



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 6 (3)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 16 September 2024
Accepted, 20 November 2024
Published, 30 December 2024
<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Atse & Kassi (2024). *Deshumanisation des soins : fondement de la réticence à la fréquentation des centres de santé ? une analyse par appariement de score de propension*. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*. 6(3), 1-18. <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.1>

Research

Deshumanisation des soins : fondement de la réticence à la fréquentation des centres de santé

Dehumanization of care: the basis of reluctance to attend health centers

Atsé Achi Amedée-Pierre¹, Kassi Yao Germain^{1,*}

¹Université Péléforo Gon Coulibaly de Korhogo, Côte d'Ivoire

***Correspondance :** gorkykassi@gmail.com;

RESUME

Cette recherche se propose de déterminer, d'une part, les manifestations de la déshumanisation, et de situer les cadres d'analyser en vue de réduire les réticences aux CPN et CPoN, d'autre part. Elle porte sur un échantillon de 50 personnes dont 30 femmes et 10 hommes, 3 personnes âgées imprégnées des savoirs locaux, 2 matrones traditionnelles, 2 tradipraticiens et 3 personnes du staff médical. A partir d'une approche qualitative centrée sur des entretiens libres et une observation directe, les principaux résultats mettent en relief l'expression plurielle de la déshumanisation des soins, notamment, la déshumanisation relationnelle. Elle s'exprime dans la relation médecin-patient et se manifeste par les violences verbales, les railleries et des traitements rudesses des prestataires de soins.

Mots-clés : Senoufo, déshumanisation, soins, réticence, Consultation prénatale.

ABSTRACT

This research aims to determine the manifestations of dehumanisation and to identify the frameworks for analysis to reduce reluctance to undergo ANC and PNC. The study involved a sample of 50 people, including 30 women and 10 men, 3 elderly people steeped in local knowledge, 2 traditional matrons, 2 traditional practitioners and 3 medical staff members. Based on a qualitative approach centred on free interviews and direct observation, the principal results highlight the multiple expressions of the dehumanisation of care, particularly relational dehumanisation. This is expressed in the doctor-patient relationship and manifests itself in verbal abuse, mockery and rude treatment by healthcare providers.

Keywords: Senoufo, dehumanisation, care, reluctance, antenatal consultation.

1-Introduction

L'institution sanitaire a pour fonction d'aider les patients dans leurs parcours de soins en vue de recouvrer la santé. Les malades y affluent avec des maux divers. Certains y entrent dans l'agonie pendant que d'autres sortent soulagés et complètement guéris. Tout se présente comme si l'hôpital est le lieu parfait où les malades sont choyés dans le procès de traitement. Mais des travaux de recherche indiquent que les centres de santé sont aussi le théâtre de violences de tout genre (Ettien et *al*, 2020 ; Kassi, 2017 ; Sizi, 2017). De violences verbales au traitement rudesse en passant par des atteintes physiques (.Atsé, 2017) meublent la relation thérapeutique (Antrobus, 1997; Beagan et Elis, 2009; Varcoe et al., 2004; Ceribelli, et al., 2009). Quelles que soient les raisons de ces violences, elles hypothèquent les soins (Halstead, 2001; MacLeod et McPherson, 2007), créent des situations telles que les évactions hospitalières (Atsé, 2007), les perdus de vue, etc. Les patients se sentent humiliés parfois par le silence des prestataires de soins quand ils désirent avoir des informations sur leur état de santé. Des sentiments d'insatisfaction sont relevés à la suite de consultation, dite brève (Kassi, *idem*). En effet, certains patients ont le sentiment qu'on se débarrasse d'eux rapidement pour d'autres. Des insultes et traitements rudesses caractérisent les salles d'accouchement (Ettien et *al* ; *idem*). Ces attitudes ne sont pas toutes suivies de ripostes chez les patients. Tout se passe comme si « la main qui demande est en bas ». Ce que la plupart des patients demande, c'est la socialisation des soins, pour qu'un minimum de droit soit accordé au patient déjà taraulé par la douleur (Avoine, 2012). Mais le traitement rudesse apparait comme une douleur psychologique et mentale supplémentaire (Beagan et Elis, 2009) que les institutions hospitalières, du moins certains de leurs acteurs, infligent aux patients. Cette déshumanisation des soins a des conséquences sur le suivi des patients ambulatoires. C'est le cas des « perdus de vue » chez les patients sous traitement anti-retro-viraux (ARV). En effet, constatant leur statut sérologique divulgué, ces patients sont obligés de changer de localité. Certains taraulés par la honte n'y reviennent plus jusqu'à ce que la mort survienne (Wadja, 2022).

A ferké, au Nord de la Côte d'Ivoire, les femmes enceintes et les accouchées vivent leur rapport aux maternités sous le mode de calvaire. En effet, elles se rendent très tôt le matin au rendez-vous, espérant être reçues à la consultation prénatale (CPN) ou postnatale (CPoN). Dans le long fil d'attente, elles sont parfois abandonnées au profit d'autres femmes retardatrices. Par ailleurs, elles grognent et se plaignent de la bavure et insultes des sages-femmes dans les salles d'accouchement et les séances de vaccination. Ces patientes se sentent parfois frustrées et même aliénées et désemparées. Or les services de la santé obstétricaux sont multipliés en vue de couvrir en soins obstétricaux le territoire ivoirien. Cette démarche a pour objectif de limiter les complications et les décès en couche déjà trop élevés. Si la multiplication des services obstétricaux et la formation des sages-femmes, ont pour fin la prise en charge du couple mère/enfant, la déshumanisation des soins semble associée à cette prise en charge. Mais la déshumanisation des soins n'est pas sans conséquence dans la relation thérapeutique(RT).Elle constitue parfois une entrave à la RT.

Alors, comment la déshumanisation des soins constitue une entrave à la fréquentation des centres de santé chez les parturientes ?

La réponse à cette question centrale suppose le traitement de questions subsidiaires suivantes qui lui sont sous-jacentes, à savoir :

Qu'est-ce qu'une déshumanisation des soins ?

Comment doit-on s'y prendre pour humaniser les soins afin de réduire les réticences aux consultations prénatales et postnatales chez les parturientes ?

En désirant répondre à ces questionnements, notre objectif est de déterminer, d'une part, les manifestations de la déshumanisation, et de situer les cadres d'analyser en vue de réduire les réticences aux CPN et CPoN, d'autre part. De façon spécifique, l'étude se propose de définir

d'abord le concept de déshumanisation des soins ; ensuite faire la typologie des déshumanisations dans les institutions hospitalières de Ferké ; puis enfin indiquer la manière dont il faut humaniser les soins pour réduire la réticence aux CPN et CPoN.

2-Méthodologie

D'un point de vue méthodologique, il s'agit de présenter d'abord la localisation et le contexte socio-anthropologique du terrain étudié parce qu'« avant toute chose, le terrain est le laboratoire de l'anthropologue » (Copans, 1967, p. 90). Ensuite, seront présentées les modalités de l'enquête dans la localité de Ferkessédougou (département du Tchologo). La carte ci-dessous présente le terrain d'étude :



Source : Tome 1 : Diagnostic de la région du Tchologo

Ce terrain d'étude se situe entre le 9 °53 et 10 de latitude nord et 6 °49 et 8° de longitude ouest. Sur le plan sanitaire, Ferkessédougou a un Centre de santé rural (CSR) de 03 lits et un dépôt de médicaments (pharmacie). Le choix de la localité de Ferkessédougou se justifie par la faible fréquentation des centres de santé chez les Senoufo et les nombreuses évasions hospitalières (Goubo et al. 2016, p.12). Par ailleurs, nos présences en tant qu'enseignant-chercheur et étudiant à l'Université de Korhogo ont motivé cette recherche, par la collecte régulière de données d'observation sur la réticence des parturientes aux CPN et CPoN.

D'un point de vue du contexte socio-anthropologique, les senoufo de Ferkessédougou appartiennent au grand groupe ethnoculturel « Gur », précisément au sous-groupe « Niarafolo ». En dépit d'une tradition de forge et de tissage caractéristique de quelques tribus, les senoufo sont essentiellement paysans. La vie spirituelle est dominée par la croyance en « Kolotiôlô », dieu puissant et « Katielo », déesse-mère. Plusieurs sociétés initiatiques, dont le « Poro » est la plus importante, jouent un rôle déterminant dans la vie sociale et religieuse des Sénoufo. Leurs imaginaires sociaux associés à la maladie sont fondés sur le port d'objets symboliques de protection (Goubo et al., 2016). Le traitement thérapeutique privilégié est

fondé sur la médecine traditionnelle dont les tradi-praticiens et marabouts sont les prêtres (Goubo, 2014).

Les modalités du travail de terrain se sont essentiellement appuyées sur des données empiriques provenant d'une enquête qualitative centrée sur des entretiens libres, l'observation directe et des focus group. Ces outils de collecte de données ont été utilisés dans la localité susmentionnée. L'enquête (par observation et entretien) s'est déroulée minutieusement pendant un an où nous nous présentons dans ces localités pour collecter des données. La technique d'échantillonnage utilisée est la méthode aléatoire simple où chaque enquêté, membre de la population considérée (15 ans et plus) a la même probabilité de faire partie de l'échantillon (N'da, 2002). Cette méthode consiste à interroger "tout venant" c'est-à-dire, s'entretenir avec les femmes, les hommes, les personnes âgées, le personnel de la santé moderne et les spécialistes de la médecine traditionnelle sans établir préalablement une base de sondage. Nous avons cependant privilégié la catégorie des seniors et adultes car ceux-ci pouvaient nous fournir des informations relatives aux pratiques et usages culturels de la région au sujet des mécanismes sociaux de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. Ainsi, notre échantillon est composé de 50 personnes dont 30 femmes, 10 hommes, 03 personnes du troisième âge et 2 matrones et 03 personnes recrutées parmi les agents de santé et 02 spécialistes traditionnels issus de la localité de Ferkessédougou. Cependant, au bout de la moitié de cet échantillon, nous avons observé l'effet de saturation, c'est-à-dire qu'il n'y a plus de nouvelles informations, ce qui nous a obligé d'arrêter ladite enquête.

D'un point de vue théorique, l'analyse du discours ou du contenu a été exploitée comme méthode d'analyse. Elle a consisté à relever les mots clés et les discours redondants. Cette méthode nous a permis de rendre compte par l'analyse et l'interprétation de toutes ces données collectées. Enfin, nous nous sommes appuyés, à la suite de l'analyse du discours, sur la théorie de la représentation sociale. Cette approche nous sert dans cette étude de matrice intellectuelle. En effet, la représentation sociale, en tant que forme de pensées sociales, est la perception qu'un individu ou une société a d'un objet en fonction de ses valeurs et normes perçues à travers les comportements des individus. Elle traduit « la façon dont les choses sont ressenties ». C'est cet « ensemble d'opinions, d'attitudes, de croyances et d'informations » relatives au mécanisme traditionnel de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement qui constitue le système d'interprétation régissant les sénoufo dans leur rapport à la pensée génésique. Il nous permet de comprendre l'orientation et l'organisation des conduites et des communications sociales autour des grossesses, les rituels associés, les lieux d'accouchements, les acteurs et les rôles joués, etc.

3-Résultats de la recherche

Les résultats de ce travail sont structurés autour de trois axes majeurs : le premier est relatif aux éléments de définition de la déshumanisation ; le second, fait la typologie de la déshumanisation et le troisième présente les conditions d'une humanisation des soins.

3-1 Déshumanisation des soins : éléments de définition

3-1-1 Déshumanisation : aspect général

Le concept de déshumanisation est un mot formé à partir du préfixe « *des* » et de la racine « *humanisation* ». Du point de vue de la syntaxe, déshumanisation est le contraire de l'humanisation et s'exprime en tant qu'action. En tant que telle, elle est liée à l'humanisme comme un courant de pensée. C'est donc une doctrine philosophique qui prend pour fin la personne humaine et son épanouissement. C'est une sorte de culte de tout ce qui est de

l'homme. Cela suppose qu'un effort minimum doit être fait par l'homme pour relever la dignité de l'esprit humain et le mettre en valeur. Dans cette perspective, tout acte contraire à cet esprit place l'humain dans une posture d'aliénation, c'est-à-dire, perdre son droit ou être indigné. La déshumanisation donc est le résultat d'une relation humaine dans laquelle une partie se sent indignée. Pour Abé (2013), la déshumanisation c'est une sorte d'absence d'anthropocentrisme. C'est-à-dire, dans le processus descriptif de la prise en charge biomédicale, il y a une distance entre le soignant et le soigné. L'anthropocentrisme qui consiste à tout centrer sur l'homme par amour n'est pas pris en compte dans le processus de prise en charge de la femme enceinte en travail. Au contraire, la parturiente se débat, taradée de douleur, alors que la sage-femme est préoccupée par son feuilleton de téléfilm à la télévision dans la salle d'accueil.

Comment cette indignation peut-elle se présenter en relation thérapeutique ?

3-1-2 déshumanisation en milieu hospitalier

En milieu hospitalier, les patients viennent en tant que des personnes déjà diminuées par l'expérience de la douleur et le désespoir dus au poids pesant de la douleur. Ils ont besoin d'aide. Cette aide est dispensée dans la relation entre le prestataire des soins et eux. Les attentes de cette relation sont entre autres le bon accueil, la civilité, etc. On parle dans ce cas de socialisation de la relation thérapeutique ou de la prise en charge. Le patient part du centre de santé heureux. Cependant, cet effort qu'on doit lire dans la conscience professionnelle des agents de santé semble ne pas exister souvent. Au contraire, des patients sont quelquefois traités comme objet de science, ce qui crée des conflits thérapeutiques. Ces conflits déshumanisent les soins et favorisent la réticence à la fréquentation des centres de santé, surtout chez les parturientes dans le district sanitaire de Ferké. Par ailleurs, les malades étant inscrits dans plusieurs schémas de guérison, portent, à la suite de leur indignation, des regards de doute et perçoivent la technologie biomédicale comme un moyen d'aliénation. C'est ce qui explique quelquefois les invasions hospitalières, les perdus de vue, et la réticence à la fréquentation des centres de santé. Le mécanisme de prise en charge biomédical est alors vécu comme déshumanisant. Face à ce traitement, des enjeux socio-économiques et culturels soutiennent la réticence aux CPN et CPoN. La déshumanisation s'exprime le plus souvent à travers les violences et querelles dans le rapport aux soins.

3-2 Typologie de la déshumanisation des soins

La déshumanisation des soins s'exprime sous plusieurs formes.

3-2-1- La déshumanisation relationnelle

Elle part de la nature de la relation thérapeutique (RT) qui existe entre le prestataire de soins (le médecin, la sage-femme, les auxiliaires de santé) et les patients (les femmes enceintes et les autres malades). Si cette RT est socialisée, elle est ainsi jugée « bonne » et aboutit sûrement à la satisfaction ou guérison. Quand elle vire au drame, les soins sont ainsi déshumanisés, et les acteurs en relation entrent en conflit, ce qui compromet, naturellement la guérison et la fréquentation des centres de santé. Or, cette collaboration entre soignant et soigné est très importante dans la recherche de la guérison. Lorsqu'elle est bien entretenue, elle met en confiance les parturientes. Ainsi, bien rassurées et en confiance, celles-ci peuvent se conformer aux règles et mode guérison proposés par les institutions sanitaires. Cependant, il y a toujours un écart entre le postulat biomédical et l'univers socioculturel des demandeurs de soin. Certaines manières d'agir, et de penser des agents de santé et des parturientes sont divergentes. C'est ce qui explique les conflits idéologiques autour du savoir des praticiens.

3-2-2- La catégorisation relationnelle : le favoritisme

Au cours des rendez-vous biomédicaux, nombreuses femmes attendent devant le bureau du prestataire de soins par ordre d'arrivée. Dans cette attente, plusieurs d'entre elles s'appuient sur leurs capitaux sociaux pour outrepasser l'ordre. Elles sont ainsi reçues au détriment des premières venues très tôt le matin espérant être reçues d'abord. Cette façon de recevoir crée un sentiment d'inégalité et de frustration chez ces femmes. Cela crée aussi, une atmosphère de murmures et de disputes entre les parturientes d'abord ; puis le personnel de santé et les parturientes ensuite. Ce point de vue est justifié par les propos d'une enquêtée selon, ces termes :

« On quitte loin pour venir se faire soigner. On laisse nos activités. Comme on n'est pas riche là, et qu'on ne connaît pas quelqu'un, ils nous laissent et font entrer les femmes riches là et leurs sœurs. Et après avoir reçu quelques femmes dans le rang, ils viendront nous dire que le médecin ne reçoit plus. Qu'on repasse un autre jour », propos de T. A., parturiente à la CPN maternité de Ferké.

L'utilisation de sa dotation en capital social doit se faire avec mesure et délicatesse, surtout quand la ressource visée est rare et qu'il y a plusieurs prétendants. Le fait de connaître une personne dans un service est certes atout fondamental. Mais des règles de bases établies en vue de la paix et de la tranquillité, surtout dans un hôpital, doivent être observées, exceptés, les urgences. Leur viol entraîne des désagréments susceptibles de corrompre la RT. Sous le poids pesant de la fatigue, la faim et de douleurs que ressentent ces parturientes, la majorité d'entre elles ne tardent pas à exprimer leur mécontentement. Ceci crée constamment des tensions entre les agents de santé et ces femmes.

3-2-3- Violences verbales à l'endroit des parturientes

Les données de terrains indiquent que la plupart des parturientes décrivent les violences verbales qu'elles subissent dans les centres de santé. Elles sont toutes unanimes que les agents de santé n'ont aucun respect pour les parturientes surtout celles qui quittent les zones rurales pour les soins. Elles le disent en ces termes :

« Les femmes là sont parfois méchantes. Elles trouvent qu'on dégage une mauvaise odeur. Elles vont même pour nous dire que vous sentez. Et exhortent à se laver avant de venir. ». Propos de S. A., vendeuse de légume à Bromakoté

Cette affirmation est corroborée par les propos de Mawa, une autre parturiente qui affirme ceci :

« Elles disent même qu'on ne se lave pas, que notre partie intime sent ».

Autant de propos frustrant et méprisant favorisent l'éloignement des parturientes de la médecine moderne, notamment les CPN et CPoN. Ces propos humiliants constituent un obstacle à l'accès des CPN et CPoN. Les femmes sont obligées de se tourner vers la médecine traditionnelle considérée comme archaïque pour se traiter. Les femmes désespérées, traduisent leurs désarrois en ces termes :

« Il n'y a pas un seul jour où les sages-femmes n'ont rien à dire sur nous. Certaines t'insultent parce que tu ne t'es pas rasée avant de venir. Comment une femme enceinte, qui a son ventre long devant elle peut raser sa partie intime ? Quand, on ne vient pas aussi, c'est un problème. Il est beaucoup mieux de rester et faire l'indigénat ». Propos de dame K. S., institutrice en CPN à Ferké.

Il est de toute évidence que le comportement des agents de santé n'est pas apprécié des parturientes, il les choque au contraire. Sur cette base, aucune d'entre elles n'éprouvent d'intérêt aux CPN et CPoN. Elles se font désormais traiter à la médecine traditionnelle. Elles ne viennent aux centres de santé quand le mal persiste malgré l'intervention de la médecine traditionnelle.

3-2-4 Accouchement et Violences subies

Les accouchées se plaignent fréquemment de violence subie lors de la délivrance. Ces violences sont de deux ordres. Elles s'expriment tantôt sous la forme physique ou tantôt sous la forme verbale. Les postulats implicites de ces violences seraient d'aider les femmes à vite pousser et sortir le bébé. Des propos suivants corroborent ce point de vue :

« Pour pousser enfant là ce n'est pas facile hein. Quand les femmes là sont sur toi, elles te tapent, d'autres te lancent les paroles méchantes disant que quand on faisant l'amour-là c'était doux non », propos de dame D. M., une accouchée, à la maternité de Ferké.

La médication de l'accouchement a connu une avancée majeure pour la santé des femmes et des enfants. Elle peut parfois conduire à des actes et comportements violents surprenant la parturiente. Cette violence surprise traduit un sursaut personnel de la parturiente, ce qui est effectivement suivi de la délivrance. Ces violences seraient des techniques de travail lorsque la parturiente aime se reposer ; il faut alors maintenir l'effort jusqu'à la délivrance totale. Cependant, cette stratégie est vécue sous le mode de violence chez les parturientes. Elles l'expriment en ces termes :

« A l'accouchement, certaines sages-femmes saisissent l'occasion pour nous frapper. Elles le font très fort quand il a eu des disputes lors des CPN. Tout se passe comme si l'accouchement est l'occasion de vengeance. Quand tu demandes pourquoi, tous ces coups, elles disent que c'est pour t'aider à pousser. Je pense qu'elles exagèrent. », Propos de dame K., Institutrice à Ferké.

Cette façon de faire est socialement vécue par les femmes comme un non-respect de leur intégrité physique, mentale et sociale. Ce sont des pratiques non justifiées sur le plan médical ; au contraire ces gifles et coups constituent des violations de leur personne.

3-2-5 Le point de vue des sages-femmes sur les "supposées" violences à l'accouchement

Les sages-femmes, dans l'exercice de leur fonction, ne qualifient vraiment pas ces gestes de violence, ce dont on leur reproche. Pour elles, ce sont des « cris de guerre » pour sauver le couple mère-enfant. Ces gestes, qui sont entre autres des coups inattendus, emmènent la parturiente à crier fort pour terminer la délivrance. En effet, lorsque l'enfant s'engage dans la cavité pelvienne, il y a un temps raisonnable pour qu'il ne s'étouffe pas. Dans cette situation de douleur, certaines femmes s'amusent à mettre en péril la vie du couple mère-enfant en faisant des pauses, pour dit-on, se reposer. C'est en ce moment qu'interviennent des « cris de guerre » pour remporter la victoire. L'accoucheuse a en ce moment deux choix. Le premier consiste à "caresser" la mère pour la mettre en péril, elle et l'enfant. Le second, consiste à user tous les moyens pour sauver le couple mère-enfant au bout d'un accouchement. Ce sont ces moyens qui sont considérés comme agressions et violences chez les accouchées. Au nombre de ces moyens, on note des cris d'encouragement, parfois des coups et même des déchirures pour aider l'enfant à sortir. Cette volonté de sauver la mère et l'enfant qui est ainsi

interprétée comme violence. Cette façon de faire est expliquée par une sage-femme selon les termes suivants :

« Les gens pensent qu'on n'est pas gentille. Notre travail consiste à sauver le couple mère-enfant. Or ici, la gentillesse ne marche absolument pas. la position d'emphatique ne résout pas le problème. Un chirurgien doit arrêter le pansement parce que le patient crit douleur ? Il faut surmonter les émotions, être dure de caractère pour sauver l'enfant et la mère parfois, à travers les techniques qu'on nous a apprises ».
Propos de S. T., Sage-femme

Ces actions qui aident les femmes sont de plus en plus décriées au point que les sages-femmes ne veulent plus prendre de risque, surtout que certaines sont traduites en justice pour répondre de leurs actes. Dans ces situations, les sages-femmes réfèrent ces femmes qualifiées de « paresseuses » à la méthode de césarienne. Ainsi, les césariennes se multiplient dans les maternités à cause de ce tiraillement entre sages-femmes et parturientes.

3-2-2- La déshumanisation : les interactions asymétriques

Il s'agit de l'ensemble des points qui opposent les agents de santé et les patients dans les centres de santé. Ce sont des comportements qui créent des discordes entre les demandeurs de soins et les offreurs de soins.

3-2-2-1- Non-respect des consignes médicales

Les consignes données par le corps médical au sujet des grossesses à risque ne sont pas observées. Ces consignes sont relatives aux questions du travail et du repos pendant la grossesse. Certains gros travaux sont perçus par les spécialistes de la biomédecine comme pouvant entraîner des fausses couches. Il s'agit par exemple, « faire un lavement rectal en début du travail », « casser des gros morceaux de bois », « piler de grandes quantités de céréales » ou « faire des gros travaux champêtres ». Une femme en travail qui ne fait pas de lavement rectal, pousse premièrement les matières fécales avant la vraie naissance de bébé. Cette situation mécontente les sages-femmes.

Par ailleurs, il y a des activités qui sont proscrites par les sages-femmes comme pouvant être à l'origine de l'échec d'une grossesse. Cette vision biomédicale de la prise en charge de la grossesse diverge des logiques sociales et culturelles des Senoufo. En effet, le repos est socialement blâmé chez la femme enceinte avant le dernier trimestre de la grossesse. Le repos prolongé de la femme enceinte sans maladie apparente est socialement perçu et interprété comme un état de paresse. Une femme enceinte qui décide de réduire son travail à cause d'une grossesse est critiquée comme une paresseuse, susceptible de transférer cette paresse à l'enfant qui naîtra. Ce point de vue corrobore les propos suivants :

« Ici quand on est enceinte et qu'on ne travaille pas, les vieilles femmes disent qu'on est paresseuse. De plus, l'enfant peut devenir paresseux. On a peur de faire des paresseux, c'est pour cela qu'on continue de travailler ». Propos de S. K., femme enceinte à Bromakoté.

Quand le personnel soignant conseille le repos pendant la grossesse, les invitant à éviter les tâches ardues, les vieilles femmes déconseillent les parturientes d'un quelconque repos. Pour les dernières, c'est-à-dire, les femmes senoufo, « trop de repos » chez une femme enceinte provoque un long épisode d'accouchement, synonyme de complication lors des accouchements. La peur d'être victime de complication lors de l'accouchement pousse les

parturientes à travailler jusqu'en début du dernier trimestre. Cette dichotomie repos/non repos tire les parturientes. Elles le disent en ces termes :

« Nous sommes embêtées. *Quand les soignants nous disent de ne pas trop travailler pendant la grossesse. Mais nous continuons car les vieilles disent que si la femme ne travaille pas pendant la grossesse, elle aura du mal pour accoucher* ». Propos de Dame S. T., femme enceinte à Kôkô (Ferké).

Ce heurt idéologique exprimé par le choc de normes sabote l'autorité des prestataires de soins. Tout se passe comme s'il existe une autre autorité au-dessus de décisions et conseils des prestataires de soins. Les demandeurs de soins reçoivent conseils et recommandations des prestataires de soins, mais elles testent ces conseils et recommandations par leur appareil normatif, dont les personnes âgées sont les gardiennes. Ce ''baromètre'' ou mécanisme social de protection maternelle sélectionne et met de côté toute norme biomédicale qui s'oppose et diverge de leur système de pensées socialement admis. C'est pourquoi, les CPN et CPoN ne sont pas suivies à la lettre.

3-2-2-2- Les railleries des prestataires de soins en service

En service, les prestataires de soins doivent montrer leur compassion aux patients. Mais quelquefois, les sages-femmes et médecins se moquent des parturientes Senoufo pour n'avoir pas connu l'âge de leur grossesse. Cette ignorance est parfois liée à l'inexpérience de la parturiente du fait de son très jeune âge (14 ou 15 ans) ou encore de son faible niveau d'instruction exprimé par l'incapacité à parler la langue officielle qu'est le français. En effet, plusieurs patientes sollicitent le recours d'interprètes dans leur dialogue avec le soignant. Ces railleries parfois teintées de plaisanterie mécontentent les parturientes. Les propos suivants traduisent ses moqueries, selon les termes suivants :

« *Elles sont comme cela, elles ne connaissent même pas. Mais ce sont elles qui sont toujours derrière garçon* ». Propos de Dame T. A., sage-femme major à la maternité de Bromakoté (Ferké).

Ces propos ne sont pas toujours appréciés des parturientes, qui sous l'effet de la colère ne tardent pas à répliquer. Cela crée des tensions froides entre la parturiente et la sage-femme. Pour continuer à se moquer de ces femmes, les sages-femmes ignorent ces femmes en état de fâcherie pendant un bout de temps. Et pourtant la profession d'agent de santé est une fonction qui a besoin de douceur et de maîtrise de soi pour établir une relation de confiance. Ceci constitue le fondement de toute guérison. Toute attitude contraire provoque le phénomène de « les perdues de vue » qui ne se présente à l'hôpital qu'en situation de complication ou d'agonie. Ces remues ménages favorisent la réticence au CPN et CPoN

3-2-2-3- Difficulté linguistique

Malgré l'existence des agents de santé communautaire dans les centres de santé, la fidélité de la traduction pose problème. Cet écart linguistique explique souvent l'inefficacité des agents de santé sur le terrain. Ils ne s'entendent pas avec les patients. Un infirmier explique brièvement les faits qu'il vit toujours en ces termes :

« *Souvent nous constatons l'ajout d'information par apport aux propos du patient ou du fournisseur de soin. Aussi l'emploi des mots inexacts pour décrire des termes médicaux. Ces faits sont constatés le plus souvent lors du prochain rendez-vous avec pour preuve la posologie des médicaments non-respectée, les rendez-vous également* ». Propos de S. A., Infirmier d'Etat à Ferké

Des erreurs de traduction dans la communication ont toujours lieu au cours des interprétations. Cependant en médecine, ces erreurs sont susceptibles de provoquer des conséquences lourdes sur la santé des patients. En désirant aider les femmes enceintes par la traduction de leurs dires, certaines parturientes au niveau scolaire faible traduisent avec erreurs le dialogue entre ces femmes rurales et les soignants. Ces erreurs dans la traduction aggravent parfois la situation des parturientes au lieu de les aider. Par ailleurs, ce dialogue de sourd contraint certaines parturientes à ne plus venir au rendez-vous s'il n'y a pas d'interprètes. Cette difficulté linguistique est un frein aux CPN ou CPoN.

3-2-2-4- Conflit d'idées, divergence de méthodes thérapeutiques

Les conseils et méthodes du mécanisme traditionnel de prise en charge de la parturiente entraînent parfois des risques et des irritations pelviennes chez la parturiente. En effet, sous les conseils de la matrone, certaines femmes enceintes utilisent des décoctions et des tisanes. Elles font parfois le lavement rectal au quotidien pour, dit-on, entretenir la grossesse et expier la constipation et le paludisme. Elles le disent selon ces termes :

« Il existe même des décoctions pour faciliter l'accouchement de la femme. Plusieurs fois j'ai essayé et ça marche sans problème. Avec mes quatre enfants, je n'ai jamais connu de césarienne. Une fois à l'hôpital j'accouche dans les heures qui suivent ».
Propos de S. M., Matrone à Ferké

Ces traitements virent parfois au drame. Dans ce cas, ces femmes sont conduites aux urgences. Au regard de ces expériences, les sages-femmes interpellent les parturientes à se garder de toutes formes de soins obstétricaux. Mais ces conseils sont moins suivis. C'est plutôt quand elles sont déjà victimes d'intoxication par des médicaments traditionnels qu'elles se soumettent. Les propos suivants traduisent les désarrois des sages-femmes.

« A cause du fait que les décoctions traditionnelles soient amères et sans contrôle des spécialistes de la santé nous les déconseillons vigoureusement. On ne maîtrise pas leurs effets sur la mère et l'enfant. On ne peut donc conseiller cela à une parturiente. Mais elles sont têtues. C'est quand elles sont victimes de malaise qu'elles nous écoutent maintenant. Conseils ne conseillent pas, ces conséquences qui conseillent, c'est vrai », propos de K. F., sage-femme à Ferké.

Cette divergence d'itinéraire thérapeutique rend la tâche difficile aux agents de santé. Ils refusent parfois d'intervenir en cas d'urgence les référant à un autre centre plus équipé. A défaut de la disponibilité d'ambulance ou de véhicule de transport, les décès surviennent généralement en cours de route.

3-3- Eléments d'humanisation des soins : cadres d'analyse de la réduction des réticences aux CPN et CPoN

Cette section traite le modèle de centre de santé répondant aux aspirations des usagers des centres de santé, notamment les parturientes. Ce modèle favoriserait une fréquentation massive et accrue des populations vers les centres de santé

3-3-1- Relation de civilité

La porte d'entrée dans un hôpital est incontestablement l'accueil. C'est un protocole d'usage prenant en compte le respect du code culturel et social ritualisé. C'est pourquoi, on pouvait lire ceci devant les hôpitaux : *« je n'ai pas besoin de savoir ton ethnie ou ta religion, dis-moi seulement de quel mal tu souffres ! »*

Avoir une relation spontanée avec les patients lors des visites prénatales et post-natales rassure et met en confiance les parturientes dans les CPN. Être prompt à agir pour montrer son amour vis-à-vis du métier fait du professionnalisme. Tous les prestataires de soins qui s'exercent à une relation thérapeutique socialisée sont considérés comme un bon médecin. L'indicateur de mesure des soins de qualité chez les patients se résume par le bon accueil. Ils n'ont aucune connaissance à propos du postulat biomédical certes, mais, « les bonnes manières de vivre et les civilités » constituent les basiques dans toutes relations humaines. C'est ce que traduit une parturiente à travers ces propos suivants :

« L'accueil est la base de toute relation. Quand il est bon, le malade est à moitié guérit. Mais quand il est mauvais, l'état du malade va de mal en pire car, tu ne sais pas quel médicament qu'on va te prescrire après le palabre. Les agents de santé doivent savoir marcher selon les lois de la ville ou du village où ils travaillent parce qu'ils sont là à cause de nous ». Propos de Dame S. K., parturiente à Ferké.

Cette allégation tire l'attention sur la place capitale qu'occupe l'accueil dans la fréquentation des centres de santé. Le patient a besoin de personne pour lui remonter la morale et l'aider à vaincre la maladie déjà pesante. Cette formation permettra de créer un climat de confiance dès l'accueil du patient. Par ailleurs, l'accueil doit être un kit médico-social où le patient se sentira chez lui. Pour cela, les éléments de base de sa culture ne doivent pas être foulés aux pieds. Cela suppose qu'il faut accentuer les formations sur l'aspect thérapeutique de l'accueil. La culture est en quelque sorte le reflet des peuples. Quand il est occulté dans une pratique, il y a parfois déséquilibre psychologique et social. Pourtant dans le district sanitaire de Ferké, cette étape première est parfois minimisée au nom du long fil d'attente. Les patients deviennent "des choses" incapables de capter l'attention des prestataires.

« On n'a pas le temps de s'occuper de tout le monde. Si on veut faire tout ça, on ne va pas quitter ici », propos d'une sage-femme à Ferké

La quête de temps nécessaire pour exercer la civilité pourrait renouer avec la fréquentation des maternités pour les CPN, CPoN et accouchements. Mais cela passe, à notre humble avis par la réduction du ratio parturiente/sage-femme.

3-3-2- Gratuité ciblée : un leurre

Les patients du monde rural ne sont rémunérés que par saison (anacarde, coton, maïs) et ne vivent que du fruit de leur potager. Ils ne disposent pas pour la plupart assez de moyens financiers pour assurer les dépenses médicales. Certains comptent sur la gratuité ciblée de l'Etat. Ils viennent dans les centres de santé pour espérer bénéficier de ce programme gouvernemental en faveur des populations économiquement faibles. Cependant, contre toute attente, ce programme reste pour la forme. Les kits sont rarement disponibles. Les centres sont quotidiennement en rupture de stocks. Cela suscite l'indignation chez les patients. Les propos suivants traduisent leurs souhaits :

« C'est rare qu'on donne un soin gratuit ici, tout reste à Abidjan et les autres grandes villes. Or on n'a pas de salaire, on souffre beaucoup et on attend à ce que les agents de santé nous aident en nous donnant certains médicaments gratuits. Qu'on nous soigne d'abord, une fois qu'on est guéri on va donner l'argent au lieu de nous laisser mourir ». Mme K. D., infirmier major à Bromakoté (Ferké)

Cette assertion s'appuie sur l'empathie, la confiance dans le service sanitaire. Il s'agit ici de créer tout d'abord un lien de confiance entre le patient et le prestataire de soin. Ensuite

écouter, observer et démontrer de la compréhension envers le patient. Or le besoin d'aide qui attire les patients vers les centres de santé n'est qu'un leurre.

3-3-3- Suivi de proximité

Faire du patient un membre de la famille c'est-à-dire favoriser une relation de proximité entre le patient et le soignant. Etre en contact avec le patient souvent pour l'aider à recouvrer totalement la santé. Avoir de ses nouvelles et l'orienter dans ces choix et décisions :

« Après avoir prescrit des médicaments à un malade, ils doivent l'appeler pour savoir comment le traitement réagit. Saluer souvent à domicile les femmes qui ont accouché en leur donnant des conseils. Cela nous touche énormément. Une sage-femme faisait cela, mais elle est partie. Tout le monde l'aimait et parlait bien d'elle. Elle était l'amie de toutes les femmes ». Propos T. A., parturiente à Kôkô (Ferké).

La relation entre demandeur de soin et offreur de soin ne devrait pas seulement se limiter entre les murs du centre Hospitalier. Elle doit concerner l'ensemble des relations internes et externes des centres de santé. Les agents de santé doivent être des multiplicateurs d'actions de promotion de santé par des visites inopinées parfois chez les patients. En effet ils doivent établir un lien entre leur communauté et le système de santé tout en se développant personnellement. Ceci permettra d'améliorer la santé des populations en situation de vulnérabilité et réduire les inégalités de santé.

3-3-4- Promotion de la santé : campagne de changement de comportements(CCC)

La recherche de la santé n'est pas une affaire seulement individuelle. Elle a une composante collective. A cet effet, des campagnes de sensibilisation et de changement de comportement méritent d'être multipliées pour attirer l'attention des parturientes sur des comportements et croyances constituant une opacité à la prise de conscience. C'est pourquoi, il faut multiplier des sensibilisations en langue Senoufo pour donner l'envie de fréquenter les centres de santé pour les CPN et CPoN. Des slogans sur la vaccination du couple mère-enfant, la CPN, des CPoN, sur le SIDA, l'Ebola, la Covid, la Dengue, etc ;). Ces activités communautaires pourraient motiver les parturientes et les aider à éviter les complications lors des accouchements. Elles donnent des opportunités à certaines personnes d'avoir un peu d'argent. Les propos suivants traduisent ce point de vue :

« Avant, on partait faire des campagnes de sensibilisations en langue senoufo dans les villages et campement. On gagnait un peu d'argent pour nos besoins. On bénéficiait des moustiquaires, des comprimés et habilles du ministère de la santé. Aujourd'hui tout cela n'existe plus. Ils se partagent tous là-bas et nous font croire que le gouvernement n'a pas encore lancé les activités », dame S. T., institutrice à (Bromakoté) Ferké.

Ce type d'activité vise non seulement à corriger les défections et invasions hospitalières, mais les agents de sensibilisation sélectionnés parmi les Senoufo gagnent, bien plus, un peu d'argent pour subvenir à leurs besoins personnels et familiaux. Autrement dit, les personnes en situation de fragilité financière, les familles aux revenus modestes, en situation précaire ou de pauvreté peuvent accéder à des prestations sociales à travers les actions menées par l'Etat, sachant que ces actions sont destinées au groupe spécifique ayant un faible niveau scolaire. L'impossibilité de s'entendre avec les prestataires de soins est un obstacle à la relation thérapeutique, surtout à l'observance du traitement. Les CCC sont des canaux de communication et d'information utiles à la promotion de la santé.

4-Discussion

La relation entre les patients et les spécialistes de santé dans le service sanitaire à Ferké, nous permet de déduire que la déshumanisation des soins est un puissant facteur de la non-fréquentation des centres de santé.

4-1 Déshumanisation des soins : éléments de définition

La plupart des auteurs qui ont abordées la thématique de la déshumanisation des soins sont unanimes que ce concept renvoie à tout acte qui s'oppose à la morale, au bon sens (Vibert, 2003 ; Kiefer, 2014 ; Raybois, 2014). Ce comportement anti social est souvent perceptible dans la manière d'agir des agents de santé caractérisés par la colère en cas d'accouchement ou d'incompréhension lié aux prises de décisions sanitaires (Brunet, 2016). Les causes de ce comportement sont relativement imputées au manque de formation de certains agents de santé (Gruénais, 2005), au non-respect du nombre exact de personne réceptive par jour par les agents de santé (Marceau et al., 2022) et surtout au non-respect des valeurs culturelles des localités qui abritent les centres de santé (Bonga et al., 2022). En dépit des raisons qui pourraient justifier l'attitude des agents de santé sur la déshumanisation des soins, le code déontologique de la médecine exige que le patient soit traité avec considération et respect. Ainsi, le métier de la santé doit être appliqué avec rigueur, dans un esprit scientifique. Cependant particulièrement en soins palliatifs, ne perdons pas de vue la personne soignée à laquelle il y a lieu de proposer un accompagnement thérapeutique professionnel dans le respect et non une « prise en charge » standardisée et déshumanisée (Petermann, 2014). Ces travaux coïncident extrêmement avec nos résultats quand nous faisons remarquer que la définition de la déshumanisation est complexe et prend en compte dans sa définition plusieurs paramètres qu'il faut obéir pour ne pas heurter la santé d'un patient. Ces paramètres sont généralement le respect de la patiente, le professionnalisme dans l'exercice du métier de santé, l'acceptation des valeurs culturelles du terroir etc. Cela dit, le respect scrupuleux de la déontologie de la santé permettrait aux agents de santé d'être professionnels afin d'éviter d'aliéner les patients. Ainsi, il existe plusieurs formes de déshumanisation des soins .

4-2 Catégorisation de la déshumanisation des soins

Phénomène hautement complexe, la déshumanisation a été étudiée par de multiples travaux empiriques notamment par la sociologie et l'anthropologie (Azria, 2013 ; Barrier, 2010 ; Bonnet, 2008). Cependant, tous sont unanimes que la déshumanisation des soins s'exprime sous plusieurs formes qui sont la déshumanisation relationnelle (Raybois, 2014), les violences verbales à l'endroit des parturientes (Favre et al., 2014) et aussi la violence physique subies par les femmes lors de l'accouchement (Alonso, 2021). Les résultats de ces études partagent avec les nôtres ces similitudes. Cependant, ils n'abordent pas les logiques culturelles qui altèrent la relation entre les professionnels de la santé et les consommateurs de soins. C'est à ce niveau que nos résultats se particularisent. En effet, les croyances populaires autour de la grossesse (le silence de la grossesse, la préservation de l'intimité de la femme, la perception de la césarienne) conditionnent la primauté de la médecine traditionnelle comme itinéraire thérapeutique. Et lorsque des complications surviennent pendant la délivrance dans un centre de santé, celle-ci est sujette d'injure et parfois même de violence physique du fait qu'elle n'a pas respecté les CPN. Pourtant la bonne conduite devrait être la boussole qui oriente le prestataire de soin dans ses agissements (Bonnet, 2008). Ces parturientes sont aussi sujettes de moquerie à cause de la barrière linguistique. Ne pouvant s'exprimer en français, elles sont généralement incomprises et se retrouvent dans des situations perplexes où elles ne savent pas quoi faire. Par ailleurs, les prises de décision sont souvent imposées aux patients sans effort de la part des professionnels de santé, surtout quand il s'agit de la césarienne. Ces attitudes sont

considérées par certaines parturientes comme un moyen d'enrichissement des agents de santé. Ces formes de déshumanisation liées aux interventions chirurgicales virent par moment au drame. C'est pourquoi cette technique est pensée (par les senoufo) comme un moyen de perte de soi. Pourtant, du point de vue social, les senoufo ont peur des actes chirurgicaux (N'Dri, 2007 ; Goubou et al, 2016). Pour eux, une personne césarisée est une "perte de soi", "une morte symbolique". Cette représentation sociale développe une peur sociale. En effet, les femmes se sentent diminuées physiquement et socialement par cette intervention. Cette situation ouvre la porte de la polygamie traduite par la prise d'une nouvelle épouse par le mari. Cette dernière est chargée de s'occuper du mari dont l'épouse est socialement et culturellement déchargée de toute activité d'épouse.

4-3 Eléments d'humanisation des soins : cadres d'analyse de la réduction des réticences aux CPN et CPoN

L'humanisation des soins suppose que les centres de santé doivent être un modèle prenant en compte les valeurs et normes des usagers notamment les parturientes. Ce modèle favoriserait une fréquentation massive et accrue des populations vers les centres de santé (Dembélé, 2019). Le modèle d'humanisation qui occasionnerait une participation massive dans les centres de santé passe d'abord par une bonne relation de civilité (Barrier, 2010). En effet, l'accueil est la base de toute collaboration. Lorsqu'elle est bien établie, crée un climat de confiance entre les consommateurs et prestataires de soins. Pour le senoufo, l'accueil est le socle de toute cohabitation ; pour cela, il doit intégrer les valeurs et norme du terroir (Atsé, 2017). En effet, le patient a toujours besoin de soutien psychologique et moral. Cela dit, un bon accueil crée déjà une atmosphère de sécurité chez le patient. Pour cela, les éléments de base de sa culture ne doivent pas être foulés aux pieds. A cela, il faut ajouter la gratuité ciblée qui n'est qu'un leurre dans sa mise pratique. Tout est payant et nécessite de grands moyens pour réaliser tous les examens alors que les médias parlent de gratuité ciblée

5-Conclusion

L'étude a permis de déterminer les manifestations de la déshumanisation, et de situer les cadres d'analyser en vue de réduire les réticences aux CPN et CPoN. Les patients déshumanisés sont simplement considérés comme des "clients" dans un contexte de forte demande de soins. Bafoués et traités souvent de façon rudes, certains retournent chez eux comme diminués par l'expérience de la douleur et le désespoir dus au poids pesant de la douleur. D'autres récusent le mauvais traitement, toute chose qui ouvre le conflit entre patients et personnels de santé. Pourtant, si les railleries, le favoritisme, le mauvais accueil et les violences sont bannis du comportement du personnel de la santé, et que la socialisation des soins accompagne les actes médicaux, les parturientes augmenteront leur niveau de fréquentation des centres de santé. Dans cette perspective, les objectifs du millénaire de développement (OMD) et du développement durable (ODD) relatifs à la santé de la reproduction et du couple mère-enfant pourront être atteints. La réalisation de ces objectifs passe, à notre avis, par des campagnes de changement ou de modification de comportements, tant chez les demandeurs que des offreurs de soins.

Cependant, comment un tel projet est possible si le système culturel biomédical s'oppose et diverge de l'univers socio-culturel des patients ?

Cette interrogation pourrait se présenter comme des lieux de questionnement afin de mieux organiser le dialogue entre ces deux systèmes dans l'optique d'assurer l'humanisation des soins.

Références bibliographiques

Alonso, S., & May, L. (2021). Quelles sont les conséquences psychologiques des violences obstétricales subies par une femme pendant l'accouchement ? Haute de santé de Genève, Mémoire de fin d'étude, Travail de Bachelor

Abé N.N., (2013). "The anthropological foundation of Akan reproductive thought in Ivory Coast" in *European scientific Journal*, vol n°5, pp 56-70.

Antrobus, S. (1997). Developing the nurse as a knowledge worker in health-learning the artistry of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 829-835.

Atsé, A. A-P. (2017). « Approche socio-anthropologique de la réticence à la consultation prénatale chez les femmes enceintes du District sanitaire de Korhogo (Côte d'Ivoire) : l'exemple de Napiélé Dougou » *Germivoire, Revue de littérature, des langues et des sciences sociales*, numéro spécial S7 ; PP78-97.

Atsé, A. A-P. (2007). *Quête de longévité, Conscience sanitaire et hygiène de vie chez les populations de Bonoua en Côte d'Ivoire*, mémoire de DEA, Institut d'Ethnosociologie, Université de Cocody-Abidjan, Côte d'Ivoire.

Avoine, M-P. (2012). *La signification de pratiques déshumanisantes telles que vécues par des patients hospitalisés ou ayant été hospitalisés en centre de réadaptation*, Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.) en sciences cliniques, spécialisation en sciences infirmières, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Azria, E. (2013). Le soignant et la standardisation des pratiques médicales, *laennec*, Tom 61, N° 3, pp 32-41

Barrier, P. (2010). La blessure et la force : la maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité, Paris PUF

Beagan, B., & ELLS, C. (2009). Values that matter, barriers that interfere: The struggle of Canadian nurses to enact their values. *Canadian Journal of Nursing Research*, 41(1), 86-107

Bonga, E. H., & Kpangba, H. B. (2022). Facteurs socio-culturels du non-recours aux services de santé maternelle, néonatale et infantile chez les peuples Abba (Côte d'Ivoire), *Akofena*, vol. 3, N° 006, pp 115-128

Bonnet, M. (2008). Relation d'aide et aide à la relation en gérontologie, *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol 6, N° 2, pp 107- 121

Brunet, E. (2016). Le vécu des femmes face à la césarienne en urgence, Mémoire de fin d'étude Ecole des sages-femmes, Gynécologie et obstétrique, Université de Caen, pp 12-38

Ceribelli, C., Nascimento., Lucila C., Pacifico., S. M. R., Gracia., D. L., & Regina, A. (2009). Reading mediation as a communication resource for hospitalized children: support for the humanization of nursing care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(1), 81-87.

Copans, J. (1967). «Le métier d'anthropologue», *L'Homme*, tome VII,

Dembele, G. M.(2019). Evaluation de la satisfaction des usagers du service des urgences du centre Hospitalo-Universitaire Mère Enfant le Luxembourg au Mali, Université des Sciences, des Techniques, et des Technologies de Bamako, Mémoire de Master en Santé Publique

Ettien, A. A.-M.,Atsé,A. A-P.,&Ainyakou, T. G. (2020). « relation thérapeutique et promotion de la consultation prénatale dans les centres de santé à Korhogo »,RISS, Revue ivoirienne de sociologie et de sciences humaines,Vol.1, n°2, pp 227-237

Favre., J.,&Pokou, P. (2014). La violence dans les soins : le caring de Watson comme stratégie permettant le maintien d’une relation transpersonnelle, Haute de santé de Genève, Mémoire de fin d’étude, Travail de Bachelor

Goubo, S. (2013) représentation de la maladie et itinéraires thérapeutiques : le cas du département de Ouangolodougou dans le Nord de la Côte d’Ivoire, mémoire de Master I, Université Félix Houphouët Boigny de Cocody, Abidjan, Côte d’Ivoire

Goubo, S. (2014)Représentation sociale et rapport des populations à la prévention vaccinale dans les postes frontaliers de la cote d’Ivoire : le cas des postes avec le Burkina –Faso et du Mali, mémoire de master 2, Université Félix Houphouet Boigny, IES, Abidjan.

Goubo, S., Atsé,A. A-P.,&Irigo, G. J. M. (2016). « Lecture anthropologique de la maladie et du recours aux soins chez les sénoufo de Côte d’Ivoire », *Lettres d’Ivoire*, n° 022, pp. 331-344

Gruenais, M-E. (2005). Les formations continues des personnels de santé en Afrique : un marché nécessaire, Mappa S. le savoir occidental au défi des cultures africaines : former pour changer, Paris (France), Forum de Delphes, pp 325-350

Halstead, L.(2001). The power of compassion and caring in réhabilitation healing. *Archives of Physical Medicine and Réhabilitation*, 8 2 ,149-154.

IHE,(2015). déterminants du choix du lieu de l’accouchement par les femmes haïtiennes, l’Institut Haïtien de l’Enfance (ihe), ministère de la santé publique et de la population

Irigo, G. J. M. (2012), Perception et attitudes face aux maladies tropicales négligées à Taabo (région des lac Côte d’Ivoire), thèse de Doctorat unique, université Alassane Ouattara de Bouaké (Côte d’Ivoire)

Kassi, Y. G. (2017).*Logiques sociales et enjeux de la réticence aux consultations prénatales et post natales chez les femmes de Napié (Côte d’Ivoire)*, mémoire de master, Université Peleforo Gon Coulibaly, département de Sociologie, Korhogo, Côte d’Ivoire

Kiefer, B. (2014). La déshumanisation au cœur de la médecine, Revue médicale Suisse, DOI : 10.53738/REVMED.2014.10.438.1528

Kourouma, M. (2007). Contribution à l'amélioration de la qualité de la consultation prénatale : le cas d'un centre de santé rural, Thiadiaye, département de M'Bour région de Thiès,

(Sénégal). Mémoire pour l'obtention du diplôme de 3eme cycle de gestion des programmes de santé, centre africain d'études supérieures en gestion

Macleod, Rod., & Mcpherson K.(2007). Care and compassion: part of person-centred rehabilitation inappropriate response or a forgotten art? *Disability and Rehabilitation*, 29(21), 1589-1595

Marceau, E., & Marsella, M.A.(2022). Accès aux soins de santé et respect des consignes sanitaires en temps de pandémie : deux notions indépendantes, *Revue canadienne de bioéthique*, vol. 5, N° 1, pp 132-137

N'da P. (2002). *Méthodologie de la recherche: de la problématique à la discussion de résultats, comment réaliser un mémoire, une thèse d'un bout à l'autre, collection pédagogie*, EDUCI. n°4: pp 84-91.

N'dri, A.(2007). Représentation de la maladie et traitement des affections gynécologiques, obstétricales et digestives par la poire à lavement : cas des femmes de la Sous-préfecture de Daoukro. Mémoire de DEA, IES, Université de Cocody-d'Abidjan, Côte d'Ivoire

Petermann. M.(2014). Accompagnement pluriels : vers une déshumanisation des soins palliatifs, *Revue internationale des soins palliatifs*, vol. 29, N° 4, pp 111-112

Raybois, M.(2014). « La santé des soignants altérée par les relations », perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, Laboratoire PSITEC, Université Charles de Gaulle-Lille 3

Sizi, W. R. F. (2017). *Déterminants socioculturels des complications lors des accouchements chez les femmes Sénoufo de Korhogo (Côte d'Ivoire)*, mémoire de master, Université Peleforo Gon Coulibaly, département de Sociologie, Korhogo, Côte d'Ivoire.

Varcoe, C., Doane, G., Pauly, B., Rodney, P., Storch, J.L., Mahoney, K., et al. (2004). Ethical practice in nursing: working the in-between. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 316-325.

Vibert, S.(2003). L'errance et la distance : la déshumanisation comme figure de l'humanité, *Anthropologie et Sociétés*, Université Laval, vol. 27, N° 3, pp 125-145

Wadja, J. B.(2022). *Approche socio-anthropologique du coût du Vih/Sida : cas des patients du District sanitaire d'Adzopé en Côte d'Ivoire*, thèse de doctorat unique en Sociologie, Institut d'Ethno-Sociologie, université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire.

Publisher's note

*Bamako Institute for Research and
DevelopmentStudiesPressremains neutral
regardingjurisdictional claims in map
publications and institutional*