

Le soignant en son miroir Accompagnement anthropologique d'une intervention en santé maternelle (Sénégal)

Patricia Vasseur, Laurent Vidal***

Méthodes : au sein d'une maternité d'un hôpital de district de la périphérie de Dakar, de 2003 à 2006, les anthropologues (dont une sage-femme) ont effectué une analyse des facteurs compliquant la prise en charge des parturientes. A ensuite été mise sur pied une intervention, impliquant les professionnels de santé, et visant à les amener à s'approprier de nouvelles pratiques : des « rencontres-miroirs » ont été créées et se sont tenues régulièrement, dans un cadre préservant la confidentialité ; des cas y ont été décryptés et discutés de façon à identifier consensuellement les points de blocage et les difficultés dans la prise en charge obstétricale. Ces études de cas étaient alimentées par les observations des chercheurs et des professionnels eux-mêmes.

Résultats : Les professionnels de santé ont progressivement accepté de discuter collectivement de leurs pratiques – sur des cas précis - en donnant leur avis et en acceptant ceux des autres. Cela s'est traduit par une amélioration de la communication au sein de l'équipe, essentielle lors de la prise en charge de l'accouchement. Se sont aussi révélées des tensions au sein de l'équipe et avec la hiérarchie sur lesquelles les professionnels se sont penchés. Si le principe de « regard sur sa pratique » a transformé les gestes de soins et le fonctionnement de l'équipe, la tenue en elle-même des « rencontres-miroirs » n'a pu être pérennisée pour des questions d'appropriation de l'activité par la hiérarchie médicale après l'arrêt du projet

Conclusion : l'anthropologie peut contribuer à l'amélioration des pratiques dès lors qu'elle crée un cadre de dialogue, apaisé, où la réflexion technique sur les gestes médicaux est associée à un travail sur la communication au sein de l'équipe soignante.

* Anthropologue et sage-femme, Service gynécologie obstétrique, Centre Hospitalier Delafontaine de Saint Denis (93) France : patvasseur@yahoo.fr

** Anthropologue, Institut de Recherche pour le Développement (IRD). UMR SE4S (« Sciences économiques et sociales, systèmes de santé et sociétés ») ; ANRS, Yaoundé, Cameroun : laurent.vidal@ird.fr

La santé maternelle : questions aux chercheurs et objets d'actions

Durant la seconde moitié des années 1990, plusieurs enquêtes sur la santé maternelle en Afrique de l'Ouest se sont penchées sur les facteurs de la morbidité [Pruai, 1999] et de la mortalité autour de l'accouchement [Bouvier-Colle, 1998], identifiant les besoins obstétricaux « non couverts » [De Brouwere et Van Lerbergue, 1998], insistant sur le caractère évitable des décès [Vanguenderhuysen 1995] et proposant des stratégies afin d'en réduire les risques [De Brouwere, 1998 ; Prual, 2000 ; Dumont, 2001 ; Dumont, 2004]. Ces études, menées par des spécialistes de la santé publique et de l'épidémiologie, s'inscrivent dans un contexte – réaffirmé avec force par les pays et les institutions internationales lors de la Conférence du Caire en 1994 – de développement d'actions en direction de la « santé de la reproduction », concept plurivoque [Bonnet et Guillaume, 1999] intégrant et dépassant largement les questions traitées par ces enquêtes. À partir de cette même période le champ de la recherche en sciences sociales en Afrique de l'Ouest a vu l'émergence de travaux sur le discours des femmes [de Koninck, 1997] et d'autres, comparatifs, sur les pratiques des professionnels de santé [Vidal, 2005], notamment dans leurs rapports aux parturientes [Abrahams, 2001 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; Olivier de Sardan, 2000 ; Vasseur-Mahé, 2000]. Les tensions entre les soignants, les femmes venant accoucher et leur entourage sont alors exposées et analysées, comparées d'un pays à l'autre, complétant ainsi les travaux précurseurs menés sur les sages-femmes, focalisés sur des pays donnés [Jaffré et Prual, 1993 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; Jewkes, 1988].

En 2000, des chercheurs et des praticiens du développement français, issus de différentes institutions, se réunissent au Sénégal pour réfléchir à un projet associant recherche pluridisciplinaire et intervention, portant sur plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest et focalisé sur un aspect des situations entourant l'accouchement, à savoir les cas les plus graves nécessitant des soins obstétricaux d'urgence (c'est le projet AQUASOU pour « Amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins obstétricaux d'urgence »). Insistons sur le fait que pour la première fois depuis le lancement de travaux sur les « soins de santé primaire », impulsés au début des années 1970, la problématique de la mortalité maternelle était envisagée dans une optique multidimensionnelle associant ~~donc~~ des chercheurs (en sciences sociales et médicales) et des spécialistes de la « mobilisation sociale et politique ». Le propos était donc de définir les actions dans les trois domaines (gynécologie obstétrique, anthropologie, mobilisation sociale) afin d'améliorer la qualité et l'accessibilité aux soins obstétricaux d'urgence.

Les anthropologues se trouvent donc engagés dans un double effort : de connaissance et d'action [Vidal, 2008]. Dans ce texte, il s'agira de montrer comment, sur quels fondements, avec quelles difficultés, mais aussi avec quels résultats, des chercheurs (deux anthropologues, dont l'un avait des compétences médicales de sage-femme, et une sociologue), peuvent s'impliquer dans des changements de comportements et des améliorations de pratiques. Attentes des professionnels, effets de l'intervention sur les pratiques des soignants et leurs relations

avec les parturientes, et plus généralement processus d'appropriation et pérennisation de cette innovation seront donc successivement traités dans les pages qui suivent.

Contextes et enseignements locaux

L'expérience s'est développée au Sénégal de 2003 à 2006, dans un contexte où la mortalité maternelle demeure élevée : 401 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes¹. Nous avons travaillé dans une maternité périphérique de Dakar qui effectuait 3000 accouchements par an. Equipée d'un plateau technique et travaillant en lien avec les différents services du centre de santé que sont l'échographie, la pédiatrie, la chirurgie générale et le laboratoire, la structure facilitait la prise en charge mère-enfant et a été référencée comme une maternité de niveau III selon les normes de l'OMS. Toutefois les déficiences en équipements et en ressources humaines en ont fait un hôpital départemental de niveau II lors de la réforme hospitalière nationale de 1998. Selon la pyramide sanitaire la maternité couvre le district de Rufisque² et les parturientes suivies dans les postes de santé de la zone sont prises en charge à la maternité du centre de santé lorsque les accouchements se compliquent. Le choix du site d'intervention a été effectué par les autorités nationales qui souhaitaient désengorger les deux structures de références de la capitale et ~~aux~~ promoteurs du projet AQUASOU soucieux de l'accessibilité aux soins d'urgence des structures périphériques et des populations en « dépendant ». La maternité de Rufisque remplissait les critères voulus dans la mesure où elle était équipée d'un plateau technique opérationnel jour et nuit pour effectuer des césariennes et qu'elle pouvait collaborer avec l'unité de pédiatrie de Dakar³.

Au sein de cette maternité notre intervention s'est décomposée en deux temps : un « état des lieux » (ou « analyse de la situation ») socio-anthropologique de son fonctionnement devant ensuite déboucher sur une intervention. L'analyse socio-anthropologique a porté sur les représentations et les processus de soins entre les populations et les professionnels lorsque les accouchements se compliquaient au premier niveau de soin (poste de santé). Suivre l'itinéraire thérapeutique de la parturiente à partir de son domicile jusqu'à la naissance de l'enfant dès lors qu'une pathologie obstétricale se présentait nous a immédiatement orienté vers l'analyse de la prise en charge des évacuations sanitaires⁴. Les postes de santé n'étant pas équipés de plateaux techniques, les sages-femmes ou matrones envoyaient les parturientes vers la maternité référente. Nous avons alors montré que la chaîne de soins se divisait en plusieurs séquences standardisées. Sans entrer dans le

1. Selon l'Enquête Démographique et de Santé au Sénégal couvrant la période de 1998 à 2005.

2. Selon l'Enquête Démographique et de Santé au Sénégal couvrant la période de 1998 à 2005.

3. Le district de Rufisque est contigu à la capitale, il couvrirait en 2004 une population de 305 000 habitants sur une superficie de 375 km².

4. Sachant néanmoins que le trajet de Rufisque à Dakar, une trentaine de kilomètres, peut prendre deux heures, notamment en saison des pluies.

déroulement détaillé de ces moments et des situations les influençant – points qui seront l’objet d’une autre publication –, ils renvoient à : la prise de décision d’évacuation par un professionnel diplômé, la présence d’indices médicaux ou organisationnels justifiant l’évacuation, les modalités de transfert (la désignation d’un accompagnant-parent, la quête d’un financement et d’un mode de transport et la présence d’un soignant), la réception de la patiente au service d’accueil et la rétro-information sur son devenir auprès de l’équipe à l’origine du transfert. Nous avons également constaté que le plateau technique n’était réellement opérationnel qu’aux heures ouvrées et que de nombreux transferts avaient lieu vers la capitale. Enfin, face à la difficulté des agents à argumenter une décision médicale et à gérer les conflits au sein d’une équipe, ainsi qu’à informer les familles, nous avons proposé aux professionnels de santé de la maternité de travailler sur leurs propres pratiques suivant l’hypothèse que l’amélioration de la circulation de l’information dans l’équipe faciliterait l’échange avec les patientes et leurs familles, et résoudrait une partie des dysfonctionnements d’évacuation.

Principes et mécanismes de l’intervention

Un dernier ~~contact~~ portait sur le décalage entre les représentations de l’évacuation des professionnels et des patientes, sans qu’un dialogue explicatif ne s’instaure sur les pratiques routinières néfastes voire dangereuses, et sur l’incapacité à endosser la responsabilité d’une faute professionnelle. Cela témoignait du manque de concertation entre collègues sur les cas critiques et la méfiance qui régnait au sein de l’équipe. Nous sommes donc partis du principe qu’améliorer la culture de service [Fall, Vidal, 2006] faciliterait la performance des soins : une fois installés dans un climat de travail de respect mutuel et dépouillé de ~~ses~~ non-dits, les soignants trouveraient la volonté de mobiliser voire de renforcer leurs connaissances et compétences susceptibles d’améliorer la qualité des soins. Nous avons pour ce faire estimé que tout acteur social peut « contrôler réflexivement » ses conduites [Giddens, 1974], c’est-à-dire les guider voire les corriger à partir de son savoir pratique.

L’intervention s’est organisée en trois volets, mis en œuvre simultanément : (a) des réunions hebdomadaires des professionnels, (b) des observations de la pratique obstétricale, (c) des entretiens semi directifs ~~de~~ femmes enceintes suivies par les sages-femmes du centre de santé. Nous avons aussi créé un cadre de concertation, désigné (par les chercheurs) *rencontres-miroirs* où, selon une démarche de « regard sur sa pratique », les professionnels identifiaient eux-mêmes les dysfonctionnements du service et en analysaient les mécanismes. Lorsque les solutions proposées n’avaient pas été appliquées, le constat de blocage était restitué au groupe puis analysé, tout ceci durant ces rencontres-miroirs.

La première étape a donc permis aux participants de réfléchir aux principes de la transmission d’un message. Au cours de l’étape suivante, les dossiers obstétricaux de plus en plus complexes ont été analysés, où les décès de la mère et

de l'enfant étaient susceptibles d'être imputés aux professionnels. La confrontation des dossiers et des protocoles de soins obstétricaux d'urgence (SOU) a ouvert le débat à des questions non strictement médicales comme l'indisponibilité du plateau technique, l'absence de banque de sang, la détérioration du matériel ou les glissements de tâches, ce qui distingue notre démarche des « audits de décès » [Dumont, 2006 ; Dumont, 2008]. Décrire la prise en charge maternelle le plus fidèlement possible était à la fois l'objectif et la clé de l'engagement des participants. Y parvenir permettait d'aborder plus rapidement la notion de « faute professionnelle » exprimée spontanément par les professionnels et les alternatives possibles : vaincre les résistances afin de rendre compte de sa pratique et d'accepter la critique de ses consœurs a nécessité plusieurs mois de rencontres.

La sociologue a observé l'activité des professionnels selon un principe participatif⁵ et assistait aux rencontres-miroirs. L'anthropologue, de surcroît sage-femme, observait et participait occasionnellement aux prises de décisions obstétricales (sur les effets des diverses compétences de l'anthropologue dans des contextes d'application et d'intervention, voir Vidal, 2010). L'équipe de chercheurs assurait ainsi la continuité entre les deux espaces de travail avec, d'un côté, le lieu technique où avaient lieu les naissances et, de l'autre celui de l'analyse de la pratique, où se déroulaient les rencontres-miroirs.

En dehors des entretiens issus de l'analyse situationnelle, des entretiens ont été menés auprès des patientes en suivi prénatal, en complément des observations des soignants, afin d'estimer l'application des actions proposées au cours des réunions de manière à améliorer la qualité de la surveillance prénatale⁶. D'autres entretiens ont été menés par les soignantes elles-mêmes, auprès de femmes ayant accouché dans le service. Ceci a permis d'initier les soignantes aux principes de l'entretien anthropologique, de leur faire mesurer l'impact de leurs comportements professionnels et leurs discours sur les patientes. Entrer dans la sphère privée de la patiente a déstabilisé le soignant et lui a permis de considérer le patient plutôt comme sujet que comme objet de soin. De plus restituer le contenu des entretiens au groupe a permis d'identifier des thèmes des rencontres. À la fin de la deuxième phase du projet, des entretiens ont été réalisés avec les soignants afin d'estimer le degré d'appropriation du projet et définir des modalités de sa poursuite (voir en Annexe la chronologie de l'intervention).

Un complexe d'effets techniques, structurels et relationnels

Des connaissances réactualisées

Précisons d'emblée que, selon le principe réflexif instauré, les protocoles de prise en charge standardisés selon les normes de l'OMS ont été discutés de manière

5. Les rapports d'audits des décès maternels de 2002 des deux structures de référence de la capitale ont montré que 50 % des personnes décédées étaient des évacuées.

6. Elle accompagnait les équipes de garde et rendait compte des interactions entre professionnels et entre usagers et professionnels, à partir d'une grille d'observation établie par l'équipe de recherche.

à les rendre applicables dans le service ⁷. Obtenir la décision consensuelle d'impliquer systématiquement le médecin a fait l'objet d'une forte résistance et a été longuement discuté. Ceci a été un des plus importants remaniements de service lors de la révision des protocoles car les sages-femmes avaient l'habitude de prendre en charge les patientes et le cas échéant décidaient elles-mêmes de les orienter vers d'autres hôpitaux lors de complications obstétricales. À la lumière des déficiences de connaissances constatées lors de la révision des protocoles et lors de l'analyse des cas cliniques de morts maternelles ou néonatales, les agents ont de leur plein gré sollicité des remises à niveau sur la pratique de l'obstétrique conformes aux recommandations de l'OMS : à cet effet, nous avons sollicité l'appui d'un gynécologue obstétricien associé au projet AQUASOU. Afin de développer la confiance en soi, de vaincre la honte de montrer son ignorance et de ne pas verser dans le cours magistral, la tâche des chercheurs consistait à encourager en permanence les échanges entre les participantes.

Ainsi, discuter des expériences vécues de ruptures utérines lors d'utilisation d'ocytocine ⁸ chez des patientes ayant un « petit » bassin a permis de mettre à jour les connaissances sur les contre-indications des utérotoniques. Le leitmotiv des chercheurs animant les rencontres-miroirs était de faire réfléchir les participants sur le caractère à la fois réalisable et contrôlable [Vasseur et Gounongbé, 2004] des propositions de prise en charge. De cette manière, se construisait l'assurance du soignant dans ce qu'il proposait, avant que, dans un deuxième temps, la restitution des observations n'enclenche le regard sur sa pratique.

Des conduites reconnues comme dangereuses par les professionnels

Lors de nos observations nous avons vu régresser voire disparaître certaines conduites thérapeutiques potentiellement néfastes pour les femmes : par exemple, la décision unanime des sages-femmes d'arrêter la pratique des forceps. Seul le médecin chef a continué à les utiliser y étant légalement habilité, contrairement aux sages-femmes. Cette décision a été reçue par les sages-femmes avec soulagement et perçue comme un sentiment d'engagement de la part du chef de service qui acceptait de se mettre à disposition de l'équipe à des heures précises de la journée, ce qui a renforcé le sentiment d'équipe. Les professionnelles ont par ailleurs progressivement amélioré la surveillance du travail obstétrical en utilisant en temps réel le partogramme ⁹, en mesurant plus régulièrement l'ouverture

7. Les entretiens concernaient la compréhension des gestes techniques de la consultation et des motifs des prescriptions par les patientes, ainsi que l'aptitude des soignantes et des patientes à introduire de l'empathie dans des échanges souvent gouvernés par une certaine violence verbale ou une indifférence.

8. À titre d'exemple certains médicaments n'existant pas dans la structure ont été modifiés le temps d'acquérir les nouveaux produits tels que le sulfate de magnésium comme traitement des éclampsies, les doses à administrées ont été précisées sur les protocoles, ou encore des protocoles de surveillance des patientes présentant des hémorragies de la délivrance ont été détaillés, l'ordre des personnes à prévenir lors de décision de césarienne ou bien le moment précis où décider d'une évacuation lors de disproportion foetopelvienne ont été déterminés en fonction des contraintes de service.

9. L'ocytocine est un utérotonique qui régularise la contractilité de l'utérus pendant le travail obstétrical. Il est indiqué lorsque la dilatation cervicale stagne et lorsque les contractions sont insuffisantes. Son

cervicale et en contrôlant plus souvent la vitalité fœtale. Enfin, elles ont administré l'ocytocine en respectant les indications médicales. Une séance de travail consacrée à la rupture utérine avait en effet mis en évidence l'utilisation inappropriée de l'ocytocine. La sage-femme responsable d'une rupture utérine avait justifié sa décision en expliquant que seul l'emploi de l'ocytocine pouvait « forcer » le col à s'ouvrir tandis que le seuil d'heures de travail de sécurité était dépassé. Elle avait été largement critiquée par ses collègues lui expliquant que la situation justifiait la césarienne.

Progressivement, elles ont harmonisé leurs pratiques et ont anticipé les prises de décisions obstétricales, aussi bien en matière de prévention (commande de sang, préparation de la table de réanimation néonatale, appel anticipé de l'obstétricien.), qu'en situation d'urgence. Les professionnelles les plus engagées dans le projet stimulaient les moins assidues et, réciproquement, les professionnelles incertaines demandaient conseils aux « converties ». Seule une professionnelle – plutôt versée dans le petit commerce pratiqué parallèlement à son activité d'aide-soignante est restée réfractaire au projet. Elle n'assistait à aucune réunion.

Une organisation du travail en question

Ces « rencontres-miroirs » ont par ailleurs mis à jour de nombreux dysfonctionnements organisationnels. Les sujets ont été débattus tantôt sereinement tantôt avec véhémence. Par exemple les questions relatives à la disparition du matériel¹⁰ et à la consommation abusive des consommables ont été résolues après plusieurs séances. À l'issue du débat, la caisse de premiers soins permettant de gérer les urgences avait été mise à disposition¹¹. De plus, avec l'accord du gynécologue obstétricien responsable de l'unité, une « caisse noire » financée par les recettes des échographies obstétricales effectuées par une des sages-femmes a été constituée afin d'acheter divers produits de nettoyage. De plus, ne percevant pas la dotation mensuelle réglementaire distribuée par le gestionnaire du centre, le gynécologue a alors décidé d'autogérer son unité : la moitié du forfait revenait à la sage-femme tandis que l'autre permettait le fonctionnement du service (alors que les recettes auraient dû être reversées au comptable du centre de santé). Cette pratique a permis d'améliorer les relations entre le médecin et son équipe.

Parallèlement, les sages-femmes ont intégré dans leur calendrier journalier un temps pour la transmission des informations sur les suivis médicaux des patientes

effet est puissant et par conséquent s'administre à faible dose. Son abus induit des contractures utérines voire des souffrances fœtales. Il est parfois utilisé de façon inappropriée pour activer un travail obstétrical qui se déroule pourtant normalement. Or, utilisé à mauvais escient il provoque des ruptures utérines pouvant entraîner la mort de la mère et du fœtus.

10. Le partogramme (ou graphique de Friedman) se construit à partir de deux courbes, l'une indiquant l'évolution de l'ouverture du col utérin et l'autre celle de la descente du fœtus dans le bassin. Il assure une surveillance horaire du travail obstétrical ; il permet de déceler un obstacle mécanique à l'accouchement vaginal et d'effectuer « à temps » une césarienne.

11. La surveillance avait évoqué la « cleptomanie » du matériel (outils de boîtes d'accouchement, tensiomètres, stéthoscope...) mais aussi des consommables (produits de nettoyage et médicaments).

lors du relais des équipes de garde. Cette étape est cruciale dans le travail d'équipe car elle permet de cibler les cas graves et d'être vigilants sur les cas susceptibles de s'aggraver. Elle avait fait l'objet d'une séance de travail de deux heures à partir de jeux de rôles, d'analyses de dossiers mettant en évidence les conséquences de la « non-transmission ».

La construction d'une cohésion d'équipe

Après cinq mois de rencontres-miroirs hebdomadaires, les sages-femmes prenaient le temps de s'entretenir de cas difficiles à chaque relève de garde. Pourtant, aux premiers temps de l'intervention l'esprit d'équipe n'apparaissait qu'en filigrane et les conflits interpersonnels étaient récurrents. De manière à dépassionner les échanges, la première tâche des chercheurs a donc consisté à former les soignants à la communication interpersonnelle [Winkin 1996]. Bien que travaillant depuis plusieurs années ensemble, les soignantes se croisaient lors des relèves de gardes et se côtoyaient peu. Les membres d'une équipe de garde formaient un groupe inamovible avec son histoire et ses routines de fonctionnement. On assistait à une sorte de protection réciproque où chaque agent « couvrait » les actes de l'autre. En racontant leurs histoires de vie, les agents ont appris à échanger dans un cadre non obstétrical et finalement à se connaître. Les échanges devenant plus conviviaux, les conflits étaient abordés avec plus de méthode et de détachement. Cette ouverture a facilité l'insertion des sages-femmes et des infirmières recrutées au cours des deux années du projet.

L'insertion du gynécologue obstétricien a quant à elle été laborieuse. Nouveau, il venait bouleverser des habitudes et apporter un jugement (en général dépréciatif) sur la pratique obstétricale des soignants en poste. Les rencontres-miroirs devenaient alors des moments d'expression de leur colère à l'encontre du nouveau médecin qui jugeait tout en n'assurant pas ses gardes. Ensemble les soignants ont analysé l'évènement et les sentiments qui les animaient pour définir collectivement une stratégie facilitant l'insertion du gynécologue obstétricien (voir Vidal, 2010, pour une analyse des tenants et aboutissants de ce long processus de prise de fonction du gynécologue). Nous étions au cœur du processus de « retour sur sa pratique » et assistions à une application « ad hoc » du travail théorique effectué en amont (transmission d'un message, réception de l'information, rétro information, objectifs à atteindre, moyens à mettre en œuvreTM).¹ Quelques sages-femmes et infirmières se sont entretenues avec le médecin chef de district afin que le gynécologue obstétricien prenne ses fonctions. Elles travaillaient en effet depuis plusieurs mois sans responsable et ne pouvaient gérer des situations obstétricales qui demandaient des prises en charge médicales excédant leurs compétences. Ce faisant, elles étaient animées par une perception nouvelle et collective de l'urgence, du principe de précaution et de la prise de risque. Nous avons en effet analysé en rencontres-miroirs les conséquences médicales de décisions thérapeutiques inappropriées ou qui ne relevaient pas des prérogatives des sages-femmes.

Les soignants ont alors progressivement adopté une démarche collective notamment par le « partage » du stress de l'urgence (ce fut le cas de sages-femmes qui s'entraidaient lors d'une expulsion difficile) et par les prises de décisions thérapeutiques collectives (choix d'utiliser le forceps bien que l'acte ne relève pas de la fonction de sage-femme). Lors des rencontres-miroirs, et de manière spontanée, les soignants s'autocritiquaient lors de l'analyse des dossiers obstétricaux. Le soignant qui n'avait pas rempli sa tâche devait ainsi se justifier. L'analyse des dossiers, les justifications des décisions thérapeutiques et les critiques mutuelles des dossiers présentés, se déroulaient selon une méthodologie préétablie. Elle consistait à écrire sur un tableau le déroulement de la prise en charge thérapeutique, le protocole prévu, ainsi que les discordances entre les conduites tenues et celles prévues par les protocoles, pour enfin proposer des solutions. Finalement, l'équipe acquérait de l'autonomie car l'animatrice intervenait de moins en moins dans les séances. En présentant les dossiers les sages-femmes découvraient progressivement la rigueur du raisonnement obstétrical : méthodologie de la présentation d'un dossier, argumentation d'un choix diagnostique, justification des conduites décisionnelles et thérapeutiques. Simultanément, ce processus se transposait dans la pratique professionnelle. Les soignantes ont spontanément organisé un système d'autocontrôle des pratiques. Celles reconnues pour leur honnêteté et leur rigueur se voyaient confier la fonction de « gardiennes des bonnes conduites ». À plusieurs reprises elles ont raisonné leurs collègues afin de limiter le détournement de médicaments, les surfacturations d'ordonnances de patientes et les conduites thérapeutiques potentiellement dangereuses. Progressivement, les pratiques gagnaient en transparence.

Les professionnelles ont appris à raconter leurs histoires de vie, leurs accouchements et leurs émotions face à l'urgence, la douleur, la mort, la naissance ou la demande des patientes. Faire état des difficultés de la pratique et de la complexité de la profession à travers les jeux de rôles et l'analyse des dossiers leur ont permis d'exprimer leurs vulnérabilités (nous pensons ici au récit d'une mort maternelle où la sage-femme **exprime** son désarroi par des pleurs et exprime sa culpabilité) comme leurs incertitudes professionnelles. Ainsi, lorsque l'accouchement se déroulait mal sans en trouver la cause, il était fréquent que les sages-femmes administrent l'ocytocine avec l'idée que cela permettrait de résoudre le problème. Dans d'autres circonstances elles laissaient évoluer la situation jusqu'à ce qu'elle se dégrade franchement pour intervenir. Ces comportements professionnels « aveugles » étaient courants. En « osant dire », les unes commentaient les prises en charge de leurs collègues sans pour autant les dévaloriser, tandis que les autres justifiaient leurs décisions et acceptaient les critiques émises. Comprendre le discours de l'autre devenait possible dans la mesure où le professionnel se sentait entendu et reconnu par ses pairs. Ce processus permettait au soignant de se recentrer sur l'équipe.

Pratiques et perceptions des rencontres-miroirs

Les rencontres-miroirs pouvaient être vécues comme une intrusion de l'espace privé dans la pratique « publique » (par exemple, dans quelle mesure était-il

important ou pas de répondre au téléphone ? Est-il plus utile de s'occuper des activités extérieures à la structure que des rencontres, et d'arriver à l'heure ?), et pas uniquement comme une possible amélioration de la vie professionnelle. Il a fallu plusieurs mois de travail pour que cette représentation évolue et que les soignants perçoivent les règles comme un avantage. Ainsi, ne pas utiliser le téléphone portable permettait de ne pas interrompre les débats, et venir aux rencontres assurait la confidentialité des discours. Notons que l'horaire auquel il était prévu de débiter les séances n'a jamais été tenu sans que cela ait pour autant de réelles incidences sur le déroulement de l'intervention. Quant à l'exigence de confidentialité, elle a joué un rôle central. Elle reflétait à la fois l'engagement des participantes dans la démarche réflexive et la confiance que l'on pouvait placer en sa collègue. Respecter la confidentialité était en quelque sorte le contrat moral qui soudait le groupe et sous-tendait notre travail. Les participants avaient collégialement décidé de conserver au sein du groupe toute information émise par une participante. Il a été nécessaire d'y revenir à plusieurs reprises, et notamment à des moments stratégiques de l'intervention, par exemple lorsque les sages-femmes ont effectué des actes médicaux officiellement interdits, comme utiliser le forceps. Et plus la confidentialité était respectée, plus les rencontres suscitaient la curiosité des agents réfractaires au projet. À l'issue des quatre premiers mois, la confidentialité devenait la « clé de voûte » des rencontres-miroirs. Suffisamment confiants pour justifier leurs actes, les professionnels ont pu reconnaître leurs erreurs pour accepter de modifier leurs comportements professionnels. Ainsi, les premiers résultats ont été visibles après six mois d'intervention : indications médicales du syntocinon mieux posées, expression utérine diminuée, examen clinique plus scrupuleux et meilleure prise en charge des patientes lors des changements d'équipe.

Très vite on a alors vu l'équipe se scinder entre ceux qui adhéraient à l'intervention et les autres, pour voir ensuite l'ensemble des soignants l'accepter. À l'issue de la première année il ne restait plus que deux à trois agents systématiquement absents des séances. La sage-femme responsable de l'unité des grossesses pathologiques a ainsi fait remarquer à une ancienne de l'équipe que son manque d'assiduité aux rencontres-miroirs la pénalisait (« *Il faut venir, tu es en train de te faire doubler* » lui disait-elle). Elle était peu à peu dépréciée par ses collègues plus jeunes. Grâce aux rencontres-miroirs ce qui avait été admis un jour voire considéré comme « juste » était progressivement réprouvé et définitivement pros crit : c'est ainsi que les forceps n'ont plus été utilisés par les sages-femmes. Nous avons ici un exemple d'une norme modifiée suite à un changement de comportement.

Avec un léger décalage dans le temps, la confidentialité a permis d'ouvrir les débats au « monde » des sensibilités [Jaffré, 2006]. Mettre en parole les émotions, les craintes, les incertitudes, les colères, le mépris ou le mal-être suscité par la souffrance d'autrui, touchaient la pudeur de chacun et suscitaient une certaine honte. Si, d'emblée, certains étaient très loquaces, la plupart des soignants restaient silencieux. L'une avait clairement dit, au moment de décrire son accouchement « *moi, je ne peux pas !* ». Les débats ont suscité tantôt le rire, tantôt les pleurs ou

encore la colère. Ce sera le cas d'une sage-femme présentant la prise en charge d'une parturiente qui décède et pleure sa culpabilité devant ses collègues ; ou l'infirmière justifiant avec fougue la violence infligée aux patientesTM ce qui déclenche l'hilarité de la salle. Les sentiments ont été exprimés lorsqu'ont été évoquées la douleur physique, la mort, la souffrance morale, les complications obstétricales, l'hémorragie et l'urgence, puis, analysés en s'appuyant sur les jeux de rôles et les restitutions d'entretiens de parturientes. Il a fallu une année de rencontres-miroirs pour constater que les soignants avaient construit une nouvelle représentation des patientes et de leurs familles, fondée sur la compassion plus que sur la peur d'avoir à répondre à la demande de compassion qu'alimentait leur violence.

De la construction de la responsabilité professionnelle à la culture de service

Ceci prenait place dans un contexte où les connaissances professionnelles étaient livresques et pour beaucoup remontaient à l'époque de leurs études. De plus, leurs pratiques souffraient d'un excès d'assurance et par conséquent ils ne mesuraient pas toujours les conséquences de l'absence de décisions. C'est en adaptant les protocoles de soins obstétricaux d'urgence au contexte du terrain et en les appliquant scrupuleusement que les soignants ont pris conscience de leurs effets directs. Ce fut le cas en présence d'une femme en état de mal éclamptique. En dépit des traitements antihypertenseur puis anticonvulsivant (Valium) cette patiente a basculé dans un état de mal éclamptique. L'obstétricien étant injoignable, la surveillante appelée à la rescousse contacte l'adjointe du médecin-chef de district. Celle-ci propose d'administrer à la patiente du sulfate de magnésie conformément au protocole arrêté (collégialement) lors d'une rencontre-miroir : le traitement réussit.

Après avoir vécu plusieurs situations analogues, les soignants s'étaient convaincus de leur aptitude à contrôler les événements. Ils se sont progressivement appropriés le concept d'« évitabilité » bien connu des épidémiologistes (OMS, 2004) pour sortir de la routine des pratiques en construisant de nouvelles habitudes *choisies* par eux. De ce point de vue, analyser l'histoire obstétricale des patientes a validé l'utilité de la chaîne de soins lors des prises en charge et a développé l'idée de responsabilité partagée. Nous observions ainsi les sages-femmes recommencer à effectuer les accouchements qu'elles avaient délégués aux infirmières et aides-soignantes depuis plusieurs années. De plus, retracer la chronologie des événements à partir du dossier obstétrical a donné l'occasion de réfléchir à ce relevait de l'interdit et du non dit, sorte de monde invisible ouvrant le champ aux pratiques contraires à l'éthique médicale (maltraitance, violence, racket, gestes obstétricalement néfastesTM). Par exemple, l'analyse du partogramme « mal rempli » a mis en évidence les défauts de surveillance, les erreurs (ou les absences) de décisions thérapeutiques. Pris dans la dynamique de réflexivité les soignants situaient leurs responsabilités (individuelles ou partagées) au regard de ce qu'ils

pensaient avoir été « camouflé » au moment de prendre en charge la patiente : ils se critiquaient, se conseillaient et exposaient les pratiques interdites plus spontanément.

Progressivement, les professionnels s'impliquaient dans la chaîne de soins, ils estimaient avec précision l'évolution des pathologies obstétricales, réduisaient leur gravité, et évitaient certains décès. En prenant acte de leur pouvoir sur les événements en cours, les soignants vivaient les situations d'urgence de façon moins anxiogènes et agissaient plus rapidement. Nous rejoignons ici les travaux d'Arborio (2007) décrivant le rôle de l'initiative, de l'adaptation et de la confiance dans la dynamique de transition de la représentation populaire du risque obstétrical. À travers le risque obstétrical ainsi repensé, la conscience collective de la responsabilité professionnelle s'est progressivement élaborée.

Si la culture de service existait préalablement à la mise en place de l'intervention, elle alimentait un système basé sur la méfiance voire la délation. La résolution des conflits interpersonnels entre l'équipe et la surveillante, entre le gynécologue chef d'unité et l'équipe, de même que le changement des groupes de garde et la mise à plat de conduites thérapeutiques non éthiques, ont permis d'assainir la culture de service. Ce fut par exemple le cas lors de la reconstitution de l'histoire d'un décès maternel. La sage-femme qui terminait la garde n'avait pas signalé à sa collègue de relève la présence d'une patiente à haut risque. Pendant que la patiente est restée sans surveillance son état s'est aggravé. Son utérus a rompu et elle a été finalement opérée en urgence avant de décéder. Dans ce récit, la sage-femme qui est en fin de chaîne de soin énonce clairement son mécontentement de ne pas avoir été informée de l'existence d'une patiente à risque en salle d'accouchement, tout en reconnaissant ne pas l'avoir surveillée. L'existence d'un climat de confiance lors des rencontres a ici indubitablement permis à la sage-femme de signaler ouvertement la mauvaise pratique de sa collègue, de montrer sa colère et de reconnaître sa responsabilité. Les professionnels commençaient donc à se concerter, on voyait une cohésion d'équipe se dessiner. Dorénavant, demander l'avis d'une collègue ou du chef d'unité relevait plus de la connaissance et du soutien que de l'incompétence.

Appropriation

Ceci étant, entrer dans la démarche de réflexivité a nécessité plusieurs mois. Comme lors de tout changement, les professionnels ont clairement affiché leur résistance. Une fois la curiosité du premier mois satisfaite, les rencontres-miroirs des six mois suivants ont été peu suivies. Puis, au fur et à mesure que les discours sur les dysfonctionnements se multipliaient et que des résultats s'observaient, l'absentéisme diminuait. Transformer positivement la perception de comportements qui étaient spontanément vécus comme un échec demandait du temps. Le leitmotiv des rencontres-miroirs était : « *Ici on ne juge pas, on ne critique pas, on essaie de comprendre les motifs qui amènent les soignants à effectuer*

des gestes a priori néfastes ou interdits. Ce qui se dit dans le groupe n'en sort pas ». Sur le plan méthodologique cette étape correspondait à l'acquisition théorique de la communication interpersonnelle, à l'instauration des normes de confidentialité et à la construction de la confiance. Réfléchir à la confidentialité et au refus de l'appliquer a été le moment déterminant de l'expérience. Ce n'est qu'à partir du moment où les soignants ont analysé les mécanismes de son refus que la parole s'est libéré. Elle a permis la transition avec la deuxième phase de l'intervention (analyse des dossiers obstétricaux).

S'appuyer sur les dossiers obstétricaux permettait aux soignants de se confronter à la démarche analytique selon un langage qui leur était familier. Prenons un exemple. Le dossier d'une patiente venant de décéder a été débattu le jour même. Exceptée une personne, les professionnels impliqués dans le décès étaient présents à la rencontre-miroir. L'analyse du raisonnement obstétrical ayant mené au décès de la patiente a suscité à la fois de l'empathie à l'égard de la famille de la patiente et des professionnels impliqués, et de la culpabilité chez ces derniers. La notion de responsabilité professionnelle se matérialisait. Les erreurs étaient identifiées ce qui permettait aux soignants de proposer des solutions crédibles et réalisables.

Réfléchir à leurs actes, aux limites de leurs compétences, à leurs insuffisances sans crainte d'être jugés demeurait pour les soignants une approche inédite. La transposition incessante d'un concept, d'un espace (celui de la réflexion inscrit dans le lieu des rencontres-miroirs) à un autre (celui du technique dans les sites de la pratique) transformant les discours en actes, rendait le processus réflexif appropriable. Par ailleurs, la double compétence d'un des chercheurs (anthropologue et sage-femme) crédibilisait les discours concernant aussi bien les problèmes rencontrés que les solutions proposées. Concrètement, son implication médicale a été décisive lorsqu'une utilisation du forceps a été décidée. Ce jour-là, présente en salle d'accouchement, elle a participé à la décision de poser le forceps chez une parturiente dont l'enfant présentait une souffrance fœtale alors que l'acte était – nous l'avons dit – proscrit par le chef de service. Dans l'heure qui suivait, le raisonnement ayant conduit à ce choix contre l'avis hiérarchique était débattu lors de la rencontre-miroir. À l'issue de la séance il a donc été convenu de ne plus utiliser de forceps. Toutefois, lorsque la situation clinique s'est représentée quinze jours plus tard, une des sages-femmes a posé le forceps et a provoqué une paralysie brachiale néonatale transitoire. L'évènement a été analysé lors de la rencontre-miroir et le débat s'est élargi à la responsabilité et à la faute professionnelle. Soulignons que le chef de service tout en se montrant fermement opposé à l'utilisation de cet outil par les sages-femmes a protégé son équipe. Ici, la neutralité de l'espace de travail a joué un rôle non négligeable sur l'appropriation du processus. Les réunions avaient lieu dans un bâtiment distinct de la maternité : réfléchir sur sa pratique s'accompagnait de l'éloignement géographique du lieu d'exercice.

Anthropologues dans l'action : acquis et limites

Notre intervention s'est effectuée suivant un enchaînement de séquences : l'introduction du concept de réflexion sur la pratique professionnelle, sa transformation en action puis sa normalisation qui émane de la pérennisation de l'intervention. Après avoir fait l'analyse anthropologique de la situation (incluse dans la première séquence), l'objectif des chercheurs a consisté à proposer aux soignants de transformer le concept de « réflexion sur la pratique » (deuxième séquence) en un outil professionnel (les rencontres-miroirs) leur permettant de produire des soins de meilleure qualité, de s'impliquer dans les prises en charges des patientes et de se sentir responsables de leurs actes mais aussi reconnus – et donc valorisés – comme pouvant prodiguer des soins de qualité, ceci par les autres groupes d'acteurs (supérieurs hiérarchiques, patientes et familles). L'« idée » s'est véritablement transformée en action lorsque les soignants ont constaté une amélioration des relations entre professionnels, et observé les effets de leur implication dans la réorganisation du service, l'engagement du chef de service et la dynamisation de la chaîne de soins. Alors, les rencontres-miroirs se sont fondues à l'activité des professionnels.

De plus, afin de maintenir un niveau d'adhésion et d'engagement efficace des soignants dans l'intervention, les chercheurs ont choisi d'accompagner les soignants dans la démarche d'amélioration des soins. Il ne s'agissait pas uniquement d'observer, de restituer des informations mais également d'animer les rencontres-miroirs, de participer à quelques activités cliniques et jusqu'à devenir occasionnellement un référent obstétrical. Ce constat pose la question récurrente du rôle de l'anthropologue dans un établissement de soin [Arborio, 2002 ; Peneff, 1992 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 2003], mais sous un angle quelque peu spécifique ici dans la mesure où l'équipe de chercheurs avait en son sein une anthropologue aussi sage-femme. Toutefois, si cette double compétence et notamment la seconde – « médicale » – a naturellement favorisé le démarrage et l'installation des rencontres-miroirs, elle n'en a pas pour autant été une garantie de pérennisation.

En effet, si l'analyse des entretiens marquant l'achèvement de la deuxième séquence¹², corrélée à l'opinion des soignants sur l'intervention deux années plus tard montrent que le projet professionnel commun s'est maintenu et que le lien socioprofessionnel s'est renforcé, force est de constater que les rencontres-miroirs n'ont pas perduré. Il nous semble cependant difficile de parler d'« échec », dans la mesure où plusieurs actions ont diffusé dans la pratique quotidienne. Ainsi de nouvelles normes se sont mises en place. Bien que la qualité des soins maternels n'ait pas été mesurée il semble, d'après les professionnels eux-mêmes, que le nombre de mort-nés ait diminué et que les apgars¹³ néonataux aient augmentés. Les entretiens des femmes enceintes ont également montré qu'elles avaient une

12. ~~Cette ancienne pratique avait été abandonnée par la surveillante car les médicaments consommés n'étaient jamais remplacés par ces utilisateurs.~~

13. ~~Une série d'entretiens des soignants de clôture de recherche a été effectuée. Elle a permis aux soignants de d'analyser l'intervention anthropologique.~~

meilleure compréhension de leur suivi prénatal et une meilleure opinion des soignants qu'en début d'intervention. Cependant, plusieurs dysfonctionnements ont persisté. Par exemple, les délais de file d'attente des consultations prénatales ont perduré. Le refus des sages-femmes de modifier l'organisation des consultations découlait d'une série d'obstacles que nous n'avons pas identifiés. Il montre la complexité des facteurs en jeu et la difficulté à mettre en mots les mécanismes profondément inscrits dans les habitudes d'une équipe.

Reste à comprendre pourquoi les rencontres-miroirs ne se sont pas pérennisées. Des facteurs indépendants de la recherche n'étaient pas maîtrisables. Le montage financier permettant de maintenir les rencontres après le départ des chercheurs, n'a pas été mis en place par le médecin-chef de la structure sanitaire. Il consistait « simplement » à budgétiser les collations et frais de transports des participants qui venaient assister aux séances sur leur temps de repos. Simultanément, le relais institutionnel n'a pas été pris par les instances locales (comité de gestion, médecin-chef du district). En particulier, les médecins hospitalo-universitaires de Dakar avaient contesté la décision de mettre en œuvre le projet AQUASOU dans une ville périphérique de Dakar qui offrait déjà un plateau technique et humain pléthorique, ce qui pénalisait – selon eux – les populations éloignées de la capitale [Vidal, 2010]. Cette polémique n'a fait qu'alourdir la dynamique de travail et ralentir les interventions. Parallèlement, la mobilité des gynécologues obstétriciens a rendue délicate et complexe la tâche des chercheurs. En deux ans, trois médecins se sont succédés dans l'établissement qu'il a fallu impliquer dans l'intervention. Ces aléas ont déstabilisé l'équipe soignante. Enfin, l'indisponibilité récurrente du plateau technique a freiné la dynamique de résolution des dysfonctionnements et a démobilisé les agents à plusieurs reprises.

Conclusion

Les singularités de l'expérience sénégalaise des rencontres-miroirs sont porteuses d'enseignements contrastés sur ce que signifie contribuer, en tant qu'anthropologues, à la transformation de pratiques médicales. Plutôt que de revenir sur le fil de ses apports comme de ses limites, nous souhaiterions conclure sur deux enseignements d'ordre méthodologique. Le premier renvoie à la question de l'observation participante, repère identitaire fort de l'anthropologie. Dans le processus accompagnant les rencontres-miroirs, la chercheuse cumulant compétences anthropologiques et médicales a été en diverses circonstances amenée à intervenir, à poser des actes médicaux. Participation à l'activité de soins qui excède largement ce que l'on entend généralement par l'implication de l'anthropologue lors de son « observation participante ». Mais participation « naturelle » car elle renvoyait à une exigence de déontologie médicale qui la guide en tant que sage-femme. De fait, se construit une observation participante inédite qui actionne deux registres de compétences (anthropologique et médicale) au service, aussi, d'un double propos : comprendre au plus près les pratiques des soignants et intervenir pour les aider. Finalement, se trouve illustrée dans ces gestes précis, dans ces moments

donnés, la démarche plus générale de l'anthropologue dans ce type de projet, associant analyse des situations vécues (par les soignants, les patientsTM) et mise en œuvre d'actions visant à en modéliser le cours.

La seconde remarque a trait à ce travail d'influence des pratiques. Il convient là d'insister sur leur caractère progressif et fragile. En effet, d'une part, il n'y a pas eu chez les soignants de mots, de situations, ou de gestes, « miracles » ayant déclenché la prise de conscience de l'inadéquation ou la dangerosité de pratiques médicales. Les changements, les ajustements intervenus l'ont été au terme d'un processus durant lequel il nous a fallu comprendre comment « fonctionnait » la maternité et les attentes, comme les angoisses, des parturientes et des soignants. Il a aussi été nécessaire de multiplier les rencontres-miroirs, d'en répéter les objectifs et les principes de fonctionnement. Ceci pour qu'alors se dessinent des changements de comportements. Processus attendu, dira-t-on ? Peut-être, mais qui fait écho à la démarche de l'anthropologue devant multiplier les regards, les sources d'information pour pouvoir poser une analyse. Et d'autre part, cet exercice de modelage des pratiques, quand bien même il est progressif et concerté, demeure délicat à inscrire dans la durée. Là aussi nous pouvons y lire une métaphore des actions de développement [Dujardin, 2003] : doivent-elles, pour se pérenniser, déboucher sur... d'autres actions de développement qui en prendraient le relais ?

Tableau – Déroulement et fréquence des rencontres-miroirs

Phases	Période	Rencontres miroirs (Nb)	Participation aux Rencontres miroirs	Observations (Nb d'heures)	Entretiens
1. Initiation à la communication interpersonnelle	mai 04-nov 04 (7 mois)	11	4 à 13 (moyenne = 10)	258	5
2. Démarche réflexive	déc 04-mai 05 (6 mois)	16	13 à 32 (moyenne = 21)	222	35 Prénatal : 30 Postnatal : 5
3. Pérennisation	juin 05-mai 06 (12 mois)	21	10 à 30 (moyenne = 21)	294	0
Total	mai 04-mai 06 (25 mois)	48	4 à 32 (moyenne = 18)	774	40

Bibliographie

- ABRAHAMS N. JEWKES R., MVO Z. [2001], « Health care-seeking practices of pregnant women and the role of the midwife in cape town, south Africa », *Journal of Midwifery Women's Health*, vol. 46, n° 4, p. 240-247.
- ARBORIO A.M. [2002], *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos.
- ARBORIO S. [2007], « "Maternité sans risque : du contrôle à la confiance". Analyse anthropologique du risque au Mali Afrique de l'Ouest », *Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction*, n° 36, p. 786-794.
- BONNET D., GUILLAUME A., *La santé de la reproduction. Concepts et acteurs*, Paris, IRD, Document de recherche n° 8.
- BOUVIER-COLLE M.-H., PRUAL A., DE BERNIS L. et le groupe MOMA [2002], « Dossier MOMA (Morbidity maternelle en Afrique de l'Ouest) », *Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 31, n° 1, p. 40-112.
- DE BROUWERE V., VAN LERBERGHE W. [1998], *Les besoins obstétricaux non couverts*, Paris, L'Harmattan.
- DE BROUWERE V., TONGLET R., VAN LERBERGHE W. [1998], « Strategies for reducing maternal mortality in developing countries : what can we learn from the history of the industrialized West », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 3, n° 10, p. 771-782.
- DUJARDIN B. [2003], *Politiques de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue*, Paris, Karthala – Editions Charles Léopold Mayer.
- DUMONT A., DE BERNIS L. [2001], « Caesarean section rate for maternal indication in sub-saharan Africa : a systematic review », *The Lancet*, vol. 358, n° 6, p. 1328-34.
- DUMONT A., GAYE A., VASSEUR-MAHE P., BOUVIER-COLLE MH. [2004], « Emergency obstetric care in developing countries : impact of guidelines implementation in a community hospital in Senegal », *British Journal of Obstetric and Gynaecology*, vol. 112, n° 5, p. 1-6.
- DUMONT A., GAYE A., DE BERNIS L. [2006], « Facility-based maternal death reviews : effects on maternal mortality in a district hospital in Senegal », *Bulletin of WHO*, vol. 84, n° 3, p. 218-225.
- DUMONT A., CHERGUI M, GAYE A, LANDRY A, TOURIGNY C, FOURNIER P. [2008], (*in press*), « Identifying barriers and facilitators towards implementing facility-based maternal death reviews in Senegal », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*.
- FALL A.S., VIDAL L. [2006], « Emergence d'une culture, déclin d'une profession. Soigner et prévenir au Sénégal et en Côte d'Ivoire », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, n° 121, p. 239-264.
- GIDDENS A. [1984], *La constitution de la société*, Paris, PUF.
- JAFFRE Y., OLIVIER DE SARDAN J.-P. (eds) [2003], *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- JAFFRE Y. [2006], « Les terrains d'une anthropologie comparative des sensibilités et des catégories affectives », *Face à Face. Regards sur la santé*, revue électronique, n° 9.
- JAFFRE Y., PRUAL A., 1993, « Le "corps des sages-femmes" entre identités professionnelles et sociales », *Sciences sociales et santé*, vol. 10, n° 2, p. 63-80.

- JEWKES R., NAEEMAH A., ZODUOMO M. [1988], « Why do nurses abuse patients ? Reflections from South African obstetric services ». *Social Science and Medicine*, vol. 47, n° 11, p. 1787-95.
- DE KONINCK M. [1997], « Le discours des femmes sur leur santé, un savoir essentiel pour l'intervention », *Recherches féministes*, vol. 10, n° 1, p. 97-112.
- OLIVIER DE SARDAN J.P., MOUMOUNI A., SOULEY A., « L'accouchement c'est la guerre. Accoucher en milieu rural nigérien », *Afrique contemporaine*, n° 195, p. 136-54.
- OMS [2004], *Au-delà des nombres : Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse*, Publication hors série, OMS, Genève.
- PENEFF J. [1992], *L'hôpital en urgence. Étude par observation participante*, Paris, A.M. Métaillé.
- PRUAL A. [1999], « Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest. Une maternité à haut risque », *Santé Publique*, vol. 11, n° 2, p. 10, p. 155-165.
- PRUAL A. [2000], « Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest. Vers une maternité à moindre risque », *Santé Publique*, vol. 11, n° 2, (18), p. 167-185.
- RICHARD F., OUEDRAOGO C., ZONGO V. [2008], « The difficulty of questioning clinical practice : experience of facility-based case reviews in Ouagadougou, Burkina Faso », *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, OnlineEarly Articles : 23 May 2008, p. 1-7.
- VANGUENDERHUYSEN C., BANOS J.P., TALHER M. [1995], « Mortalité maternelle évitable à Niamey », *Cahiers Santé*, n° 5, p. 49-54.
- VASSEUR P., GOUNONGBE A. [2004], « Attribution de causalité et conscience professionnelle chez les sages-femmes en Afrique de l'Ouest ». *Psychopathologie Africaine*, n° 32, p. 3-53.
- VASSEUR-MAHE P., SYLLA A., GAYE A., DE BERNIS L. [2000], *Étude de comportement des sages-femmes de la maternité du centre de santé Roi Baudouin, District de Guediawaye*, Dakar, Sénégal. Ministère des Affaires Etrangères et de la Francophonie.
- VIDAL L., FALL A.S., GADOU D. (ed. sc.) [2005], *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques*, Paris, L'Harmattan.
- VIDAL L. [2008], « L'anthropologie au cœur de la médecine », *Médecines/Sciences*, vol. 24, n° 10, p. 879-884.
- VIDAL L. [2010], *Faire de l'anthropologie. Santé, science et développement*, Paris, La Découverte.
- WINKIN Y. [1996], *Anthropologie de la communication. De la théorie au terrain*, Bruxelles, De Boeck Université.