

Revue africaine des Humanités



Revue Pluridisciplinaire du Département de Sociologie

ISSN : 2756-7680

© Presses Universitaires de Ouagadougou
03 BP 7021 Ouagadougou 03 (Burkina Faso)
Université Joseph KI-ZERBO



Volume 1 N° 001 - Janvier 2025

Administration

Directeur de publication
Alexis Clotaire Némoiby BASSOLÉ
Maître de conférences

Directeur adjoint de publication
Zakaria SORÉ, Maître de conférences

Secrétariat de rédaction

Dr Abdoulaye SAWADOGO
Dr George ROUAMBA
Dr Paul-Marie MOYENGA
Dr Miyemba LOMPO
Dr Adama TRAORÉ

Contacts

03 BP 7021 Ouagadougou 03 (BurkinaFaso)
Email : rah@ujkz.bf
Tél. : (+226) 70 21 27 18/78840523

Éditeur

Presses Universitaires de Ouagadougou
03 BP 7021 Ouagadougou 03 (Burkina Faso)

Volume 1 N° 001 - Janvier 2025

Comité scientifique

André Kamba SOUBEIGA, Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo, Alkassoum MAÏGA, Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo, Augustin PALÉ, Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo, Valérie ROUAMBA/OUEDRAOGO, Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo, Gabin KORBEOGO, Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo, Ramané KABORÉ, Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo, Fernand BATIONO, Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo, Patrice TOÉ, Professeur Titulaire, Université Nazi Boni, Ludovic O. KIBORA, Directeur de Recherches, Institut des Sciences des Sociétés, Lassane YAMEOGO, Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo, Jacques NANEMA, Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo, Aymar Nyenzenzi BISOKA, Professeur, Université de Mons, Issaka MANDÉ, Professeur, Université du Québec A Montréal, Magloire SOMÉ, Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo. Mahamadou DIARRA, Professeur Titulaire, Université Nazi Boni, Relwendé SAWADOGO, Maître de conférences, IBAM, Hamidou SAWADOGO, Maître de conférences, IBAM, Patrice Rélouendé ZIDOUEMBA, Maître de conférences, Université Nazi Boni, Aly TANDIAN, Professeur Titulaire, Université Gaston Berger, Pam ZAHONOGO, Professeur Titulaire, Université Thomas Sankara, Didier ZOUNGRANA, Maître de Conférences Agrégé, Université Thomas Sankara, Salifou OUEDRAOGO, Maître de conférences Agrégé, Université Thomas Sankara, Oumarou ZALLÉ, Université Norbert Zongo, Driss EL GHAZOUANI, Professeur, Faculté des Sciences de l'Éducation, Université Mohammed V de Rabat/Maroc, K. Jessie LUNA, Associate Professor, Sociologie de l'environnement, Université d'État du Colorado - CSU.

Comité de lecture

Alexis Clotaire BASSOLÉ, Sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo, Zakaria SORÉ, Sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo, Seindira MAGNINI, Sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo, Évariste BAMBARA, Philosophie, Université Joseph Ki-Zerbo, Issouf BINATÉ, Histoire des religions, Université Alassane Ouattara, Abdoul Karim SAÏDOU, Science politique, Université Thomas Sankara, Gérard Martial AMOUGOU, Science politique, Université Yaoundé II, Sara NDIAYE, Sociologie, Université Gaston Berger, Martin AMALAMAN, Sociologie, Université Peleforo Gon Coulibaly, Muriel CÔTE, Géographie, Université de Lund, Heidi BOLSEN, Littérature française, Université de Roskilde, Sylvie CAPITANT, Sociologie, Université Paris I Sorbonne, Sita ZOUGOURI, Sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo, Désiré Bonfica SOMÉ, Sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo, Alexis KABORÉ, Sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo, Bouraïman ZONGO, Sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo, Paul-Marie MOYENGA, Sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo, George ROUAMBA, Sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo, Habibou FOFANA, Sociologie du droit, Université Thomas Sankara, Raphaël OURA, Géographie, Université Alassane Ouattara, Paulin Rodrigue BONANÉ, Philosophie, Institut des Sciences des Sociétés, Marcel BAGARÉ, Communication, École Normale Supérieure, Fatou Ghislaine SANOU, Lettres Modernes, Université Joseph Ki-Zerbo, Cyriaque PARÉ, Communication, Institut des Sciences des Sociétés, Tionyélé FAYAMA, Sociologie de l'innovation, Institut de l'Environnement et de Recherches Agricoles, Any Flore MBIA, Psychologie, Université de Maroua, Ely Brema DICKO, Anthropologie, Université des Sciences Humaines de Bamako, Tamégnon YAOU, Sciences de l'éducation, Université de Kara, Madeleine WAYACK-PAMBÉ, Démographie, Université Joseph Ki-Zerbo, Zacharia TIEMTORÉ, Sciences de l'éducation, École Normale Supérieure, Mamadou Bassirou TANGARA, Économie et développement, Université des Sciences sociales et de Gestion de Bamako, Didier ZOUNGRANA, Sciences Économiques, Université Thomas Sankara, Salifou OUEDRAOGO, Sciences Économiques, Université Thomas Sankara, Saïdou OUEDRAOGO, Sciences de Gestion, Université Thomas Sankara, Yisso Fidèle BACYÉ, Sociologie du développement, Université Thomas Sankara, P Salfo OUEDRAOGO, Sociologie du développement, Université Joseph Ki-Zerbo, Yacouba TENGUERI, Sociologie du genre, Université Daniel Ouezzin Coulibaly, Désiré POUDIOUGOU, Sciences de l'éducation, Institut des Sciences des Sociétés, Amado KABORÉ, Histoire, Institut des Sciences des Sociétés, Kadidiatou KADIO, Institut de Recherche en Sciences de la Santé, Salif KIENDREBEOGO, Histoire, Université Norbert Zongo, Oumarou ZALLÉ, Économie des institutions, Université Norbert Zongo, Dramane BOLY, Démographie, Université Joseph Ki-Zerbo, Roch Modeste MILLOGO, Démographie, Université Joseph Ki-Zerbo, Béli Mathieu DAILA, Sociolinguistique, Université Daniel Ouezzin Coulibaly, Oboussa SOUGUE, Sémiotique, Université Nazi Boni, Hamidou SANOU, Université Daniel Ouezzin Coulibaly, Oumar SANGARE, Sociologie, Université de Laval, Canada, Genesquin Guibert LEGALA KEUDEM, Economie, Université Nazi Boni, Awa OUEDRAOGO/YAMBA, Anthropologie de la santé, Université Nazi Boni.

Sommaire

Perception de la mendicité des personnes déplacées internes dans la ville de Ouagadougou : Fragilisation ou abandon de la solidarité ? Siaka OUATTARA et Toua Émile COULIBALY.....	7-29
Violences, discrimination et stigmatisation dans les maternités des formations sanitaires publiques du Cameroun Moustapha Moncher NSANGOU.....	30-47
Positionnement épistémologique de la sociologie : d'un statut querellé à l'affirmation décomplexée d'une identité scientifique originale Payaissédé Salfo OUÉDRAOGO, Miyemba LOMPO et Moubassiré SIGUÉ.....	48-58
Espaces d'approvisionnement et distinction sociale dans le Grand Lomé au Togo Koffi KPOTCHOU.....	59-75
Identification des déterminants de la compétitivité structurelle des économies de la CEDEAO Jean André KI et Siébou YOUL.....	76-112
La profession infirmière au Burkina Faso : entre recherche d'autonomie et universitarisation Nabonswindé François Dieudonné SAWADOGO.....	113-123
Transmission intergénérationnelle de la fécondité au Burkina Faso : l'influence de la taille de la famille d'origine sur la fécondité des femmes à Ouagadougou Fatimata KARAMBIRI et Moussa BOUGMA.....	124-141
Violence sexuelle et viol en milieu scolaire au Togo : parents protecteurs ou complices ? Amégee Kodjopatapa MESSAN.....	142-159
Regard critique sur les processus d'élaboration de la Politique nationale de protection sociale du Burkina Faso Kadiatou KADIO.....	160-187
Étude comparée des représentations d'études des étudiants de première année de l'université Joseph KI-ZERBO de la vie du lycée à celle de l'université Lamine COULIBALY.....	188-203

Éditorial

La Revue Africaine des Humanités (RAH) est une revue internationale de sciences sociales à comité de lecture du Département de Sociologie de l'Université Joseph Ki-Zerbo. Elle publie deux numéros par an aux Presses universitaires de Ouagadougou. Elle publie des articles des disciplines relevant des humanités (Sociologie, anthropologie, Géographie, Histoire, Éducation, Philosophie, Psychologie, Politique, Économique, Droit, Linguistique, Communication).

C'est une revue internationale à caractère pluridisciplinaire dont le siège social est à Ouagadougou. Les textes publiés par la revue proviennent d'horizons divers qui composent le vaste champ des disciplines issues des sciences humaines et sociales, des sciences juridiques et politiques, des sciences économiques et tout autre champ disciplinaire.

La revue promeut et soutient la réflexion et la compréhension des dynamiques autour des questions de l'humanité. Elle encourage la production de textes de synthèse, de réflexions d'ordre théorique axées sur des études portant sur les thèmes liés aux défis des sociétés ; de travaux restituant la problématique des politiques publiques, des exigences économiques et organisationnelles, des réalités culturelles et des questions de tous ordres que pourrait soulever notre existence ; des apports de type herméneutique interprétant, dans un sens pluridisciplinaire, les innovations de l'intelligence artificielle et son impact sur la vie humaine ; des critiques de portée éthique e/out idéologique des transformations sociales et humaines marquées par les innovations et les expérimentations dans nos sociétés contemporaines ; des articles synthétisant ou établissant l'état des connaissances, retraçant l'évolution de la pensée autour des notions de valeurs humaines, ou orientant les enjeux de ce rapport vers de nouveaux horizons ; des actes de colloques aux thématiques autres peuvent être publiés par la Revue.

La Revue Africaine des Humanités (RAH) est une tribune pour les chercheurs, les enseignants, les praticiens et pour les étudiants qui s'intéressent aux nouveaux phénomènes que suscitent les évolutions technologiques et leur rapport à l'humanité. Ce premier numéro est riche de dix contributions qui analysent les préoccupations de l'humanité dans la modernité.

Alexis Clotaire Némoiby BASSOLÉ

Violences, discrimination et stigmatisation dans les maternités des formations sanitaires publiques du Cameroun

Moustapha Moncher NSANGOU

Chargé de cours

Département de sociologie, Université de Yaoundé 1

Cameroun

mnsangou09@gmail.com

Résumé

La situation de la mortalité néonatale au Cameroun montre que la santé du nouveau-né demeure encore préoccupante. : Malgré les interventions des pouvoirs publics et de leurs partenaires pour améliorer sa prise en charge, le nouveau-né reste vulnérable. Cette vulnérabilité est liée en partie par les relations de soins qui se conjuguent entre les professionnels de santé et les parturientes dans les maternités. Cet article se propose de décrire les relations entre soignants-soignés et d'analyser les effets de la violence et de la discrimination sur la qualité des soins du nouveau-né. Cette étude est de type qualitatif et ethnographique. Elle s'est déroulée entre 2016 et 2017. Pour les données de terrain, 140 observations ont été réalisées dans les maternités, les entretiens ont été réalisés avec les acteurs décisionnels du ministère de la Santé publique (5) ; les professionnels de santé (40) et les parents (102). Les groupes de discussion (7) ont été réalisés avec les parents d'enfants dans chaque site d'enquête. Les données ont été transcrrites et analysées avec le logiciel QSR Nvivo 11. L'analyse de contenu a servi à l'interprétation des données. Le constructivisme phénoménologique et l'interactionnisme symbolique ont permis d'analyser les données. Les données de terrain ont révélé différentes formes d'interactions et d'implications des prestataires de soins dans les maternités : empathie, haine, agression, violence verbale à l'endroit des parturientes. Cette relation de soins différentielle est en partie liée à leur parcours ou à leur formation. Comme conséquences de ces mauvaises relations de soins, on note : le non-retour des parturientes à l'hôpital pour les soins postnatals, de la négligence des soins allant parfois au décès néonatal ou maternel. La vulnérabilité du nouveau-né est liée, non seulement aux différences d'implication des professionnels de santé, mais aussi aux rapports parfois tendus entre soignants et soignés, qui peuvent dégrader la qualité des soins dans les maternités.

Mots-clés : violences, discrimination, maternités, formations sanitaires publiques, Cameroun.

Abstract

The situation of neonatal mortality in Cameroon shows that the health of the newborn remains worrying. : Despite the interventions of the public authorities and their partners to improve their care, the newborn remains vulnerable. This vulnerability is partly linked to the care relationships that

combine between health professionals and parturients in maternity wards. This article aims to describe the relationships between caregivers and those cared for and to analyze the effects of violence and discrimination on the quality of newborn care. This study is qualitative and ethnographic. It took place between 2016 and 2017. For the field data, 140 observations were carried out in maternity wards, interviews were conducted with decision-makers from the Ministry of Public Health (05); health professionals (40) and parents (102). Focus groups (07) were conducted with parents of children in each survey site. The data were transcribed and analyzed using QSR Nvivo 11 software. Content analysis was used to interpret the data. Phenomenological constructivism and symbolic interactionism were used to analyze the data. Field data revealed different forms of interactions and involvement of healthcare providers in maternity wards: empathy, hatred, aggression, verbal violence towards parturients. This differential care relationship is partly linked to their background or training. As consequences of these poor care relationships, we note: the failure of parturients to return to the hospital for postnatal care, neglect of care sometimes leading to neonatal or maternal death. The vulnerability of the newborn is linked not only to differences in the involvement of healthcare professionals, but also to sometimes tense relationships between caregivers and patients, which can degrade the quality of care in maternity wards.

Keywords: violence, discrimination, maternity, public health facilities, Cameroon.

Introduction

La situation de la mortalité néonatale au Cameroun montre que la santé du nouveau-né demeure préoccupante. Malgré les interventions des pouvoirs publics et des partenaires pour améliorer sa prise en charge, le nouveau-né demeure vulnérable. S'agissant des soins prodigues aux nouveau-nés dans les structures sanitaires, des travaux de santé publique font le constat d'une faible qualité des soins (Kedy Koum et al., 2014). Malheureusement, les aspects qualitatifs et relationnels des soins aux nouveau-nés n'y sont pas approfondis. Les travaux anthropologiques réalisés dans les services de santé maternelle dans divers pays ont permis de mettre en avant des discriminations, de mauvais accueils et traitements envers les parturientes (Jaffré et al., 2009) ainsi que des pratiques de corruption chez les sages-femmes (Olivier De Sardan, 2001). Les attitudes vis-à-vis des nouveau-nés dans les structures sanitaires ont fait l'objet de travaux plus récents. Une étude menée dans cinq pays (Bénin, Burkina Faso, Mali, Mauritanie, Sénégal, Togo) par une équipe d'anthropologues a notamment permis de montrer comment les conceptions locales des nouveau-nés influençaient les pratiques de soins médicalisées (Enspedia, 2017).

La problématique de la relation soignant-soigné est très ancienne dans la littérature socio-anthropologique ou de santé publique. Les relations entre soignant et soigné mettent en exergue les rapports problématiques entre ces deux catégories d'acteurs de la santé, en Afrique notamment (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). De façon spécifique, l'on relève en particulier dans le secteur public de la santé, le mauvais

traitement des patients (Jewkes, Naeemah et al, 1998), par un personnel de santé en permanence confronté au besoin de grégarité. Gruénais (1996) en vient à se poser la question de savoir pourquoi les patients se rendent encore dans les hôpitaux publics en Afrique. Par ailleurs, afin de remédier à cette situation somme toute critique, des propositions sont formulées pour une amélioration de la qualité des soins (Kegels, 1999) et le renforcement des performances du secteur public de santé (Murrey et Frenk, 2000).

Outre ces travaux de recherche sur les relations soignant et soigné, il est intéressant de souligner les travaux novateurs de Vidal Fall, et Gadou (2005), consacrés aux pratiques des personnels de santé en Afrique de l'Ouest et les savoirs autour de celles-ci. Dans ce même registre, l'on retient les travaux sur le dialogue entre famille et soignants autour des cas d'enfants malades (Dommergues, 1993), la prise en compte des attentes des patients par les politiques de santé (Dujardin, 2003), le positionnement et la responsabilité socio-sanitaire des sages-femmes (Jaffré et Prual, 1993). Dans l'étude de Bouhoula et al (2020), ce sont les personnels de santé qui sont victimes des cas de violence en milieu hospitalier en Tunisie. Une autre étude de Nsangou (2021) présente également les personnels de santé comme étant victime des violences physiques, verbales et psychologiques dans les formations sanitaires du Cameroun en raison de la pression des malades et des gardes-malades, de la lenteur dans la prise en charge, du manque d'argent chez les familles des malades ou des décès des malades.

Au Cameroun, très peu de recherches qualitatives ont été réalisées sur les travaux sur la violence, la discrimination et la stigmatisation qui sont produits dans les rapports de soins du nouveau-né dans les maternités des formations sanitaires publiques camerounaises. Cet article aborde les formes de violences (physiques, verbales, symboliques, etc.), de discrimination et de stigmatisation subies par les femmes lors des rapports de soins du nouveau-né dans les maternités des formations sanitaires publiques camerounaises.

Cet article a pour objectif d'analyser les formes de violences, de discrimination et de stigmatisation subies par les femmes lors des rapports de soins du nouveau-né dans les formations sanitaires publiques camerounaises.

I. Matériels et méthodes

Cette étude est de type qualitatif et ethnographique. Elle s'est déroulée entre décembre 2016 à avril 2017. Dans le cadre de cette étude, sept formations sanitaires publiques de différent niveau de la pyramide sanitaire du Cameroun, tenant compte des spécificités urbaines et rurales, ont été choisies dans sept régions à savoir : Centre Hospitalier de Yaoundé (CHUY) de Yaoundé, Hôpital Laquintinie de Douala ; Hôpital de district de Kribi ; Hôpital régional de Buéa ; Centre de santé de Meskine ; Hôpital régional de Garoua et Hôpital régional de Bertoua. Pour élaborer la base théorique de cet article, une recherche documentaire a été réalisée dans les bases de données suivantes : African journal on line, Pubmed, Google Scholar, Jstor, Pan African Journal of Medicine, Cochrane Library etc. Pour les données de terrain, un total de 140 observations directes, réalisées

entre 2016 et 2017, ont été menées dans les maternités des formations sanitaires visitées. Ces observations étaient focalisées sur des scènes précises et pré-identifiées, destinées à éclairer l'objet de l'étude (Olivier de Sardan, 2008).

Quarante (40) entretiens ont été réalisés avec les acteurs décisionnels du ministère de la Santé publique et les professionnels de santé et cent deux (102) entretiens ont été réalisés avec les parents et proches du nouveau-né (mère, grand-mère, pères...) et sept (7) groupes de discussion ont été réalisés avec les parents et proches du nouveau-né dans chaque site d'enquête. Pour appréhender cette thématique, le constructivisme phénoménologique et l'interactionnisme symbolique ont été convoqués pour analyser les données. Les données ont été transcrrites et analysées dans le logiciel QSR Nvivo 11. L'analyse de contenu a servi à l'interprétation des données.

II. Résultats

2.1 La formation des prestataires et les relations différencierées dans les soins au sein des maternités

Les interactions entre le personnel de santé et les nouveau-nés varient selon les prestataires, influencées par leurs parcours et leur formation. Au-delà de la répartition des tâches, l'implication des personnels de santé vis-à-vis des soins aux nouveau-nés ne peut être comprise sans considérer leurs parcours individuels en termes de formation, de savoirs ou d'expérience. Il s'agit notamment de comprendre comment leurs formations initiales les préparent à prodiguer des soins néonatals. Des personnels de formations diverses exercent dans les maternités enquêtées : gynécologues, chirurgiens, médecins généralistes, sages-femmes, maïeuticiens, infirmières, aides-soignantes. Dans les maternités des formations sanitaires publiques, compte tenu des faibles effectifs en ressources humaines (MINSANTE, 2011), même les moins qualifiés, c'est-à-dire les aides-soignantes et les stagiaires, sont amenés à réaliser des accouchements.

Certains personnels de santé déclarent avoir reçu une formation en soins néonatals d'urgence (SONU) ou autre concernant les soins néonatals, soit à l'école de formation, soit lors de séminaires ou ateliers de renforcement des capacités : « Après ma formation d'aide-soignante, j'ai eu la chance de faire le SONU en 2011. J'ai fait d'autres formations en nutrition et santé communautaire » (Personnel de santé, Nord). Cependant, suite à ces formations, les conditions de travail ne sont pas toujours réunies pour mettre en œuvre les connaissances acquises. D'autres personnels de santé évoquent des formations plus spécifiques, notamment centrées sur la prévention de la transmission mère et enfant du VIH (PTME), et moins sur les soins néonatals en général.

Les formations sont plus centrées au niveau de la PTME ; non ? Prise en charge des personnes vivant avec le VIH d'abord, option B+, consultations prénatales recentrées, prise en charge du paludisme, infections... Comment appelle-t-on encore ça ? Euh... les trucs sur Ebola

là... prévention des infections voilà ! (Personnel de santé, Hôpital de district de Foumbot)

Au-delà des formations, les professionnels évoquent les acquis de leur expérience sur le terrain. Ils mentionnent les savoirs acquis dans la prise en charge des nouveau-nés au quotidien ou au travers de leurs différents postes de responsabilité dans les maternités. Dans la partie septentrionale, la plupart des personnels de santé déclarent avoir reçu une formation pour le renforcement de leurs capacités. Ceci peut s'expliquer par la présence de plusieurs partenaires techniques qui interviennent dans cette partie du pays pour améliorer les indicateurs de la santé maternelle et infantile.

Depuis que je suis arrivée, j'ai fait un atelier de formation, qui parlait de la prise en charge de la transmission de la mère à l'enfant, on a parlé qu'on devait demander des examens de VIH dans tout ce qu'on était en train de faire que ce soit la consultation prénatale, consultation curative, en salle d'accouchement, à tous les niveaux des soins sur toute la famille. [...] J'ai aussi fait une formation sur les ateliers du Standard Base, comment le personnel devait s'en tenir aux soins, la manière de procéder, les procédures de soins qu'on devait offrir aux patients. Et c'était très bien, c'était pour dix jours. J'ai aussi fait la formation sur les audits de décès maternel à l'hôtel Malo (Personnel de santé, CMA de Dang).

Les observations de terrain montrent une inégale répartition des personnels formés à la prise en charge du nouveau-né. Dans certaines structures publiques se trouvent des personnels de santé ayant reçu des formations différentes relatives aux soins des nouveau-nés. Dans d'autres structures, les professionnels n'ont bénéficié d'aucune formation spécifique, mais déclarent avoir des connaissances et de l'expérience concernant la prise en charge du nouveau-né. Ces inégalités de formation sont notamment observées à l'hôpital régional de Bertoua. Une infirmière explique avoir une bonne expérience « J'ai de l'expérience en matière de SONU ; en PTME ; en PF ; en encadrement clinique ; en soins essentiels du Nouveau-né ; en réanimation du nouveau-né et je suis formateur en planning familial », tandis qu'une autre infirmière de la même structure déclare : « Le seul séminaire que j'ai eu à faire c'est le SONU en 2010 et depuis, plus rien ». Parlant de la nécessité du renforcement régulier des capacités du personnel de santé dans la prise en charge des nouveau-nés, un médecin affirme également : « Je pense qu'il faut que le personnel continue de se former. » (Médecin, Hôpital de district de Kribi).

Il s'observe également dans les formations sanitaires publiques, une non-harmonisation de la formation et de la pratique sur le terrain. Les différences de formation traduisent ou entraînent des divergences de pratique au sein des équipes administrant les soins aux nouveau-nés. Ces divergences entraînent une non-harmonisation des pratiques. Ainsi, dans une maternité visitée, un personnel de santé qui a beaucoup d'expérience dans les soins aux nouveau-nés se trouve toujours confronté à des contradictions et résistances de ses collègues lorsqu'il veut leur parler de nouvelles pratiques de soins néonatals.

Les données collectées montrent un non-accompagnement des prestataires de certaines formations sanitaires publiques sur l'adoption des nouvelles recommandations de soins. Il est ressorti des données que le personnel de

santé du CHU de Yaoundé ne dispose pas toujours des savoirs les plus actualisés sur les soins aux nouveau-nés. En tant qu'institution universitaire disposant de prestataires de santé de haut niveau, cette structure ne bénéficie pas souvent de formations en direction de son personnel infirmier.

On nous oublie toujours lorsqu'il faut faire des formations. Parce qu'on se dit que comme c'est le CHU, il y a de grands professeurs là-bas, on choisit toujours les petites formations sanitaires pour recycler le personnel de santé alors que nous en avons aussi besoin (Personnel de santé, CHU de Yaoundé).

Les analyses révèlent que certaines formations sanitaires de haut niveau ne sont pas prioritaires dans la planification des formations continues. Cette non-priorité s'explique par des préjugés selon lesquels les personnels de ces structures seraient déjà suffisamment formés à l'utilisation des outils de prise en charge du nouveau-né. Par conséquent, certains personnels de santé qui interviennent dans les soins aux nouveau-nés n'ont pas de connaissances sur l'utilisation de certains outils mis à leur disposition et par conséquent, ont des difficultés dans leur utilisation. Ils ont appris leur manipulation sur le tas, en fonction des compétences locales.

Tu sais que je n'ai pas encore parcouru beaucoup de maternités, il y a l'aspirateur ici. Je ne sais pas comment ça se passe, même le chauffage qu'on dit sur les bébés là, je ne connais pas parce que je n'ai pas encore vu [...] on parle de chauffage et tout je ne connais pas ça (Personnel de santé, Hôpital de district de Foumbot).

2.Différentes formes d'interactions et d'implications des prestataires de soins dans les maternités publiques

Les observations faites dans les formations sanitaires publiques montrent que les personnels de santé dans les maternités développent des relations de soins qui se conjuguent entre l'empathie, la violence et l'agressivité.

2.1. Des relations empathiques avec les parturientes

Au cours des enquêtes de terrain, quelques cas d'empathie ont été observés chez les personnels de santé. À l'hôpital régional de Garoua, des propos empathiques ont été relevés. Les personnels de santé appellent les parturientes par des noms gentils et les encouragent à supporter la douleur. Parfois, ce sont même des compliments tels que cette sage-femme qui dit à une femme en travail « Tu te débrouilles très bien », ou cette autre qui attrapant le bébé annonce « Une mignonne petite fille, belle comme sa mère ! » Aussi, cette parturiante référée à l'hôpital de Garoua a reçu un accueil empathique.

15 h : La chef d'équipe qui s'est mis des gants, arrive auprès de la parturiante pour l'examiner et lui dit : « Patiente hein ma mère ; je sais que deux jours de travail ce n'est pas facile, on va t'aider ».

15 h 16 : La parturiante va de son « Aïe ! Aïe ! » pour signifier qu'elle a mal. Les contractions ont repris. « Assia, pousse ma chérie, ça va aller », lui dit la sage-femme qui lui fait une caresse sur la joue. (Observation, Hôpital régional de Garoua)

À l'hôpital régional de Bertoua, les parturientes ont apprécié l'accueil et l'empathie des professionnels de santé. L'accueil, dans certaines formations sanitaires, apparaît plutôt empathique. Bien que ces empathies soient observées de façon disparate dans les formations sanitaires, des comportements de violence ont largement dominé les interactions entre les soignants et les parturientes. En dehors des relations empathiques qui s'observent, il est également ressorti dans les données, des éléments qui montrent des formes de violences que subissent les femmes dans les formations sanitaires (surtout publiques).

2.2. Violences verbales et agressivité du personnel de santé envers les parturientes

Le personnel de santé tient parfois des propos offensants inacceptables dans le cadre de l'exercice professionnel. Ces dérives sont d'autant plus problématiques que de nombreuses femmes expriment la honte de l'accouchement. Cela contribue à des vécus difficiles, voire traumatisques, de l'accouchement en structure sanitaire. Les observations faites dans plusieurs formations sanitaires publiques ont permis de relever le caractère violent, agressif et dur de certains professionnels de santé. Au CHU, une observation réalisée met en exergue les propos des professionnels de santé envers les parturientes :

13 h 45 : La femme enceinte pousse des cris de douleur en disant « Docteur docteur oooh ! woboooh ! ». Le médecin lui répond « Moi je ne suis plus ton docteur. Je ne suis pas le docteur des désordonnés ».

13 h 47 : Le médecin lui dit « Couche-toi sur le dos ». Il essaie de l'examiner, mais la femme s'agit et crie de douleurs. [...] Le médecin lui dit sur un ton élevé : « Ne me dérange pas hein ! Depuis que tu es arrivée, tu ne fais que déranger. Tu ne fais pas ce qu'on te dit. Ne me perd pas le temps, hein ! J'ai d'autres malades ». Le médecin frappe la femme enceinte sur le dos en disant sur un ton élevé « Reste tranquille ». La femme s'écrie « Wobooooh » et le médecin lui dit brusquement « Couche-toi sur le dos. Si tu ne fais pas ce que je te dis, je vais te laisser là et partir ». (Observation, CHUY de Yaoundé)

Dans cette observation, on retient que les professionnels de santé acceptent mal que la parturiante s'agite ou exprime des douleurs. Le médecin menace de ne pas s'impliquer dans les soins si la femme ne parvient pas à garder son calme. Cependant, il faut noter que ce type de menaces, observées dans d'autres situations, sont rarement mises à exécution. Il s'agit plutôt d'une mise en scène visant à obliger les parturientes à des comportements compliant. Ainsi, des soins qui en principe relèvent de leurs fonctions professionnelles sont présentés par les médecins et infirmières comme des faveurs qui doivent se « mériter » par un comportement calme et obéissant. À la violence verbale, s'ajoute parfois une violence physique avec des tapes, des gifles, ou des menaces

physiques comme dans cette observation dans la région du Nord, où l'aide-soignante dit : « Allonge-toi vite si le bébé là sort, je vais te taper hein ! ». Cependant, au sein d'une même structure et parfois chez les mêmes professionnels, la dureté des propos alterne avec des gestes d'empathie, comme l'illustrent ces extraits d'observation recueillis lors de l'accouchement d'une primipare de 19 ans au CHUY de Yaoundé.

0 h 59 : Les stagiaires mesurent le rythme cardiaque du fœtus. Le médecin demande à la jeune fille « Tu veux qu'on t'apporte le jus ? ». La jeune parturiente répond « Je ne veux rien ».

1 h 19 : La jeune parturiente pousse et la tête du bébé commence à sortir. L'infirmière sage-femme : « Ma fille, tu as déjà fait beaucoup d'efforts. Maintenant tu vas respirer et quand la contraction arrive tu pousses ».

1 h 20 : Le bébé sort et pousse son cri.

1 h 30 : Le médecin résident commence la révision utérine. La jeune femme hurle de douleur. Deux infirmières la tiennent pour qu'elle ne s'agite pas et la consolent : « Assia hein ma fille », « Supporte ma fille. Ça, c'est le moment où les femmes meurent souvent ; donc supporte, pour qu'on te soigne vite » (Observation, CHU de Yaoundé).

C'est au niveau de l'hôpital régional de Bertoua, dans l'Est, que nous avons observé plus des manifestations de la violence verbale à l'encontre des parturientes. Au sein de cette structure, les infirmières accoucheuses se sont souvent montrées intolérantes vis-à-vis de l'expression de la douleur.

21 h 45 : La parturiente se met à crier et l'infirmière lui dit : « Tu cries quoi ? Qui t'a envoyée ? C'est toujours comme ça que vous partez faire vos consultations au quartier et quand ça vous dépasse vous venez ici nous créer des problèmes. Après vous irez raconter partout qu'à l'hôpital régional de Bertoua la prise en charge est nulle. Pardon hein ! Moi je veux dormir ne me perturbe pas, ici c'est une salle d'accouchement et non une salle de pleurs ».

21 h 57 : L'infirmière place la perfusion de synto et dit à la parturiente : « Le synto-ci va t'aider à vite accoucher, mais seulement ça fait très mal. Je t'avertis déjà aujourd'hui c'est accouchement sans pleurs. Si tu pleures, je vais t'abandonner ici. » (Observation, Hôpital régional de Bertoua).

Des propos durs et menaçants à l'égard de cette parturiente, qui exprime des douleurs, ont été répertoriés. Les infirmières préfèrent les femmes stoïques, comme le mentionne l'une d'entre elles à l'égard d'une parturiente particulièrement calme : « Ma fille si toutes les parturientes pouvaient être comme toi ! C'est que mon dos serait encore droit » (Infirmière, Est). À Kribi, nous retrouvons également des propos significatifs d'un médecin à l'adresse d'une femme impassible lors de son accouchement : « C'est bien ça ma chérie ; tu es vraiment brave. Tu ne nous as pas vraiment causé d'ennui depuis que tu es venue. (...) Comme tu es gentille avec nous, je vais te faire une consultation gratuite demain ». Ce type de propos révèle des formes de relations paternalistes dans lesquelles s'inscrivent les soins de l'accouchement, ainsi que la manière dont les professionnels conditionnent, pour la plupart, leurs activités aux comportements des femmes.

La dureté des propos, qui s'inscrit dans des rapports de pouvoir inégalitaires, découle aussi souvent d'emportements associés à la tension générée par l'accouchement. Les menaces pleuvent en particulier au moment de pousser, lorsque la situation laisse craindre une souffrance fœtale. Au lieu de prendre sur elles cette tension, certaines infirmières ont tendance à s'en décharger sur les pauvres parturientes. Dans ce second exemple de l'Est, nous pouvons constater le contraste dans les attitudes des deux infirmières, l'une assénant que l'enfant souffre et risque de mourir, l'autre gardant son calme et tentant d'expliquer à cette primipare comment elle doit s'y prendre.

5 h 58 : La parturiante au lieu de pousser se met plutôt à crier. Irritée, l'infirmière lui dit : « Je ne t'ai pas demandé de crier ! Pousse-moi l'enfant, et si tu ne peux pas tu me dis j'enlève mon tablier ! »

6 h 2 : La deuxième infirmière arrive. Elle est plus douce vis-à-vis de la parturiante et lui dit : « Ma puce ne crie plus quand tu fais comme ça le travail n'avance pas. Dès que la douleur est là, tu fais comme si tu veux faire caca puis tu pousses fort et longtemps une fois, n'aies pas peur ça va aller ».

6 h 7 : La parturiante s'efforce à pousser, mais n'y arrive pas. La première infirmière lui dit : « Tu ne pousses pas et ton enfant est en train de souffrir. Ce qui m'énerve avec toi c'est que tu ne fournis même pas d'efforts. Je vois que tu veux faire dix jours en néonat, et laisse moi te dire que tu vas bien dépenser, au lieu de vite te libérer tu es là tu cries ».

6 h 25 : La première infirmière reprend : « Pardon pousses ton bébé, il est en train de souffrir. » Puis s'emportant de nouveau : « S'il meurt, ce n'est pas mon problème, oh ! Je vais seulement te remettre le cadavre et puis je rentre chez moi ». (Observation, Hôpital régional de Bertoua)

L'autre fait, marquant dans plusieurs maternités, est le fait de confronter la parturiante au risque du décès du nouveau-né. À l'Extrême-Nord, une aide-soignante constatant que le cordon est enroulé autour du cou de l'enfant en train de naître s'exclame : « Ne pousse pas ! Tu ne comprends pas que le cordon est autour du cou du bébé, c'est quoi, tu veux tuer l'enfant là ! ». À l'hôpital de district de Kribi, de manière comparable, l'infirmière rejette la responsabilité du risque de décès sur la mère : « La balle est maintenant dans ton camp. Si tu blagues, tu vas toi-même tuer ton enfant. Si tu ne pousses pas, l'enfant va s'étouffer et boire l'eau. » Une certaine peur d'être tenue pour les responsables d'un décès néonatal semble pousser les infirmières à adopter de tels propos accusateurs.

Examinant les observations, nous comprenons que toutes les femmes ne sont pas traitées de la même manière. À part le fait que les infirmières préfèrent les femmes qui n'expriment pas la douleur et « ne dérangent pas », nous trouvons que la grossesse à l'adolescence, les grandes multipares, les grossesses rapprochées, la présence d'une infection maternelle et la pauvreté sont autant de raisons qui exposent les mères à la violence verbale dans les maternités. Ces arguments « médicaux » sont utilisés comme réprobation morale à l'encontre des femmes, aggravant leur vulnérabilité sociale. Les propos tenus à cette grande multipare sont choquants.

8 h 15 : La femme à peine arrivée crie et dit qu'elle veut faire les selles. L'infirmière entre en salle, fait le toucher, demande à la jeune femme de

pousser. Celle-ci s'agit, secoue son corps, gémit, serre les jambes. L'infirmière lui donne des claques sur les jambes et lui demande si c'est la première grossesse. Elle répond que non. « C'est la quantième grossesse ? » lui demande-t-elle. « La 7e ». « 7e ! » rétorque l'infirmière avec étonnement. Elle s'arrête, la regarde et continue « Tu es mariée ? ». « Oui » lui dit-elle. « Et tu fais quoi dans la vie ». « Rien », répond-elle timidement en respirant fort. « Donc tu restes seulement à la maison pour pondre les enfants, n'accouche plus, tu as compris ! » dit-elle en la regardant droit dans les yeux. Elle reprend en haussant le ton « Tu as compris ! ». La parturiente répond « Oui ». (Observation, Hôpital Laquintinie de Douala).

Les très jeunes filles sont également souvent les cibles des railleries. L'accouchement ne paraît pas être le moment le plus indiqué pour initier des conseils sur la contraception et l'espacement des naissances, mais les infirmières semblent saisir l'occasion d'appuyer leurs conseils par les douleurs de l'enfantement. Ces douleurs sont ainsi insidieusement assimilées aux conséquences d'une « faute » de contraception, voir, selon les obédiences religieuses, d'une forme de péché.

Pourquoi as-tu voulu accoucher tôt, tu es là à peine 18 ans, tu as déjà deux enfants et l'écart entre les deux c'est à peine un an deux mois ». La parturiente crie « Je ne peux plus ! » La sage-femme : « C'est toujours ce que vous dites six mois après, on vous voit avec le gros ventre. (Observation, Hôpital régional de Bertoua)

Une autre observation de l'Est rapporte également des propos moralisateurs à l'adresse d'une parturiente à dilatation complète.

6 h 57 : « Est-ce que tu sais même que tu as les hépatites et qu'il faut vacciner ton enfant dans les minutes qui suivent sa naissance ? Parce que si cela n'est pas fait il sera aussi infecté ? » La parturiente ne dit rien. L'infirmière reprend : « Tu ne parles pas, hein ! Te voilà à 18 ans, tu as déjà les hépatites. Tu n'as même pas pitié de tes pauvres parents qui souffrent pour t'envoyer à l'école, c'est la grossesse et les hépatites que tu leur ramènes comme ta part de diplômes et je suis sûre que tu ne sais même pas ce que c'est que les hépatites. Et quand je te parle, tu me regardes comme un faux billet de dix milles. » (Observation, Hôpital régional de Bertoua)

La violence est extrême dans cet exemple où le droit de la patiente de refuser certains soins est bafoué. Enfin, un ensemble de propos tenus auprès de la femme en train d'accoucher sont familiers, voire grossiers. Pour demander à la femme de pousser, les infirmières lui disent toujours de « chier ». Cela est tellement courant que cela paraît anodin, alors qu'il s'agit déjà de l'introduction d'un langage non professionnel et impudique dans la relation de soin. D'autres propos sont humiliants parce qu'ils concernent les parties intimes ou la sexualité. De tels propos ont notamment été relevés par l'enquêteur du Sud-Ouest.

17 h 58 : La parturiente est en position gynécologique avec autour d'elle deux infirmières et les trois stagiaires. Après avoir tâté la position du bébé, l'infirmière indique que le chemin est encore long sans rater l'opportunité d'amuser la galerie « Ça alors, elle a un long vagin ». Toute

l’assistance éclate de rire au nez de la parturiente subissant les contractions. Dans la foulée une voix ajoute « Son mari doit être en haut ». (Observation, Hôpital régional de Limbé).

2.2. Sexe du soignant comme élément d’inconfort ou de violence symbolique pour certaines femmes enceintes

En dehors des violences physiques et verbales, les femmes subissent une autre forme de violence liée au sexe du personnel soignant. Les observations dans certaines formations sanitaires et les entretiens menés dans certaines communautés, surtout dans certaines socioculturelles où les communautés sont majoritairement musulmanes, le sexe du soignant fait problème dans la relation de soin et participe à l’inconfort des femmes enceintes dues à la présence du personnel de sexe masculin dans les formations sanitaires. À ce sujet, un homme a affirmé qu’il n’aime pas que leurs femmes accoucheut à l’hôpital parce que ce sont les hommes qui sont des accoucheurs là-bas. Il poursuit en disant que la tradition musulmane n’autorise pas un autre homme à voir la nudité de la femme d’autrui. Cet inconfort des femmes, dû à la présence des personnels de santé de sexe masculin, est également observé dans plusieurs formations sanitaires de certaines régions du Cameroun. Certaines d’entre elles démarrent tardivement, tandis que d’autres commencent avec les CPN, mais ne les achèvent pas. Elles viennent au premier rendez-vous, mais ne reviennent plus. Parmi les motifs évoqués pour cette irrégularité de la CPN, il ressort de cela que les difficultés financières sont le premier motif évoqué suivi de l’inconfort des femmes enceintes dû à la présence du personnel de santé de sexe masculin en CPN (surtout chez les femmes Bororo). Une étude réalisée par MDM (2022) sur la santé sexuelle et reproductive dans quatre districts de santé du Noun montre que les femmes ne sont pas régulières à la consultation prénatale. En outre, contrairement à ce qui pourrait s’imaginer, dans les formations sanitaires où les femmes enceintes ont certaines maladies chroniques, la relation entre elles et les soignantes (dans le cas où ce sont des femmes), se présente comme une relation de honte.

2.3. Discrimination et stigmatisation des parturientes par le personnel soignant dans les maternités

De façon unanime, dans la plupart des formations sanitaires visitées, les femmes ont déclaré avoir subi des discriminations et de la stigmatisation (pour celles qui sont atteintes d’une maladie chronique transmissible) dans les formations sanitaires. Ces discriminations ou stigmatisations se font plus ressentir lorsque la parturiente ou la patiente présente une maladie chronique (sida, hépatite virale, etc.). Les propos sont aussi très durs et stigmatisants vis-à-vis des femmes infectées par le VIH. À l’hôpital de district de Foumbot, une infirmière dit à une parturiente vivant avec le VIH : « Ne m’énerve pas ! Je vais te taper dessus, c’est quelle qualité ça ? [...] Laisse ma main imbécile ! Tu es en train de me salir partout ! ». Dans la région de l’Est, une infirmière fait également une allusion méchante à une parturiente vivant avec le VIH qui s’assoit par terre pendant le travail : « Avec toutes les infections que tu as déjà là je vois que tu veux en rajouter ! Pardon, lève-toi vite ! Tu veux macérer

ton bébé dans le ventre ? ». De toute évidence, il vaut mieux avoir de l'argent lorsqu'on se rend à la maternité pour accoucher. Les femmes ne disposant pas du montant nécessaire à l'accouchement sont certes prises en charge - service minimum - mais les propos qu'elles essuient sont humiliants. C'est ce qu'illustre cet extrait d'observation réalisé par notre enquêtrice du Littoral s'agissant d'une jeune femme accompagnée par une amie n'ayant pas assez d'argent sur elle pour payer le kit d'accouchement.

11 h 10 : La jeune femme pousse et l'infirmière lui demande : « Ouvre tes pieds, ouvre tes pieds ». Elle tape fort sur ses cuisses en disant « Elle est là, elle ferme ses pieds alors qu'elle a un périnée cicatriciel ». Elle tape encore plus fort sur les cuisses pour que la parturiente les écarte « Ouvre ça ». Une autre infirmière entre et lui dit « Écarte les jambes ma fille ». « Laissez-moi », rétorque-t-elle. L'infirmier en salle de garde déclare à haute voix : « Elle sait seulement écartier pour faire l'amour, et il n'y a même pas d'argent. » [...] La jeune femme fait des efforts et finalement le bébé naît, mais en la déchirant. (Observation, Hôpital Laquintinie de Douala)

Dans les services de maternité ou de PTME, les femmes séropositives ont fait mention de la discrimination qu'elles vivent au quotidien. Les verbatims ci-dessous illustrent cela :

Il y a trop de discrimination à l'hôpital. On nous traite comme si on était des personnes à part et qui n'ont pas de droit. » « Quand j'étais en travail à la maternité, une soignante a vu mon dossier et m'a dit « Donc c'est vous », elle m'a laissé poiroter et quand j'ai voulu me fâcher, elle m'a dit que si je tente, elle va publier mon statut.

Dans une maternité de l'hôpital de district de Foumbot, durant le processus de soins post'accouchement, une femme a affirmé avoir été victime d'un abandon avec du sang dans son ventre lorsque le personnel de santé a découvert qu'elle était séropositive. Certaines femmes séropositives, dont le statut est découvert par le personnel de santé, ne reçoivent pas les mêmes soins pendant l'accouchement que les autres. Plusieurs femmes au cours des discussions ont affirmé avoir vécu des cas d'abandon de soin à cause de leur statut sérologique comme l'affirme une femme :

Lors de mon accouchement, j'ai vécu un traumatisme de la part des soignantes qui m'avaient abandonné sur la table d'accouchement parce qu'elles évitaient d'être infectées. Même lorsqu'elles coupaien le cordon ombilical, elles l'ont laissé long parce qu'elles se protégeaient.

Une autre femme a affirmé à la maternité de l'hôpital central de Yaoundé avoir été victime des propos de stigmatisation par un personnel de santé après son accouchement par ces termes « Dieu donne le genre de gros bébé ci à celle-ci pour qu'elle en fasse quoi ». Au cours d'une enquête menée auprès du personnel médical et paramédical de l'hôpital central de Yaoundé et de quelques formations sanitaires d'ensemble du territoire national, il a révélé que les malades du sida ne sont pas considérés comme les autres malades par les agents de santé. En effet, dès que ces derniers suspectent la séropositivité, leurs consultations deviennent très sommaires, il y a très peu d'échanges verbaux et d'exams corporels (Kouokam

Ngansop, 2010). Le sida est une maladie qui modifie les rapports entre le personnel de santé et les malades du fait que certains praticiens stigmatisent les personnes infectées par crainte de se faire contaminer. Dans ce climat de « conflit », il est clair que le soignant à priori est peu motivé à effectuer une prise en charge correcte et à respecter les normes officielles.

Cette situation de discrimination ou de stigmatisation se fait aussi ressentir lorsque la parturiente ou la patiente est issue d'une famille pauvre. Les soignantes ne manquent pas de repérer les signes de pauvreté de certaines familles. Face à cette situation de pauvreté financière, les soignants développent parfois des attitudes ou des paroles méprisantes. La qualité de la layette peut notamment être commentée de manière hautaine, comme observée lors d'un accouchement au CHU de Yaoundé.

13 h 55 : L'infirmière apprête le nécessaire pour l'accouchement et les vêtements du bébé et s'exclame « Je dis hein c'est quels habits ça ? Madame c'est ton quantième accouchement ? La femme enceinte répond : c'est mon deuxième. L'infirmière reprend. Tu ne sais pas que quand tu viens accoucher tu dois venir avec de nouveaux habits ? (Observation, CHU de Yaoundé)

Par le biais de ces attitudes et commentaires, les professionnels de santé tendent malheureusement à faire « monter la mise » et augmenter les dépenses liées à la naissance. L'attente de dons à l'issue de l'accouchement ou « prix de la bière », entre parfois dans ce jeu d'imposition des statuts sociaux que l'on trouve de manière exacerbée dans les grandes agglomérations.

3. De mauvaises relations de soins aux risques et conséquences multiples !

3.1. Risques de négligence de soins des parturientes

Ces mauvaises relations de soins entre les soignants et les soignés, ont dans certains cas des conséquences directes sur les soins délivrés et impactent les chances de survie du nouveau-né. Les soignants énervés mettent parfois leurs menaces à exécution en laissant les femmes se débrouiller seules avant de revenir plus tard, perdant un temps précieux en cas de souffrance fœtale.

19 h 10 : quand tu vas vouloir pousser l'enfant, tu me dis, je viens. L'infirmier rentre se coucher dans la salle des infirmiers. Entre temps l'assistante est partie depuis près de 30 minutes sans plus revenir (Observation, Hôpital de district de Foumbot).

Par ailleurs, le fait que l'expression de la douleur ne soit pas écoutée est un problème, car celle-ci peut être signe de complications. Certaines situations où l'accouchement par voie basse est « forcé », sous les cris de la parturiente, précèdent la naissance d'un nouveau-né en souffrance. Les mauvaises relations peuvent également se conjuguer dramatiquement à des négligences dans les soins. Au cours des discussions avec des femmes, plusieurs d'entre elles ont affirmé avoir été négligées dans la suite de leurs

soins par le personnel de santé en raison soit de leur statut sérologique (pour les séropositives) ou pour leur statut social (pauvre). Des situations de négligence qui contribuent à renforcer les perceptions négatives des formations sanitaires publiques et de détériorer la confiance dans la relation de soins.

3.2. Non-retour des parturientes à l'hôpital pour les soins postnataux

La violence, la discrimination et la stigmatisation sont des éléments des relations de soins qui entraînent le retour précoce des femmes qui viennent d'accoucher à domicile et leur manquement au rendez-vous pour les soins postnataux. Au cours des discussions avec les femmes en communauté, certaines d'entre elles ont affirmé être sorties sans respecter le délai de 72 heures après l'accouchement (tel que le recommande l'OMS) à l'hôpital à cause des relations violentes qu'elles ont subies avec les personnels de santé. Certaines femmes ont affirmé ne peut aller dans leurs formations sanitaires où elles ont accouché pour les soins postnataux ou pour les vaccins. Ce non-retour dans les formations sanitaires présente un risque majeur sur la santé maternelle et néonatale. Car, certaines maladies se découvrent lors des consultations postnatales. En l'absence de la fréquentation des formations sanitaires après l'accouchement, certaines femmes ou enfants sont confrontés à des risques de maladies qui ne pourraient pas être détectées à temps (MDM, 2019).

3.3. Maternités publiques : un terrain propice à la vulnérabilité et aux risques de décès néonatal ou maternel

Dans ce genre de situations, les mauvaises relations peuvent entraîner un décès néonatal ou maternel. Aussi est-il crucial d'intervenir en amont pour prévenir ce type d'enchainements. Une autre conséquence des violences verbales est que les femmes se détournent des maternités. Lors des entretiens, les jeunes mères ont en effet expliqué privilégier l'accouchement en maternité pour leur sécurité et celle de leur enfant, mais certaines se sont plaintes du « mauvais accueil ». Une femme de l'Adamaoua mentionne que « Souvent les infirmières parlent mal aux gens comme si elles n'étaient pas aussi des femmes. Elles nous grondent comme si la douleur là on invente seulement. » Une autre femme de la même région ajoute : « Ce que je reproche aux infirmières c'est de toujours nous insulter et faire dépenser pour rien. » Une femme de Yaoundé décrit quant à elle : « Il y a des infirmières-là qui parlent mal aux gens, comme si tu étais un enfant. [...] Quand tu n'avais pas un matériel, elles te manquent de respect ». D'autres accouchées, pourtant, ont souligné la gentillesse et l'accueil chaleureux qui leur a été réservé. Cet article révèle des inégalités de traitement entre les femmes, marquées par une agressivité à l'égard de certaines femmes discriminées. Ces attitudes engendrent une mauvaise qualité des soins et contribuent à la vulnérabilité de certains nouveau-nés. Il est essentiel de promouvoir des relations de soins respectueuses à l'égard de toutes les femmes. Lors d'un moment anxiogène et douloureux tel que l'accouchement, la qualité des relations des soins est déterminante du vécu des femmes et de leur confiance à l'égard des professionnels de santé.

Discussion

Dans la présentation des données de cette étude, il apparaît des éléments d'évolutions, de résistances au niveau des rapports soignants et soignés. Cette situation entraîne une persistance de la vulnérabilité des femmes. Le premier point de discussion concerne les types de violences en milieu hospitalier. Il a été constaté que les formations sanitaires qui sont des théâtres de violences des femmes sont beaucoup plus celles qui relèvent du secteur public. Ce constat est lié au fait que, depuis les années 1990, une grosse partie du personnel de santé dans les formations sanitaires est constituée des vacataires. Ils ne sont pas pris en solde directement par l'État. Par conséquent, les formations sanitaires qui sont responsables de leur paiement, cumulent très souvent plusieurs mois d'aérés de salaire. Une situation qui a des répercussions non négligeables sur les relations de soins allant à la construction de plusieurs formes de violences causées par les personnels de santé.

Sur cette question des typologies des violences en milieu hospitalier, il faut noter qu'une autre étude conduite au Cameroun présentait déjà plusieurs formes de violences à savoir : mépris, tortures ; insultes ; brimades ; blâmes des patients et des accompagnateurs. (Nsangou MM, 2014). Une autre étude montrait que les relations entre soignants et soignées à l'occasion des soins obstétriques et néonataux ont fait l'objet de nombreuses études qui révèlent leur importance pour le bien-être du patient et pour des recours ultérieurs à la formation sanitaire (MDM, 2019). Jaffré et Olivier de Sardan (2003) présentent par exemple des analyses ethnographiques très fidèles sur « les difficiles relations entre soignants et soignés » dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest.

Au Mali par exemple, Diarra (2003) montre, à travers un riche travail ethnographique, que la salle d'accouchement est un véritable « cadre de violence au quotidien ». Wogaing (2011) dans ses recherches auprès des parturientes en quête de maternité dans les hôpitaux Laquintinie et de District de la Cité des Palmiers de la ville de Douala a eu le mérite de décrypter leur quotidien et de montrer en général qu'entre parturientes et accoucheuses, il existe des conflits ou des violences multiformes. L'absence d'empathie et le manque de communication concourent à favoriser le conflit et laissent les parturientes en salle d'accouchement dans une situation permanente d'amertume et d'humiliations constantes. Selon l'étude réalisée par PMI Malaria (2020), le mauvais accueil, le manque d'éthique et l'absence de déontologie du personnel soignant constituaient des obstacles à l'acceptabilité des services de santé.

Concernant le point sur le sexe du soignant comme élément d'inconfort et de violence symbolique, une étude conduite au Cameroun montre que le sexe du soignant fait problème dans la relation de soin et participe à l'inconfort des femmes enceintes due à la présence du personnel de sexe masculin dans les formations sanitaires. Il est un élément de violence symbolique, car, dans certaines aires culturelles, les hommes n'admettent pas que leurs femmes soient consultées ou qu'elles se font assister pendant les accouchements par les professionnels de santé de sexe masculin. Ils préfèrent recourir à des matrones ou à des accoucheuses traditionnelles pour l'accouchement de leurs enfants. Les hommes de certaines aires

culturelles, n'admettent pas que leurs femmes se fassent consulter par d'autres hommes surtout avec dans des formations sanitaires où il y a la présence d'hommes faisant le toucher vaginal (Nsangou MM, 2014) surtout que dans plusieurs études conduites au Cameroun, la décision de fréquentation des formations sanitaires par les femmes, incombe les hommes (ACMS, 2022 ; PEV, 2021 ; MDM ; 2019 ; Nsangou MM, 2014). Sur la question du non-recours aux soins prénatals ou l'utilisation tardive des soins prénatals sont dus à des barrières socioculturelles telles que le manque d'acceptabilité pour les femmes de recevoir des soins de la part de prestataires masculins, ainsi que la participation limitée des hommes aux soins de santé des femmes et des enfants. Ceci apparaît comme un élément de persistance, car, dans la région du Tigré (Éthiopie), des groupes de discussion ont fait ressortir que les femmes hésitent pour des raisons culturelles à consulter des personnels de santé masculins, d'où éventuellement une sous-déclaration des cas de paludisme chez les femmes dans la zone étudiée (Lampietti J et al. 1999).

Concernant la discrimination et la stigmatisation, il faut noter que le sida est une maladie chronique qui, malgré toutes les campagnes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination, reste associée à plusieurs perceptions au Cameroun (Nsangou MM, 2014). Malgré les campagnes de sensibilisations axées sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH, ces phénomènes sont toujours fréquents dans les formations sanitaires publiques camerounaises. Les personnels de santé, bien que sensibilisées pour la lutte contre la stigmatisation, sont les premiers à stigmatiser ou à discriminer les PVVIH en milieu hospitalier (*ibid*). La femme malade (séropositive) a l'impression qu'elle est une femme diminuée par rapport à celle qui la prend en charge ou la soigne (*ibid*). Cette problématique de discrimination et de stigmatisation des femmes infectées par le VIH a été abordée par nombreuses études (Nsangou, 2014 ; Desclaux et al., 2011 ; Desclaux et Taverne, 2010). En contexte de VIH, les femmes se voient diminuer dans leur interaction avec le personnel de santé surtout quand elles sont prises en charge par le personnel de santé de sexe féminin (Nsangou, 2014). Elles ont honte et ont le sentiment d'être souillées et amoindries (Nsangou, 2014 ; Des Forts, 2001). Une situation qui met en exergue la violence symbolique que subissent les femmes dans les formations sanitaires publiques.

Conclusion

En définitive, le milieu hospitalier camerounais comme la plupart des hôpitaux en Afrique subsaharienne brille par son caractère non hospitalier (Jaffre et Olivier de Sardan, 2003). « L'hôpital est perçu comme une institution qui écrase la femme, qui ne réagit pas et considère cela comme naturel » (Nsangou MM, 2014). La perception du milieu hospitalier est l'un des obstacles à l'utilisation des services de santé. En contexte de séropositivité, les femmes sont doublement vulnérables. Dans la plupart des formations sanitaires publiques délivrant les soins aux PVVIH, il n'y a aucun confort élémentaire ni d'intimité (Monteillet, 2005). La formation est un enjeu majeur pour l'amélioration des soins néonatals. Elle doit cependant être réfléchie pour être adaptée aux contraintes locales, et

s'adresser aux équipes dans leur ensemble. Un fort enjeu réside dans la manière dont les professionnels de santé vont pouvoir s'approprier de nouvelles connaissances pour les intégrer à leurs pratiques habituelles (MINSANTE/UNICEF, 2017).

Références bibliographiques

- ACMS, 2022, Perceptions du genre et de l'inclusion sociale pour la mise sur pied du projet TPI n+ au Cameroun, Rapport de recherche.
- Bouchon, M., 2006, « Les soignants en souffrance : les difficultés émotionnelles des soignants en interaction avec la douleur, la maladie et la mort dans un service de pathologies lourdes et chroniques à l'hôpital national du point G de Bamako (Mali) », Face à face [Online], 9 | 2006, Online since 01 October 2006, connexion on 17 July 2023. URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/184>
- Bouhoula M. et al, « Causes et conséquences des agressions en milieu hospitalier », Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, Volume 81, Issue 5, October 2020, Page 468. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2020.03.129>
- Desclaux et al., 2011, (sous la dir.), Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge, Paris, ARNS/Coll. « Sciences sociales et sida ».
- Desclaux et Taverne, 2000, (sous la dir.), Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique, Paris, Karthala
- Diarra A, 2003, « La production de la violence au fil des décisions dans quelques services publics de santé maternelle au Mali », La Violence endémique en Afrique, <https://doi.org/10.4000/apad.207>
- Dujardin, B., 2003, Politiques de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue, Paris, Karthala-Éditions, Diffusion Charles Léopold Mayer.
- ENSPEDEIA, 2017, « Enfants et Soins en Pédiatrie », Sciences Sociales & Sciences Médicales pour améliorer la qualité des soins dans 9 pays d'Afrique. <https://amades.hypotheses.org/6389>
- Gruénais M. E., 1996, « Les qualités de l'offre de soins confessionnelle en Afrique subsaharienne », Autrepart 2004/1 (n° 29), pages 29 à 46, <https://www.cairn.info/revue-autrepart-2004-1-page-29.htm>,
- Jaffré Y. et Prual, A. 1993, « Le corps des sages-femmes », entre identités professionnelle et sociale », Sciences Sociales et Santé, 11-2 pp. 63-80, https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1993_num_11_2_1265,
- Jaffré Y., Diallo Y., Vasseur P., Grenier-Torres C., 2009, La bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest. Édition Faustroll
- Jewkes R., Naeemah A. et al, 1998, « Why do nurses abuse patients ? Reflections from South African obstetric services », Social Science & Medicine, Volume 47, Issue 11, December 1998,

- Pages 1781-1795,
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953698002408>,
- Kedy Koum, D., Exhenry C., Penda C. I., Nzima Nzima V. et R. E. Pfister, 2014, « Morbidité et mortalité néonatale dans un hôpital de district urbain à ressources limitées à Douala, Cameroun », Archives de pédiatrie, vol. 21, p. 147-156.
- Kegels, G., 1999, « An exploration of quality, excellence and recognition », INFI Newsletter, (June), 4-9. <http://lib.itg.be/pdf/itg/1999/1999infi0004.pdf>,
- Kouokam Ngansop A. 2010, « Quantification des besoins en antirétroviraux et adaptation aux protocoles de traitement au Cameroun », Mémoire de Master de Statistique appliquée, École Nationale Supérieure Polytechnique.
- Lampietti J et al. 1999, “Gender and Preferences for Malaria Prevention in Tigray, Ethiopia”. Policy research report on gender and development working paper series, n° 3 https://www.researchgate.net/profile/Julian-Lampietti/publication/237330507_Gender_and_Preferences_for_Malaria_Prevention_in_Tigray_Ethiopia/links/53d782480cf228d363eb10cd
- MDM, 2019, Étude socio-anthropologique relative à l'eau, l'hygiène et l'assainissement dans les structures de santé en zone rurale. District sanitaire de Foumban, Rapport de recherche.
- MINSANTE/UNICEF, 2017, Des maternités aux domiciles. Étude anthropologique sur les soins des nouveau-nés au Cameroun, Rapport de recherche.
- Monteillet N., 2005, Le pluralisme thérapeutique au Cameroun : crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires, Paris, Karthala.
- Murrey C.J.L. et Frenk J., 2000. « A framework for assessing the performance of health systems », SciELO Public Health,
- Nsangou MM, 2014, « La demande de soins de santé chez les femmes infectées par le VIH au Cameroun. Contribution à une analyse des itinéraires thérapeutiques des séropositives dans les villes de Yaoundé et Ngaoundéré ». Thèse de Doctorat/Ph.D en sociologie, Université de Yaoundé 1.
- 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, vol. 20, p. 61-73.
- PEV, 2021, étude sur les raisons de refus a la vaccination lors des activités de vaccination supplémentaires. Rapport de recherche.
- Vidal, L., Fall A.S., Gadou D., 2005, (sous la dir. de), Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques, L'Harmattan, « Logiques sociales ».
- Wogaing J, 2011, « Que vivent les parturientes en quête de maternité à Douala au Cameroun ? », Santé plurielle en Afrique. Perspective pluridisciplinaire, pp. 175-193, 2011, 9 782 296 541 405. (hal-04643429).
- Yaffré Y et Olivier de Sardan J. P., 2003, Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés de cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala.