dis que si ton enfant ne marche pas, [le mari] ne te touchera pas mais il ne te dira pas qu'il ira dehors. Avant que tu ne saches, il est avec les putes, tu regardes, toi qui dis de ne pas te toucher. Donc, tu ne peux pas faire des histoires. Tout ça fait partie de l'éducation des enfants. Donc, venez au 45<sup>ème</sup> jour pour qu'on vous consulte.*

*(Une sage-femme, séance de causerie enregistrée le 6 novembre 2003.)*

Ces propos tenus de manière ludique tendent à attirer l'attention des femmes sur l'importance de la coquetterie pour le « bon » fonctionnement de leur vie de

---

4. La sage-femme fait allusion au VIH/sida.

couple. La coquetterie, l'adoption d'une méthode contraceptive ainsi que le non-refus des relations sexuelles en raison du risque de grossesse sont enseignés comme des moyens pour préserver la stabilité des relations au sein du couple.

## LES CONSULTATIONS PRÉNATALES

Très vite, la plaisanterie laisse place à un face-à-face dans la salle de consultation, où les femmes sont examinées individuellement par les soignants. Le rapport de force numérique s'inverse : alors que dans la salle d'attente, il y a plus de consultantes que de professionnels de santé, dans les salles de consultation, la femme se retrouve en interaction avec plusieurs d'entre eux. La plaisanterie cède vite la place à la contrainte et à l'autorité dans les échanges. Après les prises de poids, de taille et de tension qui ont lieu sous le hangar, une patiente entre dans le bureau de consultation. Elle remet le carnet à la sage-femme et paye 700 FCFA (environ un euro)<sup>5</sup>. Puis, la sage-femme lui demande d'aller s'allonger sur la table. L'interrogatoire commence :

*Sage-femme. — La date de tes dernières règles ?*

*Patiente. — C'était au moment de Pâques. [...]*

*La patiente quitte la table d'examen et rejoint la sage-femme qui s'est installée à son bureau.*

*Sage-femme. — Tu n'as pas de questions à poser ?*

*(Silence)*

*Sage-femme. — Tu ne cherches pas à savoir si l'enfant vit ou pas ?*

*Une autre sage-femme qui assiste à la consultation lance. — Si on ne leur pose pas de questions, elles ne parlent pas. Elles sont têtues !*

*Sage-femme. — Si vous venez ici, ne regardez pas nos visages, vous devez dire ce que vous avez. Il ne suffit pas de venir monter sur la table, descendre et partir.*

Les incompréhensions linguistiques ne manquent pas non plus dans la salle de consultation où les échanges se font la plupart du temps en français. Les questions de traduction et de compréhension linguistique ont toute leur importance dans les relations entre soignants et soignés en Afrique subsaharienne. Car :

*Si dans les pays du nord, que ce soit bon ou mauvais, les divers examens cliniques et para-cliniques permettent pratiquement de se passer de la parole du malade, celle-ci est au contraire essentielle dans les pays en voie de développement où l'anamnèse est souvent le seul élément du diagnostic dans la consultation.*

*(Jaffré, 1990 ; 58)*

---

5. Un euro = 655 FCFA.

De l'espace réservé à l'animation de la causerie de groupe à la salle de consultation (où les échanges commencent spontanément en français), il s'opère un glissement linguistique. Si, dans le premier espace, les soignants s'expriment d'emblée en langue locale, dans la salle de consultation l'expression française est choisie de prime abord. Tout se passe comme si le choix de la langue procédait d'un marquage des frontières entre des zones de savoirs et une tentative de proximité/familiarité ou de distance/hierarchie instaurée par les soignants à l'égard des femmes.

*Sage-femme. — Donne 1 125 FCFA et va monter sur la table. [...]*

*Patiente. — Tout mon corps me fait mal.*

*Sage-femme. — Tout ton corps, tes yeux, tes cheveux te font mal ?*

*Patiente. — Non.*

*Stagiaire. — Le col est extérieur, le doigtier ramène du sang. (Elle le montre aux autres sages-femmes.) La patiente revient à la table des sages-femmes.*

*Sage-femme. — As-tu déjà accouché ?*

*Patiente. — Oui, j'ai un enfant.*

*Sage-femme. — Elle a un goître et la taille n'est pas normale par rapport à la grossesse.*

*Une sage-femme. — Je vais reprendre sa taille ; viens. C'est ça. 1m48.*

*Sage-femme. — Tantie, dis à ton mari que ta grossesse est une grossesse à risque, tu as une petite taille ; il se pourrait que ça soit une opération. Il n'a qu'à préparer l'argent en cas d'opération. Que Dieu nous aide !*

Un tel échange met en évidence les problèmes de compréhension linguistique et sémantique entre des catégories d'acteurs. Le premier niveau de compréhension a trait à l'expression des symptômes. La question pour le moins ironique de la soignante tente de cerner la douleur décrite par la femme enceinte. Ensuite, un second niveau d'échange s'articule sur la signification d'une expression médicale : grossesse à risque. Est-il évident que la patiente ait compris ce que recouvre l'expression « grossesse à risque » ? N'aurait-il pas été souhaitable que l'information sur le risque probable de son accouchement par césarienne soit délivrée également à son conjoint en milieu hospitalier ? En plus, le coût de l'acte représente-t-il l'unique point d'information sur une césarienne ? De façon globale, la rationalisation des conduites populaires que postule l'éducation pour la santé et les messages qu'elle véhicule sont difficilement atteignables. Y. Jaffré s'interroge à juste raison :

*Ne serait-il pas alors plus légitime de repenser la question de l'éducation pour la santé à partir des déterminants sociaux et psychologiques des différentes conduites ayant une influence sur la santé plutôt que d'espérer une bien illusoire rationalisation des comportements ?*

*(Jaffré, 1990 : 62)*

Dans le prolongement de ce questionnement, il devient pertinent de décrypter les contenus non strictement médicaux des discours des soignants.

DES PROPOS MORALISATEURS EN TEMPS DE CPN

La sensibilisation relative aux questions d'ordre social constitue l'un des registres relationnels des soignants.

*L'accompagnante d'une jeune fille aux allures timides et hésitantes s'approche d'une sage-femme et dit. — C'est A qui nous envoie chez vous.*

*La sage-femme prend le carnet, regarde et dit. — C'est ce que je n'aime pas.*

*L'accoucheuse s'adresse à la jeune fille. — Va monter sur la table. Votre grossesse a combien de mois ?*

*(Silence)*

*L'accoucheuse s'adressant à la sage-femme. — Je trouve quatre mois et demi. Hauteur utérine 18.*

*Sage-femme. — Ça bouge ?*

*Accoucheuse auxiliaire. — Non. C'est une IVG [interruption volontaire de grossesse]. Descends !*

*La jeune fille descend et vient s'installer en face des sages-femmes.*

*L'accompagnante. — C'est une orpheline.*

*Sage-femme. — Qu'est-ce que tu as pris pour faire l'avortement ?*

*(Silence)*

*L'accompagnante. — Dis-leur ce que tu as pris.*

*La jeune fille. — C'est du miel.*

*Sage-femme. — Ce n'est pas du miel seulement, tu as mis quelque chose dans le vagin car ça sent !*

*(Silence)*

*L'accompagnante. — Il faut parler pour qu'on puisse t'aider. Tu as mis quelque chose.*

*Sage-femme. — Le monsieur ne veut pas la grossesse ?*

*La jeune fille. — Oui.*

*Sage-femme. — Même s'il ne veut pas la grossesse, ce n'est pas pour autant que tu vas faire ça ; est-ce que tu sais que tu pouvais mourir ? [...]*

*Tu sais qu'il y a le sida ; en plus, tu peux mourir en faisant l'avortement, il y a le sida que tu peux avoir alors qu'on n'a pas encore trouvé de médicament.*

Autre situation : en face d'une soignante, une patiente explique que son conjoint n'est pas prêt à payer les ordonnances médicales. La soignante lui répond :

*La femme enceinte est fragile, c'est toi-même qui arriveras à résoudre ce problème ; l'extérieur ne peut pas t'aider.*

Les professionnelles de santé s'improvisent souvent conseillères dans les relations de couple. Les conjoints ont une place dans cette relation de pouvoir au sein de l'univers des soins. Ils sont souvent convoqués dans la salle de consultation pour y recevoir notamment les recommandations relatives à l'achat des produits prescrits.

*Nous voulons que vous arriviez à dompter vos maris pour qu'ils vous suivent. Vous avez entendu ?*

*(Une sage-femme pendant une séance de causerie enregistrée le 27 octobre 2003.)*

De fait, cette critique tend à se légitimer dans un contexte où les échanges entre les soignants et les usagers de soins dans le cadre des CPN sont empreints de domination des uns sur les autres. En effet, les femmes sont considérées par les personnels de santé comme des personnes qu'il faut « éduquer », « sensibiliser ».

À l'instar de nombreux services de soins en Afrique, le cadre des consultations prénatales rime souvent avec une mauvaise qualité de l'accueil. Mais qu'est-ce qui détermine ce mauvais accueil ? Certaines patientes font plus les frais de ce mauvais accueil que d'autres. Une première CPN tardive est le signe d'une défaillance de la sensibilisation pour les soignants : « Ça vaut huit mois et c'est ta première pesée ! Tu es restée à la maison pour faire quoi ? » Les grandes multipares sont « grondées », « moralisées » et savent qu'elles ne seront pas ménagées par les personnels de santé pendant les « pesées » ou dans la salle d'accouchement. La consultation de madame A portant sa septième grossesse à 35 ans s'est terminée par la tenue de propos moralisateurs à son égard.

*Sage-femme. — Tu as fait combien d'accouchements ?*

*Patiente. — C'est la septième grossesse.*

*Sage-femme. — Qu'est-ce que tu fais comme travail ?*

*Patiente. — Rien.*

*Sage-femme. — Et ton mari ?*

*Patiente. — Rien.*

*Sage-femme. — As-tu quel âge ?*

*Patiente. — 35 ans.*

*Sage-femme. — À 35 ans avec sept grossesses, c'est quand même trop pour vous, c'est Dieu qui va s'occuper des enfants ; Dieu a beaucoup de dossiers à gérer. Même si ce n'est pas ça, pour ta propre vie. Si tu meurs, après le 40<sup>ème</sup> jour, on donnera une autre femme à ton mari. Ce n'est pas vrai ; dis à ton mari de venir me voir. Lève-toi, je vais t'accompagner chez le docteur.*

Voyons le cas d'une autre multipare :

*La sage-femme regarde le carnet et lance à ses collègues. — 13<sup>ème</sup> geste ! (puis continue) Si tu constates bien, ce sont les femmes musulmanes.*

*(Puis, elle se retourne vers la patiente.)*

*Sage-femme. — Tu as quel âge ?*

*Patiente. — 33 ans.*

*Sage-femme. — 13 grossesses, tu sais que tu vas te tuer. Qu'est-ce qu'il y a ?*

*Patiente. — Il y a en qui sont décédés.*

*Sage-femme. — Même s'il reste quatre, pourquoi en faire d'autres ?*

*Patiente. — Il y a comme un génie qui me suit. Lorsque je dors la nuit,*

*il y a un homme qui vient faire des rapports sexuels avec moi, alors que ce n'est pas mon mari. J'ai même dit à ma sœur de m'aider.*

*Sage-femme. — Il faut faire attention ; tu dois dire tes problèmes à ton mari, mais pas à tes parents. Tu as des coépouses ?*

*Patiente. — Oui, deux.*

*Sage-femme. — Elles n'ont pas fait de contraception ?*

*Patiente. — Oui, mon mari m'a dit que c'est parce qu'il leur a fait mettre le stérilet qu'elles sont chaque fois malades et qu'il ne va pas me le faire mettre.*

*La sage-femme s'adressant à ses collègues. — Celle-là est bien en psychiatrie. Si tu accouches, reviens nous voir. Qu'est-ce que tu fais ?*

*Patiente. — Rien, je ne peux pas garder de l'argent sur moi. Même si vous me donnez 500 F tout de suite, je ne saurai pas ce qu'est devenu l'argent. Ce sont les génies là.*

*L'accoucheuse auxiliaire. — Donne 700 FCFA et va te coucher.*

*(L'accoucheuse l'examine et proclame à ses collègues : bon état général, pas de vergetures, pas de varices, pas d'œdèmes. HU 30 cm. Il est postérieur, court ramolli, leucorrhées jaunâtres.)*

*(La patiente revient s'asseoir au bureau où sont installées les autres sages-femmes.)*

*Sage-femme. — Il faut sortir et aller prendre la tension. Dis à ton mari que madame fait des histoires. [...] Il faut prendre la Nivaquine jusqu'à l'accouchement. Je te donne une ordonnance, ton mari pourra l'acheter ?*

*Patiente. — Écrivez.*

*Une sage-femme. — Il y a des médicaments qu'on peut lui donner.*

*L'accoucheuse. — C'est pour moi et je ne vais pas lui donner ; ma grande sœur qui a fait 12 accouchements soit disant qu'elle cherche un garçon, j'ai refusé de lui donner mes vieux habits. On ne peut pas les encourager à faire beaucoup d'enfants.*

*Sage-femme. — Reviens demain prendre des médicaments.*

Dans ces échanges, il y a une mise en scène des conceptions d'ordre culturel. Par exemple, dans de nombreuses sociétés burkinabè, les représentations populaires établissent que chaque individu dispose d'un partenaire génie de sexe opposé qui assure sa protection. Cependant, il est admis que cette dualité puisse devenir pathologique quand ce « couple » (homme/génie) entretient des rapports sexuels. D'où l'évocation des génies par cette femme pour justifier ses multiples grossesses. Par ailleurs, en dépit des actions de planification familiale, nombreuses sont encore les personnes qui pensent que les méthodes de prévention des grossesses peuvent être la cause d'une stérilité ou de maladies chez les femmes. L'exercice du pouvoir des soignants sur les femmes pendant les CPN tend aussi à concerner les conjoints bien que ceux-ci soient souvent absents des consultations.

Quant aux relations avec les jeunes primipares, elles seront caractérisées par des remontrances à l'instar de celles qu'on fait à des enfants. La question n'est pas de savoir si de tels propos ont leur place dans le cadre d'un échange

médicalisé, le fait est qu'ils finissent par apparaître comme le seul registre d'échange entre soignants et soignées. Face à une jeune fille qui porte sa première grossesse et qui hésite manifestement à dévoiler son intimité dans la salle de soins, la sage-femme lui lance : « Tu as honte de quoi ? Moi aussi, j'ai des seins. » À l'instar de divers espaces sociaux, la notion de honte occupe une place importante dans les interactions entre usagers et prestataires de soins. L'accès aux corps et aux discours sur les plaintes des patientes peut être problématique en raison des sentiments associés à la pudeur, pudeur que l'on traduit couramment par « honte ». À cet effet, les non-dits renvoient aux maladies sexuelles ou à des prescriptions médicales pour ces pathologies : « Le médicament [prescrit] est aussi pour votre mari ». Les personnels de santé ont volontiers recours au registre de la honte pour faire passer des messages médicaux, notamment ceux relatifs au domaine de la prévention.

Les agents de santé qui viennent à une consultation ne sont pas traités différemment. Là encore, l'évocation de la honte est l'argument pour culpabiliser celle qui n'a pas respecté la régularité des CPN.

*La sage-femme prend le carnet. — Mme T fait quoi ?*

*Patiente. — Fille de salle.*

*Sage-femme. — Où ?*

*Patiente. — À Yalgado.*

*Sage-femme. — Tu n'as même pas honte, c'est maintenant que tu viens à la pesée ? Tu es de la santé ! Elle l'examine et dit : bon état général, pas d'œdèmes, pas de vergetures, pas de varices, hauteur utérine 29 cm [...].*

*Sage-femme. — Le col est postérieur court, ramolli, le doigtier RAS, plus à gauche. Je ne suis pas contente, ça ne colle pas à un agent de santé. Prends ton carnet, je ne vais pas te parler. À l'hôpital, tu pouvais même aller faire la pesée pourquoi ? Il ne faut plus aller au travail. Il ne faut plus faire ça.*

*(La fille de salle ne dira pas un mot.)*

À l'égard d'une connaissance, le contenu de la prise en charge n'est pas forcément différent de ce qui se passe habituellement.

*La sage-femme s'adresse à une élève stagiaire. — Va l'examiner, c'est la femme de l'ami de mon père.*

*La stagiaire. — Elle est colorée, la dentition est complète, HU 12, pas d'œdèmes, pas de varices, le col est postérieur, ramolli, long, leucorrhées blanchâtres.*

*Une deuxième sage-femme. — Tu dois me remettre 1 125 FCFA. C'est C. ton nom de famille ?*

*Patiente. — Oui.*

*La deuxième sage-femme. — Tu vas acheter ces médicaments et revenir le jeudi avec l'ancien carnet du dernier enfant.*

*Patiente. — Je suis constipée.*

*Première sage-femme. — Qu'est-ce tu prends ?*

*Patiente. — On m'avait prescrit du Forlax.*

*(Elle lui montre un lot de médicaments.)*

*Première sage-femme. — As-tu des hémorroïdes ?*

*Patiente. — Oui.*

*Première sage-femme. — Tu peux partir et revenir le jeudi.*

## DES RAPPORTS MARCHANDS

À l'observation des espaces des CPN, un paradoxe apparaît à propos de l'argent dépensé par les consultantes. D'une part, les discours officiels s'attardent sur la gratuité des CPN, d'autre part les frais déboursés en CPN semblent jouer un rôle important aussi bien pour les femmes que pour les personnels de santé. En dépit de la circulaire ministérielle de 2001 sur la gratuité des CPN, la quasi-totalité des échanges commencent et se terminent par un paiement de la patiente<sup>6</sup>. Les femmes en CPN ne dépensent pas les mêmes sommes d'argent. Les sommes réclamées par les soignants diffèrent selon les actes : carnet, examens biologiques, seringue...

*Sage-femme. — La date probable d'accouchement est en mars 2004. Tu as mal quelque part ?*

*Patiente. — Non. [...]*

*Sage-femme. — Tu dois nous donner 1 125 FCFA.*

*Patiente. — Je n'ai pas l'argent avec moi.*

*Sage-femme. — Va chercher l'argent avant qu'on ne t'examine.*

Lors d'une autre consultation, on note les propos suivants :

*Patiente. — Mon argent n'est pas arrivé.*

*Sage-femme. — Tu as combien ?*

*Patiente. — 800 FCFA*

*Accoucheuse auxiliaire. — Il faut aller chercher l'argent chez une autre femme !*

*(La patiente revient quelques instants plus tard avec 1 000 FCFA.)*

*Sage-femme. — Mais il reste 125 FCFA.*

*Accoucheuse auxiliaire. — Donne ! On ne va pas remettre la seringue qui coûte 125 FCFA.*

Puis l'accoucheuse auxiliaire procède à l'examen de la femme.

La réclamation des sommes par les soignants aux femmes en CPN est accompagnée de peu de justifications. Cependant, lorsque de rares patientes

---

6. Normalement les consommables et les médicaments pour la CPN sont fournis gratuitement par le Ministère de la santé afin de garantir la gratuité de la CPN pour les femmes (Fer, acide folique, gants...) : mais selon les sages-femmes, il y a toujours des choses qui manquent et elles doivent faire payer les femmes, ce qui crée des tensions entre les femmes, leur famille et les prestataires de soins.

osent demander la raison des sommes qu'elles ont payées, les personnels de santé perçoivent cela comme une accusation de détournement.

*Sage-femme. — Donne 700 FCFA et entre t'allonger.*

*Patiente. — Pourquoi la consultation est 700 FCFA ?*

*Sage-femme. — Attends que je t'explique, les femmes là, pensent qu'on détourne leur argent. 400 FCFA pour les gants, 100 FCFA pour les doigts et 200 FCFA pour les urines.*

*Patiente. — C'est pour pouvoir expliquer à mon mari, parce qu'il me demande...*

D'une manière générale, ce sont les hommes qui payent les frais relatifs à la santé, à la grossesse et l'accouchement (Gruénais & Ouattara, 2007 ; Ouattara, Bationo & Gruénais, 2009).

En pratique, cette norme sociale est également une stratégie pour les femmes enceintes pour réclamer de l'argent à leurs conjoints ou partenaires sous le prétexte des visites de CPN. Les hommes ne sont pas dupes. En outre, peu de femmes sont accompagnées de leurs conjoints ou partenaires aux CPN. Les rencontres de groupe organisées pendant le programme Aquasou et auxquelles des hommes ont été conviés, leur ont donné l'occasion de soulever le fait qu'ils remettent de l'argent à leurs femmes qui ne se rendent pas aux CPN. L'argent destiné aux CPN s'inscrit dans les relations de couple et dans les relations avec les soignants. La probabilité pour qu'un homme donne à sa femme l'argent destiné au suivi médical de la grossesse dépend certes de sa solvabilité économique mais aussi de la nature du lien avec la femme. Se procurer de l'argent pour les CPN dépend aussi de la capacité de négociation des femmes auprès des hommes.

*Sage-femme. — Pour vous, c'est quoi ?*

*Patiente. — J'ai mal au bas-ventre.*

*Sage-femme. — Donnez 400 FCFA et allez pour qu'on vous examine.*

*Patiente. — Franchement, dit madame, je n'ai que 25 FCFA.*

*Sage-femme. — Si vous avez 125 FCFA, vous allez acheter les gants et amener.*

*Une autre sage-femme. — Elle te dit qu'elle n'a que 25 FCFA.*

*Sage-femme. — Il faut repartir à la maison chercher 125 FCFA, acheter les gants à la pharmacie et les amener.*

*(La patiente revient au bout d'une demi-heure avec les gants.)*

*Sage-femme. — Qu'est-ce que je vous avais dit, le Peul ne dit jamais la vérité.*

*L'autre sage-femme. — Elle avait l'argent sur elle. [...]*

*Sage-femme. — Et ton mari ?*

*Patiente. — Il est là.*

*Sage-femme. — Dis-lui de venir me voir.*

*Puis la sage-femme s'adressant à ses collègues. — Si je ne lui dis pas comme ça, elle va amener l'ordonnance, il ne va pas payer et elle ira ailleurs.*

Les personnels de santé ont parfois recours à une typologie des usagers en fonction de leurs groupes d'appartenance (Ouattara, 2001). En situation de CPN, les soignants généralement de sexe féminin usent de conseils afin que les hommes s'acquittent des sommes réclamées.

À l'observation, les visites prénatales se caractérisent dans la forme par un enchaînement mécanique. Le français et le mooré sont les deux langues qui dominent les échanges discursifs. La question récurrente posée aux femmes consiste à leur demander l'âge de leur grossesse. Les accouchements à domicile ne seraient-ils pas souvent la conséquence de ce genre d'inadéquations ?

## CONCLUSION

Les espaces dédiés aux CPN apparaissent donc comme des lieux de confrontations des référents pour les acteurs qui s'y retrouvent (Freidson, 1960). L'objectif ici consistait moins à évaluer l'efficacité des CPN qu'à documenter et décrypter le contenu des interactions qui ont cours pendant leur processus. D'ailleurs des interrogations subsistent sur leur éventuelle utilité (Pruval, De Bernis & Ould El Joud, 2002).

Les consultations prénatales telles qu'elles sont pratiquées dénotent plus un automatisme chez les soignants et une pure formalité pour les usagers de soins qu'une pratique médicale qui aurait pour but d'identifier les possibles problèmes au cours d'une grossesse. Une pléthore de soignants interviennent, tant et si bien qu'il est difficile d'avoir une idée précise sur les rôles de chacun et *in fine* sur les responsabilités des uns et des autres. Difficile donc au terme d'un « regard anthropologique » sur les CPN de ne pas recommander des consultations plus centrées sur chaque patiente : « à chaque femme, une approche ciblée pour le suivi de la grossesse ». Cette assertion ne peut être valable que dans une configuration où les femmes sont installées dans une relation de confiance pour pouvoir :

*[...] exprimer leurs angoisses et recevoir l'écoute nécessaire tant des professionnels de santé que des autres parturientes. Elle (la consultation prénatale) donne simultanément l'occasion au personnel de santé de créer une relation de confiance qui leur donnera le poids nécessaire lors d'une décision de référence vers l'hôpital de premier recours.*

*(De Brouwere & Richard, 1999 : 10)*

De fait, il y a une différenciation sociale entre les unes et les autres qui est établie par le « pouvoir de soigner ». La dichotomie instaurée par les identités sociales et professionnelles est difficilement contestable (Jaffré & Prual, 1993). Mais il y a autre chose : les soignantes et les usagers semblent négocier au quotidien l'accord autour de valeurs normatives. Cette négociation est bien au cœur de la problématique de la qualité des soins. Il est nécessaire d'appréhender

de manière approfondie ces valeurs normatives pour pouvoir envisager une « approche centrée sur le patient », approche définie comme un paradigme tenant compte des interactions entre soignants et usagers, notamment des aspects culturels et des choix des acteurs sociaux existants pour une meilleure qualité des soins (Fourn *et al.*, 2005 ; Mead & Bower, 2000).

#### BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITÉES

- DE BROUWERE V., RICHARD F., 1999. *La Consultation Prénatale : qu'y a-t-il de démontré ?*, multigr.
- FOURN L., OUENDO M., ADE G., KASSA F., 2005. « Qualité des soins : Approche centrée sur le malade », *Médecine d'Afrique Noire*, 52, 2, 91-96
- FREIDSON E., 1960. « Client Control and Medical Practice », *American Journal of Sociology*, 65, 4, 374-382
- GIDDENS A., 1994. *La constitution de la société*, Paris, PUF.
- GOFFMAN E., 1974. *Les rites d'interaction*, Paris, Éditions de minuit.
- GRUÉNAIS M.-É., OUATTARA F., 2007. « Usages de la santé et des structures de soins ». In : T. BIRSCHENK, G. BLUNDO, Y. JAFFRÉ, M. TIDJANI ALOU (eds), *Une anthropologie entre rigueur et engagement*, Leiden/Paris, APAD-Karthala, p.379-396
- JAFFRÉ Y., 1990. « Éducation et Santé ». In : D. FASSIN, Y. JAFFRÉ (eds), *Sociétés, Développement et Santé*, Paris, Ellipses/AUPELF, Collection Médecine Tropicale, 50-66
- JAFFRÉ Y., PRUAL A., 1993. « Le corps des sages-femmes, entre identités professionnelle et sociale », *Sciences Sociales et Santé*, 11, 2, 63-80
- MEAD N., BOWER P., 2000. « Patient-centredness : a Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature », *Social Science and Medicine*, 51, 1087-1110
- MURIRA N., MUNJANJA S. P., NYSTROM L., LINDMARK G., 1997. « Effect of a New Antenatal Care Programme on the Attitudes of Pregnant Women and Midwives Towards Antenatal Care in Harare », *Central African Journal of Medicine*, 43, 5, 131-135
- OUATTARA F., 2001. « Conscience professionnelle, clientélisme et corruption : pratiques et justifications des personnels de santé du centre médical d'Orodara (Burkina Faso) », *Bulletin du réseau anthropologie de la santé en Afrique*, 2, 63-95
- OUATTARA F., BATIONO F., GRUÉNAIS M.-É., 2009. « Pas de mère sans un "mari". La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso) », *Autrepart*, 52, 79-92
- PRUAL A., DE BERNIS L., OULD EL JOUD D., 2002. « Santé maternelle en Afrique francophone. Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique sub-saharienne », *Journal de Gynécologie Obstétrique et de Biologie Reproductive*, 31, 1, 90-99
- ROONEY C., 1992. *Antenatal care and maternal health. How effective is it ? A review of the evidence*, Maternal Health and Safemotherhood Programme, Division of Family Health, World Health Organization, Geneva.
- WANG W., ALVA S., WANG S., FORT A., 2011. *Trends Levels and Trends in the Use of Maternal Health Services in Developing Countries*, ICF Macro Calverton, Maryland, USA.
- WANGRE P., 2000. *Santé maternelle et infantile. Une analyse sociologique des déterminants liés à l'irrégularité des consultations prénatales : le cas des femmes de Koupéla*, Mémoire de maîtrise de sociologie, Université de Ouagadougou, Burkina Faso.

## ACCOMPAGNER LES FEMMES À LA MATERNITÉ AU BURKINA FASO

ZONGO S., 2005. *Approche anthropologique des accouchements à domicile dans le district sanitaire du secteur 30 de Ouagadougou*, Mémoire de maîtrise de sociologie, Université de Ouagadougou.

Ouattara Fatoumata, Richard F., Ouattara Bérénice.

La chaîne des consultations prénatales :  
ordres médicaux et sociaux négociés.

In Ouattara Fatoumata (ed.), Gruénais  
M.E. (ed.), Richard F. (ed.), Ouédraogo C.  
(ed.). Accompagner les femmes à la  
maternité au Burkina Faso : anthropologie  
et santé publique dans un projet  
d'amélioration des soins obstétricaux.

Paris (FRA) : L'Harmattan, 2016, 75-92.

(Anthropologies et Médecines). ISBN 978-  
2-343-10623-6