

## DES RENCONTRES ENTRE DES USAGERS ET DES PERSONNELS DE SANTÉ : L'ANTHROPOLOGIE ENTRE MÉDIATION ET PRODUCTION DE DONNÉES

Fatoumata Ouattara<sup>\*</sup>, Hélène Sam Tiendrébéogo<sup>\*\*</sup>,  
Caroline Yaméogo<sup>\*\*\*</sup>, Dominique Pobel<sup>\*\*\*\*</sup>

*Il faut parvenir à admettre que le malade est plus et autre qu'un terrain singulier  
où la maladie s'enracine, qu'il est plus et autre qu'un sujet grammatical  
qualifié par un attribut emprunté à la nosologie du moment.  
Le malade est un Sujet, capable d'expression, qui se reconnaît comme Sujet  
dans tout ce qu'il ne sait désigner que par des possessifs :  
sa douleur et la représentation qu'il s'en fait, son angoisse, ses espoirs et ses rêves.  
[...] Alors même qu'au regard de la rationalité on décèlerait  
dans toutes ces possessions autant d'illusions, il reste que le pouvoir d'illusion  
doit être reconnu dans son authenticité. Il est objectif de reconnaître  
que le pouvoir d'illusion n'est pas de la capacité d'un objet.  
[...] En bref, il est impossible d'annuler dans l'objectivité du savoir médical  
la subjectivité de l'expérience vécue de la maladie.*

(Canguilhem, 1978 : 408-409)

### INTRODUCTION

Comment participer à une initiative qui fait de l'amélioration de la qualité des soins un objectif, sans considérer la relation entre les personnels de santé et les usagers ? Comment appréhender les perceptions du service à travers les perceptions des relations par les personnels de santé et les usagers ? Certes, la relation soignant-soigné impose une dimension dialectique entre la similarité et la différence. Pour le soignant, le soigné est cet autre différent par la maladie

---

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

\*\* Sage-femme, École nationale de santé publique, Ouagadougou, Burkina Faso.

\*\*\* Sociologue, Association Songui Manégré/aide au développement endogène (ASMADE), Ouagadougou, Burkina Faso.

\*\*\*\* Intervenante en mobilisation sociale, Équilibres & Populations, Paris, France.

mais cet autre est aussi semblable (Helary, 1987 : 114). Les univers de soins constituent des espaces de rencontres entre des référents culturels auxquels s'en remettent alternativement les professionnels et les usagers (Hoarau, 1999). Pour l'un ou l'autre de ces termes, l'on conviendra que la notion de statut est centrale dans toute entreprise de définition.

*Le terme d'usager traduit un statut, celui de l'ayant-droit, et une relation potentielle, celle de partenaire dans la mise en œuvre des politiques publiques. L'usager renvoie à un contexte politique qui fait de lui un bénéficiaire de droits-créances et de droits civiques, mais aussi à une conception universaliste de ces droits, qui suppose l'égalité et la neutralité de la prise en charge.*

*(Cresson & Schweyer, 2000 : 52)*

Les personnels de santé sont composés des acteurs impliqués dans l'offre de services en matière de santé et ils diffèrent par des statuts, des rôles, des pratiques effectives. En outre, leurs références diffèrent de celles des usagers (Freidson, 1960).

Le recours aux services de santé implique nécessairement pour les utilisateurs le contact avec des prestataires de soins. La rencontre entre la demande et l'offre en matière de santé est marquée par des relations singulières entre usagers et personnels de santé et se caractérise parfois par des relations de pouvoir à la faveur de ceux-ci (Freidson, 1960 ; Fassin, 1992). Il a été observé et décrit que les espaces publics de soins en Afrique sont parfois le lieu de relations difficiles entre personnels de santé et usagers (Jewkes, Naeemah & Mvo, 1998 ; Jaffré & Olivier de Sardan, 2003 ; Vidal, Fall & Gadou, 2005). La violence ainsi subie par les usagers des services de santé publics semble souvent être la matrice de ces interactions qui s'exacerbent, notamment dans les services de maternité (Jaffré & Prual, 1993 ; Jewkes, Naeemah & Mvo, 1998 ; Richard *et al.*, 2003). Pour résumer, d'une part les personnels de santé se plaignent d'utilisateurs qui ne respectent pas leurs directives (prévention, traitement, attitudes au sein des structures de santé), et d'autre part ces derniers se plaignent de mauvais traitements de la part des personnels de santé (mauvais accueil, absence de dialogue, monétarisation des gestes techniques, dès lors qu'on n'est pas dans un réseau d'interconnaissance). Des relations difficiles qui nuisent à la qualité des soins quel que soit le moment où s'établissent ces relations. On conviendra alors aisément que de telles accusations, de part et d'autre, rendent compte d'une problématique de la qualité des soins dans la mesure où celle-ci ne relève pas que d'une dimension technique : « L'acte thérapeutique est disjoint de sa raison altruiste et morale... » comme le souligne Y. Jaffré (2003).

Au Burkina Faso, fin août 2011, les articles de presse autour du décès d'une parturiente dans une maternité de la ville de Bobo-Dioulasso et les émeutes qui s'ensuivirent ont fort malheureusement rappelé la place du traitement relationnel dans la qualité des soins de santé<sup>1</sup>. Rappelons en substance les faits qui ont été publiés ; citant une habitante du quartier où est située la maternité, on lit :

*Une femme est venue en salle d'accouchement. Pendant qu'elle était en travail, les sages-femmes l'ont abandonnée pour aller regarder la télévision. Et la femme est restée à crier sur la table jusqu'à succomber.*

*(www.lefaso.net, 9 septembre 2011)*

Selon l'informatrice citée par le quotidien, il s'agirait du quatrième cas observé cette année dans la même maternité. Pour manifester leur colère, les habitants ont mis le feu aux locaux de la maternité<sup>2</sup>. En effet, survenu dans de pareilles conditions, un tel décès vient s'ajouter aux décès maternels qui auraient pu être évités (De Brouwere & Van Lerberghe, 1998).

Les études anthropologiques décrivant les difficiles relations entre les usagers et les personnels de santé dans les contextes africains ont essentiellement privilégié les discours des premiers rendant compte de leurs contacts avec les soignants. Les mauvais traitements subis par de nombreux usagers dans les structures de soins ont été observés (Hahonou, 2000 ; Ouattara, 2002 ; Jaffré & Olivier de Sardan, 2003 ; Gruénais & Ouattara, 2007).

À partir de ce constat, les promoteurs du projet Aquasou ont posé l'amélioration de la qualité des relations entre usagers et prestataires de soins au cœur des objectifs de l'intervention (Programme Aquasou, 2003). Comme le souligne P. Blaise, la qualité des soins renvoie à un concept à plusieurs facettes, non réductible à une dimension quantifiable, et en définitive à une construction sociale et dynamique.

*D'abord, nous devons accepter que la qualité a des facettes multiples [...]. Deuxièmement, nous devons accepter que la qualité est incommensurable. Elle n'est pas suffisamment réductible à une évaluation quantitative. [...] Troisièmement, nous devons accepter que la qualité des soins est une construction sociale et donc un concept dynamique [...].*

*(Blaise, 2004 : 33)*

Dans cette acception de la qualité, la création d'un espace de dialogue entre les personnels soignants et les usagers devient nécessaire. Une des stratégies

- 
1. www.lefaso.net « Maternité Sylla-Sanon : Si on ne peut même plus accoucher... », 9 septembre 2011.
  2. Sidwaya dans www.lefaso.net

adoptées pour favoriser ces relations a été l'organisation de rencontres entre les usagers et les personnels de santé afin d'explorer les points de satisfaction et de désaccord entre des acteurs de la santé maternelle, et les incompréhensions, et ainsi de favoriser de façon consensuelle l'émergence d'idées et d'actions pour dépasser les blocages et améliorer le dialogue. Dans les objectifs du projet, ces réunions devraient à terme favoriser l'émergence d'espaces de discussion, permettant aux acteurs de la santé de débattre autour des questions de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement en dehors des structures de soins, afin qu'usagers et soignants puissent s'exprimer librement, à froid, indépendamment de situations médicales toujours marquées par l'urgence et le stress de la consultation.

D'un point de vue pratique, les rencontres entre usagers et soignants s'insèrent dans la matrice des modifications à terme des conduites du personnel de santé. La production d'une « culture de service » est l'une des attentes à long terme. Dans les contextes européens, les groupes de parole et les groupes Balint ont amplement participé au marquage des aspects relationnels entre soignants et soignés dans les services hospitaliers. S'agissant de l'opérationnalité des groupes Balint, on peut constater :

*[...] à quel point cette posture inquiète et interrogative [la posture du médecin prêtant une attention aux interrogations des malades] serait utile en des pays où des sémiologies populaires fort éloignées des savoirs médicaux induisent des symptomatologies complexes et où les causalités englobent des univers étrangers au domaine biologique.*

*(Jaffré, 2003: 101)*

Parallèlement, les groupes de parole se singularisent par les espaces et les temps de parole donnés aux soignants pour qu'ils osent dire ce qu'ils n'évoquent pas ordinairement dans le cadre de leurs pratiques professionnelles.

Du point de vue de leurs caractéristiques, les rencontres entre utilisateurs et soignants, telles que nous les avons mises en place au Burkina Faso pendant l'initiative Aquasou, diffèrent des groupes Balint et des groupes de parole classiques. Dans une perspective sociologique, notre intervention s'inspire du principe de réflexivité proposé par A. Giddens, qui souligne que tout acteur social peut « contrôler réflexivement » ses conduites, c'est-à-dire les guider, voire les corriger à partir de sa conscience et de son savoir pratique – ou « conscience pratique » (Giddens, 1994). D'un point de vue méthodologique, l'organisation de ces rencontres s'est faite de manière progressive : entretiens individuels aux domiciles de patientes, rencontres avec des groupes d'usagers, rencontres usagers/prestataires.

## UNE MÉTHODE PROGRESSIVE

*Des entretiens individuels avec des usagers et des prestataires...*

En amont des rencontres de groupe entre usagers et prestataires, des entretiens individuels avaient été conduits avec ces catégories d'acteurs au cours de l'analyse situationnelle réalisée dès le début du programme Aquasou. Ces entretiens individuels avaient permis d'identifier des attentes d'usagers, notamment de femmes ayant accouché ou ayant consulté des services de la maternité. Ces attentes intégraient aussi des critiques à l'égard des personnels de santé, toutefois sans véhémence extrême. La principale critique formulée avait trait au manque de dialogue, et surtout au manque d'explications sur la nature et la finalité des frais engagés pendant l'accouchement. Ces femmes avaient exprimé leur désir d'être consultées, notamment au sujet de l'amélioration des conditions d'hospitalisation, et demandé à s'engager elles-mêmes directement dans ce processus.

Quant aux personnels de santé, ils avaient plutôt une assez mauvaise opinion des femmes reçues dans les salles d'accouchement. Ils se plaignaient par exemple d'usagers qui ne respectaient pas leurs directives en matière de prévention ou de traitement, ou qui avaient des comportements jugés déplacés dans les établissements de soins : « les femmes viennent trop tôt ou trop tard pour accoucher », « les consultations prénatales ne sont pas régulièrement faites ». Quant aux accompagnants des femmes, rares étaient les personnels de santé qui se disaient satisfaits de leur comportement pendant les accouchements de celles-ci. Selon les prestataires de service, ce sont les accompagnants qui entretiennent la mauvaise réputation des personnels de santé, en allant rapporter à l'extérieur, en ville, ce qui se passe à la maternité (la non-disponibilité du personnel, le fait que les femmes accouchent par terre, etc.). Les accompagnants, reconnus comme auxiliaires indispensables des personnels de santé pour encourager la femme à pousser davantage pendant l'accouchement, pour laver les vêtements souillés par le sang, pour vider les déchets liquides, etc., étaient accusés de ne pas prendre les mesures de protection élémentaires. Il leur a aussi été reproché par de nombreux soignants de donner de mauvais conseils aux accouchées et surtout de prendre à partie les personnels pour qu'ils accélèrent l'accouchement. Mais la critique adressée le plus régulièrement aux accompagnants était le fait qu'ils étaient trop nombreux et indisciplinés : ils veulent tous assister à l'accouchement, et les personnels se retrouvent en salle avec cinq ou six personnes, de plus, ils ne respectent aucunement les heures de visite : « ce n'est pas un marché ! »

Une restitution des résultats du volet socio-anthropologique de l'enquête fut organisée à l'issue de l'analyse situationnelle ayant surtout permis d'identifier les rôles de tous les types de personnels pratiquant les accouchements, ainsi que l'identification des contraintes auxquelles sont soumis les usagers et les

personnels de santé. Même si les résultats de cette enquête mettaient indéniablement l'accent sur des actions contribuant à l'amélioration des relations entre usagers et personnels de santé, les anthropologues firent le choix de n'inviter que les personnels de santé à cette restitution afin d'éviter d'exposer les critiques relatives à leurs pratiques professionnelles devant des « profanes », notamment les usagers. L'objectif principal de la réunion de restitution des résultats d'enquête fut rappelé : inciter à la réflexion sur les pratiques des personnels de santé du district et les difficultés qu'ils rencontraient. La discussion consécutive à la présentation des résultats de l'analyse situationnelle se focalisa sur certains points :

- l'importance et les causes des accouchements à domicile ;
- les évacuations et la pertinence de la contre-référence ;
- les relations entre les personnels de santé ;
- les conditions de travail des personnels de santé.

Dans un programme tel que Aquasou où la recherche devrait permettre de fonder l'action, il fallait donc passer de ces axes de connaissance à des pistes d'action, pour participer à l'amélioration de la qualité des soins en maternité par le biais des relations entre les personnels de santé et les utilisateurs des services de soins. À cet effet, la restitution des résultats de l'analyse situationnelle était justifiée dans la mesure où l'on s'attendait à un consensus entre anthropologues et soignants sur les pistes d'action. C'est à cette occasion que l'idée fut vraiment acquise de tenter des rencontres entre les usagers et les prestataires de soins.

#### *... à l'organisation des rencontres de groupes*

En février 2004, les anthropologues associés au programme Aquasou entreprirent d'organiser plusieurs réunions avec des groupes de femmes constitués dans le cadre de la mobilisation sociale, et sur le principe de l'approche participative promue dans le programme. Ces groupes étaient constitués selon le critère du lieu de recours des soins liés à la maternité. Les rencontres ont été réalisées avec des femmes qui consultent dans quatre maternités de la ville de Ouagadougou et celles d'une maternité située en milieu rural. Les groupes comprenaient environ une quinzaine de femmes, un nombre de personnes qui, selon nous, pouvait permettre des échanges approfondis. La spécificité de ces rencontres reposait sur le choix du lieu de la rencontre, en dehors de l'espace de soins.

Au début de chaque rencontre, l'animatrice rappelait les objectifs du programme Aquasou et insistait alors sur la nécessité de l'amélioration du volet « qualité » dont une dimension importante repose sur les relations entre usagers et prestataires de soins. Elle soulignait de ce fait à quel titre l'une des attentes de la rencontre consistait à identifier les différents points de vue des utilisateurs des services de santé, pour permettre ainsi à terme d'initier le dialogue avec les personnels sur certains points. Les thèmes abordés s'attardaient sur leurs

perceptions relatives à la grossesse, à l'accouchement, à la prise en charge sociale et financière de la grossesse. En ce qui concerne les services reçus, il leur était demandé ce qui leur convenait dans les soins reçus et ce qu'elles auraient souhaité que l'on change dans l'accès à la structure à laquelle elles avaient recours, et dans son organisation.

Les demandes pour des soins à moindre coût furent émises à plusieurs reprises par les participantes. Sur les modalités des soins, les demandes étaient diverses : elles soulignaient aussi bien la disponibilité des médicaments et des consommables dans les salles d'accouchement, que celle attendue des soignants pour permettre une meilleure prise en charge des nouveau-nés. Cependant, les femmes évoquaient la nécessité de davantage de communication avec les personnels de santé mais aussi avec leurs conjoints. Ce souhait est apparu de façon récurrente au fil des rencontres. Échanger sur les sujets de convergence avec les soignants aurait permis à terme d'aboutir à une meilleure définition des droits et devoirs attendus de chacune des parties. Quant aux désirs d'échanges avec leurs conjoints, les femmes, bien que conscientes de la nécessité d'une communication ouverte sur les questions de la maternité, affirmaient être convaincues du peu d'intérêt qu'auraient éprouvé les hommes pour de telles réunions. Bien plus que les perceptions des soins et des relations entretenues avec les soignants, les réunions avec les groupes de femmes ont permis de mettre en évidence la cristallisation des rapports de genre dans le cadre de la gestion sociale et financière de la grossesse et de l'accouchement. En outre, plusieurs femmes souhaitaient un changement de conduite chez les soignants :

*Il faudra conseiller les agents de santé d'avoir pitié des femmes pour bien les consulter. [...] qu'elles (les soignantes) arrêtent de tricoter (quand les femmes vont à la maternité pour accoucher).*

*(Une femme lors d'une rencontre organisée avec des anciennes patientes d'une maternité urbaine.)*

Compte tenu de la récurrence des aspirations des femmes à échanger avec les soignants, l'organisation des rencontres de discussion entre les femmes et les soignants fut initiée.

*Les rencontres de groupe avec des usagers et des soignants : une méthodologie synergique et discutée*

Ces réunions ont été organisées de septembre 2004 à octobre 2005 conjointement par les anthropologues et les spécialistes de la mobilisation

sociale<sup>3</sup>. Chaque rencontre s'est faite avec une trentaine de personnes (usagers et prestataires). L'objectif attendu de ces réunions était de permettre aux usagers et aux prestataires d'avoir des échanges sur les problèmes rencontrés dans les maternités, pour pouvoir à terme parvenir à la définition des droits et devoirs de chacune des parties. Ensemble, les partenaires ont élaboré les modalités d'organisation des rencontres.

Dans un premier temps, les femmes ont été privilégiées, puis la participation des hommes a été requise à la demande de celles-ci et des soignants. L'identification des usagers s'est faite par le biais des associations, des groupements villageois et des Comités de gestion (COGES). Une attention a été accordée au respect de l'équilibre entre les sexes. De même, une vigilance a été établie pour un équilibre entre les différentes classes d'âge de femmes et d'hommes. Le nombre de participants ne devait pas excéder une vingtaine à chaque rencontre pour permettre des échanges approfondis.

En ce qui concerne les prestataires de soins, une semaine avant la tenue de la rencontre, une prise de contact avait lieu avec les responsables des structures de santé de la zone concernée. Nous expliquions les principes, les objectifs et les attentes escomptées de la réunion. Si le choix était laissé au responsable de la structure de soin d'identifier les participants, il devait tenir compte de la diversité de leurs statuts professionnels (sages-femmes, accoucheuses auxiliaires, etc.). Le nombre maximum de prestataires de soins requis et recommandé auprès des responsables des services de santé a été fixé à une dizaine.

Un lieu neutre, facilement accessible, a été choisi pour chaque entrevue afin de favoriser les échanges. Ces séances de discussion ont eu lieu dans des espaces susceptibles de réduire les travers d'un dialogue inégal. Pour ce faire, les espaces de structures de soins et les cadres administratifs (préfecture, mairie) étaient évités.

La progressivité de la méthode d'organisation de ces rencontres de groupe tient également à l'évolution des types de questions posées aux participants. Ainsi, à l'issue de la seconde séance, nous nous sommes rendu compte de la nécessité d'atténuer les tensions entre les catégories de participants, en évoquant des aspects qui leurs paraissaient positifs. À la troisième rencontre, le choix fut adopté de commencer par l'évocation d'aspects positifs à partir d'expériences dans les services de maternités. Tour à tour donc, femmes et prestataires de soins évoquaient les points positifs de leurs interactions. Dans la même ligne,

---

3. Les anthropologues de l'UMR 912 et des spécialistes de la mobilisation sociale de l'ONG française Équilibres & Populations et de l'ONG burkinabè Association Songui Manégré /aide au développement endogène (ASMADE).

consécutivement aux souhaits des femmes, les hommes ont finalement été associés à ces discussions à partir de la sixième rencontre.

## DES RENCONTRES EXPLIQUÉES AUX USAGERS ET AUX SOIGNANTS : NÉCESSITÉ DE LA CONFIANCE ET DE LA CRITIQUE

De septembre 2004 à octobre 2005, neuf réunions ont été organisées. Dès le début de la séance, les objectifs des échanges étaient rappelés.

*Sensibiliser les agents de santé et les femmes pour une meilleure qualité des soins, pour que les femmes soient contentes, et que le personnel soignant soit satisfait.*

L'animatrice marquait la nécessité de la remise en question par l'évocation d'un adage : « le chien ne sent pas l'odeur de sa tête ». Ce dicton bien connu par les locuteurs de la langue mooré, signifiait combien il peut être difficile de percevoir ses propres imperfections et de tendre vers une autocritique. Mieux, par l'emploi de ce proverbe, c'est la généralisation de l'imperfection à l'espèce humaine qui était rappelée pour pouvoir engager des échanges apaisés entre les soignants et les usagers. De même, pour introduire les échanges entre les deux parties, cet autre adage pouvait être utilisé : « l'être humain est 9 et n'atteint pas 10 ».

Le rappel des attentes techniques des exécutants du programme ne pouvait suffire. L'argumentaire introductif devait également s'appuyer sur des éléments basés sur la mise en confiance des participants : mise en confiance d'autant plus nécessaire que les points de tension dans les interactions entre les soignants et les usagers sont largement connus de tous et que des rencontres entre les deux parties ne sont pas courantes ; et nécessaire également dans la mesure où l'acceptation de l'enregistrement des échanges était requise pour un meilleur manie-ment des discours. Toutes les rencontres ont pu être enregistrées<sup>4</sup>.

La défiance était manifeste lors des deux premières. Les crispations des soignants qui avaient été invités étaient perceptibles. Une responsable de maternité avait explicitement critiqué la tenue de la discussion entre des personnels de santé et des utilisateurs. Puis, pour marquer son désaccord, elle avait décidé de ne pas répondre aux questions et aux interpellations des femmes.

Notons que le fait que l'animatrice soit initialement sage-femme et qu'elle travaillait au moment des enquêtes à l'École nationale de santé publique a été un élément favorable dans l'organisation des rencontres. En effet, du côté des

---

4. Les enregistrements ont ensuite été transcrits intégralement par Bérénice Ouattara et Sylvie Zongo.

soignants, les critères liés à son âge jugé respectable et à son parcours professionnel (sage-femme devenue responsable à l'école de formation en santé) jouaient en sa faveur et pour sa crédibilité. Contrairement aux femmes de l'équipe des anthropologues et de celle de la mobilisation sociale qui leur paraissaient trop jeunes et qui étaient soupçonnées de soutenir les points de vue des femmes contre ceux des personnels de santé, l'animatrice bénéficiait d'une meilleure crédibilité. Elle était sans doute crainte par les soignants – notamment les sages-femmes – du fait de la fonction qu'elle occupait à l'école de formation. C'est ainsi qu'une sage-femme qui s'était réfugiée dans un silence désapprobateur à l'égard de la tenue d'une telle rencontre fut traitée de « toxique » devant ses collègues, par l'animatrice. La pique produisit l'effet attendu car elle participa pour le reste du temps aux échanges.

#### DES RAPPORTS SOIGNANTS-SOIGNÉS QUI OSCILLENT ENTRE SOUTIEN ET VIOLENCE

L'attente de considération a été fortement exprimée lors d'une réunion de groupe avec des participants d'une zone rurale dépendant du district sanitaire de mise en œuvre du projet. La parole était donnée aux femmes en premier lieu.

*[...] Avec l'aide de Dieu, ils nous permettent d'avoir nos enfants.*

*(Une femme à la rencontre tenue à Saaba.)*

Les discours des femmes tendaient d'abord à mettre en évidence une nécessaire distinction entre les soignants à partir du critère du bon traitement à l'égard des patientes :

*[...] Tu peux rencontrer une personne qui va bien s'occuper de toi, elle va te flatter, elle va te dire de tenir bon, que tout va bien se passer rapidement. Cette manière te rend heureuse.*

*(Une femme à la rencontre organisée à Saaba.)*

Puis suivaient les récits d'expériences personnelles à l'instar de cette femme, qui racontait que, alors qu'elle se rendait à la maternité pour une consultation, elle accoucha dans de bonnes conditions parce que la sage-femme l'avait bien accueillie :

*Ils (les soignants) m'ont beaucoup considérée, ils m'ont aidée...*

*(Une femme à la rencontre tenue à Saaba.)*

Selon certaines, les aspects positifs relevant des conduites des soignants se caractérisent par la considération ou par l'aide dont ils peuvent être porteurs notamment à la maternité. L'appréciation positive peut se fonder sur une expérience au cours de laquelle le professionnel de santé rencontré se serait singularisé par les marques de considération au cours des soins qui ont été finalement gratuits.

*Pour l'accouchement, je ne savais pas que je devais accoucher ; je suis allée à vélo pour voir la sage-femme, quand je suis arrivée, la sage-femme m'a dit que je ne pouvais plus repartir à la maison ; je n'avais rien, je suis sortie sans argent, sans médicament, mais, elle s'est occupée de moi, elle m'a aidée à accoucher. Quand je lui ai demandé après combien je devais, elle a dit de laisser, elle n'a rien pris. Je suis vraiment très contente.*

*(Une femme dans un groupe de discussion en milieu rural, Saaba, le 28 octobre 2004.)*

Un bon accueil de la part des personnels de santé est une attente des patients. L'expression de ce souhait est moins explicite qu'implicite lors des interactions. Dimension implicite des attentes des usagers, l'accueil est « un soin en soi », et la négligence qui s'associe à un défaut de celui-ci est largement critiquée par les clients des univers hospitaliers (Romiguière, 2002).

En revanche, d'autres femmes précisaient que si les relations ne se passaient pas toujours dans de bonnes conditions, elles en étaient elles-mêmes aussi responsables :

*Moi je donne souvent raison aux soignants. Nous les femmes, nous ne sommes pas toujours faciles.*

*(Une femme à la rencontre organisée à Saaba.)*

Le changement positif noté par certains renvoyait à la meilleure accessibilité géographique de la structure de santé. Une meilleure accessibilité au centre de soins comparée aux conditions vécues antérieurement a été évoquée comme un changement positif à l'accès aux soins. Cependant l'idée de cette évolution repose surtout sur la construction de bâtiments supplémentaires dans leurs centres de santé. Ici, il n'a pas été fait état d'amélioration de voies de circulation ou de disponibilité de matériel technique. En outre, pour d'autres participants, notamment du milieu rural, l'amélioration de l'accès aux soins s'observe par le fait qu'ils peuvent plus facilement avoir accès à une ambulance pour les évacuations. Une perception sur une meilleure disponibilité des agents de santé a été soulignée comme un élément positif de l'accès aux soins, et des relations entre soignants et soignés.

*Avant [le projet], les agents de santé n'étaient pas nombreux... maintenant, ils sont là, si tu les appelles, ils sont là...*

*(Une femme à la rencontre organisée dans le village de Komsilga.)*

Les femmes ont souligné combien, par exemple, la proposition régulière de ce qui relève de la planification familiale a été bénéfique pour les femmes.

*Quand la planification familiale est arrivée, ça a fait que les femmes peuvent lever un peu leur tête<sup>5</sup>.*

*(Une femme à la rencontre tenue à Koubri.)*

Les activités qui relèvent de la contraception auraient soulagé les femmes car ces méthodes rendaient possible l'espace des naissances et par voie de conséquence le contrôle – de la part des femmes – de la survenue d'une grossesse. En outre, c'est l'importance de certains discours de soignants pour sensibiliser les populations qui est rappelée ici.

*Ils nous disent l'importance qu'il y a à faire les pesées (consultations prénatales).*

*(Une femme lors de la rencontre organisée à Ponsomtenga.)*

Cependant, à travers le contenu des discussions, il semble que les femmes perçoivent des contraintes inhérentes à l'accès et à l'offre de soins. Il s'agit des difficultés pour obtenir des médicaments auxquelles doivent faire face les soignants, les patients et leurs familles. Les femmes ont souligné qu'en dépit de ce problème de médicaments, elles jugent positivement la gentillesse de certains soignants à qui elles ont eu à faire. Dans de telles situations, les mots de l'agent de santé viennent rassurer :

*[...] Sa parole m'a touchée alors qu'elle ne m'avait pas soignée.*

*(Une femme à la rencontre organisée à Nioko I.)*

Un professionnel, malgré l'incapacité économique d'un patient, a pu trouver une solution pour prodiguer des soins. La patience et la pitié sont les qualités évoquées pour la bonne conduite d'un soignant à l'égard d'un patient en souffrance, et faisant face à des difficultés économiques. Des points de vue positifs sur les conduites des agents de santé ont été exprimés dans les termes suivants :

*L'accueil est bon. Ils ne nous ont jamais crié dessus...*

*Ils ne refusent pas de venir quand on les appelle.*

*Depuis que nous sommes ici à P. nous n'avons jamais eu de problème avec les soignants.*

*(Une femme à la rencontre organisée dans le village de Ponsomtenga.)*

Les soignants disent apprécier les marques de respect des patientes à leur contact.

---

5. L'expression « lever la tête » souligne l'idée d'être soulagé d'une charge, d'un ennui.

*Ce que les femmes font et qui nous plaît, c'est le fait que lorsque certaines arrivent, elles se disent que la soignante est leur grande sœur, leur petite sœur ou leur fille ; quand elles arrivent, il y a du respect, elles saluent la soignante.*

*(Une accoucheuse auxiliaire à la rencontre organisée à Saaba.)*

Recevoir des cadeaux de la part des femmes comme marque de reconnaissance, est perçu positivement et apprécié des soignants. Ils observent aussi une évolution positive des rapports des populations à l'égard des services offerts dans les structures de santé : le recours à la maternité pour les consultations prénatales, les accouchements, la vaccination, la contraception ainsi qu'une meilleure acceptabilité des décisions d'évacuation ont été cités par les différents personnels de santé. De l'avis de certains soignants, les conduites des populations se seraient améliorées car les femmes arrivent moins tardivement à la maternité pour y accoucher. D'autres soignants faisaient le constat d'une plus grande capacité des familles à honorer les dépenses de santé. Certaines femmes osaient désormais poser des questions, par exemple sur la contraception. Néanmoins, ces opinions n'ont pas fait l'unanimité au cours des débats. Pour nombre de soignants, les femmes ne viendraient pas aux consultations prénatales, ne suivraient pas leurs conseils, refuseraient de répondre aux questions pendant les consultations, n'honoreraient pas les ordonnances ; les hommes refuseraient les hospitalisations ou les décisions d'évacuation, etc. Certaines patientes ont raconté cependant combien elles avaient été maltraitées à la maternité par « des agents de santé qui ne respectent pas les femmes dans la salle d'accouchement ». Les femmes et les hommes nuançaient néanmoins leurs propos d'insatisfaction vis-à-vis des soignants : « Ils ne sont pas tous mauvais... » ; « Certains ne sont pas bien, mais d'autres sont bien. » Mauvais accueil, injures, impatience, caractériseraient les conduites de soignants.

L'évocation par les femmes d'actes de violence dont elles ont été victimes a suscité des réponses chez des agents de santé, du type : « Nous criions pour sauver la femme et le bébé ». Des sages-femmes ont expliqué qu'il est souvent nécessaire de crier sur la parturiente ou de lui donner une gifle lorsque celle-ci « ne collabore pas » dans la salle d'accouchement. La gestion d'une situation d'urgence telle que celle de la venue du bébé justifierait une certaine violence verbale et physique : « Ce n'est pas la bagarre, c'est pour arranger », déclare une accoucheuse auxiliaire à la rencontre tenue dans le village de Komsilga.

## LES RAPPORTS HOMMES/FEMMES ET LEURS IMPLICATIONS DANS L'ACCÈS AUX SOINS

Ces rencontres ont aussi soulevé les questions des rapports au sein des couples et ce qu'ils induisent en termes d'accès aux soins : absences de pesées, accouchements à domicile, recours tardifs aux formations sanitaires, accep-

tabilité des décisions d'évacuation, etc. Les contraintes relationnelles entre les femmes et leurs maris semblent se cristalliser sur les attentes des unes et les devoirs sociaux des autres par rapport aux dépenses occasionnées par le recours aux soins. Un homme a raconté que, alors qu'un de ses enfants était malade, la mère n'a pas voulu utiliser son argent pour payer les soins de l'enfant et qu'il a fallu qu'il se débrouille pour pouvoir acheter les médicaments. Le lendemain, sa femme a perdu 20 000 FCFA<sup>6</sup> au cours d'une cérémonie de baptême. Un autre homme a clamé qu'il était temps que les femmes aident financièrement leurs époux dans l'engagement financier des frais des soins. À l'intention des femmes, il a alors conclu :

*Un homme peut souffrir jusqu'à finir et vous êtes là, vous le regardez, vous le voyez avec sa souffrance et vous ne dites rien. Si vous aussi vous voulez, changez, et agissez comme les hommes le veulent pour qu'on puisse s'entendre, sinon, c'est difficile, ce n'est pas parce qu'on ne veut pas, ce n'est pas parce qu'on ne vous aime pas, on vous aime beaucoup ; est-ce que si tu n'aimes pas une personne, elle va rester avec toi ? Mais c'est difficile, donc ce que je vais vous demander, c'est... de dénouer les bouts de vos pagnes<sup>7</sup>, ne les nouez plus, ne les nouez pas trop ; si vous les nouez trop, on ne pourra pas s'entendre. C'est tout ce que j'avais à dire.*

*(Un homme au cours de l'entretien de groupe à Ponsomtenga.)*

L'évocation du manque d'argent, certes, mais aussi des désaccords et des négociations entre conjoints, vient justifier le non-recours des femmes aux services de soins publics.

*Les empêchements qu'il y a à la maison, c'est au niveau des hommes, c'est l'argent seulement ; les hommes ne veulent pas sortir l'argent. Quand la femme dit qu'elle veut aller à la pesée, il dit : si tu as de l'argent, vas-y ! Même pour acheter les médicaments, c'est pareil, c'est pourquoi les femmes ne veulent pas souvent aller à l'hôpital. Donc à la maison, il y a des problèmes avec les maris.*

*(Une femme au cours de l'entretien de groupe au secteur 15 de Ouagadougou.)*

Ces échanges rendent compte de la teneur des relations en jeu et des négociations qui en découlent dans les rapports de couples sur les questions de prise en charge des problèmes de santé (Gruénais & Ouattara, 2010). Les épouses peuvent avoir des stratégies pour faire payer aux maris les dépenses de santé et notamment les frais relevant des soins de la grossesse et de l'accouchement (Ouattara, Bationo & Gruénais, 2009). C'est au cours de

---

6. Environ 30 euros.

7. L'expression « dénouer le bout du pagne » fait allusion à la partie du pagne dans laquelle les femmes attachent leurs économies. Cet homme demande donc aux femmes de contribuer davantage aux dépenses relevant de la santé au sein des familles.

certains échanges que quelques hommes ont remarqué, non sans étonnement, qu'ils ignoraient que des actes médicaux pouvaient être gratuits. Face à ces situations, des soignants optent pour des avertissements.

*Des femmes qui disent qu'elles ont payé alors que les médicaments leur ont été donnés gratuitement. Si nous les surprenons, elles vont avoir la honte.*

*(Une accoucheuse auxiliaire lors de la rencontre tenue à Ponsomtenga.)*

## LE RÔLE DES ACCOMPAGNANTS À LA MATERNITÉ DISCUTÉ

La question des accompagnants a été largement abordée en premier lieu par les soignants. Le nombre des accompagnants serait trop élevé.

*Souvent pour une femme qui vient, il y a plus de 10 vieilles (femmes) [...]. Quand tu vois cela, tu as l'impression que c'est tout le quartier. Les vieilles sont assises [...]. Elles lui disent de ne pas se coucher.*

*(Une sage-femme à la rencontre organisée à Saaba.)*

Si le nombre des accompagnants est critique, leur rôle inapproprié à conseiller la femme enceinte l'est aussi. Les femmes elles-mêmes ont souligné le fait qu'elles subissaient souvent la présence d'accompagnantes envahissantes qui, par leurs conseils, pensaient tout savoir sur l'accouchement. En fait, elles ne décident pas du choix des accompagnants pour l'accouchement.

*Il y a ensuite le problème de la lessive après l'accouchement. C'est un problème pour nous. Ta belle-fille accouche et tu refuses de laver ses affaires alors que c'est quelqu'un qui a lavé les tiennes, c'est difficile. En plus si une femme est en travail et qu'on dit aux autres femmes de l'accompagner à l'hôpital, si tu ne pars pas, on va te traiter de sorcière parce que c'est question de vie ou de mort. Si tout se passe bien, ça va, mais si ça se passe mal, on va dire que c'est toi qui a voulu profiter de l'accouchement pour lui faire du mal. C'est difficile, c'est un problème pour nous. Si tu refuses de laver les affaires d'une femme qui est à la maternité, non seulement on va te traiter de sorcière, mais aussi, tu ne sais pas ce que cette personne fera pour toi demain.*

*(Une femme à la rencontre tenue à Saaba.)*

Pour les soignants tout comme pour la population concernée, l'utilité des accompagnants n'est pas discutable. En effet, une accompagnante est souvent utile pour aider à faire descendre la parturiente de la table après l'accouchement ; cependant les risques d'indiscrétion de la part de certaines consécutivement à leur présence dans la salle d'accouchement ont été reconnus aussi bien par les soignants que par les femmes.

*Le nombre élevé d'accompagnants dans la salle. Elles viennent remplir la salle et il n'y a même pas de place, on ne plus respirer, après, c'est pour aller raconter que la femme d'un tel, elle est grosse mais elle ne vaut rien...*

*(Un soignant pendant la rencontre de groupe dans le village de Ponsoumtenga.)*

À l'exception d'une seule maternité, les soignants ont reconnu que l'accès à la salle d'accouchement n'était pas autorisé aux accompagnants en raison du risque d'infection. Dans les perspectives de résolution de la question, des critères de choix de l'accompagnante ont été évoqués : elle doit être une personne de confiance choisie par la femme enceinte. De même son nom devrait être communiqué aux soignants par la femme enceinte quelques semaines avant l'accouchement.

### QUAND RUMEURS, SOUPÇONS ET INCOMPRÉHENSIONS S'EN MÊLENT

À plusieurs reprises, les usagers ont pris la parole pour évoquer le fait que des bébés de sexe féminin étaient excisés par des agents de santé. Il fut difficile pour les soignants de dissiper de telles informations. La réunion semblait leur offrir une occasion idéale pour lever le doute sur ces rumeurs.

Le thème de la contraception revenait aussi. Certains hommes désapprouvaient l'adhésion des femmes aux méthodes de contraception qui encourageaient leur infidélité parce qu'ainsi elles ne craignaient plus d'être enceintes. Des maris martelaient que les comprimés reçus par leur épouse étaient destinés à interrompre une grossesse. Tout se passe comme si l'adhésion au planning familial contribuait à atténuer la confiance au sein du couple. Les soupçons des hommes étaient d'autant plus justifiés qu'ils se sentaient exclus des échanges entre leurs femmes et les soignants à propos de la contraception. En guise de recommandations, certains proposèrent sans surprise que les hommes soient associés aux causeries sur le planning familial dans les structures de santé. Les responsables du Ministère de la santé avaient déjà intégré la nécessité d'une meilleure communication pour combattre la rumeur :

*Tant que nous n'allons pas mettre l'accent sur la communication et contrecarrer la rumeur, nous ne pouvons pas atteindre nos objectifs de sitôt. La preuve, en 2003, l'Enquête démographique et de santé (EDS) donnait 10 % de couverture des méthodes modernes. En 2010, elle nous donnait 15 %. Cela veut dire que nous n'avons même pas progressé d'un point par an.*

*(Dr Sanon Djénéba, Directrice de la santé de la famille, [www.lefaso.net](http://www.lefaso.net), du 22 novembre 2011.)*

L'accouchement et sa prise en charge sont des enjeux capitaux dans la dynamique des relations hommes/femmes, et les difficultés parfois constatées par les personnels de santé et les observateurs extérieurs sur la prise en charge

des frais de l'accouchement font ressortir une « confrontation des sexes » autour de la naissance (Ouattara, Bationo & Gruénais, 2009 ; Gruénais & Ouattara, 2010). Dès lors, la nécessité d'associer des hommes est apparue fondamentale. L'existence de relations tendues entre conjoints quant à la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement a été évoquée.

Par ailleurs, ces rencontres donnaient lieu à des questions d'information précises adressées aux personnels, que les femmes n'osaient pas poser dans les structures de soins. En effet, celles-ci s'interrogeaient sur la qualité des méthodes de contraception car elles disaient recevoir peu de conseils de la part des « sages-femmes ».

## CONCLUSION

La tenue des rencontres de groupe a contribué à produire « la parole à froid » sur des relations ; une forme de « libération de la parole » chez les acteurs en situation de face-à-face. Ce changement dans les discours construits sur des situations de prise en charge précises (accouchement, accompagnement, césarienne, contraception, évacuation) peut permettre d'envisager à terme des relations de « qualité » avec les prestataires de soins. La mise en place des rencontres entre usagers et soignants a amené les personnels de la maternité à discuter de leurs pratiques directement avec les femmes et leur entourage hors du cadre (protecteur) de leur service.

La répétition/régularité de ces réunions, toujours sur les mêmes thèmes, a inscrit la démarche dans une routine, ce qui laisse penser que, pour maintenir la « productivité » de telles rencontres, tant auprès des personnels que des utilisateurs, il convient de modifier en permanence les thèmes de discussion. Par ailleurs, la lourdeur de l'organisation de telles réunions, notamment pour faire coïncider les agendas des professionnels de santé et des usagers, ne doit en aucun cas être négligée. Mais l'élément essentiel pour le contenu de ces rencontres reste la difficulté pour les prestataires de soins d'envisager des discussions avec des profanes sur la qualité des soins. Ici il s'agit en l'occurrence des usagers et des anthropologues jugés illégitimes à remettre en question le travail des personnels de santé.

En considérant que l'amélioration de la qualité est l'objectif *in fine* de cette activité, on peut se demander dans quelle mesure ces réunions de groupe ont permis d'atténuer la crise de l'offre de soins dans sa dimension relationnelle entre usagers et personnels de santé. P. Blaise (2004) a fort justement souligné que la mesure de la qualité dépassait largement l'application d'une simple procédure technique. Il propose plutôt une « évaluation réaliste » orientée sur une perspective compréhensive des modalités, des acteurs, des niveaux et des contextes de production des effets induits par une approche, une technique.

Selon P. Blaise, il est nécessaire de trouver :

*[...] un équilibre entre trois idéaux-types décrits par Freidson : l'idéal-type bureaucratique, malmené par les stratégies de débrouille locale, l'idéal-type du marché, valorisant l'initiative, et l'idéal-type professionnel, émergent mais encore embryonnaire en Afrique. Finalement, à côté des mécanismes du contrôle et de la compétition, un troisième mécanisme régulateur devrait prendre toute sa place : la confiance.*

(Blaise, 2004 : 165)

Cette notion de confiance est au cœur des relations interindividuelles et détermine l'orientation de la production des services publics.

#### BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITÉES

- BLAISE P., 2004. *Culture qualité et organisation bureaucratique, le défi du changement dans les systèmes publics de santé. Une évaluation réaliste de projets qualité en Afrique*, Thèse de santé publique, École de santé publique de l'Université Libre de Bruxelles.
- CANGUILHEM G., 1978. *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, vrin.
- CRESSON G., SCHWEYER F.-X., 2000. *Les usagers du système de soins*, Rennes, Éditions de l'École nationale de la santé publique.
- DE BROUWERE V., VAN LERBERGHE W., 1998. *Les besoins obstétricaux non couverts*, Paris, L'Harmattan.
- FASSIN D., 1992. *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, Presses Universitaires de France.
- 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.
- GOBATTO I., 1999. *Être médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, L'Harmattan, Paris.
- GOBATTO I., LAFAYE F., 2005. « Petits arrangements avec la contrainte. Les professionnels de santé face à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Abidjan (Côte d'Ivoire) », *Sciences sociales et santé*, 23, 1, 79-108
- GRUÉNAIS M.-É., OUATTARA F., 2007. « Usages de la santé et des structures de soins ». In : Y. JAFFRE, J.-P. OLIVIER DE SARDAN (eds), *Une anthropologie entre rigueur et engagement*, Leiden/Paris, APAD-Karthala, p.379-396
- GRUÉNAIS M.-É., OUATTARA F., 2010. « Le "prix de l'accouchement". La prise en charge de la grossesse en Afrique Subsaharienne ». In : G. CRESSON, M. MEBTOUL (eds), *Familles et santé : le regard des sciences sociales*, Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique, p.215-228
- HAHONOU E. K., 2000. *Étude socio-anthropologique des interactions entre usagers et agents de la santé. Le cas du service des urgences de l'hôpital national de Niamey*, Mémoire de DEA, Marseille, EHES.
- HELARY J.-P., 1987. « Éléments pour une anthropologie de l'hôpital », *Cahiers de sociologie économique et culturelle*, 12, 8, 113-117

- HOARAU H., 1999. « Espaces de soins, espaces de travail. Représentations et vécus particuliers des soignants et soignés », *Performances humaines & techniques*, 101, 27-31
- JAFFRÉ Y., 2003. « Le souci de l'autre : audit, éthique professionnelle et réflexivité des soignants en Guinée », *L'éthique médicale dans les pays en développement*, 28, 95-110
- JAFFRÉ Y., OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2003. *Une Médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- JAFFRÉ Y., PRUAL A., 1993. « Le corps des "sages-femmes". Entre identités professionnelle et sociale », *Sciences sociales et santé*, 11, 2, 63-80
- JEWKES R., NAEEMAH A., MVO Z., 1998. « Why Do Nurses Abuse Patients? Reflections from South African Obstetric Services », *Social Science & Medicine*, 47, 11, 1781-1795
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2001. « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest », *Autrepart*, 20, 61-73
- OUATTARA F., 2002. « Gouvernances quotidiennes au cœur des structures de santé. Les cas d'Orodara et de Banfora, Burkina Faso », *Bulletin de l'APAD*, « La gouvernance au quotidien en Afrique », 23-24, <http://apad.revues.org/145>
- 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
- OUÉDRAOGO R., 2006. *Les évacuations sanitaires des femmes enceintes à la maternité du CSPS du secteur 28 de Ouagadougou (district sanitaire du secteur 30, Ouagadougou, Burkina Faso)*, Mémoire de maîtrise de sociologie, Université de Ouagadougou.
- PROGRAMME AQUASOU, 2003. *Programme d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans les pays en développement. Composante 2 Burkina Faso*, Antwerpen, Institute of Tropical Medicine.
- RICHARD F., FILALI H., LARDI M., DE BROUWERE V., 2003. « Accouchement à l'hôpital au Maroc ou comment concilier des logiques différentes », 51, 39-54, <http://www.em-consulte.com/article/107021>
- ROMIGUIERE M., 2002. « Stratégie soignante : le discernement dans l'exercice professionnel au quotidien », *Soins*, 670, 34-36
- VIDAL L., FALL A. S., GADOU D., 2005. *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques*, Paris, L'Harmattan.
- 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.
- ZONGO S., OUATTARA F., 2008. « Quand la prévention de la transmission mère-enfant du VIH "cause problèmes" : une ethnographie des relations interprofessionnelles dans trois sites de Ouagadougou », *Science et technique, Sciences de la Santé*, Revue burkinabè de la recherche, spécial hors série 1, 107-115

Ouattara Fatoumata, Sam Tiendrébéogo H., Yaméogo C., Pobel D.

Des rencontres entre des usagers et des personnels de santé : l'anthropologie entre médiation et production de données.

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, 171-189.

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