



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
(UAC)



FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES
(FLASH)

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE (EDP)

« Espaces, Cultures et Développement »

**Laboratoire d'Analyse et de Recherche Religions, Espaces et Développement
(LARRED)**

Filière : SOCIOLOGIE - ANTHROPOLOGIE

Spécialité : SOCIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT

Mémoire de DEA

SUJET

**De l'obstétrique médicale à la psychosociologie : Entre rupture
et continuité dans la prise en charge des parturientes de la
Clinique Coopérative de Calavi**

Réalisé et soutenu par :

Sèna Oscar

ZOHOUNGBOGBO

Sous la direction de :

Prof. Dr. Dodji AMOUZOUVI

Maître de Conférences des Universités du CAMES

JURY

Président : Prof. Gabriel BOKO

Rapporteur : Dr. Dodji AMOUZOUVI (Maître de Conférences)

Examineur : Dr. Cyprien AHOLOU (Maître Assistant)

Date de soutenance : 08 Avril 2015

Mention : Très bien

Note : 17/ 20

Année académique : 2014 - 2015

SOMMAIRE

Dédicace	3
Remerciements.....	4
Résumé.....	7
Abstract	8
Introduction.....	9
1^{ère} Partie : Cadre théorique et méthodologique de l'étude : L'expérience de l'accouchement comme champ de rencontre entre la psychosociologie et l'obstétrique médicale.....	12
Chapitre I : Cadre théorique de l'étude.....	12
Chapitre II : Cadre pratique de l'étude.....	34
2^{ème} Partie : Quand la prise en charge obstétricale rime avec la prise en charge psychosociale	43
Chapitre III : La prise en charge de la femme enceinte : l'omni présence d'une demande de service en psychosociologie.....	43
Chapitre IV. Le psychologue dans les soins obstétricaux : entre l'"in sider" et l'"out sider"	55
3^{ème} Partie : Les performances des soins obstétricaux à l'épreuve des succès de la prise en charge psychosociale des patientes.....	64
Chapitre V: . Les conflits d'intercompréhension dans la relation médicale	64
Chapitre VI : L'ancrage psychosocial de la collaboration entre les acteurs de soins	71
Conclusion.....	78
Références bibliographiques	86

IN MEMORIAM

Mon feu père Alexis ZOHOUGBOGBO pour tous les sacrifices qu'il a consentis pour ma vie; voici enfin le fruit de tes labeurs.

DEDICACE

Le présent travail de recherche est dédié à :

Ma mère Constance ZOHOUNGBOGBO née *SEDEGNON* ; tous les arbres de la forêt ne produisent pas à la même saison, c'est maintenant que toutes tes prières dans les moments les plus rudes de ma vie me font porter les fleurs qui promettent de bonnes récoltes.

REMERCIEMENTS

J'adresse mes sincères remerciements à tous ceux qui ont apporté leur assistance pour la production de ce travail. Particulièrement ma gratitude va à l'endroit:

- du Professeur Dodji AMOUZOUVI, Directeur de mon mémoire sans lequel nous ne pourrions faire ce travail, que Dieu vous garde longtemps ;
- de tous les enseignants de l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire (EDP) de la FLASH qui nous ont formés ;
- de Monsieur François DEGBELO, Médecin Chef de la Clinique Coopérative de Santé d'Abomey-Calavi, pour nous avoir permis de faire notre première expérience dans cette structure ;
- de tous les médecins et sages-femmes de la Clinique Coopérative de Santé d'Abomey-Calavi pour avoir accepté de travailler avec nous sans hésiter ;
- de tout le personnel de la Clinique Coopérative de Santé d'Abomey-Calavi ;
- de Monsieur Salim da-SILVA pour ses précieux conseils et sa précieuse participation ;
- du Docteur Jacques AGUIA DAHO pour tout le sacrifice consenti ;
- de Messieurs Joseph DEH-TCHOKPON et ZANOU D. B. Calice pour votre appui soutenu et continu ;
- de tous mes collègues de la promotion DEA 2011-2012
- de mes frères Martial, Ghislain et à mes sœurs Sonia, Lidwine et Elfrida qui n'ont cessé de venir à mon aide en toute circonstance. Que Dieu le tout puissant veille sur vous ;
- de tous mes amis
- de tous ceux qui ont contribué à finaliser ce travail.

Enfin à tous mes proches sans lesquels ce travail n'aurait pas été une réalité.

SIGLES ET ACRONYMES

ASCOMA: Assurances Courtage Monaco

BCG : Batille Guérin de Cockx

CCF : Centre Culturel Français

CCS: Clinique Coopérative de Santé d'Abomey-Calavi

CGO: Clinique de Gynécologie et d'Obstétrique

CNHU-KM: Centre National Hospitalier Universitaire Koutoukou MAGA

FEDAS: Fédérale D' Assurances

FLASH: Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines

HOMEL: Hôpital de la Mère ET de L'enfant

LARRED : Laboratoire d'Analyse et de Recherche Religion Espaces et Développement

MDRAC : Ministère du Développement Rural et de l' Action Coopérative

MS : Ministère de la Santé

NSIA: Nouvelle Société Interafricaine d' Assurance

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPT : Office des Postes et Télécommunication

Penta 1; 2 et 3 : Pentavalent I II et III

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

Pneumo 23 : Vaccin pneumococcique Polyosidique à 23 valences (sérotypes)

PR : Présidence de la République

Psy : Psychologue

ROR : Vaccin à virus vivants atténués contre Rougeole, les Oreillons et la Rubéole

VAM : Vaccin Méningococcique

VAT : Vaccin Antitétanique

VIH-SIDA/VIH: Virus de l'Immuno-déficience Humaine / Syndrome d'Immunodéficience Acquise

LISTE DES FIGURES, GRAPHIQUES, ET TABLEAUX

Figures

- Figure n°1: Organigramme de la Clinique Coopérative de Santé d'Abomey-Calavi ...24
- Figure n°2: Variables déterminantes dans le choix des formations sanitaires.....44
- Figure n° 3: Acteurs parallèles de soins et critères de choix48

Graphiques

- Graphique n°1 : Modèle de Magall Sarfati Larson.....20
- Graphique n°2 : Interaction psychosociale observées entre acteurs en relation thérapeutique.....38
- Graphiquen°3 : Tendances relatives aux plaintes formulées par les femmes enceintes.....50
- Graphiquen°4 Expériences en accouchement connues par les femmes.....65
- Graphique n°5 : Histogrammes relatifs aux demandes non satisfaites chez les femmes enceintes 68
- Graphique n°6 : Requêtes sollicitées sans succès par les femmes enceintes.....69
- Graphique n° 7 : Attitudes des parturientes lors des rencontres médicales.....72

Tableaux

- Tableau I: Centres de documentation parcourus et types d'informations recueillies ...34
- Tableau II: Répartition statistique des enquêtés.....39
- Tableau III : Etapes et durée de la recherche.....40
- Tableau IV: Typologie des demandes psychologiques chez les patientes.....52
- Tableau V: Présentation du niveau d'information des soignants à propos du rôle du psychologue clinicien à l'hôpital.....58
- Tableau VI: Présentation du niveau d'information des usagers à propos du rôle du psychologue clinicien à l'hôpital.....59

RESUME

La présente recherche met en relief l'articulation entre l'activité obstétricale et celle de la psychologie clinique dans la relation médicale chez les femmes enceintes de la clinique coopérative d'Abomey-Calavi. Le problème soulevé porte sur les interférences entre les fondamentaux de la psychosociologie et les pratiques de la prise en charge sociale et médicale des usagers des maternités au Bénin. Les hypothèses de recherche postulent que les vécus liés à l'accouchement sont ancrés dans des considérations propres à la psychologie clinique dont les principes échappent encore au processus de prise en charge des femmes enceintes. Les données produites à l'aide du questionnaire, du guide d'entretien, de la grille d'observation et celle de lecture sur le contenu de l'offre de service et de la demande en soins obstétricaux ont permis d'établir les niveaux d'articulation de la rencontre entre les proches des patientes, le psychologue clinicien et l'obstétricien (ne). Les résultats produits ouvrent alors de nouvelles perspectives quant à une réorientation des pratiques en soins obstétricaux en vue d'y inclure certains présupposés de la psychologie et de la sociologie notamment la gestion de l'affect et du stress chez la patiente.

Mots clés : Obstétrique médicale ; Psychologie clinique ; Psychosociologie.

ABSTRACT :

This research highlights the link between obstetric activity and that of clinical psychology in medical relationship with the Cooperative Clinic of Abomey- Calavi pregnant women. The main problem is based on the interference between the fundamental of social psychology, practices of social care and medical users in Benin maternities hospital. Researches from assumptions assume that the experiences related to childbirth are anchored in to specific consideration including clinical psychology whereby the principles still escape to the support process for pregnant women. The data produced using questionnaires, interview guide, observation checklist and that of reading the content of the proposal and the demand of midwifery have established the joint meeting to the levels of patients' relatives between the clinical psychologist and obstetricians

The products result open then new prospects for a reorientation of midwifery practices to include certain assumptions of psychology and sociology and the management on stress in the patients.

Key words : medical Obstetric ; clinical Psychology ; Psychosociology.

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé envisage la santé sous ses aspects physique, mental et social (OMS, 1946). Un tel postulat constitue une véritable porte d'entrée pour la prise en compte de la psychologie et de la sociologie dans l'offre de soins en direction des usagers des services de soins de santé. On ne saurait donc sous-estimer les composantes non biologiques qui peuvent influencer l'émergence ou le niveau de complication des affections chez les patients. C'est dans ce cadre que Brillon (2006) considère que la maladie présente une double dimension : celle somatique et celle psychologique. À travers ce point de vue, on observe combien le discours que produit une femme enceinte sur son état de santé n'est pas seulement l'expression des vécus de son corps. A la suite des travaux d'Agua-Daho (2014) sur la douleur de l'accouchement, on comprend que la femme enceinte exprime aussi un état d'âme et des vécus sociaux.

La relation médicale autour de la femme enceinte est donc au carrefour des sciences humaines et sociales. En effet, les constats effectués chez les patientes des maternités au Bénin en général et dans la Clinique Coopérative d'Abomey-Calavi apportent des détails explicatifs sur une telle observation. La non observance des ordonnances médicales, la fréquence des tensions artérielles élevées et le défaut de coopération chez les femmes enceintes soulèvent des questions beaucoup moins biomédicales. Ces mêmes conclusions apparaissent à la suite des études réalisées par Danion et al (2008) sur les cancéreux. Les auteurs en viennent à des conclusions qui revendiquent la transdisciplinarité de la prise en charge des patients au sein des formations sanitaires. C'est évidemment de cette transdisciplinarité qu'il s'agit dans la présente production scientifique.

L'interférence entre savoirs biomédicaux ou obstétricaux et savoirs psychosociaux est au cœur des centres d'intérêt de la recherche. Dans les pays occidentaux et plus particulièrement en France, les prestataires de soins doivent répondre à l'obligation qui consiste à respecter la douleur de la patiente. Les options dans l'accompagnement sanitaire prennent donc en compte leur effet sur

l'état mental, le moral et les affects du patient. Ainsi, en dehors du déroulement normal du protocole obstétrical, l'attention devrait être aussi portée sur l'état d'âme qui anime le patient (ou encore ses parents ou proches) en raison de l'intervention dont elle fait l'objet. A ce sujet, Auffret Van Der Kemp (2008) avance la thèse de l'intériorité et de la passion de la souffrance chez certains patients. Cette thèse suppose que l'expérience de la souffrance n'est pas uniforme chez tous les patients. Dans le cas des femmes enceintes, on observe que la souffrance que porte une patiente en travail d'accouchement ne saurait être généralisée dans sa causalité. Il devient donc impertinent de s'inscrire dans une approche universelle de prise en charge. Fassin (1990) en vient à la conclusion selon laquelle le désordre du corps et de l'esprit ne peut pas être réduit au biologique. Or, ce qui relève de l'esprit, de l'état d'âme ou encore de l'affect ne saurait être systématisé. Déjà, Massé (1995) remarque que les perspectives de la santé publique ont une limite significative en raison de la faible prise en compte des différences comportementales et cognitives et leurs implications sur le développement de l'état de santé des acteurs sociaux. La critique de l'auteur permet de comprendre les risques que courent le personnel de santé lorsqu'il néglige l'influence des aspects psychoaffectifs, les expériences passées et les vécus sociaux actuels de la patiente.

Ces observations établissent que les processus d'émergence de la maladie et de guérison s'inscrivent dans la totalité de l'être qui en est affecté. Il faut y voir les implications de son hérité, les marques de sa personnalité, de son mode de fonctionnement mental, de ses mécanismes d'adaptation et de défense contre l'angoisse et de son image corporelle (Brillon 2006a et b).

En conséquence, l'obstétricien qui traite l'évolution physiologique de la grossesse ne saurait s'éviter une prise en compte de l'état d'esprit de la femme enceinte elle-même. Mais, admettre une telle perspective dans la relation médicale (chez l'obstétricien) chez la sage-femme, c'est se préoccuper du contenu de son mode d'intervention. C'est aussi en savoir sur les postulats de base du

protocole de service dans les maternités. En général, ce protocole présente des exigences relativement conformes chez les obstétriciens. La recherche menée se propose donc de prendre un recul sur les directives qui caractérisent l'offre de service en soins obstétricaux ainsi que les pratiques qui la structurent. Le cas de la Clinique Coopérative d'Abomey-Calavi sert de base d'analyse de la proximité fonctionnelle entre le psychologue clinicien et l'obstétricien(ne). L'intérêt est donc, significativement, porté sur les compétences médicales par les professionnels et les institutions de santé. En dehors des pratiques traditionnelles systématisées dans les documents de travail, les compétences mêmes de l'agent de santé, ses capacités à répondre aux exigences de la psychologie ou du soma retiennent, fondamentalement, l'attention dans le cadre de la présente recherche. Dans d'autres espaces comme en France, le Conseil National de l'Ordre des Médecins considère la compétence du professionnel de santé et son évaluation comme un enjeu majeur pour garantir la qualité du système de santé (CNOM, 2004). Elles sont considérées comme la pierre angulaire de la qualité des soins (Greiner et Knebel, 2003). Ainsi, l'efficacité de la relation médicale dans les maternités n'est donc pas exclusivement liée au contenu (théorique) du protocole des soins obstétricaux. Les capacités et pratiques qui caractérisent la sage-femme, le contenu et la nature des interactions sociales autour de la femme enceinte et l'héritage de son passé sont autant de paramètres à mettre en relief. Dans le cadre de la recherche, il était donc question d'explorer les discours et les connaissances chez les obstétriciens afin de les croiser avec les vécus (non biomédicaux) des patientes de la Clinique Coopérative d'Abomey-Calavi. Les données rapportées portent alors sur l'articulation de l'offre de service dans les maternités et les enjeux relatifs à la prise en compte des exigences propres à la psychologie clinique.

1^{ère} PARTIE

Cadre théorique et méthodologique de l'étude : L'expérience de l'accouchement comme champ de rencontre entre la psychosociologie et l'obstétrique médicale

CHAPITRE I- CADRE THEORIQUE

1.1. PROBLEMATIQUE

1.1.1. Problème central

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS, 2006) affiche que la mortalité maternelle présente un ratio de 397 décès pour cent mille naissances vivantes au Bénin. En ce qui concerne celle néonatale, elle s'élève à trente-deux décès pour mille (32/1000) naissances vivantes. La réduction de la mortalité maternelle est d'ailleurs inscrite au cahier de charge des OMD. Pour y arriver, les progrès enregistrés au niveau des laboratoires de la biomédecine et de l'amélioration de la carte sanitaire sont mis à profit. Il faut y ajouter la réorganisation du plateau technique et la définition des procédures (souvent standardisées). Les progrès enregistrés au niveau de la biomédecine ont donc significativement impacté la qualité de la prise en charge des usagers des soins obstétricaux. Les formations sanitaires privées ne sont pas épargnées par ces mesures de systématisation des pratiques de prise en charge des femmes enceintes dans les maternités.

A la différence de la plupart des formations sanitaires du Bénin en général et de la Zone sanitaire Abomey-Calavi/So-Ava, la Clinique Coopérative d'Abomey-Calavi dispose de personnel spécialisé dans la psychologie clinique dont le poste de travail est transversal aux autres unités de service. Cette coprésence entre

psychologue et obstétricien dans la prise en charge médicale des femmes enceintes constitue une réponse, à priori, pertinente pour la qualité des prestations. Elle rejoint les principales positions adoptées par les chercheurs en sciences humaines et sociales qui abordent la question de la prise en charge de la femme enceinte. Delassus (2002) considère que la maternité n'est pas de nature que physiologique. Selon l'auteur, l'état psychologique de la gestante ou de la parturiente constitue une composante essentielle dont il faut s'occuper. C'est dans cette perspective que s'inscrivent les présences régulières du psychologue de la clinique dans le bloc de la maternité. Il y mène des entretiens de courtes ou de moyennes durées avec les patientes, leurs parents et proches ainsi qu'avec les agents de santé eux-mêmes.

Cependant, certaines plaintes tendent à nier l'effectivité d'une présence fonctionnelle du psychologue clinicien dans la formation sanitaire. En général, ces plaintes se rapportent à l'état anxieux des patientes, au défaut de collaboration dans la relation médicale, aux conflits entre personnel de soins et patientes (et/ou proches) et à la non observance des ordonnances médicales. Or, ces situations peuvent porter les germes d'une complication de la grossesse ou de l'accouchement. Déjà, on remarque que la peur fait partie des états d'esprit qui traversent généralement les primipares. Cette peur n'est pas sans effet sur la relation médicale. Mais elle est plutôt liée au degré de confiance qui s'établit entre l'agent de santé et la patiente (Rotsart & Courlejoie, 1998). Et comme le perçoit Barron et al (1990), il existe une corrélation entre l'anxiété maternelle et la stimulation sympathique d'une part et d'autre part avec l'élévation de la pression artérielle et du rythme cardiaque lors de la seconde partie du travail d'accouchement.

L'imbrication qui se note entre ces aspects soulève des inquiétudes sur l'optimisation des pratiques relevant de la psychologie clinique dans la prise en charge médicale des femmes enceintes de la Clinique Coopérative d'Abomey-Calavi. Selon Hippenmeyer (1998), ces inquiétudes peuvent porter plutôt sur la

collaboration et la gestion des rôles dans les équipes pluridisciplinaires. A ce titre, on peut envisager des conflits dans le contenu des modes opératoires ou dans la conception des responsabilités. Il s'en suit donc que des divergences peuvent être liées aux directives qui caractérisent chaque discipline. A y voir de plus près, l'investigation peut tenter d'interroger le niveau de (in) cohérence entre le protocole d'intervention (ou les pratiques) de la sage-femme et celui du psychologue clinicien. Fassin (1992) dénonçait déjà les présupposés de la biomédecine dans laquelle prend corps l'obstétrique « moderne ». Selon l'auteur, le positivisme qu'emprunte la biomédecine présente de profondes limites dans la gestion des questions de santé de l'Homme. Il n'est pas toujours possible que l'on s'attende à ce que toutes les femmes enceintes réagissent de la même manière. Mais la relativisation des prestations qui caractérisent (fondamentalement) la démarche du psychologue peut apparaître comme un risque dans le déroulement des prestations et la conformité aux normes. Et c'est bien ces problèmes qui transparaissent parmi ceux que pose Gailly (1991). Il met en lumière les contraintes structurelles liées au contexte multiculturel de la relation soignant-soigné. A cet effet, Cohen-Emerique (1993) avance l'importance d'une approche interculturelle. On comprend donc que dans le mode opératoire, les praticiens des sciences humaines et sociales n'adoptent pas les mêmes procédés que ceux de la biomédecine.

Au regard de ces observations, la faible optimisation de la composante prise en charge psychologique remarquée chez les patientes des maternités au Bénin s'ouvre à une double articulation. La première fait référence à l'absence de personne qualifiée dans nombre de formations sanitaires. Et, généralement, le contenu de la formation des obstétriciens ne leur permet pas de disposer de compétences avérées dans ce domaine de savoir que constitue la psychologie clinique. Mais l'existence de cette compétence qualifiée dans l'espace de soin à la Clinique Coopérative de Santé n'a pourtant fait disparaître les indicateurs d'une faible prise en charge psychologique des patientes. C'est fort de ceci que se

dégage la pertinence de la deuxième articulation. Cette dernière met plutôt en exergue les enjeux de la collaboration entre obstétriciens et psychologues dans la relation médicale. Si l'un est véritablement emporté dans la médicalisation de l'accouchement (Michel, 2005), l'autre, par contre en défend une certaine humanisation. La question qui se pose est donc de savoir en quoi les divergences liées au mode d'intervention des obstétriciens et psychologues de la Clinique Coopérative d'Abomey-Calavi participent-t-elles de la faible optimisation des savoirs de la psychologie clinique en milieu hospitalier.

1.1.2 Hypothèses

Pour conduire cette recherche, deux hypothèses ont été émises :

- dans le processus de prise en charge médicale des femmes enceintes, les états mentaux induits par les vécus sociaux de la grossesse échappent aux pratiques obstétricales
- Le mode d'intervention actuel en soins obstétricaux occulte certains principes de base de psychologie clinique.

1.1.3 .Objectifs de recherche

1.1.3.1. Objectif général

Il s'agit, ici, de comprendre en quels termes s'explique la faible optimisation des savoirs liés à la psychologie dans la prise en charge médicale des femmes enceintes.

1.1.3.2 Objectifs spécifiques

- Présenter les écarts entre les vécus sociaux de la grossesse et les pratiques obstétricales dans le processus de prise en charge médicale des femmes enceintes.
- Etablir les implications des divergences entre le mode d'intervention dans les soins obstétricaux et la psychologie clinique dans la qualité des services offerts aux patientes.

1.1.3.3 variables explicatives

Ces variables, celles poursuivies pour vérifier les deux hypothèses sont pour :

- la première hypothèse

- * déterminants du choix des formations sanitaires

- * Interaction psychosociale observées entre acteurs en relation thérapeutique

- * Expériences en accouchement connues par les femmes

- * Requêtes sollicitées sans succès par les femmes enceintes

- * Acteurs parallèles de soins et critères de choix

- la seconde hypothèse

- * Attitudes des parturientes lors des rencontres médicales

- * Plaintes formulées par les femmes enceintes

- * Typologie des demandes psychologiques chez les patientes

- * Indication des soignants à propos du rôle du psychologue clinicien à l'hôpital.

- * Information des usagers à propos du rôle du psychologue clinicien à l'hôpital.

Ces différentes indications nous permettent ainsi d'approcher de façon efficace la validation des composantes et sous idées relatives aux hypothèses.

1.2. Définition du sujet

1.2.1 La nature de l'étude

La recherche offre l'occasion d'une lecture des discours, pratiques et données statistiques liés aux dimensions psychosociologique et obstétricales de la prise en charge des femmes enceintes. Il s'agit donc d'une recherche prioritairement qualitative. Faiblement représentée, la dimension quantitative permet de mieux comprendre l'ampleur de certains indicateurs d'analyse.

1.2.2. Clarification conceptuelle

La recherche articule quatre principaux concepts. Ces concepts permettent de saisir l'apport de la psychosociologie dans l'offre de service médical. Il s'agit des concepts de psychologie clinique, de rôle, de profession et de prise en charge. Selon le panorama des grands secteurs de la psychologie de Lieury (2005), quatre secteurs d'activités regroupent différentes disciplines. On distingue les secteurs : social, biologique, normal et pathologique. Pour ne parler que du pathologique, on citera entre autres disciplines la psychopathologie, la psychanalyse, la psychologie clinique. L'aspect clinique de cette science est tout autre. La psychologie clinique selon Lagache (1949), l'un des tous premiers initiateurs du concept en France renvoie alors à « une discipline de la psychologie basée sur l'étude approfondie de cas individuels. En termes plus précis, la psychologie clinique a pour objet l'étude de la conduite humaine et des conditions psychologiques, en un mot l'étude de la personne totale en situation.

Rey (1958) la définit quant à lui comme « une application des méthodes expérimentales à l'étude des malades ; elle recouvre dans ce sens une forme de connaissance et une méthode d'analyse propre à la médecine, et s'efforce de réduire l'ambiguïté résultant des phénomènes d'individuation. Elle tente de cerner quelques propriétés normales ou anormales de l'organisme, par le nombre, la qualité, et la succession des expériences vécues ». Le point d'ancrage de la définition de la psychologie clinique semble ainsi osciller entre divers pôles : un objet d'étude (le sujet) ; une procédure (la méthode utilisée pour réaliser l'étude) ; un champ d'action (différents secteurs d'application).

Hubert (1993) conçoit, quant à lui, la psychologie clinique comme « une branche de la psychologie qui a pour objet les problèmes et les troubles psychiques ainsi que la composante psychique des troubles somatiques » c'est « l'étude de ce qui fait problème dans les conduites normales et pathologiques ». Il énonce ainsi l'existence d'un lien intrinsèque entre la psyché

et le soma. Enfin Pédinielli (1994) définit la psychologie clinique « comme la sous discipline de la psychologie qui a pour objet l'étude, l'évaluation, le diagnostic, l'aide et le traitement de la souffrance psychique quelle que soit son origine (maladie mentale, dysfonctionnement, traumatisme, événement de vie, malaise intérieur...) ». Pédinielli ne s'arrête donc pas uniquement à l'individu en lui-même mais à une éventuelle possibilité de se faire influencer par l'extérieur.

La définition opérationnelle que nous retenons de la psychologie clinique est celle qui prône une démarche de recherche de compréhension du fonctionnement inter psychique de soi et avec autrui, les échanges se spécifiant selon une relation particulière de disponibilité dans l'écoute et de perception intersubjective.

La recherche accorde une place de choix à l'activité de la psychologie dans la prise en charge des femmes enceintes, d'où l'importance du concept de rôle. D'après Grawitz (2001), le rôle revêt dans le langage courant un double aspect : un aspect imaginaire qui indique une possibilité de s'identifier à un personnage idéal ou au contraire de dissimuler sa personnalité et un aspect fonctionnel, actif, en rapport avec une situation sociale. Cet aspect se réfère à des normes sociales et culturelles. Le rôle est donc l'ensemble des conduites et attitudes examinées comme normales par la société, ce qu'elle attend d'un sujet possédant tel statut, défini par l'âge, le sexe, la situation professionnelle, la famille, la politique. Selon Linton (1947), le statut est l'ensemble des droits et devoirs d'un individu. Comme tel, il détermine le rôle qui lui incombe, la fonction sociale qui lui est dévolue. Larousse (1995) le définit comme un mot masculin dont le second sens signifie : emploi, fonction, influence exercée par quelqu'un. Ici, dans notre contexte, nous faisons plutôt allusion à l'idée de jouer un rôle dans quelque chose. Dans ce cas, cela veut dire « y participer ; y être impliqué ». Les psychologues français, pour

clarifier leurs missions et constituer des fiches métiers pouvant servir de référence aux praticiens¹ ont indiqué :

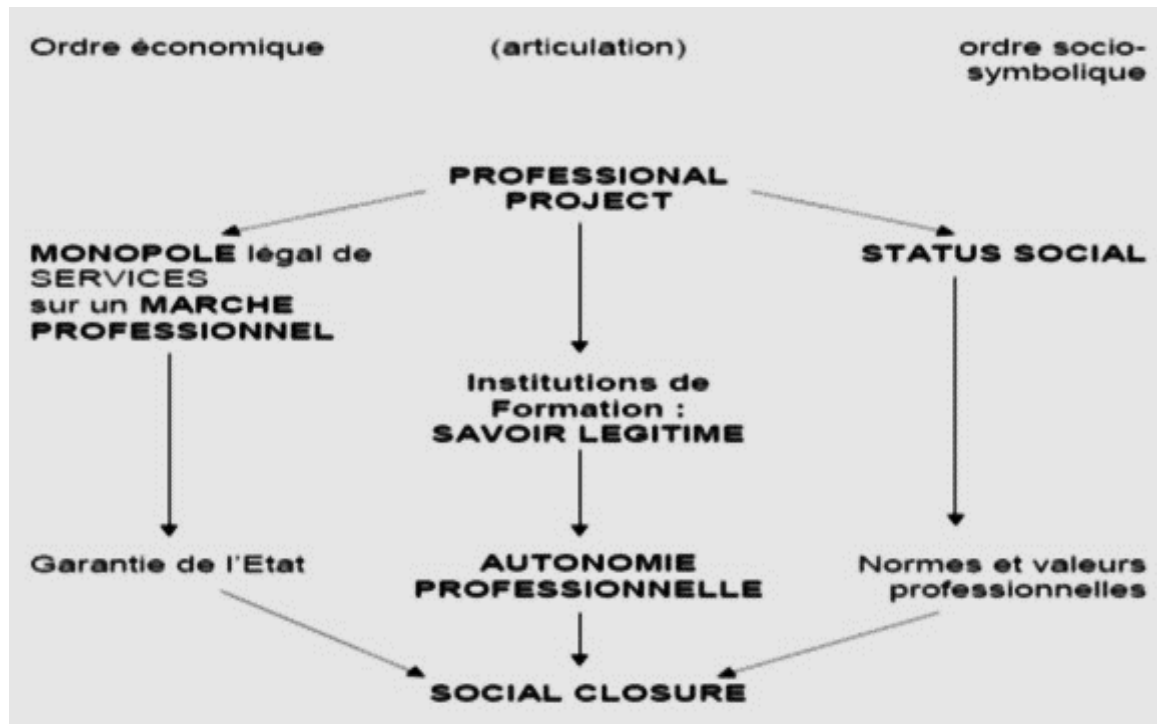
« le savoir-faire requis du métier du psychologue (qui) sont : construire le dispositif le plus adapté pour répondre aux problèmes à résoudre ; observer, écouter ; analyser la situation, le discours des personnes rencontrées ; mettre en forme et transmettre ses hypothèses de travail, son savoir professionnel ; situer son activité dans celle de l'établissement ; conduire, animer des groupes ; rédiger des notes cliniques, un rapport d'activité ».

Nous entendons par rôle du psychologue clinicien en milieu hospitalier, les occupations qui reviennent à ce spécialiste dans les limites de ses compétences. C'est aussi l'ensemble des influences exercées par ce professionnel de la santé mentale en milieu médical sur les personnes ayant un besoin d'aide au sein d'un hôpital.

Le concept de rôle permet donc de saisir celui de profession. Dans la tradition anglo-saxonne une profession est considérée comme la réunion d'activités spécifiques effectuées par un ensemble d'individus ayant une éducation scolaire plus longue que la moyenne. La réunion de ces activités se réalise par des procédures de coalition qui soustraient de la concurrence du marché du travail (Champy, 2012).

Ici, il s'agit précisément du concept de « *Professional Project* » (stratégie professionnelle) de Sarfati Larson (Dubar et Tripier, 1998) pour comprendre le processus historique par lequel certains professionnels parviennent à obtenir un monopole sur un segment spécifique du marché du travail et à faire reconnaître leur expertise par le public avec l'aide de l'Etat. Le *Professional Project* aboutit à la clôture sociale, (*closure social*) il s'accompagne de l'accès et du maintien à un statut social élevé, comme présenté dans le graphique suivant |

¹Le SNP (Syndicat National des Psychologues) édite des guides pratiques dont l'exercice libéral de la psychologie, non titulaires et vacataire du secteur public, psychologue de la fonction publique hospitalière, psychologue du secteur des conventions collectives dans le domaine de l'action sanitaire et médico-sociale, travailler aujourd'hui, psychologue dans l'éducation national.



Source : Dubar et Tripier, sociologie des professions, 1998

Graphique n°1 : Modèle de Magall Sarfati Larson

Ces concepts sont utilisés en rapport avec la prise en charge notamment psychologique des patientes. Selon Reverso², cette expression désigne le fait de prendre quelqu'un sous sa responsabilité, d'assurer son entretien, ses dépenses. Dans ce contexte elle a une connotation financière. Dans une connotation scientifique, plus stricte, la prise en charge est l'ensemble des procédés des stratégies qu'utilise une personne, une institution pour satisfaire les besoins de quelqu'un ou d'un groupe (Barthold, 2009). Contrairement à cette définition ; la « prise en charge psychologique », est le soutien porté au client sur le plan psychosocial dans son processus de traitement. L'adjectif psychologique est défini par Seca (2001) comme ce qui agit sur les forces psychiques (de quelqu'un) ou qui vise à agir sur le comportement (de quelqu'un, d'un groupe). Le sens que donnent Blouin et Bergeron, (1997) va plus loin en spécifiant que c'est l'intervention visant à s'occuper d'une partie importante ou de toute la

²Dictionnaire en ligne donnant différentes aperçues sur la notion de prise en charge.
<http://dictionnaire.reverso.net/francais-definition/prise%20en%20charge>

problématique d'une personne ayant des incapacités. Dans le cadre de ce travail tout en s'inscrivant dans la perspective de Blouin et Bergeron, la prise en charge psychologique désigne l'intervention psychologique que l'on apporte à une personne infectée ou affectée par une maladie. Il s'agit d'un accompagnement ou soutien psychologique intrapsychique de la personne, dans son expérience intérieure et intersubjectif, dans ses relations avec son entourage, pour ne pas être relégué dans un statut de malade, à travers un repositionnement dévalorisant dans le groupe social (Cherabi, 2010).

1.2.3 Justification du sujet

Le choix qui a consisté à investiguer sur les pratiques professionnelles des obstétriciens et psychologues autour de la femme enceinte répond à une double raison. La première raison fait référence aux résultats issus des recherches académiques antérieures notamment les mémoires de maîtrise. Tournées vers la prise en charge médicale du paludisme, ces recherches ont révélé l'influence des repères socioéducatifs, du climat social dans les centres de santé et la nature des relations soignants-soignés dans le processus de guérison. Ainsi, l'une des principales conclusions de cette recherche porte sur la nécessité de recourir aux services d'un psychologue en milieu hospitalier en vue de garantir de meilleures conditions de prise en charge aux patients. Chez les palustres approchés, une analyse « de l'intérieur » du ressenti qu'ils développent de la maladie apparaît comme une démarche importante dans le rétablissement de la santé.

La deuxième raison est une conséquence de la première. La coprésence de plusieurs spécialistes ou encore la pluridisciplinarité dans le milieu médical est de plus en plus citée comme une alternative louable pour une plénitude de la prise en charge des usagers des services de soins de santé. De plus en plus, la communauté scientifique et même celle des politiques évoquent l'idée d'une implication beaucoup plus active des spécialistes des sciences humaines notamment en ce qui

concerne la santé publique. Si un consensus semble se dégager sur l'ouverture que les praticiens de la biomédecine doivent adopter en direction des psychologues et sociologues par exemple, les modalités de la collaboration paraissent encore non élucidées. C'est le cas des observations effectuées au sein de la Clinique Coopérative d'Abomey-Calavi. Si cette Clinique fait partie des rares à intégrer cet offre aux usagers, il n'en demeure pas moins que des questions se posent quand à une meilleure optimisation de cette pluridisciplinarité. Et c'est donc pour répondre aux préoccupations liées à cet état de chose que le présent sujet de recherche a été identifié. Il permet donc d'offrir une réponse scientifique à la collaboration entre psychologues et obstétriciens dans les maternités au Bénin.

1.2.4. Ancrage disciplinaire : De la sociologie du développement à la sociologie des professions

Le sujet s'inscrit dans le cadre général de la sociologie du développement. Cet ancrage disciplinaire se traduit par la part de considération associée à la question de l'offre de service de qualité aux usagers des services de santé dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement. La réflexion sur le système de santé sert d'outil d'aide à la décision. L'individu, en effet, a besoin de s'adapter efficacement à la situation de maladie et d'être combatif et productif afin de contribuer au développement humain durable (Ministère de la Santé Publique, 2001). A travers les conclusions de la recherche, une nouvelle piste de contribution s'offre à la science en rapport avec la gouvernance sanitaire dans le pays.

De façon beaucoup plus spécifique, le sujet s'inscrit dans le champ d'étude de la sociologie des professions avec comme domaine d'investigation le système sanitaire. La sociologie des professions est d'origine américaine même si l'ouvrage de Tripier 1991 et celui de Dubar et Tripier en 1998 inscrit les groupes professionnels de Durkheim dans les théories fondatrices de cette sociologie.

Quant à la recherche, elle s'ouvre aux questionnements nouveaux du champ de cette branche de la sociologie. Au nombre des centres d'intérêt touchés, figure la définition des cadres de co-intervention en milieu professionnel entre des acteurs de spécialités différentes. Une réponse à une telle préoccupation permet de relever les contraintes qui caractérisent l'expérience professionnelle de ceux qui collaborent avec d'autres spécialistes. Cette réponse offre aussi l'occasion de mieux élucider la relation entre les connaissances et les compétences en milieu professionnel, nous inscrivant alors pleinement dans le modèle interactionniste de Hughes. Il sert à comprendre comment certains professionnels parviennent à obtenir le monopole sur un segment spécifique du marché du travail.

1.3. Présentation et justification du cadre de l'étude

Le Bénin a connu une crise économique à la fin des années 80 qui s'était étendue à tous les secteurs d'activité. Eu égard à l'impuissance du gouvernement à faire face au problème de chômage des jeunes et à l'aggravation d'un déficit en couverture sanitaire dans les zones les plus déshéritées, l'idée d'une création de coopératives des jeunes diplômés du secteur sanitaire a vu le jour. C'est un projet qui a permis l'installation effective de dix Cliniques Coopératives de Santé avec l'appui de l'OMS et du soutien financier du PNUD. Actuellement, Abomey-Calavi dans l'Atlantique ; Sikècodji et Minonkpo à Cotonou dans le Littoral, Ouando, Ifangni et Kraké dans l'Ouémé ; Abomey dans le Zou, Kissamey au Mono et Boundarou dans le Borgou ont été les localités qui ont bénéficié de ce projet et qui continuent d'exercer.

Notre milieu d'étude, la Clinique Coopérative de Santé d'Abomey-Calavi, est située à 300 mètres de la mairie au bord de la voie inter États Cotonou-Niamey. Elle fait partie intégrante du projet Clinique Coopérative de Santé-Bénin inclus dans le projet Ben 88/004/MS/OMS/PNUD et est soumise à un caractère coopératif tel, qu'il résulte de l'ordonnance N°52/PR/MDRAC du 28/12/1966.

Cette Clinique de Calavi est donc une entreprise coopérative à vocation médico-sociale. Son agrément remonte au 04/02/1991. Elle participe sous l'autorisation du ministère de la Santé :

- à la cession des médicaments essentiels ;
- aux activités de la médecine préventive et promotionnelle ;
- au développement des activités socio-sanitaires dans la zone sanitaire Abomey-Calavi / Sô-Ava suivant la stratégie des soins de santé primaires.

Toutes ses activités contribuent à la réduction de la morbidité et de la mortalité dans sa zone sanitaire.

C'est donc une structure qui participe principalement pour sa part au développement sous le volet de la santé et du bien-être.

Du point de vue administratif, la Clinique Coopérative de Santé d'Abomey-Calavi est dirigée par le président du conseil d'administration qui nomme un médecin chef. Ce médecin est le garant des activités de l'ensemble des unités qui composent la structure (voir organigramme ci-dessous) pendant que le premier répond aux sollicitations étatiques.

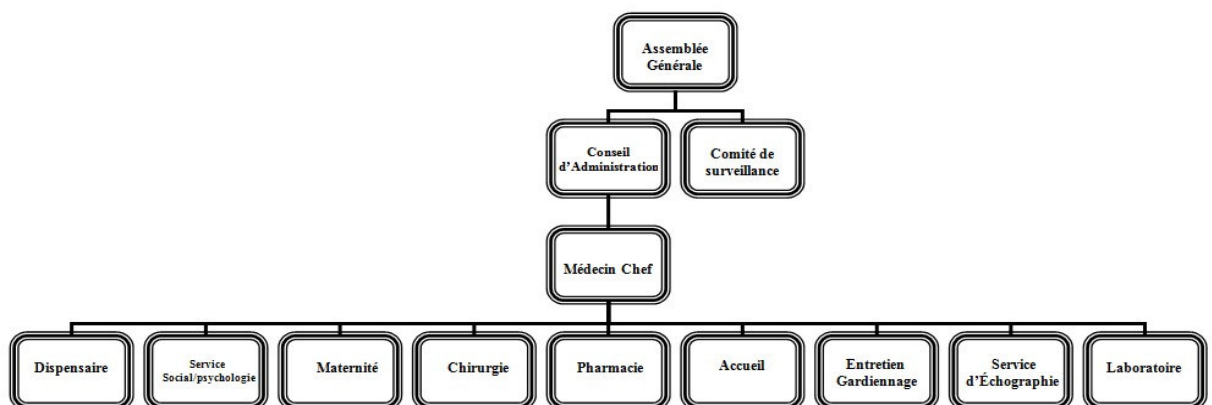


Figure 1 : Organigramme de la Clinique Coopérative de Santé d'Abomey-Calavi

La clinique compte un certain nombre de services que sont : le dispensaire, le service social, la maternité, la pharmacie, l'accueil, la chirurgie, l'entretien - gardiennage, le laboratoire et le service d'échographie- gynécologie.

1.3.1. Structure fonctionnelle

1.3.1.1. Le service d'accueil et le dispensaire

Le service d'accueil reçoit tous les malades en général, qu'il oriente aux autres unités dudit centre suivant le cas.

Le dispensaire s'occupe de la prise en charge des maladies couramment rencontrées dans la localité : paludisme, infections digestives, et offre également des soins dans le compte des accidents domestiques ou de la voie publique, etc. Il a le plus gros effectif en matière de personnel qualifié : cinq infirmiers et huit médecins. Viennent ensuite cinq aides-soignantes et quatre stagiaires aides-soignantes.

Les infirmiers sont subordonnés aux médecins. Ils exécutent scrupuleusement les consignes thérapeutiques de ces derniers suivant leurs prescriptions (pose de perfusion, injections, conseils, etc.).

Le dispensaire reçoit les malades de tout âge et de toute condition sociale dans deux salles d'hospitalisation de douze lits à trois mille (3000) francs la nuitée et trois salles dites de « catégorie » de deux lits chacune pour ceux qui désirent plus de solitude et préserver leur intimité à cinq mille (5000) francs par jour.

1.3.1.2. La maternité

La maternité suit les femmes en consultation prénatale, effectue des accouchements et gère les problèmes connexes. Cette maternité oriente les patientes à risque vers l'hôpital de zone de d'Abomey-Calavi ou les centres spécialisés. C'est également un centre de planification familiale. Quatre sages-

femmes répondent aux sollicitations féminines dans ce secteur qui compte dix lits. Le service synchronise certains de ses actes avec la chirurgie

La grossesse est une période où la femme est vulnérable et soumise à certaines affections dont le paludisme, l'anémie, et infections. À cet effet, en matière de prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant, la toute première responsable indexée est la sage-femme. Elle procède toute seule, au diagnostic et au traitement des parturientes. Elle ne fait recours au médecin qu'en cas de force majeure.

1.3.1.3. La chirurgie

On y effectue des actes chirurgicaux sur programmation de haute importance tels la cystectomie, l'appendicectomie, la césarienne, cure de la hernie; la nodulectomie, la circoncision; la myomectomie; la prostatectomie; la péritonite etc. Quatre infirmiers, deux anesthésistes et trois chirurgiens interviennent à ce niveau. En ce lieu, sept lits reçoivent les opérés de classe moyenne dans une grande salle d'hospitalisation ; et une salle de catégorie, plus confortable, de deux lits est réservée aux désireux.

1.3.1.4. Autres services et spécialités

Le service social s'occupe des activités de suivi des nouveau-nés dans leur développement staturo-pondéral, des vaccinations et des conseils aux mères et aux enfants. Là se font les vaccinations telles que BCG ; penta 1; 2 et 3 ; ROR ; VAM ; VAT ; Pneumo 23 ; etc. Cette unité de prestation est conduite par un Assistant social ayant sous son contrôle trois aides-soignants ainsi que quatre stagiaires.

Le service de santé mentale fonctionne avec deux psychologues. Ils alternent leur travail se rendant disponible tous les jours. Ce service est dans son fonctionnement à cheval sur tous les autres, au bénéfice des patients, de leurs parents et du personnel soignants face à leurs diverses problématiques de la vie

psychosociale. Il reçoit donc de toutes les unités des avis consultatifs et des patients recommandés. Par son implication dans le système, ils cherchent à comprendre le sens objectif et subjectif des enjeux pour l'amélioration de la qualité de vie dans ce lieu de souffrance. Avant, pendant et/ou après le soin. Il est au centre des différents types de communication dans le but de réussir la trajectoire thérapeutique du patient.

Le laboratoire effectue des prises de sang pour les examens biochimiques courants et toute autre pouvant intervenir dans la préparation d'un malade en vue d'une intervention chirurgicale. Il dispose de cinq techniciens qui travaillent sans interruption tous les jours et à tout heure. En pratique, les techniciens de laboratoire contribuent fondamentalement au diagnostic des maux dont souffrent les patients. Cependant, ils sont confrontés à l'opposition des patients à certains de leurs gestes techniques comme la piqûre.

La pharmacie se charge de la vente des produits pharmaceutiques de première nécessité. Egaleme nt fournit-elle tout le matériel médical pour les différents actes effectués dans la clinique. Elle est à la taille des demandes de chaque service sans aucune concurrence avec les officines externes.

En gynécologie, trois médecins échographistes gynécologues travaillent les après-midi, cinq jours sur sept. Ils font des échographies et des consultations gynécologiques et restent actifs aux affaires obstétricales avec la maternité. Les spécialistes tels l'Oto-rhino-laryngologiste, le cardiologue et le dermatologue, le pédiatre, l'ophtalmologue, l'orthophoniste, le neurologue effectuent une consultation bihebdomadaire.

D'une façon générale, tous les services de soins de la clinique disposent d'une équipe de garde de vingt-quatre (24) heures sauf celles des spécialités et du service social. À chaque service sont affectées des aides-soignantes. En réalité, ce sont les aides-soignants qui, dans le système de soin, sont plus proches des patients et parents de patients que tous les autres acteurs de la chaîne. Ils sont de

véritables confidents pour ces derniers. Ainsi donc ils transmettent ces informations à leur supérieur hiérarchique qui prend les mesures nécessaires.

Il est organisé tous les mois des exposés sur des thèmes sanitaires d'actualité pour la mise à niveau du personnel soignant. La clinique continue l'extension de son cadre par la construction de nouveaux locaux et prévoit d'élargir sa gamme de prestation par l'intégration d'autres spécialités.

1.3.1.5. Les assurances

ASCOMA, NSIA, Mutuelle de la sécurité, Mutuelle de la santé, Africaine des Assurances, Collina, Gras Savoie, FEDAS, OPT sont autant de compagnies d'assurances qui traitent des affaires sanitaires avec la Clinique Coopérative de santé de Calavi. Les bénéficiaires des assurances sont ceux qui sont les plus exigeants. Ils viennent tardivement, sont pressés d'avoir l'amélioration sanitaire et n'hésitent pas à crier scandale au moindre vice de procédure. Les assureurs exigent de ne servir que leurs clients à jours de par leurs redevances. Autrement l'assureur se désengage de recouvrer la prestation et les soins associés, créant de fait une perte au centre de santé. Les diagnostics qui ne justifient pas la prescription de certains médicaments augurent également auprès des assureurs un rejet de facture. Pour dire que ces compagnies même ont leur procédure qui ne riment pas toujours avec la pratique médicale. La vérification des données relatives aux patients induit alors une lenteur non tolérée de leur part. Il s'en suit la création d'une atmosphère lourde au service accueil/facturation qui doit faire face à la gestion de conflits dus à la monnaie, au remplissage de feuilles d'assurance et autres explications.

1.3.1.6. Médecins et garde

A la Clinique Coopérative de Santé d'Abomey-Calavi, seuls les médecins consultent. Hiérarchiquement ils sont les premiers acteurs dans le système de soins. Ils sont donc responsables de tous les actes thérapeutiques, coordonnent les

interventions des infirmiers et décident des orientations éventuelles .Pour de rares questions d'extrême urgence, la compétence de l'infirmier est sollicitée : température corporelle au-delà de trente-neuf degrés Celsius (39°C) et différents types de crises mal circonscrites mettent l'infirmier en relation étroite avec le médecin pour lequel il sert d'auxiliaire. Ainsi donc, les médecins ont sous leur coupole les infirmiers de garde. Ces derniers se font assister par des aides-soignants envers qui s'étendent toute leur prérogative sanitaire.

1.3.1.7. Malades et garde malade

Leurs heures de visites sont : 06h-08h le matin ; 12h-15h l'après-midi et le soir entre 18h-21h. Les conditions de séjour suivent seulement la règle de s'abstenir d'installer un climat de gêne ou de conflit avec les autres malades ou garde-malade. Aussi lors des visites aux malades en salles d'hospitalisation, un seul garde-malade est toléré selon la gravité du cas. Le malade ou son accompagnant doit s'occuper des redevances relatives aux actes de soins, aux produits pharmaceutiques. Il ne leur est pas toujours facile de suivre les acteurs de soins dans leur jargon médical sans se référer en différé à un tiers du corps des soignants. Les emplacements disparates des salles de prestations : laboratoire au premier étage ; salle de soins au rez-de-chaussée, pharmacie et guichet perceptibles avec un effort d'attention, la place de prise de constante (température, poids, tension artérielle, pouls) distante trente mètres du service d'accueil et de facturation amènent certains patients ou parents à se perdre et à proférer des injures .

1.4. Justification du choix du milieu d'étude

La Clinique Coopérative est un centre en pleine expansion. Elle convoite s'édifier davantage en élargissant sa plage d'activités à l'offre d'autres services en spécialité .En son sein, une autre unité centrale à retentissement de pointe verra le jour dans le premier semestre de l'année 2015. Il s'agit de la CGO, Clinique de

Gynécologie et d'Obstétrique. Cette structure s'apprête donc à reconfigurer son plateau technique en positionnant la CGO au centre des actes obstétricaux. Ainsi graviteront autour d'elle, la maternité et le service d'échographie. Tous les actes chirurgicaux en direction de la mère y trouveront solution. Cependant, le caractère privé de cette entreprise et son sérieux fait qu'après l'hôpital de zone, elle se trouve être le second centre auquel se réfèrent souvent les patients. Il cumule vingt-deux ans d'expérience avec divers acteurs de soins, généralistes et spécialistes compris. On s'est donné le luxe de le choisir comme milieu d'étude d'autant que dans toute la ville de Calavi, il demeure le seul à associer le 'psy' dans la dimension sanitaire et pour la cause des clients. C'est d'ailleurs pour cette raison de vouloir anticiper sur les besoins psychosociaux des malades qu'il a retenu notre attention. Il est mieux d'étudier les interactions et jeux des acteurs de soins et la position des psychologues mus de huit années d'expérience dans un milieu qui accepte de prendre le risque de les introduire dans son système de soin. Face à la demande de la frange sociale en matière d'obstétrique, il est prudent de faire le point sur le fonctionnement inter discipline avant d'asseoir un tel dispositif novateur qu'est la CGO et pour une meilleure appréciation de la visibilité du mode d'intervention de chacun autours de l'expérience "Psy".

1.5. QUELQUES AXES ACTUELS DE LA DISCUSSION

Les sociologues ont de plus en plus un regard critique sur la question de la profession, du travail et de l'emploi. De tradition, ils se sont beaucoup plus préoccupés de l'émergence de nouvelles formes d'emploi et de nouvelles modalités d'exercice de métier. Dans cette catégorie et à l'instar des autres, Maruani et Reynaud (2004) se consacrent donc à cette même finalité. Dans l'analyse, les auteurs renseignent sur le fait que ces catégories d'emploi se distinguent des autres de par leur dimension atypique. Ces emplois se matérialisent de façon spécifique aussi bien dans la temporalité que dans son mode opératoire. Il existe donc des emplois qui font intervenir de façon

ponctuelle un spécialiste dans un domaine qui, à priori, lui est étranger mais dont l'expertise est importante. C'est dans ce cas qu'il faut envisager la présence d'un psychologue dans le milieu obstétrical. Ainsi, plusieurs axes structurent la part qu'accordent les chercheurs et analystes à l'existence de « corps étranger » dans certains milieux sanitaires.

Fiollot-Bertrand (2004) défend une transversalité de certains métiers au sein du système sanitaire. Il met l'accent sur le rôle de médiateur de la santé mentale. Ce médiateur n'a pas un champ spécifique d'intervention. Son espace professionnel se prolonge sur l'ensemble des autres services de la structure sanitaire. Cette continuation permet d'élargir la relation médicale aux proches et parents des usagers des services des soins de santé. On peut donc comprendre que certaines conduites comme l'évitement, le repli, la passivité, le rejet, l'indifférence, l'isolement et les conduites additives de compassion qui caractérisent certains patients du service des urgences, du dispensaires ou de la maternité nécessitent l'intervention d'un agent autre que ceux qui sont spécialisés dans ces types de service. Il en est de même pour les états mentaux comme la baisse de l'estime de soi, les troubles dépressifs et le déni de la souffrance fréquents chez les patientes des services de maternité. En réponse à cet état de chose, Mouras (2002) avance l'importance un ensemble de services complémentaires qu'il importe de promouvoir. Au nombre de ces services, figurent, l'écoute et le développement des pratiques saines dans le domaine de périnatalité. La relation de soins avec la gestante ou la parturiente devrait s'ouvrir à des préoccupations attachées à celle qui lie la patiente à ses proches ou parents et le bébé attendu. En dehors donc du processus biologique qui conduit à la naissance de l'enfant, il faut accorder une place de choix au contexte et aux éventuels bouleversements (dans le couple par exemple) qui particularisent la période d'attente et les premiers jours qui suivent la naissance de l'enfant. La contribution de l'auteur se situe donc au niveau de l'attention qu'il accorde aux paramètres non médicaux.

Mais d'autres auteurs relèvent des aspects ayant une connexion directe avec la situation sanitaire des patientes de la maternité. Les travaux de Coin-Barion (2005) ont permis de mieux renseigner ce niveau d'analyse. A travers ses recherches sur la grossesse à l'adolescence, il soulève la question des troubles de personnalité qui peuvent apparaître chez les « filles mères ». Cette question est fondamentale dans le suivi médical de la patiente. C'est dans cette même dynamique d'analyse qu'il faut situer les travaux de Viry (1990). En partant du cas des consultations portant sur la lombalgie, l'auteur montre les deux faces de la maladie à traiter. La première face renvoie à une maladie objective et la deuxième indexe les aspects subjectifs de cette même affection. Le traitement de la maladie objective porte sur la chimio ou la physiothérapie et interpelle le biomédical de par sa dimension organique. Par contre, ce n'est pas (véritablement le cas) pour ce qui relève de la maladie subjective qui s'ouvre beaucoup plus au psychique à travers les implications des malaises et des traumatismes sur l'inconscient. Aussi, faut-il remarqué avec Jeammet et al (cité par Bruchon-Schwetzer, 2002) qu'en marge de la situation qui affecte l'équilibre biologique de l'individu, celui mental et le niveau de conscience sur la vulnérabilité sont aussi atteints. De même, le processus de prise en charge médical peut porter les germes d'autres affections comme la migraine dans le cas de l'hospitalisation. Par exemple, Emmanuelli (2002) montre que l'initiative d'un diagnostic de névrose peut réduire la tendance à la prise de décision en faveur de l'hospitalisation. Ces niveaux de discussion font, globalement référence, aux compétences en psychologie et toute son importance en milieu médical.

Mais dans la pratique, on remarque une certaine confusion dans la séparation des tâches. A priori, tous les agents de santé tendent de s'approprier le rôle d'accompagnateur psychologue en situation professionnelle (Rowe, 2000). Cette conception présente pourtant de profondes illusions sur la complexité de la prise en charge psychologique des patients. En tant que composante importante

dans l'amélioration de l'état de santé (Zongo, 2004), la prise en charge psychologique ne saurait être l'apanage de tout personnel de santé.

Le milieu médical n'arrive donc toujours pas à significativement situer l'expertise du psychologue dans les rôles spécifiques et la formalisation de sa démarche.

En effet, la médicalisation de l'accouchement n'est pas la solution absolue pour préserver la femme enceinte de complications diverses. La femme enceinte a besoin d'un soutien psychologique tout comme le malade qui a besoin entre autres d'un soutien psychologique, social et spirituel (Vaz et al. 2008). Les formations sanitaires doivent donc s'inscrire dans une prise en charge globale intégrant les aspects médicaux, sociaux et psychologiques (Phaneuf, 2005).

CHAPITRE II : CADRE PRATIQUE

2.1. Démarche méthodologique

2.1.1. Recherche documentaire

La recherche documentaire fait partie des opérations qui ont permis de mieux situer le sujet et de définir ses orientations. Le tableau I en fait une synthèse.

Tableau I: Centres de documentation parcourus et types d'informations recueillies

Centre de documentation /bibliothèques	Nature des documents	Types d'informations
Institut français	Ouvrages généraux	-Informations sur la santé mentale -Pratiques professionnelles
Centre de documentation de la FLASH (UAC)	- Ouvrages spécifiques - Mémoires	-Perspectives théoriques et méthodologiques
LARRED	-Thèses de Doctorat	
Centre de documentation du Ministère de la santé	- Rapports et ouvrages généraux	Résultats d'études sur le système sanitaire -Directives nationales et internationales
Internet	Thèses -Ouvrages spécifiques	-Perspectives théoriques et méthodologiques

Source : Données de terrain

2.1.2. Sources orales

Les premières étapes de la recherche sont marquées par des échanges destinés à la définition des orientations et au cadrage des pistes d'analyse. C'est dans ce cadre que des personnes ressources ont été approchées. Les personnes concernées sont des Médecins, des gynécologues, des sages-femmes, des universitaires et des consultants. Sont aussi rencontrés, des responsables de la politique sanitaire nationale locale ainsi que des responsables d'institutions

sanitaires. Les échanges ont permis de relever les aspects les plus pertinents de la thématique de recherche et les points d'ancrage des analyses.

2.1.3 .Techniques et outils de collecte des données

En raison de la nature qualitative et quantitative de la recherche, les données de terrain ont été collectées à partir des outils que sont la fiche de lecture, la grille d'observation, la fiche de question et le guide d'entretien conformément aux techniques correspondantes.

2.1.3.1. Etude documentaire

L'étude documentaire a consisté à analyser les dossiers des patientes à l'aide d'une fiche de lecture. Cette fiche renseigne sur les plaintes formulées, les traitements déroulés et les résultats des diagnostics (et constats effectués). Les cahiers de note des sages-femmes ont été aussi étudiés de même que les documents de travail (protocole/procédure d'intervention) et les rapports d'étude. Cet exercice a significativement influencé la conception des autres outils de collecte d'information et l'analyse des résultats d'enquête.

2.1.3.2. L'entretien

Les données qualitatives ont été obtenues à l'aide de deux types de guide d'entretien : le guide semi directif à l'endroit du personnel en service dans la clinique et celui directif à l'endroit des usagers des services de la maternité. Les différentes articulations des échanges portent sur les pratiques de prise en charge, les plaintes sanitaires, les niveaux de satisfaction, les formes et contenus de la collaboration autour de la prise en charge et les contraintes qui vont avec.

De même, des histoires de vie ont été produites aussi bien dans le rang des femmes enceintes que dans celui des sages-femmes.

Notre entretien a porté, pour encore plus de détails, du côté des soignants sur les thèmes suivants :

- difficultés posées par les patientes
- prise en charge somatique
- prise en charge psychologique
- connaissance du psychologue clinicien et son rôle à l'hôpital
- l'intégration du psychologue clinicien en institution

À l'endroit des patientes et accompagnateurs, notre entretien a porté sur les thèmes tels que :

- le malade et ses croyances
- les impacts psychologiques de la maladie
- les attentes et besoins exprimés
- connaissance et rôle du psychologue clinicien

Afin de compléter nos données, le questionnaire est venu en appui.

2.1.3.3. Le questionnaire

Le questionnaire fut strictement adressé aux femmes ayant déjà accouché au moins une fois ou qui portent une grossesse durant la période de l'enquête. Des questions à choix multiples ont surtout été utilisées en complément aux données issues de l'utilisation du guide d'entretien. Ces données ont servi à mesurer l'ampleur de certains indicateurs comme la durée des entretiens médicaux.

Au-delà des informations afférentes à la généralité concernant l'identité des interviewés, leur statut professionnel, niveau d'étude et leurs expérience de l'accouchement, le questionnaire a visé quatre points :

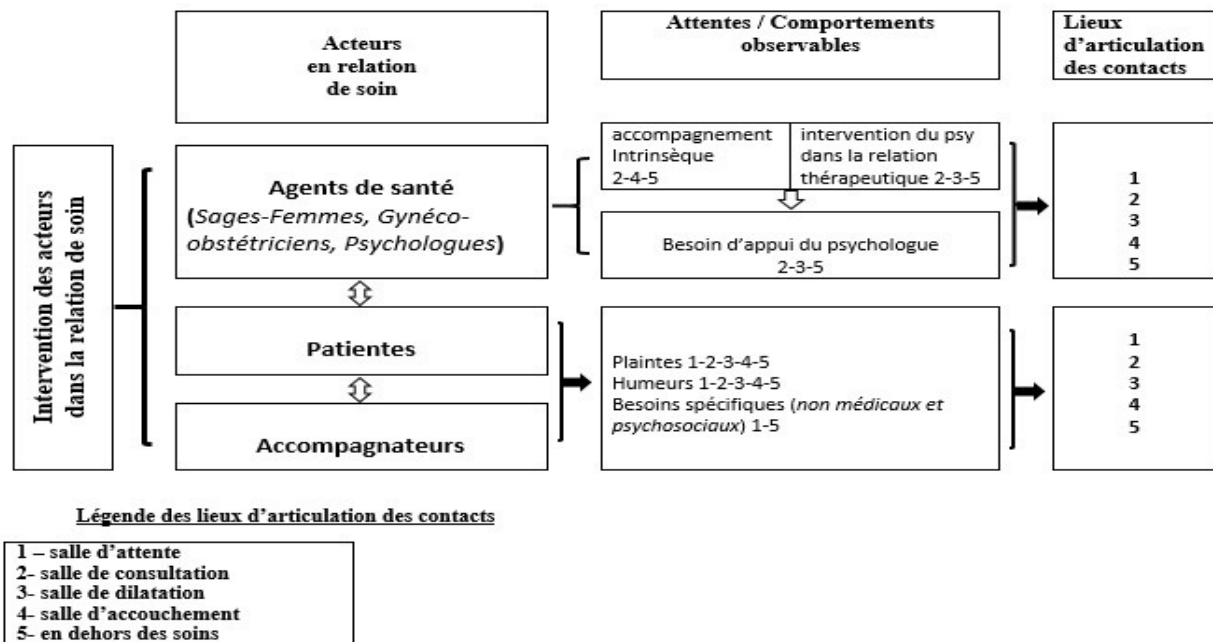
- d'abord la relation médicale : là, on apprécie les plaintes formulées par les femmes, le contenu de l'intervention des sages-femmes, la qualité de la communication entre parturiente et sages-femmes ; l'importance de la collaboration des femmes avec les agents de santé, les stratégies mises en place pour rester en phase avec ces derniers et les obstacles qui défient la bonne entente.

- ensuite les acteurs de la prise en charge : il concerne les praticiens intervenant aux côtés de la sage-femme ; les attentes non satisfaites des agents de santé; le rôle de l'époux et des autres acteurs aux côtés de la femme enceinte, les conséquences de l'absence de soutien ; des questions sur les visites des parturientes, des situations marquantes dues à l'insuffisance de collaboration avec la sage-femme, de la peur et sa gestion et de la bonne attitude collaborant la délivrance facilitent la recherche sur ce point.
- après, sur le volet des contraintes, nous avons analysé les stratégies de contournement des décisions de l'agent de santé, les différents problèmes de maîtrise de la vie privée des femmes, les questions liées à l'observance thérapeutique, les comportements à risque et leur auto évaluation de l'évolution de la grossesse.
- enfin, le contrôle du processus de prise en charge à notre niveau s'est focalisé sur les interventions techniques (lors du travail d'accouchement et de la délivrance) menées au bénéfice de la parturiente et comprises par cette dernière. Les gênes qui émanent de ces opérations sont aussi invoquées.

2.1.3.4. Observation directe

L'intérêt est accordé à l'observation directe et analytique. A l'aide de la grille d'observation, des unités d'observation ont été définies. Il s'agit, entre autres, des mouvements des agents de santé et des accompagnateurs autour des patientes, les gestes et les humeurs des différentes catégories d'acteurs. Les plaintes et la forme que présentent chacune des catégories d'acteurs, les étapes et lieux d'articulation des contacts et échanges sont autant de paramètres étudiés. Des échanges sont aussi initiés au profit d'une discussion sur certains résultats de

l'observation. Le graphie qui suit présente les liens existant entre acteurs observés



Source : Données de terrain

Graphique N° 2 : Interactions psychosociales observées entre acteurs en relation thérapeutique

Ici il a été plus question d'examiner les comportements des différentes catégories acteurs : agents de santé ; patientes et leurs accompagnateurs.

Nous nous sommes intéressés aussi aux plaintes et humeur de chaque catégorie d'acteurs : nous nous sommes attardés sur les manifestations des émotions comme la joie, la peine, et la colère. De la nature des plaintes nous avons tenu compte des celles orientées vers le comportement des soignants et celles qui se rapportent au fonctionnement de l'institution. Enfin, les informations sur la connaissance du parcours thérapeutiques des patients et accompagnateurs de mêmes que les réalités des espaces d'échanges ont aussi apporté plus d'éclairage dans la maîtrise des différents phénomènes étudiés.

2.1.4. Population cible et échantillonnage

Les données collectées proviennent de huit catégories d'informateurs. Il s'agit des nourrices, des gestantes, des parturientes, des obstétriciens, des psychologues, des bio technologistes, des infirmiers, des proches des parturientes

et les acteurs parallèles de soins. Le tableau II affiche la distribution statistique des groupes d'informateurs.

Tableau II : Répartition statistique des enquêtés

Catégories de cible	Nombre de personnes touchées
Nourrices	15
Gestantes	22
Parturientes	19
Proches des parturientes	34
Acteurs parallèles de soins (aides-soignantes, spirituels, tradi thérapeutes)	13
Obstétriciens (médecin gynéco échographiste, sage-femme, infirmiers)	7
Psychologues	2
Bio technologistes	2
Total	114

Source : Données de terrain

Au total, 114 informateurs ont été approchés. Sur la base de l'échantillonnage par choix raisonné, des critères de choix ont été retenus. Les nourrices ont été retenues pour renseigner les vécus sociaux avant et après l'accouchement et les implications de la nature de la prise en charge. Les gestantes sont identifiées sur la base des informations obtenues au niveau des dossiers de patientes disponibles dans la formation sanitaire et des registres de soins curatifs. La situation des indicateurs portant sur des aspects sociologiques, psychologiques ou ceux qui débouchent sur des questionnements psychosociaux a donc servi de base à l'identification des gestantes à approcher. Il en est de même pour les parturientes et les proches des patientes. Les obstétriciens, psychologues et infirmiers qui ont une expérience de plus de deux ans sont ceux qui sont retenus. Ceci permet de garantir une fiabilité des données sur le processus complet de la prise en charge médicale.

L'échantillonnage par choix raisonné est couplé avec celui par quotas et la boule de neige. La boule de neige est utilisée pour identifier des patientes qui ont fait l'objet de séquelles éventuelles du fait de l'insuffisance de prise en charge psychologique ou des conflits de rôle chez le personnel de soin.

2.1.5. Durée et organisation de la recherche

La collecte de données empiriques sur le terrain s'est étendue sur une durée de 12 semaines. Le tableau III présente les différentes étapes de la recherche.

Tableau III : Etapes et durée de la recherche

Etapes de recherche (Activités menées)	Durée (semaines)
Réalisation du protocole de recherche	6 semaines
Lecture et amendements du directeur de recherche	2 semaines
Intégration des amendements	1 semaine
Déroulement du pré test	2 semaines
Amélioration des outils	1 semaine
Collecte des données de terrain	12 semaines
Dépouillement et traitement des données	2 semaines
Réalisation du rapport de terrain	4 semaines
Collecte de données complémentaires	2 semaines
Réalisation du rapport de terrain (données complémentaires)	1 semaine
Définition du plan détaillé de rédaction	1 semaine
Rédaction du document	8 semaines
Lecture et amendement du Directeur de recherche	-
Correction	2 semaines
Dépôt	-
Total	Environ 44 semaines

Source : Données de terrain

2.1.6. Organisation pratique de la collecte des données

La collecte des données s'est effectuée de façon participative et interactive. Les patientes, leurs proches et le personnel de soins ont participé à la conception et au déroulement des différentes étapes de la recherche.

➤ Identification des enquêtés

Les entretiens de recherche sont menés de façon directe ainsi que l'observation. A l'étape de la réalisation du protocole de recherche, un répertoire des informateurs à prendre en compte est réalisé. A l'entame de la recherche proprement dite, ces informateurs ont participé à l'amélioration de cette liste. Les différents acteurs identifiés ont participé à la définition des calendriers d'entretien et de déroulement des observations. L'observation s'est déroulée de façon séquentielle suivant le calendrier de passage des patientes retenues. Des visites à domicile sont aussi effectuées pour l'accès à des informations de type complémentaire.

➤ Réajustement des données

Les observations issues de l'encadrement et les échanges de synthèse de données avec les informateurs ont servi au réajustement des informations. Des recherches supplémentaires sont donc réalisées au besoin.

2.1.7. Technique de dépouillement et de traitement des données

Le dépouillement des données est fait de façon manuelle. Après nettoyage des fiches d'entretien, les données sont catégorisées suivant les centres d'intérêt de la recherche. Elles ont été par la suite, triangulées.

2.2. Les limites de la recherche

La principale limite de la recherche se rapporte à la faible prise en compte des données biographiques des patientes. Ces données pouvaient servir à mieux apprécier la complexité des situations qu'elles présentent en relation avec les préoccupations psychologiques. Les analyses portant sur l'action des intervenants

pourraient être aussi beaucoup plus profondes. Mais cette option allait créer un dépassement en ce qui concerne le nombre de page retenu pour le présent document. Il a donc fallu retenir les principales données biographiques pour faire la recherche.

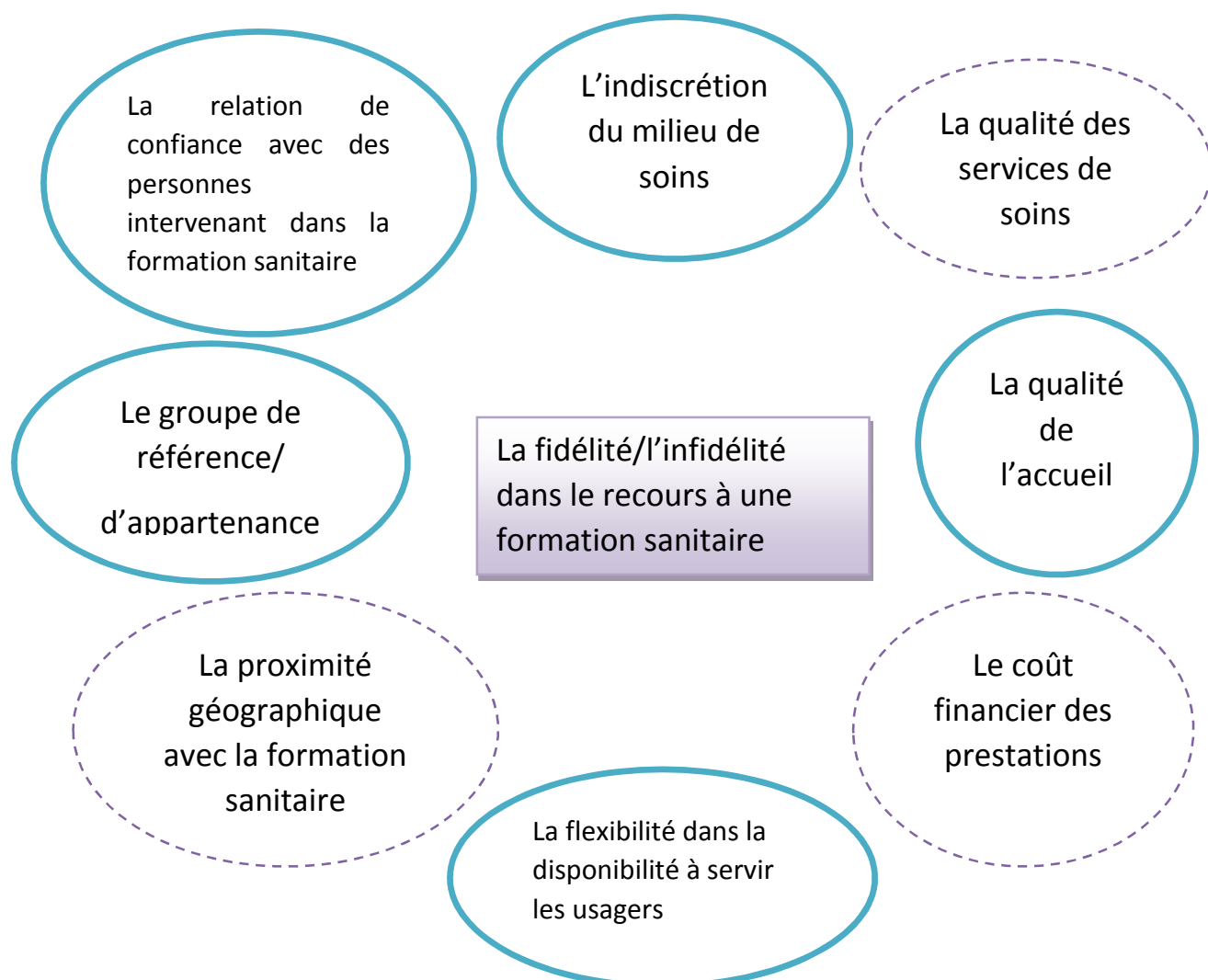
2^{ème} PARTIE

Quand la prise en charge obstétricale rime avec la prise en charge psychosociale

CHAPITRE III : La prise en charge de la femme enceinte : l'omni présence d'une demande de service en psychosociologie

3.1. Des critères de recours aux formations sanitaires centrés sur les aspects psychosociologiques

Les agents de santé occupent une place de choix dans les recours aux soins chez les usagers des services de la maternité. Les répondants se sont exprimés sur leur propre expérience et celles de leurs proches et amis. Sur l'ensemble des discours, le recours aux services de soins des agents de santé est constaté. Seulement, la fidélité à une formation sanitaire unique n'est pas systématique notamment chez les femmes ayant connu plusieurs accouchements déjà. D'une grossesse à une autre, elles changent de formation sanitaire. Il est aussi vrai que certaines femmes ont fait remarquer une tendance à la fidélisation avec les formations sanitaires. Les variables utilisées pour expliquer la fidélisation ou le changement de formation sanitaire sont de divers ordres. La figure n°2 présente les principaux critères définis par les informateurs. Ces critères sont au nombre de huit et impactent diversement la prise de décision en faveur du recours à l'offre de service d'une formation sanitaire spécifique.



Source : Réalisée à partir des données de terrain

Figure n°2: Variables déterminantes dans le choix des formations sanitaires

Le recoupement des informations fournies par les femmes enceintes influencent le choix de la formation sanitaire destinée au suivi de la grossesse (et le déroulement de l'accouchement) ont permis d'établir huit critères déterminants pour le choix.

La "*relation de confiance*" avec des personnes intervenant dans la formation sanitaire fait référence à la proximité sociale. Elle traduit une relation qui permet à la patiente (et parfois aussi à ses proches) d'être informée sur tous les détails liés à la grossesse et d'être en mesure de faire des confidences et même des compromis sur la relation médicale. C'est dans ce cadre que certaines

patientes estiment que l'agent de santé doit être en mesure de porter des secrets et d'accepter des négociations au sujet de certaines informations liées à la situation de grossesse.

L'"*indiscrétion du milieu de soins*" est prononcée par des informateurs pour exprimer un besoin très constaté chez les femmes. En effet, chez plusieurs femmes abordées, l'information sur la grossesse doit être entretenue avec suffisamment de secret. Il faut donc fréquenter une formation sanitaire à l'abri du regard des proches, amis et personnes de la localité de résidence. Elles préfèrent donc des formations sanitaires qui sont en dehors de la localité où elles résident ou celle dans laquelle les patientes ne sont pas exposées aux regards des autres.

La "*qualité des services de soins médicaux*" porte sur les compétences avérées du personnel en service dans la formation sanitaire. Il s'agit aussi de la qualité du plateau technique et de l'existence de spécialiste. Le point de vue des responsables du système sanitaire se distingue de ceux des usagers de soins sur la question de la référence. Si les premiers considèrent la référence comme une pratique normale en raison de la répartition du plateau technique, la plupart des usagers estiment qu'il s'agit d'une marque d'"incompétence" et de faiblesses des formations sanitaires. Ces derniers souhaitent donc éviter le référencement en optant pour une formation sanitaire disposant de l'essentiel du plateau technique qu'il faut pour la prise en charge d'une femme enceinte.

Les informations qui évoquent la question relative à la "*qualité de l'accueil*" s'appuient généralement sur les formes de salutation, son contenu, les lieux d'attente et la durée de cette attente et l'humeur des agents de santé pour exprimer le niveau de satisfaction. Il en est de même pour le climat social de la relation médicale et l'"indifférence" à l'égard des usagers et de leurs plaintes. Ces paramètres sont diversement appréciés par les répondants.

Le "*coût financier des prestations*" est en rapport avec les frais associés à chaque étape notamment la consultation, la réalisation des analyses. La plupart des informateurs s'empressent d'établir un calcul sur le montant des dépenses

effectuées dans le cadre de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement.

La "*flexibilité dans la disponibilité à servir les usagers*" est aussi une composante du choix des formations sanitaires. La fréquence des visites dans le milieu hospitalier reçoit un écho spécifique dans les opinions des usagers des services de maternité. En général, les informateurs souhaitent ne pas être obligés de venir chaque fois dans la formation sanitaire lorsqu'une plainte sanitaire se dégage. Ils préfèrent donc avoir accès à un agent de santé disponible pour offrir un service à travers des contacts téléphoniques et à répondre à toutes les préoccupations à distance. Cette situation est connue de toutes les Sages-femmes rencontrées dans le cadre de l'enquête de terrain. Elles reçoivent des coups de fils même après les heures de travail et durant les périodes de congés professionnel. La relation de soins se reconstruit donc pour produire une certaine affinité sociale entre les acteurs en présence.

La "*proximité géographique avec la formation sanitaire*" est notée pour défendre la facilité à venir aux soins. Les discours font surtout recours aux complications ou plaintes sanitaires. En situation de douleur ou de dysfonctionnement dans l'état de santé, la formation sanitaire la plus proche est parfois la première à être sollicités surtout pour calmer la situation ou mettre sous contrôle l'état de santé.

La question relative au "*groupe de référence/d'appartenance*" renseigne sur la relation entre le profil socioprofessionnel et le choix de la formation sanitaire. Les propos comme « *l'hôpital des pauvres* » ; « *l'hôpital des riches* » ; « *l'hôpital où on ne parle que le français* » ; « *l'hôpital où on n'utilise que les produits du blanc* » ; « *l'hôpital où l'on pratique la médecine traditionnelle* »...sont autant d'expressions identifiées et qui retracent l'interférence des groupes de référence ou d'appartenance dans le choix des formations sanitaires. Le patient et ses proches cherchent donc à découvrir les traits de la formation sanitaire auxquels ils s'identifient. C'est aussi dans ce sens

que l'appartenance religieuse des agents en service dans la formation sanitaire (ou encore la connotation religieuse) et la dénomination participe de la prise de décision.

Au regard des paramètres soulevés pour justifier les choix des formations sanitaires, il ressort que les considérations se rapportant aux aspects psychosociologiques sont les plus exprimés. La figure n°2 présente en trait plein cette catégorie de critères et en trait discontinu les autres paramètres. Sur huit critères identifiés, cinq sont (véritablement) de nature psychosociologique.

3.1.1. Les composantes psychosociales du recours aux acteurs parallèles de soins

Les femmes approchées n'ont pas seulement recours aux agents des formations sanitaires dans le cadre du suivi de leur grossesse et dans le processus d'accouchement. L'analyse des récits de vie a permis de faire ressortir diverses catégories d'acteurs parallèles. Ces acteurs sont parfois sollicités par la femme enceinte elle-même. Dans d'autres cas, l'époux ou encore, les proches se chargent de solliciter les services de ces acteurs parallèles. Il est aussi remarqué que le recours à ces acteurs se fait parfois simultanément avec celui des services des agents des formations sanitaires. Dans d'autres circonstances, ces acteurs interviennent en amont ou en aval pour accompagner le choix d'une formation sanitaire (ou le moment convenu pour effectuer ce choix) ou l'observance des prescriptions médicales. Les recherches menées ont servi à identifier les acteurs les plus sollicités par les répondants. Aussi, il était question de définir les principaux critères qui influent sur le recours à ces catégories d'acteurs. Les résultats obtenus à cet effet sont synthétisés dans la figure n°3.



Source : Réalisée à partir des données de terrain

Figure n° 3: Acteurs parallèles de soins et critères de choix

Trois principales catégories d'acteurs sont identifiées. Il s'agit des personnages religieux, des praticiens de la médecine parallèle et des personnes dites expérimentées. Les personnages religieux sont surtout représentés par les responsables des communautés religieuses (ou mouvements religieux). Chez plus de 90 % des informateurs, le choix est orienté vers la religion d'appartenance. Le choix d'une communauté religieuse autre que celle d'appartenance est donc pratiquement inexistant. Ceux qui ont effectué déjà une fois des choix extérieurs à la religion d'appartenance affirment avoir été influencés par une personne proche. La deuxième variable utilisée concerne les croyances religieuses. Les convenances religieuses établissent une base de confiance et des attentes spécifiques chez les fidèles. Ils estiment que la délivrance d'une femme enceinte est à la fois une conséquence de l'efficacité des prestations des agents de santé mais aussi et surtout l'onction d'une entité religieuse spécifique. Les signes religieux notamment la croix, les médailles et d'autres formes de représentations religieuses s'ajoutent aux pratiques culturelles (prières, sacrifices...) pour faire le quotidien de plusieurs patientes.

La deuxième catégorie d'acteurs concerne les praticiens de la médecine parallèle. Il s'agit surtout des praticiens de l'art divinatoire, de la pharmacopée et des guérisseurs traditionnels. Les affinités sociales sont très déterminantes aussi

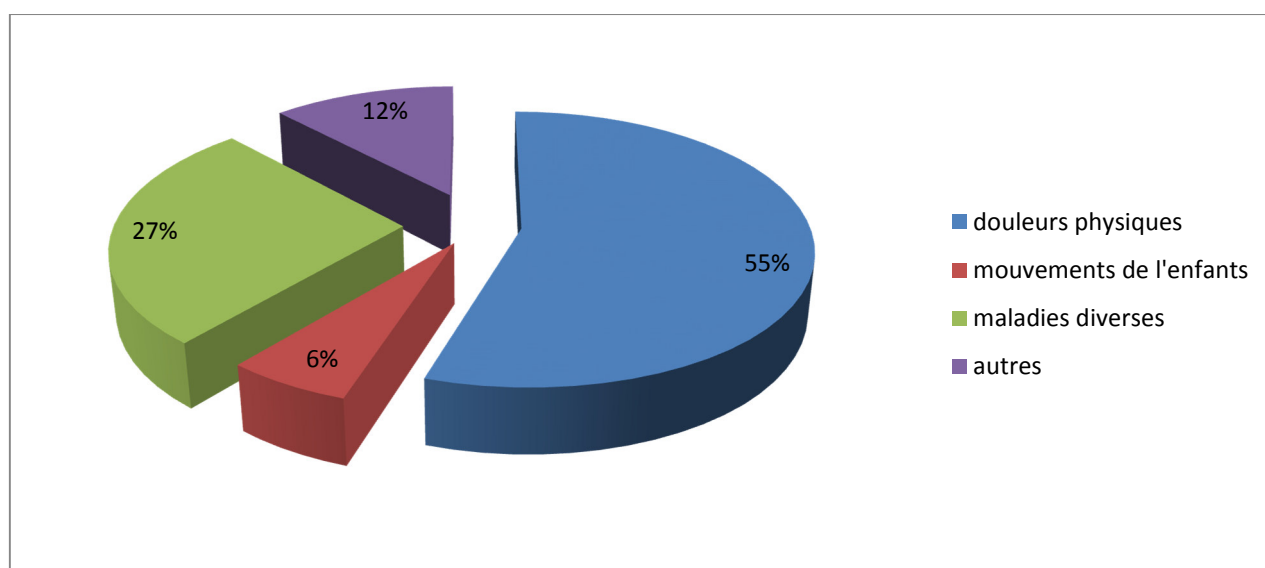
dans ces choix. Chez plus de 95 % des informateurs qui ont déjà fait une fois recours à leur service, les liens de parenté (directs ou indirects) et encore l'existence d'un proche dans le rôle d'intermédiaire ont significativement influencé la prise de décision. En dehors des affinités sociales, l'efficacité des services et pratiques coutumières sont aussi exprimées.

La troisième catégorie d'acteurs renvoie aux personnes ayant déjà fait une fois l'expérience de la grossesse et/ou de l'accompagnement d'une femme enceinte. L'expérience « des autres » sert donc de référence aux femmes et proches des femmes enceintes. Cela est vérifié aussi bien chez les femmes enceintes que chez les époux et même dans le rang des membres de leurs familles respectives. Ici, en dehors de la proximité sociale et des vécus, le capital relationnel est déterminant. Les réseaux relationnels constituent une référence importante à cet effet. Certaines personnes sont donc sollicitées en raison des proches qu'ils ont dans le milieu médical.

La recherche d'une assurance, d'une quiétude et d'une marge d'apaisement et de sécurité est ainsi remarquée dans le choix des acteurs de soins parallèles. La question de l'efficacité et du coût des prestations n'apparaît pas comme la variable la plus déterminante. Ces considérations montrent la valeur de la composante psychosociologique dans l'analyse des trajectoires de soins chez les femmes enceintes. Cette composante intervient non seulement dans la prise de décision, mais aussi dans le processus de prise en charge. Il devient donc important d'interroger le contenu des services sollicités pour y déceler le niveau de représentativité de la composante psychosociologique.

3.1.2. Les plaintes sanitaires et l'interférence de facteurs d'ordre psychosociologiques

Les plaintes formulées à l'endroit des agents de santé proviennent aussi bien des patientes que de leurs proches. Généralement, elles interviennent en début de grossesse et dans le second trimestre notamment à l'approche de la période impartie au travail d'accouchement. Le graphique n° 3 présente l'essentiel des plaintes prononcées en direction des femmes enceintes.



Source : réalisée à partir des données de terrain

Graphique n°3 : Tendances relatives aux plaintes formulées par les femmes enceintes

Les patientes de la maternité de la Clinique Coopérative d'Abomey-Calavi formulent à 55% des plaintes de douleurs physiques. Ces douleurs constituent donc la principale cause des consultations (en marge des consultations prénatales). L'expression des plaintes relatives à la douleur porte sur deux aspects. Le niveau physique de la douleur et son effet sur les comportements de la femme, ses mouvements, sa capacité à répondre aux activités traditionnelles.

Ainsi, visiblement, les femmes présentent des signes de dépression, de gêne, de remise en cause de soi (en rapport avec la grossesse et les douleurs qu'elle entretient). En dehors de ces manifestations connexes de la douleur, on

observe une crainte en rapport avec l'évolution même de la grossesse, son dénouement, la santé de l'enfant. On observe donc qu'en dehors de l'aspect physique, c'est beaucoup le mental, le rapport à la vie et les vécus sociaux qui sont en jeu chez la femme enceinte. Cette situation montre que les composantes non biologiques de la vie de la femme enceinte sont beaucoup touchées. Comme défendue par Aguia-Daho (2013), le palier du ressenti est beaucoup plus déterminant dans le rapport à la douleur et l'attente des patientes.

La deuxième raison concerne les plaintes liées à des cas de maladies. Il s'agit généralement de l'expression des symptômes que sont la nausée, la fatigue, les vomissements, le manque ou l'excès d'appétit, les maux de ventre, la fièvre, etc. Dans la plupart des cas, les résultats des diagnostics aboutissent aux cas de paludisme. Or, le paludisme constitue la principale cause des décès maternels. Il est donc important de créer de l'assurance et de dissiper la peur chez les patientes qui souffrent du paludisme.

En dehors des cas ci-dessus annoncés, 12% des femmes font état de plainte liée au climat social. Les discours de ces femmes font référence aux attitudes de leur époux notamment en ce qui concerne les ressources financières pour les soins et l'assistance morale dont elles ont besoin.

Les données rapportées montrent donc la prépondérance de plaintes portant directement ou indirectement sur les aspects psychosociaux. Il était aussi question d'analyser le processus d'expression des demandes de service chez les patientes. Les observations sont réalisées sur une cohorte spécifique de patientes et pour une durée de trois mois. Le tableau IV en propose une lecture synthétique.

Tableau IV: Typologie des demandes psychologiques chez les patientes

Demandes Patientes	Demandes psychologiques implicites		Demandes psychologiques explicites		Aucune demande psychologique	Nombre de demandes identifiés
	Culturelles	Non culturelles	Culturelles	Non culturelles		
Parturientes	15	8	12	3	7	45
Gestantes	17	10	15	12	4	58
Nourrisses	2	2	4	3	5	16
Total	34	20	31	18	16	119
Taux (%)	28.57	16.81	26.05	15.13	13.45	100
	45.38		41.18		13.45	

Source : Données de terrain

Ce tableau présente divers types de demandes cumulées par les différentes catégories de patientes. Il est ici observé la multiplicité des demandes formulées par une même patiente.

A travers ce tableau 13.45% des femmes en milieu obstétrical ne formulent pas (verbalement) de demande d'aide psychosociologique de quelle que manière, elles se taisent. A l'opposé, celles qui ont des choses à dire, des demandes d'ordre psychologique, le font de deux manières :

- soit l'expression de cette quête est directe, accessible à tous (41.18%) ;
- soit cette demande n'est pas latente et il faut réfléchir pour y accéder (45.38%) avec 28.57% d'implicites culturels.

On déduit enfin que les femmes formulent des demandes de prise en charge aussi bien en visant leur croyance qu'en faisant allusion à un réel vécu ce qui donne à s'y attarder pour comprendre les besoins réels à satisfaire par chaque acteurs de soin.

Plusieurs centres d'intérêt sont évoqués à cet effet : le désir de maternité ; de la convoitise d'un garçon ; de la pression socioculturelle rendant la femme responsable du choix de sexe de l'enfant ; l'évocation d'une idée d'envoûtement alors que les résultats d'échographies révèlent des anomalies fonctionnelles palpables et réversibles.

Lors de l'entretien, un gynéco-échographiste nous a fait la révélation suivante : « [...] il y a aussi le désir intense de maternité de certaines femmes. Le ventre prend du volume, ce qui fait que toute la famille est au courant. À l'échographie, on ne trouve rien. Le ventre est vide. Elle est abattue et rentre dans une dépression. Cela l'oblige à aller voir d'autres médecins, d'autres gynécologues et exiger qu'on lui refasse l'échographie ».

« Pour la femme qui a fait par exemple quatre filles et dont la cinquième grossesse est encore une fille, pour éviter qu'elle n'entre dans une dépression on essaye de la laisser dans le doute et on lui dit que l'enfant n'est pas dans une position qui permette de définir de façon correcte son sexe, quand bien même on le sait ».

Une patiente reçue à la chirurgie pour cystectomie nous affirme :

« J'avoue que si tu n'as pas d'enfant dans ma belle-famille, tu n'es pas aimée. C'est pourquoi je désire davantage d'enfants en me lançant dans le processus d'intervention chirurgicale. C'est ce que je garde en intention pendant ma prière ».

A travers leurs mimiques, on se rend compte d'une nécessité de présence au moins d'un tiers référent : ainsi, certaines femmes s'agrippent à leur garde malade ; les yeux fixes ou le regard lointain, elles semblent se perdre dans les méandres de leur imagination. C'est un futur père qui n'est pas là quand la contraction commence, ailleurs c'est les pleures face à l'incapacité de régler la charge financière. Pour annoncer l'implacable décision d'amener la femme au bloc, une demi-douzaine de minutes suffit. Les voilà souvent étourdies comme sorties d'un combat dont elles sont perdantes. C'est maintenant que la course aux devises financières s'impose et si malgré tout l'enfant venait à mourir après la césarienne, la mère devient le problème central qu'il faut régler pour éviter une complication due à un second choc. L'entourage est abattu. Il parle en code. On

ment. Il y a aussi les situations où l'attribution de nom et prénoms amène remous et querelles. Un père démissionnaire vient imposer à la sage –femme un nom et prénoms après une longue absence. Des voix s'élèvent dans la salle d'attentes : l'enfant qui vient de naître n'est pas du sexe espéré. Les mains sans élan viennent couvrir le visage ou toucher le cuir chevelu. Le placenta n'est encore envoyé à la maison du père pour un rituel précis alors que vingt-quatre heures butoir approchent pour une raison ou une autre.

Ainsi, ces différents scénarii font le quotidien des divers acteurs en situation d'aide à la maternité.

CHAPITRE IV. Le psychologue dans les soins obstétricaux : entre l'"in sider" et l'"out sider"

4.1. La transversalité de la composante psychosociologie

Au sein de la Clinique Coopérative d'Abomey-Calavi, la prise en charge des femmes enceinte est principalement assurée par six catégories d'acteurs. Il s'agit des Sages-femmes, du gynécologue, des aides-soignantes, du chirurgien, des agents de la bio technologie médicale et du psychologue. Les sages-femmes sont les acteurs les plus concernés. Avec la complicité des aides-soignantes, elles sont chargées de l'animation des consultations (avant et après l'accouchement), du déroulement du processus d'accouchement et des conseils liés à la santé de la reproduction. Pour certains cas spécifiques, elles font recours au service du gynécologue. Il intervient surtout dans la réalisation de l'échographie aussi bien pour les gestantes que pour les parturientes dans le cadre du suivi du développement du fœtus. En ce qui concerne le bio technologiste médical, il intervient dans le cadre de la réalisation des bilans de santé notamment les examens cliniques. Le chirurgien quant – à lui, est sollicité pour le compte de la césarienne. Il intervient quand les efforts de la parturiente sont insuffisants pour accoucher par voie basse ou lorsque les résultats des examens (et avis) médicaux recommandent un accouchement à travers la césarienne. Il peut donc s'agir d'une situation d'extrême urgence, d'urgence ou "non urgent".

Toutes ces catégories d'acteurs affirment faire l'objet d'une « prise en charge psychologique » dans le déroulement de leurs tâches spécifiques. Le besoin est souvent exprimé par trois catégories d'acteurs. Il s'agit d'abord de la patiente.

En effet, toutes les sages-femmes admettent qu'il est important d'intégrer des aspects psychologiques et sociologiques dans l'offre de service aux usagers de la maternité. Elles intègrent cela dans le déroulement des différentes opérations notamment lors des consultations prénatales et lors du déroulement du

travail d'accouchement. Pour la plupart d'entre elles, bien que l'ouverture du col de l'utérus relève d'un processus biologique, il importe de compter sur l'état mental de la patiente et son engagement à coopérer de même que la stabilité psychoaffective dont elle fait l'objet. Ainsi, les complications des grossesses sont aussi reconnues comme pouvant être la conséquence d'une insuffisance de succès dans la prise en charge psychosociale de la patiente.

A cet effet, le recours à la césarienne ou le dépassement des durées imparties à chaque phase du travail d'accouchement peuvent être la conséquence d'une insuffisance d'effort au niveau de la parturiente dans le cadre du processus de délivrance. Elles déclarent donc faire recours à des « bonnes paroles » pour encourager les patientes à faire plus d'effort physique, à mieux supporter la douleur de l'enfantement et à adopter les positions idoines pour la délivrance. C'est aussi le cas au niveau des spécialistes de la bio technologie médicale. L'accès aux résultats des examens cliniques entretient parfois un stress chez la patiente. Il leur arrive donc de s'inscrire dans des discours destinés à rassurer la patiente, à l'apaiser et à renforcer sa pleine participation au processus de l'accouchement. Chez chacune des catégories de prestataire, il est remarqué qu'ils sont parfois sollicités par les patientes à intervenir sur les états mentaux et le climat social qui caractérisent l'environnement social de la femme enceinte.

La femme enceinte n'est donc plus la seule à faire l'objet d'un service à caractère psychosociologique. Les accompagnateurs de la patiente, son époux et bien d'autres acteurs en font aussi l'objet. La complication du travail d'accouchement ou encore la fréquence de plaintes sanitaires chez la gestante inquiète aussi bien la patiente que ses proches. Nombre de personnes sont donc affectées et se retrouvent dans une situation d'altération psychologique. De courts échanges avec les proches sont donc remarqués dans le sens de l'apaisement.

En dehors de la patiente et de ses proches, le personnel médical lui-même n'est pas épargné. Selon les sages-femmes, l'anxiété, l'angoisse et le stress sont les principaux états d'âme qui les animent dans les cas de complication de

grossesse ou d'accouchement. Mais dans ces cas, elles comptent sur la complicité et les conseils des collègues pour s'en sortir.

En s'appuyant sur les faits ci-dessus mentionnés, le personnel médical admet que toutes les étapes de la prise en charge de la femme enceinte se rapportent à l'exercice du métier de psychologue. Le paradoxe ici, c'est qu'ils admettent jouer aussi ce rôle de psychologue sans avoir réellement une formation ni en psychologie ni en sociologie. Le capital "expérience" est perçue comme une ressource suffisante pour assurer la fonction de psychologue dans l'exercice du métier. Généralement, les sages-femmes sollicitent les services du psychologue de la clinique lorsqu'elles ont l'impression d'avoir échoué dans l'exercice du travail du psychologue ou lorsqu'elles admettent n'avoir pas le temps pour s'y mettre. Les services sollicités portent donc sur la sensibilisation de la patiente.

La question qui reste posée est donc de savoir si la spécification du poste de psychologue au sein de la clinique est jugée pertinente ou non. En d'autres termes, peut-on affirmer, sans se tromper, que tous les agents de santé sont –ils, par principe, des psychologues. Les réponses apportées tendent à faire admettre que chaque agent se donne systématiquement le droit d'exercer au titre de psychologue en raison de la nature et du contenu des services à produire en direction de la patiente. Ces services intègrent aussi bien les aspects biologiques que psychosociologiques. Certains agents de santé y ajoutent le niveau spirituel. Ils sont alors amenés à faire des propositions en rapport avec des pensées et pratiques religieuses pour accompagner la relation médicale.

L'analyse de l'imbrication entre le contenu des services des agents obstétriciens et ceux du psychologue amènent à interroger le niveau de connaissance des acteurs sur la fonction du psychologue en milieu hospitalier.

4.1.2. Une compréhension parcellaire du rôle du psychologue clinicien

L'idée que se font les acteurs du psychologue et de son rôle est déterminante pour la formulation des demandes de service en sa direction. Pour apprécier cela, les opinions des patientes et celles de leurs proches ainsi que les avis du personnel de soins sont recensés. L'intention était d'apprécier la nature de l'information dont disposent les répondants sur les fonctions qui reviennent particulièrement au psychologue clinicien dans un hôpital. Le tableau V fait une synthèse des appréciations.

Tableau V: Présentation du niveau d'information des soignants à propos du rôle du psychologue clinicien à l'hôpital

Soignants	Estimation de la connaissance du rôle du psychologue clinicien en milieu obstétrical			
	Très complète	Peu complète	Pas du tout complète	Aucune
Obstétriciens	1	2	4	-
Aides-soignantes	-	1	5	2
Agents de la bio technologie médicale	-	1	1	-
Total	1	4	10	2

Source : Réalisé à partir des données de terrain

Sur cet effectif de 17 acteurs de soins en milieu obstétrical, un seul agent a une idée claire du rôle du psychologue. Une dizaine en a une idée vague et le reste semble avoir besoin d'information. On conclut donc que le personnel soignant du secteur obstétrical de la CCS d'Abomey-Calavi a une méconnaissance du statut du psychologue et de son rôle en ce lieu.

Tableau VI : Présentation du niveau d'information des usagers à propos du rôle du psychologue clinicien à l'hôpital

Usagers	Estimation de la connaissance du rôle du psychologue clinicien en milieu obstétrical			
	Très complète	Peu complète	Pas du tout complète	Aucune
Parturientes	-	4	5	10
Gestantes	-	10	7	5
Nourrices	-	5	8	2
Accompagnateurs	1	8	5	20
Total	1	27	25	37

Source : Réalisé à partir des données de terrain

Le rôle du psychologue clinicien en milieu obstétrical est très mal connu des patients et accompagnateurs. Des 90 patientes et accompagnateurs, un seul a une connaissance de ce qu'il peut attendre du psychologue clinicien en milieu obstétrical. Ceci se résume à : discuter avec eux de leur maladie, calmer et gérer leur angoisse et leur donner de l'espoir. Cependant, les 89 autres majoritaires, ont une connaissance de l'attente quant au rôle du psy qui va du nulle à l'acceptable.

Au total, les soignants, les patientes et accompagnateurs sont mal informés par rapport au rôle du psychologue clinicien en soin obstétrical à l'hôpital. Soit l'idée qu'ils en ont est vague, soit on ne peut rien attendre d'eux à ce sujet. Les trois pôles semblent ne pas connaître le psychologue clinicien dans ses attributs. Les soignants quant à eux dans leur pratique affirment orienter les cas de santé mentale associés aux affections obstétricales uniquement en psychiatrie. La conséquence directe est qu'on ne fera pas recours spontanément à ce spécialiste de la santé mentale pendant que la maladie mentale n'est pas encore déclarée.

Autrement dit, le rôle du psychologue clinicien est méconnu. De lui on a une idée vague ou aucune ou encore il est pris pour le psychiatre. Pour le premier groupe, le soin se limite au traitement de la maladie, la dimension psychique est laissée pour compte. Le niveau d'informations du second groupe (patients et accompagnateurs) nous semble normal car étant constitué de non-soignants. On n'a toujours pas à faire aux mêmes usagers. Le spécialiste gynécologue

échographiste, fait part de la collaboration entre médecins et psychologues en occident. Le médecin réfère les cas qui ont besoin de l'intervention d'un psychologue. Par contre une sage-femme affirme il y a maldonne et que la prise en charge ne dépasse pas le volet organique de la maladie. Certes, les patients ont besoin d'un accompagnement psychologique, ne serait-ce que sur la gestion de l'humeur. Cela ne surprend donc pas quand une patiente déclare :

« si tu remarques à l'accueil de la soignante que la mine est renfrognée, [...] et si tu as une douleur morale à exposer, tu ravales automatiquement la difficulté; et relates uniquement le problème somatique qui a suscité la consultation, et tu rentres chez toi. [...] tellement le regard est menaçant qu'on ne sait se te tenir devant elles ».

4.1.3. Utilité du psychologue clinicien dans les soins obstétricaux

Les analyse ci-dessus effectuées montrent que tout comme les agents de santé, les patientes ont des connaissances fragmentaires et parfois contradictoires sur le rôle spécifique du psychologue en soins obstétricaux. Et pourtant, son rôle ne devrait pas donner lieu à des confusions, malgré sa proximité avec celui des autres acteurs. En croisant les discours aux protocoles de soins et aux écrits, on retient six niveaux d'articulation de la fonction du psychologue dans le processus de prise en charge de la femme enceinte et du déroulement de l'accouchement.

4.1.3.1. La gestion des états mentaux en rapport avec la grossesse et l'accouchement

On découvre le « *baby blue* » qui concerne la moitié des jeunes mamans et s'installe environ trois (3) jours après l'accouchement et s'avère transitoire avec une résolution spontanée et rapide : on retient à ce propos de Bydlowski, (2014) que « *ce sont des jeunes mères tristes, avec des crises de larmes brutales ; elles sont très irritables, leur humeur est labile, elles sont insomniaques et anxieuses.*

Ce "blue" serait une réaction physiologique marquant la fin d'un stress physique et mental. »

4.1.3.2. La prise en charge de la douleur

La maternité est le lieu par excellence où se fait le don de la vie. Autour de ce fait, gravitent plusieurs réalités propres aux soignants, aux patients et à leurs accompagnateurs. Dans ce service, la question de la douleur est d'une certaine importance. Elle nécessite une prise en charge complète sur tous ses aspects. La douleur, lorsqu'elle est morale ou psychique pour quelque raison, son accompagnement requiert l'intervention du psychologue. Ce dernier accompagne également les patientes souffrant d'une douleur physique, qu'elle soit chronique ou aigue. En effet, grâce à la psychothérapie qu'il propose, le psychologue soutient la patiente, lui offre les moyens de gérer son stress, ce dernier accentuant naturellement l'intensité de la douleur. Entre autres, le psychologue apprend à la patiente des techniques de résistance à la douleur et permet à celle-ci de mener une vie aussi normale que possible.

4.1.3.3. La gestion de la relation médicale

Si l'entourage proche du patient souffre de ne pas avoir de référent à interroger, le psychologue peut être celui à qui s'adresser, au moins en ce qui concerne l'avancée de la prise en charge. Le rétablissement du lien avec le patient (transmission de messages, rencontres facilitées) est aussi un axe important de l'intervention du psychologue concernant son entourage et même du corps médical.

4.1.3.4. L'accès à l'information "privée"

En situation d'écoute, la transmission d'information dépend de la femme. Tout refus de sa part devient une défense du psychologue. Le reste du travail de ce spécialiste est d'amener la femme à prendre conscience de sa décision sur l'évolution de l'issue de la grossesse. Dans certains cas, son refus n'est pas pathologique et s'impose quand c'est nécessaire dans la gestion de situation d'accouchement sous anonymat (Fua ,2002)

4.1.3.5. L'observance médicale

Les thérapeutiques orales en obstétrique prennent une place importante dans la prise en charge de la pathologie souvent rencontrées. Elles posent cependant le problème de l'adhésion des patientes au médicament. Or, c'est cela qui va conditionner son efficacité. L'éducation thérapeutique du psychologue aux patientes pronostique un plein succès si elles sont d'abord comprises dans leur singularité. Le médicament de l'une ne va pas forcément avec celui de l'autre. Les réponses au pourquoi ce médicament ? Quand et comment ? Calment un peu les ardeurs entre le soignant trop enclin à prescrire les soins classiques et le corps de la femme qui tolère mal ce qu'elle ingurgite.

Pour que le patient supporte le traitement dans les meilleures conditions, le lien thérapeutique le plus adapté requiert un grand soutien à l'endroit de la patiente en lui servant les bonnes informations.

4.1.3.6. Les vécus en milieu social

La grossesse étant perçue chez nous comme situation à risque, la gestante devient méfiante et se garde de tout affrontement. La tradition retient que tout acte violent et toute goutte de larme sur la grossesse implique malheur et tristesse de l'enfant à venir. La période gravidique revêt un caractère particulier, en l'occurrence sur le plan psychique, vu tous les mouvements externes (parents et

entourage) et internes (vécus subjectifs), qui occasionnent des joies et des peines riches de valeurs.

Quoiqu'on dise, la maternalité est une période privilégiée car favorisant le vécu de chocs anciens et permettant à celle qui la vit de se soigner. Cette crise peut être organisatrice pour le psychisme à condition d'être accompagnée, développée et contenue (Bergeret-Amselek, 1998).

Grâce à ce travail, le psychologue diagnostique les troubles, évalue les risques et entretient chez la patiente et sa famille, un état psychique sain.

3^{ème} PARTIE

Les performances des soins obstétricaux à l'épreuve des succès de la prise en charge psychosociale des patientes

CHAPITRE V. Les conflits d'intercompréhension dans la relation médicale

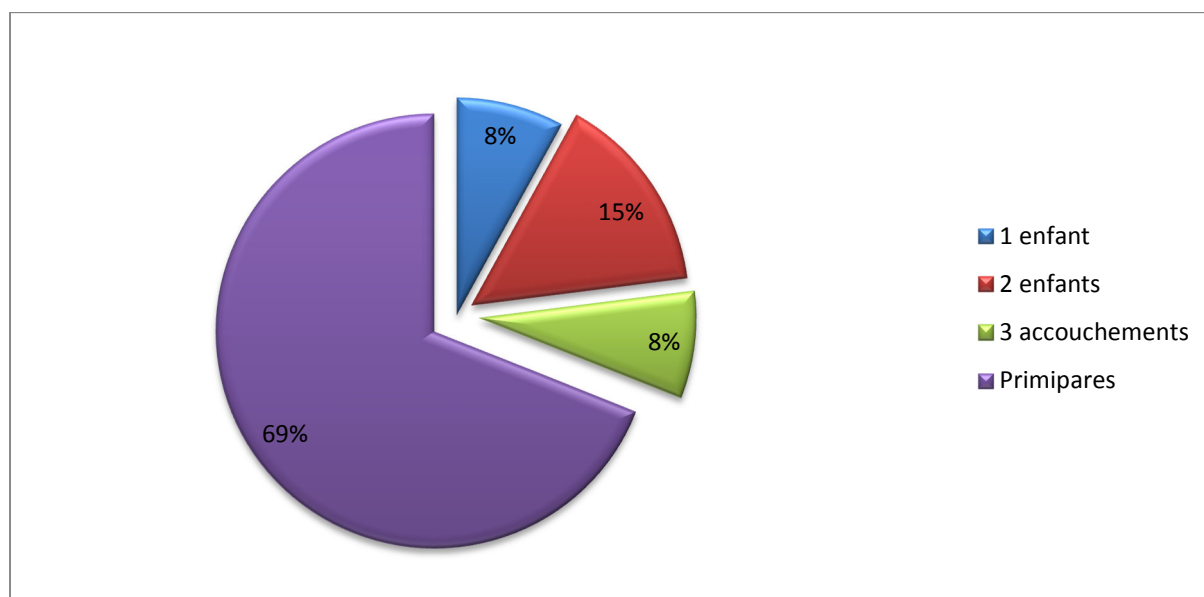
La relation médicale fait observer diverses controverses portées par les profils, les comportements et les discours des patientes.

5.1. Les éléments de profil sur les patientes

Le profil des patientes influe sur la relation médicale et la nature des besoins qu'elles formulent en direction des agents de santé. La communication est un facteur déterminant dans la prise en charge médicale. Elle permet aussi de construire des échanges fructueux et facilite l'expression des demandes et la discussion sur le processus de prise en charge. La diversité du point de vue des communautés sociolinguistique d'appartenance établit souvent le français et le Fon comme langue d'intercommunication entre les patientes et les agents de santé au sein de la Clinique. Moins les femmes comprennent alors le français, plus elles éprouvent des difficultés à disposer d'une langue d'intercommunication avec l'agent de santé. Le niveau d'instruction est aussi important pour apprécier la qualité des connaissances dont disposent les patientes sur les étapes et les pratiques médicales. Plus de 95 % des femmes approchées ont un niveau d'instruction inférieur aux études supérieures. Plus de 80 % des patientes n'ont pas pu atteindre le niveau de Baccalauréat. Les échanges avec ces femmes montrent qu'elles s'inscrivent dans une relative passivité dans le processus de prise en charge médicale. Elles n'ont pas pratiquement de connaissances précises

sur les actes médicaux. Elles ne comprennent pas les fondements des ordonnances et parfois même les restrictions qui leur sont faites. Et pourtant, la maîtrise de ces paramètres rend beaucoup plus productive la prise en charge. Le fait de ne pas disposer de connaissances significatives sur ces aspects en ajoute au stress, à la peur et même à l'insécurité constatés chez diverses patientes. De plus, elles n'arrivent pas à défendre les observations de l'agent de santé auprès de l'époux et des proches. Cette situation est souvent à l'origine des malentendus et des conflits sociaux dans les ménages. Or, l'altération du climat social n'est pas sans effet (improductif) sur les indicateurs de suivi de la grossesse et de l'accouchement.

Le même niveau d'analyse est réalisé en rapport avec l'âge et le nombre de gestes déjà par les patientes. Le graphique n°4 suivant renseigne sur leur maternité.



Source : Réalisé à partir des données de terrain, août 2014

Graphique n° 4 : Expériences en accouchement connues par les femmes

Le nombre de geste effectué par une femme apparaît comme une information importante dans l'analyse des discours et formes que prend la relation médicale chez elles. Les femmes enceintes abordées sont, pour la plupart, des primipares soit un pourcentage de 69% de l'effectif total des femmes enceintes

approchées. Chez cette catégorie de femmes, la crainte, l'angoisse et les autres formes d'instabilité qui sont de nature psychosociologique sont beaucoup plus remarquées. Elles s'inquiètent beaucoup plus et paradoxalement se pose moins de questions sur la pertinence des choix médicaux des agents de santé. La passivité devient donc beaucoup plus expressive chez elles. Par conséquent, le choc psychologique est remarquable.

5.1.2. Les « procès » entre les acteurs directs de la relation médicale

Les données produites montrent que les relations entre les usagers de la maternité et les agents de santé sont traversées par des conflits. Ces conflits se présentent sous forme d'indifférence, de refus de coopérer et parfois de disputes. Lors des observations directes, il est remarqué que les patientes n'ont pas toujours la même appréhension que l'agent de santé sur les étapes et contenu des services de suivi des grossesses et de l'accouchement.

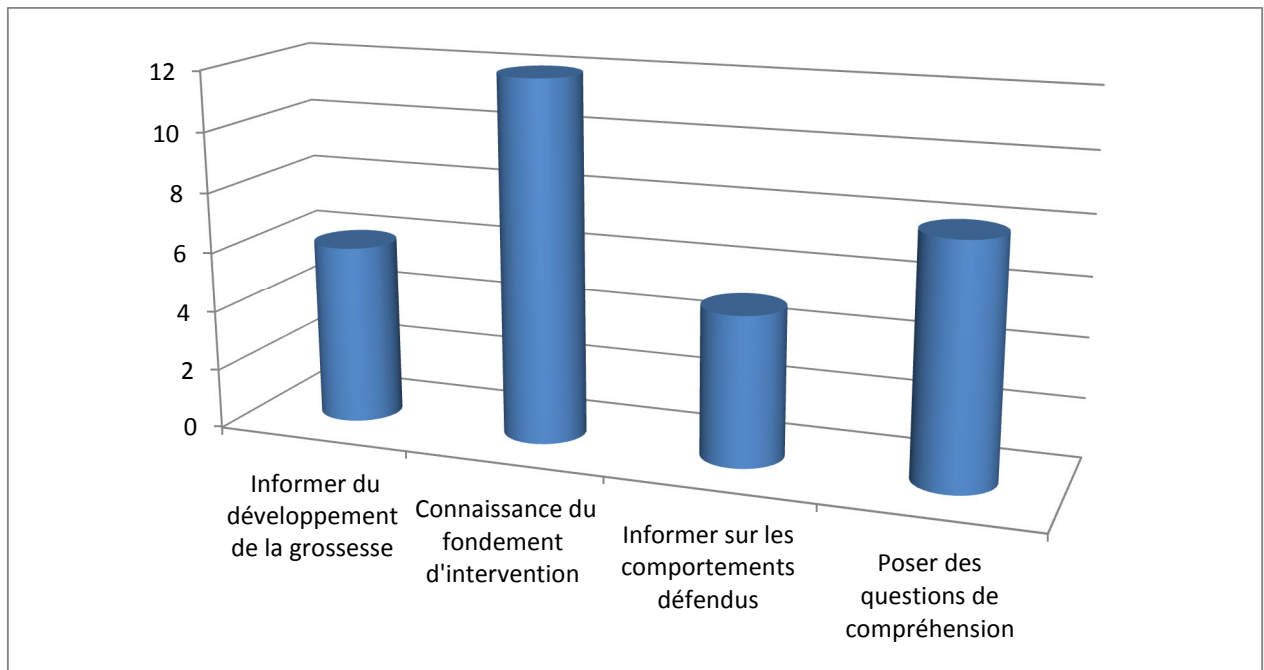
Une gestante avait souhaité peser son enfant pendant qu'elle était attendue pour la consultation prénatale. Le refus de l'agent de santé a failli produire une scène de dispute. Il a donc fallu que l'agent de santé renonce à sa position de départ pour qu'on observe une humeur beaucoup plus acceptable chez la gestante.

Ces situations sont légion et traduisent les exigences. Il faut y voir une relative absence de complicité entre les deux acteurs.

Les plaintes formulées par patientes portent sur le temps d'échange jugé court et insuffisant par des patientes. Elles expliquent cela par l'affluence des patientes et la masse horaire de travail réservé à une même sage-femme.

L'insuffisance de confiance mutuelle est aussi remarquée et porte les germes des conflits. Les patientes affirment ne pas disposer de toute l'assurance nécessaire pour partager des confidences avec les agents de santé. Seulement, elles reconnaissent l'effort des sages-femmes dans ce sens. La diversité des patientes qui fréquentent la même sage-femme est aussi avancée pour justifier la

rétenion d'information pourtant importantes pour l'agent de santé. Chez d'autres, le défaut de confiance va avec les attentes non satisfaites. Ces attentes sont divergentes et renseignent sur le niveau d'exigence des patientes à l'égard de l'agent de santé. Au titre des attentes figurent, la gaieté dans le visage de l'agent de santé, la nervosité face à certains comportements non recommandables chez des patientes comme le refus de dévoiler la nudité, l'acceptation de l'expression (par des cris et toute autre manière) de la douleur ressentie. Il est donc clair chez les patientes que l'agent de santé doit accepter subir les comportements, quelle que soit leur nature, venant des femmes enceintes. Elles s'inscrivent donc dans une relation asymétrique avec l'agent de santé. Chez plus de 90 % des répondants, ces attentes ne sont pas satisfaisant. Et c'est dans ce contexte que prennent corps les relations conflictuelles. Ces relations conflictuelles débouchent parfois sur le refus de continuer la relation de soins et justifient des cas de perte. Cette situation est aussi constatée chez les femmes porteuses de VIH-SIDA qui se refusent de continuer les soins au sein de la Clinique. Ces constats traduisent un déficit de consensus sur rôle de la sage-femme et celui des patientes. La qualité et la nature des attentes affichent le niveau d'exigence que réclament les femmes enceintes. Certaines femmes défendent le principe selon lequel la sage-femme est faite pour accepter « *tous les comportements venant d'une femme enceinte* ». Les lectures différenciées que se font les acteurs de la relation médicale montrent que la passivité des patientes n'induit pas l'absence d'une volonté à participer activement à la relation médicale. Mais il s'agit plutôt de la conséquence d'une soumission face à leur « incapacité » à renverser la tendance. Le graphique n°5 apporte des informations quelques-unes de ces demandes.

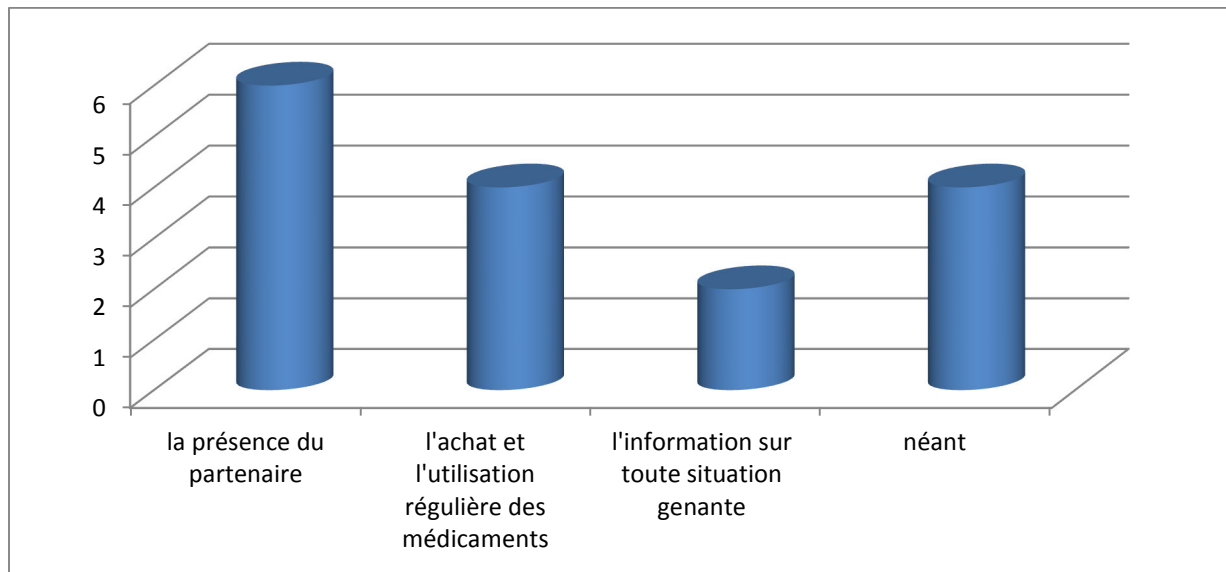


Source : réalisé à partir des données de terrain

Graphique n°5 : Histogrammes relatifs aux demandes non satisfaites chez les femmes enceintes

L'aspect qui vient le plus souvent est celui portant connaissance du fondement de chaque intervention médicale. La tendance qui suit est celle qui consiste à poser des questions de compréhension à l'agent de santé. Ensuite, il y a l'aspect relatif à la connaissance du développement la grossesse. Enfin, figure l'aspect lié aux comportements défendus par l'agent de santé.

Mais l'absence de résultats est aussi expliquée par certains informateurs par le caractère impertinent de certaines attentes déroulées dans la relation médicale. Par exemple, l'idée que certaines patientes viennent « *narguer* », « *provoquer* », « *déverser leur colère* » en situation de relation médicale est très partagées dans le rang des prestataires de service de la maternité. De la même manière, il existe des comportements que récriminent les usagers des services de la maternité. Le graphique n°6 apporte des détails à cet effet.



Source : réalisé à partir des données de terrain, août 2014.

Graphique n°6 : Requêtes sollicitées sans succès par les femmes enceintes

Dans la plupart des cas, les parturientes et même certaines gestantes souhaitent la présence de leur partenaire pendant la relation médicale. Pour diverses raisons, cette demande ne reçoit pas toujours l'avis favorable du personnel médical. Ce qui importe dans l'analyse, c'est que cette aspiration traduit une demande implicite. Il s'agit généralement de la volonté de partager l'expérience douloureuse de la grossesse et de l'accouchement ou celle de se garantir une meilleure « stabilité psychologique ». On comprend donc que ces femmes ont besoin d'une prise en charge de leurs états mentaux, d'une sérénité et d'une réponse aux angoisses qui naissent dans leur ménage en rapport avec l'expérience de la grossesse et de l'accouchement.

Le deuxième niveau de demande le plus élevé concerne l'achat et l'utilisation des médicaments. Les restrictions médicales face à l'auto-médication ne sont pas toujours bien perçues par les patientes. Elles ont l'impression d'être sous « domination ». Des scènes de conflits naissent parfois du fait que certaines patientes pratiquent de l'auto-médication ou se refusent de respecter les avis médicaux. Cette situation présente aussi un fond d'analyse centrée sur les aspects psycho-affectifs. Les conflits intra-personnels chez les patientes influent sur

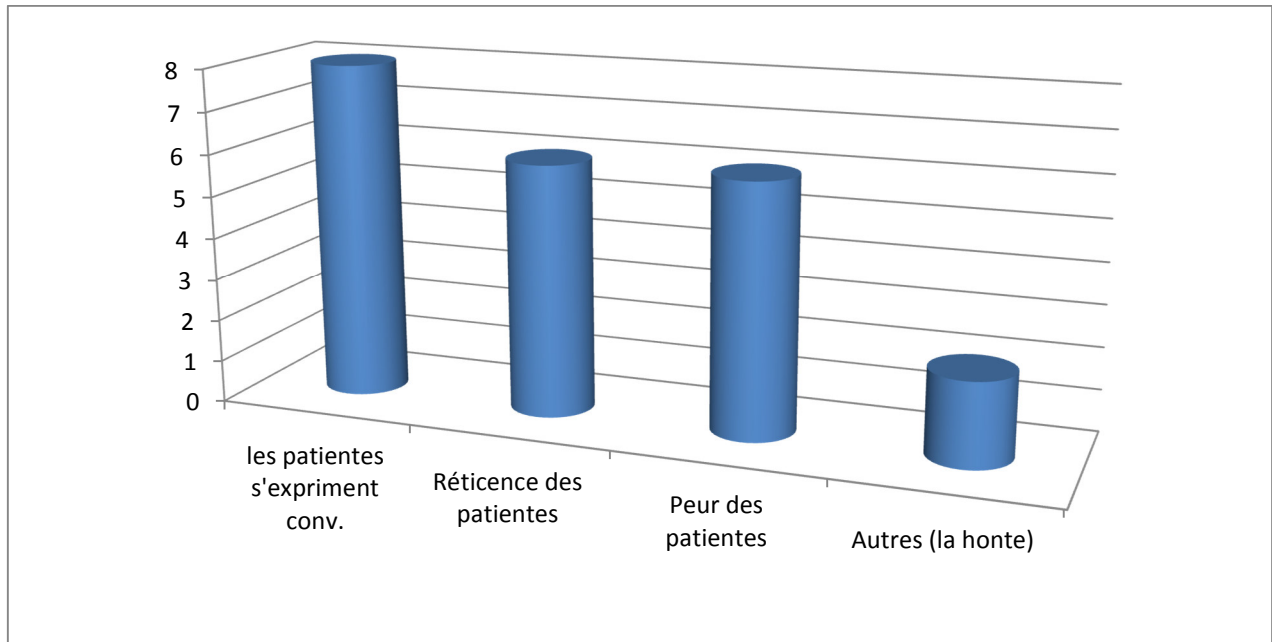
leurs choix et leur refus d'accepter un avis contraire à leur propre décision. Surtout dans les cas de douleurs ou d'émergence de maladie, les patientes, leurs époux ou autres proches tentent de surclasser le rôle de l'agent de santé. Dans ces cas, la colère de l'agent de santé est construite dans le sens de l'affrontement ou de l'indifférence face à l'ampleur du mal éprouvé. Il devient donc important de mieux interroger les processus psychologiques qui interfèrent dans l'image que se projettent les acteurs afin de créer un contexte favorable à la collaboration.

CHAPITRE VI. L'ancrage psychosocial de la collaboration entre les acteurs de soins

6.1. Sources psychosociales du déficit de collaboration

La problématique de la collaboration entre soignants et soignés pose, de façon implicite, celle des liens sociaux et la dynamique de groupe. En effet, le déficit de la collaboration intervient comme une conséquence des formes de rejet, d'indifférence, des conflits de personnalité et de repères en des acteurs. Si les agents de santé s'évitent tout contournement des prescriptions médicales, les patientes souhaitent ce contournement pour des raisons portées par le faible pouvoir d'achat et aux clichés relatifs à la médicalisation de l'accouchement. On est donc en face de deux logiques d'actions qui s'affrontent et réduisent les chances d'optimisation de la relation médicale.

Les conflits de repères s'observent aussi au sujet de la nudité. Les primipares présentent des réticences quant-au dévoilement de leur nudité avec une humeur parfois gênant pour l'agent de santé. Dans ce même cadre, il est constaté que la collaboration est à l'épreuve de la sincérité des discours que produisent les patientes. La « vie privée » de la patiente contient des gisements d'informations utiles pour la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. Seulement, cela est considéré comme « un espace interdit d'accès » chez des femmes enceintes. De même, certaines femmes enceintes admettent que les sages-femmes n'arrivent pas à comprendre la sincérité et la légitimité des arguments qu'elles avancent pour justifier certains de leurs comportements. C'est le cas de celles qui se refusent l'expérience d'une longue attente et le toucher vaginal. Le graphique n°7 présente quelques attitudes chez les femmes enceintes qui fragilisent la collaboration autour de la prise en charge médicale.



Source : réalisé à partir des données de terrain

Graphique n°7 : Attitudes des parturientes lors des rencontres médicales

Plus de 48 % des agents de santé affirment que les patientes n'arrivent pas à s'exprimer convenablement. Cette catégorie regroupe les patientes qui affichent une peur, qui ont des réticences et celles qui témoignent d'une honte liée à une situation spécifique. Ces paramètres sont d'abord et avant tout des composantes de nature (essentiellement) psychosociologiques. On y retrouve l'interférence de variables identitaires notamment la religion, la classe socioéconomique d'appartenance et les conflits intra personnels.

Plus de 62% des agents de santé estiment que les patientes n'observent pas régulièrement les médicaments prescrits, les analyses et l'échographie recommandés. Plus de 85% des agents de santé sollicitent sans succès des rendez-vous avec les partenaires des femmes en vue de renforcer la prise de responsabilité à son niveau. En effet, face au déficit de collaboration ou en raison des causes de ce déficit, les sages-femmes souhaitent informer les partenaires et proches sur leur responsabilité. Selon les sages-femmes, ces responsabilités portent sur la prise en charge des dépenses, l'accompagne et le suivi de l'observance médicale, l'amélioration du climat social autour de la femme

enceinte et le respect des interdits. Mais la satisfaction de cette demande met en jeu les rôles sociaux et la gestion du pouvoir au sein du ménage. Certains hommes ont donc l'impression d'être convoqués ou interpellés. Il devient donc important de renforcer l'expertise des démarches sociologiques et psychologiques dans la négociation et le déroulement de ces entretiens.

En dehors de l'implication du partenaire, les visites constituent un autre point d'ancrage des malentendus. Dans la prise en charge de la grossesse chez la femme enceinte, les visites faites par les parturientes sont très capitales pour un bon accouchement. Mais les patientes et les agents de santé ne s'accordent pas toujours sur ce point. Les patientes annoncent que les visites des proches dont elles font l'objet participent, parfois, de l'amélioration du climat social dans lequel elle prépare l'entrée en salle d'accouchement. Il en est de même pour les premières heures qui suivent l'accouchement. Elles y voient des formes expressives de la solidarité et de l'encouragement. Elles puisent dans ces visites, assurance et quiétude qu'elles ne retrouvent toujours pas dans la relation médicale. Les salles d'hospitalisation des femmes enceintes, la salle d'attente et le bloc réservé aux parturientes entretiennent un climat social qui n'est pas sans effet sur la psychologie des patientes. Même les contrôles qu'effectuent les sages-femmes et aides-soignantes ne parviennent pas à décriper cette atmosphère. C'est donc dans les visites qu'elles retrouvent la réponse à cette crispation de l'ambiance. Les restrictions sur ces visites sont donc comprises comme une décision impertinente et gênante. Et pourtant les agents de santé considèrent que ces visites, peuvent, dans une certaine mesure, perturber le processus de prise en charge. Le besoin auquel répondent les visites peut être logé dans les composantes psychosociales de la prise en charge sanitaire. Aux restrictions des libertés, il faut donc associer une réponse au vide affectif à l'angoisse qui anime ces patientes.

6.2. Implications du déficit de collaboration dans la relation médicale

L'insuffisance de franche collaboration n'est pas sans effet sur la qualité de la prise en charge de la femme enceinte et de la parturiente. Au titre des implications identifiées, on note un regain de fidélisation de la clientèle. Des patientes annoncent avoir changé de formation sanitaire pour des raisons liées à l'insuffisance de collaboration franche avec le personnel de soins. Dans d'autres circonstances, elles conservent la même formation sanitaire mais portent leur attention sur les sages-femmes et aides-soignantes de garde. A cet effet, certaines femmes affirment se renseigner sur le personnel de garde avant de prendre la décision de venir à l'hôpital. Pour s'éviter un « accouchement difficile », elles préfèrent accoucher le jour de garde du personnel avec lequel elles entretiennent de relations conviviales.

En dehors de la question portant sur la fidélisation, la qualité de la communication, de l'accueil, l'observance, les erreurs professionnelles, la qualité de l'humeur sont autant de faits qui découlent de l'insuffisance de collaboration. Ces faits se rapportent aussi bien aux femmes enceintes qu'aux agents de santé. Parfois, les usagers interprètent la période d'attente (à l'étape du relais entre la Sagefemme de garde et celle qui prend service par exemple) comme une conséquence du déficit de collaboration. La fréquence des fausses réponses ou des comportements d'indifférence venant de la patiente sont aussi perçus comme faisant partie des conséquences de l'insuffisance de franchise dans la collaboration.

Plus de 77 % des Sages-femmes affirment l'interférence de mensonges dans les réponses qu'apportent les usagers aux questions posées. Plus de 65 % des patientes pensent que les agents de santé leur cachent des informations liées au suivi de la grossesse et de l'accouchement. Une telle situation fragilise l'intercompréhension et le niveau d'optimisation de la relation médicale. Plus de 49 % des patientes admettent n'avoir jamais respecté strictement l'ensemble des conseils médicaux produits par la sage-femme. Mais elles reconnaissent toutes

l'importance de ces conseils. Cependant, les contraintes diverses qui expliquent leur comportement ne sont pas toujours exposées à l'agent de santé. On retient alors que les patientes n'arrivent pas à s'extérioriser sur des aspects qu'elles considèrent comme relevant du registre personnel. Des cas de complication de grossesse et d'accouchement peuvent donc naître de cet état de chose. L'ensemble (100%) des agents de santé en est conscient. Ce groupe affirme développer des stratégies dans ce sens. Ces stratégies portent, véritablement, sur le développement des affinités, des formes de sociabilité et même des soutiens matériels et financiers pour renforcer les relations avec les patientes. Dans le rang des patientes, les stratégies évoquées consistent à faire de l'agent de santé notamment de la sage-femme « *un dieu* » et de renforcer avec elles des échanges téléphoniques.

Les considérations portant sur la collaboration montrent que les différents acteurs sont convaincus de la valeur ajoutée d'une bonne collaboration dans la relation médicale. Seulement, ils n'arrivent pas à optimiser cette collaboration en raison de divers facteurs qui sont de nature (essentiellement) psychosociale.

6.3. L'obstétrique versus la psychologie clinique : les deux faces d'une même pièce

La prise en charge des gestantes, revêt plusieurs aspects qui se complètent. Quand bien même multiples, les aspects obstétricaux et psychologiques s'imposent. En effet, la grossesse étant une période de fragilité où en dehors des difficultés obstétricales, le psychisme de la femme est très vulnérable. Afi, une jeune femme de 33 ans nous confie :

« j'ai d'ailleurs fait assez d'exams; mais ils n'ont rien donné ; et pourtant je continuais de maigrir je ne veux pas vous mentir, je vous jure, je suis fatiguée de vivre. »

Il en ressort une insatisfaction psychologique. Devant ce trouble, la compétence et le temps ne permettent aux thérapeutes d'aborder efficacement le volet psychique. A la CCS d'Abomey-Calavi, la situation n'est pas différente. D'ailleurs un médecin échographiste affirme :

« C'est vrai que nous avons reçu une formation en psychologie mais ce n'est pas notre domaine de prédilection. Nous essayons de faire les prises en charge psychologique mais ça ne marche pas toujours. On n'a pas le temps de s'occuper à fond d'une seule personne. Parfois, on est conscient de la chose. Ça peut-être un raté c'est-à-dire que la patiente s'en va avec sa marque. Nous n'avons pas eu le temps de régler vraiment son problème sur le plan psychologique ».

Dans ce contexte, la chimiothérapie semble être la porte de sortie. De façon exclusive en chirurgie, la chimiothérapie est le seul recours pour préparer l'acte chirurgical contre toute douleur, qu'elle soit physique ou psychique. Même s'il arrive que certaines femmes ne se préoccupent que du côté somatique de leur pathologie, la médication n'est pas toujours efficace face aux maladies ayant un versant psychique dont l'inquiétude ou la peur sont souvent révélatrice. Ce problème explique certaines oppositions des patients aux prescriptions, entraînant de fait, une non-observance ou un remaniement médicamenteux. A en croire les dires d'une enquêtée, cette situation reflète l'existence d'un problème au niveau de l'attitude thérapeutique proposée par les soignants qui délaissent parfois le versant psychique pour une approche de compétence où ils sont plus doués. Ce problème d'opposition peut s'étendre aux parents de patients et peut alourdir la communication. Avec un travail d'accompagnement psychologique de chaque acteur en relation, il serait possible d'assainir le climat relationnel. A propos de la conduite thérapeutique, certains médecins s'estiment capable de prendre en charge psychologiquement leurs patients. Néanmoins, il est fait de façon incomplète.

Et lorsque les moyens existent, le patient est référé au psychiatre au lieu du psychologue par confusion de rôles. Toujours dans l'optique d'une réussite de la prise en charge, il faut noter la place capitale qu'occupe l'époux de la patiente, tant du côté obstétrical que psychologique. En conséquence, son absence a des répercussions sur l'état de la femme et sur son enfant. Ainsi la femme peut être nerveuse, frustrée, et parfois en conflit avec lui ; ce qui défavorise le développement de l'enfant. Une insatisfaction des besoins affectifs et économiques, peut conduire la femme à une dépression, à des complications sur la grossesse, à des fausses-couches, à des naissances prématurées, à des malformations ou plus tard impacter le tempérament de l'enfant.

Conclusion

La santé est un état de bien-être physique, mental et social. La maternité quant à elle n'est pas de nature que physiologique. La non observance des ordonnances médicales, la fréquence des tensions artérielles élevées et le défaut de coopération chez les femmes enceintes soulèvent des questions beaucoup moins biomédicales. L'état psychologique de la gestante constitue donc une composante essentielle dont il faut s'occuper. L'obstétricien qui traite l'évolution physiologique de la grossesse ne saurait éviter une prise en compte de l'état d'esprit de la femme enceinte elle-même. C'est le cas à la clinique coopérative d'Abomey-Calavi où il y a un psychologue clinicien qui se charge de cet aspect.

Cette étude intitulée « De l'obstétrique médicale à la psychosociologie : Entre rupture et continuité dans la prise en charge des parturientes de la Clinique Coopérative de Calavi » a permis dans un premier temps de présenter les écarts entre les vécus sociaux de la grossesse et les pratiques que développent les obstétriciens dans le processus de prise en charge médicale des femmes enceintes et dans un second temps d'établir les implications des divergences entre le mode d'intervention dans les soins obstétricaux et la psychologie clinique dans la qualité des services offerts aux patientes.

La relation de confiance avec des personnes intervenant dans la formation sanitaire, l'indiscrétion du milieu de soins, la qualité des services de soins, la proximité géographique avec la formation, le groupe de référence/d'appartenance, la flexibilité dans la disponibilité à servir les usagers, le coût financier des prestations constituent les paramètres qui influencent le choix de la formation sanitaire destinée au suivi de la grossesse. Parmi ces paramètres, les aspects psychosociaux sont prépondérants.

Les parturientes n'ont pas seulement recours aux agents des formations sanitaires dans le cadre du suivi de leur grossesse et dans le processus d'accouchement. Les personnages religieux, les praticiens de la médecine

parallèle et les personnes dites expérimentées sont autant d'acteurs parallèles auxquels les parturientes font parfois recours simultanément avec les services des agents des formations sanitaires parce que ces dernières sont bien souvent à la recherche d'une assurance, d'une quiétude et d'une marge d'apaisement et de sécurité. Dans d'autres circonstances, ces acteurs interviennent en amont ou en aval pour accompagner le choix d'une formation sanitaire.

En effet, les plaintes enregistrées par les agents de santé proviennent non seulement des parturientes mais aussi de leurs proches. Cet état de chose intervient en début de grossesse et dans le second trimestre notamment à l'approche de la période impartie au travail d'accouchement. Ces doléances sont d'ordres sanitaires avec l'interférence de facteurs d'ordre psychosociologiques.

Les sages-femmes, le gynécologue, les aides-soignantes, le chirurgien, les agents de la bio technologie médicale et le psychologue sont les acteurs qui assurent la prise en charge des femmes enceinte à la Clinique Coopérative d'Abomey-Calavi. En dehors du psychologue, toutes ces catégories d'acteurs notamment les sages-femmes, les parturientes et leurs accompagnateurs affirment faire l'objet d'une « prise en charge psychologique ». La prise en charge de la femme enceinte se rapporte à l'exercice du métier de psychologue. Le paradoxe est que le personnel médical admet jouer aussi ce rôle de psychologue sans avoir réellement une formation ni en psychologie ni en sociologie. Le capital "expérience" est perçu comme une ressource suffisante pour assurer la fonction de psychologue.

En définitive, les questions qui demeurent vont dans le sens de savoir s'il faudrait recruter un psychologue pour les salles d'accouchements dans les maternités ? Ou serait-il opportun de former les sages-femmes aux rudiments de la psychologie ? Pour aller plus loin, n'y a-t-il pas à gagner à réécrire le protocole de prise en charge en soins obstétricaux à la lumière des considérations de la psychologie clinique ?

ANNEXE

QUESTIONNAIRE GUIDE D'ENTRETIEN ET GRILLE D'OBSERVATION

Questionnaire à l'endroit des femmes enceintes / Nourrices

N°	INFORMATIONS GENERALES
1	Nom et prénoms
2	Age
3	Sexe
4	Statut professionnel
5	Niveau d'étude
6	Nombre d'accouchement déjà connu avec ou sans succès
7	Profession de l'époux

N°	Questions	Réponses	Codes
1- LA RELATION MEDICALE			
1.1	Les plaintes que vous formulez portent généralement sur	Les douleurs physiques	1
		Les mouvements de l'enfant	2
		Les maladies diverses	3
		Les irrégularités dans l'évolution de la grossesse	4
		Autres à préciser	
1.2	Le contenu l'intervention généralement sur de porte	Les entretiens d'au moins 5 minutes	1
		Les entretiens de plus de 5 minutes	2
		Les échanges avec vos proches	3
		Les irrégularités dans révolution de la grossesse	4
		Autres à préciser	
1.3	Lors des rencontres médicales	Les agents de santé s'expriment convenablement avec vous	1
		Les agents de santé sont réticents à l'information	2
		Vous présentez une peur	3
		Autres comportements à préciser	4
1.4	Présenter l'importance de la collaboration dans la réussite de la prise en charge de la femme enceinte		
1.5	Citez trois stratégies que vous adoptez pour obtenir une bonne collaboration de la Sage-femme		
1.6	Citez trois obstacles à la collaboration avec les agents de santé		
1.7	Etes-vous souvent personnellement convaincue de la sincérité des informations que produisent les agents de santé sur votre état de santé.	Codes	
		Oui	Non
	Si non expliquer :	1	2

II- LES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE	
2-1	Quels sont les praticiens qui interviennent régulièrement aux côtés de la Sage-femme :
2.2	Quels sont les attentes des agents de santé que vous n'arrivez pas à satisfaire? Expliquer
2.3	A votre avis, quels doivent être les rôles de l'époux et des autres acteurs aux côtés de la femme enceintes ?
2.4	Quelles sont selon vous, les conséquences qui pourraient advenir si ces rôles ne sont pas assumés ?
2.5	Quel avis portez-vous sur la visite dont fait l'objet les parturientes ?
2.6	Présentez une situation qui vous a marqué et qui montre l'importance ou les inconvénients liés à l'insuffisance de collaboration avec la Sage-femme
2.7	Quels sont vos conseils à l'endroit des femmes qui ont peur d'entrer en travail d'accouchement
2.8	Citer trois attitudes que peut avoir une femme pour faciliter le déroulement de la délivrance

III- LES CONTRAINTES				
3.1	Est-ce qu'il vous arrive de contourner la décision de l'agent de santé. Si oui, expliquer :	Codes		
		oui	Non	
		1	0	
3.2	Les principaux problèmes auxquels vous êtes confrontés portent sur	l'insuffisance de temps		1
		la non compréhension de la langue des sages-femmes		2
		la non maîtrise de la vie privée des patientes par la sage-femme		3
		Autres à préciser.....		
3.3	Dans le cadre de la relation médicale, vous sollicitez sans succès	La présence du partenaire		1
		L'achat et l'utilisation régulière des médicaments		2
		L'information sur toute situation gênante		3
		Autres à Préciser		
3.4	Parvenez- vous (régulièrement) à	Comprendre le processus de développement de la grossesse		1
		Communiquer avec les agents de santé sur les fondements de chaque intervention		2
		Comprendre les risques liés aux comportements non recommandés		3
		Poser des questions à l'agent de santé sur ce que vous ne comprenez pas dans ses interventions		4
		Autres à préciser		

IV. LE PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE	
4.1	Présentez-nous les différentes actions qui sont menées lors du travail d'accouchement/la délivrance
4.2	Quelles sont les opérations qui vous gênent ?

GUIDES D'ENTRETIENS

A L'ENDROIT DES SOIGNANTS

Notre entretien a porté sur les thèmes suivants :

- les difficultés posées par les patientes
 - * les refus couramment enregistrés
 - * les problèmes relationnels à connotation sociale avancés
 - * la vie de couple
- la prise en charge somatique
 - * les affections associées à l'état de grossesse
 - * l'éducation thérapeutique des patientes
- la prise en charge psychologique
 - * la peur de la douleur de l'acte de soin
 - * le comportement face à la nouvelle morphologie du corps de la femme
 - * les émotions récurrentes
- connaissance du psychologue clinicien et son rôle à l'hôpital ou en milieu obstétrical
 - * fonction et charges du psychologue
 - * limite de l'intervention du psychologue à côté des femmes reçues
- l'intégration du psychologue clinicien en institution
 - * appréciation du soignant sur sa présence en milieu obstétrical

A L'ENDROIT DES PATIENTES/ ACCOMPAGNATEURS

Notre entretien a porté sur les thèmes suivants :

- le malade et ses croyances
 - * les connaissances sur l'affection diagnostiquée par le soignant ou supposée par les patientes ou accompagnateurs
 - * autres démarches non médicales entreprises
- les impacts psychologiques de la maladie
 - * état psychosocial synchronique et diachronique induit par la maladie ou l'état de santé
 - * émotions et sensations déclenchées suite aux démarches non médicales
- les attentes et besoins exprimés
 - * écoute et attentes face aux éléments de culture à relent sociaux
 - * acteurs concernés par les demandes et leur potentiel détenu pour régler les problèmes posés
- connaissance et rôle du psychologue clinicien
 - * mode d'intervention observée
 - * expériences vécues avec la patiente ou par une connaissance

GRILLE D'OBSERVATION

- Mouvements des différentes catégories acteurs :
 - * agents de santé ;
 - * patientes
 - * accompagnateurs
- plaintes et humeur de chaque catégorie d'acteurs,
 - * joie, peine, colère.
 - * plaintes orientées vers le comportement des soignants

- * plainte au sujet du fonctionnement de l'institution
- étapes et lieux d'articulation des contacts.
- * Informations (ou connaissance) sur le parcours thérapeutique des patientes et accompagnateurs
- * les espaces d'échanges intenses
- salles d'attente, salles de dilatation, hall de la chirurgie, pharmacie.

Références bibliographiques

- Aguia-Daho J. (2014), Du biologique au social : une socio-anthropologie de la douleur chez les parturientes dans la Zone sanitaire Ouidah-Kpomassè-Tori, inédit
- Barthold A., 2009, La prise en charge psychosociale des alcooliques à l'Association pour la Prévention de l'Alcoolisme et des Accoutumances Chimiques (APAAC).r Université d'état d'Haïti (UEH) - Licence en service social, Biologie et Médecine.
- Blouin M, Bergeron C, (1997). Dictionnaire de la réadaptation, tome 2 : termes d'intervention et d'aides techniques. Québec, Les Publications du Québec, 1997, 164 p.
- Barron et al, 1990, Médecine de la femme enceinte sous la direction, Paris, Flammarion
- Bergeret-Amselek A. Le Mystère des Mères, Éditions Desclée de Brouwer, Paris, 1998.
- Brillon M. 2006a, L'image du corps : souffrance, plaisir et réalité. Psychologie Québec, Bibliothèque nationale du Québec, Bibliothèque nationale du Canada.
- Brillon M. 2006b, La pensée qui soigne. Québec : Éditions de l'Homme.
- Bruchon-Schweitzer M. (2002), Psychologie de la santé modèles, concepts et méthodes, Paris, Dunod, coll. « PSCHO SUP ».
- Champy F, 2012, La sociologie des professions, PUF, « Quadrige - manuels », Paris, 272 p.
- Chapouthier, G., 2008, La douleur : des animaux à l'homme (sous la direction de T. Auffret Van Der Kemp et J. C. Nouët), in Collection « Le mouvement des savoirs », Paris, Editions le Harmattan.
- Cherabi K. 2010, La prise en charge psychologique et sociale, définitions et concepts clés. IMEA 30 Novembre 2010

- CNOM (2004). Evaluation des compétences et des pratiques professionnelles. Rapport 2 juillet. France.
- Coin-Bariou L., Grossesse à l'adolescence : Événement de vie avènement d'un sujet, thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine qualification en psychiatrie. Présentée et soutenue publiquement le 26 septembre 2005 à l'Université d'Angers.
- Danion-Grilliat A., D Sibertin-Blanc D. et Jousset C., 2008, Prise en charge et accompagnement d'un enfant cancéreux à tous les stades de la maladie. Problèmes psychologiques, éthiques et sociaux, inédit
- Delassus, J-M., 2002, Le sens de la maternité : cycle du don et genèse du lien, Paris, Dunod.
- Dubar et Tripier, 1998, Claude Dubar, Pierre Tripier – Sociologie des professions, Armand Collin, Collection U, sociologie, 1998
- Emmanuelli M. (2002), le psychologue et l'examen psychologique, dans *le métier du psychologue clinicien* (2002), Nathan.
- Fassin, D., 1992, Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale de la banlieue de Dakar, Paris, PUF.
- Fassin, D. & Jaffre, Y., 1990, "Maladie et médecine", Paris, Les Éditions Ellipses, pp. 38-49, 287.
- Fiollot-Bertrand C., Accès au soin psychiatrique et précarité, thèse pour le diplôme d'État de doctorat en médecine présentée et soutenue le 04 Novembre 2004 à l'Université d'Angers.
- Fua D. (dir.). Les métiers de psychologue clinicien, Paris, Nathan Université, coll. « Fac psychologie ». (2002).
- Gailly, A ; Leman J.(1991), Thérapies interculturelles : l'interaction soignant-soigné dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire, Bruxelles : De Boeck-Wesmael

- Grawitz M. (2001), Méthodes des sciences sociales, Paris, Dalloz, coll. « Précis».
- Greiner et Knebel, 2003. Greiner, A. C. & Knebel, E., (ed.) (2003). Health Professions Education: A Bridge to Quality. Washington DC: The National Academies Press.
- Hippenmeyer, L.-H. (1998). Représentations des difficultés d'apprentissage, collaboration et gestion des rôles dans les équipes pluridisciplinaires (Rapport de recherche). Université de Lausanne.
- Hubert M-C et Gardes-Tamine J.: Dictionnaire de critique littéraire, Paris, Armand Colin, « Cursus », 1993, 230 p.
- Massé, R., 1995, culture et santé publique, éd. Gaétan Morin, Québec, bibliothèque nationale de Canada.
- Maruani M, Reynaud E, Sociologie de l'emploi, Paris, La Découverte, Coll. "Repères", 4ème éd. actualisée (2004)
- Mouras M-J, le psychologue dans le champ de la périnatalité, dans *le métier du psychologue clinicien* (2002), Nathan.
- Lagache D. (1949), L'unité de psychologie : psychologie expérimentale et psychologie clinique, Paris : Presses Universitaires de France
- Lieury A. La Psychologie cognitive, Paris, Dunod, 2005
- Michel, Y., 2005, Parents et sage-femme : l'accompagnement global : rencontres sur le chemin de la naissance, Paloma Chaumette.
- Pédieli J.L. (1994), Introduction à la psychologie clinique, Paris, PUF
- Phaneuf M. (2005). Le suivi systématique des clientèles: pour des soins centrés sur la personne.
- Rey A., L'examen clinique en psychologie. Paris, PUF, 1958
- Rotsart de Hertaing, L., & Courlejoie, J., 1998, maternité et santé, notions d'obstétrique, 446 P

- Seca, J-M. (2001). Les représentations sociales. Paris: Armand Colin/VUEF
- Vaz L., Corneli A., Dulyx J., Rennie S., Omba S., Kitetele F. AD Research Group., Behets F., 2008, The process of HIV status disclosure to HIV-positive youth in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo. *AIDS Care*, 20(7), 842-52.
- Viry R. (1990), Introduction à l'étude de la psychiatrie analytique, Nancy, PUN
- Zongo, (2004) Prise en Charge Psychosociale des PVVIH/SIDA dans trois centres sociaux de Porto-Novo au Bénin), IRSP-Ouidah - Bénin - Maîtrise en Santé Publique, option Gestion Santé de la Reproduction 2004.

Références Webographiques :

- Gyneweb (<http://lesvendredisintellos.com/2013/06/14/bouleversements-psychiques-chez-la-femme-enceinte/>) Bydlowski M, consulté le 6 mars 2014 à 17h 22.
- Linton R. (1945), Le fondement culturel de la personnalité, http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.htm
- Rowe, G. 2000, « Prendre soin des soignants : la difficile construction d'une prise en charge psychologique du personnel soignant », Face à face [En ligne], 2 | 2000, mis en ligne le 29 juin 2010, consulté le 15 avril 2013. URL <http://www.faceaface.revues.org/539>
- <http://dictionnaire.reverso.net/francais-definition/prise%20en%20charge>
Dictionnaire en ligne « Reverso » donnant différentes aperçues sur la notion *de prise en charge*. Consulté le 2 février 2015 à 17h h 20

TABLE DES MATIERES

Sommaire.....	2
Dédicace	3
Remerciements.....	4
Sigles et acronymes	5
Liste des figures, graphiques et tableaux.....	6
Résumé.....	7
Abstract	8
Introduction.....	9

1^{ère} PARTIE

Cadre théorique et méthodologique de l'étude : L'expérience de l'accouchement comme champ de rencontre entre la psychosociologie et l'obstétrique médicale.....12

CHAPITRE I- CADRE THEORIQUE.....12

1.1. Problématique.....	12
1.1.1. Problème central.....	12
1.1.2 Hypothèses.....	15
1.1.3. Objectifs de recherche.....	15
1.1.3.1. Objectif général.....	15
1.1.3.2. Objectifs spécifiques.....	15
1.1.3.3 variables explicatives.....	16
1.2. Définition du sujet.....	16
1.2.1. La nature de l'étude.....	16
1.2.2. Clarification conceptuelle.....	17
1.2.3. Justification du sujet.....	21
1.2.4. Ancrage disciplinaire : De la sociologie du développement à la sociologie des professions.....	22
1.3. Présentation et justification du cadre de l'étude.....	23

1.3.1-Structure fonctionnelle	25
1.3.1.1. Le service d'accueil et le dispensaire.....	25
1.3.1.2. La maternité.....	25
1.3.1.3. La chirurgie.....	26
1.3.1.4. Autres services et spécialités.....	26
1.3.1.5. Les assurances.....	28
1.3.1.6. Médecins et garde	29
1.3.1.7. Malades et garde malades	29
1.4. Justification du choix du milieu d'étude.....	29
1.5. Quelques axes actuels de la discussion.....	30

CHAPITRE II : CADRE PRATIQUE.....34

2.1. Démarche méthodologique.....	34
2.1.1. Recherche documentaire.....	34
2.1.2. Sources orales.....	34
2.1.3 .Techniques et outils de collecte des données.....	35
2.1.3.1. Etude documentaire.....	35
2.1.3.2 .L'entretien.....	35
2.1.3.3 Le questionnaire.....	36
2.1.3.4 Observation directe.....	37
2.1.4 .Population cible et échantillonnage.....	38
2.1.5 Durée et organisation de la recherche.....	40
2.1.6. Organisation pratique de la collecte des données	41
2.1.7. Technique de dépouillement et de traitement des données.....	41
2.2. Les limites de la recherche.....	42

2^{ème} PARTIE

Quand la prise en charge obstétricale rime avec la prise en charge psychosociale.....43

CHAPITRE III : La prise en charge de la femme enceinte : l'omni présence d'une demande de service en psychosociologie43

3.1. Des critères de recours aux formations sanitaires centrés sur les aspects psychosociologiques43

3.1.1. Les composantes psychosociales du recours aux acteurs parallèles de soins.....47

3.1.2. Les plaintes sanitaires et l'interférence de facteurs d'ordre psychosociologiques50

CHAPITRE IV. Le psychologue dans les soins obstétricaux : entre l'"in sider" et l'"out sider"55

4.1. La transversalité de la composante psychosociologie.....55

4.1.2. Une compréhension parcellaire du rôle du psychologue clinicien58

4.1.3. Utilité du psychologue clinicien dans les soins obstétricaux60

4.1.3.1. La gestion des états mentaux en rapport avec la grossesse et l'accouchement60

4.1.3.2. La prise en charge de la douleur.....61

4.1.3.3. La gestion de la relation médicale.....61

4.1.3.4. L'accès à l'information "privée".....62

4.1.3.5. L'observance médicale62

4.1.3.6. Les vécus en milieu social62

3^{ème} PARTIE

Les performances des soins obstétricaux à l'épreuve des succès de la prise en charge psychosociale des patientes.....64

CHAPITRE V. Les conflits d'intercompréhension dans la relation médicale

5.1. Les éléments de profil sur les patientes64

5.1.2. Les « procès » entre les acteurs directs de la relation médicale.....66

CHAPITRE VI. L'ancrage psychosocial de la collaboration entre les acteurs de soins71

6.1. Sources psychosociales du déficit de collaboration71

6.2. Implications du déficit de collaboration dans la relation médicale74

6.3. L'obstétrique versus la psychologie clinique : les deux faces d'une même pièce.....75

Conclusion.....78

Annexe.....80

Références bibliographiques86

Table des matières.....90

RESUME

La présente recherche met en relief l'articulation entre l'activité obstétricale et celle de la psychologie clinique dans la relation médicale chez les femmes enceintes de la clinique coopérative d'Abomey-Calavi. Le problème soulevé porte sur les interférences entre les fondamentaux de la psychosociologie et les pratiques de la prise en charge sociale et médicale des usagers des maternités au Bénin. Les hypothèses de recherche postulent que les vécus liés à l'accouchement sont ancrés dans des considérations propres à la psychologie clinique dont les principes échappent encore au processus de prise en charge des femmes enceintes. Les données produites à l'aide du questionnaire, du guide d'entretien, de la grille d'observation et celle de lecture sur le contenu de l'offre de service et de la demande en soins obstétricaux ont permis d'établir les niveaux d'articulation de la rencontre entre les proches des patientes, le psychologue clinicien et l'obstétricien (ne).

Les résultats produits ouvrent alors de nouvelles perspectives quant à une réorientation des pratiques en soins obstétricaux en vue d'y inclure certains présupposés de la psychologie et de la sociologie notamment la gestion de l'affect et du stress chez la patiente.

Mots clés : Obstétrique médicale ; Psychologie clinique ; Psychosociologie.

ABSTRACT:

This research highlights the link between obstetric activity and that of clinical psychology in medical relationship with the Cooperative Clinic of Abomey- Calavi pregnant women. The main problem is based on the interference between the fundamental of social psychology, practices of social care and medical users in Benin maternities hospital. Researches from assumptions assume that the experiences related to childbirth are anchored in to specific consideration including clinical psychology whereby the principles still escape to the support process for pregnant women. The data produced using questionnaires, interview guide, observation checklist and that of reading the content of the proposal and the demand of midwifery have established the joint meeting to the levels of patients' relatives between the clinical psychologist and obstetricians

The products result open then new prospects for a reorientation of midwifery practices to include certain assumptions of psychology and sociology and the management on stress in the patients.

Key words : medical Obstetric ; clinical Psychology ; Psychosociology.