



**HAL**  
open science

# COMMUNICATION ET RELATION DE SOIN EN CONSULTATIONS PRÉNATALES DANS LES FORMATIONS SANITAIRES URBAINES DE BOUAKÉ

Ardjouma Tuo

► **To cite this version:**

Ardjouma Tuo. COMMUNICATION ET RELATION DE SOIN EN CONSULTATIONS PRÉNATALES DANS LES FORMATIONS SANITAIRES URBAINES DE BOUAKÉ. Sciences de l'Homme et Société. Université Alassane Ouattara (Bouaké), 2021. Français. NNT : . tel-03354481

**HAL Id: tel-03354481**

**<https://theses.hal.science/tel-03354481>**

Submitted on 25 Sep 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA



UFR : Communication, Milieu et Société

Département des Sciences du Langage et de la Communication (SLC)

## THÈSE DE DOCTORAT UNIQUE

**Mention** : Sciences de la Communication

**Spécialité** : Communication pour le développement

**COMMUNICATION ET RELATION DE SOIN EN CONSULTATIONS  
PRÉNATALES DANS LES FORMATIONS SANITAIRES URBAINES  
DE BOUAKÉ**

Présentée par **M. TUO ARDJOUMA**

Soutenue publiquement le mercredi 02 juin 2021

**M. OUATTARA Azoumana**  
Professeur des Universités

**Président**  
Université Allassane Ouattara- Côte d'Ivoire

**Mme. N'GORAN- POAMÉ Léa Marie  
Laurence**  
Professeur des Universités

**Directrice**  
Université Allassane Ouattara- Côte d'Ivoire

**M. ABÉ N'Doumy Noël**  
Professeur des Universités

**Co-Directeur**  
Université Allassane Ouattara- Côte d'Ivoire

**M. ABOLOU Camille Roger**  
Professeur des Universités

**Rapporteur**  
Université Allassane Ouattara- Côte d'Ivoire

**M. DJENGUÉ Samuel**  
Maître de Conférences

**Examineur**  
Université Abomey-Calavi- Bénin

Année académique : 2020-2021



UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA



UFR : Communication, Milieu et Société

Département des Sciences du Langage et de la Communication (SLC)

## THÈSE DE DOCTORAT UNIQUE

**Mention** : Sciences de la Communication

**Spécialité** : Communication pour le développement

**COMMUNICATION ET RELATION DE SOIN EN CONSULTATIONS  
PRÉNATALES DANS LES FORMATIONS SANITAIRES URBAINES  
DE BOUAKÉ**

**Présentée par M. TUO ARDJOUMA**

Soutenue publiquement le mercredi 02 juin 2021 au Campus 2

**M. OUATTARA Azoumana**

Professeur des Universités

**Président**

Université Allassane Ouattara- Côte d'Ivoire

**Mme. N'GORAN- POAMÉ Léa Marie  
Laurence**

Professeur des Universités

**Directrice**

Université Allassane Ouattara- Côte d'Ivoire

**M. ABÉ N'Doumy Noël**  
Professeur des Universités

**Co-Directeur**

Université Allassane Ouattara- Côte d'Ivoire

**M. ABOLOU Camille Roger**  
Professeur des Universités

**Rapporteur**

Université Allassane Ouattara- Côte d'Ivoire

**M. DJENGUÉ Samuel**  
Maître de Conférences

**Examineur**

Université Abomey-Calavi- Bénin

Année académique : 2020-2021

*Ces pages sont dédiées à mon défunt père, TUO KEZONKI, puisse ses prières depuis la félicité céleste m'accompagner dans ma carrière de chercheur. Paix à toi papa !*

## **Remerciements**

Je tiens à adresser ma gratitude à ma Directrice de thèse, le Professeur **N’GORAN-POAMÉ LÉA MARIE LAURENCE**, pour son accord malgré le nombre important de ses doctorants. Depuis le Master, elle s’est montrée toujours disponible lorsque je sollicitais son avis et son expertise pour mes travaux de recherches. Je lui suis reconnaissant pour la confiance et l’autonomie qu’elle a accordé à ma personne.

J’exprime ma reconnaissance à mon Co-Directeur de thèse, le Professeur **ABÉ N’DOUMY NOËL**, Directeur du Laboratoire d’Étude et de Recherches en Transition Génésique (LERTG). Merci pour son accord à mon adhésion à son laboratoire. Grâce à cette insertion scientifique, j’ai pu réaliser l’un de mes plus beaux rêves : écrire ma thèse. Ses conseils avisés, sa rigueur scientifique et son amour pour le travail bien fait ont été pour moi, source de motivation et d’abnégation. Par lui, j’exprime ma gratitude aux docteurs et doctorants du LERTG pour leurs critiques et suggestions durant les restitutions de mes travaux.

Je remercie également tous les enseignants du département des Sciences du Langage et de la Communication, particulièrement, les docteurs **DIANÉ AMBEMOU OSCAR** et **OULAÏ JEAN-CLAUDE**. Chers Maîtres, infiniment merci à vous. Aux Docteurs **GUY KAUL**, **DAGNOGO LAÉTICIA** et **KOUAMÉ KHAN**, j’exprime ma reconnaissance pour le soutien indéfectible durant mes moments les plus difficiles de la recherche. Merci aussi au personnel du Décanat CMS pour son encouragement durant les trois années passées à leur côté.

À toutes les personnes qui ont daigné apporter un regard scientifique à ce travail, notamment, le Professeur **ANGBO JULIENNE**, le Docteur **SENY ÉHOUMAN**, les doctorants **CAMARA PORNON**, **KABLAN ERNEST**, **KONÉ LÉGO ADAMS**. À tous les étudiants du département des SLC, en particulier aux doctorants de la promotion 2016-2017, merci pour la confiance placée en ma personne.

Je ne comment saurai dire merci au personnel soignant et administratif de la maternité du CHU de Bouaké de même que celui des formations sanitaires d’Attienkro, de Belleville 2, de Sokoura, d’Ahougnassou, de Koko et de l’AIBEF

pour l'accueil et la mise à disposition des ressources pour ma collecte de données. À travers eux, je remercie toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide durant mon enquête de terrain. Ma gratitude à TOURÉ LÉONTINE et KOUASSI AMA CATHERINE, respectivement sage-femme à la maternité du CHU de Bouaké et aide-soignante au CSU de Sokoura.

Cette thèse est le fruit du concours de plusieurs personnes que je ne saurai lister ici. Merci à ma famille, à mon épouse FOFANA ALIDA ÉPSE TUO pour ses conseils et ses encouragements dans mes moments de désespoirs. Aux collègues de HETEC Bouaké, particulièrement à mon Directeur des Études, Monsieur N'GORAN KOUASSI HONNORÉ, merci pour le temps et les moyens mis à ma disposition pour parachever la rédaction de ma thèse.

Au clergé de Bouaké, particulièrement, le vicaire général, le Père MAXIME GBENDÉ, le curé de la cathédrale, le Père ORTALIN KOUASSI BI GOH et son vicaire le Père VICTORIEN KOKO N'DA ; aux amis jeunes, adultes et enfants de ma communauté chrétienne et laïc, singulièrement aux Cœurs Vaillants-Ames Vaillantes de Bouaké, avec à leur tête le Père MARTIAL N'GUESSAN N'GUESSAN, le Frère GERMAIN BÉRY BÉDA, la Sœur ESTHER GNIZAKO pour leurs prières, leur compréhension et leur tolérance à mon égard qui m'ont permis d'accorder un peu de mon engagement à la réalisation de cette thèse. À tous et à chacun, j'exprime ma gratitude. Chacune de vos pensées se trouve consignée dans ce travail.

## Sommaire

Sigles et abréviations.....	vii
Liste de tableaux et figures.....	xi
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE.....</b>	<b>1</b>
<b>CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>4</b>
<b>CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....</b>	<b>47</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE : LE MÉCANISME DE LA COMMUNICATION DANS LE SYSTÈME DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION.....</b>	<b>68</b>
<b>Chapitre I : Caractéristiques épidémiologiques de la santé de la reproduction en Côte d’Ivoire.....</b>	<b>71</b>
<b>Chapitre II : Mécanisme de la communication de la CPN biomédicale .....</b>	<b>95</b>
<b>DEUXIÈME PARTIE : PERCEPTIONS ET ATTITUDES DES ACTEURS DE LA CPN .....</b>	<b>128</b>
<b>Chapitre III : Catégorisation des faits socio-anthropologiques et communicatifs liés à la relation de soin en CPN.....</b>	<b>130</b>
<b>Chapitre IV : Analyse des faits liés à la relation de soin et le changement social en CPN.....</b>	<b>155</b>
<b>TROISIÈME PARTIE : LA CONTRIBUTION DES SCIENCES DE LA COMMUNICATION A LA PROMOTION DE LA COMMUNICATION EN CPN.....</b>	<b>190</b>
<b>Chapitre V : La communication méliorative des pratiques sociales en CPN.....</b>	<b>191</b>
<b>Chapitre VI : Maquette de communication pour la promotion de la relation de soin en CPN: «Une relation de communication pour des soins de qualité ».....</b>	<b>237</b>
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE.....</b>	<b>277</b>
<b>BLIOGRAPHIE.....</b>	<b>283</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>302</b>



## **Sigles, abréviations et acronymes**

- ACP** : Approche centrée sur la personne
- AIBEF** : Agence Ivoirienne pour le Bien-être de la Famille
- AIP** : Association Ivoirienne pour le Progrès
- AMM** : Association Médicale Mondiale
- ARV** : Anti Retro Viral
- ASFI** : Association des Sages-femmes Ivoiriennes
- ASC** : Agents de santé communautaires
- BAD** : Banque Africaine de Développement
- BCEAO** : Banque Centrale des États de l’Afrique de l’Ouest
- CARMMA** : Campagne pour l’Accélération de la Réduction de la Mortalité  
Maternelle en Afrique
- CCC** : Communication pour le Changement de Comportement
- CCSC** : Communication pour le Changement Social du Comportement
- CD4** : Lymphocytes 4
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CMS** : Communication, Milieu et Société
- CNS** : Comptes Nationaux de la Santé
- COMBI** : Communication pour un Impact comportemental
- CPN** : Consultation Périnatale
- CPR** : Comportement Procréateur à Risque
- CSR** : Centres de Santé Ruraux
- CSU** : Centres de santé Urbains
- CTA** : Combinaisons Thérapeutiques à base de dérivés d’Artémisinine
- DBC** : Distribution à Base Communautaire
- DMS** : Directeur Médical et Scientifique
- DRS** : Directeur Régional de la Santé
- EICDERM** : Entendre, Informer, Convaincre, Décider, Agir, Reconfirmer,  
Maintenir
- ENV** : Enquête sur le Niveau de Vie
- EPN** : Établissements Publics Nationaux

**E.P.U** : Enseignement Postuniversitaire  
**FAP** : Femmes en Âge de Procréer  
**FASFAF** : Fédération des Associations des Sages-femmes d’Afrique  
**GEU** : Grossesses extra-utérines  
**HAI** : Health Association International  
**HRP** : Hématomes recto-placentaires  
**HTA** : Hypertension artérielle  
**ICM** : Confédération Internationale des Sages-femmes  
**IDH** : Indice de Développement Humain  
**IEC** : Information, Education, Communication  
**IMC** : Marketing de la communication intégrée  
**IRA** : Infections respiratoires aiguës  
**LERTG** : Laboratoire d’Études de Recherches en Transition Génésique  
**MIDH** : Mouvement Ivoirien des Droits de l’Humain  
**MIJ** : Mortalité infanto-juvénile  
**MILDA** : Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d’Action  
**MMR** : Mortalité Maternel de la Reproduction  
**MSHP** : Ministère de la Sante et de l’Hygiène Publique  
**MSLS** : Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA  
**NV** : Naissances vivantes  
**ODD** : Objectifs du Développement Durable  
**OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**ONG** : Organisation Non Gouvernementale  
**PF** : Planification familiales  
**PMI** : Protection Maternelle et Infantile  
**PNCC** : Programme National de Changement Climatique  
**PNDS** : Plan National de Développement Sanitaire  
**PNLP** : Programme National de Lutte contre le Paludisme  
**PNLT** : Programme National de Lutte contre la Tuberculose  
**PNSI/SE** : Programme National de Santé Infantile et de la Survie de l’Enfant

**PNSR** : Programme National du Secteur Rural  
**PTME** : Protection de la Transmission Mère-Enfant du VIH  
**RGPH** : Recensement Général de la Population et de l'Habitat  
**RHS** : Ressources Humaines de la Santé  
**RMM** : Rapport portant sur la mortalité maternelle  
**SLC** : Sciences du langage et de la communication  
**SMNI** : Services Maternelles Néonatales et Infantiles  
**SNIS** : Système National d'Information Sanitaire  
**SOGO-CI** : Société de Gynécologie et d'Obstétrique de la Côte d'Ivoire  
**SSR** : Santé Sexuelle de la Reproduction  
**TBM** : Taux brut de la mortalité  
**TDR** : Tests de diagnostics rapides  
**TIC** : Technologies de l'Information et de la Communication  
**UFR** : Unité de Formation et de Recherche  
**UNFPA** : Fond des Nations Unies pour la Population  
**UNICEF** : Fonds des Nations unies pour l'enfance  
**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Liste de tableaux et figures

### • Tableaux

<b>Tableau 1</b> : Formations sanitaires de la maternité de la ville de Bouaké.....	48
<b>Tableau 2</b> : Récapitulatif du modèle méthodologique.....	53
<b>Tableau 3</b> : Récapitulatif de la population d'étude.....	57
<b>Tableau 4</b> : Thèmes de référence à la CPN selon le PNSI/SE.....	101
<b>Tableau 5</b> : Thèmes de référence en post-partum selon le PNSI/SE.....	105
<b>Tableau 6</b> : Liste des sections ASFI par région.....	109
<b>Tableau 7</b> : Paramètres de la communication thérapeutique.....	125
<b>Tableau 8</b> : Taux de fréquentation de la CPN par les FE .....	131
<b>Tableau 9</b> : Les raisons de la faible fréquentation des formations sanitaires.....	133
<b>Tableau 10</b> : Répartition des tâches en CPN.....	135
<b>Tableau 11</b> : Les acteurs liés à la MMR .....	138
<b>Tableau 12</b> : La fonction de la communication en CPN.....	139
<b>Tableau 13</b> : Fonctions des prestataires de la santé en CPN .....	140
<b>Tableau 14</b> : Préférence du cadre de communication .....	142
<b>Tableau 15</b> : Les outils de communications préférés par les usagers de la CPN.....	144
<b>Tableau 16</b> : Les acteurs de décision et les attentes des FE en situation de prise de décision en CPN.....	145
<b>Tableau 17</b> : Le pourcentage du genre des prestataires de la santé en CPN.....	147
<b>Tableau 18</b> : Les contraintes sociales de la CPN.....	148
<b>Tableau 19</b> : Niveau d'instruction des usagers de la CPN .....	149
<b>Tableau 20</b> : Les indicateurs des CPR fréquents en CPN.....	150
<b>Tableau 21</b> : Raisons de fréquentation de la CPN traditionnelle et le taux de fréquentation des types de CPN.....	152
<b>Tableau 22</b> : Les indices de la motivation de la FE à la CPN traditionnelle.....	153
<b>Tableau 23</b> : Résultats écart type de la perception des FE concernant la relation de soin.....	157
<b>Tableau 24</b> : Résultats écart type de l'interlocuteur préféré des FE en CPN.....	160

<b>Tableau 25</b> : Les moyens de communication utilisés par le personnel soignants en CPN.....	163
<b>Tableau 26</b> : Niveau d'étude des FE enquêtées.....	167
<b>Tableau 27</b> : La préférence de lieu de communication des FE.....	169
<b>Tableau 28</b> : Évaluation des FE concernant les raisons de la faible fréquentation des formations sanitaires maternelles.....	174
<b>Tableau 29</b> : Les facteurs de risques de la relation de soin en CPN chez les FE.....	178
<b>Tableau 30</b> : Les personnes privilégiées de la prise de décision de la FE en CPN.....	181
<b>Tableau 31</b> : Les besoins exprimés à la CPN traditionnelle.....	185
<b>Tableau 32</b> : Récapitulatif de la différence entre IEC/CCC.....	220
<b>Tableau 33</b> : Récapitulatif des canaux de communication de la maquette.....	259
<b>Tableau 34</b> : Activités de plaidoyer institutionnel et communautaire.....	262
<b>Tableau 35</b> : Activités de plaidoyer médias et scientifiques.....	264
<b>Tableau 36</b> : Activités de promotion de la relation de soin en CPN.....	266
<b>Tableau 37</b> : Plan d'action de la maquette de communication.....	269
<b>Tableau 38</b> : Maquette d'évaluation des objectifs COMBI.....	273
<b>Tableau 39</b> : Maquette d'évaluation des objectifs COMBI.....	275

- **Figures**

<b>Figure 1</b> : Modèle de la relation interpersonnelle de Newcomb.....	44
<b>Figure 2</b> : Situation géographique du terrain d'enquête.....	49
<b>Figure 3</b> : Population de Bouaké selon de recensement de 2014 .....	51
<b>Figure 4</b> : Évolution de la pyramide des âges en Côte d'Ivoire de 1999 à 2014.....	73
<b>Figure 5</b> : Découpage administratif de la Côte d'Ivoire.....	77
<b>Figure 6</b> : Sage-femme à la CCC collective.....	113
<b>Figure 7</b> : Aides-soignantes en service.....	115
<b>Figure 8</b> : Femmes enceintes en attentes pour la consultation.....	134
<b>Figure 9</b> : Carte sanitaire de la ville de Bouaké.....	137
<b>Figure 10</b> : Représentation factorielle de la relation de soin et la responsabilité de la SF en CPN.....	159
<b>Figure 11</b> : Profil tu tableau croisé de la relation de soin et le choix de cible de la SF.....	162
<b>Figure 12</b> : Histogramme accolé du croisement des moyens de communication et des cibles du personnel soin en CPN.....	165
<b>Figure 13</b> : Profil du tableau croisé du lieu de communication et le choix de la stratégie des SF.....	171
<b>Figure 14</b> : Carte factorielle de la responsabilité de la SF et les facteurs de fréquentation de la maternité.....	174
<b>Figure 15</b> : Carte factorielle des CPR et la situation économique de la FE .....	180
<b>Figure 16</b> : Carte factorielle des cibles secondaires des SF et les moyens de communication.....	183
<b>Figure 17</b> : Carte factorielle de l'étude de la portée spirituelle de la CPN.....	188
<b>Figure 18</b> : Le modèle de l'image de la sante.....	210
<b>Figure 19</b> : Le modèle du comportement prévu selon Nutbeam et Harris .....	212
<b>Figure 20</b> : La théorie du comportement planifié selon Azjen .....	213
<b>Figure 21</b> : Évolution générale de l'adoption du comportement.....	217
<b>Figure 22</b> : Le modèle EICDERM .....	223

## **INTRODUCTION GÉNÉRALE**

La question de la santé de la reproduction préoccupe de plus en plus tant les acteurs de la santé que les chercheurs en sciences sociales. En effet, les mères et leurs bébés sont exposés à des pathologies préexistantes. Celles-ci constituent un véritable défi pour les nombreux programmes de promotion du bien-être du couple mère-enfant. Dans le monde, plus d'un demi-million de femmes perd la vie chaque jour suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Les nouveau-nés âgés de moins de 28 jours connaissent la même réalité. Environ quatre millions d'entre eux meurent avant leur premier anniversaire. L'Afrique noire est la partie la plus touchée par ce phénomène. En Côte d'Ivoire, les efforts des autorités politiques ont connu une légère avancée. Toutefois, la santé de la mère et de l'enfant constitue une priorité pour l'État.

En effet, les facteurs qui sous-tendent la persistance du taux élevé de décès maternel et infantile sont diversifiés. Plusieurs études se sont intéressées aux facteurs sociaux et aux pathologies liées à ce phénomène. Ainsi, la responsabilité du soignant a longtemps été négligée par ces dernières. C'est autour de cette question que notre étude a été élaborée. La relation de soin au sein de l'unité de la Consultation Périnatale (CPN) constitue l'épicentre de notre travail. Il s'agit pour nous d'analyser le mécanisme communicationnel élaboré par les prestataires de la santé de la reproduction au sein des formations sanitaires en milieu urbain.

Notre travail se pose comme un outil critique des perceptions et des comportements des acteurs de la CPN biomédicale. Il s'agit en particulier des Sages-femmes (SF) des formations sanitaires considérées par celle-ci et des Femmes Enceintes (FE) qui fréquentent ces formations sanitaires ou qui vivent dans les aires sanitaires des centres de santé retenus par l'étude. Toutefois, l'étude des attitudes et des perceptions de cette population contribue à caractériser leur logique de la communication et leur intérêt pour la relation de soin au sein de l'espace de la CPN.

L'étude est menée au sein de l'unité de la CPN du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bouaké et dans quatre formations sanitaires de ladite ville, située au centre de la Côte d'Ivoire. Ce site regorge une population



caractérisée par une diversité socioculturelle. Ainsi, grâce à ces caractéristiques et aux atouts en infrastructures sanitaires, le site choisi a constitué un cadre de référence pour étudier le phénomène concerné.

Notre travail est essentiellement composé de trois grandes parties. La première est précédée d'une introduction. Cette première partie situe le travail et donne des précisions sur les outils méthodologiques et théoriques qui ont été convoqué pour sa réalisation et sa compréhension. La deuxième partie fournit des informations générales concernant la question sanitaire en Côte d'Ivoire. Elle présente aussi la situation actuelle du phénomène étudié au niveau national.

La troisième partie du travail concerne la présentation et l'analyse des données recueillies sur le terrain. Les résultats de l'analyse des données de cette dernière partie ont constitué une ouverture pour l'élaboration de la maquette de communication pour le changement de comportement. Celle-ci engendre la contribution théorique de notre étude. Elle propose une communication améliorative de la relation de soin au sein de l'unité de la CPN dans les formations sanitaires urbaines.

## CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE

Le cadre théorique constitue la phase de conceptualisation de l'étude. Il se compose de la justification du sujet, de la définition des concepts, de la revue de littérature, de la problématique et des différents objectifs et hypothèses de la recherche.

### I. Justification du sujet

Chaque instant de la vie et chacune des actions de l'être humain sont considérés comme conditionnés par les interactions. Selon GOLDBERGJ. (2010), « *tout système social est obligatoirement un système de communication. Chacun des membres de la société est émetteur et récepteur de signaux et les rôles peuvent s'inter changer.* » Il soulève ainsi, la nécessité d'identifier les acteurs de toute situation de communication.

En d'autres termes, pour mieux interpréter une situation d'échange, il sied de tenir compte de la période, du contexte et du but de celle-ci. En effet, le cadre d'échange n'est pas fortuit. Il permet de mieux comprendre, de se comprendre, de se faire comprendre et de gérer les interactions entre les interactants. Cette contrainte apparaît comme inévitable dans le contexte de la santé de la reproduction.

La communication se présente comme l'essence de toute activité humaine. Dans le contexte de la santé génésique, particulièrement, pour l'unité de la Consultation Périnatale (CPN) la relation de soin est soumise à des contraintes communicationnelles et des facteurs sociaux économiques, professionnels et politiques. Depuis plus d'une quarantaine d'années, des mesures ont été entreprises en vue d'améliorer les rapports entre personnel soignant et client de la santé génésique en matière de Santé Sexuelle de la Reproduction (SSR). Ces mesures projetaient le rapprochement des services de santé des communautaires en facilitant l'accès aux soins. Elles consistaient de façon exhaustive à impliquer le consulté dans la prise de décision et amener le soignant à s'imprégner

effectivement de la vie quotidienne de son patient, car ce dernier cherche un référent, c'est-à-dire un modèle de vie pour adopter le comportement voulu.

Pour EDMOND M. (2008), « *si l'identité est un enjeu de la communication, elle en est la résultante. C'est à travers des interactions quotidiennes et des images qu'elle nous revient que se construit peu à peu l'image que nous nous faisons de nous-mêmes (...).* » Concernant la relation consultant-consulté, précisément dans le contexte de la Santé Maternelle (SM), les acteurs de la communication sont en général composés de Sages-femmes (SF), des Aides-soignantes (AS), des Infirmières Diplômées d'État (IDE) et des femmes venues en CPN. Ainsi, les rapports entre ces populations considérées comme homogènes semblent féministes à cause de la présence permanente du genre féminin. Ce caractère singulier de la relation entre acteurs de la CPN, nous conduit à y accorder une attention particulière et d'en faire un objet d'étude. Selon N'DA P. (2015), une telle mesure cherche à trouver réponse aux questions suivantes : ***D'où le sujet est-il tiré ? Comment sommes-nous parvenu à le choisir parmi tant d'autres ?***

Répondre à ces préoccupations consiste à justifier le choix et la pertinence de ce sujet. Nos éléments de réponse sont consignés à travers les points suivants : la pertinence scientifique, la pertinence sociale, la pertinence institutionnelle et la motivation personnelle.

### **I.1. La pertinence scientifique**

La problématique de l'amélioration de la situation de la FE au sein de l'unité de la CPN représente un sujet d'actualité pour les chercheurs contemporains. Cette question suscite l'intérêt d'une diversité d'études de domaines différents. Ainsi, des études précédentes ont porté un regard critique sur la situation chaotique du phénomène dans le monde et particulièrement dans la partie sud de l'Afrique. En effet, au plan épidémiologique, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) indique que plus de 500 000 femmes meurent chaque jour dans le monde suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement (OMS, 1999).

Les rapports produits par cet organisme et ses différents partenaires témoignent de la nécessité d'agir contre l'importance du taux de décès maternel et infantile dans certaines régions du monde. Par ailleurs, l'OMS fait remarquer que de façon générale, l'échec des actions entreprises dans le sens de la réduction et la prévention du phénomène est tributaire à des facteurs d'ordre médical et sociologique. Ces facteurs représentent la complication la plus significative liée à la grossesse, à l'accouchement ou à des suites d'accouchements. En plus des facteurs médicaux, l'OMS s'intéresse aux contraintes sociologiques.

En ce qui concerne les contraintes d'ordre sociologique, cette institution met l'accent sur le statut de la femme et son rôle dans la famille, de même que dans la problématique de la santé de la reproduction dans les zones subsahariennes (OMS, idem). Cette frange de la population mondiale rencontre d'énormes difficultés en ce qui concerne l'accès aux soins. Toutefois, la malnutrition dans les zones dites pauvres, l'inégalité dans l'équipement, la disponibilité des centres de santé et la qualité des soins s'érigent comme des barrières à l'accès aux soins prénataux (UNICEF, 2007).

Dans le souci d'améliorer la situation de la dyade FE-enfant, des travaux redoutent la responsabilité du personnel soignant. Les acteurs de l'unité de la CPN échangent des signes verbaux et non verbaux durant les interactions au sein de cet espace de l'hôpital. L'activité d'interaction entre les acteurs de la santé génésique commence par l'accueil. C'est donc la qualité de l'accueil qui booste les logiques de communication des usagers de la santé. Elle conditionne ainsi le degré d'implication des acteurs et la crainte du respect ou non de la confidentialité au sein de la relation de soin. Il pose ainsi l'importance de la confiance dans la relation consultant-consulté et la parfaite maîtrise des outils de communication en vue de faciliter le changement de comportement.

Dans les lignes qui précèdent cette analyse, il sied de redéfinir la place et la fonction de la communication dans la collaboration entre le personnel médical et les usagers de l'unité de la santé de la reproduction. En effet, bien que certaines études se démarquent en abordant l'aspect humanitaire du phénomène, la thématique de la relation de soin demeure une préoccupation. Les réponses

possibles laissent entrevoir des zones d'ombre. L'approche communicationnelle élaborée par cette étude vise à reconsidérer les logiques communicationnelles des acteurs de la relation de soin en CPN. Elle met au cœur de la collaboration entre le demandeur de la santé et le soignant, la prise en compte des attitudes communicationnelles et des perceptions des individus concernant la relation de soin.

Autrement dit, elle facilite la compréhension et l'interprétation de la notion de la relation de soin. Il s'agit pour cette étude, de montrer en quoi la relation de soin transcende le fait thérapeutique. Elle constitue pour les acteurs de la CPN, un moyen d'implication et de motivation pour l'adoption de comportements favorables au bien-être de la FE et de l'enfant.

## **I.2. Pertinence sociale**

La situation de la femme a connu une nette évolution dans le monde. Malgré les efforts des autorités sanitaires et gouvernementales dans le monde, certaines femmes continuent d'accoucher à domicile sans une assistance médicale. Ce constat est observable dans la plupart des pays au sud du Sahara et dans les régions à faibles revenus. Les populations de ces régions vivent dans une pauvreté avancée et elles accèdent difficilement aux soins.

Par ailleurs, dans le contexte de la santé de la reproduction, les rapports existants entre consultant et consulté sont significatifs. Les femmes en général, fréquentent les centres de santé dans le but d'obtenir une réponse à leurs préoccupations. Aussi, espèrent-elles trouver la confiance et la garantie d'une bonne santé de leur enfant. Dans ce cas, le personnel sanitaire est considéré comme la personne-ressource, car, il représente pour ces femmes, le « miroir » d'une santé certaine. Cependant, les rapports entre soignant et client sont fortement influencés par divers facteurs.

La relation de soin dans le contexte de la santé de la reproduction est confrontée à des facteurs communicationnels. Les interactions au sein de l'espace sanitaire du couple mère-enfant subissent des transformations linguistiques. Les signes verbaux et para-verbaux émis par les acteurs sont en général mal

interprétés ou modifiés. Le cadre de communication connaît des situations de tension entre les protagonistes. Il s'agit, notamment, des cas de plaintes des patientes mal ou peu renseignées, des cas de prescription d'ordonnances jugées excessives ou répétées etc. De manière brève, la communication entre la SF et les gestantes est constamment confrontée à des situations de malentendus et/ou de déficit de communications.

Bien que la littérature existante aborde ces aspects, il existe encore des inquiétudes, notamment, concernant la question de la relation soignant-soigné. Cette étude renforce la compréhension des pratiques sanitaires chez la FE et permet de mieux interpréter les attitudes de la SF au sein de l'unité de la CPN. Ainsi, l'approche communicationnelle mise en œuvre par cette étude apporte une réponse aux inquiétudes et aux aspirations de la FE concernant les préjugés de la CPN biomédicale et de la maïeuticienne. L'intérêt de cette étude pour la FE consiste donc à rapprocher cette dernière de l'unité de la CPN et à favoriser un cadre de confiance à l'égard de la SF. Par conséquent, la communication dispose l'utilisateur de la santé de la reproduction à une relation d'éducation et de confiance favorable au bon développement de la grossesse et à un accouchement sans risque.

### **I.3. La pertinence institutionnelle**

*« La mortalité maternelle est désormais reconnue comme un signe de négligence et d'échec : négligence de la société à l'égard de la santé des femmes et des jeunes filles et incapacité des systèmes de soin à répondre à leurs besoins et à leurs préoccupations en matière de santé. »* (OMS, op. cit.). Ce constat de l'OMS montre la nécessité d'engagement de toute la société, singulièrement, les institutions locales et internationales dans la question de la prévention et de la réduction du taux de mortalité maternelle et infantile suite à une grossesse ou à l'accouchement.

En effet, la mortalité maternelle et infantile est particulièrement considérée comme un problème de santé public. Au plan mondial, l'OMS, après avoir expérimenté les Objectifs Millénaires pour le Développement (OMD) a axé

ses objectifs autour de dix-sept nouveaux défis à réaliser. Ces défis constituent les Objectifs du Développement Durable (ODD). Ils visent 169 cibles à travers différents sous-objectifs. Cependant, les ODD 3 mettent un accent particulier sur la bonne santé et la promotion du bien-être de tous les âges. Toutefois, les quatre premiers sous objectifs des ODD 3 mettent essentiellement un accent sur la FE et les enfants de moins de 5 ans. Ces mesures sont renforcées par les récentes recommandations de l’OMS concernant la promotion de la santé du couple FE-futur enfant (OMS, 2017). Elles encouragent le passage de 4 CPN à 8 CPN pour toutes les gestantes avant l’accouchement.

Au plan régional, l’OMS est suivie dans ses actions par le Fond des Nations Unies pour la Population (UNFPA) à travers la vulgarisation et l’adhésion effective des nations à la Campagne pour l’Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA). Cette politique d’optimisation vise à mobiliser l’intérêt des nations de cette partie du monde à s’investir véritablement dans la lutte contre le fort taux de Mortalité Maternelle de la Reproduction (MMR) au sud du Sahara. Il s’agit de conjuguer les efforts afin de s’assurer qu’aucune femme ne meurt en donnant la vie.

Bien qu’au plan mondial et régional, des actions tendant à l’amélioration de la situation de la FE et des enfants aient été entreprises, le phénomène demeure une préoccupation, vu la situation dramatique de l’état des lieux. En Côte d’Ivoire, chaque année, le Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique (MSHP) établit des Comptes Nationaux de la Santé (CNS). Il s’agit, pour cette institution, de passer en revue toutes les activités et les actions réalisées dans le domaine de la santé. Outre ce programme de suivi, l’État a fait de la santé des FE et des enfants une priorité à travers l’adoption des différents programmes, notamment, l’insertion du programme de la Protection de la Transmission Mère-Enfant (PTME) depuis 1997 et de la CARMMA en 2013. Grâce au concours de l’OMS, la PTME est insérée dans tous les Services Maternels Néonataux et Infantiles (SMNI) du pays. À travers ces programmes, l’État vise à faciliter l’accès aux soins par les FE vivantes avec le Virus du Syndrome d’Immunodéficience Humain (VIH-SIDA).

Outre ces programmes, l'État à travers le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA (MSLS) grâce au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) évalue la situation des mères et de leurs enfants chaque année. Chaque PNDS fait l'état des lieux de la santé en général et celui de la femme et des enfants en particulier. Ces études permettent de se fixer des objectifs pour les années à venir. Ces actions sont appuyées par d'autres ministères tels que le Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant (MFFE).

Notre prospection se présente comme un outil stratégique d'évaluation de la relation entre personnel soignant et soigné dans le contexte de la santé maternelle. Elle permet d'étudier les rapports entre consultant et consulté dans le cadre de la santé de la reproduction en vue de mieux comprendre les attitudes et les comportements des protagonistes. Elle contribue par conséquent, à définir une maquette de communication facilitant l'adoption du comportement voulu dans le sens du changement durable.

À ce titre, cette investigation est considérée comme bénéfique pour les institutions humanitaires et sanitaires locales et internationales intervenantes dans le cadre de la santé génésique, car elle constitue pour elles, un outil d'évaluation et de mise en œuvre de plan stratégique socio anthropologique, médical et communicationnel. Autrement dit, elle permettra à bien d'organismes humanitaires, notamment au MSLS, au MFFE, au MSHP, au Programme National du Secteur Rural (PNSR) et leurs différents partenaires de mieux planifier leurs activités en matière de SSR.

## **II. Définition des termes clés**

La définition des concepts représente un élément stratégique pour la compréhension de l'essence d'une étude scientifique. Il s'agit pour le chercheur, de présenter les notions qui composent son sujet sous une forme plus simplifiée et concrète. Cette concrétisation de termes prend forme à partir des variables qui constituent les axes de l'étude.



Dans le cas précis de cette étude, les concepts qui nécessitent une explication sont les suivants : Relation de soin, communication, Consultation prénatale et formation sanitaire urbaine.

### **II.1. Relation de soin**

Encore connue sous l'appellation de « relation soignant-soigné » ou « relation thérapeutique », la relation de soin peut être définie comme le lien qui met en évidence deux personnes de statuts différents, à savoir, le malade en quête de santé et le médecin, qui, lui, s'occupe de l'état de santé du patient (*Encyclopédie des soins infirmier*). Cette notion connaît plusieurs variations selon la spécialité et le cadre. On note notamment : « écoute clinique », « relation clinique », « entretien clinique », etc. Elle fait appel à deux idiomes principaux : « **relation** » et « **soin** ».

- **Relation** : Selon une approche lexicale, l'axiome « *relation* » peut être considéré en premier lieu comme un lien des personnes ou des choses. En deuxième lieu, du point de vue physiologique, la relation désigne la fonction qui assure le rapport avec le milieu extérieur, comme la motricité, la sensibilité. C'est aussi la personne avec laquelle on est en rapport (Le petit Larousse illustré, 2018).

MANOUKIAN A. et MASEBEUF A. (2008) écrivent : « *Une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire, deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires.* Telle que définie, la relation prend un sens psychosocial et se veut révélatrice dans la complexité du processus de soin. En effet, LOHISSE J. (2007, op.cit.) considère la relation comme l'action qui permet à un émetteur (A) de transmettre une information à quelqu'un d'autre (B) concernant un sujet (X). Autrement, la notion de relation fait référence à la dynamique « contenu et processus ». Le contenu se réfère à la raison que vise la relation établie. Tandis que le processus s'intéresse à la manière dont la relation s'établit. Se rapprochant des sciences sociales, MEUNIER J.P. et PERAYA D. (op.cit.) réduisent la relation à un fait social, car la relation constitue une jonction entre le fait communiqué et le social.

Dans le cadre de cette étude, le terme « *relation* » concerne les techniques et les moyens mis en évidence dans les interactions entre la SF et les FE de son unité en vue de faciliter la CPN pour le bon suivi de la grossesse. La relation peut s'appréhender comme le processus de prise en charge discursif et technique (clinique) de la femme gestante en CPN. Ce processus au-delà du discours, inclut la convocation et la génération d'actes, de gestes, d'attitudes spécifiques à chaque acteur du système relationnel en CPN. Cette définition est envisagée sous l'angle communicationnel.

- **Soin** : Généralement, le mot « *soin* » est précédé d'un verbe d'action afin de préciser le contexte ou le degré d'implication du soignant. On parle alors de « faire des soins » ou « prendre soin ». Toutefois, le dictionnaire *Le Petit Larousse* (2010) définit le mot « *soin* » comme une attention, une application portée à quelque chose. C'est aussi la charge ou le devoir de veiller à quelque chose. Au plan sanitaire, le soin renvoie au moyen par lequel on s'efforce de rendre la santé à un malade. Autrement dit, c'est l'ensemble des moyens par lesquels on se réfère pour améliorer la santé à un malade. C'est donc avoir pour lui des attentions délicates (*Le petit Larousse illustré, 2010, idem*).

HERBEEN W. (1997) propose une définition tout en faisant quelques distinctions. Pour lui, le soin renvoie au « *fait d'être attentif à quelqu'un ou à quelque chose pour s'occuper de son bien-être ou de son état, de son bon fonctionnement.* » Partant de cette assertion jugée trop globale, on pourrait dire que l'action de « *prendre soin* » consiste à considérer l'individu dans toute son entièreté. Il s'agit de lui accorder une attention particulière accompagnée de délicatesse. Par ailleurs, l'action de « *faire des soins* » répond à l'activité professionnelle du soignant. Dans ses travaux de fin d'étude, lorsque ROCHE L. (2011) évoque le terme « *soin* », elle fait référence au soignant qui, lui, est la personne qui donne les soins et le soigné représentant la personne qui bénéficie des soins de l'autre.

Ainsi, entre le soignant et le soigné, il s'établit un rapport d'offre et de besoin, de complémentarité et de complicité entre le clinicien et son patient. En

effet, l'un possède le savoir, et l'autre, dans un état de choc, est en quête de soulagement. Son état de santé considéré comme précaire, l'oblige à reposer tout espoir en le soignant. Dans cette étude, le terme soignant désigne la personne habilitée à produire ou prodiguer des soins, c'est-à-dire, la maïeuticienne<sup>1</sup>. On identifie alors le soignant à la SF. Celle-ci se charge de veiller à la bonne santé des gestantes et leur enfant. Le soigné, quant à lui, fait référence à la FE qui vient en CPN pour le suivi de la grossesse.

## II.2. Communication

Selon le dictionnaire le *Petit Larousse illustré* 2018, le mot « communication » est avant tout l'action de communiquer, d'établir une relation avec autrui, de transmettre quelque chose à quelqu'un. La communication désigne aussi la liaison qui existe entre deux choses ou deux personnes.

Partant de ces définitions lexicales, PROULX S. et BRETON P. (2008) abordent le concept de « pratiques communicationnelles » en s'attachant aux moyens de communication, tels que : le geste, l'oral, le visuel, l'écrit, etc. Ils inscrivent la communication dans le vécu quotidien de l'être humain, car toute parole, toute attitude, tout comportement ou toute image transmet un message aussi subtil soit-il. Par conséquent, tout acte est communication et transmet un message. Autrement dit, les pratiques communicationnelles renferment « *l'ensemble des supports qui permettent à la parole d'être transportée d'un émetteur à un récepteur.* »

Du terme « communication », nous pouvons percevoir « *l'idée de relation à l'autre (com=avec)* » (LOHISSE J., 2007). Communiquer, consiste donc à rentrer en interaction avec l'autre. C'est un échange dynamique d'informations entre deux ou plusieurs personnes. MUCCHIELLIA. (2008) la définit comme « *des phénomènes qui se développent en même temps que les phénomènes sociaux, culturels, économiques, politiques qui accompagnent ou précèdent les médias (...).* » Pour lui, la communication n'est résolument pas la

---

<sup>1</sup>**La maïeuticienne** : Il faut entendre par ce terme, la fonction de la personne qui se charge de faire accoucher une femme en travail. C'est un synonyme de la SF. On parle aussi d'obstétricienne, d'accoucheuse ou de matrone.

chose informationnelle, mais doit aussi évoluer en tenant compte des réalités socioculturelles, économiques et politiques en vue d'une transformation du monde tel qu'elles se présentent. Les conceptions de ces auteurs tendent à ramener la communication au fait social comme le disent MEUNIER J-P. et PERAYA D. (2010). la communication est « *un acte et un acte social.* »

Ainsi, LE NET M. (2006)., accordant un intérêt humaniste à la communication, considère que « *la communication dite sociale vise à modifier les connaissances, les opinions et les comportements d'autrui.* » Le terme communication semble donc prendre un sens particulier en fonction du domaine et du métier concerné, car, présent dans tous les domaines de l'activité humaine, il est appréhendé comme polysémique. C'est en cela que PHANEUF M. (2011) parle d'essence de toute relation sanitaire quand il aborde le terme communication en santé.

Selon ce dernier, la communication est une modalité importante d'intervention en soins infirmiers, car c'est le pilier de la relation d'aide. Selon cette considération, l'agent de santé, notamment la SF, doit prendre en compte les faits et les gestes de la parturiente, ses paroles, sa posture, son regard, ses grimaces, bref, toute attitude, tout comportement et toute expression du patient. Il en est de même pour l'obstétricienne, miroir du bien-être de la gestante, car par le toucher, le regard, la tenue vestimentaire, bref, tout ce qu'elle fait et ce qu'elle dit sont des références pour la patiente. Celle-ci s'en inspire pour ses interprétations linguistiques.

La profession de la SF l'oblige à collaborer avec une diversité de femmes chaque jour. Il est nécessaire d'avoir une connaissance au préalable de ces femmes en vue de faciliter le contact, car « *la communication est le principal outil du soignant, qui s'en sert pour connaître la personnalité de son patient, son milieu de vie, sa conception et sa perception du monde et de sa maladie.* » (PIAGET L. 2008). En ce qui concerne la SF, la communication établie avec la FE lui permet d'instaurer une relation de confiance avec celle-ci, de s'informer et d'informer, de se renseigner et de renseigner. Il s'agit, pour elle, d'échanger des informations avec la gestante par le biais d'un entretien. Dans le contexte de la

relation entre l'obstétricienne et la FE, les pratiques communicationnelles sont visibles par le biais des différentes étapes du système de santé de la mère et de l'enfant. On note entre autres : l'écoute et l'entretien qui sont utilisés par la maïeuticienne pour communiquer avec la gestante ou pour informer et/ou s'informer.

Retenons avec PIAGET L. (idem.), que les pratiques communicationnelles « *sont un ensemble de méthode permettant au soignant, dans ce cadre précis, d'améliorer ses relations avec le patient et d'approfondir leur discussions.* » Concernant notre étude, les pratiques communicationnelles regroupent les activités de communication qui lient la SF à la FE afin de parfaire la prestation sanitaire. Toutefois, l'orientation que revêt l'usage du lexème « communication » dans cette étude implique l'explication de la notion de : communication pour la santé.

- **Communication pour la santé** : Elle est considérée comme une stratégie mettant en œuvre des actions de communication pour le changement de comportement au sein de la communauté. C'est un document qui permet de définir, de clarifier et d'organiser les actions de changement vis-à-vis d'une pathologie ou à réduire les risques de contamination au sein des populations. En d'autres termes, la communication pour la santé est un processus d'actions qui vise à convaincre et/ou à persuader par la communication un grand nombre d'individus à adopter un comportement nouveau face à la menace d'une maladie déterminée.

### **II.3. La Consultation prénatale**

La notion « consultation prénatale » est composée de deux axiomes : consultation et prénatale. Dans le cadre de cette étude, la notion de la consultation prénatale rime avec certaines notions et certains termes qui nécessitent une explication.

- **Consultation** : Selon le dictionnaire *Petit Larousse illustré* 2018, la consultation est l'action qui consiste à consulter quelqu'un, à prendre l'avis. Du point de vue de la médecine, elle désigne l'examen d'un malade par un médecin dans un cabinet médical.

- **Prénatale** : Le dictionnaire *Petit Larousse illustré* 2018 considère 'prénatale' tout ce qui précède la naissance. Autrement dit, c'est tout ce qui intervient avant la naissance. Il s'agit dans notre cas, de la période que dure la grossesse. Elle est marquée par la CPN et les préparations de l'accouchement.

De ce qui précède, l'on retient que la CPN est l'ensemble des examens mis en œuvre pour le dépistage précoce de maladies ou des malformations du fœtus. Elle consiste pour une femme enceinte de se rendre dans un service de santé de la reproduction pour des examens gynécologiques. Ces examens permettent de suivre l'évolution de la grossesse. En plus de définir l'âge du fœtus, elles contribuent à prévenir la gestante et son futur-enfant de tout danger et de toute pathologie. La CPN est conseillée dès l'apparition des premiers signes de grossesse. Selon les dernières recommandations de l'OMS, chaque femme doit bénéficier de huit CPN avant l'accouchement.

- **Grossesse** : *Le Petit Larousse illustré* (2018) définit la grossesse comme un ensemble des phénomènes se déroulant chez la femme entre la fécondation et l'accouchement. En d'autres termes, la grossesse n'est pas une maladie, mais un état physiologique de la femme dont la durée normale est en moyenne 40 SA et demi, c'est-à-dire, dix mois lunaires, soit 283 jours à partir du premier jour des dernières menstrues. Toutefois, la grossesse est aussi considérée comme la période à risque durant laquelle des complications mineures ou majeures peuvent survenir. On détermine deux types de grossesses : les grossesses normales et les grossesses à risques ou grossesses à haut risque. Par conséquent, pour se mettre à l'abri de tout danger, la gestante doit se rendre à la CPN une fois

le mois avant l'accouchement pour diagnostiquer les potentiels dangers qui peuvent menacer la grossesse ou examiner l'état d'évolution du fœtus.

- **La santé de la reproduction** : Le concept « santé de la reproduction » fait référence à celui de « santé publique » dans le dictionnaire *Le Petit Larousse illustré* (2018). Ainsi considéré, la santé de la reproduction désigne l'ensemble des actions et des prescriptions de l'administration sanitaire relatives au comportement procréateur des personnes. La santé de la reproduction ou encore, « santé génésique » désigne le mécanisme sanitaire qui veille au bien-être de la mère et de l'enfant.

La santé de la femme constitue « *un pivot majeur de la famille. C'est la femme qui, avec son statut de mère et d'épouse, s'occupe de la nourriture, de l'éducation et la santé dans le foyer conjugal.* » (ABE N.N., 2013). Cependant, la santé de cette dernière, de même que celle de son enfant fait face à des difficultés d'ordre sanitaire. La maternité étant considérée comme un souhait de toute femme, la littérature contemporaine en fait constamment objet d'étude. En effet, « *il n'est guère d'ouvrage sans paragraphes expliquant que le statut et le rôle des femmes dans leur société sont largement déterminés par leur fécondité ; que plus elles ont d'enfants, mieux elles sont considérées.* » (HUGON A., 2005).

Le recours à cette notion au cours de notre étude, consiste à mettre en avant le problème de la santé de la reproduction. Ainsi, la question de la santé génésique consiste à considérer toute action et/ou communicationnelle qui a trait à la santé de la mère et de son enfant, tant au plan physique, psychologique que sociale. Une telle considération de cette notion dans notre étude contribue à la réduction et/ou à l'éradication du taux de mortalité maternelle et infantile.

- **La mortalité maternelle et infantile** : Trois termes composent ce concept : mortalité, maternelle et infantile. Cependant, le dictionnaire *Le Petit Larousse* (2018) rapprochant ce concept au « taux de mortalité », le désigne comme un rapport sur une période déterminée du nombre des enfants et de femmes mortes par rapport à celui des naissances au cours de la même période.

Selon la médecine, « *la mortalité maternelle est un indice statistique de la mort maternelle. Il exprime le rapport entre le nombre de femmes décédées à la suite de conséquences obstétricales directes ou indirectes et pendant la grossesse ou lors de 42 jours après l'accouchement-, et le nombre de naissances vivantes. Ce taux est calculé sur une année* » (Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 2010).

On parle donc de mortalité maternelle et infantile dans le cas de tout décès suite à des complications liées à la grossesse, à l'accouchement ou en période néonatale. Elle concerne le décès des enfants âgés de moins de cinq ans. Ce terme « *s'inscrit dans le domaine précis de la santé de la reproduction.* » (ABE N.N., op. cit.). Dans ce document, le concept de mortalité maternelle et infantile prend en compte les cas de décès de gestantes, d'avortements, de décès néonataux enregistrés au sein de l'unité de la CPN.

#### **II.4. Formation sanitaire**

Une formation sanitaire peut être considérée comme un lieu de santé de proximité, de santé communautaire ou de santé de soins primaire. Il est en général tenu par un médecin généraliste, un infirmier, une aide-soignante et une sage-femme. Il offre des prestations de soins primaires et parfois de soins secondaires en fonction de sa taille et de son équipement. Il intervient aussi dans le domaine de la prévention, de la vaccination et la prise en charge des personnes malades qui le désirent. Dans le cadre de cette étude, les formations sanitaires désignent les centres de santé de la maternité. Il s'agit des CSU, CSR, PMI, maternités.

### **III. Analyse situationnelle**

Environ 1 500 femmes meurent chaque jour dans le monde suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Les femmes dans les zones en voie de développement continuent d'accoucher à domicile sans l'assistance d'un personnel médical qualifié. Environ 20% de décès maternels est provoqué par des pathologies préexistantes aggravées par la grossesse. Il s'agit entre autres de l'anémie, du paludisme, de l'hépatite, etc. (ABE N. N., op.cit.). Lors du



XXVIIe Congrès International de la population qui s'est tenu en 2013 à Durban, il a été révélé que les facteurs socioculturels, le comportement reproductif et la qualité de soins obstétricaux déterminaient le risque de la mortalité maternelle et infantile. Ainsi, l'état des lieux a boosté la mise en place de nouvelles orientations en vue de réduire constamment les facteurs liés à ce phénomène.

En effet, selon la revue médicale britannique « *The Lancet* » parue le Jeudi 12 Novembre 2015, le Docteur Lale SAY affirmait que la mortalité maternelle a chuté de 44% par rapport à 1990. Cependant, 303 000 femmes sont décédées de suite de complications liées à la grossesse en 2015 (OMS, 2015). Dans ce même rapport de l'OMS, le ratio global de la mortalité était évalué à 216 pour 100 000 naissances, contre 385 pour 100 000 naissances en 1990 (OMS, 2015). Ce tableau de la santé de la reproduction mobilise des initiatives en vue de la prévention et la réduction du taux de mortalité et de morbidité maternelle et infantile dans le monde.

Cependant, en Afrique, la situation diffère d'une zone à une autre. En effet, une grande partie de la littérature existante dénonce une répartition inéquitable de l'indice de décès de la mère et de l'enfant, due à la présence d'un fossé entre les populations riches, dites « modestes » et les populations pauvres. Selon une étude de la Fondation SANOFI ESPOIR, 70% de la population est concentrée dans les zones rurales et près de 50% d'entre elle est en dessous du seuil de la pauvreté. Contrairement à la situation géographique des collectivités, 90% des RHS est concentré dans les formations sanitaires des grandes villes. De ce fait, plus de 40% de femmes manque d'assistance en soins prénataux et environ 162 000 d'entre elles sont exposées à des complications de grossesse ou d'accouchement. En effet, la moitié des accouchements a lieu à domicile car, une SF en Afrique a en charge plus que 500 FE et FAP par année (Fondation SANOFI ESPOIR, op. cit.).

L'Afrique subsaharienne avec 66% des cas, reste la zone la plus touchée par le phénomène (*The Lancet*, op.cit.). Les causes liées à la persistance dudit phénomène dans cette partie de l'univers sont multiples et diverses. Les mères et les enfants qui meurent suite à des complications de la grossesse ou de

l'accouchement sont en général provoqués par des causes directes ou indirectes liées à la grossesse, à l'accouchement ou après l'accouchement.

En Côte d'Ivoire, la situation de la santé du couple mère-enfant reste préoccupante. En effet, le taux de mortalité maternelle en 2015 était estimé à 645 décès pour 100 000 NV. (PNDS, 2015-2020). Quelques années avant, c'est-à-dire en 2012, le ratio de la mortalité néonatale dans la région du centre du pays était estimé à 52 cas pour 100 000 NV (INS, ICF, 2012). Face à cette situation alarmante, de nombreuses initiatives ont été entreprises en vue de réduire les comportements à risques au sein des populations. Celles-ci visaient à garantir un bien-être des enfants et de leurs mères. L'État a ainsi élargi à toutes les formations sanitaires materno-infantile le service de la Transmission Mère-Enfant (PTME) et la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) en CPN. Cependant, une décennie plus tard, l'on continue d'enregistrer des cas de décès de mères et d'enfants suite à des complications de grossesses ou à la naissance.

#### **IV. Revue critique de littérature**

Plusieurs études ont accordé un intérêt à la relation de soin dans l'univers de la science. Dans l'optique de mieux comprendre les contours de cette notion, nous avons fait intrusion dans la littérature existante. Les données recueillies démontrent que la notion de « *relation de soin* » pose un problème d'interdisciplinarité. Il sied d'étudier l'évolution de ladite notion afin de mieux la cerner. Cette nécessité est liée à la diversité d'opinions concernant le fait étudié par les scientifiques, notamment les psychologues, les socio-anthropologues, les médecins, les spécialistes en communication et bien d'autres. La présente revue critique s'est appuyée sur une confrontation disciplinaire afin d'appréhender le positionnement de cette étude par rapport aux recherches antérieures.

##### **IV.1. Le regard de la médecine concernant la relation de soin**

Longtemps banalisée par les sciences de la médecine, la relation de soin a fait surface dans ce domaine de la science suite aux nombreuses critiques concernant le mauvais traitement que subissaient les malades. De plus en plus, des

voix se levaient pour réclamer plus d'humanisme de la part du soignant. Les travaux menés dans ce sens ont permis de mettre en lumière le volet invisible de la relation thérapeutique. Les résultats des études de FORMARIER M. (2007) défendent la logique selon laquelle le lien qui relie le médecin au malade ne se réduit pas à la simple interaction. Cette relation constitue un « *support d'échange avec le patient ou sa famille, elle est mise en œuvre par le soignant pendant les soins techniques ou de confort.* » (FORMARIER M., idem).

L'objet de la relation de soin repose sur le temps et la technicité présente, sur la prestation de soin immédiate et sur le devenir du malade. Elle représente pour le clinicien un outil de collecte d'informations nécessaires pour sa prestation. Pour le prestataire de la santé, l'essence de la relation thérapeutique réside principalement sur la recherche d'informations liées à l'état de santé de l'usager. Toutefois, elle exige une répartition des tâches au sein de l'équipe des prestataires de la santé. Autrement dit, la relation médicale contribue à « *une segmentation du travail ou au contraire à favoriser la continuité dans les prises en charge des patients (...) et aider considérablement les soignants à établir une relation avec les patients.* » (FORMARIER M., ibidem.).

Cependant, la médecine priorise la maladie dans son cadre biopsychosocial afin de diagnostiquer la cause de celle-ci. Or, selon HUDELSON P. (2002), « *une approche centrée sur le patient a des effets positifs sur la satisfaction du patient et des professionnels, sur l'adhérence, sur l'état de santé et sur l'efficacité des soins.* » Il jette un regard critique sur la prise en compte de la culture du consulté par la relation de soin. L'interculturalité constitue pour lui un moyen de familiarisation et de rapprochement au malade. Chaque patient de l'hôpital est issu d'une communauté donnée.

Aussi, à chaque communauté est assignée une culture, une manière de vivre, de se comporter, etc. Le professionnel de la santé doit être capable de traiter les usagers de la santé au cas par cas grâce à la transculturalité. En effet, les méthodes transculturelles (entretien clinique, questions ouvertes, questions portant sur la culturelle, le récit de vie) s'appuient sur des concepts anthropologiques qui favorisent la compréhension de la nature de l'activité médicale.

#### IV.2. Le regard de la socio-anthropologie concernant la relation de soin

La sociologie et l'anthropologie se sont longuement intéressées à la santé des individus. Elles ont apporté une avancée significative dans la manière de percevoir les attitudes et les comportements des individus considérés comme bien portants ou vivants avec des signes de pathologies. L'aspect du corps physique représente le creuset de la plus grande moitié des écrits sociologiques de la santé. Par ailleurs, bien que la sociologie et l'anthropologie aient toutes deux étudié les inégalités constatées dans le domaine de la santé, le concept « relation de soin » est énoncé de façon dissemblable d'un auteur à un autre.

JUSSEAUME A., MARQUIS P. et ROSSIGNEUX-M. M (2015) considèrent la relation de soin comme une relation asymétrique sociale et culturelle. Pour eux, la relation thérapeutique consiste avant tout à créer une histoire d'équité entre les acteurs de la santé. Celle-ci trouve son essence grâce au partage de l'expérience du vécu du médecin et du consulté. Cette approche de la socio anthropologie fait ressortir la dimension relationnelle du lien qui relie le demandeur de la santé au consultant. À travers l'interactivité qui s'y dégage, le professionnel de la santé cherche à établir « *des rapports de pouvoirs et des possibilités de négociations entre soignants et soignés, en s'interrogeant sur la "capacité d'agir" des uns et des autres.* » (JUSSEAUME A et all, idem.). En d'autres termes, la relation de soin implique une volonté implicite du soignant à vouloir exercer sa domination sur ses patients. Ces derniers sollicitant la guérison se retrouvent dans une relation médicale caractérisée par une dimension coercitive et de faiblesse.

De la relation de soin, l'on peut observer la présence d'un rapport de forces entre le demandeur de la santé et l'administrateur de la santé. Cette inégalité dans les rapports influence considérablement les comportements des acteurs de la santé. Cependant, « *... toute communauté humaine élabore au cours de son histoire, un mode de pensée originel lié à la procréation. À partir de ce modèle de pensée particulier, sont déterminés les perceptions, les pratiques et les comportements procréateurs spécifiques.* » (ABÉ N. N., op.cit.). La singularisation du fait génésique est fonction du mode de vie d'une communauté.

Elle connaît des modifications, car « *cette pensée génésique traditionnelle ne constitue pas une réalité figée (...). Ce qui veut dire qu'il est observable à l'intérieur d'une aire géographique ou dans un cadre socioculturel plus limité.* » (ABÉ N. N., idem). Il se déploie une notion de partage du quotidien de l'utilisateur de la santé avec le soignant. Cette vision de la socio-anthropologie n'est nullement pas figée. Elle a subi une évolution au cours des grands mouvements de la recherche qui a marqué notre civilisation.

À l'instar des autres sciences, l'avènement des nouvelles technologies a retenu l'attention des chercheurs en sociologie qui se sont intéressés à la question de la santé. Selon BUREAU E. et HERMANN-M. J. (2014), l'introduction des technologies nouvelles dans le domaine de la santé accorde une meilleure place au patient dans sa relation avec le consultant. Le patient est ainsi conscient de sa responsabilité dans les soins administrés par le soignant. Il décide de s'impliquer dans le processus de soin en prenant des initiatives comportementales favorables à son bien-être. Le malade n'est plus un sujet ignoré ou ignorant : il accède plus facilement à l'information et prend une part active dans le choix du traitement à suivre.

Cette relation est dite « rationnelle » à cause de la réduction des incertitudes du patient. Dans cette relation, patients et soignants s'engagent dans une interaction symétrique grâce à un « *langage commun et de compréhension mutuelle.* » (BUREAU E. et HERMANN-M. J., idem). L'analyse sociologique de ces auteurs défend la légitimité du « client » et suppose un allègement de la prestation de soins. Ils réduisent ainsi la possibilité du soignant de vouloir exprimer son autorité sur son patient, car ses tâches sont déléguées au savoir-faire et le faire-savoir de la psychologie.

### **IV.3. Le regard de la psychologie sur la relation de soin**

Dans le domaine de la psychosociologie, la relation de soin a été évoquée comme l'enjeu qui favorise l'activité de soin. Elle a étudié ce concept sur plusieurs aspects et les points de vue sont partagés. En s'intéressant à cette question, RAYBOIS M. (2014) invoque le principe de simultanéité entre la

responsabilité que revêtent la résiliation et l'échange. En d'autres termes, il existe une contrainte entre la relation thérapeutique et la responsabilité du soignant. Cette dissymétrie dans la conception du phénomène se déroule dans un cadre et un temps déterminé. Ainsi, le prestataire de santé exerce son métier dans un tourment permanent à cause d'un temps jugé insuffisant. Toutefois, dans le souci d'une gestion égalitaire de la relation de soin dans le temps, la psychologie encourage l'adhésion à la répartition des tâches au sein de l'hôpital. En revanche, « *la relation de soin ne se résume pas à une interaction qui serait un moyen de réaliser certaines tâches car le soin se donne dans la relation, et aussi comme relation.* » (RAYBOIS M., idem).

Selon la psychologie sociale, la relation thérapeutique implique une valeur éthique et morale. Les prestataires de la santé sont impliqués par des conflits sociaux et professionnels. Leur degré de motivation est dépendant de leur expérience professionnelle et de leur perception du métier. Tous, consacrent une partie de leur vie à étudier les contours d'une pathologie afin d'en faire leur spécialité. Mais, il est usuel de constater que « *des soignants s'estiment soumis à des demandes de patients dont ils considèrent qu'elles contrarient les fondements moraux de leur engagement personnel dans le métier.* » (BATAILLE P. et VIROLE L, 2013). Pour ces auteurs, la relation de soin est perçue chez les prestataires de la santé comme une réalité contraire à celle enseignée durant les études. Les demandes des clients contrarient généralement les fondements moraux de la médecine. Elles mettent ainsi, en cause l'engagement et la carrière du prestataire de la santé.

La relation de soin ne se rapporte pas toujours à la question éthique. La relation thérapeutique consiste donc, à « *être avec et aller vers, sur la base d'une valeur symbolique, celle du partage.* » (MAELA P., 2009). En d'autres termes, c'est un processus d'accompagnement. Cet accompagnement procède par un entretien à travers lequel les acteurs partagent des paroles, dialoguent ou intègrent une interaction. Elle se déroule dans le système d'organisation des idées à doubles composantes : dans un premier temps, elle permet au personnel soignant de se joindre au processus de recherche d'informations du patient (dimension

relationnelle). Dans un second temps, elle permet d'emprunter la direction que l'utilisateur de santé donne à la relation thérapeutique (dimension temporelle et opérationnelle). Somme toute, la fonction du soignant consiste à soutenir le patient, à l'accompagner dans son processus d'adhésion au comportement voulu.

#### **IV.4. La relation de soin selon les sciences de la communication**

La relation de soin a fait couler de l'encre dans plusieurs disciplines pendant des années. Pourtant, elle apparaît comme une question novatrice dans le domaine des Sciences de l'Information et de la Communication (SIC). Les écrits qui ont étudié l'aspect communicationnel de la relation médecin-malade sont en général produits par des sociologues, des médecins, des psychologues... Les résultats de ces différents travaux ont permis de montrer l'importance de la communication au sein de l'activité du soignant. Ainsi, PIAGET L. (2008) interroge la relation de soin en plaçant la communication au cœur de l'activité du soin. Pour lui, « *la communication est le principal outil du soignant, qui s'en sert pour connaître la personnalité de son patient, son milieu de vie, sa conception du monde et de sa maladie.* » Elle est par conséquent le moyen adéquat mis à la disposition du personnel soignant pour recueillir des informations auprès de son consulté.

La communication, qu'elle soit verbale, mimique, corporelle, visuelle, tactile, elle constitue une source d'information pour le personnel soignant et un outil d'expression pour le client en santé. Elle a donc des principes, car elle est incontournable dans l'établissement de la relation entre le consulté et l'utilisateur de la santé. Elle est permanente et se déroule durant tout le moment du traitement du patient. Par ailleurs, « *la relation avec le patient est d'ordre professionnel et non personnel (...). La communication avec le patient doit viser à améliorer son confort et sa qualité de vie.* » (PIAGET L., *op.cit.*). C'est là l'essence de la communication avec le patient. Elle doit observer certaines limites, car toute communication part d'un premier contact entre deux ou plusieurs protagonistes.

Pour ROCHE L. (2011), toute communication au sein du centre de santé trouve un sens à partir de l'accueil. En effet, « *l'accueil est le premier contact*

*entre le soignant et le soigné au sein du service. Les premiers instants d'une rencontre sont déterminants pour la suite de l'hospitalisation, il doit donc être de qualité.* » De la qualité de l'accueil, dépend la suite de la relation avec le patient. Certes, l'accueil est significatif dans l'établissement de la relation, mais la fonction du soignant influence énormément les rapports avec le client. GOMBERT R. (2013) estime qu'entre les différents acteurs de la relation de soin, il existe des rapports de forces, car « *le praticien est celui qui possède le savoir et les compétences pour soigner. Il est donc investi d'un pouvoir de guérison. Ce pouvoir non négligeable le place de fait en position dominante dans la relation de soin.* » Ce dernier est pour son patient, une source d'énergie, un stimulateur d'acceptation du traitement. Pendant la consultation, « *le patient se présente au praticien avec une demande de soin. Souvent en souffrance, il est perturbé dans son équilibre physique par la douleur. Il attend du praticien qu'il soulage sa souffrance.* » (GOMBERT R., idem).

Cependant, la manière de percevoir le médecin par l'utilisateur de la santé peut impacter son état de santé. En effet, « *les usagers décrivent le soignant comme une présence rassurante, par le pouvoir qu'il a sur la maladie, et par l'aide qu'il doit procurer à celui qui vient le consulter (...) et estiment que les soignants doivent passer la main lorsqu'ils sont dépassés.* » (FRIDERICH M. L., 2009). Il évoque aussi une nécessité d'implication du personnel soignant dans l'état de santé du patient. Ainsi, la relation thérapeutique nécessite trois attitudes : l'engagement personnel du soignant, l'objectivité et la disponibilité (TOUVAIN L., 2015).

Suite à notre enquête documentaire, l'on retient que la relation médicale a mobilisé l'attention de plusieurs études. La majorité de celles-ci sont le fruit de recherches de sociologues, de médecins, de psychologues, etc. Cependant, très peu d'études sur la question ont été dirigées par des spécialistes en communication sociales. Par conséquent, les stratégies de changement de comportement, d'actions de développement communautaire et de maintien ou d'amélioration des rapports entre les acteurs de la CPN ont connu ou connaissent des limites dans le contexte de la santé maternelle. Une incursion dans la



littérature contemporaine nous a permis d'évaluer l'état actuel des connaissances portant sur le phénomène étudié. En effet, plusieurs réflexions ont été menées sur la problématique de la persistance de la mortalité maternelle et infantile malgré les efforts consentis par l'OMS et ses différents partenaires internationaux et locaux.

Certes, les théories et les stratégies développées ont contribué au rapprochement du personnel médical et des usagers. Mais les questions de maniement des outils de communication par le personnel soignant, la compréhension et l'acceptation des usagers, de même que la mise en application des outils de persuasion n'ont pas été suffisamment étudiées. Or, les situations de communication ne se limitent pas à l'espace du centre de santé. Elles sont permanentes dans le quotidien des populations et de même que celui du personnel soignant, afin de veiller à promouvoir le changement de comportements chez les différents protagonistes. Cette étude vise à mettre un accent sur la facette de la relation de soin dans le contexte de la santé de la reproduction dans le but d'encourager l'adoption ou le maintien du comportement voulu par la communication.

## **V. Problématique**

En Côte d'Ivoire, la mortalité maternelle et infantile est considérée comme un problème de santé public. Dans les zones urbaines comme dans zones rurales, le taux de Mortalité Maternel de la Reproduction (MMR) avec 645 décès pour 100 000 NV constitue un problème de santé public (PNUD, 2016). Notre pays est considéré comme une zone amplement touchée par ce phénomène. Depuis plus d'une vingtaine d'années, plusieurs programmes sanitaires ont été entrepris en vue de réduire le taux de MMR sur le territoire national.

Ainsi, suite aux succès de la phase-pilote du programme de la PTME qui a couvert la période de 1999 à 2001 à la maternité de Yopougon, (Côte d'Ivoire), l'État a élargi ledit programme à tous les centres de santé qui proposent des services de la maternité. Ce sont donc plus de 80 formations sanitaires qui ont intégré la PTME au sein de leur système. Grâce aux résultats jugés satisfaisant de ce programme dans la lutte contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant, le

dépistage à VIH-SIDA est devenu obligatoire pour toute FE en CPN 1. D'autres programmes, notamment, la CARMMA depuis Juillet 2013 appuient les initiatives qui visent à l'amélioration de la situation de vie de la gestante et des enfants de moins de cinq ans. Toutefois, force est de constater que dans nos centres de santé communautaire, la situation de la FE et des enfants demeure inquiétante.

En effet, les femmes continuent de perdre la vie suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Aussi, un grand nombre d'enfants meurent avant de fêter leur cinquième anniversaire. Les rapports entre les usagers de la CPN et les prestataires de la santé présentent toujours des signes de faiblesse face aux préjugés, à la stigmatisation et à l'asymétrie entre la culture de l'hôpital et celle des communautaires. En clair, la prestation du soignant, singulièrement, celle de la SF se déroule dans un environnement où la communication semble être redoutée par les usagers de la santé. Les perceptions des acteurs de la santé de la reproduction sont divergentes. Il y'a d'un côté, le soignant (la maïeuticienne) qui perçoit la gestante comme un client ordinaire de l'hôpital ne présentant aucun signe d'urgence. Par conséquent, cette dernière ne nécessite pas une attention particulière. De l'autre côté, il y'a la FE qui attend de l'obstétricienne, des réponses à ses préoccupations d'ordre sanitaire. Elle espère repartir de la CPN toute rassurée du bon développement de la grossesse et de la garantie d'un accouchement sans risque.

À Bouaké, les formations sanitaires de la maternité connaissent les mêmes réalités que celles de la plupart des villes du pays. Selon un rapport de l'Institut Nationale des Statistiques (INS), la région centre du pays enregistre à elle seule, 52 pour 100 000 NV de mortalité maternelle néonatale et 37 pour 100 000 de cas de mortalité poste néo natale (INS, ICF, 2012). Les approches intégrées au système sanitaire local n'ont pu permettre la réalisation des objectifs visés par les autorités de la santé génésique. En effet, le système adopté semble inefficace et demeure incompris par les acteurs de la santé de la reproduction. Les quatre CPN recommandées au paravent par l'OMS ne sont pas réalisées par les FE. Ce qui empêche la mise en place des nouvelles recommandations de l'OMS

au sujet de la CPN. Outre l'observation des règles liées au nombre de CPN à réaliser, le système d'information et de mise à disposition des données relatives à la santé mère-enfant au niveau local n'est pas actualisée. Il en est de même pour la communication. Cette dernière arrive péniblement à s'insérer dans le fonctionnement de l'unité de la CPN. Cette situation est tributaire à un ensemble de constats :

### **V.1. Constat 1 : Le taux de mortalité infantile lié à la qualité des soins.**

Le système sanitaire ivoirien joue un rôle significatif dans la politique de prévention et de réduction de la MMR. En effet, pour satisfaire les besoins sanitaires des communautaires, l'État ivoirien se réfère à une main-d'œuvre qualifiante issue des centres de formation des agents de santé. Cependant, cette ressource humaine est inégalement répartie sur le territoire national. En 2011, du fait de la crise militaro-politique qui a secoué la nation, les deux tiers de l'effectif du personnel soignant étaient concentrés sur Abidjan et dans les zones côtières (PNDS 2016-2020).

Cette inégalité dans la répartition du personnel soignant n'est pas sans conséquence. Dans le domaine de la santé de la reproduction, les usagers de l'unité de la CPN sont confrontés à la velléité d'implication des prestataires de santé dans la prise en charge de leur état de santé. En effet, la qualité de soins est mise en cause par les FE qui fréquentent l'unité de la CPN. Certaines désapprouvent l'attitude des SF lors de l'accueil en CPN et pendant l'entretien clinique. Elles subissent régulièrement les critiques et les propos désobligeants de la part des obstétriciennes. Outre les insuffisances langagières, il y'a aussi les cas de négligence et de limitation dans la prestation des maïeuticiennes. Cette dernière est à la base du nombre important de FE référées et de mortalité maternelle.

Le déficit de la qualité de prestations en CPN a poussé les autorités sanitaires du pays à rappeler 100 maïeuticiennes à la retraite ou en service avec une expérience de 15 ans à travers le projet de mentorat de SF en 2017. Il s'agit pour ce projet d'encadrer, de coacher, de former et d'accompagner celles qui sont en service dans les formations sanitaires du pays. À Bouaké, l'Association des

Sages-femmes Ivoiriennes (ASFI) entreprend des ateliers de renforcement de capacités en vue de relever le niveau de la prestation de soin des SF. Ainsi, 17 agents de la santé ont été formés en 2017 dans le cadre de l'amélioration de la santé de la reproduction à Bouaké (PNSME, 2017). Au sein de l'unité de la CPN, la médiocre qualité des rapports entre les protagonistes expose les FE à l'accouchement à domicile. Certaines femmes accouchent dans des conditions difficiles, car elles accèdent tardivement aux soins.

## **V.2. Constat 2 : La dissymétrie entre culture hospitalière et culture communautaire dans les formations sanitaires.**

La communication entre usagers de la CPN et personnel soignant semble être prise en compte dans les unités sanitaires. Les difficultés liées à la communication dans ce domaine de la santé mettent en cause son efficacité en matière d'éducation, de prévention et d'adoption de comportements voulus.

En effet, les échanges entre SF et FE venues en CPN se déroulent dans un climat de méfiance et d'intérêt. Selon la culture de l'unité de la CPN, la gestante est considérée comme une cliente de l'hôpital ne présentant pas une urgence. Ainsi, les femmes venues en consultation sont contraintes d'attendre leur tour de consultation sur un banc dans le hall. La durée d'attente peut varier entre 30 minutes et deux heures. Cette longue durée d'attente empêche l'instauration d'une bonne communication.

En outre, la langue, le type de communication le plus mobilisé rencontre des difficultés lors des entretiens. Les SF chargées de recueillir les informations lors de la CCC individuelle s'expriment de façon générale en français. Ce choix est contrarié par une population dont le taux d'analphabètes est important. Le souci d'interprétation des messages crée des déformations dans la communication. Par conséquent, la communication entre obstétricienne et usagers se raréfie et les mécanismes communicationnels sont peu maîtrisés par celles-ci. Cette situation est conditionnée par la formation initiale reçue par les maïeuticiennes.

Le besoin de communication dans le mécanisme d'éducation et de changement de comportement en matière de santé de la reproduction s'avère

incontournable. En effet, appliquée à des domaines différents que celui de la santé de la maternité, elle a produit des résultats encourageants. C'est le cas de l'entreprise AGEROUTE en 2015 à travers sa campagne de mobilisation communautaire pour la réhabilitation de la voirie après la crise post-électorale de 2011 (La nouvelle route ivoirienne, 2015). En 2012, l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) a impacté le secteur de l'alimentation européenne à travers son programme de la communication (CE-FAO, 2012).

### **V.3. Constat 3 : Existence d'un défaut de communication dans la pratique de la relation de soin à la CPN**

Le recours à la CPN biomédicale est l'action la plus logique pour une femme enceinte. Elle informe la gestante et le personnel soignant sur l'état de la grossesse et celui de la FE. Selon les dernières recommandations de l'OMS au sujet du suivi de la grossesse, chaque FE doit faire huit (08) CPN avant l'accouchement. Mais cette recommandation n'est point d'actualité dans les pays au sud du Sahara. En Côte d'Ivoire, particulièrement à Bouaké, les femmes se rendent tardivement à la CPN. Elles sont influencées par la CPN du tradipraticien. En effet, selon une étude de l'EDS-MICS (2012), parmi les 91% des femmes qui se sont rendues en CPN au cours de l'année 2012, seulement 79 % ont bénéficié de l'assistance d'une SF, 10 % ont à leur tour été assistés par un médecin et 3 % par des infirmiers/sages-femmes auxiliaires. Outre le personnel médical et paramédical, les accoucheuses traditionnelles et les tradipraticiens n'ont pu assister que 1 % de cette population.

Malgré les nombreuses campagnes d'éducation sur les Comportements Procréateurs à Risques (CPR), le recourt au tradipraticien en cas de grossesse s'est imposé comme une automédication familiale. Cette pratique est transmise d'une génération à l'autre. Les multipares influencent considérablement les primipares à cause de leur expérience avec le recours au tradithérapeute en matière de maternité. Ainsi, dès les premiers signes de la grossesse, les FE préfèrent se rendre chez un tradipraticien soit à cause de sa notoriété ou de sa proximité

géographique. Ce dernier, avec l'aide des pratiques qui lui sont propres enclenche un processus de protection et de suivi du couple mère et futur enfant.

Le recours à la CPN traditionnelle impacte considérablement les perceptions et les représentations des communautaires au sujet de la pertinence et de l'efficacité de la CPN biomédicale. Les femmes sont plus sensibles au recours du tradithérapeute. Cependant, elles se rendent plus tard à la CPN biomédicale. Au sein des communautaires, les gestantes pratiquent à la fois la CPN traditionnelle et la CPN biomédicale. Cette pratique engendre des occasions de crises relationnelles entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne. Elle favorise l'insertion de distance significative entre la gestante et la SF. En d'autres termes, elle constitue un défi pour l'instauration et le maintien de la communication entre les acteurs de la CPN. De ces constats découlent deux catégories de questions : une question principale et des questions spécifiques.

#### **V.4. Question centrale**

La question principale de notre étude est formulée comme suit :« *Quelles sont les implications psychologiques, sociales, institutionnelles et sanitaires engendré par le déficit de communication à la CPN.*»

#### **V.5. Questions secondaires**

De notre question principale se dégagent les questions secondaires suivantes :

- Quelle est la place de la communication dans le système de santé de base à Bouaké ?
- Comment les perceptions et les attitudes des acteurs impactent-elles la relation de soin à la CPN dans les formations sanitaires urbaines de Bouaké ?
- Quelle communication pour une approche de valorisation de la relation de soin dans le contexte de la CPN à Bouaké ?

## **VI. Thèse de la recherche**

Nous défendons la thèse selon laquelle la qualité des échanges en CPN biomédicale détermine l'efficacité de l'implication des gestantes dans le respect des prescriptions médicales.

## **VII. Hypothèses de recherche**

« Construire une hypothèse n'est pas seulement imaginer une relation entre deux termes clefs, deux variables isolées, c'est peut-être davantage expliciter la logique des relations qui unissent les concepts déjà évoqués dans la problématique et préciser dans les hypothèses. » (N'DA P., 2015). Partant de cette assertion, nous pouvons dire que les hypothèses constituent une suite logique de la problématique. Dans notre cas, nous en avons déterminé la thèse de notre étude. Celle-ci est suivie des hypothèses, dont une hypothèse générale et des hypothèses opérationnelles.

### **VII.1. Hypothèse générale**

La faible qualité de la relation de soin en CPN est fondamentalement tributaire des limites du système de prise en charge communicationnelle. En d'autres termes, la qualité des échanges en CPN détermine le degré de motivation des acteurs dans une situation de communication au sein de l'unité de la CPN.

### **VII.2. Hypothèses opérationnelles**

La raison qui justifie notre réponse provisoire à la question centrale de la problématique se décline selon les arguments suivants :

- La place de la communication à la CPN dépend de la performance des programmes de valorisation de la santé de la reproduction dans les formations sanitaires de Bouaké. Autrement dit, la performance des programmes de valorisation dépend nécessairement de l'optimisation de la communication ;

- Les crises relationnelles au sein de l'unité de la CPN dans les formations sanitaires urbaines de Bouaké sont la conséquence des perceptions bidirectionnelles ;
- L'amélioration de la qualité de la relation de soin repose sur l'adoption d'une stratégie de communication pour agir les comportements jugés préjudiciables au sein de l'unité de la CPN.

### **VIII. Cadre opératoire des hypothèses**

La phase opératoire des hypothèses part de la problématisation du sujet jusqu'à la vérification des hypothèses. Cette étape du travail consiste à mettre en relation les variables et les indicateurs afin de déterminer le type de rapport qui les relie. Selon MACE G. et son équipe, l'opérationnalisation des hypothèses « *consiste essentiellement à représenter l'arrangement des variables et des indicateurs que l'on doit construire pour isoler les équivalences empiriques aux concepts opératoires de l'hypothèse.* » (MACE G. et al, 2011). En d'autres termes, l'opérationnalisation des hypothèses consiste à les rendre plus explicites en apportant une explication approfondie aux concepts qui les composent.

#### **VIII.1. Hypothèse générale**

« *La faible qualité de la relation de soin en CPN est fondamentalement tributaire des limites du système de prise en charge communicationnelle.* » Dans cette hypothèse, il se dégage une relation de cause à effet entre la qualité des soins en CPN [Variable indépendante (VI)] et la qualité de l'accueil et l'approche de communication à la CPN dans le centre de santé [Variable dépendante (VD)]. Bien que la communication se veuille être incontournable dans la pratique du métier de maïeuticien, sa mise en application fait face à des obstacles d'ordre pratique et humain. Dans la relation de soin, il sied de se prononcer sur les variables « Qualité de la prise en charge communicationnelle », « Confiance » et « Fréquentation ».



- **Qualité de la prise en charge communicationnelle** : Ce concept révèle le niveau d'évaluation de l'activité du soignant. Il concerne l'appréciation et le jugement que porte l'utilisateur de la santé sur le processus de la consultation et le séjour au sein du centre de santé. La qualité de la prestation de soin témoigne de la maîtrise et de l'expertise du soignant. Elle est déterminante pour l'instauration et le maintien de la relation thérapeutique. Ainsi, elle conditionne l'instauration de la confiance entre le soignant et le soigné. Autrement dit, l'appréciation de la qualité de la prise en charge communicationnelle chez la FE conduirait à la dégradation du niveau de confiance au personnel soignant et à la prise en charge vis-à-vis de la CPN.

- **Confiance** : Le mot « confiance » fait appel au verbe « confier ». Dans le lexique thérapeutique, la confiance consiste pour le soignant, de susciter une croyance spontanée ayant une valeur morale, affective, professionnelle chez le consulté. Ce sentiment qui naît dispose le patient à considérer le prestataire de la santé incapable de tromperie, de trahison ou d'incompétent. Dans l'unité de la CPN, la confiance de la FE permet à cette dernière de se sentir en sécurité. Ainsi, elle se confie à la SF ou au médecin traitant. La confiance constitue le gage d'une bonne relation de soin et l'adhésion au comportement voulu. En général, dans le domaine de la santé, la confiance consiste à créer un cadre favorable à la communication. En d'autres termes, il s'agit pour le prestataire de la santé, de mettre le sujet dans une disposition communicationnelle lui permettant de dire sans contrainte ce qu'il ressent et ce qu'il attend du soignant. Ainsi, il parviendra à décrire son histoire avec la pathologie comme un aveu sans trop de culpabilités.

- **Fréquentation** : Ce lexème désigne l'action d'avoir des relations suivies avec quelqu'un (Le Petit Larousse, 2010). En d'autres termes, la fréquentation consiste à être en relation permanente avec une personne. Dans le cas précis de cette étude, il s'agit pour la FE, de se rendre en CPN pour le suivi de la grossesse et de sa santé personnelle. Les indicateurs de mesure de ce concept sont : le nombre de CPN, la situation vaccinale de la FE et le registre de CPN.

## VIII.2. Hypothèse opératoire 1

« *La place de la communication à la CPN dépend de la performance des programmes de valorisation de la santé de la reproduction dans les formations sanitaires de Bouaké.* » Cette hypothèse établit un rapport de dépendance entre le dynamisme de la communication à la CPN (VD) et la performance des programmes de valorisation de la santé de la reproduction à Bouaké (VI). La prestation de l'obstétricienne est possible grâce à l'élaboration du contact avec la gestante qui se rend à la CPN. Toutefois, leur implication dans la relation de soin est imputable à qualité du contact et de la collaboration.

Cette hypothèse vise à caractériser et à classifier les raisons qui justifient la recrudescence des préjugés et de la méfiance au sein de l'unité de la CPN. Les concepts à définir sont : « *Système sanitaire* », et « *Amotivation* ».

- ***Système sanitaire*** : C'est le mode d'administration qu'adopte le centre de santé. Il s'agit de la stratégie de fonctionnement mise en place dans ledit centre. En Côte d'Ivoire, le système sanitaire est national. Il est élaboré par le ministère de tutelle qui veille à sa mise en application sur tout le territoire du pays. Il nous reviendra d'analyser les flux de l'information en tenant compte de la structuration du centre de santé, du mécanisme communicationnel adopté et de la politique sanitaire admise.

- ***Amotivation*** : Ce terme a connu un essor grâce au psychologue Richard DECI en 1975. Il se rapporte au fait qu'un individu ressent le sentiment d'être soumis à des facteurs extrinsèques le mettant hors de tout contrôle. Ainsi, l'amotivation se distingue de la motivation par l'absence de volonté à s'appliquer dans une situation donnée ou à s'engager dans une action quelconque.

Dans le cadre de la relation de soin en CPN, elle est perceptible à travers l'accès tardif à la CPN ou l'inobservation des prescriptions du soignant de la part de la FE. Concernant la SF, l'amotivation se rapporte à l'absence d'assistance véritable en CPN. Il s'agit aussi de l'indifférence et de l'hésitation de la maïeuticienne dans les situations de prise de décision.

### VIII.3. Hypothèse opératoire 2

« *Les crises relationnelles au sein de l'unité de la CPN dans les formations sanitaires urbaines de Bouaké sont tributaires des perceptions bidirectionnelles.* » Dans cette hypothèse, il se dégage un rapport de cause à effet entre les perceptions bidirectionnelles des acteurs de la CPN(VI) et les crises de communication au sein de cette unité (VD). Le programme de la CPN met en collaboration deux acteurs principaux : la SF et la FE. Chacun de ces acteurs attend de l'autre des informations afin de réduire son degré d'ignorance. Compte tenu de la divergence des attentes, les perceptions sont bidirectionnelles : les perceptions de la maïeuticienne concernant la FE et celle de la gestante concernant l'obstétricienne. Leurs perceptions génèrent une communication tant verbale que non verbale. Or, le principe de la communication consiste à provoquer une réaction de la part de son interlocuteur.

Bien souvent, l'instauration de la relation se fait tardivement à cause du degré de motivation et d'implication des acteurs. En effet, les usagers qui fréquentent l'unité de la CPN espèrent retrouver la confiance et la quiétude compte tenu de leur état de santé. La communication se déroule dans un cadre de stress à cause des frais de consultation et les préparatoires à l'accouchement. La CPN constitue ainsi, le moyen de réponse aux aspirations des FE concernant leur santé et celle du futur enfant. De cette hypothèse opératoire, nous avons dégagé les concepts suivants : « Cadre communicationnel », « ignorance », « crise relationnelle », « confiance » et « proximité ».

- ***Cadre communicationnel*** : C'est le milieu, l'espace, voir le contexte dans lequel se déroule la communication. Il s'agit de l'environnement dans lequel ont lieu les interactions, les échanges entre les acteurs de la communication. Jean LOHISSE l'interprète à travers le comportement humain, qui, selon lui, a une valeur communicative. En effet, dans toute situation de communication, lorsque l'on observe « *la succession de messages replacés dans leur contexte horizontal (...) et leur contexte vertical (...), il est possible de dégager une logique de communication.* » (LOHISSE J., 2007).

Il s'agit pour cette étude, d'analyser les situations de communication, entre la SF et la gestante. C'est le comportement de la maïeuticienne qui pourrait être un frein à la réussite de la bonne communication qui sera étudiée dans notre cas. Par conséquent, l'accent est mis sur la qualité d'accueil, d'écoute et de prestation de la SF en CPN.

- **Proximité** : C'est l'action de se rendre proche ou de (se) rapprocher de quelque chose ou de quelqu'un. Dans le cadre de notre étude, la proximité exprime le caractère de ce qui est proche par le lien de sang, de culture, de religion et l'importance de la distance qui relie l'utilisateur de la CPN au personnel de soin. Autrement dit, elle évalue le caractère de la distance thérapeutique qui relie la FE et la SF. Cette distance est spéciale et linguistique, c'est-à-dire, qu'elle est observable tant à travers les attitudes du soignant vis-à-vis de la FE, aussi bien que par le style linguistique adopté durant les interactions.

Dans le processus communicationnel de prise en charge de la gestante en CPN, la proxémie joue un rôle prépondérant dans l'élaboration et le maintien du dialogue. De la relation bidirectionnelle que constitue la relation de soin, le dialogue représente pour les protagonistes de la CPN, le moyen de communication par excellence. Ainsi, le choix du style linguistique, de la tonalité, de la manière de poser et/ou de répondre aux questions, de l'expression faciale, bref, les codes linguistiques peuvent influencer la relation de soin et rétrécir ou élargir le fossé imaginaire qui relie les acteurs d'une situation de communication.

- **Ignorance** : Entendons par ce terme, le manque d'instruction, la faible connaissance d'une chose. Il s'agit d'une carence de connaissances en matière de facteurs qui exposent la gestante à la MMR. On pourrait noter une connaissance superficielle de la part de celle-ci. Cet état de cause oblige la SF à accorder plus d'attention à cette dernière. À ce niveau, l'ignorance peut être démontrée à travers le niveau de connaissance des parturientes concernant les facteurs liés à la MMR et le taux de la MMR dans le centre de santé.

- **Perception** : C'est accorder de l'estime à quelqu'un ou à quelque chose. Elle désigne l'attention que l'on accorde à quelqu'un. Dans un autre sens, la perception peut désigner la manière de traiter, de prendre soin, l'intérêt que l'on accorde à quelque chose. Appliquée à notre étude, la perception ramène à l'intérêt qu'accorde la SF à la gestante. Dans ce cas, les indicateurs de mesure sont : le type de relation reliant les protagonistes, le style de langage et la qualité de traitement de la parturiente.

- **Crise relationnelle** : De la notion de crise relationnelle, il faut entendre la cessation brusque ou momentanée de la situation de communication qui relie deux ou plusieurs personnes. Elle concerne aussi les situations d'incapacité à établir ou à maintenir la communication des usagers de la santé lors de l'entretien clinique, la présence d'agressivité verbale pendant la prestation de soin de la SF, les situations d'émotions et les préjugés concernant la gestion des produits pharmaceutiques en CPN.

- **Logique** : C'est la manière de raisonner. Il s'agit des procédés cognitifs liés à la communication. Concernant cette étude, la logique se réfère à la valeur que la maïeuticienne accorde à la communication. Notre analyse met un accent particulier sur les actes communicationnels prisés ou méconnus par la SF durant l'exercice de ses fonctions.

#### **VIII.4. Hypothèse opératoire 3**

*« L'amélioration de la qualité de la relation de soin repose sur l'adoption d'une stratégie de communication pour agir sur les comportements jugés préjudiciables au sein de l'unité de la CPN. »* Cette hypothèse établit une relation de causalité entre la performance de la stratégie de communication de l'unité de la CPN (VI) et la qualité de la relation de soin en CPN (VD). Autrement dit, elle révèle le conditionnement de la relation de soin par le mécanisme de

communication établi au sein de l'unité de la CPN. Il s'agit des flux de l'information et de la compétence communicative des acteurs à la CPN.

Cependant, la communication appliquée par les professionnels de la santé de la CPN semble être limitée et inefficace. Ainsi, l'actualisation et l'adaptation de la stratégie de communication contribuent au renforcement de la relation de soin au sein de l'unité de la CPN. L'amélioration de la relation de soin est réalisable à travers une matrice de communication révisée et adaptée au cadre de la CPN. Les concepts explicatifs de cette hypothèse sont : « attitude », « comportement » et « promotion ».

- **Attitude** : Il s'agit de la manière dont on se comporte avec les autres. Selon la psychologie sociale, elle consiste en « *la disposition profonde, durable et d'intensité variable à produire un comportement donné* » (Le Petit Larousse, op.cit.). Frédéric LEBARON (2009) considère l'attitude comme « *un ensemble cohérent de comportements et de représentations individuels qui sont repérables par des observations directes, ou encore à travers les réponses à des questionnaires d'opinion.* » L'attitude est donc une manière spontanée, donc inhabituelle de se comporter. Elle est éphémère et imprévisible. Dans le cadre de cette étude, l'attitude de la maïeuticienne ramène à des gestes anodins que cette dernière pose sans en accorder de l'importance. Toutefois, leur impact sur la relation avec la parturiente en CPN est non négligeable. Ces actes peuvent avoir des liens avec son métier ou être liés à un souvenir personnel. Les indicateurs de mesures sont : le stress, l'état d'âme.

- **Comportement** : C'est « *l'ensemble des réactions, observables objectivement, d'un organisme qui agit en réponse aux stimulations venues de son milieu intérieur ou du milieu extérieur.* » (Le Petit Larousse, idem.). Jean COTTRAUX (2011) accorde au comportement une valeur thérapeutique, car il est conçu comme un trouble à part entière qui permet d'apprendre au sujet une nouvelle séquence, non pathologique et incompatible avec le trouble présenté. Autrement dit, le comportement désigne la manière de se conduire. En ce qui

concerne notre étude, le comportement renvoie au retour de communication entre la SF et la FE. Autrement dit, c'est la réponse visible de la parturiente. Pour cette étude, les indicateurs qui nous permettent de mesurer ce concept sont : le respect des RDV et la réalisation des examens.

- **Promotion** : C'est l'action qui consiste à mettre en œuvre un projet ou une matrice de communication en vue de provoquer le développement et/ou le succès d'une phase de cette action. Dans le cadre de notre étude, il s'agit de promouvoir les comportements favorables au bien-être de la dyade FE-futur enfant à travers la CPN dans les formations sanitaires urbaines de Bouaké. La communication veillera à soutenir et à encourager les actions de l'unité de la CPN en vue de renforcer la relation de soin au sein de ladite unité.

#### **IV. Objectifs de l'étude**

Il convient à ce stade de rendre le problème posé en des actions pouvant permettre d'atteindre le but fixé par cette étude. Pour ce faire, nous avons déterminé deux types d'objectifs, dont un objectif général et des objectifs opérationnels.

##### **IV.1. Objectif général**

L'étude vise à analyser l'influence des logiques de la communication dans le processus de prise en charge médicale de la FE.

##### **IV.2. Objectifs spécifiques**

- Décrire la place de la communication dans le mécanisme de valorisation de la santé de la reproduction dans les formations sanitaires de Bouaké ;
- Analyser les perceptions et les attitudes susceptibles de valoriser les logiques communicationnelles des acteurs au sein de la CPN ;
- Elaborer une maquette améliorative de la relation psycho-communicationnelle en CPN dans les formations sanitaires urbaines de Bouaké.

## **V. Cadre de référence théorique**

La présente étude est adossée à trois domaines de recherche que sont : la psychopathologie, la psychosociologie appliquée à la communication et l'approche de la promotion de la santé afin de mieux cerner la problématique de la relation de soin en CPN.

### **V.1. Les théories de la psychopathologie**

Les théories de la psychopathologie sont strictement liées au domaine de la clinique. Elles ont pour vocation, la recherche « *dans les modèles théoriques, la ou les approches compréhensives les plus adéquates et les plus congruentes avec les faits observés.* » (BENONY H et CHAHRAOUI K., op. cit.). Elles cherchent à donner un sens aux différents signes linguistiques et non linguistiques qui se dégagent lors d'une situation de communication entre le consulté et le consultant. Elles sont composées de plusieurs modèles, à savoir :

- Le modèle médical ou l'entretien psychiatrique ;
- Le modèle psychanalytique ;
- Le modèle de la psychothérapie brève d'inspiration psychanalytique ;
- L'approche humaniste ;
- L'approche cognitive et comportementale ;
- L'approche phénoménologique.

Celle qui nous intéresse est le modèle de l'approche phénoménologique. En effet, l'approche phénoménologique est considérée par la psychopathologie comme celle qui prend en compte le vécu du consulté et les relations établies avec le personnel soignant. Elle s'évertue à considérer l'individu de manière globale tout en se référant à son passé. Cette stratégie contribue au changement grâce à la prise en compte de tout l'être du patient et non sa pathologie. Cependant, cette approche n'admet pas de modèle tout fait ou spécifique (LUDWIG B., op. cit.).

En effet, l'approche phénoménologique accorde plus d'intérêt à la communication à travers l'instauration et le maintien de la relation entre le clinicien et le consulté. Cette communication est dite interactive car, elle se fait



sans intermédiaire en disposant les protagonistes face-à-face lors de l'entretien. Ainsi, elle va au-delà de la psychothérapie et propose une réflexion sur la pratique et la logique de communication des différents acteurs en s'inspirant de leur expérience en communication. Elle favorise une communication descriptive sans forcément s'appuyer sur les faits. Elle privilégie les acteurs de l'interlocution tout en se référant à leur passé avec le phénomène. Autrement dit, elle met l'utilisateur de la santé au centre de la communication en s'appuyant sur son vécu avec la maladie.

## **V.2. Les théories psychologiques appliquées à la communication**

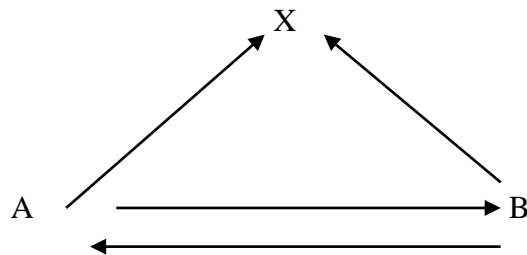
Les études portant sur la psychologie humaine s'intéressent généralement à deux courants : la psychologie introspective ou subjective, qui sous-tend que la conscience est le domaine de la psychologie et le behaviorisme ou la psychologie objective, qui se focalise sur le comportement humain. De ce fait, elle est applicable à la communication. Les travaux de psychologie en situation de communication interindividuelle s'inspirent de la sémiotique de MORIS et la sémiologie Saussurienne (LOHISSE J., op. cit.). Appliquées à la vie sociale, elles prennent en compte les rapports entre symboles et comportements humains. Ainsi, l'interprétation du comportement se fait en matière de stimuli et réponse linguistique.

Bref, toute situation de communication engendre un comportement autonome provoqué par des stimuli indépendants de l'individu. Il s'agit de réactions qui se dégagent durant les échanges, les réactions considérées comme des réponses au message transmis par l'interlocuteur. Alors, il se pose un rapport de causalité qui vise le changement de comportement ou d'attitude. Une multitude de modèles s'inscrivent dans cette logique. Dans notre cas, nous nous intéressons au modèle de la relation interpersonnelle de Newcomb.

Selon le modèle de la relation interpersonnel proposé par Newcomb, la communication consiste à s'intéresser à la situation d'interaction interpersonnelle, dans laquelle l'une des parties considère l'autre comme objet d'échange, de co-orientation, de référent (LOHISSE J., op. cit.). Ce modèle met en évidence un

schéma considéré comme rudimentaire : un sujet (A) transmet des signes à un interlocuteur (B) concernant une question donnée (X).

**Figure 1** : Modèle de la relation interpersonnelle de Newcomb



**Source** : Jean LOHISSE, 2007.

Le modèle que propose Newcomb tient compte des contraintes suivantes : la situation d'équilibre (accord entre A et B par rapport à X) favorise un état de normalité et l'existence de situations initiales conflictuelle, gage de la recherche de consensus entre les acteurs. Ainsi, Newcomb favorise la cohésion, la convergence dans les propos, l'ouverture vers l'autre et l'acceptation de soi.

### **V.3. Les théories de la promotion de santé**

La promotion de la santé est un processus social et politique global constitué d'actions visant le renforcement de capacités, les aptitudes des personnes. C'est un ensemble de mesures qui vise le changement de situation social, du cadre de vie et de la situation économique afin de réduire les facteurs négatifs sur la santé publique et des personnes (Glossaire de la promotion de la santé, 1999). Le changement tel que considéré par l'OMS n'est pas systématique.

En effet, les individus sont différents les uns des autres de par leur caractère qui les rend uniques en leur genre. Ils admettent ainsi un multi-dimensionnement des comportements. Ainsi, MURPHY E. E. (2005) préconise plusieurs théories, toutes inspirées par les behavioristes. Celles-ci visent la modification des comportements des personnes en favorisant l'explication et

l'influence des comportements de santé des personnes et des communautés. Dans le cadre de notre prospection, nous nous intéressons au modèle de l'apprentissage social.

L'approche de l'apprentissage social est un modèle théorique du comportement de santé interpersonnel. Les théories du changement interpersonnel soutiennent l'idée selon laquelle les environnements interpersonnels sont importants, car, les comportements extérieurs, les idées, les compagnies, le cadre de vie de l'individu influencent son attitude du point de vue sanitaire. (MURPHY E. E., idem.) Dans un besoin de proximité, d'efficacité et d'intégration, l'approche de l'apprentissage social se présente comme un outil théorique qui permet de comprendre et d'influencer le comportement par le biais de la prise en compte des facteurs psychosociaux liés aux interactions, au cadre de vie et au vécu de l'individu.

Bien que l'individu évolue en fonction de son passé, il se laisse influencer par son environnement. Le milieu de l'individu peut être élargi à la formation sanitaire. Le clinicien est par conséquent, une référence du changement, dans la mesure où il s'inspire de l'espace social et du développement des capacités utiles du consulté pour inculquer le changement approprié. Par ailleurs, l'apprentissage social accorde un intérêt à la capacité comportementale, c'est-à-dire que l'individu se doit de savoir opérer des choix. Quatre principes résument cette approche : le déterminisme réciproque, l'apprentissage par l'observation, les attentes et la connaissance de ses propres capacités.

- **Le déterminisme réciproque** : Il considère que l'interaction continue entre le comportement, l'environnement et l'influence de l'un sur l'autre. Si on comprend l'interaction, il est alors possible d'assimiler la manière dont les interventions de promotion de santé contribuent au changement ;

- **L'apprentissage par observation** : Il s'agit d'apprendre par l'observation du comportement des autres. L'observation permet d'apprécier le comportement

de ceux avec qui nous vivons. L'individu copie facilement ce que font les autres de bien pour leur santé ;

- **Les attentes** : Il s'agit du degré d'importance qu'un individu accorde aux conséquences des différents comportements. Ainsi, sa réaction sera fonction de sa considération du degré des conséquences que pourrait causer un comportement selon sa logique ;

- **La connaissance de ses propres capacités** : La théorie d'apprentissage considère ce facteur comme l'élément qui conditionne le changement. Elle porte sur la conviction et la conscience qu'un individu place sur ses habiletés à faire un changement.

Le changement de comportement en matière de santé de la reproduction implique la communication. En effet, les interactions entre la SF et la gestante sont vécues au quotidien. Dans un souci de proposer une communication adéquate et efficace pour le changement de comportement, nous avons recouru au modèle de la communication pour agir sur les comportements (COMBI). En effet, la COMBI se veut être un outil de communication de référence en matière de changement de comportement. Elle évolue en fonction du cadre de vie, des contraintes politiques et sociales liées au comportement observé. Ces stratégies seront présentées de façon explicite dans la première partie de nos travaux.

## **CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE**

À la suite de la phase de conceptualisation, c'est-à-dire, la conception de l'objet de l'étude dans une démarche scientifique, nous procédons à l'élaboration de la phase méthodologique. Il s'agit de mettre un accent particulier sur « *la structure de l'esprit et de la forme de la recherche ainsi qu'aux techniques utilisées pour réaliser cette recherche.* » (N'DA P., op.cit.). Par conséquent, nous présentons le cadre d'étude, les caractéristiques, les stratégies de collecte et de traitement et les populations concernées par cette étude.

### **I. Délimitation du terrain de l'étude**

La délimitation du champ de l'étude consiste à apporter des informations précises concernant le terrain de cette étude (MONGEAU P., op.cit.). Elle permet de déterminer les cibles, les moyens et les techniques de collecte. En d'autres termes, il s'agit de décrire le champ géographique et le champ sociologique de cette étude.

#### **I.1. Champ géographique**

Étendue sur une superficie de 71 788 kilomètres carrés (Km<sup>2</sup>), la ville de Bouaké, chef-lieu de la région de Gbêkè se trouve au centre de la Côte d'Ivoire à 350 Km environ d'Abidjan, la capitale économique. Selon le dernier recensement de 2014, sa population est estimée à 680 694 habitants, soit 342 609 hommes et 338085 femmes (RGHP, 2014).

Au plan sanitaire, trois districts sanitaires couvrent le milieu rural et le milieu urbain de la ville : dont Bouaké Sud, Bouaké-Nord et Bouaké Nord-est. Ils sont essentiellement composés de Centres de santé Urbains (CSU), de Centres de Santé Ruraux (CSR), de centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), de dispensaires, de cliniques, de polycliniques, etc. Au niveau urbain, seules 15 formations sanitaires sont fonctionnelles pour les prestations en soins généraux. Ces établissements sanitaires sont répartis dans le tableau ci-contre (Tableau 1).

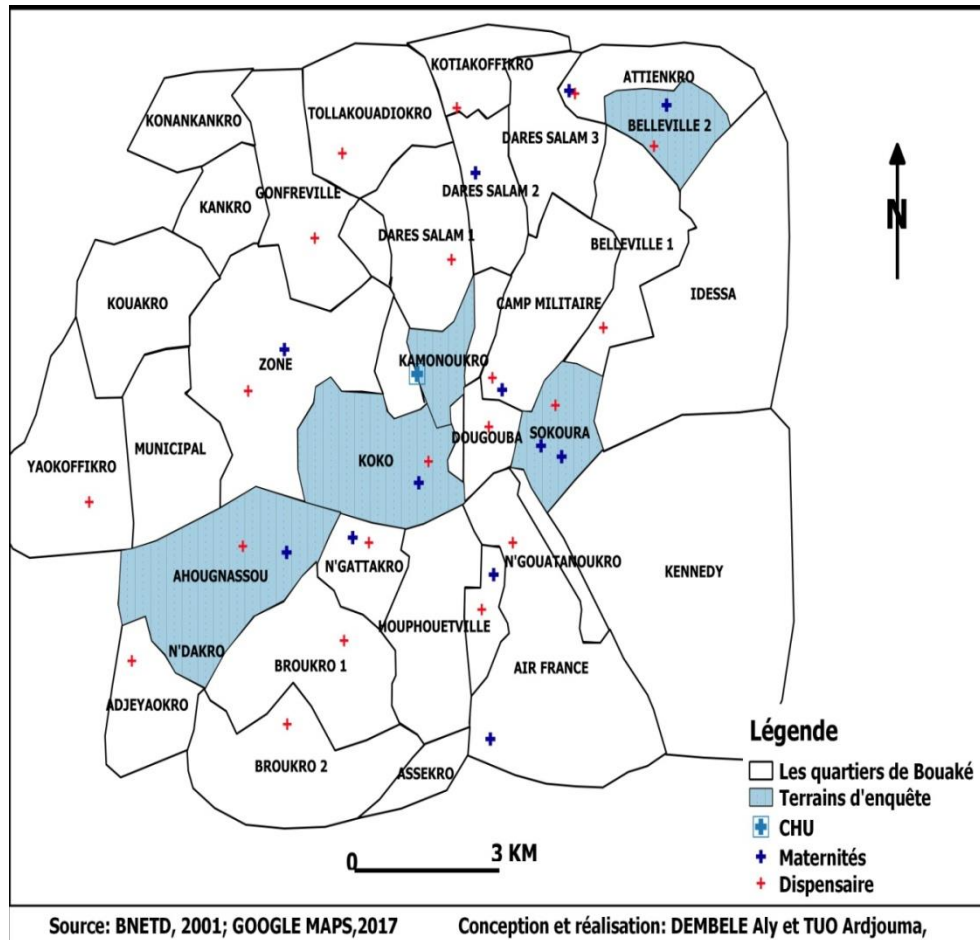
**Tableau 1** : Formations sanitaires de la maternité de la ville de Bouaké

Districts sanitaires	Types de formations sanitaires	Situation géographique
<b>Bouaké Nord-Ouest</b>	Centre de Santé Urbain	- Dar-Es-Salam - Djezou
	SSSU	- Dar-Es-Salam - Notre-Dame de la Visitation N’Gattakro
	Formation Sanitaire Urbaine	- Ahougnassou
<b>Bouaké Sud</b>	Centre de Santé Urbain	- Air France - Nimbo
	Protection Maternelle et Infantile	- Koko
	Centre Hospitalier Universitaire	- Koko
<b>Bouaké Nord Est</b>	Centre de Santé Urbain	- Belleville 2 - Sokoura - Kotiakro
	Protection Maternelle et Infantile	- Sokoura - Belleville 2 (Maternité Touré)
	HMIAC	- Attienkro

Source : Enquêtes TUO A., 2017.

Toutes ces formations sanitaires identifiées offrent des prestations en CPN, en PTME, en soins postnataux, en accouchement, etc. Cependant, compte tenu de leur incapacité à répondre aux besoins de grande envergure, elles se rattachent toutes au CHU qui est le centre de référence pour les cas jugés critiques par le personnel soignant. Dans le cadre de notre étude, nous avons retenu quatre quartiers (Sokoura, Koko, Belleville 2 et Ahougnassou) considérés comme les plus denses de la ville. Ces différents quartiers disposent au moins d'une formation sanitaire avec une unité de la maternité. Outre ces localités, nous avons mené des enquêtes au sein de l'unité de la CPN du CHU de la ville.

**Figure 2 :** Situation géographique du terrain d'enquête



## **I.2. Champ sociologique**

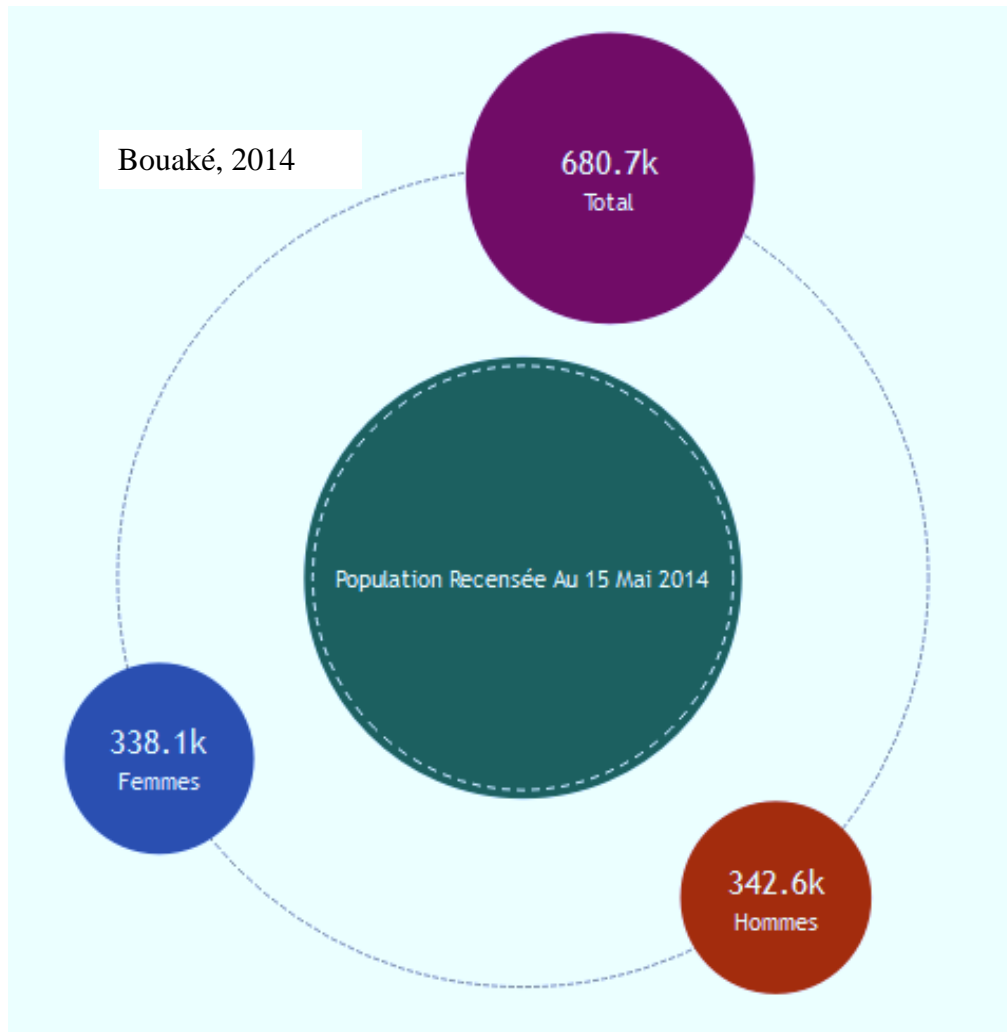
De par sa position géographique, la ville de Bouaké a bénéficié d'une croissance démographique assez rapide. Elle abrite une population majoritairement jeune. Celle-ci est composée d'autochtones baoulés originaires du Ghana voisin, d'allogènes nationaux et de populations venues de la sous-région. Pour faciliter les interactions, les populations en dehors du baoulé local, ont recours à d'autres langues vernaculaires telles que le dioula, l'attié, le bété, le senoufo, l'agni, le guéré, etc.

Du fait de la crise militaro-politique de 2002, la situation économique des populations déjà difficile s'est détériorée suite à la fermeture des usines et grandes surfaces de la ville. La jeunesse dominée par les élèves et les étudiants n'a pas de sources de revenu. Les femmes, particulièrement les FE subissent le lourd tribut à cause du taux de chômage des hommes. Elles sont pour la plupart responsables de leur foyer. Cette situation a motivé notre intérêt autour de deux catégories de la population : il s'agit des SF du CHU et des centres de santé de périphériques urbains et les FE des quartiers situés dans quatre aires sanitaires de la ville.

Plusieurs raisons justifient cette catégorisation de notre population d'étude. Concernant les gestantes, cette étude s'intéresse à la situation économique et matrimoniale, à leur situation professionnelle et à leur niveau d'instruction. Le choix de ces femmes est lié à leur proximité avec les formations sanitaires retenues. Ces dernières ont été sélectionnées accidentellement. Concernant les maïeuticiennes, leur choix est fonction de la situation géographique du centre de santé, de la situation professionnelle de celles-ci et de leur fonction au sein du service de la maternité. Ces différents critères ont une influence significative dans l'interprétation des attitudes communicationnelles et du comportement des acteurs dans une situation de communication au sein de l'unité de la santé génésique.



**Figure 3 :** Population de Bouaké selon de recensement de 2014



**Source :** Site officiel de l'INS disponible sur : <http://www.ins.ci/n/templates/docss/RGPH2014D.pdf>.

## **II. Le Modèle méthodologique**

L'hypothèse qui se dégage de notre étude met en relation les concepts suivants : « *Rapports SF et FE* » et « *Le système sanitaire en SSR* ». Elle laisse entrevoir deux phénomènes liés l'un à l'autre. D'une part, elle met l'accent sur un aspect observable de notre étude qui se veut être visible. Il s'agit du processus

d'établissement de contact entrepris par la maïeuticienne vis-à-vis de la gestante pendant sa prestation en CPN et en PTME.

La seconde face du phénomène étudié considérée comme fictif porte sur la logique de communication voulue par le système de santé mis en place par l'unité de la CPN. Par ailleurs, les concepts qui se dégagent à travers notre hypothèse peuvent être appréhendés par le biais des indicateurs suivants :

- L'accueil des gestantes par la SF ;
- La durée d'attente des gestantes ;
- Le type de communication utilisé par la maïeuticienne ;
- La forme de communication utilisée par la SF pendant la prestation ;
- Les outils de communication de référence ;
- La langue de communication dont fait référence la SF.

Les différentes variables sur-citées sont liées au cadre de communication. La distinction de ces variables permet d'établir le modèle d'analyse, qui peut être résumé dans le tableau ci-contre (Tableau 2).

**Tableau 2 : Récapitulatif du modèle méthodologique**

Concepts	Dimensions	Variables	Indicateurs	Outils de collecte
<b>La relation de soin à la CPN</b>	Pratiques sanitaires	La qualité de la relation de soin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le taux de fréquentation et de mortalité du centre</li> <li>• Le degré d'implication de la SF</li> <li>• L'accessibilité et la disponibilité des SF</li> <li>• Type d'accouchement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observation directe</li> <li>• Registre de la CPN</li> <li>• Entrevu semi-directif</li> <li>• Questionnaire</li> </ul>
		Les contraintes socioprofessionnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveau d'instruction de la gestante</li> <li>• Cadre de vie de la FE</li> <li>• Situation matrimoniale et économique de la ménagère</li> <li>• L'expérience professionnelle de la SF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observation directe</li> <li>• Carnet de santé mère-enfant</li> <li>• Questionnaire</li> </ul>
	Logique de communication	La stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbale (la langue)</li> <li>• Non verbale</li> <li>• La Kinésique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observation directe</li> <li>• Questionnaire</li> </ul>
		Les outils de communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'accueil/La causerie de groupe/ L'entretien clinique</li> <li>• Le photolangage/Les affiches et dépliants</li> <li>• Le poste téléviseur et le mégaphone</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observation directe</li> <li>• Entrevu semi-directif</li> <li>• Questionnaire</li> </ul>

Source : TUO A., 2017

### **III. La population de l'étude**

La population d'une étude concerne un ensemble d'individus sélectionnés en tenant compte de certains critères ou certaines caractéristiques qu'ils ont en commun. Les critères de sélection de notre population d'étude portent sur les variables de la profession, de l'état de santé, du genre et du lieu d'habitation. Ces critères de sélection ont permis de réduire le champ d'étude à une population déterminée en vue d'accéder au mieux aux données nécessaires pour cette étude.

#### **III.1. Échantillonnage**

Pour étudier un phénomène au sein d'une population, « *nous recueillons de l'information sur une fraction (échantillon) de l'ensemble (population) que nous voulons étudier, puis nous généralisons, parfois à tort il est vrai, à cet ensemble ce que nous avons mesuré sur le sous-ensemble.* » (BEAUD J.-P., in GAUTHIER B., 2009). À la suite de cette assertion, nous retenons que l'échantillonnage représente une fraction de la population concernée par l'étude. Il s'agit de la partie de la population qui est réellement observée par l'étude.

Dans le cadre précis de l'étude, nous nous sommes intéressé aux obstétriciennes en fonction à l'unité de la CPN et la PTME du CHU de même que celles des formations sanitaires de Sokoura, de Koko, d'Ahognassou et de Belleville 2. En dehors de cette première catégorie de population, nous avons accordé un intérêt aux gestantes qui habitent l'aire sanitaire de ces centres de santé maternel. Deux questionnaires ont été adressés à cette dernière catégorie de la population. Un premier questionnaire porte sur les logiques communicationnelles des gestantes à la CPN biomédicale et le seconde interroge la perception des FE concernant la relation de soin à la CPN traditionnelle.

#### **III.2. Techniques d'échantillonnage**

Le choix de la technique de collecte à mettre en œuvre pour accéder à notre échantillon est fonction du type d'étude que nous souhaitons. Concernant celle-ci, elle porte sur une étude mixte, c'est-à-dire qu'elle est à la fois qualitative

et quantitative. Par conséquent, le volet qualitatif de notre étude nous engage à nous intéresser à un échantillonnage théorique, en cumulant des cas variés, représentant les diverses caractéristiques que prendrait un phénomène (BARNEY G.G., 1978).

Concernant l'aspect quantitatif, à défaut de recueillir l'avis de toute la population du territoire déterminé par l'étude, nous nous sommes intéressé à « *une fraction de la population dont les avis sont considérés comme généralisant.*» (N'DA P., op cit.). L'étude s'inscrivant dans une logique de sciences sociales, elle cherche à mieux comprendre les attitudes des protagonistes qu'elle prend en compte. Ainsi, cette frange de la population est considérée comme la population mère ou l'échantillon représentatif. Cette étude fait appel à deux techniques d'échantillonnage que sont : l'échantillon accidentel ou de commodité et l'échantillon typique.

### **III.2.1. L'échantillon accidentel ou de commodité**

Pour réaliser cette étude, nous avons eu recours à la technique de l'échantillon accidentelle ou de commodité. Cette méthode non probabiliste consiste à sélectionner une population d'étude en faisant fi des modalités préétablies. Autrement dit, les sujets sont choisis au moment précis de l'enquête (N'DA P., idem.). Dans le cadre précis de notre prospection, une catégorie de la population est composée de maïeuticiennes en service dans les quatre centres de santé maternelle sélectionnés et celles de l'unité de la CPN et de la PTME du CHU de Bouaké.

Ces dernières sont programmées par groupes de travail. Le service se fait par rotation. Outre ce facteur de non-stabilité, la probabilité de les avoir disponibles pour une étude est minime à cause du dynamisme de leur service. Pour y remédier, nous avons mené l'étude avec celles qui étaient disponibles durant notre séjour au sein de l'unité de la CPN. En plus des SF, nous avons pris en compte les FE qui habitent le périmètre de ces centres de santé. Les variables de sélection portent sur le genre, la profession, le lieu de résidence et l'état de la

grossesse. À l'image des SF, nous nous sommes contenté des premières rencontrées.

### **III.2.2. L'échantillonnage typique**

« *Il s'agit de technique utilisée pour le choix de sujets ou des phénomènes présentant des caractéristiques typiques, les distinguant des autres.* » (N'DA P., *op cit.*). Cette technique nous engage à nous adresser à des personnes-ressources disposants des informations pouvant nous orienter dans notre étude. En ce qui concerne cette étude, nous nous sommes adressé aux médecins spécialistes, aux Infirmiers diplômés d'état, aux SF majors de la maternité du CHU et celles des centres de santé de périphériques considérés par notre étude. Aussi, avons-nous jugé important d'ouvrir nos enquêtes aux animateurs communautaires de l'Agence Ivoirienne pour le Bien-être de la Famille (AIBEF) affiliés dans les centres de santé maternelle et infantile. Les femmes ayant une expérience en matière de maternité, notamment les multipares habitant les quartiers considérés par notre étude ont-elles aussi, été prises en compte.

### **III.3. La taille de l'échantillon**

La grandeur de notre échantillon est fonction de la stratégie mise en application. Ainsi, la population concernée par l'enquête qualitative est d'une taille réduite, c'est-à-dire qu'elle ne dépasse pas les 30 sujets. Concernant l'enquête quantitative, la population est plus élargie que le premier cas compte tenu de son ouverture à une population plus large et diversifiée. Pour notre étude, deux enquêtes qualitatives ont été réalisées. La première s'appuie sur un guide d'entretien en vue de la réalisation du questionnaire. La seconde a permis d'administrer le questionnaire auprès d'une cible large et diversifiée. L'effectif de notre population se résume dans le tableau ci-après (Tableau 3).

**Tableau 3 : Récapitulatif de la population d'étude**

Stratégies Populations	Enquête qualitative		Enquête quantitative	
	Entrevue	Questionnaire	Entrevue	Questionnaire
<b>Sage femmes</b>	14	00	00	15
<b>Médecins</b>	03	00	00	03
<b>ASC</b>	02	00	00	02
<b>F. E</b>	05	00	00	341
<b>IDE</b>	01	00	00	05
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>366</b>

**Source :** Enquêtes TUO A., 2017

#### **III.4. Déroulement de la collecte des données**

Des obligations d'ordre administratif tant à l'intérieur de l'Université qu'à l'externe étaient nécessaires pour l'accès aux informations. C'est dans cette logique que nous avons commencé par nous procurer les différentes autorisations d'enquêtes délivrées par le département des Sciences du Langage et de la Communication (SLC) et le Décanat de l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) en Communication, Milieu et Société (CMS). Nous avons donc adressé un courrier aux instances suivantes : le Directeur Médical et Scientifique (DMS) du CHU, le Directeur Régional de la Santé (DRS), les présidents des Organisations Non Gouvernementales (ONG) AKWABA, Bouaké Eveil, Health Association International (HAI) et l'Association Ivoirienne pour le Progrès (AIP).

Suite à une réponse favorable du CHU et de l'ONG Akwaba, nous avons mené une étude d'observation, des entrevues et une enquête par questionnaire

durant une période de six (06) subdivisée en deux périodes de trois (03) mois durant au sein de la maternité du CHU et dans les airs sanitaires d'Attienkro. Ces deux périodes débutent en Octobre 2016 et prennent fin en Avril 2017. Quant aux études menées dans les formations sanitaires d'Ahougnassou, de Sokoura, de Koko et de Belle ville 2, elles ont été le fruit de nos relations propres, vu que nous n'avons pas eu un retour favorable de la DRS.

#### **IV. Supports de collecte des données**

Collecter les données est une activité minutieuse et délicate pour une étude scientifique. Elle est déterminante pour la réalisation de l'analyse et l'interprétation des données recueillies. En ce qui concerne notre étude, nous avons fait appel aux techniques suivantes : l'observation directe, l'entrevue, le questionnaire et la revue de registre de CPN et de PTME.

##### **IV.1. L'observation directe**

En ce qui concerne cette étude, nous avons opté pour l'observation non participante. Cette stratégie a consisté à observer les attitudes et les comportements des enquêtés durant une période de six mois. En effet, cette technique exige de nous, la présence effective sur le terrain de l'étude. Notons que l'observation s'est déroulée pendant la période des entrevues. Il s'est agi, d'observer les relations et les moments de communications entre les FE et la SF durant tous les moments de la CPN. Elle a porté essentiellement sur l'accueil des gestantes, l'instauration du contact et les techniques de communication de la SF, le style et le déroulement des CCC collectives et individuelles.

La prise en compte de ces aspects de la relation de soin est indicative dans la mesure où, elles exigent un certain nombre de considérations de notre part. Ainsi, nous avons pris en compte les comportements des sujets, notamment, la forme de communication adoptée, les gestes qui accompagnaient la communication, les attitudes communicationnelles et les outils de communication des protagonistes. En vue de donner un sens aux comportements, il sied de les



interpréter dans un contexte socioculturel en référence au type de relation d'ordre social, culturel et idéologique qui s'y dégage. Par conséquent, pour réduire les incertitudes, nous nous sommes inspiré des considérations psychologiques. Celles-ci ont favorisé un jugement objectif et une interprétation rationnelle.

#### **IV.2. L'entretien dirigé**

C'est une stratégie qui consiste à recueillir des données orales auprès d'une cible prédéfinie. Il s'agit d'interroger une ou plusieurs personnes sur un sujet donné en vue d'obtenir des informations sur un phénomène donné (N'DA P., op. cit.). Il existe plusieurs types d'entrevues. Pour cette étude, notre choix s'est porté sur la stratégie d'entrevue dirigée.

En effet, l'entrevue dirigée nous a permis de recueillir des informations standardisées. Elle a consisté d'élaborer un guide d'entretien qui a été soumis à tous les sujets choisis pour réussir l'étude, notamment, les SF, les FAP, les FE, les ASC et les médecins. Le guide d'entretien préétabli a permis de recueillir des informations portant sur les préoccupations suivantes :

- L'identité socioprofessionnelle des acteurs de la CPN ;
- Organisation du système sanitaire ivoirien ;
- Mécanisme de communication de l'unité de la CPN ;
- Identification des facteurs sociaux liés à la CPN ;
- Détermination des perceptions et de la représentation de la relation de soin chez les acteurs de la CPN ;
- Identification des pathologies liées à la grossesse.

#### **IV.3. Le questionnaire**

C'est l'outil privilégié pour une étude quantitative. En effet, « *un questionnaire peut prendre la forme d'une série de questions ouvertes posées lors d'un entretien en face à face ou la forme d'un document écrit invitant les personnes à répondre à une série de questions fermées.* » (MONGEAU P., op. cit.).

Le questionnaire est élaboré à la suite de l'enquête qualitative. Il retrace les lignes du guide d'entretien. Le questionnaire a permis de recueillir l'avis d'un public plus large concernant le phénomène étudié. Les grandes articulations du questionnaire se présentent comme suit :

- Identification et caractères socioprofessionnels de l'enquêté ;
- État de connaissance du sujet par l'enquêté ;
- Pratiques et logiques communicationnelles des enquêtés concernant le phénomène.

#### **IV.4. La revue du registre de CPN et de PTME**

Dans une unité de la CPN et de PTME, il existe plusieurs types de registres. L'étude s'est intéressée au registre de la CPN, au Carnet de santé de la mère et de l'enfant, au dossier médical de suivi et d'évaluation en PTME. Le carnet de santé de la mère et de l'enfant intervient au sein de l'unité de la CPN. Suite à des constatations de l'existence d'une diversité de modèles de carnets dans les centres de santé, le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA a élaboré en 2015 un carnet de santé mère-enfant uniformisé pour le service de la CPN. Cet outil est encouragé par le Programme National de Santé Infantile et de la Survie de l'Enfant (PNSI/SE). Il répond aux besoins suivants :

- Identifier les parents et l'enfant ;
- Renseigner sur le cadre de vie de la gestante ;
- Déterminer les Termes de Référence (TDR) pour la communication pour le Changement de Comportement (CCC) ;
- Informer le soignant concernant les antécédents génésiques du père et de la mère ;
- Informer sur l'état de la grossesse actuelle ;
- Lister les signes de danger liés à la grossesse ;

- Présenter la situation des examens et de vaccins de la mère ;
- Renseigner le régime thérapeutique PTME de la mère ;
- Renseigner sur le lieu et le type d'accouchement ;
- Renseigner sur l'état de l'enfant à l'accouchement après l'accouchement ;
- Renseigner les examens néonataux et la période post natale ;
- Eclaircir sur les raisons en cas de décès maternel ou infantile.

En ce qui concerne le dossier médical de suivi et d'évaluation, il est utilisé au service de la PTME. Il permet d'enregistrer les cas dépistés positifs au Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH) à la CPN. Il constitue pour ceux-ci, un dossier médical pour le suivi et l'évaluation des mères infectées et/ou affectées par le VIH et les enfants nés d'une mère infectée. Il renseigne sur :

- Le taux de lymphocytes 4 (CD4) ;
- Le type de traitement suivi par la patiente ;
- Les dates de différents Rendez-vous (RDV).

## **V. La méthode d'analyse**

Le principe fondamental de la position théorique réside dans la prise en compte de l'étude par un courant littéraire. Ainsi, cette étude se consigne dans le paradigme interactionniste. Ce courant est un continuum des travaux de l'École Palo-Alto. Il étudie les relations entre les protagonistes d'une situation de communication et le sens des messages verbaux et non verbaux. En effet, toute activité humaine se déroule dans un cadre communicationnel déterminé par le caractère complexe de la relation qui existe entre les acteurs de la communication et les techniques qui interviennent dans l'interaction. Selon cette pensée théorique, les inter-actants d'une situation de communication sociale échangent des signes en vue d'atteindre un objectif commun.

Dans le souci d'étudier le comportement communicationnel de la SF et de la FE durant le processus de la CPN au sein de quatre formations sanitaires de Bouaké et de la maternité du CHU de la même ville, nous nous sommes appuyé sur l'approche de l'entretien clinique et l'approche humaniste (CARL R., 1966) et

celle de la promotion de santé (MURPHY E.E., 2005). Nos démarches ont contribué à mieux comprendre l'influence de la communication sur les attitudes des acteurs de la CPN biomédicale. Pour y parvenir, nous avons fait appel à l'approche phénoménologique pour l'analyse des données qualitatives et l'approche des statistiques descriptives pour l'analyse des données quantitative.

### **V.1. L'approche phénoménologique**

Cette approche intervient dans le cadre de l'analyse qualitative des données recueillies auprès des prestataires de la santé génésique et les multipares. À travers cette démarche, nous avons tenté de répondre à la question suivante : « *L'effort d'analyse portera-t-elle avant tout sur le sens que contient le matériel, sur l'essence des phénomènes, sur leur nature intrinsèque, sur la signification que les êtres humains en donnent ?* » (N'DA P., op. cit). En d'autres termes, elle a permis de dégager les différences significatives, les similarités entre les hypothèses de notre étude et la problématique que pose celle-ci.

L'approche phénoménologique met en rapport le discours et le fait. Elle a permis de répondre aux questions suivantes :

- De quoi avons-nous parlé pendant la collecte ?
- Que retenir a priori ?
- Quel élément répond aux besoins de notre étude ?
- Quels sont ceux qui s'y opposent ?
- Quel lien établir avec la problématique ?
- Quels sont les éléments nouveaux ?

Les réponses possibles à ces différentes interrogations ont constitué une relation logique de variables. Celles-ci ont contribué à la compréhension des comportements de la FE et celui de la SF durant le processus de la CPN biomédicale, en vue de les intégrer durant l'étude.

## **V.2. L'approche des statistiques descriptives**

Cette approche porte essentiellement sur les regroupements des données des tableaux de distribution de fréquences ou de données de mesures de tendance et de dispersion. À cette phase, les tableaux présentent l'effectif ou la valeur accordée à une variable par les enquêtés. Ils ont permis de quantifier le nombre d'apparitions d'une variable. Pour y parvenir, nous avons utilisé le logiciel « SPHINX PLUS 2 ». En effet, cet outil de travail a facilité l'insertion des données en vue de les analyser à travers des diagrammes, des tableaux croisés, des cartes factorielles. Il a aussi permis d'obtenir des résultats sur mesure de tendance centrale.

L'étude a été élaborée autour d'un ensemble de résultats présentés comme suit :

- Les facteurs communicationnels qui influencent la qualité de la relation de soin en CPN ont été déterminés ;
- La fonction de la communication dans les programmes amélioratifs de la santé de la reproduction dans les formations sanitaires de Bouaké a été étudiée ;
- Les logiques et les attitudes communicationnelles des SF et des FE au sein de l'unité de la CPN dans les formations sanitaires urbaines de Bouaké ont été analysées ;
- Une maquette à base améliorative de la relation psycho communicationnelle en CPN dans les formations sanitaires urbaines de Bouaké a été élaborée.

## **VI. Difficultés rencontrées et limites de la recherche**

### **VI.1. Difficultés rencontrées**

La rédaction de cette Thèse de doctorat a été le fruit d'un travail de longue haleine qui a connu vents et marées. En effet, nous avons rencontré une diversité de difficultés tant au plan académique et économique. Au niveau académique, à l'inscription de la première année de thèse, nous avons été confronté à l'obtention de l'accord d'un directeur de thèse compte tenu du nombre

important d’inscrits en année de thèse. Cette difficulté a été solutionnée un an plus tard, suite à notre adhésion au Laboratoire d’Études de Recherches en Transition Génésique (LERTG). L’adhésion à ce laboratoire a boosté l’accord du Professeur ABE N’Doumy Noël pour la codirection en accord avec notre Directrice, le Professeur N’GORAN-POAMÉ Léa Marie Laurence. C’est cette codirection qui nous a redonné un intérêt à la recherche scientifique et la continuité de notre étude doctorale.

Outre la question de direction, la recherche bibliographique fut pour nous, une difficulté majeure. En effet, la thématique étudiée étant peu abordée par les écrits précédents au sein de notre université, la bibliothèque universitaire ne met à notre disposition que certaines œuvres d’ordre général et généralisant. Ce même constat a été fait dans les bibliothèques et centres de recherche de la ville. La difficulté dans la recherche documentaire s’est accentuée avec les lourdeurs administratives concernant les autorisations de collectes données adressées à certaines structures de la ville. À ce propos, toutes les démarches effectuées à la DRS de même que celles menées auprès des districts sanitaires sont restées vaines. Nos enquêtes dans les quatre centres de santé ont été le fruit de notre affinité avec certains contacts.

Au niveau économique, suite au décès de notre géniteur, nos charges familiales ont dégringolé. Ainsi, nous avons été contraint de reconsidérer notre recherche bibliographique en nous contentant de la documentation domestique. Aussi, ce manque de moyens financiers n’a pas été favorable à l’achat de documents nécessaires pour notre étude et la participation aux colloques à échelle nationale et internationale.

## **VI.2. Les limites de la recherche**

Au terme de notre étude, force est de constater que celle-ci a confronté un ensemble de difficultés. En effet, la communication semble être méconnue et ignorée par les prestataires de la santé génésique. Durant la collecte des données, nous avons été considéré comme stagiaire communautaire au sein de l’unité de la CPN biomédicale du CHU. Ainsi, compte tenu de notre thème considéré sensible

et face au respect de la confidentialité, l'accès à certains supports et certains lieux de l'unité de la CPN nous étaient défendus. Ces restrictions nous ont obligé à limiter notre étude de terrain à une catégorie de SF désignées par la SF majeure. En ce qui concerne la consultation des registres de la CPN et de la PME, la question du respect de la confiance a forgé un mur nous empêchant d'y accéder.

Pour pallier ces difficultés, nous avons eu recours au service informatique médical du CHU et les données de la DRS récoltées par le LERTG. Toutes ces informations nous ont servi de base de données pour réaliser cette étude. Dans un souci de diversification et d'authentification des données, nous avons mené une enquête auprès des FE dans les airs sanitaires considérés par notre étude. Aussi, avons-nous contacté par voie téléphonique des maïeuticiennes en vue de maximiser les informations.

En dépit de cette difficulté dans l'accès à l'information, la qualité de la bibliographie ne nous a pas permis de développer certains aspects de la problématique étudiée. Par conséquent, nous nous sommes référés à d'autres domaines de la science en vue de nous en inspirer pour répondre à certaines insuffisances que comporte l'étude. Toutefois, la pertinence de la question étudiée et le désir d'améliorer nos prochaines études nous emmènent à solliciter le regard critique de nos formateurs et encadreurs en vue d'atteindre la maturité scientifique.

## **VII. Les articulations de la thèse**

L'analyse de cette étude est subdivisée en trois parties. **La première** est intitulée : **le mécanisme de la communication dans le système de la santé de la reproduction**. Cette partie est composée de deux chapitres. Le chapitre I porte un regard descriptif sur le système de santé ivoirien. Il fait l'état des lieux du point de vue sanitaire. Le second chapitre fait ressortir la place de la communication dans la relation de soin. Il présente quelques modèles théoriques et des stratégies qui concourent à la bonne gestion de la communication en milieu sanitaire.

**La deuxième partie** s'intitule : **Perceptions et attitudes communicationnelles des acteurs de la CPN : présentation et analyse des résultats d'enquête**. Elle est répartie en deux chapitres. Au niveau du chapitre premier, il est question de décrire et de présenter les données recueillies durant l'enquête de terrain. Ces données sont réparties en fonction des thèmes de référence et de la similitude des modes d'action. Le chapitre deux a consisté à analyser et à interpréter les résultats obtenus au chapitre précédent. Les interprétations ont contribué à vérifier la réalisation des hypothèses émises à l'entame de l'étude.

**La troisième partie** porte sur : **La contribution des sciences de la communication à la promotion de la relation de soin en CPN**. À l'instar des parties précédentes, elle se compose de deux chapitres. Le chapitre premier détermine les stratégies de communication favorables à l'établissement et au maintien de la relation de soin en CPN. Elle évoque les outils de références pour l'amélioration du climat socioprofessionnel de la CPN. Ainsi, le chapitre deux propose une maquette de communication en vue de la promotion du comportement sain en CPN. Elle se pose comme un outil stratégique pour la gestion et le maintien de la communication entre les protagonistes de l'unité de la CPN en milieu urbain.



**PREMIÈRE PARTIE :**

**LE MÉCANISME DE LA COMMUNICATION DANS  
LE SYSTÈME DE LA SANTÉ DE LA  
REPRODUCTION**

L'univers de l'hôpital, notamment celui de la santé de la reproduction est marqué par un mouvement permanent d'échanges d'informations entre les acteurs. D'un côté, il y'a les demandeurs de la santé qui se rendent en CPN pour avoir des renseignements concernant l'évolution de la grossesse et l'état de santé de la gestante. De l'autre côté, il y'a les prestataires de la santé qui sont en quête d'informations nécessaires pour la prise en charge de la grossesse. Les premiers constituent une réserve d'informations pour les seconds. Cette collaboration implique une place importante pour la communication. En d'autres termes, la communication s'impose comme une nécessité pour la réussite de la prestation de soin au sein de l'hôpital.

En effet, l'interaction entre les acteurs de la santé en général et singulièrement, celle de la santé génésique est marquée par un partage de signes et de signaux. La dénotation de ces signes s'inscrit dans un contexte prédéfini. Les informations sont en lien avec certaines contraintes liées à la vie de l'hôpital et du cadre de vie de l'utilisateur. Les politiques sanitaires des pays sont conscientes de cette nécessité. Elles mettent ainsi un accent sur la gestion des relations au sein de l'espace de l'hôpital. La situation sanitaire de la Côte d'Ivoire demeure une priorité pour l'État.

Les formations sanitaires sont de moins en moins fréquentés par les communautaires. L'hôpital est confronté à des préjugés de la part des usagers, rendant difficile la collaboration entre soignants et soignés. Conscient de cette difficulté, l'État ivoirien a mis en place un ensemble de mécanismes en vue d'améliorer les conditions de vie des populations et garantir leur santé. Le système de santé adopté par les formations sanitaires du pays est confronté à une diversité de difficultés tant économiques que sociales. Malgré les efforts consentis par les autorités administratives et sanitaires, les populations continuent de souffrir des affres de certaines pathologies. L'insertion des cellules de communication au sein des programmes sanitaires s'inscrit dans le contexte de la valorisation du mécanisme communicationnelle et la gestion des logiques de communication des acteurs du domaine.

En effet, les hôpitaux sont considérés comme des mouiroirs à cause de l'état vétuste de la qualité de la relation avec le communautaires et le problème de sous équipement des formations sanitaires. Le personnel de soin est mis au centre des contestations des usagers de la santé. De nombreuses voies ont décriées le manque de professionnalisme dont font preuve les professionnels de santé face à certaines situations de santé. Dans le souci de remédier à cette situation précaire de la relation de soin, les autorités sanitaires ont inséré des programmes d'amélioration de la prestation de soin.

Par ailleurs, bien que la situation sanitaire ait connu une légère amélioration grâce aux différents programmes d'amélioration du gouvernement et ses partenaires de la santé, le cas de la santé de la femme et de l'enfant reste très critique. Les femmes continuent d'accoucher sans assistance médicale. Le taux de mortalité maternelle et infantile est toujours en hausse. Les programmes d'amélioration de la situation de la santé de la reproduction se soldent par des résultats insatisfaisants. Cette partie du travail présente un aperçu du système sanitaire ivoirien et détermine les approches communicationnelles mises en place par les centres de santé génésique.

## **CHAPITRE I : CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION EN CÔTE D'IVOIRE**

Depuis plus d'une décennie, la Côte d'Ivoire figure sur la liste des pays ayant un système de santé fragile. Les partenaires internationaux et nationaux en accord avec l'État conjuguent leurs efforts afin de permettre aux communautaires de bénéficier d'un bien-être social. Cependant, les crises sociopolitiques qui ont secoué le pays ont fortement influencé le système sanitaire en place. Les centres de santé à l'intérieur du pays ont connu un décroissement de leur effectif en RHS et les populations, particulièrement, les FE bénéficient de moins en moins d'assistance médicale. Elles sont exposées à des pathologies préexistantes. Cette situation constitue un frein à l'amélioration de la santé génésique et favorise l'accroissement du taux de mortalité maternelle et infantile.

### **I. Caractéristiques du milieu**

#### **I.1. Situation géographique**

La République Démocratique de la Côte d'Ivoire est un pays de l'Afrique de l'Ouest. Elle est située au sud du Sahara entre le 10<sup>e</sup> degré de la Latitude Nord, le 4<sup>e</sup> et le 8<sup>e</sup> degré de la Longitude Ouest. Le territoire ivoirien s'étend sur 322 462 kilomètres carré (Km<sup>2</sup>). Le pays est bordé au nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'ouest, par la Guinée et le Libéria, à l'est par le Ghana et au sud par l'Océan Atlantique.

Grâce à sa situation géographique, la Côte d'Ivoire bénéficie d'une riche végétation diversifiée. Cependant, la moitié du sud du pays est couverte de forêts et l'autre moitié au nord-est faite de savane avec des arbres par endroits. Ainsi, elle connaît un climat tropical humide avec une pluviométrie de 2300 millimètres (mm) au sud et un climat tropical soudanais au nord avec 900mm. Les températures quant à elles, varient entre 20° et 30° Celsius (C) selon la saison et la région. Le pays bénéficie de quatre saisons cycliques :

- Une grande saison des pluies qui couvre la période d'Avril à Juillet ;
- Une petite saison pluvieuse qui part d'Octobre à Novembre ;
- Une longue saison sèche allant de Décembre à Mai ;

- Une courte saison sèche couvrant les mois d’Août et Septembre.

Le relief ivoirien est caractérisé par des plaines au sud. Au centre et au nord, on remarque des plateaux étagés. L’ouest du pays est plutôt dominé par des montagnes. La situation géographique et climatologique du pays explique sa diversité démographique, économique, sociopolitique, culturelle et administrative.

## **I.2. Caractéristiques générales**

Les caractéristiques générales renseignent sur le contexte démographique, sociopolitique et culturel, socioéconomique, administratif et le profil épidémiologique ivoirien.

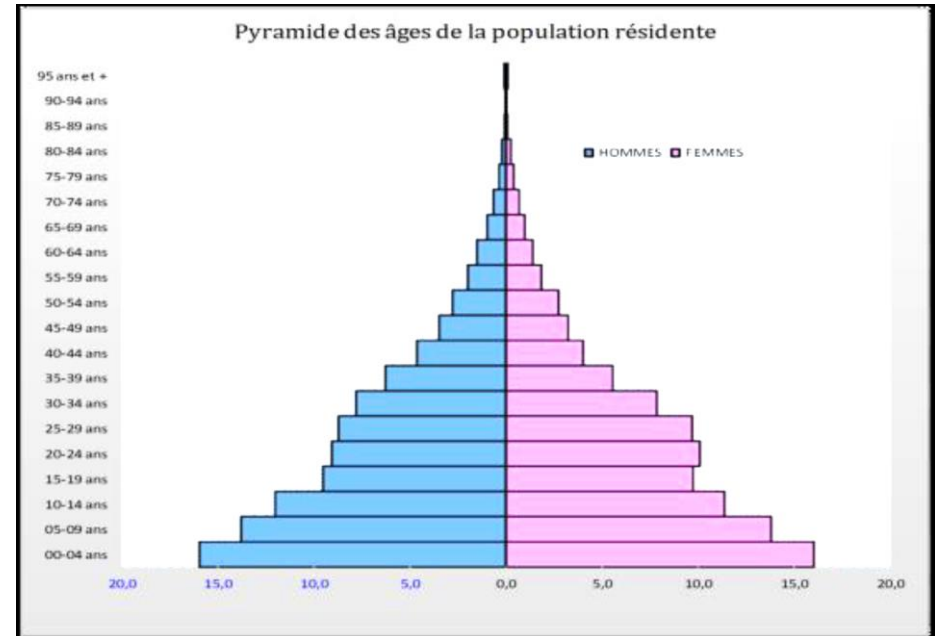
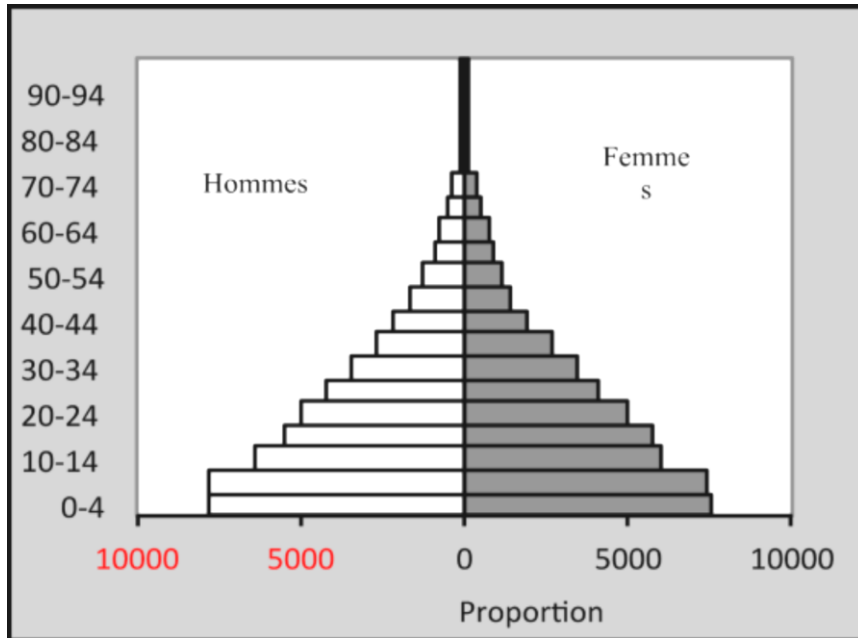
### **I.2.1. Caractéristiques démographiques**

Le PNUD considère la Côte d’Ivoire comme le 171<sup>e</sup> pays sur 187 sur la base de l’Indice de Développement Humain (IDH) de l’année 2013 (PNUD, 2014). En 2014, selon un rapport de l’Institut National de la Statistique (INS), la population ivoirienne était estimée à 22 671 331 habitants selon le dernier Recensement de la population (RGPH 2014). Ce chiffre était complété par 5 490 222 personnes non nationales. Au compte de cette même année, la population ivoirienne était répartie comme suit :

- 11 708 244 hommes, soit 51,7% de la population ;
- 10 963 087 femmes, soit 48,3% de la population.

Les femmes en âge de procréer occupaient les 24% de la population, tandis que les enfants de moins de 5 ans ne représentaient que les 16% de celle-ci. Concernant la répartition de la population sur le territoire, 11 370 347 soit 50,2% de celle-ci vivait en milieu urbain et 11 300 984, soit 49,8% se trouvait en zone rurale. La population ivoirienne est quasiment jeune, car, un ivoirien sur deux est âgé de moins de 20 ans.

**Figure 4 :** Évolution de la pyramide des âges en Côte d'Ivoire de 1999 à 2014



Source : RGPH/INS 2014

### **I.2.2. Caractéristiques sociopolitiques et culturelles**

Depuis le 7 août 1960, la Côte d'Ivoire a accédé à son indépendance en optant pour un régime présidentiel. Durant plusieurs années après son indépendance, elle avait été considérée comme un modèle de paix, de stabilité politique et économique. Sur son territoire, vivent plus de 60 ethnies. Celles-ci sont réparties en quatre grands groupes, notamment, les Krou, les Gur, les Akan et les Mandé. Chacun des groupes ethniques est subdivisé en clans. Les populations de ces démembrements sont pour la plupart animistes, chrétiennes et musulmanes. Elles ont en commun la langue française, laquelle est héritée du colon.

Les enfants de Nanan Houphouët, longtemps habitués à vivre ensemble vont connaître une partie sombre de leur histoire. Dans la nuit du 23 au 24 décembre 1999, les populations ont été réveillées par des coups d'armes. Le pays connut son premier coup de putsch orchestré par le feu Général GUEI Robert, ancien chef d'État-major des armées du président déchu, Henri KONAN Bédié. Depuis cette date, la nation connaîtra une succession de remous sociopolitiques et militaires.

Après une décennie de crises répétées, le pays connut une relance politique à partir de 2011 grâce au redéploiement de l'administration et de l'autorité politique dans les zones abandonnées suite à la grave crise de 2002. Cette volonté politique de 2011 a permis de revaloriser l'image de la Côte d'Ivoire, tant au niveau sous régional que mondial. Elle a favorisé le retour de plusieurs institutions parmi lesquelles, la Banque Africaine de Développement (BAD) en 2014, la réouverture des agences de la Banque Centrale des États de l'Afrique de l'Ouest (BCEAO) à l'intérieur du pays depuis 2016.

Au plan sécuritaire, dans un message à la nation, le chef de l'État, Son Excellence, Monsieur Alassane Dramane OUATTARA évaluait à 1,11 l'indice sécuritaire en décembre 2015. Concernant la situation de vie des populations, un rapport du PNDS de l'année 2016 mentionne que l'Enquête sur le Niveau de Vie (ENV) au cours de la même année estimait à 45 % le taux d'alphabétisation des

personnes âgées de plus de 15 ans. Ce taux inégalement réparti sur le territoire ivoirien présentent le tableau suivant :

- 51,2 % à Abidjan ;
- 42,9 % à l'intérieur du pays ;
- 25,6 % en milieu rural.

### **I.2.3. Caractéristiques socioéconomiques**

Pendant plusieurs années, la Côte d'Ivoire était considérée comme la boucle du cacao et du café. Ces produits agricoles ont longtemps été les maillons de l'économie ivoirienne. En effet, celle-ci puise ses ressources dans l'exportation des produits agricoles. Ce secteur d'activité très convoité par l'État a connu l'émergence de certains produits tels que l'hévéa et la noix de cajou. Par ailleurs, le coton, bien que faisant partie des produits de l'ancienne génération ne connaît pas grande attraction.

Le sous-sol ivoirien, quant à lui, offre un atout majeur à la prospérité économique du pays grâce à ses multiples sites d'or, de diamant, de fer, de cuivre et de ressources pétrolières. Sur le plan des potentiels hydrauliques, la Côte d'Ivoire dispose de plusieurs barrages à base de production d'électricité. Dans le souci de mieux satisfaire sa population, l'État dans ses réformes a entrepris la construction d'un nouveau barrage à Soubré. Ce dernier permettra d'augmenter la puissance électrique du pays et renforcera la production vers les pays tels que le Ghana, la Guinée, le Mali.

Tous ces atouts et la volonté politique ont permis à notre pays d'être considéré parmi les 10 premiers pays du monde ayant un fort taux de croissance économique. Selon le rapport du PNDS 2016-2020, le Produit Intérieur Brut (PIB) du pays était estimé à 9,5 % au compte de cette année. Le taux d'investissement correspondait à 16,1 % du PIB en 2014.

Cependant, cette croissance économique semble ne pas correspondre avec le niveau de vie des populations. En effet, la pauvreté demeure toujours une préoccupation pour celles-ci. Le rapport de l'ENV de l'année 2015 estimait le taux de pauvreté au niveau national à 44,3 %. Sur le territoire du pays, 56,8 % de



la population pauvre vivait en zone rurale et 35,9 % en milieu urbain. Cette inégalité tient compte aussi au niveau du genre. Le taux de femmes pauvres était estimé à 47,4 % contre 45,5 % d'hommes. L'IDH était évalué à 0,452 et l'espérance de vie était à 54,3 ans selon les données de l'INS (ENV/INS 2015).

#### **I.2.4. Caractéristiques administratives**

Le découpage administratif de la Côte d'Ivoire a subi d'énormes réformes durant ces dernières années. Au lendemain de la 12<sup>e</sup> République en 2016, elle est organisée en administration territoriale déconcentrée<sup>2</sup> et en administration territoriale décentralisée<sup>3</sup>. Ainsi, depuis 2011, Yamoussoukro<sup>4</sup> est érigée en district autonome après Abidjan<sup>5</sup>, portant ainsi à deux l'effectif des districts autonomes du pays. En dehors de ces districts autonomes, il existe 12 districts considérés comme non autonomes. Ceux-ci sont constitués de 31 régions, de 108 départements, de 508 sous-préfectures et de 8600 villages.

Au niveau du découpage administratif territorial décentralisé, les 31 régions que compte la Côte d'Ivoire sont érigées en Conseils régionaux suite au décret numéro 2011-263 du 28 septembre 2011 portant l'organisation du territoire national en district et en régions. Ces derniers sont composés de 197 municipalités. Par ailleurs, Abidjan demeure la capitale économique et Yamoussoukro, la capitale politique.

---

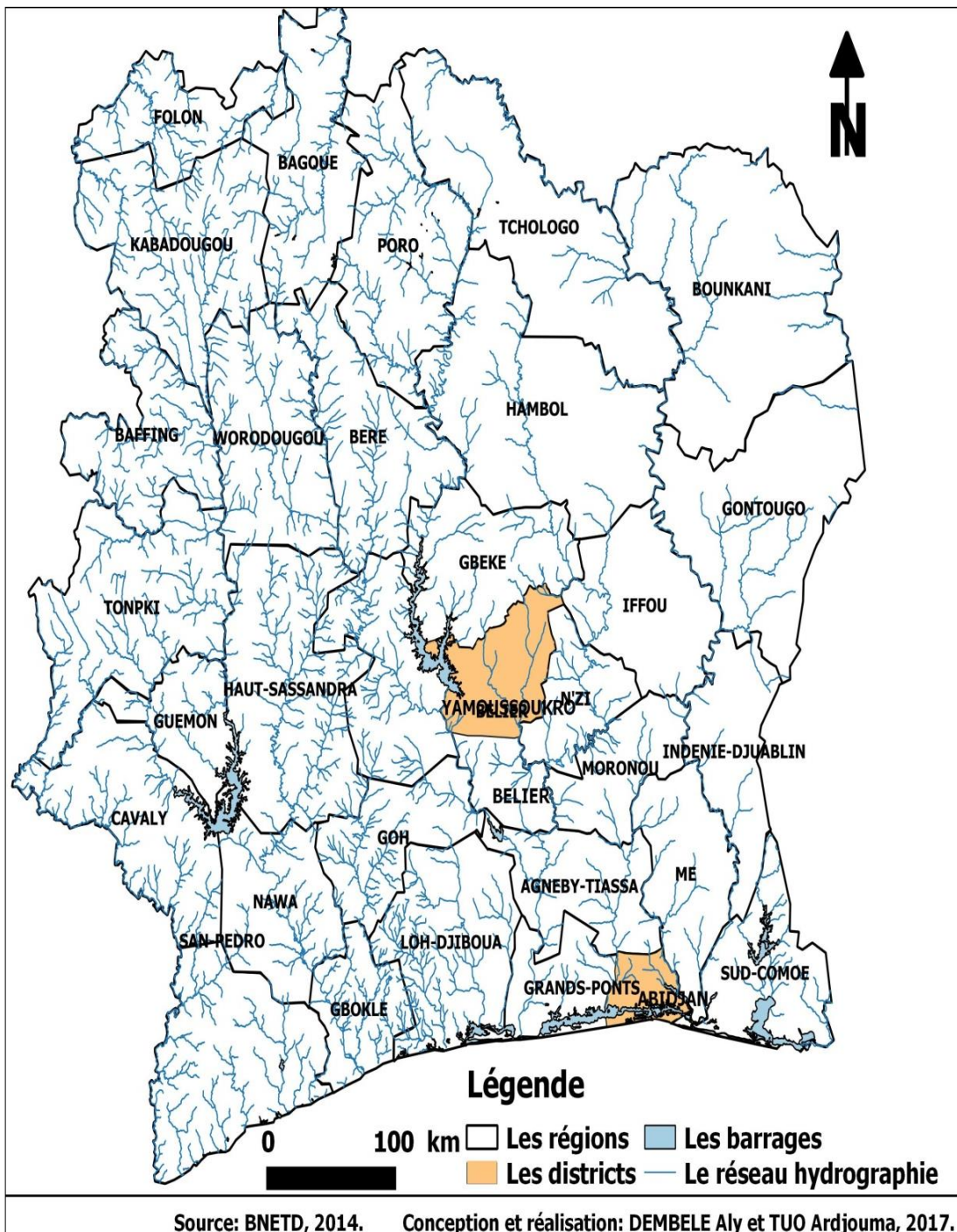
<sup>2</sup>Ordonnance n° 2011-262 du 28 Septembre 2011 portant orientation de l'organisation générale de l'administration territoriale de l'Etat.

<sup>3</sup>Décret n° 2011-263 du 28 Septembre 2011 portant orientation de l'organisation du territoire en district et en région.

<sup>4</sup>Loi n° 2014-454 du 05 Août 2014 portant statut du District Autonome de Yamoussoukro.

<sup>5</sup>Loi n° 2014-453 du 05 Août 2014 portant statut du District Autonome d'Abidjan.

**Figure 5 : Découpage administratif de la Côte d'Ivoire**



### **I.3. Profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire**

À l'instar des pays en voie de développement et des pays à taux de mortalité élevé, la Côte d'Ivoire a adopté le Programme des OMD depuis l'année 2000. Elle visait le bien-être des populations, principalement le couple mère-enfant en faisant de sa priorité les OMD 4<sup>6</sup>, 5<sup>7</sup> et 6<sup>8</sup>. Cependant, après plus d'une décennie, le taux brut de la mortalité (TBM) dans notre pays demeure inquiétant malgré les efforts entrepris par l'État. Les objectifs visés par l'adoption des OMD sont loin d'être atteints. Cette situation oblige l'autorité à se fixer d'autres objectifs plus efficaces à travers les ODD d'ici 2020.

#### **I.3.1. La mortalité et la morbidité du couple mère-enfant**

Au titre de l'année 2013, l'État avait éjecté 33,7 millions d'euros dans la santé de la reproduction, soit 38,2 % de la subvention allouée à la santé en cette année. Cette volonté politique s'inscrivait dans le contexte de la réalisation des OMD. Cependant, le couple mère-enfant continue de souffrir du taux élevé de mortalité et de morbidité.

En 2015, selon un rapport portant sur la mortalité maternelle (RMM), le taux de mères décédées avait connu une légère avancée avec 645 cas pour 100.000 NV au lieu de 745 en 1990 soit, une progression de 13,4% en 25 ans. Au niveau des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans, les résultats récents sont loin d'être satisfaisants. En 2012, on estimait à 38 décès pour 1000 NV le taux de mortalité néonatale (EDS-MICS, 2012).

Selon de nombreuses études, la majorité des cas de décès maternels et infantiles survient pendant la grossesse, lors de l'accouchement ou en période post-partum. En effet, très peu d'enfants en Côte d'Ivoire ont la chance de fêter leur cinquième anniversaire. L'OMS évaluait le taux de décès chez les enfants de moins de cinq ans à 108 pour 1000 NV en 2012 (EDS-CI III, 2011-2012). Autrement dit, 11 enfants sur 100 perdaient la vie avant l'âge de cinq ans (OMS,

---

<sup>6</sup>OMD 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans.

<sup>7</sup>OMD 5 : Améliorer la santé maternelle

<sup>8</sup>OMD 6 : Combattre le VIH, le paludisme et d'autres maladies.

2013). La situation de la mère et de l'enfant de nos régions fait face à d'énormes complications liées à l'accouchement et à la grossesse. La recrudescence de la mortalité maternelle et infantile s'explique par des facteurs différents en fonction du cas : mortalité maternelle et mortalité infanto-juvénile.

### **I.3.2. Les causes obstétricales de décès maternels**

Comme le révèlent diverses études en SSR, en Côte d'Ivoire, les raisons qui expliquent le taux élevé de la mortalité et de la morbidité chez la mère sont liées à des facteurs médicaux directs ou des facteurs médicaux indirects. Les causes obstétricales indirectes trouvent leur sens dans des pathologies préexistantes ou d'affections qui interviennent pendant la grossesse. Celles-ci sont dues à leur prise en charge ou à des effets organiques de la grossesse. Quant aux causes médicales directes, elles surgissent lors de la grossesse, de l'accouchement ou en période post-partum. Elles sont la résultante d'un traitement mal suivi, d'une intervention mal faite, d'une omission dans la prise en charge et d'une succession d'événements provoqués par des étiologies.

#### **I.3.2.1. Les causes médicales indirectes**

De plus en plus, la maladie du paludisme touche les populations de toutes les zones du pays. Une étude réalisée en 2015 a montré que 155,4 cas pour 1000 habitants en Côte d'Ivoire souffraient de cette étiologie (RASS, 2013-2015). Grâce au Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), l'État a entrepris des initiatives telles que la distribution gratuite de Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA). Ce programme élargi a été inséré dans le planning des formations sanitaires maternelles sur toute l'étendue du territoire du pays. Durant la période de 2010-2014, environ 30 000 000 MILDA ont été distribués (PNDS, 2016-20120, op.cit.).

En outre, si ce programme a boosté un changement notoire dans le comportement des populations, l'usage effectif de la MILDA dans les foyers reste faible, avec un taux de 68 % chez les personnes qui en disposent (EDS III). Ainsi,

les avancées enregistrées sont la résultante du traitement des cas suspects et/ou confirmés par le biais de la vulgarisation et l'accessibilité des tests de diagnostic rapides (TDR) et le renforcement des capacités des prestataires de la santé.

La prévalence du virus d'immunodéficitaire acquis (VIH) talonne celui du paludisme en ce qui concerne la mortalité maternelle en Côte d'Ivoire. À la veille de la 28<sup>e</sup> journée mondiale de la lutte contre le VIH/SIDA, selon Madame la Ministre, Raymonde COUDOU COFFI, le Programme de la PTME avait permis de dépister 600 000 femmes, dont 11 000 étaient déclarées positives au VIH.<sup>9</sup> En effet, l'État avait marqué sa volonté de lutter contre ce phénomène en élargissant le programme de la PTME à tous les centres de santé maternelle et infantile. Ce programme propose une politique B+. Celle-ci consiste à faire le test de dépistage du VIH par toute femme enceinte dès la première CPN.

Cette stratégie a permis de connaître une amélioration du taux de prévalence des mères infectées par le VIH. En 2014, environ 91,9 % de femmes enceintes dépistées positives bénéficiaient d'une couverture en Anti Retro Viral (ARV). Cette volonté politique a permis à la Côte d'Ivoire d'enregistrer en 2015, une prévalence de 1,7 % contre 4,2 % de femmes enceintes dépistées en 2010. Grâce à cette avancée, les femmes enceintes porteuses acceptaient de plus en plus leur statut, portant le taux de fréquentation des services PTME à 86,5 % en 2015. Cependant, ces résultats sont loin des objectifs visés par les OMD 3, car, certaines mères porteuses du VIH présentaient des symptômes de tuberculose (MIDH et Human dignity, du 1<sup>er</sup> Août 2017).

La tuberculose (TB) est considérée comme une des infections les plus résistantes en Côte d'Ivoire en matière de causes obstétricales indirectes de mortalité maternelle. Ainsi, elle constitue un problème de santé public pour les autorités sanitaires du pays. Cette étiologie est à la charge du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT). La majorité des études qui ont porté sur cette pathologie présente des données d'ensemble. Selon un rapport du PNLS, en

---

<sup>9</sup>Discours de Madame la Ministre de la Santé et de la Lutte contre le SIDA, discours prononcé le 1<sup>er</sup> Décembre 2015, à l'occasion de la 28<sup>e</sup> Journée Mondiale de lutte contre le SIDA (Source : Sercom MSLS).

2013, l’OMS estimait le taux d’infections à 661 cas pour 100 000 habitants pour toutes les formes confondues (PNS 2012-2015). Le taux de prévalence au cours de la même année était estimé à 156 pour 100 000 habitants pour toutes les formes inclus avec 139 cas pour 100 000 habitants le taux de nouveaux cas.

Cette situation a motivé la mise en place d’énormes efforts en vue de réduire le taux d’infections. Cependant, peu d’années après, les résultats n’ont pas été concluantes. Au compte de l’année 2013, l’OMS évaluait à 215cas pour 100 000 habitants le taux de prévalence de la TB (PNDS 2016-2020, op.cit.). Par ailleurs, il sied de noter que le VIH pose tout de même des obstacles dans la lutte contre cette maladie.

En effet, parmi les causes médicales directes de mortalité maternelles, la coïnfection TB/VIH enregistre de forts taux de mortalité. En 2013, sur les 170 cas pour 100 000 habitants enregistrés, 39 cas pour 100 000 habitants étaient dus à la coïnfection TB/VIH (PNDS 2016-2020, idem). Cet état des lieux a motivé les autorités sanitaires à renforcer leurs actions dans la lutte contre ces deux pathologies. Le programme conjoint de lutte contre la TB/VIH a été élargi à toutes les formations sanitaires du pays concernées par ledit programme. Ce programme a permis de réduire à 20% l’incidence de la TB et à 30% la prévalence de celle-ci (PNLT 2013).

Outre ces étiologies citées, certaines pathologies font objet de priorité pour les programmes de lutte contre les causes obstétricales indirectes de mortalité maternelle. On peut citer entre autres, l’anémie avec 13% de cas en 2015<sup>10</sup> et l’état nutritionnel de la femme. Les cas d’anémie sont provoqués par le paludisme, le VIH et l’état nutritionnel des femmes enceintes (pauvreté en fer). Concernant la malnutrition, elle a connu une hausse, passant de 97,32 pour 1000 en 2014 à 133,08 pour 1000 en 2015 (PNDS, 2016-2020, op.cit.). En 2015, pour la seule ville d’Abidjan, 43 % des femmes qui se sont rendues à l’hôpital pour une consultation souffraient de surnutrition avec 13 % d’obésité, les exposants à la mortalité maternelle et infantile (enquête SMART 2015). Le paludisme, la

---

<sup>10</sup>Surveillance, revue et riposte face aux décès maternels en Côte d’Ivoire-Rapport de situation première trimestre 2015.

tuberculose, le VIH et l'anémie ne sont pas les seuls responsables du taux élevé de la mortalité maternelle en Côte d'Ivoire. Certains facteurs obstétricaux liés à l'état de la grossesse provoquent aussi la mort de la mère.

### I.3.2.2. Les causes médicales directes

Contrairement aux causes obstétricales indirectes de la mortalité maternelle, les facteurs médicaux directs sont causés généralement par des pratiques nutritionnelles et des habitudes de vie des populations et non par des étiologies préexistantes. Les cas les plus fréquents dans les formations sanitaires de la Côte d'Ivoire sont :

- Les hémorragies ;
- Les dystocies ;
- Les infections du post-partum ;
- Les complications à l'avortement ;
- Les attaques cardiovasculaires : l'hypertension artérielle (HTA).

En 2015, les hémorragies constituaient les cas les plus récurrents des causes immédiates de décès maternels en Côte d'Ivoire avec un taux évalué à 42% (PNDS 2016-2020, op.cit.). Celles-ci surviennent à tous les moments de la grossesse et sont attribuées à des facteurs différents. En début de la grossesse, c'est-à-dire pendant les 22 premières semaines aménorrhées, les hémorragies sont causées principalement par les avortements spontanés et les grossesses extra-utérines (GEU).

Pendant les dernières semaines de la grossesse ou durant le travail, les hémorragies sont provoquées par des *hématomes recto placentaires* (HRP)<sup>11</sup>, par les placentas *prævia*<sup>12</sup> et des ruptures utérines<sup>13</sup>. En période post-partum, on parle

---

<sup>11</sup>**Hématomes recto-placentaires (HRP)** : On parle de HRP lorsque le décollement prématuré du placenta normalement est inséré dans la cavité utérine, alors que le fœtus est encore dans l'utérus.

<sup>12</sup>**Placentas prævia** : On parle de placenta prævia lorsque celui-ci s'insère totalement ou en partie sur le segment inférieur.

<sup>13</sup>**Les ruptures utérines** sont des solutions de continuité complètes ou incomplètes, non chirurgicales qui surviennent sur un utérus gravide (MAMOUNOU K., 2009).

d'hémorragie lorsque les saignements persistent abondamment ou sur de longues durées. Elles peuvent intervenir pendant les 24 heures après l'accouchement ou plusieurs jours après l'accouchement.

Les causes obstétricales directes de la mortalité maternelle enregistrent aussi un taux de dystocies assez important. En 2012, elles représentaient 20 % des cas de décès maternel (MICS 2011-2012). Ces cas interviennent au moment du travail. En général, elles sont provoquées par des insuffisances de contractions ou à des contractions aigües. Elles peuvent être aussi la résultante de l'état pondéral du fœtus, autrement dit, elles peuvent être provoquées par une disposition *céphalo pelvienne*<sup>14</sup> ou par une présentation anormale du fœtus<sup>15</sup>. Une étude menée en 2012 par l'OMS montre que le taux de dystocie était talonné par celui des troubles hypertensifs de la grossesse.

En effet, l'hypertension artérielle (HTA) est l'une des maladies métaboliques qui mine la santé maternelle. En Côte d'Ivoire, les cas les plus fréquents sont : la *pré-éclampsie*<sup>16</sup> et l'*éclampsie*<sup>17</sup>. Ce dernier cas était responsable de 18 % de la mortalité maternelle en 2012 (PNSCA 2016-2020). Cette situation a connu une amélioration en 2015 avec un taux de 12 % (PNDS 2016-2020, op.cit.). Par ailleurs, les pathologies métaboliques telles que l'HTA, le diabète et les maladies cancéreuses constituent des dangers pour la population en général. En 2015, au sein de celle-ci, les facteurs de risque en HTA étaient évalués à 30,9 % et l'obésité à 7,9 %. Le taux de diabète était évalué à 5,19 % et celui du tabagisme à 14,6 % (PNDS 2015-2020, op.cit.).

Concernant les complications de l'avortement et les infections du post-partum, des avancées ont été enregistrées au niveau national. En 2012, ces taux représentaient respectivement 14,8 % et 4,8 % de la mortalité maternelle (PND 2016-2020). Les cas d'avortement sont provoqués par des pratiques illicites ou par la fréquentation de la médecine traditionnelle.

---

<sup>14</sup>**Disposition céphalo-pelvienne** : c'est lorsque la tête du fœtus ne parvient pas à franchir le bassin de la mère.

<sup>15</sup>**Présentation anormale** : Mauvaise présentation du fœtus dans la filière pelvi génitale.

<sup>16</sup>**Pré-éclampsie** : élévation de la pression artérielle de la femme enceinte, suivie d'apparition d'une protéinurie et le gonflement des tissus au cours de la 2<sup>e</sup> moitié de la grossesse.

<sup>17</sup>**Eclampsie** : Stade avancé de la pré-éclampsie.



Au niveau des cancers, la situation du pays reste toujours inquiétante. Il n'existe presque pas de centre spécialisé dans le traitement et la prise en charge de personnes atteintes de cancer. En 2015, 455 femmes et 4742 hommes ont perdu la vie suite à des pathologies cancéreuses. Toutes les maladies obstétricales considérées comme indirectes mettent en danger la santé du couple mère-enfant soit pendant la grossesse, à l'accouchement ou après l'accouchement.

### **I.3.3. Les causes obstétricales de décès infanto-juvénile (MIJ)**

Tout comme la mère, la santé des enfants de moins de cinq ans est confrontée à des menaces énormes. Depuis plus d'une décennie, le taux de mortalité infanto-juvénile (MIJ) en Côte d'Ivoire est resté constant. En 2012, le taux de la mortalité néo-natale était évalué à 38 décès pour 1000 NV. Au niveau de la mortalité infantile, on l'estimait à 68 pour 1000 NV et la MIJ était quant à elle estimée à 108 pour 1000 NV (EDSCI-III). Les pathologies responsables de cette hausse du taux de MIJ sont nombreuses. Cependant, quatre d'entre elles sont considérées comme les plus dominantes : le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA), la diarrhée et l'anémie.

La malaria (le paludisme) est considérée comme l'étiologie tueuse d'enfants de moins de cinq ans en Côte d'Ivoire. Elle est la première cause de consultation, d'hospitalisation et de MIJ. En 2014, elle représentait à elle seule, 41% du taux de morbidité et de mortalité infantile et juvénile en Côte d'Ivoire (PNSSU/MSHP, 2014). De nombreuses actions ont été entreprises en vue de réduire le taux de MIJ au plan national.

Ainsi, l'ouverture du TDR et l'accès aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) dans toutes les formations sanitaires du pays et la distribution gratuite des MILDA ont permis d'enregistrer une nette évolution dans la lutte contre le paludisme infantile. Ces différents programmes ont contribué à la révolution du traitement du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans. Par ailleurs, le taux de la MIJ demeure constant à cause de certaines maladies, notamment, les IRA, la diarrhée et l'anémie.

En effet, en 2015, les IRA avaient un indice évalué à 202,35 cas pour 1000 NV. Au cours de cette même période, la Côte d'Ivoire avait enregistré 133,08 pour 1000 NV d'anémiés et 88,86 pour 1000 NV provoqués par la diarrhée. De plus, les enfants de moins de cinq ans sont exposés à la malnutrition chronique. Elle est à l'origine du retardement de leur croissance, considéré comme urgente au niveau national. Elle touche particulièrement les zones du nord et de l'ouest du pays. En dépit de cette situation lamentable, les efforts consentis se sont avérés payants dans certains domaines tel le taux d'enfants souffrants d'insuffisance pondérale à la naissance.

En effet, les statistiques produites successivement par le PNDS 2013-2015 et l'EDS 2012 ont montré que, contrairement aux autres maladies tueuses d'enfants, le taux de ceux souffrants de carence pondérale est passé de 16,5 % en 2011 à 14,9 % en 2012. Les cas d'anémie et d'insuffisance pondérale restent fortement liés à l'hygiène du cadre de vie et aux pratiques alimentaires des gestantes et de leur enfant.

Cependant, durant les années qui ont suivi cette avancée notoire, le taux d'enfants souffrant de déficience pondérale liée à la mortalité du couple mère-enfant n'était pas à négliger. Outre ces pathologies citées, la santé néonatale et juvénile reste encore sous la menace de certaines étiologies telles que : la prématurité, l'asphyxie, le tétanos, la pneumonie et la rougeole.

## **II. Les révélateurs de la MMR et infantile en Côte d'Ivoire**

La persistance du taux élevé de la mortalité materno-infantile en Côte d'Ivoire peut être expliquée par divers facteurs. Les déterminants explicatifs de ce phénomène sont en majorité perceptibles à travers des facteurs socioculturels et économiques, des facteurs environnementaux et des facteurs sanitaires.

## **II.1. Les indicateurs socioculturels et économiques**

### **II.1.1. Au niveau socioculturel**

La situation géographique du pays a fortement influencé l'occupation du territoire par les populations. Un grand nombre de celles-ci reste concentré sur Abidjan, la capitale économique. Après Abidjan, les autres grandes villes telles que Bouaké, Yamoussoukro, Korhogo et Daloa abritent chacune une population non négligeable. Cette occupation inégalement répartie joue sur l'accès à l'éducation, notamment, chez la jeune fille.

En effet, seuls 21 % des filles ont accès à l'éducation au niveau national (EDSCI-III, op. cit.). Le faible niveau d'instruction de la population, particulièrement, celui de la femme amène à s'adonner à certaines pratiques sociales qui mettent en mal la santé de la reproduction. En milieu rural comme en zone urbaine, la pratique de l'excision, du mariage précoce, du lévirat, des grossesses rapprochées, tardives ou précoces sont autant de pratiques qui sévissent le milieu de la femme et des enfants. La pratique de ces facteurs est liée à la culture des populations.

Toutefois, ces pratiques sont fortement combattues par la législation en vigueur. Le cas particulier de l'excision demeure un problème de santé au niveau national. En 2016, l'UNICEF estimait à 38% le taux de prévalence de l'excision de femmes âgées de 15 à 49 ans (UNICEF, 2016). Certaines civilisations en Côte d'Ivoire, particulièrement dans l'ouest et au nord du pays considèrent ce phénomène comme une marque de la maturité matrimoniale de la jeune fille et un moyen de consolidation sociale (OULAÏ J.C, 2006). Ces pratiques ne sont pas sans conséquence pour la femme et l'enfant. Elles exposent les populations à des modifications dans leur mode de vie et sont favorables à des pathologies opportunistes telles que le diabète, l'hypertension artérielle (HTA), le cancer, l'obésité, l'insuffisance rénale, etc.

Outre ces facteurs sociaux, la planification familiale (PF) continue d'inquiéter les autorités de la santé de la reproduction. En effet, malgré les vastes campagnes de communication de PF organisées par les formations sanitaires sur le territoire ivoirien, le recours à des méthodes contraceptives reste négligé. Selon

l'EDSCI-III, seuls 18 % de femmes utilisaient ces méthodes en 2014. Pourtant, depuis 1998, la stratégie de Distribution à Base Communautaire (DBC) des méthodes contraceptives a connu une avancée significative. Cette stratégie a permis de répondre aux inquiétudes des communautaires concernant les conséquences probables de l'utilisation des méthodes contraceptives. L'accès à l'information a encouragé l'utilisation de ces méthodes par les communautaires.

Il y a aussi des facteurs culturels, précisément la religion et l'ethnie qui impactent négativement les comportements de la reproduction et exposent à la MMR et à la MIJ. En effet, la religion est souvent utilisée comme un moyen d'instruction, d'imposition de vision et de domination chez les hommes (OKOTO, 1985). Quant à l'ethnie, elle influence le système de procréation à travers des modèles culturels, les normes, les représentations sociales, les croyances et les attitudes des populations (TRAORÉ N., 2010).

### **II.1.2. Au niveau économique**

La situation économique des populations joue aussi un rôle important dans la lutte contre le taux élevé de MMR et de MIJ. En effet, les populations vivent en permanence dans la pauvreté et le pouvoir d'achat au niveau général reste faible. En 2012, plus de 1 680 000 enfants dont l'âge varie entre 5 et 17 ans étaient économiquement occupés au cours des sept derniers jours. En d'autres termes, ce sont plus de 73,7% de ces enfants qui étaient occupés par des travaux à abolir et 97 % étaient occupés par des travaux dits « dangereux » (le taux de chômage chez les jeunes filles était estimé à 15 % et 78 % de femmes ayant un travail vivaient en situation de vulnérabilité<sup>18</sup>. Cette précarité de vie des populations favorise des pratiques alimentaires et sociales jugées préjudiciables à la santé du couple mère-enfant.

De plus en plus, les charges de la maternité sont laissées à la mère. Cet abandon de l'homme provoque un frein du continuum du suivi de la santé de la

---

<sup>18</sup>Ministère d'Etat, Ministère de l'Emploi, des affaires Sociales et de la formation socioprofessionnelle, Extrait du Rapport Etudes des phénomènes de la traite et du travail des enfants dans les secteurs de l'agriculture, des mines, du transport, du commerce du domestique, 2012.

mère et de l'enfant. Il provoque une sous-alimentation de ces derniers. En effet, les crises qui ont bouleversé le climat social du pays ont accentué la situation économique des populations déjà pauvres. Les grandes usines et les surfaces qui embauchaient une grande partie de la population ont en général fermé « boutique » ou fonctionne avec un effectif réduit. La persistance du chômage et le faible taux de revenu a favorisé l'émergence d'activités informelles avec un taux de 90%. De plus en plus, le SMIG n'est pas respecté par l'employeur et 70% des emplois en Côte d'Ivoire sont considérés comme vulnérables pour la femme et les jeunes (ENSET, 2013).

## **II.2. Les indicateurs environnementaux**

### **II.2.1. Au niveau du cadre de vie**

Ces dernières années, le climat ivoirien a subi d'énormes mutations suite à l'exploitation abusive de son couvert forestier, de son sous-sol et de la détérioration avancée de son espace maritime. En effet, la dégradation de la forêt, le non-respect des prescriptions industrielles, le recours aux pesticides pour la culture du maraicher, le déficit en approvisionnement d'eau potable, la situation précaire de l'habitat, l'érosion côtière et le réchauffement climatique sont autant de facteurs qui rendent le cadre de vie du couple mère-enfant hardi à leur santé (PNDS, 2016-2020, op.cit.).

L'État, dans son programme de renforcement du système de protection de sa population en général, de la mère et de l'enfant singulièrement, s'est engagé en 2017 dans un processus international de Réduction des Émissions de gaz à effet de serre dû à la Déforestation et à la Dégradation des forêts (REDD+). Cet engagement est appuyé par le Programme National de Changement Climatique (PNCC) en vue de mener des actions tendant à lutter contre le changement climatique.

Outre la pollution de l'air, l'accès difficile à l'eau potable et l'usage de produits chimiques en milieu agricole, le bien-être des enfants et de leurs mères restent sous la menace de l'insalubrité grandissante qui pollue le cadre de vie. Par

ailleurs, la méconnaissance des normes en vigueur en matière de sécurité sanitaire et l'absence de mécanisme de surveillance et d'application de ces règles délabrent l'environnement et exposent les communautaires aux différentes bactéries profiteuses. En 2012, seuls 22 % de la population ivoirienne avait accès à des installations d'assainissements améliorés, soit 33 % en milieu urbain et 10% en zone rural. Au niveau de la défécation à l'air libre, le taux de contamination de l'air était évalué à 28 %.

Les déterminants environnementaux constituent ainsi une priorité dans la situation de santé des populations. L'insalubrité et le manque d'hygiène sont grandissants à cause de la mauvaise gestion des ordures provenant des ménages, des industries, des grandes surfaces et des marchés et des gares routières. Tous ces déchets produisent des gaz et polluent l'air. Outre ces déchets ménagers et industriels, les populations font face à la contamination chimique du sol, à l'usage des pesticides dans les cultures maraichères et à l'insuffisance en approvisionnement en eau potable. Selon une étude, en 2016, plus de 78% de la population s'approvisionnait en eau de boisson à une source améliorée et 70% des ménages vivaient dans des logements dont le sol est couvert de ciment (PNDS 2016-2020).

## **II.2.2. Au plan sanitaire**

### **II.2.2.1. Les indices sanitaires**

Au plan sanitaire, les facteurs sont en rapport avec le système de santé national. En effet, ledit système est influencé par l'organisation administrative du pays et la densité des localités. Ainsi, les localités à forte densité sont les mieux garnies en besoins sanitaires. De part et d'autre, on constate une inégalité dans la répartition des ressources humaines (RH) et des infrastructures sanitaires, rendant l'accès aux soins pénible. En 2014, environ 11 % de la population vivait à 15 km d'un centre de santé et 30 % de la population se situait à 5 km d'une formation sanitaire. Au niveau de la répartition du personnel soignant, le ratio était de 1,3 pour 1000 habitants au lieu de 2,5 recommandés par l'OMS (PNDS 2013-2015).

La disparité engendrée par le statut socioéconomique fragilise le système de santé mis en place. Ainsi, les enfants des ménages modestes ont peu de chances de bénéficier de suivi médical. Les femmes de cette couche sociale accouchent en général sans une assistance médicale (PNDS, 2016-2020, op. cit.). De plus, la désorganisation dans le système de santé et la répartition inégale des infrastructures de santé ne favorisent pas la fréquentation des formations sanitaires par les femmes enceintes et les femmes accouchées. La collaboration entre ces populations et les centres de santé se détériore au profit de la médecine traditionnelle.

En effet, la situation socioéconomique des populations provoque l'existence de certaines disparités dans le système de santé en Côte d'Ivoire. Les femmes et les enfants des familles moyennes ont peu de chances d'accéder à des soins de qualité. À l'intérieur du pays, les femmes ont très peu de chances de bénéficier d'une assistance médicale. Sur le plan du suivi, l'évaluation des projets et le développement de la recherche dans le domaine de la santé, l'accès à l'information rencontrent des difficultés.

Concernant la mise à disposition et l'actualisation des informations par le Système National d'Information Sanitaire (SNIS), elles font face à des lourdeurs administratives. Les données collectées par les différentes structures partenaires n'arrivent pas au moment voulu. Ces retards ralentissent la mise à niveau de la base de données et retardent les prises de décision (Analyse de la situation de l'enfant en Côte d'Ivoire en 2014). Quant à la collaboration avec les communautaires, elle est facilitée par les agents de santé communautaires (ASC). Ces derniers ne disposent pas de statut reconnu par le ministère de tutelle. Leurs prestations sont ponctuelles et déterminées.

#### **II.2.2.2. Organisation du système sanitaire**

Le système sanitaire ivoirien est caractérisé par une forme pyramidale avec trois niveaux constitués d'un versant administratif et un versant offre des soins. Au niveau administratif, il se répartit comme suit :

- **Un niveau central** : Ce niveau est essentiellement constitué du Cabinet du Ministre, les services rattachés au cabinet, les Directions centrales, les Établissements Publics Nationaux (EPN) en charge des Programmes de santé, de la définition de la Politique, de l'appui et de la coordination globale de la santé (CHU, Centre Hospitaliers Régionaux, etc.) ;
- **Un niveau secondaire** : Ce niveau est essentiellement constitué de 20 directions régionales, chargées d'appuyer le District sanitaire pour la mise en œuvre de la politique sanitaire ;
- **Un niveau périphérique** : Ce dernier niveau est constitué de 82 Directions Départementales de la Santé (DDS). Elles se chargent de rendre opérationnelle la politique sanitaire. De ce fait, elles constituent le maillon agissant du système de santé dans le cadre de la prestation des soins. Elles regroupent les formations sanitaires étatiques et celles du secteur du privé présentes sur un air sanitaire déterminé. De par leur proximité avec les populations, elles se chargent de planifier et d'organiser les activités nécessaires à la prise en charge des problèmes de santé des communautés.

À l'image du versant administratif, le niveau opératoire du système sanitaire ivoirien est caractérisé par une forme pyramidale ayant trois niveaux : un niveau primaire, un niveau secondaire et un niveau tertiaire. Le niveau primaire est constitué de 1910 Établissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC). Ces établissements de premier contact sont composés de 1237 CSR, 514 CSU, 127 CSU spécialisés et 32 formations sanitaires urbaines. Elles constituent le point d'entrée dans le système sanitaire.

Le niveau secondaire est essentiellement constitué d'établissements sanitaires de premier recours ou de référence. Il comprend 82 Hôpitaux Généraux, 17 CHR et 02 Centres Hospitaliers Spécialisés. Le niveau tertiaire est constitué de formations sanitaires assurant les services de second recours. Il comprend 04 CHU, 05 Instituts Nationaux Spécialisés, 04 autres Établissements Publics Nationaux (EPN) d'appui notamment, le Centre National de Transfusion Sanguine



(CNTS), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP) et le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU). Toutefois, ces services du secteur public sont appuyés par des ministères tels que celui de la Défense, celui de l'Économie et des Finances, celui de la Solidarité, de la Famille, de la Femme et de l'enfant et bien d'autres.

Le système sanitaire ivoirien a connu une forte mutation grâce au développement de deux autres secteurs : le secteur privé et le secteur de la médecine traditionnelle. Le premier a connu un essor ces dernières années avec l'avènement des formations sanitaires privées de toutes classes. Parmi elles, on note les polycliniques, les cliniques, les centres et cabinets médicaux, des officines de pharmacie et des infirmeries privées. Au niveau de la médecine traditionnelle, en 2013, le ministère de tutelle comptait plus de 8500 tradipraticiens. Ces derniers étaient répartis selon 21 spécialités. La médecine traditionnelle est une volonté de l'État à recourir au secteur informel comme une alternative en vue d'améliorer la couverture médicale et offrir une prestation sanitaire accessible par les usagers de la santé.

Le système sanitaire ivoirien est marqué par des facteurs socioculturels, économiques et professionnels qui fragilisent son dynamisme. La situation de vie des populations demeure une préoccupation malgré les programmes de santé élaborés. De plus en plus, les formations sanitaires se rendent proches des communautaires. Les autorités sanitaires tant au niveau local et national s'investissent pour améliorer la qualité de la prestation de soin. Cependant, malgré les efforts de l'État, les formations sanitaires continuent d'être des mouvoirs pour les populations. L'accès aux soins de qualité constitue un défi pour les populations, particulièrement pour les femmes et les enfants.

En effet, la question de la santé de la reproduction représente pour la Côte d'Ivoire, une priorité à cause de la situation précaire de la santé du couple mère/enfant. Les nombreuses campagnes et stratégies entreprises par les autorités sanitaires et politiques ont connu une nette amélioration du phénomène de mortalité maternelle et infantile. En effet, les communautaires accèdent

difficilement aux soins génésiques, les formations sanitaires sont sous-équipées et inadaptées aux conditions de fonctionnement actuelles. Face à cette situation, certaines femmes continuent d'accoucher sans l'assistance d'un personnel soignant.

Outre ces insuffisances infrastructurelles et professionnelles, la santé de la reproduction est fortement menacée par des facteurs sociaux, notamment, la situation économique de la ménagère, le niveau d'instruction de la jeune fille, la qualité de la formation initiale des prestataires de santé en CPN et la persistance de certaines pathologies liées à la santé de la femme et des enfants. Les usagers de la santé génésique et les prestataires de la santé sont confrontés à des difficultés socioculturelles, économiques et professionnelles.

## **CHAPITRE II : MÉCANISME DE LA COMMUNICATION DE LA CPN BIOMÉDICALE**

Ce chapitre étudie le cadre de référence communicationnel inhérent au déroulement de la CPN biomédicale. Il décrit dans cette dynamique, le cadre et les logiques communicationnelles qui sous-tendent la CPN biomédicale. Une telle posture semble nécessaire pour mieux comprendre les implications sous-jacentes à une approche méliorative de la circulation et de la maîtrise du flux informationnel entre personnel soignant et personnes soignées ou assistées. Quelles sont les composantes du cadre de référence communicationnel en CPN biomédicale ? Et quelles sont les logiques communicationnelles inhérentes à l'interconnexion entre les besoins des femmes gestantes et les possibilités du personnel soignant ? Telles sont exposées les questions auxquelles tentera de répondre ce chapitre.

### **I. Le circuit de communication de l'unité de la CPN biomédicale**

Le mécanisme de communication au sein de l'unité de la CPN biomédicale connaît une variation dans les formations sanitaires. Cette métamorphose est conditionnée par certaines contraintes, tels que : le type de la formation sanitaire, le statut et la situation géographique du centre de santé. Dans le district sanitaire régional de Bouaké, les structures sanitaires qui offrent des services de santé génésique tant en zone rurale qu'en milieu urbain sont en général des CSR, de CSU, des FSU et des cliniques privées. Toutefois, il existe une irrégularité dans leur équipement et dans leur mode de fonctionnement du point de vue communicationnel.

#### **I.1. Description du dispositif de la communication en CPN biomédicale en milieu rural**

Les formations sanitaires en milieu rural privilégient la communication visuelle et la communication orale. Ainsi, le recours aux images est le moyen primaire pour établir la communication en CPN biomédicale. Ce choix est

proportionnel au niveau d'instruction des communautaires, en majorité analphabète. Cependant, l'axe de cette communication image privilégie la promotion de la santé post natale. Le visuel et le textuel constituent un outil d'éducation des populations sur les pratiques favorables au bien-être de la mère et de l'enfant de moins de cinq ans.

Concernant la communication orale, elle est un appui à l'éducation des collectivités en matière de santé génésique. Elle implique la participation d'un interprète, car, la langue principale est le baoulé parfois influencée par la langue malinké. Ces deux dialectes ne sont pas parlés par toutes les SF exerçant dans ce milieu. Ainsi, l'instauration du dialogue passe par un auxiliaire de la communication choisi au sein des collectivités.

Au niveau du processus de la consultation, l'aide-soignante est placée en tête de file de la relation thérapeutique. C'est elle qui s'occupe d'accueillir et de renseigner la patiente à la CPN. Les premiers contacts du processus de la communication au sein de cet univers se réalisent grâce à l'A.S. Elle constitue par conséquent, un maillon essentiel pour l'instauration de la communication en matière de santé génésique en milieu rural. De par sa fonction d'accueil et d'orientation, elle se charge de recueillir les données utiles à la consultation avant d'orienter l'utilisateur vers la S.F.

Cette configuration de la communication en milieu rural influence le cahier de charges de l'aide-soignante. Prévue pour assister la maïeuticienne et le médecin pendant la prestation de soin, elle joue le rôle de l'interlocutrice principale au sein de l'unité de la CPN en zone rurale, car, elle est présente durant tout le processus de la consultation. Cette position la rend plus proche des usagers du service et plus disposée à l'écoute et au service de ces derniers.

## **I.2. Description du dispositif de la communication en CPN en milieu urbain**

Le mécanisme de communication adopté dans les centres de santé en milieu urbain subit le même fonctionnement que celui des centres situés en zone rurale. Au niveau linguistique, la différence significative réside dans la diversité

culturelle des populations et le niveau d'instruction assez important. En effet, les prestataires de santé, notamment, les SF et les AS s'expriment généralement en français et par moments en langue malinké. Ce dernier dialecte est le plus parlé en milieu urbain à cause de l'activité commerciale beaucoup développée et la présence d'une forte communauté issue de la sous-région.

Au niveau de la communication imagée, la relation thérapeutique est appuyée par l'affichage traditionnel et le photolangage au sein des unités de santé génésique. Cependant, l'affichage traditionnel est utilisé de façon occasionnelle. Il intervient en période de campagne de vaccination ou d'épidémie infantile et maternelle. Le photolangage est utilisé au sein des unités de la santé de la reproduction. À l'image des formations sanitaires en zone rurale, celles du milieu urbain privilégient la promotion de la santé post-natale. Les images qui ciblent la FE sont mises en évidence à travers la boîte à images. Ces images interviennent à la CCC collective. Chaque image aborde un thème déterminé en matière de pratiques pour le bon développement de la grossesse.

Concernant le circuit de la communication au sein de la CPN, il est à l'image de celui pratiqué dans les formations sanitaires en milieu rural. En effet, les unités des centres privés et publics en zone rurale souffrent du sous-équipement en RHS. Ainsi, la contribution de l'aide-soignante est souhaitée dans la pratique sanitaire en matière de santé de la reproduction. Bien que ces formations sanitaires soient équipées d'un médecin généraliste et d'un IDE, ces derniers n'étant pas des spécialistes en gynécologie, c'est la SF qui administre les soins en santé génésique. Elle est assistée par l'aide-soignante.

Cette dernière obéit au même schéma classique que ses collègues du milieu rural. Elle se charge de renseigner les registres d'accueil. Sa fonction consiste donc à jouer le rôle de médiatrice de la communication entre la SF et la FE. Toutefois, la maïeuticienne n'est pas passive dans ce mécanisme de communication. Elle participe à la causerie de groupe et conduit l'entretien clinique. En cas de prise en charge, elle constitue le dossier et elle s'assure du respect des rendez-vous. Sa communication avec la FE vise à déterminer les facteurs inhibiteurs du développement de la grossesse et de la vie du futur enfant.

### **I.3. Description du dispositif de la communication au sein de l'unité de la CPN du CHU de Bouaké**

Le dispositif de communication de l'unité de la CPN du CHU de Bouaké est largement différent de celui des centres de périphériques et en zone rurale. Tout bien considéré, le caractère optimal de l'infrastructure influence ce mécanisme de communication de la santé génésique. Ce changement est explicable par la capacité d'accueil de l'unité de la CPN et de son équipement tant en RNS qu'en ressources matérielles.

Les FE qui fréquentent la maternité du CHU sont des femmes référées par les centres de périphériques, des centres des zones rurales et des agglomérations rattachées à la ville. Leur statut de FE référées leur confère un traitement spécial. Par conséquent, elles sont suivies par un médecin traitant. À la différence du schéma de communication des centres précédemment cités, au sein de l'unité de la CPN du CHU, c'est la SF qui s'occupe de l'accueil des FE, du remplissage des registres et de la programmation des RDV. Elle occupe le rôle d'assistante du médecin traitant. Toutefois, il sied de préciser que cette unité entretient de fortes relations avec les unités de divers services dont :

- La PTME ;
- L'urgence gynécologique ;
- L'hospitalisation ;
- La pédiatrie ;
- La pharmacie interne de la maternité ;
- La salle d'accouchement.

Au niveau de relation de soin, l'unité de la CPN dispose d'une salle d'accueil des FE programmées du jour. Cette salle sert de hall d'attente pour les usagers et de collectes de données et de causerie de groupe pour la CPN. Les murs de cette salle comportent des images de la promotion de la santé prénatale et post-natale. Pendant la causerie de groupe, la SF se sert de la boîte à image pour illustrer ses propos. Du point de vue langagier, la situation est semblable à celle des centres de périphériques en milieu urbain. Les cas de conflits de langues sont

rare grâce à l'usage du français et des langues vernaculaires tel que le malinké et le baoulé. Ces deux derniers dialectes sont en général ceux qui facilitent le contact et la compréhension des FE en CPN. Ils créent chez l'utilisateur, un sentiment d'affinité et de reconnaissance sociale. Autrement dit, c'est un vecteur de communication qui vise à réduire le taux d'obstacles à l'instauration du contact.

#### **I.4. La matrice de la communication éducative en CPN**

Les mutations qui ont soufflé dans le monde de la médecine ont amené les responsables des services de santé à accorder une place importante à la communication dans l'élaboration de leur système. La situation de la santé génésique en Côte d'Ivoire, singulièrement à Bouaké est favorable aux initiatives qui s'inscrivent dans la logique de l'amélioration de la relation de soin dans ce domaine. Ainsi, le carnet de santé produit à l'issue du Programme National de la Santé Infantile et de la Survie de l'Enfant (PNSI/SE) sert de guide de base pour la communication entre les acteurs de la santé obstétricale. Ce support pédagogique et de suivi de la dyade mère-enfant propose des thèmes d'éducation selon des cibles déterminées et des objectifs précis. Au sein de l'unité de la CPN, on distingue la communication en période prénatale et la communication post-natale.

##### **I.4.1. La communication en période prénatale**

Concernant la communication en période prénatale, elle s'intéresse exclusivement à la FE qui se rend à chaque CPN. Elle vise à renseigner cette dernière sur les facteurs qui peuvent mettre en danger la grossesse et la santé de la mère. Autrement dit, la communication en période prénatale constitue un cadre de réponse aux inquiétudes et aux aspirations de la FE. Elle cherche à confirmer la grossesse pour les femmes qui soupçonnent des signes de grossesse. Lorsque la grossesse est confirmée, la communication s'inscrit dans une dynamique d'assurance de la FE relativement au bon développement de la grossesse. Ce second objectif répond aux inquiétudes des FE concernant les complications liées à leur état physiologique et à l'accouchement.

Le personnel soignant en charge de cette phase éducative dans les formations sanitaires en Côte d'Ivoire, notamment à Bouaké dispose d'un ensemble de thèmes de références pour animer les séances de communication avec les FE avant la CPN à proprement dite. Le guide du PNSI/SE met à disposition du soignant, douze thèmes au choix. Ces thèmes sont présentés dans un tableau qui met l'accent sur les objectifs visés par chaque thème (Tableau 4).

**Tableau 4 :** Thèmes de référence à la CPN selon le PNSI/SE.

Thèmes de références	Objectifs
• Hygiène	<p><b>Renseigner la FE sur :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'hygiène de vie ;</li> <li>- L'hygiène corporelle et vestimentaire ;</li> <li>- L'hygiène alimentaire et en conseil nutritionnel ;</li> <li>- L'hygiène bucco-dentaire.</li> </ul>
• Bilan prénatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Montrer</b> l'importance des examens pour le bon développement de la grossesse ;</li> <li>- <b>Prévenir</b> chez la FE les pathologies liées à la grossesse et/ou à l'accouchement.</li> </ul>
• Prévention du paludisme	<p><b>Expliciter les signes du paludisme :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les courbatures ;</li> <li>- Les myalgies ;</li> <li>- Les nausées ;</li> <li>- Les vomissements passagers ;</li> <li>- La diarrhée ;</li> <li>- Les douleurs abdominales.</li> </ul>
• Anémie et la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Décrire</b> les signes d'anémie (anémie ferriprive ou anémie par carence en acide folique) ;</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Énumérer</b> les complications d'anémies ;</li> <li>- <b>Expliquer</b> les modes de traitement biomédical.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention du tétanos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Montrer</b> l'importance du vaccin antitétanique ;</li> <li>- <b>Prévenir</b> le tétanos chez le futur enfant.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PTME</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Réduire</b> les risques de contaminations mère-enfant ;</li> <li>- <b>Décrire</b> les comportements à risque de la contamination mère-enfant ;</li> <li>- <b>Montrer</b> l'importance du dépistage et faire accepter le dépistage ;</li> <li>- <b>Expliquer</b> la pertinence de la prophylaxie ARV liée à la santé mère-enfant</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signes de grossesse en danger</li> </ul>	<p><b>Décrire les signes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'hémorragie ;</li> <li>- De fièvre ;</li> <li>- D'œdèmes (gonflement des pieds, des mains, du visage, du ventre, des chevilles) ;</li> <li>- De céphalées (maux de tête récurrents) ;</li> <li>- De douleurs de bas-ventre ;</li> <li>- D'essoufflement ;</li> <li>- De brûlures mictionnelles (douleur au niveau de la miction en présence d'urine) ;</li> <li>- D'absence de mouvements du fœtus</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparation à l'accouchement</li> </ul>	<p><b>Aider la FE à déterminer :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le lieu et la date éventuelle de l'accouchement ;</li> <li>- Le centre de référence éventuel ;</li> <li>- L'accompagnement et le coût ;</li> <li>- Le transport et le trousseau du couple mère-enfant.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Automédication et pratiques néfastes traditionnelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Expliquer</b> l'impact de l'automédication sur la grossesse et la santé de la FE ;</li> <li>- <b>Décrire</b> les pratiques néfastes traditionnelles des FE.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planification familiale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Expliciter</b> la notion de planning familial ;</li> <li>- <b>Expliquer</b> les méthodes contraceptives ;</li> <li>- <b>Montrer</b> les bienfaits de la PF.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cancer du col de l'utérus et des seins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Décrire</b> les signes cliniques du cancer au cours de la grossesse ;</li> <li>- <b>Expliquer</b> les examens complémentaires de confirmation du cancer ;</li> <li>- <b>Indiquer</b> l'influence de la grossesse sur le cancer ou celui du cancer sur la grossesse ;</li> <li>- <b>Indiquer</b> les décisions probables en cas de cancer.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Législation et grossesse</li> </ul>	<p><b>Donner des précisions concernant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La déclaration de la grossesse ;</li> <li>- Les congés de maternité ;</li> <li>- La déclaration de grossesse</li> </ul>

**Source :** Carnet de santé de la mère et de l'enfant selon le PNSI/SE.

#### **I.4.2. La communication postnatale**

Selon le système adopté par les formations sanitaires en terre ivoirienne, la communication pour le bien-être du couple mère-enfant ne se limite pas à la période de la grossesse. Elle s'impose aux acteurs de la CPN durant la période du travail et en période postpartum. En période de travail, il se dégage une relation thérapeutique permanente entre la SF et la femme en travail d'une part, et entre les parents de cette dernière qui l'accompagnent pour l'accouchement et le personnel soignant d'autre part. Le dispositif de communication constitue une chaîne reliant les maillons de la relation médicale de la CPN les uns aux autres.

À ce stade, la relation de soin se substitue à un outil de soutien et d'aide pour la gestante en travail. Elle veille aussi à assurer la liaison entre cette dernière et ses parents, surtout dans le cadre précis de la mise à disposition des produits pharmaceutiques nécessaires pour assurer l'accouchement. Le personnel soignant, notamment la maïeuticienne crée un cadre relationnel favorable à la bonne collaboration interprofessionnelle en vue d'assurer une sécurité optimale de la mère et de l'enfant. Lorsque le suivi du couple mère-enfant est assuré par deux services distincts, la relation thérapeutique s'établit sur un champ plus vaste et nécessite plus de disponibilité de la part des acteurs de la communication. Cette dernière probabilité est effective dans les centres de références, tels que les CHU et les CHR. Ceux-ci disposent en plus du service de la maternité, une pédiatrie pour les cas de prématurés ou d'enfants nécessitant d'une assistance médicale.

Après le séjour à l'hôpital, la nourrice fait face à un autre challenge : celui d'assurer la croissance normale de son enfant. Le mécanisme de communication auquel se réfèrent les professionnels de la santé génésique vise à renforcer le suivi de l'enfant durant la période postnatale. La relation de soin met essentiellement l'accent sur le nouveau-né. En d'autres termes, l'activité clinique de la SF en période post-partum s'accompagne d'une activité langagière qui veille à créer un cadre d'écoute et d'échange avec les usagers de la CPN. Ainsi, par le biais de la communication, la maïeuticienne prescrit les conduites à tenir afin de garder l'enfant et sa mère en bonne santé. À l'instar de la communication en

période prénatale, le professionnel de la santé se réfère aux thèmes de référence proposés par le guide du PNSI/SE. On en dénombre quinze au total (Tableau 5).

**Tableau 5 :** Thèmes de référence en postpartum selon le PNSI/SE

Thèmes de références	Objectifs
• L'état vaccinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Instruire</b> la nourrice sur les différents RDV après l'accouchement ;</li> <li>- <b>Encourager</b> la régularité à la CPN postpartum ;</li> <li>- <b>Définir</b> les différents vaccins nécessaires pour l'enfant ;</li> </ul>
• La croissance de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Encourager</b> la surveillance pondérale, la taille et le périmètre crânien de l'enfant ;</li> <li>- <b>Décrire</b> les signes de malnutrition avec Z/Score.</li> </ul>
• L'hygiène	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Montrer</b> l'importance de la bonne hygiène pour l'enfant ;</li> <li>- <b>Montrer</b> les bonnes pratiques d'hygiène corporelle, du cordon ombilical</li> <li>- <b>Donner</b> des consignes nutritionnelles.</li> </ul>
• L'alimentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Décrire</b> les facteurs de risque de la malnutrition ;</li> <li>- <b>Déterminer</b> les signes physiologiques de la malnutrition ;</li> <li>- <b>Enseigner</b> les attitudes salvatrices face à la malnutrition.</li> </ul>
• La supplémentation en Vitamine A	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Montrer</b> l'importance de la supplémentation de la vitamine A chez la mère ;</li> </ul>

	- <b>Indiquer</b> les aliments favorables à la supplémentation en vitamine A.
• La supplémentation en fluor	- <b>Montrer</b> l'importance de la supplémentation en fluor chez la mère ;  - <b>Indiquer</b> les aliments favorables à la supplémentation en fluor.
• La prévention du paludisme	- <b>Décrire</b> les signes du paludisme infantile ; - <b>Montrer</b> les pratiques favorables au maintien d'un cadre de vie sain ; - <b>Montrer</b> la bonne utilisation de la MILDA et encourager son utilisation permanente par le couple mère-enfant.
• L'enfant et l'anémie	- <b>Expliquer</b> les facteurs de l'anémie chez le bébé ; - <b>Décrire</b> les signes biologiques des anémies ; - <b>Dégager</b> les attitudes immédiates à adopter en cas d'anémie.
• La prise en charge de la fièvre à domicile	- <b>Expliquer</b> les pratiques de prise en charge de la fièvre chez l'enfant avant de recourir à l'hôpital.
• L'enfant et la diarrhée	- <b>Montrer</b> les signes de la diarrhée chez l'enfant ; - <b>Montrer</b> les conséquences de la diarrhée chez l'enfant ; - <b>Montrer</b> les facteurs de risque de la diarrhée chez l'enfant.
• Les maladies du nouveau-né	- <b>Décrire</b> les signes de maladies

	métaboliques du nouveau-né ; - <b>Décrire</b> les facteurs des maladies métaboliques du nouveau-né ; - <b>Expliquer</b> les conduites à tenir face aux premiers signes de maladie métabolique de l'enfant.
• Le VIH-SIDA	<b>Expliquer</b> les modes de contamination mère-enfant ; <b>Expliquer</b> les prophylaxies existantes ; <b>Expliquer</b> le mécanisme de prise en charge ; <b>Expliquer</b> le régime alimentaire de l'enfant.
• Les accidents domestiques	- <b>Montrer</b> les facteurs de risque des accidents domestiques.
• Les allergies	- <b>Montrer</b> les signes d'une allergie chez l'enfant.
• La déclaration de l'enfant	- <b>Montrer</b> la période réglementaire pour la déclaration de naissance ; - <b>Indiquer</b> le processus de déclaration de la naissance ; - <b>Identifier</b> les pièces nécessaires pour la déclaration.

**Source** : Carnet de santé de la mère et de l'enfant selon le PNSI/SE.

#### I.4.3. L'Association des Sages-femmes Ivoiriennes (ASFII)

Dans le souci de rehausser l'image de la profession de Sage-femme et d'améliorer la qualité des prestations au sein des formations sanitaires de la reproduction, les professionnels dudit domaine se sont organisés en association. Cette initiative a été encouragée par les recommandations du 1<sup>er</sup> congrès des sages-femmes francophones qui s'est tenue à Tunis en 1994. En Côte d'Ivoire, depuis le 05 février 1997, il a été créé l'Association des Sages-femmes

Ivoiriennes (ASFI). Cette association s'est résolument engagée dans la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle néonatale et infantile pour amorcer l'atteinte des objectifs des OMD4 et 5.

Après quelques années d'expérience et d'activités, l'ASFI est inscrite comme membre de la Confédération Internationale des Sages-femmes (ICM) et membre de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de la Côte d'Ivoire (SOGO-CI). Aussi, elle est membre fondatrice de la fédération des Associations des Sages-femmes (FASFAF) d'Afrique. Depuis 2014, elle a été inscrite sur le site des ONG et association subventionnées par le ministère de tutelle. Elle est dirigée par madame YAO née Awa Diallo, élue présidente en 2016. L'ASFI s'est fixée pour mission l'amélioration des soins et des prestations par la formation continue de ses membres.

Par conséquent, elle s'engage à réaliser quatre objectifs principaux. D'abord, l'ASFI s'engage à assurer la formation continue de ses membres par l'organisation d'Enseignement Postuniversitaire (E.P.U), de séminaires et d'ateliers en vue d'améliorer la qualité des soins et des prestations sanitaires. Ensuite, elle mène des actions tendant à soutenir le plan de développement sanitaire national par la création et l'exploitation de centre de santé en vue de réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Puis, elle s'organise à réaliser des actions de proximité en vue d'assurer les prestations cliniques en matière de santé de la reproduction et de la planification familiale. Enfin, elle vise à participer à des recherches pluridisciplinaires visant l'amélioration des soins en matière de la santé génésique. Afin de réaliser ces objectifs, l'ASFI s'est implantée dans les régions du pays. Elle compte à ce jour 58 représentations sur le territoire national (Tableau 6).

**Tableau 6 : Liste des sections ASFI par région**

Régions	Sections ASFI
Abidjan 1	- Yopougon/Songon
Grands Ponts	- CHU Yopougon
	- Dabou
	- Grand-Lahou
Abidjan 2	- Abobo
	- Adjamé
	- Cocody
	- Bingerville
	- Treichville
	- Koumassi
	- Abobo-doumé
	- Attécoubé
	- CHU Cocody
Ggêkê	- Bouaké
	- Sakassou
Hambol	- Katiola
	- Niakaramadougou
	- Dabakala
Gboklè	- San Pédro
Nawa	- Sassandra
San Pedro	- Soubré
Agnéby	- Agboville
	- Tiassalé
Tiassé	- Adzopé
	- Sikensi
	- Alépé
Mé	- Akoupé



Haut-Sassandra	- Daloa - Issia - Vavoua
Sud-Comoé	- Aboisso - Adiaké - Bonoua - Grand Bassam
N'Zi-Iffou	- Daoukro - Bongouanou - Dimbokro
Poros Tchologo Bagoué	- Korhogo
Bélier	- Yamoussoukro - Toumodi - Tiébissou
Gôh	- Gagnoa - Oumé
Indénié-Djuablin	- Abengourou - Agnibilékro
Loh-Djiboua	- Divo - Lakota
Marahoué	- Bouaflé - Sinfra - Zuenoula
Tonkpi	- Man - Danané - Zouan-hounien

Cavally Guémon	- Guiglo - Bangolo - Duekoué
Woro Béré	- Séguéla
Boukani Gontougo	- Bondoukou - Tanda

**Source :** Rapport annuel ASFI 2018.

#### **I.4.4. Le guide de référence de la communication soin en CPN**

Pour exercer son métier de soignant, la SF se réfère au guide qui précise ses prérogatives. Il s'agit de la fiche de poste. Cette fiche donne des orientations à la prestation clinique de la maïeuticienne au sein d'une formation sanitaire. Ce support professionnel est enseigné dans les écoles de formation du personnel soignant qui intervient au sein de l'unité de la CPN. Toutefois, il peut subir des modifications selon le pays, la région, la taille de la formation sanitaire ou du régime de celui-ci.

##### **I.4.4.1. Fiche métier de la fonction publique de sage-femme**

Selon la fiche de poste de la SF, son activité consiste exclusivement à accompagner la femme ou le couple mère-enfant avant, pendant et après la naissance. Elle se charge aussi de diagnostiquer et de pratiquer le suivi de la grossesse, l'accouchement et les soins postnataux, le suivi et les soins du nouveau-né (jusqu'à 28 jours de vie), tant sur le plan médical que psychologique et social. À ce titre, elle veille à accueillir les personnes (patients, usagers, familles, etc.). C'est donc elle qui se charge de faire le bilan clinique des usagers de la santé de la reproduction, spécifique au domaine (entretien/examen, recueil d'information, travail de synthèse, restitution...).

La question de la formation des usagers de l'unité de la CPN aux techniques et aux procédures de son domaine en vue de leur application constitue l'une de des préoccupations de la SF. Ainsi, elle gère les stocks de produits, de matériels, dans son domaine. Au sein de son unité, elle se charge de l'organisation, de l'animation et du suivi d'activités spécifiques à son métier. Aussi, elle veille à la rédaction d'actes, de documents ou des notes juridiques/réglementaires. Par ailleurs, elle est responsable de la surveillance de l'état de santé des personnes (FE, FAP, enfants, etc.) administrés dans son unité d'intervention. Pour ce faire, elle tient à jour les données et/ou les fichiers relatifs à son service. Au niveau psychosocial, elle élabore et met en place le suivi des plans et des actions de prévention. Ces tâches à lui confiées s'inscrivent dans le cadre du conseil et de l'éducation thérapeutique relativement à sa profession. Cependant, il sied de préciser qu'elle prend une part active à la pratique de l'accouchement normal.

Sa spécificité s'inscrit donc dans le domaine particulier de l'échographie, du diagnostic anténatal, de la préparation à la naissance et de l'entretien du quatrième mois. Aussi, intervient-elle en tant qu'assistante médicale à la reproduction, à la rééducation périnéale et à l'orthogénie. Grâce à son savoir-faire requis, elle accueille et oriente les personnes, les groupes, les publics de la santé génésique. Elle possède les compétences favorables à adapter son comportement, sa pratique professionnelle à des situations critiques, dans son domaine de compétence. La formation initiale de la SF développe chez cette dernière les aptitudes permettant d'analyser et d'évaluer la situation clinique d'une personne, d'un groupe de personnes, par rapport au domaine de la santé génésique.

La profession de l'obstétricienne lui permet d'analyser, de synthétiser des informations permettant la prise en charge de la personne soignée et la continuité des soins. Sa compétence est perceptible à travers sa capacité à choisir et à mettre en œuvre les techniques et les pratiques adaptées aux usagers de la santé de reproduction, au regard de son métier ou de sa spécialité. Aussi, elle assure l'éducation, le conseil du patient et de son entourage dans le cadre de la santé génésique. Autrement dit, elle se charge d'élaborer et de formaliser un diagnostic

de la santé du couple mère-enfant, relatif à son domaine de compétence. Cette activité veille à évaluer et à traiter la douleur des patients (FE, FAP et enfant), à identifier et à analyser des situations d'urgence spécifiques à son domaine de compétence et à définir les actions. Toutefois, elle veille à identifier les informations communicables à autrui en respectant le secret professionnel. Au sein de l'unité de la CPN, elle collabore avec d'autres corporations, parmi lesquels figure l'aide-soignante. Cette dernière l'assiste permanemment dans ses activités de soin.

**Figure 6 :** Sage-femme à la CCC collective



**Source :** Enquêtes TUO A., 2017

#### **I.4.4.2. Fiche de poste de l'aide-soignante**

Parmi les collaborateurs de la SF, l'AS est celle qui est la plus présente durant la prestation de soin. Cette présence permanente lui donne de pouvoir collaborer avec l'obstétricienne durant sa prestation sanitaire. Sous la

responsabilité de cette dernière, l'aide-soignante se charge de l'accueil, de la collecte d'informations, des soins de prévention, du maintien de la relation de soin et de l'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, du bien-être et de l'autonomie de la FE et de son enfant.

Pour exécuter ses tâches à elle confiées, elle se sert d'un chariot de soins, d'un chariot de distribution et d'un chariot d'entretien. Elle veille au bon état du matériel de manutention, des lits médicalisés et des dossiers de soins des usagers hospitalisés. Ces outils l'aident dans sa mission. Elle consiste exclusivement à accueillir les usagers de la CPN et à les orienter vers le(s) service(s) adapté(s) à la demande (CPN, dépistage VIH, vaccination, PTME, planification familiale, etc.). Elle se charge de réaliser les soins d'hygiène et de confort de l'utilisateur interné (toilette, repas).

L'aide-soignante joue un rôle de liaison entre les usagers de l'unité de la CPN et la SF, car elle participe aux soins curatifs (prise de constante : température, courbe de poids) et à la prise en charge psychologique de la patiente affectée et/ou infectée. Par conséquent, elle joue le rôle d'intermédiaire entre la personne, son entourage et l'équipe soignante. Elle peut participer à l'accueil des stagiaires en milieu hospitalier. Toutefois, elle travaille sous la responsabilité de la maïeuticienne. Cette collaboration facilite sa participation à la sensibilisation des femmes enceintes lors de la CCC de masse. En outre, elle prend part au recueil des urines, à la prise de température, et à l'envoi de bilans biologiques spécifiques.

Selon la configuration du système sanitaire ivoirien, la SF et l'AS sont les deux professionnels de la santé les plus permanentes de l'unité de la CPN. Elles travaillent en étroite collaboration au sein de l'unité de la CPN. À l'image des formations sanitaires du pays, les unités de la CPN à Bouaké disposent de maïeuticiennes affectées par l'État et des AS parfois stagiaires ou affectées de l'État. En revanche, elles bénéficient de l'assistance supérieure d'un médecin parfois généraliste ou spécialiste. Cette dernière probabilité est réalisable grâce au

système de tutorat inséré dans le fonctionnement des formations sanitaires de la reproduction.

**Figure 7** : Aide-soignante en service.



**Source** : Enquêtes TUO A., 2017

### **I.5. Les nouvelles recommandations de l’OMS concernant la CPN**

Au lendemain de la promotion des OMD, la situation de la FE et de l’enfant n’a connu qu’une légère amélioration dans les pays émergents. En Afrique, singulièrement en Côte d’Ivoire, les formations sanitaires enregistrent encore des cas de décès maternels et infantiles suite à des complications liées à la

grossesse ou à l'accouchement. Les FE vivent dans des situations de précarité dans cette partie du monde. Cette situation a conduit l'OMS et ses partenaires à renforcer le mécanisme de communication existant à travers l'élaboration des ODD. En effet, en 2016, en s'appuyant sur les ODD de l'améliorer de la situation de la femme et des enfants face à la morbidité et la mortalité, l'OMS a élaboré de nouvelles recommandations à l'égard du traitement de la FE et des enfants<sup>19</sup>.

Selon les nouvelles orientations de l'OMS de 2016, chaque FE doit faire huit CPN avant l'accouchement. Cette mesure s'inscrit dans le cadre de l'amélioration de la situation de la gestante et des enfants. Il s'agit pour cette mesure de réduire les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, d'optimiser la communication au sein de l'unité de la CPN et de promouvoir le recours à la CPN biomédicale à partir de la douzième semaine aménorrhée. Toutes ces mesures relatives à la CPN encouragent l'insertion et l'exécution de programmes sanitaires pertinents par le biais de la politique sanitaire des pays adhérents. Toutefois, l'OMS accorde à chaque pays le choix de la mesure à adopter en tenant compte du besoin en matière de santé de la reproduction.

Cette recommandation de l'OMS de 2016 compte 49 consignes. Celles-ci traitent cinq questions essentielles de la santé de la reproduction. Chacune de ces questions comporte des aspects déterminés. Ces derniers sont pris en compte par la matrice d'amélioration de la situation de la santé génésique en général, et celle des femmes vivantes dans les régions difficilement accessibles ou en proie des conflits ou des catastrophes naturelles. Les consignes qui expliquent essentiellement le traitement que doivent subir les gestantes à la CPN déterminent les types d'interventions dans cette partie de l'hôpital. Il s'agit :

- des interventions nutritionnelles ;
- de l'évaluation maternelle et fœtale ;

---

<sup>19</sup>Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259584/9789242549911-fre.pdf;jsessionid=542AC632D5282E54AE234DD1625D2F5B?sequence=1> du 13/05/2018 à 00 hr 34.

- des mesures préventives ;
- des interventions face à des symptômes physiologiques courants ;
- des interventions des systèmes de santé pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénataux.

Les actions visées par cette nouvelle recommandation de l'OMS dans le contexte de la santé de la reproduction, particulièrement dans le cadre de la CPN constituent une matrice de liaison et de précision concernant l'amélioration des soins et du traitement des FE selon le système de santé en vigueur. En outre, elle prend en compte la qualité de l'alimentation et de la nutrition optimale des usagers de la CPN (gestante, FAP et enfant). Concernant cette question, elle fait un rapprochement avec la nécessité d'un exercice physique régulier, l'évitement de la consommation de l'alcool et de l'abus de certaines substances psychoactives.

Il faut également ajouter que la dernière recommandation de l'OMS définit des précisions concernant les attitudes préventives du paludisme et de l'infection à VIH chez la FE, la FAP et l'enfant. En effet, ces pathologies constituent des causes importantes de la mortalité et de la morbidité maternelle et infantile dans le monde. Par conséquent, les analyses sanguines, l'état vaccinal du couple mère-enfant, la réalisation des échographies nécessaires pour le suivi de la grossesse, la prise en charge médicale des symptômes physiologiques fréquents tels que les nausées, les douleurs dorsales et la constipation doivent constituer une priorité pour le personnel soignant de la CPN. En clair, la recommandation de l'OMS inclut indubitablement le recours à la communication pour la mise en exécution des directives définies. Il s'agit d'une communication inclusive qui réunit les acteurs de la CPN dans un cadre d'échange et de partage d'expériences en vue d'une meilleure collaboration.

## **II. Les logiques de communication en CPN**

La notion de communication subit une connotation diversifiée au sein de l'unité de la CPN. Selon le sens à lui accordée, les prestataires de la santé se



réfèrent à des outils variés dont la manipulation est instable. Par ailleurs, l'encrage de la dénotation des actes de communication est proportionnel à leur comportement vis-à-vis du cadre de la relation de soin en matière de santé génésique. Ainsi, il sied de spécifier le parcours communicationnel de la FE en CPN. Cette modélisation consiste à déterminer les actes de communication qui se dégagent durant le parcours de la CPN.

### **II.1. Réception et gestion du patient en CPN**

La protection et la promotion de la santé génésique sont composées de plusieurs étapes. En CPN, la patiente qui fréquente une formation sanitaire tant en zone rurale qu'en milieu urbain suit le même parcours en fonction du besoin. Cependant, certains cas de force majeure influencent le déroulement normal du circuit. Il s'agit de la parité et de la situation vaccinale.

Il y'a des années de cela, les autorités sanitaires de la Côte d'Ivoire adoptaient le programme de la PTME en réponse au taux élevé de la mortalité et la morbidité maternelle dans les formations sanitaires. De nos jours, ce programme est élargi à tous les centres de santé de la maternité. Ainsi, lorsque les femmes se rendent en consultation, elles sont d'abord reçues en salle d'attente ou dans le hall pour l'enregistrement en fonction de l'ordre d'arrivée. L'enregistrement est donc la première étape à franchir dans le processus de la consultation. Il constitue aussi le point d'ancrage d'accueil, de l'instauration de la relation de soin et de la répartition en fonction de la parité. Toutefois, le personnel soignant, c'est-à-dire les AS dans les centres de périphériques et les SF au CHU veillent à débiter l'examen clinique à partir de l'accueil. Il s'agit de fournir les constantes (le poids, la tension artérielle, la température et la taille de la gestante).

Ensuite, vient l'étape de la causerie de groupe. Cette partie d'éducation vise essentiellement à sensibiliser les usagers de la santé génésique concernant les pratiques favorables au bon développement de la grossesse et au bien-être de la FE. Cette étape assez importante pour la CPN constitue pour la gestante une base de données en matière d'indications comportementales. C'est donc le lieu pour la SF d'accorder une attention significative aux actes du langage qui se laissent

entrevoir à travers les attitudes des participantes à la causerie. Lors de cette séance d'échange, la maïeuticienne ou la stagiaire joue le rôle de formatrice ou d'éducatrice en matière de santé de la reproduction et de bonnes pratiques pour le bon développement de la grossesse afin d'assurer la vie du futur enfant.

À la fin de la causerie de groupe, les patientes sont réparties en deux groupes : celles qui viennent pour la CPN1 et celles qui viennent pour plus d'une CPN. La catégorie des premières citées est reçue en PTME pour le test du VIH-SIDA (selon la méthode B+) et la mise à jour du statut vaccinal. Elles reçoivent par la même occasion leur première dose du traitement préventif intermittent psychothérapie à la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) du paludisme chez la FE et une MILDA. À la suite de la PTME, elles sont reçues avec celles de la seconde catégorie à l'examen clinique pour la consultation à proprement dite.

L'examen clinique est la dernière étape du parcours de la CPN. À cette étape, la FE est consultée par la SF (interlocutrice dans les centres de périphériques et en milieu rural) ou le médecin traitant (au CHU en ce qui concerne les cas référés). Celle-ci subit la continuité de l'examen débuté dès son arrivée au centre. Le prestataire de soin procède par un entretien clinique en vue de s'imprégner des conditions de vie de sa patiente et de la situation d'évolution de la grossesse. Après cet échange, l'obstétricienne ou le médecin traitant procède à l'examen obstétrical. Ici, la distance est banalisée, car, le professionnel de la santé examine sa patiente par le toucher. Cette technique thérapeutique constitue pour la relation de soin un outil stratégique de communication et de transmission de signes pour le consultant. En effet, ce sont les signes produits grâce au toucher du consultant qui permettront d'effectuer le diagnostic de la grossesse et la situation sanitaire du fœtus. Cette ultime étape s'achève par une ordonnance (examens à réaliser, traitement à suivre) et la fixation du prochain RDV.

## **II.2. Le postulat de la perception de la CPN**

Les acteurs de la santé de la reproduction abordent différemment la question de la communication pendant leur prestation. Le degré d'implication de chaque acteur est fonction de sa considération du rôle qu'il occupe dans la

promotion de la santé de la dyade mère/enfant. Cette attitude est influencée par la notion de « perception de la santé génésique » au sein de l'unité de la CPN. Il se dégage une diversité de perceptions à caractère bidirectionnelle au sein de l'unité de la santé génésique. Il s'agit entre autres de :

- La perception de la FE et la SF concernant la grossesse ;
- La perception de la FE et la SF concernant la qualité soin.

La persistance du faible taux de fréquentation de la CPN en milieu urbain est une unité justificative de la perception des FE concernant la grossesse et la CPN. Celles-ci considèrent la grossesse comme un état de santé de la femme nécessitant une attention particulière. En effet, la grossesse selon considéré comme un don divin. Par conséquent, elle nécessite l'assistance des forces surnaturelles. Cet état de santé de la femme est relié à une représentation spirituelle de la grossesse.

Ainsi, les gestantes en milieu urbain se laissent influencer par cette représentation sociale de la grossesse. Elles fréquentent les tradipraticiens dès les débuts de la grossesse en vue de bénéficier de pratiques occultes pour leur santé et la protection du futur bébé. Le recours à la CPN se fait plus tard ou de façon précipitée en cas de signes de complications ou de malaise chez la FE. Toutefois, les jeunes primipares et les fonctionnaires font de la CPN biomédicale une priorité à cause de leur niveau d'instruction.

Contre toute attente, les perceptions de la grossesse au sein des prestataires de la santé sont très proches de celles des usagers. En effet, certaines obstétriciennes identifient la FE à une patiente dont la santé est normale. Sa fréquentation de la CPN s'inscrit dans un contexte de prévention des pathologies pouvant mettre en danger la grossesse et la santé de cette dernière. Cette considération de la FE emmène les acteurs de la santé de la reproduction à adopter une attitude excursionniste et de négligence de la relation de soin. Cela s'explique à travers le retard dans le démarrage de la consultation et l'heure de fin prévue pour midi et deux, l'inconfort des FE durant l'attente pour la consultation et l'état médiocre du système adopté en CPN.

### II.3. Les actes de langage au sein de l'unité de la CPN

Les actes de langage constituent une approche qui a vu le jour à la suite des travaux du philosophe John L. AUSTIN. Grâce à son ouvrage : « *Quand dire, c'est faire* » (1962). L'auteur décrit l'influence qu'un locuteur possède sur son environnement grâce aux mots qu'il énonce. Autrement dit, les actes de langage s'intéressent à la fonction du langage dans une situation d'interlocution. Les travaux du philosophe ont vite connu un essor avec les réflexions de John SEARLE à travers ses ouvrages *Les actes de Langage* (1972) et *Sens et expression* (1982).

En effet, les auteurs des actes de langage redoutent la fonction descriptive du langage et privilégient l'effet perlocutoire et la force illocutoire des énoncés que contient l'acte de langage. Selon eux, toute communication a lieu dans un contexte défini, à un moment donné, avec des interlocuteurs déterminés, etc. Par conséquent, dans une situation de communication donnée, ce n'est pas le contenu sémantique qui importe, mais ce qu'un individu peut exprimer à un autre dans le but de faire faire quelque chose ou faire dire quelque chose. Selon John L. AUSTIN (op. cit.), lorsqu'un individu s'adresse à un autre, il accomplit trois actes conjointement :

- ***un acte locutoire*** (on associe au discours une réalité acoustique ;
- ***un acte illocutoire*** (le discours est dit afin de provoquer une réaction chez l'interlocuteur : il accomplit l'acte voulu);
- ***un acte perlocutoire*** (le discours vise un effet lointain).

L'activité de la prestation de soin en CPN est réalisable grâce au concours du dialogue qui s'établit entre le professionnel de la santé et l'utilisateur. Le mécanisme de communication qui est élaboré dans cette unité de l'hôpital est favorable à l'étude de l'influence du discours des acteurs. En effet, il s'agit pour la SF ou le médecin traitant de s'imprégner des conditions de vie de la gestante et d'évaluer l'état de développement de la grossesse. Autrement dit, ce dernier cherche à s'informer et à informer, à inciter, à expliquer, à convaincre et à rassurer

les usagers de l'unité de la CPN. Cet objectif est perceptible grâce aux comportements communicationnels qui se dégagent dans la relation de soin en matière de santé de la reproduction.

En effet, l'interprétation des actes de langage au sein de cette unité consiste à considérer les moyens de communication mis en œuvre par le prestataire de santé en vue d'agir sur les usagers de la CPN et le milieu de la consultation à travers le verbal. Ces actes permettent de décrire les faits observables à la CPN par le biais de la langue ou à faire accomplir une action par les usagers. Ils constituent pour le consultant, un moyen linguistique qui permet de transformer la perception de la relation de soin et de la grossesse chez les usagers. Cependant, la connaissance préalable de la FE est nécessaire pour le déroulement de l'interaction, car, les énoncés du consultant ont une valeur constative tandis que celles de son interlocuteur ont une valeur performative.

Compte tenu du fait que le succès de la communication en CPN dépend de la connotation et du crédit qu'accorde la gestante au message reçu, le prestataire de santé relie son énoncé à l'acte de parole. Ainsi, il veille à décrire le monde réel dans lequel se déroule l'entretien clinique en vue de prescrire des actes et des pratiques qui accomplissent ses énoncés en vue de garantir le bon développement de la grossesse. Pour parvenir au contrôle de la relation avec la patiente, le prestataire de santé, particulièrement, la SF utilise des actes illocutoires dont la valeur peut être directive ou expressive.

Les actes directifs ou locutions exercitifs en CPN répondent au principe d'imprimabilité selon lesquels toute pensée du consultant peut être exprimée grâce à l'introduction de certains verbes tels que : ordonner, prescrire, conseiller, donner des orientations, rassurer, minimiser, informer, etc. Quant aux actes expressifs ou comportementaux, ils répondent au principe expressif d'un état psychologique associant l'acte exprimé à travers le plaisir, le déplaisir, le désir, le rejet, etc. Les prestataires de santé utilisent les marqueurs tels que : s'excuser, inviter, remercier, déplorer, critiquer, rassurer, émouvoir, etc.

#### **II.4. Les qualités pour la bonne communication thérapeutique en CPN**

Maintenir et/ou améliorer la communication de la relation thérapeutique au sein de l'unité de la CPN est un atout considérable pour la promotion de comportements favorables au bien-être de la grossesse et à l'assurance d'un accouchement sans risque. Les professionnels de la santé de la reproduction dans les formations sanitaires de la Côte d'Ivoire travaillent dans une atmosphère dynamique dominée par le stress, le débordement, l'urgence et la promptitude dans la prise de décision. Cette contrainte liée à la réussite de la relation de soin nécessite un savoir communiquer. Les prestataires de la santé se réfèrent ainsi à un ensemble de stratégies durant les entretiens avec les usagers de la santé.

De la transmission du message à l'instauration de la relation de soin, le mécanisme de communication du système de santé ivoirien vise la satisfaction des incertitudes face au stress dont fait preuve l'utilisateur du centre de santé. La politique de communication du personnel soignant s'inscrit dans une dynamique de création d'un climat de confiance entre ce dernier et l'utilisateur de son unité. Le maniement des outils de communication constitue pour la sage-femme un sixième sens à travers lequel, elle synchronise toutes les informations reçues et perçues afin de réaliser le diagnostic gésique. Autrement dit, la communication du personnel soignant crée une symétrie entre le langage verbal, le langage non verbal, l'environnement de communication et l'assertivité. Le tableau ci-contre résume les qualités communicationnelles nécessaires pour le soignant.

**Tableau 7** : Paramètre de la communication thérapeutique

Conditions de réussite de la relation de soin	
<b>Être entendu</b>	- Adapter le ton de la voix (en fonction du nombre d'interlocuteurs et de la distance thérapeutique) ;
<b>Être écouté</b>	- Bien articuler les mots ;
	- Soigner la ponctuation (faire des phrases simples) ;
	- Respirer dans le discours (parler à un rythme normal) ;
	- Être précis, clair et simple (habile dans le choix des mots) ;
	- Être courtois (Répéter et reformuler les propos de l'usager).
<b>Être compris</b>	
<b>Expressions à éviter</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expressions techniques difficilement saisissables par l'usager ;</li> <li>- Expressions obscures (danger, douleur, peur, mal, risque, grave, etc.) ;</li> <li>- Expressions négatives (« Vous ne pouvez pas... », « Vous n'êtes pas... ») ;</li> <li>- Expressions dubitatives (« Peut-être que... » ; « Il se peut que... » ; « Nous ne pouvons dire avec certitude que... »)</li> </ul>	
<b>Outils de communication non verbale</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le regard ;</li> <li>- Les expressions du visage ;</li> <li>- La mimique ;</li> <li>- Le gestuel ;</li> <li>- Le toucher ;</li> <li>- La kinésique ;</li> <li>- La posture ;</li> <li>- L'odorat</li> </ul>	

**Source** : BEGLEY C. M, 2009.

## **II.5. Les prescriptions de la CPN en milieu urbain**

La situation de la communication au sein des unités de la CPN en milieu urbain est encore préoccupante. Les crises de communications et les obstacles liés à la bonne relation thérapeutique en CPN sont la résultante de certains facteurs d'ordre social et comportemental. L'un des facteurs majoritaires est l'indifférence des usagers de la santé face aux méthodes contraceptives. En effet, plusieurs gammes de méthodes sont mises à disposition des communautaires en vue de les mettre à l'abri des grossesses non désirées.

Cependant, les communautaires, particulièrement la jeunesse est sexuellement active. Cette jeunesse citadine utilise occasionnellement les méthodes contraceptives proposées par le personnel de santé de la reproduction. Bien qu'elles bénéficient de structures de formation et d'éducation sexuelle, notamment, l'AIBEF, les unités de la PTME dans les formations de santé maternelles et les ONG, les femmes et les jeunes filles en milieu urbain continuent de demeurer indifférentes face aux efforts d'accompagnement de ces structures. En raison de cette négligence, elles se retrouvent enceintes par ignorance. Déconcertées et moins préparées à supporter une grossesse, certaines s'adonnent à l'avortement provoqué, mettant en danger leur organisme de fécondité.

L'indifférence face aux méthodes contraceptives et la méconnaissance du cycle des menstrues exposent les femmes en milieu urbain à un déficit d'informations liées à la grossesse lorsqu'elles se rendent à leur première CPN. De plus, elles fréquentent de moins en moins les structures d'éducation sexuelles et les centres de santé sexuelle pour d'éventuels examens. Il en est de même de leur état vaccinal, qui, est constamment retardé. Bien plus, en cas de grossesse, elles se rendent tardivement en CPN au profit des tradipraticiens. Outre ces déterminantes barrières à la fréquentation de la CPN, le refus de s'ouvrir aux prestataires de soin constitue un obstacle au bien-être de la santé de la reproduction. Compte tenu des pratiques préjudiciables à la grossesse, les femmes en consultation gardent parfois le silence et refusent de se prononcer sur certains aspects durant l'entretien clinique.



Tout bien considéré, les prescriptions de la CPN en milieu urbain relèvent des faits sociaux des gestantes. Cependant, elles s'expliquent aussi par la présence permanente de pathologies préexistantes telles que le paludisme, l'anémie, la diarrhée et bien d'autres. La situation sanitaire en Côte d'Ivoire a longtemps préoccupé les autorités nationales et internationales. Le système sanitaire ivoirien est toujours influencé par des facteurs sociaux, économiques et politiques, le rendant fragile.

Dans le souci de remédier aux déficits constatés dans le milieu de la santé, l'État a entrepris des réformes en vue d'améliorer son système sanitaire et faciliter l'accès aux soins. Parmi celles-ci, la communication occupe une place importante. Elle a été insérée dans les programmes d'intervention et de gestions des formations sanitaires sur le territoire du pays. Il s'agit pour les autorités sanitaires de faire de la communication, un vecteur inclusif des communautaires dans la garantie de leur bien-être social.

Communication et amélioration du bien-être de la FE et du futur enfant sont les préoccupations de la relation de soin en CPN. Ainsi, les acteurs de l'unité de la santé de reproduction mobilisent des outils de rapprochement en vue de garantir la participation des usagers dans le processus de préservation de la santé génésique. Toutefois, le dispositif communicationnel varie d'une formation sanitaire à une autre en fonction de la compétence de son personnel de santé et l'état optimal des infrastructures.

Tout bien considéré, les acteurs du circuit de la consultation et les fonctions des prestataires de santé génésiques sont influencés par le système en vigueur et la qualité d'équipement du centre. Aussi, le mécanisme d'interprétation des messages et des signes qui interviennent durant la CPN impliquent la corrélation entre la communication verbale (langue) et la communication non verbale (intention). La relation de soin de la santé génésique n'est donc pas un schéma classique de communication adapté à toutes les formations sanitaires. Cette réalité est prise en compte par les acteurs de la recherche scientifique et les initiateurs de modèles de communication méliorative de la santé des FE et des

enfants. La possibilité de s'adapter en fonction des réalités locales est un véritable atout pour le système en vigueur dans chaque pays.

**DEUXIÈME PARTIE :**

**PERCEPTIONS ET ATTITUDES  
COMMUNICATIONNELLES DES ACTEURS DE LA  
CPN**

Cette partie de notre travail est subdivisée en deux chapitres répartis comme suit :

- **Chapitre I** : Catégorisation des faits socio-anthropologiques et communicatifs liés à la relation de soin en CPN ;
- **Chapitre II** : Analyse des faits liés à la relation de soin et le changement social en CPN.

Le premier chapitre porte sur la présentation des données recueillies auprès de la population d'enquête. Il s'est agi pour nous, de regrouper les données jugées significatives par thème de référence et par mode d'action. Ensuite, nous avons analysé les comportements observables au sein de l'unité de la CPN et chez les FE des quartiers de la ville de Bouaké sélectionnés pour l'étude. Cet exercice a été possible grâce à l'outil de traitement de données Sphinx Plus 5.

Dans le second chapitre, les résultats obtenus ont été mis en confrontation à travers des tableaux à plats, des tableaux croisés, des cartes factorielles et des graphiques. Le but de cette analyse a consisté à déterminer les différences qui se dégagent entre les variables analysées. L'analyse de ces variables nous ont donné d'en tirer des probabilités en guise de conclusion.

### **CHAPITRE III : CATÉGORISATION DES FAITS SOCIO-ANTHROPOLOGIQUES ET COMMUNICATIFS LIÉS À LA RELATION DE SOIN EN CPN**

Le vocable « relation de soin » semble admettre une polysémie. Il s'ouvre à diverses spécialités en milieu hospitalier. Cependant, l'étude s'est attelée à limiter son champ d'investigation en s'intéressant à la catégorie et à la qualité de la relation existant entre le personnel soignant et les usagers de l'unité de la CPN.

Ce choix a permis de repartir les facteurs déterminants qui influencent les relations entre les acteurs de la santé du couple mère-enfant au sein de l'unité de la CPN en milieu urbain de Bouaké. Il s'agit ici, de faire ressortir les différences significatives entre les variables étudiées. Ainsi, nous avons accordé un intérêt à la correspondance entre les phénomènes en fonction de leur degré d'apparition.

Cette corrélation entre les variables a été possible grâce à l'usage du logiciel SPHINX PLUS 5. En fonction des données fournies par l'enquête, ce logiciel a facilité les analyses de données obtenues par l'enquête. Les résultats ont été consignés dans des tableaux à plats. Certains résultats sont mis en confrontation à travers d'autres tableaux croisés en fonction de la dépendance ou la non-dépendance des variables qui s'y dégagent.

#### **I. Les déterminants étiologiques de la relation de soin en CPN**

Après avoir soumis l'étude à une population déterminée par la stratégie d'échantillonnage accidentelle, nous avons dégagé d'autres dimensions. Celles-ci ont contribué à la compréhension du comportement des protagonistes de la relation de soin en CPN. Les niveaux retenus par l'étude sont présentés dans les lignes qui suivent.

## I. 1. Évaluation du taux de fréquentation de l'unité de la CPN

Le système sanitaire des sites de collecte est à l'image de la plupart des formations sanitaires maternelles et infantiles du pays. Ils se composent de deux services à savoir : un dispensaire et une maternité. Ainsi, chaque service est autonome, c'est-à-dire qu'il dispose d'un personnel de santé constitué en fonction du besoin et de la capacité du service.

Par ailleurs, l'usage de l'unité en charge de la santé néonatale et post natale est significatif. Selon l'enquête (voir tableau 8), 33,3% des femmes enceintes enquêtées en zone urbaine à Bouaké se rendent assez souvent à la CPN biomédicale pendant la grossesse. Ce faible taux de fréquentation justifie la persistance des cas de pertues de vue à la CPN. En effet, notre étude montre que 24,3% et 18,3% les femmes se rendent à la CPN respectivement rarement ou par contraintes en cas de malaise. De ce constat, se dégage plusieurs facteurs capitaux : la situation économique de la ménagère, la qualité de l'habitat, la situation matrimoniale, la fonction de la FE, les conditions d'accès aux soins sont autant de facteurs qui se greffent à la moyenne de fréquentation des services de la maternité par les gestantes.

**Tableau 8 :** Taux de fréquentation de la CPN par les FE

Fréquentation		
Fréquentez-vous les centres de santé maternels et infantiles ?		
Moyenne = 3,42 'Occasionnellement'		
	Nb	% cit.
Jamais	14	3,8%
Rarement	89	24,3%
Occasionnellement	67	18,3%
Assez souvent	122	33,3%
Très souvent	74	20,2%
<b>Total</b>	<b>366</b>	<b>100,0%</b>

Source : Enquêtes TUO A., 2017

### **I. 1.1. La qualité de la prestation du soignant**

La prestation sanitaire en CPN débute par l'accueil de l'usager de l'unité de la santé de la reproduction. Cette étape est expressive pour le programme de consultation génésique. Dans les formations sanitaires étudiées, c'est l'AS qui est chargée de recevoir les FE venues en CPN. Elle procède à la collecte des constantes et des informations prénatales. Au CHU, cette tâche est plutôt laissée à l'appréciation de la SF. Les données de l'étude montrent que les gestantes sont moins satisfaites de la qualité de l'accueil en CPN (confère tableau 9).

La qualité de la prestation de soin dans les unités de la CPN amène certaines FE à parcourir de longues distances pour faire la consultation dans un service de santé de la maternité plus éloigné de leur lieu d'habitation. Ce choix pose ici, le problème de la qualité de la prestation de soin et le degré d'implication du personnel soignant dans certaines formations sanitaires urbaines. Selon 35.5% de la population considérée, les gestantes qui se rendent à la CPN ne bénéficient pas d'un bon traitement de la part du personnel soignant. Elles posent ici la qualité de l'accueil et la situation d'incommunicabilité qui régissent la relation de soin au sein de l'unité de la CPN.

Outre l'accueil, l'implication du personnel soignant est de plus en plus décriée dans la relation de soin. Selon 38.3% de la population étudiée, la longue durée d'attente influence considérablement le recours à la CPN Biomédicale. Ce cas de figure est fréquent chez les jeunes primipares. Parfois, il arrive que la tension se durcisse entre le soignant et les FE lors des entretiens à cause des émotions qui naissent suite à l'attente jugée longanime. On note par moment la tenue de propos désobligeants à l'égard des uns et des autres. Toutefois, 7.1% des gestantes de cette population étudiée considèrent que le manque d'expérience est la raison primordiale de la qualité de gestion de la relation de soin en CPN. En effet, les SF en majorité jeunes parviennent tant bien que mal à faire exécuter leurs prescriptions par les multipares.

**Tableau 9 :** Les raisons de la faible fréquentation des formations sanitaires

Raison de faiblesse			
Selon vous, quelles sont les raisons liées à la faible fréquentation des formations sanitaires de la maternité par les communautaires?			
	Nb	% cit.	IC
La durée d'attente	140	38,3%	34,6% < f < 41,9%
Mauvais traitement du personnel soignant	130	35,5%	31,9% < f < 39,1%
La distance des centres de santé	60	16,4%	13,6% < f < 19,2%
Le manque d'expérience des sages femmes	26	7,1%	5,2% < f < 9,0%
Le sous auipement des centres de santé	10	2,7%	1,5% < f < 4,0%
<b>Total</b>	<b>366</b>	<b>100,0%</b>	

Source : Enquêtes TUO A., 2017

### I.1.2. Le temps de consultation

Parmi les préoccupations des usagers de l'unité de la CPN, le temps de consultation est un fait récurrent. Par crainte de ne pas être reçues tardivement par la SF le jour de leur RDV, les FE se rendent de bonne heure au centre de santé pour occuper les premières places. Cependant, elles passent en général, deux à trois heures avant d'être reçues par la maïeuticienne. « *Nous quittons nos maisons à six heures du matin pour espérer être reçus avant midi.* », affirmait l'une des enquêtées. Malgré l'arrivée matinale des gestantes au sein de l'unité de la CPN, le processus de la consultation débute à partir de huit heures que l'équipe en service commence la consultation au lieu de sept heures. Elle prend fin aux environs de midi. Souvent, elle part jusqu'à l'après midi lorsqu'il y'a de l'affluence au sein de l'unité de la CPN.

La durée journalière du programme de la CPN varie d'un centre à un autre. Cependant, le processus est identique. Les femmes sont reçues par la SF à la CCC de groupe. Elles sont entretenues autour d'un thème lié à leur santé et celle de leur futur enfant. Ce temps d'échange peut durer 30 minutes voire une heure. Après la CCC de groupe, elles sont reçues l'une après l'autre par la SF



major à l'entretien clinique. Selon 38.3% de notre population d'enquête, la durée d'attente à la CPN engendre des tensions. Elle prédispose les acteurs de la CPN à une situation de communication ébruitée. Ainsi, certaines gestantes se tournent vers les soins traditionnels ou à se rendre tardivement en CPN. Parfois, elles abandonnent le processus de suivi de la grossesse ou changent de centres de santé provoquant des pertues de vues.

**Figure 8** : Femmes enceintes en attentes de la consultation



**Source** : Enquêtes TUO A., 2017

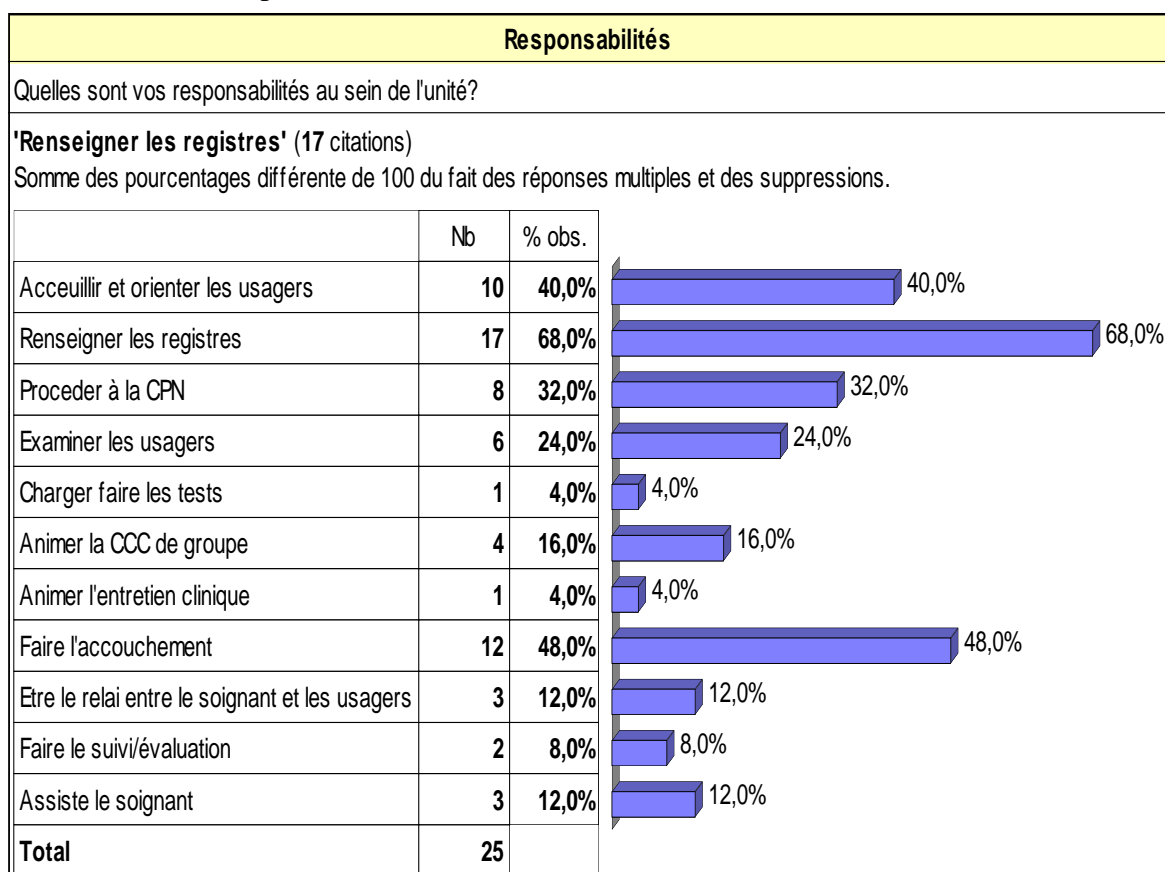
### **I.1.3. Connaissance de la fiche de poste en CPN**

La prestation du personnel soignant en CPN est régie par une fiche de poste. Celle-ci définit les activités qui relèvent des prérogatives de chaque prestataire de la santé au sein de l'unité. Cependant, les comportements du corps médical ne concordent pas souvent aux règles inscrites dans ce document.

D'ailleurs, la fiche de poste semble être méconnue et ignorée par les prestataires de la santé génésique.

En effet, 68.0% du personnel soignant enquêté estime que la tâche de la SF et celle de l'AS consistent à renseigner les registres des femmes venues en CPN. Parmi cette population considérée, 48.0 % assigne particulièrement à la SF, la fonction d'accouchement. En outre, l'animation de la CCC, l'entretien clinique et l'assistance du soignant occupent respectivement 16.0 %, 4.0 % et 12.0% du taux de notre population sanitaire étudiée. Le suivi et l'évaluation de la FE sous traitement est en partie inexistant avec un pourcentage de 8.0%.

**Tableau 10 : Répartition des tâches en CPN**



**Source :** Enquêtes TUO A., 2017

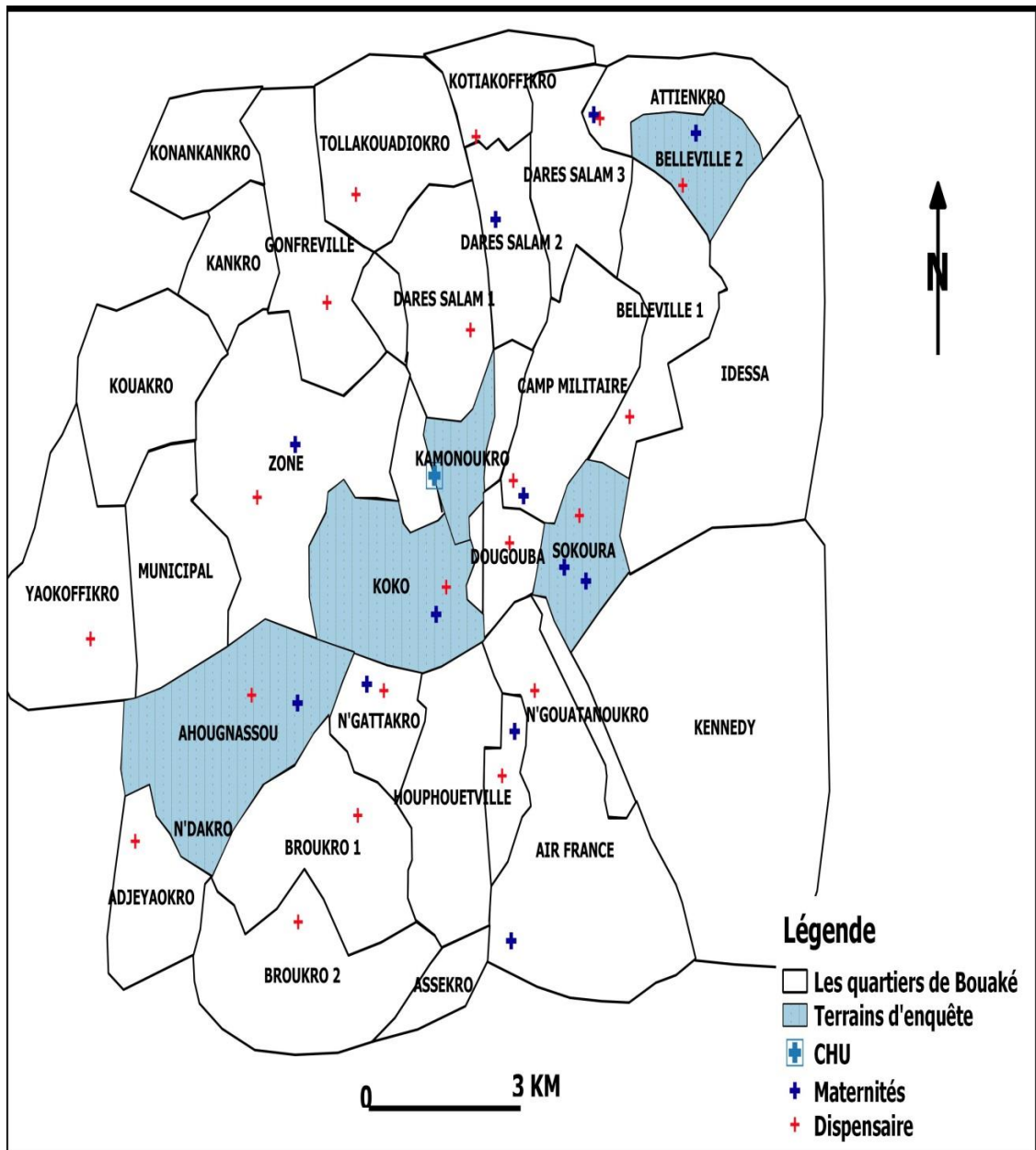
## **I.2. L'influence de la distance sur l'usage de la CPN**

Cette étude s'étant déroulée en zone urbaine, la question de distance et de la démographie ne devaient pas poser de problème concernant la fréquentation des centres de santé de la maternité. Cependant, notre incursion au sein des communautaires a montré une réalité contraire à cet avis. Bien considéré, chaque quartier déterminé par l'étude bénéficie d'un service de santé de maternité. Mais, le taux de fréquentation est loin de satisfaire les attentes des professionnels de la santé mère-enfant. En effet, la situation géographique du centre de santé joue un rôle assez important dans le maintien de la relation de soin en CPN. Bien que la politique sanitaire du pays ait enregistré des efforts concernant le rapprochement des centres de santé vers les populations et l'amélioration du trafic routier, 42.6% des gestantes considère que la distance à parcourir pour rejoindre un centre de santé influence les rapports entre soignant et soigné dans les unités de la CPN.

Contre toute attente, le problème de la distance s'avère plus ou moins mitigé. Grâce aux efforts des autorités sanitaires qui ont contribué à l'équipement de certains quartiers en centre de santé de reproduction, cette problématique est de moins en moins préoccupante. Au quartier Belleville par exemple, l'on constate que certaines femmes fréquentent le centre hospitalier d'Attienkro situé à plus de trois kilomètres de leur quartier. Malgré la distance à parcourir et l'état de la route, l'unité de la CPN du centre hospitalier d'Attienkro enregistre un grand nombre important de FE issues du quartier Belleville (voir figure 9).

Selon quelques propos recueillis auprès d'elles, les SF dans les centres privés accordent plus d'attention aux usagers. Ce même constat a été fait à la maternité de la maison de l'enfance de N'Gattakro, quartier proche d'Ahougnessou. La variable « distance » est peu citée par les usagers de la santé de la reproduction. Ces derniers se préoccupent de plus en plus à la qualité des soins reçus au sein de cette partie de l'hôpital. La carte ci-contre présente la position géographique des formations sanitaires de la reproduction qui sont en fonction au sein de la ville de Bouaké.

**Figure 9** : Carte de la ville de Bouaké



Source: BNETD, 2001; GOOGLE MAPS, 2017

Conception et réalisation: DEMBELE Aly et TUO Ardjouma,

**Tableau 11** : Les facteurs liés à la MMR

Facteurs		
Quels sont les facteurs liés à la mortalité maternelle et infantile?		
Effectif moyen : <b>84,90</b>		
Somme des pourcentages différente de 100 du fait des réponses multiples et des suppressions.		
	Nb	% obs.
Pauvreté	<b>265</b>	<b>72,4%</b>
Distance des centres de santé	<b>156</b>	<b>42,6%</b>
Mariage pécosse	<b>107</b>	<b>29,2%</b>
Négligeance du personnel soignant	<b>104</b>	<b>28,4%</b>
Analphabétisme	<b>89</b>	<b>24,3%</b>
Culture	<b>52</b>	<b>14,2%</b>
Culture de l'hopital	<b>39</b>	<b>10,7%</b>
Religion	<b>22</b>	<b>6,0%</b>
Politique	<b>11</b>	<b>3,0%</b>
Poligamie	<b>4</b>	<b>1,1%</b>
<b>Total</b>	<b>366</b>	

Source : Enquêtes TUO A., 2017

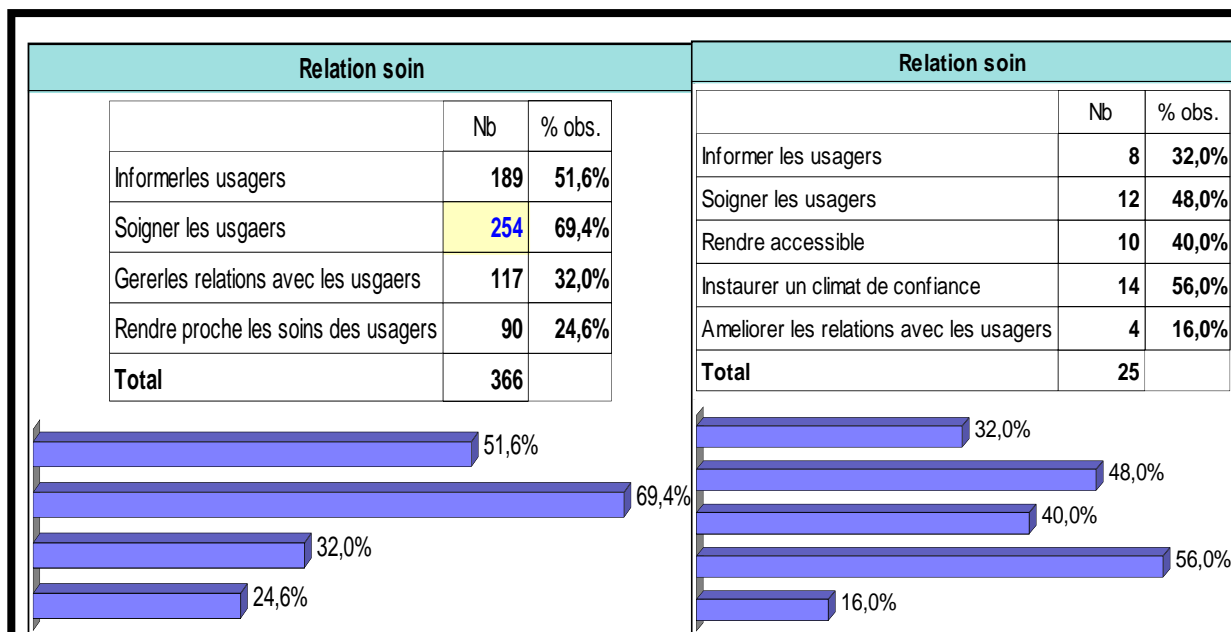
### I.3. La logique de communication

La pratique sanitaire en CPN implique la mise en relation entre le prestataire de santé et l'utilisateur. L'instauration du contact est déterminante pour l'interprétation des signes et des messages que les protagonistes échangent durant leur "séjour". La fonction de la communication à ce stade est perçue différemment par les usagers de la CPN.

Pour 69.4% des FE de notre étude, la communication de relation de soin consiste à rassurer l'utilisateur de la CPN face à ses inquiétudes. Ainsi, 51.6% d'entre elles attend du personnel soignant des informations rassurantes portant sur leur état de santé et celle du futur enfant. Le but recherché par les consultées est l'information portant sur leur état de santé. Cependant, pour les 16.0% des SF, la communication consiste à améliorer les relations avec les usagers. Elle est considérée pour ces dernières comme un canal d'information et d'investigation (voir tableau 12). Pour les gestantes qui se rendent à la CPN, la communication ne

se résume pas à la simple transmission d'informations. Elle prend en compte tous les signes verbaux et non verbaux qui interviennent durant leur séjour au sein de l'unité de la CPN. Ces signes sont interprétés par chaque usager de la CPN selon sa situation socioprofessionnelle, culturelle et religieuse.

**Tableau 12** : La fonction de la communication en CPN



**Source** : Enquêtes TUO A., 2017

### I.3.1. Les acteurs permanents de l'unité de la CPN

L'unité de la CPN représente l'espace géographique exclusif réservé à la santé de la dyade mère-enfant. La considération communautaire de ce service de l'hôpital s'inspire de la nomenclature accordée à cette unité et à la prédominance du genre féminin au sein du personnel de santé qui y intervient. En effet, 28.0% des prestataires de santé enquêtés sont constitués de SF. Seul 16.0% constitué de AS et 8.0% de conseillères communautaires sont proviennent des ONG partenaires aux formations sanitaires (voir tableau 13).

L'effectif du genre masculin est faible. En général, ce sont les médecins gynécologues affectés ou qui interviennent en free-lance. Face à cette

représentation du centre de santé de la reproduction, les autorités sanitaires encouragent les gestantes à se faire accompagner de leur conjoint à la CPN. Cependant, pour les femmes enceintes qui fréquentent les formations sanitaires, l'idée de se faire accompagner du conjoint est considérée comme gênante. À en croire l'une de nos enquêtées : « *C'est un sentiment de gêne que je ressens lorsque mon mari m'accompagne à la CPN. Je préfère qu'il m'offre les frais nécessaires pour le faire que de me suivre.* » De plus, lorsque le besoin se fait sentir, c'est-à-dire en cas de nécessité de la présence du conjoint en CPN, les répondants au RDV de la SF sont moins nombreux. Ce cas de figure arrive généralement lorsque la gestante est testée positive au VIH/SIDA.

**Tableau 13 :** Fonctions des prestataires de la santé en CPN

<b>Fonction - Quelle fonction occupez-vous au sein du service CPN?</b>		
<b>'infirmier(re)' (9 observations)</b>		
	Nb	% cit.
infirmier(re)	9	36,0%
sage-femme	7	28,0%
aide-soignant(e)	4	16,0%
médecin	3	12,0%
Conseiller communautaire	2	8,0%
pharmacien(ne)	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>

Source : Enquêtes TUO A., 2017

### I.3.2. Le cadre de communication de la CPN

Les échanges au sein de l'unité de la santé maternelle et infantile se déroulent dans des environnements différents en fonction de la structure du centre. Le cadre de communication dépend de la disponibilité des infrastructures. Au CHU de Bouaké, la CCC de groupe se fait dans le hall de la maternité, lieu qui



sert de salle d'attente. Dans les formations sanitaires de quartier, le lieu de cette communication de groupe varie. À la maternité de Koko, c'est l'appâtâmes qui est utilisé pour cette activité. À l'unité sanitaire de Nimbo, elle se déroule dans le couloir qui sert d'attente. Quant aux centres de santé maternelle de Sokoura et de Belleville 2, une salle est réservée pour la causerie de groupe.

Le cadre de communication dans le milieu de l'hôpital est fondamental pour la relation de soin. Ainsi, 63.1% des FE considérées par l'étude estime que la salle d'écoute est le lieu le mieux indiqué pour la bonne communication. Pour 16.4% d'entre elles, le hall favorise l'échange et la confiance avec le personnel de soin (voir tableau 14). Elle renforce la confiance et permet de protéger l'intimité du patient.

Concernant les acteurs de la communication, ils se distinguent en fonction du besoin et du cadre. Dans la salle d'écoute, la SF est assistée par les AS pendant la prestation de soin. Il en est de même pour le dépistage et la délibération du statut suite aux différents tests de dépistage. Au niveau de la CPN à proprement dite, dans les formations sanitaires de quartier, c'est la SF qui en est la responsable. Au CHU de Bouaké, cette tâche revient à un médecin gynécologue.

**Tableau 14 : Préférence du cadre de communication**

<b>Lieu communication</b>		
Quel lieu vous semble le mieux indiquer pour la communication usager/personnel soin au sein du service CPN?		
Effectif moyen : <b>91,50</b>		
	Nb	% cit.
Hall	<b>60</b>	<b>16,4%</b>
Salle d'écoute	<b>231</b>	<b>63,1%</b>
Salle d'hospitalisation	<b>44</b>	<b>12,0%</b>
Salle d'accouchement	<b>31</b>	<b>8,5%</b>
<b>Total</b>	<b>366</b>	<b>100,0%</b>

Source : Enquêtes TUO A., 2017



### **I.3.3. Les moyens de communication en CPN**

Le moyen de communication par excellence au sein de l'unité de la CPN est la communication verbale. Les données recueillies auprès du personnel soignant montrent que 96.0% des SF enquêtées se réfèrent à la communication orale. Ainsi, préfèrent-elles tutoyer leurs interlocuteurs en vue de réduire les barrières de communication. Le cadre de communication le plus long est la CCC de groupe. Elle est animée par la SF avec l'appui d'un support visuel en vue d'illustrer son propos. En général, elle fait de ce cadre, un canal d'éducation en santé génésique. Elle profite également pour évaluer le niveau de connaissance des participantes concernant la question de la santé de la reproduction.

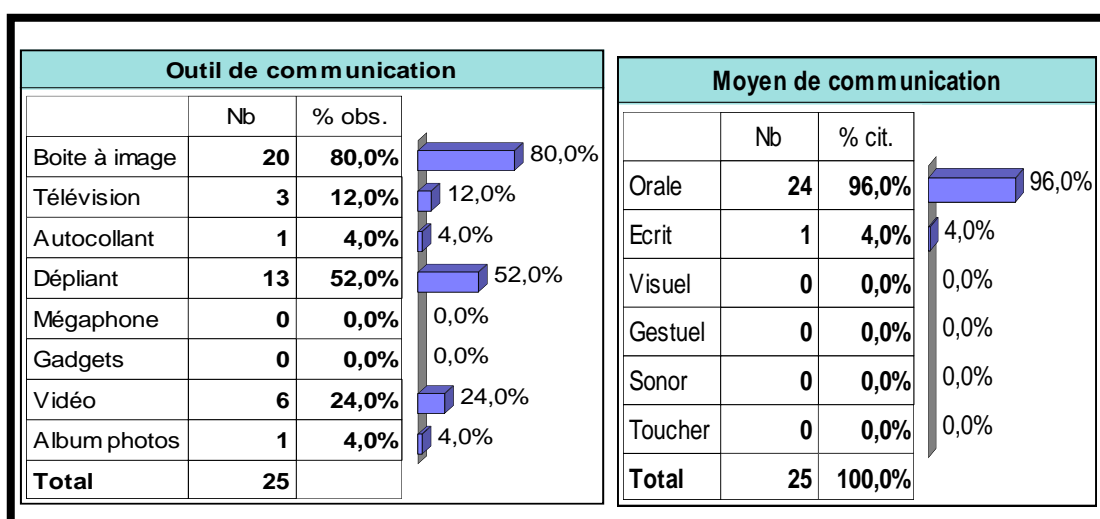
La causerie avec les FE peut durer 30 minutes et plus. À cet effet, l'animatrice utilise divers outils pour illustrer son propos. Par ailleurs, les avis de l'auditoire concernant la pertinence des outils divergent. Pour 12.0% de nos enquêtés, la télévision associant l'image et le son est quasiment absente dans les programmes de communication au sein des formations sanitaires. Outre cet outil, il y'a aussi la radio, moyen de communication audio à répétition. Bien que présente dans le quotidien des foyers, la radio contribue à l'éducation des communautaires à cause de son accès facile et sa mobilité. Contre toute attente, ces deux moyens de communication n'existent pratiquement pas dans les formations sanitaires. Aussi, les centres de santé de la reproduction n'ont aucun programme de collaboration avec une radio locale. Toutefois, certains centres de santé disposent d'un poste téléviseur. Mais, les diffusions concernent uniquement ceux du bouquet de la RTI. Ce canal ne propose pas de programme exclusivement réservé à la santé de la gestante et du futur enfant. Les quelques rares productions qui sont faites ne coïncident pas avec l'heure de la CCC de groupe des centres de santé.

Au CHU de Bouaké, le hall de l'unité de la maternité dispose des bancs d'attentes et de tables pour les prises de constantes. La télévision sert d'outil de distraction pour les patients et les parents de malades des unités de la CPN et du dispensaire. À l'image des centres de périphériques, les diffusions sont celles du bouquet RTI. Toutefois, 24.0% des FE enquêtées souhaitent le retour à l'usage

des vidéos cassettes ou cédéroms et 4 % encouragent l'actualisation des albums photos.

Aussi, dans le cadre de l'éducation des usagers de leur unité, les SF ont recours à d'autres moyens de communication. Selon notre enquête, 80.0% ont recours à la boîte à image lors de la CCC de groupe chaque matin avant de recevoir les usagers en salle d'écoute. Pour les cas infectés ou affectés par le VIH, le groupe de soutien constitue le moyen d'encouragement et de motivation à l'adoption d'une prophylaxie et de prise en charge psychologique. Cette dernière probabilité existe dans les centres de prises en charges des FE affectées et/ou infectées par le VIH-SIDA.

**Tableau 15 :** Les outils de communications préférés par les usagers de la CPN



Source : Enquêtes TUO A., 2017

### I.3.4. L'instance de décision en CPN

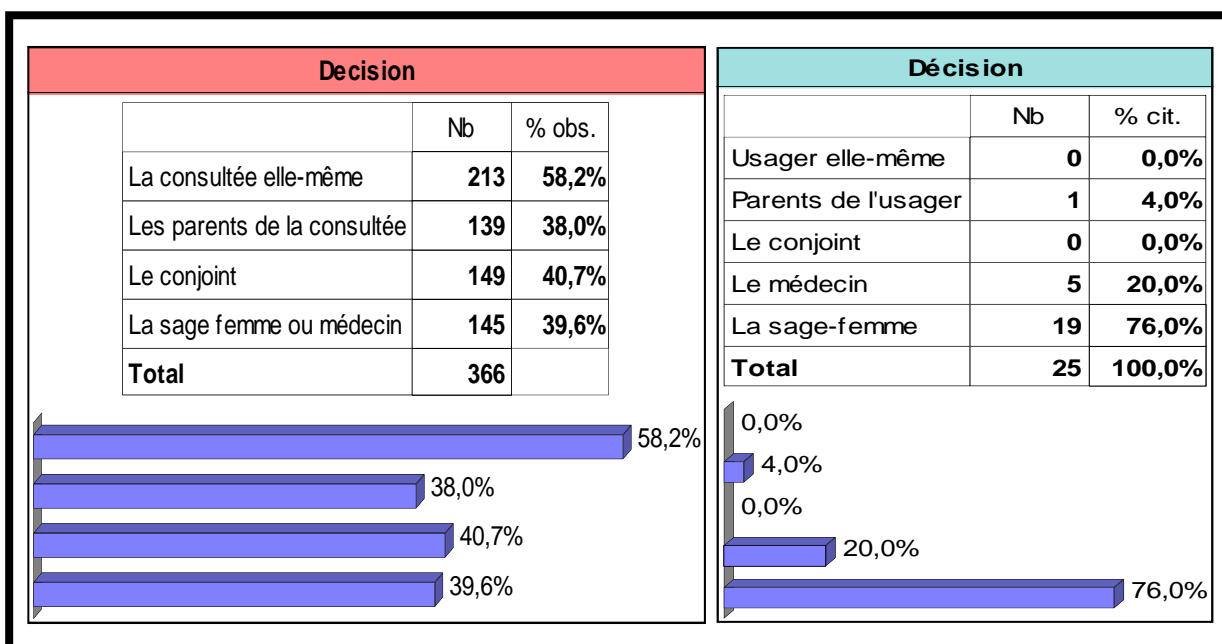
Dans le milieu de la santé, les prises de décision peuvent paraître parfois belliqueuses. En CPN, le personnel soignant est souvent confronté à des situations de prises de décisions face à l'état de santé de l'utilisateur. Les cas les plus fréquents en CPN sont les GEU, les cas d'anémie et les cas d'infection et d'affection. Lorsqu'une situation se présente, les professionnels de santé se trouvent dans une

situation de prise de décision afin de mettre la FE et son futur enfant à l'abri de tout danger. Cependant, le choix dans la prise de décision n'est pas universel.

Selon les prestataires de santé interrogés, au sein de l'unité de la CPN, 76.0% des décisions sont prises par le personnel soignant. Le soignant propose la décision / la prophylaxie à observer par la FE. La proposition n'a pas un enjeu décisif sur l'action à mener par le soignant, car, ce dernier impose le traitement à la gestante même si cette dernière n'est pas d'accord. Cette situation est fréquente lors de la première CPN. Concernant le test de dépistage à VIH/SIDA, bien qu'il soit proposé à la FE, la réponse de cette dernière importe peu pour la SF dans la prise de décision. Selon la politique en vigueur, le test est obligatoire pour toute FE qui se rend à la première CPN (stratégie B+).

Cependant, en cas de positivité au VIH-SIDA, le choix de la prophylaxie et du centre de prise en charge sont laissés à la portée de la FE infectée. Les attentes des usagers de la CPN ne concordent pas forcément avec la culture de l'hôpital. Pour 58.2% des gestantes, le choix de la décision revient à la gestante elle-même. Selon 40.7% de cette population considérée, le conjoint est la personne idéale en cas de prise de décision. L'avis de cette dernière influence généralement le comportement de la gestante au sein de la cellule familiale. Seul 39.6% concède le choix au personnel soignant.

**Tableau 16 :** Les acteurs de décision et les attentes des FE en situation de prise de décision en CPN



Source : Enquêtes TUO A., 2017

## II. La dimension socio-anthropologique de la CPN

Après avoir administré les données collectées, il ressort qu'un ensemble de facteurs socioculturels et anthropologiques sont déterminants dans la relation de soin en CPN. Nous les avons regroupés en fonction des thèmes de références.

### II.1. Les déterminants socio-anthropologiques de la CPN

#### II.1.1. La question du genre à la CPN

L'être le plus permanent au sein de l'unité de la CPN est la femme. Au niveau des prestataires de la santé, on dénombre un effectif de femmes qui supplante celui des hommes. Les données analysées estiment à 60.0% l'effectif de femmes au sein du personnel soignant. Il s'agit de SF, d'AS et d'ASC. Parmi cet effectif, on dénombre 40% d'hommes en général des médecins gynécologues ou des infirmiers. Concernant les médecins, chaque formation sanitaire dispose d'un

seul médecin. Cependant, il arrive constamment des moments où ce dernier est absent à cause de ses prestations dans les cliniques privées (voir tableau 17).

Au sein des communautaires, le rôle de l'homme dans la santé du couple mère-futur enfant est considéré comme un sujet tabou. À en croire l'une des FE enquêtées, « *l'homme n'est présent que pour répondre aux besoins financiers de celle qui porte le futur bébé. Se faire accompagner à la CPN par son conjoint est considéré comme une honte.* » Par conséquent, les probabilités de se faire accompagner par son conjoint ou un membre de la famille sont minimales. Les rares cas sont possibles que lorsque la gestante présente des signes de complication de grossesse ou se trouve en situation de travail.

La représentation accordée au centre de santé de la reproduction amène l'homme à être le grand absent dans le processus de prise en charge de la grossesse. Sa charge est réduite à la simple contribution financière. Ainsi, la prise en charge psychologique et médicale est laissée à l'appréciation du personnel de soin, singulièrement à la SF. C'est donc à la femme (SF, gestante) que revient la prise en charge du bien-être du couple mère-enfant.

**Tableau 17** : Le pourcentage du genre des prestataires de la santé en CPN

Genre		
	Nb	% cit.
Masculin	10	40,0%
Feminin	15	60,0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>

**Source** : Enquêtes TUO A., 2017

### II.1.2. La situation matrimoniale

En général, on s'attend à ce que les FE en CPN soient des femmes mariées ou du moins en couple. Pour ce qui est de cette étude, il ressort qu'un grand nombre de cette population est constitué de jeunes filles célibataires ou vivantes seules avec la grossesse. En effet, 20.2% de nos enquêtées sont des

femmes mariées et 31.7% vivent en couple, tandis que 38.5% sont célibataires (voir tableau 18). Elles sont pour la plupart des élèves, des jeunes étudiantes ou des déscolarisées engagées dans la vente d'articles ou l'artisanat.

Ces dernières ignorent par moment l'auteur de leur grossesse ou ont vu la grossesse refusée par la personne désignée. Elles vivent pour la plupart chez leurs parents ou vivent seules en location. La charge des frais de la grossesse leur revient à priori ou à leurs parents. Cette prise en charge peut durer jusqu'à l'accouchement et même après l'accouchement. À la CPN, elles subissent parfois des traitements malencontreux de la part du personnel soignant selon nos enquêtées.

Les jeunes filles (primipares et multipares) qui se rendent à la CPN contractent la grossesse en général par manque d'informations concernant la santé de la reproduction. Pour la plupart d'entre elles, la grossesse dite juvénile est la résultante d'une aventure provoquée soit par la situation économique (pour les élèves et étudiantes) soit par les projets flatteurs d'un homme marié ou d'un jeune fonctionnaire. C'est aussi le cas pour certaines en quête de foyer stable.

**Tableau 18** : Les contraintes sociales de la CPN

Situation matrimoniale		
	Nb	% cit.
Célibataire	141	38,5%
En couple	116	31,7%
Mariage	74	20,2%
Divorce	19	5,2%
Veuve	16	4,4%
<b>Total</b>	<b>366</b>	<b>100,0%</b>

**Source** : Enquêtes TUO A., 2017

### II.1.3. Le niveau d'instruction des usagers de la CPN

Les interactions au sein de l'unité de la CPN mettent en relation des acteurs issus de différentes couches sociales. Le personnel soignant adapte le

langage d'une FE à une autre en fonction du niveau d'instruction. Il en est de même pour l'animation de la CCC. En effet, les femmes qui se rendent à la CPN proviennent essentiellement des ménages. Celles qui ont un niveau d'instruction avancée sont des étudiantes des universités et des collèges de la ville et des villes environnantes. Elles sont réparties comme suit : 30.1% sont des élèves et 23.0% sont des étudiantes.

En sus de cette catégorie de FE instruites, les gestantes ayant un niveau d'instruction révolu constituent 29.5% de l'échantillon. Ce taux élevé de gestantes analphabètes oblige le recours aux langues vernaculaires durant les échanges en CPN. En en croire une SF, « *l'usage des langues locales telle que le baoulé et le dioula sont choses courantes dans notre métier ici à Bouaké.* » À côté donc des obstétriciennes qui ne comprennent pas ses dialectes, les ASC s'essaient en traduction pour rendre la communication possible (voir tableau 19). Celles-ci sont en général des bénévoles en provenance des ONG qui interviennent dans le sens de la promotion du bien-être de la santé de la reproduction. Elles sont donc équipées en matière de communication pour le changement de comportement.

**Tableau 19 :** Niveau d'instruction des usagers de la CPN

Etude			
Quel est votre niveau d'étude?			
Effectif moyen : <b>91,50</b>			
	Nb	% cit.	IC
Sécondaire	<b>110</b>	<b>30,1%</b>	<b>26,6% &lt; f &lt; 33,5%</b>
Analphabète	<b>108</b>	<b>29,5%</b>	<b>26,1% &lt; f &lt; 32,9%</b>
Universitaire	<b>84</b>	<b>23,0%</b>	<b>19,8% &lt; f &lt; 26,1%</b>
Primaire	<b>64</b>	<b>17,5%</b>	<b>14,6% &lt; f &lt; 20,3%</b>
<b>Total</b>	<b>366</b>	<b>100,0%</b>	

**Source :** Enquêtes TUO A., 2017

#### **II.1.4. Les CPR fréquents en CPN**

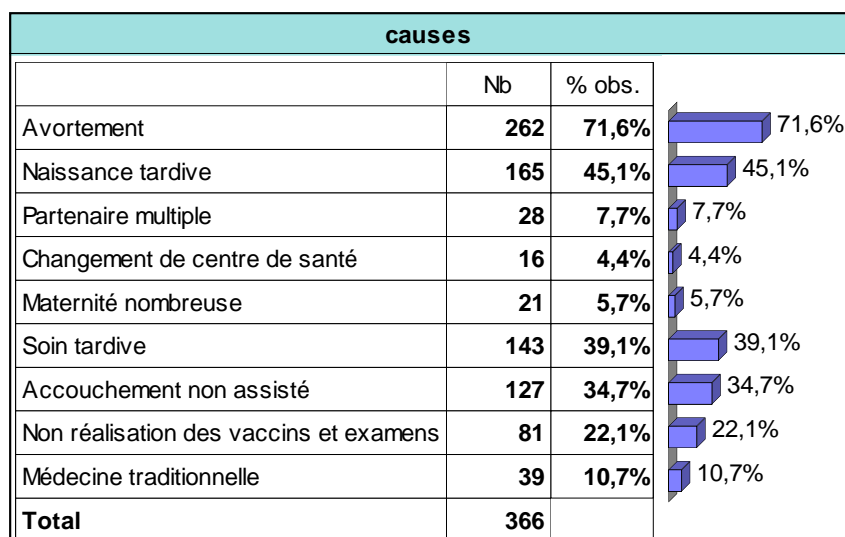
Le dépouillement des données (tableau 20) montre que le comportement de certains protagonistes de la CPN est défavorable à la bonne marche de la relation de soin. Au niveau des FE, il ressort que 39.1% d'entre elles se rend tardivement en CPN. Autrement dit, elles se rendent au centre de santé juste pour l'accouchement. Elles ne respectent pas les quatre CPN souhaitées par le système sanitaire ivoirien. Par ailleurs, 71.6% affirment avoir fait au moins une fois un avortement provoqué et 34.7% ont déjà accouché à domicile sans l'assistance médicale.

En outre, le système sanitaire génésique est fortement contrarié par les prestataires de la médecine traditionnelle. Bien que les FE fréquentent la médecine moderne, bon nombre d'entre elles préfèrent se faire suivre par un tradipraticien ou une matrone traditionnelle. Seul 10.7% de la population enquêtée estime que la médecine locale est un danger pour le bon développement de la grossesse. Par moment, « *la SF vous conseil de vous faire accompagner par les connaissances de la médecine des parents* », nous a laissé entendre l'une des FE enquêtées.

La CPN traditionnelle constitue ainsi un second moyen de prise en charge de la grossesse pour 10.7% des gestantes. Elles sont en général des multipares ou des primipares qui se laissent influencées par l'automédication.



**Tableau 20** : Les indicateurs des CPR fréquents en CPN



**Source** : Enquêtes TUO A., 2017

### II.1.5. Le coût du séjour en CPN

Au regard des remous sociaux qui ont secoué notre civilisation, donner la vie a un coût. Autrement dit, donner naissance vaut un prix. Malgré la politique nationale de la gratuité de la santé mère-enfant, les FE déboursent des sommes peu négligeables en CPN. À chaque RDV, la gestante doit prévoir une à deux pairs de gan dont le prix varie entre 200 francs CFA et 500 francs CFA selon le centre de santé. Le kit de consultation comporte un thermomètre et le carnet de santé. Ce dernier est vendu à la première CPN.

Concernant le carnet de santé, le MSLS à travers le PNSI/SE a élaboré un nouvel outil de communication en santé de la reproduction. Il s'agit du nouveau carnet de santé de la mère et de l'enfant. Lequel carnet offre de plus amples informations sur le cadre de vie et l'état de santé de la dyade mère-enfant. Il coûte 500 francs CFA au lieu de 200 francs pour l'ancien.

Selon les dispositions prévues par le carnet du PNSI/SE, à partir de la 15<sup>e</sup> SA soit 105 jours (trois mois et demi), la FE doit faire une échographie et commencer à se faire suivre par une SF. Le coût de l'échographie varie entre huit

mille francs CFA et dix mille francs CFA selon le service. Au total, la gestante doit faire quatre examens échographiques avant la 40<sup>e</sup> SA (280 jours soit neuf mois). L'examen échographique est déterminant pour la prévention de complications liées à la grossesse. Il faut noter que chaque CPN est sanctionnée par une ordonnance médicale avec une prescription alimentaire. La FE doit se procurer tous les produits prescrits et subir le traitement avant la prochaine CPN.

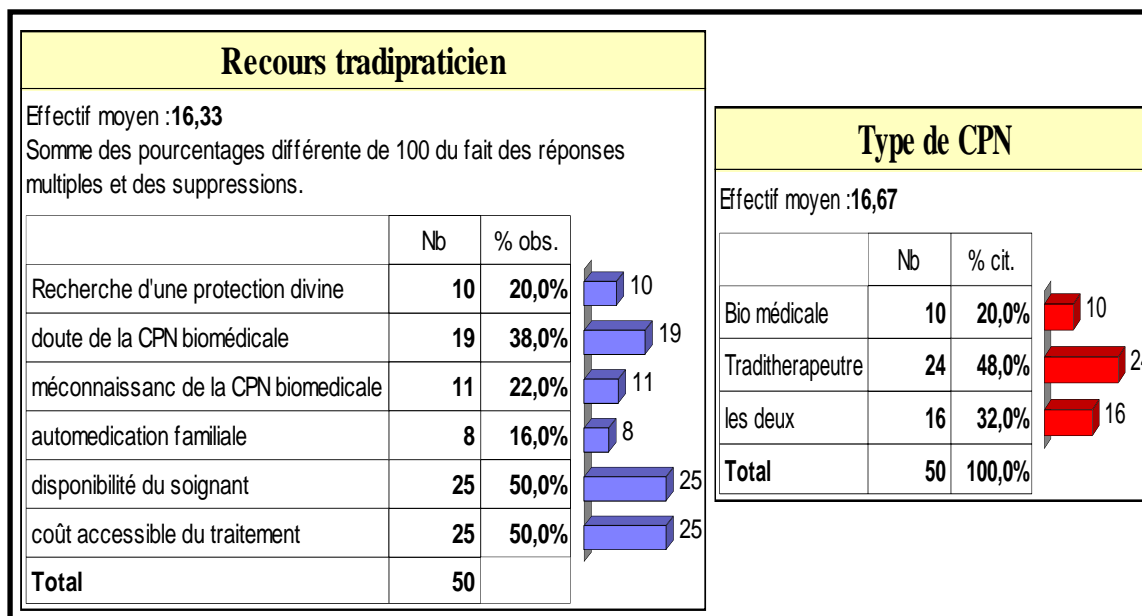
## **II.2. Études des perceptions de la CPN traditionnelle**

### **II.2.1. La distinction entre la CPN traditionnelle et la CPN biomédicale**

La CPN traditionnelle est considérée comme un concurrent fondamental de la CPN biomédicale. En effet, les données de notre enquête auprès des gestantes des aires sanitaires considérées montrent que plus de 48.0% d'entre elles fréquentent uniquement la CPN traditionnelle avant de se rendre tardivement à la CPN biomédicale pour l'accouchement. Seul 20.0% de cette population se rend seulement en CPN biomédicale. Parmi elles, 32.0% des gestantes préfèrent utiliser les deux types de CPN. Le recours à la CPN traditionnelle est considéré comme un fait social (confère tableau 21).

En effet, parmi la population étudiée, 50.0% considère que le coût et le traitement à la CPN traditionnelle sont accessibles. De plus, le soignant est disponible et facile d'accès. Outre ces facteurs sociaux, la disponibilité des informations à la CPN biomédicale est mise en cause. Environ 22.0% des gestantes affirment méconnaître les bienfaits de la CPN biomédicale. Ainsi, certaines FE, soit 16.0 % pratiquent la CPN traditionnelle par tradition familiale et 20.0 % est en quête de protection divine.

**Tableau 21** : Raisons de fréquentation de la CPN traditionnelle et Le taux de fréquentation des types de CPN



Source : Enquêtes TUO A., 2017

### II.2.2. Les avantages de la CPN traditionnelle

Le recours à la CPN traditionnelle est un fait recourant chez les communautaires en milieu urbain. Malgré la proximité des centres de santé maternelle et infantile, les gestantes fréquentent davantage la CPN du tradithérapeute. Cette motivation indéfectible est conditionnée par les croyances qui sous-tendent la CPN traditionnelle. En effet, selon 56.0% des gestantes de notre enquête, la CPN du tradipraticien est un moyen qui garantit un bon développement de la grossesse. Dans cette même vision, 40.0% de cette population considérée désigne la CPN traditionnelle comme une pratique qui garantit un accouchement à voix basse, c'est-à-dire “*un accouchement facile.*”

Outre la confiance renouvelée par les gestantes qui fréquentent la CPN du tradipraticien, l'implication et l'attention du consultant constituent une raison de motivation pour les clientes de cette CPN. Selon 58.0 % des FE de notre échantillon, la prestation et le traitement de la CPN traditionnelle ont un caractère

domestique. La FE bénéficie d'un suivi de ce dernier en fonction de l'âge de la grossesse et de l'état de santé de la gestante.

C'est cette raison qui conduit plus de 42.0 % d'entre elles à soutenir l'assertion selon laquelle cette CPN est propice pour un bon suivi de la part du praticien. La CPN du tradipraticien constitue une garantie pour la mère et son enfant face aux différentes forces occultes. Elle contribue aussi à renforcer les capacités intellectuelles de l'enfant. Elle est considérée comme une science supra-médicale.

**Tableau 22 :** Les indices de la motivation de la FE à la CPN traditionnelle

<b>CPN traditionnelle</b>		
4 valeurs différentes		
Effectif moyen : <b>24,50</b>		
Somme des pourcentages différente de 100 du fait des réponses multiples et des suppressions.		
	Nb	% obs.
Bon suivi du soignant	21	42,0%
bon développement de la grossesse	28	56,0%
accouchement garanti	20	40,0%
traitement adapté et moins couteux	29	58,0%
<b>Total</b>	<b>50</b>	

**Source :** Enquêtes TUO A., 2017

La communication est l'essence de la relation de soin en CPN. Elle intervient dans les différentes étapes de la consultation gènesique au sein de l'unité de la CPN. Les acteurs, de façon consciente ou inconsciente émettent des signes tant verbaux que non verbaux durant leur séjour au sein de l'unité de la CPN. Toutefois, certaines valeurs intrinsèques ou extrinsèques aux acteurs de la relation de soin en CPN, précisément, au niveau de la SF et la FE se manifestent pendant les interactions. Celles-ci nécessitent une analyse et un processus de compréhension en vue de mieux interpréter les messages transmis. L'analyse des facteurs explicatifs des comportements des acteurs de la CPN vise à déterminer

l'impact de la communication dans le processus médicale de la prise en charge de la grossesse.

## **CHAPITRE IV : ANALYSE DES FAITS LIÉS À LA RELATION DE SOIN ET LE CHANGEMENT SOCIAL EN CPN**

Dans le précédent chapitre, nous avons exposé les données recueillies lors de la collecte de données. Nous avons procédé par un tri en regroupant les résultats par thème de référence et par mode d'action. Cet exercice s'est soldé par des résultats de données analysées à travers des tableaux de valeurs à plats ou regroupés. Ce sont ces différents tableaux qui sont interprétés dans les lignes qui suivent.

Néanmoins, il sied de rappeler que nos interprétations ont pour ligne directrice, l'amélioration des interactions au sein de l'unité de la CPN dans les formations sanitaires urbaines, en particulier, celles de Bouaké. Par conséquent, la question de la perception et de la représentation de la relation des protagonistes de l'univers de la santé de la dyade mère- futur enfant ont été mis au cœur de nos analyses.

### **I. La polémique des signes comportementaux liés à la CPN**

L'unité de la CPN est confrontée à une flopée de difficultés qui mettent à mal la relation de soin durant le séjour de la gestante à l'hôpital. Nombre de problèmes ont été relevés. Cependant, le problème de la pertinence de la communication dans la bonne gestation de la prise en charge de la gestante est mis en cause par les acteurs de la CPN. Le terme « communication » connaît différentes considérations au sein de l'univers de cette partie de l'hôpital. Ainsi, le comportement de chaque protagoniste de cet espace hospitalier varie en fonction de l'orientation accordée à cet axiome.

L'incommunication est perçue comme la cause des maux qui minent la relation de soin au sein du service de la maternité. De part et d'autre, les acteurs s'accusent et se rejettent la responsabilité de la mauvaise gestion de l'information. Il en est de même pour l'interprétation des signes verbaux et non verbaux qui interviennent à la CPN. L'implication des parties prenantes dans la relation de soin est influencée par le rôle que chacun joue dans cette collaboration clinique.

Les attitudes en CPN se soldent parfois par des comportements thérapeutiques considérés comme inappropriés au cadre sanitaire et défavorables au bon développement de la grossesse.

## **I.1. La représentation socioprofessionnelle de la relation de soin en CPN**

### **I.1.1. Se soigner : la résultante de la relation de soin**

L'analyse de la perception de la relation de soin chez les 366 FE concernées par l'étude se solde par une différence avec la répartition de référence très significative. Le Chi 2 est égal à 100.93; le degré de liberté (ddl) est évalué à 4.1 et la proportion (p) est égale à 99.99%. La case encadrée en bleu est celle pour laquelle l'effectif réel est nettement supérieur et celle en rose est celle dont l'effectif réel est nettement inférieur à l'effectif théorique. L'intervalle de confiance à 95% est donné pour chaque modalité (voir tableau 23).

La lecture du tableau 23 montre que les gestantes considèrent l'action de soigner comme le socle de la relation de soin. Par conséquent, elles accordent peu d'intérêt à l'accès aux soins. L'aspect relationnel de la prestation thérapeutique subit une négligence de la part des gestantes à la CPN. Celles-ci sont plus préoccupées par la finalité de la fréquentation du centre de santé, c'est-à-dire, bénéficier d'une bonne progression de la grossesse et se sentir en bonne santé. Ainsi, elles espèrent trouver satisfaction à leur besoin imminent, autrement, soulager leur mal ou du moins, avoir des informations sur l'évolution de la grossesse.

Ici, c'est le besoin de se sentir en sécurité qui est attendu par les usagers de la CPN. Il s'agit de rechercher la bonne santé. Toutefois, la sous-représentation de la variable « *informer les usagers* » démontre la soumission et/ou la position de faiblesse des FE en CPN qui se laissent guider par un sentiment de confiance à l'égard du personnel soignant. Selon la pyramide des besoins proposés par Abraham MASLOW, ce sentiment équivaut au deuxième niveau des besoins de l'être humain. Par conséquent, la maïeuticienne devient le

garant du bien-être de la dyade mère-futur enfant. Ses actes et ses paroles sont considérés comme des vérités incontournables pour la FE.

Cette représentation de la relation de soin par les gestantes influence la prestation soin en CPN. Elle conditionne la maïeuticienne en faisant d'elle le garant du bien-être de la FE. Autrement, dans cette relation du demandeur et du donneur qui s'installe entre les protagonistes de la santé génésique, la maïeuticienne est considérée comme le maillon fort de la relation et l'utilisateur se conçoit comme dépourvu connaissances.

**Tableau 23** : Résultats écart type de la perception des FE concernant la relation de soin

Relation soin	Nb. cit.	Intervalles de confiance
Informers les usagers	189	46,5% < 51,6 < 56,7%
Soigner les usagers	443	100,0% < 121,0 < 121,0%
Gérer les relations avec les usagers	560	100,0% < 153,0 < 153,0%
Rendre proche les soins des usagers	650	100,0% < 177,6 < 177,6%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>366</b>	

Source : Enquêtes TUO A., 2017

### I.1.2. La question de la relation de soin en CPN chez les SF

L'étude de la qualité de soin met en évidence deux variables : il s'agit de la relation de soin (variable dépendante) et la responsabilité de la SF en CPN (variable indépendante). L'étude de la correspondance de la variable dépendante et de la variable indépendante est représentée par une carte factorielle (Figure 9). C'est une surface constituée de points mis en relation grâce à un premier axe factoriel (Axe 1) et un second axe (Axe 2). La droite (Axe 1) représente celle des moindres carrés. Les éléments constitutifs de ces corrélations sont représentés par les cases rondes (variables indépendantes) et les cases rectangulaires (variables dépendantes). La droite (Axe 2) est une perpendiculaire abaissée formant le barycentre (pratique de l'accouchement).



Selon les données collectées, la prestation sanitaire de la maïeuticienne se résume en trois activités majeures : informer et rassurer les usagers, soigner les usagers et rendre accessible les soins en CPN. En mettant la relation thérapeutique chez les SF en relation avec leurs responsabilités au sein de l'unité de la CPN, l'on constate que de prime à bord, l'activité de « *procéder à l'accouchement* » constitue le barycentre de la figure de cette analyse factorielle. En effet, cette activité se situe au centre de la figure. On en déduit que celle-ci est la préoccupation primaire des maïeuticiennes qui se rendent à la CPN. Par ailleurs, les tâches de « *procéder à la CPN et examiner les usagers* » et celle de « *renseigner les registres* » sont plus proches du besoin d'« *informer et rassurer les usagers* ». Il se dégage alors un rapport de causalité d'où le désir d'informer et la pratique de la CPN débouchent sur une forte correspondance.

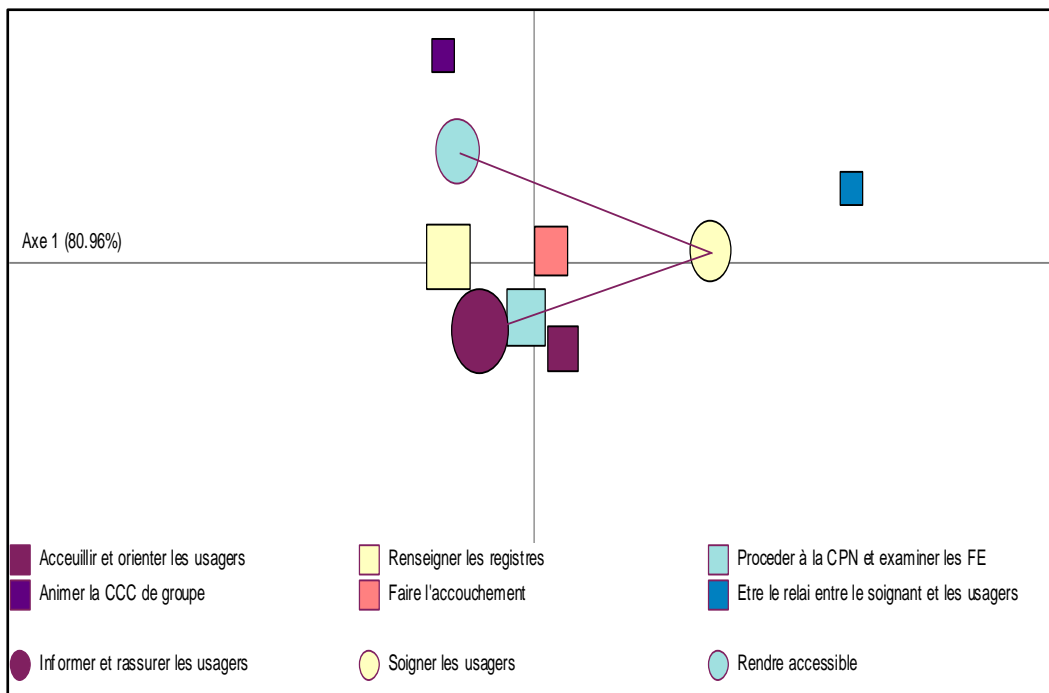
Par ailleurs, entre « *rendre accessible les soins* » et « *accueil et orientation des usagers* », il existe un rapport d'opposition par rapport à la droite (Axe 2) en passant par le barycentre. La relation entre ces deux variables est négligeable. De ces deux préoccupations, il se dégage une relation asymétrique par rapport à la pratique de l'accouchement assistée au sein de l'unité de la CPN. Cependant, les variables « *animer la CCC* » et « *rendre accessible les soins* » sont voisines. Par conséquent, il se dégage une relation de correspondance entre elles. Somme toute, l'accouchement est perçu par les SF comme le socle de la relation thérapeutique en CPN. Cette activité, qui constitue l'épicentre de la figure factorielle est la finalité de toutes les actions de l'unité de la CPN.

Ainsi considéré, la SF se donne une autre orientation en dehors de celle que revêt la relation de soin en CPN. En effet, elle se laisse conduire dans un moule qui l'éloigne de l'éthique et la déontologie de la fiche de poste. Dans le souci d'instaurer un climat de confiance, elle accorde plus d'intérêt au renseignement des registres et à l'accouchement. Ces pratiques sont des fonctions à caractère sanitaire et non relationniste. Selon la fiche de poste, la maïeuticienne accompagne la femme (enceinte) ou le couple mère-enfant avant, pendant et après la naissance. Elle se charge du diagnostic, du suivi de la grossesse, de

l'accouchement, des soins postnataux et du suivi du nouveau-né (jusqu'à 28 jours de vie) tant au plan médical que psychologique et social.

Par conséquent, elle se doit de collaborer avec le pédiatre, l'anesthésiste, le médecin traitant, l'auxiliaire de puériculture, la puéricultrice, l'AS, le kinésithérapeute, l'assistante sociale, la FE et les parents de l'usager. Toute cette population constitue pour la SF et même pour la gestante, une cible de collaborateurs en vue de maintenir ou d'améliorer la relation de soin en CPN. La relation clinique trouve donc un sens grâce à l'ouverture de la maïeuticienne aux acteurs qui interviennent dans le processus du bien-être du couple mère-futur enfant. Une telle vision contribue à l'avancée vers un troisième niveau de besoin, c'est-à-dire, le besoin d'appartenance qui favorise l'écoute, l'estime des autres, l'appartenance à un groupe.

**Figure 10** : Représentation factorielle de la relation de soin et la responsabilité de la SF en CPN



Source : Enquêtes TUO A., 2017

## I.2. Le choix de la cible dans la relation de soin en CPN

### I.2.1. La prédominance de la SF dans la relation de soin en CPN

Selon les données de cette variable, la différence avec la répartition de référence est très significative. Le Chi 2 est estimé à 217.72 et le ddl est à 4.1. Concernant le (p), il est évalué à 99.99%. La case encadrée en bleu concerne celle pour laquelle l'effectif réel est nettement supérieur à l'effectif théorique. L'intervalle de confiance est à 95% est donné pour chaque modalité avec un échantillon de 366 enquêtés.

Les résultats de cette analyse consignés dans le tableau 24 présentent un fort taux de préférence de la SF comme interlocutrice des FE au sein de l'unité de la CPN. Il se dégage un constat de généralisation dans le choix de celle-ci comme partenaire par excellence de la relation thérapeutique à la CPN. Cette dominance supplante la fréquence de l'AS et du médecin à cause de la taille du centre de santé et la représentation sociale des gestantes concernant les rapports entre usagers de la CPN et soignant.

Bien entendu, l'intervention de la SF dans le processus de consultation tient compte de ces paramètres sus mentionnés. Cependant, elle se charge en général de la visite gestationnelle. Compte tenu de ce « *préjugé social* », elle se présente comme la personne la plus souhaitée par les gestantes qui se rendent à la CPN. Les usagers la considèrent comme la personne la plus accessible pour le suivi de la grossesse. Dès lors, chacune des clientes du service lui accorde plus de crédit que les autres intervenants de la CPN.

**Tableau 24 :** Résultats écart type de l'interlocuteur préféré des FE en CPN

Interlocuteur	Nb. cit.	Intervalles de confiance
Sage femme	174	42,4% < 47,5 < 52,7%
Medecin	267	68,4% < 73,0 < 77,5%
Aide soignante	296	76,9% < 80,9 < 84,9%
Pharmacienne	315	82,5% < 86,1 < 89,6%
Conseiller communautaire	366	100,0% < 100,0 < 100,0%
<b>TOTAL CIT.</b>	<b>366</b>	

Source : Enquêtes TUO A., 2017

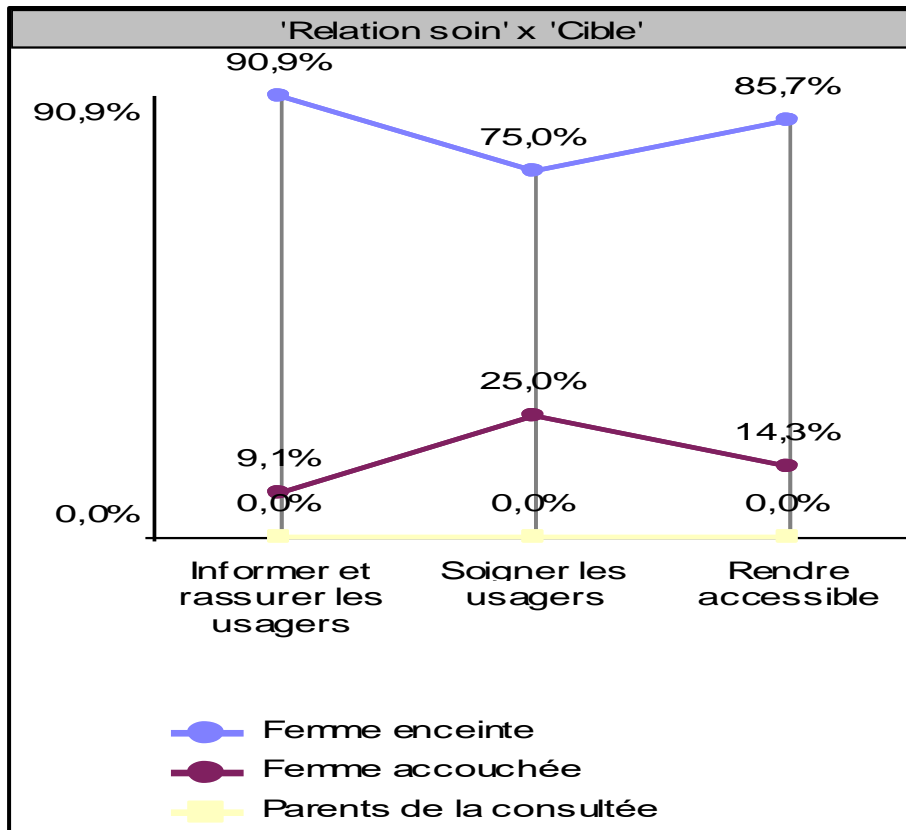
### **I.2.2. Les cibles privilégiées de la SF dans la relation de soin en CPN**

Le croisement de la variable « *relation de soin* » et celle de « *cible* » évalue les raisons du choix des interlocuteurs des usagers de la CPN au sein de cette unité de l'hôpital (Figure 10). Selon les prestataires de soin en CPN, le devoir « *d'informer et de rassurer les usagers* » constitue le socle de l'instauration de la relation de soin. Ce souci de vouloir fournir les informations nécessaires pour faciliter l'exercice de la consultation prénatale amène la SF à maximiser son attention sur la femme enceinte. C'est autour de cette dernière que la prestation sanitaire de la maïeuticienne se déroule. L'intérêt qui lui est accordé empêche le maintien et/ou l'amélioration de la relation qui s'établi lors de l'accueil des gestantes par le personnel de soin.

En conséquence, la communication avec les parents des FE en CPN se fait occasionnellement. Les possibilités pour le personnel soignant d'instaurer le contact avec l'entourage des gestantes sont très réduites. Les SF semblent ne pas se préoccuper par ce besoin. Selon l'analyse de cette étude, en dehors de la FE, la catégorie de personnes privilégiées par la maïeuticienne est la femme accouchée et son enfant. Il s'agit ici de la relation post-natale. Il ressort alors, une différence significative entre l'éthique de la relation de soin et l'attitude adopté par les SF dans la préférence de la cible de communication.

En effet, l'impact de toute communication réside dans le bon choix de la cible. Pour établir une relation, il sied d'avoir des informations au préalable sur les interlocuteurs. Cette connaissance permet d'être précis dans la sélection des mots en vue de tenir un discours cohérent et pertinent. C'est pour cette raison que la réaction du récepteur est expressive dans la communication sociale. Les individus émettent des messages en vue de susciter une réplique de la part de leurs interlocuteurs. Dès lors, le fait d'être indifférent des aspirations des usagers de l'unité de la CPN engendre des situations de bruit dans la relation de soin. Une connaissance au préalable de ces femmes contribuerait à améliorer ou à maintenir un climat social apaisé.

**Figure 11** : Profil du tableau croisé de la relation de soin et le choix de cible de la SF



Source : Enquêtes TUO A., 2017

### I.3. Les signes comportementaux de la relation en CPN

#### I.3.1. La communication analogique dans la relation de soin

L'analyse du tableau 25 présente la situation de la pertinence des moyens de communication utilisés par le personnel de soin dans l'exercice de leur fonction en CPN. Selon les résultats, la différence avec la répartition est très significative. Le Chi2 est égal à 44.24. Quant au ddl, il est estimé à 2.1 et (p) est égal à 99.99%. L'intervalle de confiance à 95% est donné pour chaque modalité. La case encadrée en bleu est celle pour laquelle l'effectif réel est nettement supérieur à l'effectif théorique.

Au vu des données de cette étude, la communication orale au sein de l'univers de la CPN constitue une surreprésentation. Le personnel soignant dans

son ensemble est d'accord quant à l'usage de la communication verbale comme moyen privilégié de la relation thérapeutique dans le contexte de la santé mère-futur enfant. Cette position forte des soignants, particulièrement, de la SF accorde peu d'intérêt probable pour les autres moyens de communication.

En effet, les signes comportementaux sont « *ignorés* » dans le processus de la consultation gésésique. La kinésique semble être considérée comme un phénomène « *normal* ». Par conséquent, son impact sur la relation thérapeutique a tendance à être « *banalisé* » par le consultant. Il paraît ici, le sentiment de vouloir « *faire accepter* » ses volontés par les usagers sans tenir compte du sens codé que laissent entrevoir les signes non verbaux. Les sentiments, les aspirations, les craintes, bref, ce que peut ressentir la FE est laissé pour compte au profit des informations recherchées par le soignant grâce à la communication langagière instaurée.

Les faits comportementaux sont négligés au détriment du verbal. Pour le personnel de soin, c'est ce que dit la femme enceinte lors de la consultation qui est considéré. Les renseignements fournis ne sont nullement pas mis en relation avec ses faits et ses gestes. Pourtant, la communication, voire, la relation thérapeutique ne se limite pas à ce que raconte le « client ». Bien plus, elle cherche à établir un lien entre celui qui fournit les informations et la situation communicationnelle.

**Tableau 25** : Les moyens de communication utilisés par le personnel soin en CPN

Moyen de communication	Nb. cit.	Intervalles de confiance
Orale	24	88,3% < 96,0 < 103,7%
Ecrit	25	00,0% < 100,0 < 100,0%
kinisique	25	00,0% < 100,0 < 100,0%
<b>TOTAL CIT.</b>	<b>25</b>	

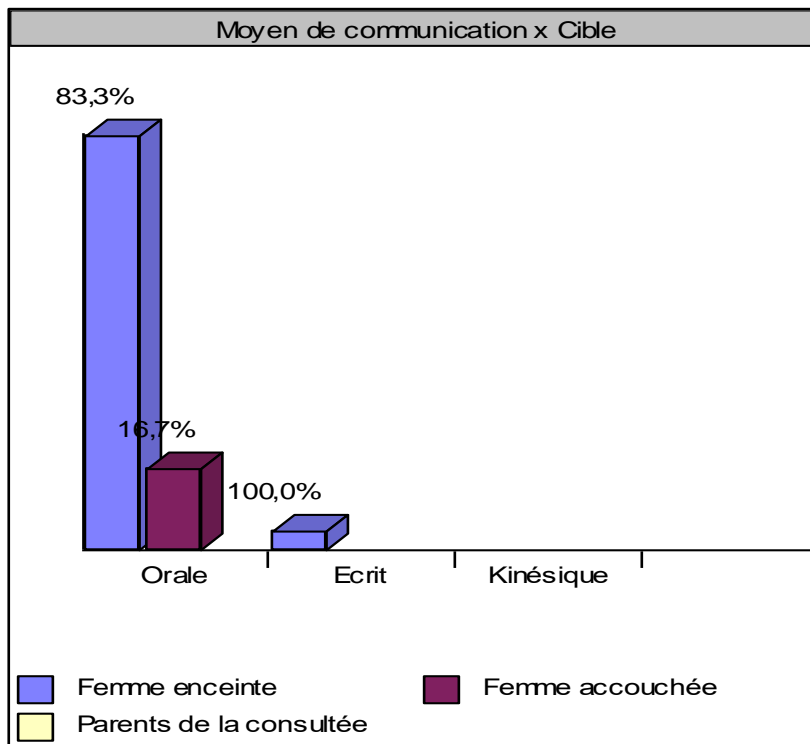
Source : Enquêtes TUO A., 2017

### I.3.2. Les atouts de la communication verbale en CPN

Dans le souci de déterminer le type de rapport qui se dégage dans la relation de soin en CPN, la variable dépendante « *Moyen de communication* » est mis en confrontation avec la variable indépendante « *cible* » (Figure 11). Il résulte de ce croisement, que le moyen de communication utilisé par les prestataires de soin en CPN, c'est-à-dire la SF, varie en fonction de la cible. Les bénéficiaires permanents de la relation de soin sont les FE, les FA et les parents de ces cibles respectives. Cependant, la gestante occupe une place prépondérante dans la communication thérapeutique de la CPN.

En effet, la moyenne des messages ciblant les usagers en CPN supplante celle des usagers de la consultation postnatale. Le moyen de communication le plus courant de la santé de la SSR est la « *communication orale* ». Deux raisons expliquent cette réalité : d'une part, le choix des prestataires de la santé génésique est en lien avec le sens que les différents protagonistes accordent à ce service. Il s'agit d'un « *préjugé* » selon lequel les services de la CPN ciblent les FE. Cette considération engendre une relation parallèle entre la communication verbale et le choix de la gestante comme cible. D'autre part, le niveau d'instruction de la gestante joue un rôle important dans le choix de la communication des SF. La figure ci-contre illustre au mieux la moyenne des données de notre enquête.

**Figure 12** : Histogramme accolé du croisement des moyens de communication et des cibles du personnel soin en CPN



Source : Enquêtes TUO A., 2017

### I.3.3. Les obstacles langagiers à l'implication des FE dans la relation de soin

À ce stade de l'étude, l'on évalue l'impact de la communication verbale sur l'implication du personnel soignant dans la relation de soin. Les résultats du traitement des données proposent une différence avec la répartition de référence très significative. Le Chi 2 est apprécié à 15.60 et (ddl) est égal à 3.1. Quant à (p), il est effectif à 99.99%. La moyenne de FE enquêtées ayant un niveau secondaire, c'est-à-dire, les élèves représente 30.1% de la population considérée. Comparées aux femmes analphabètes, les collégiennes et les lycéennes constituent une forte population d'utilisateurs du service de la CPN. Bien que cette catégorie soit talonnée par celle des illettrées avec une moyenne de 29.5%, la communication verbale constitue le moyen le mieux indiqué pour concilier cette population hétérogène



dans une situation de communication (tableau 26). C'est donc, « *la diversité sociale et intellectuelle* » qui favorise le recours à la communication analogique.

En sus de cette analyse, il sied de noter que les individus dans leurs interactions échangent des signes verbaux et des signes non exprimés. La communication entre les protagonistes se déroule au tour d'une relation analogique et digitale. Autrement dit, bien que les idées soient exprimées, les individus émettent des signes et/ou des symboles qui donnent du sens au message exprimé. Dans la relation de soin en CPN, ce principe sémiologique admet un regard critique sur les gestes qui accompagnent les paroles des parties prenantes de la relation thérapeutique au sein de l'unité de la CPN. Il s'agit entre autres du silence, des gestes, de la posture, bref, de tous les signes visibles et non visibles qui interviennent dans les situations de communication qui se dégagent. Dès lors, dans le processus de décodage des signes, une logique s'impose : celle de la considération des comportements associant paroles et attitudes.

En revanche, les gestes et la parole semblent être dissociables selon la logique du personnel de soin de notre étude. Les SF enquêtées ont tendance à « *standardiser* » la gestuelle durant l'exercice de leur fonction. Pour elles, les gestes sont produits de façon involontaires et n'ont aucune influence sur la relation clinique. Cependant, les gestes et la parole s'accompagnent dans toute situation de communication. Nous pouvons les répartir en quatre catégories :

- ***Les gestes déictiques***, qui servent à désigner à l'aide du doigt. Dans les échanges, la maïeuticienne indique parfois à l'aide des objets ou des images pour illustrer son propos : « *Assied toi là !* », « *Prends cette porte à gauche, tu verras la pharmacie* » ;
- ***Les gestes illustratifs*** associant parole et gestes ; il s'agit du point fermé pour exprimer la fermeté, du doigt levé pour témoigner un seul geste ou un acte unique, etc. : « *Prends ce comprimé une seule fois par jour* », « *c'est ta première consultation ?* » ;
- ***Les gestes intonatifs*** donnant une valeur à certains propos, notamment le battement des mains, le claquement des doigts, etc. ;

➤ *Les gestes quasi linguistiques* qui se substituent à la parole. Les illustrations sont diverses. On peut parler des deux mains de la FE sur la tête comme expression du désespoir.

**Tableau 26 :** Niveau d'étude des FE enquêtées

Etude	Nb. cit.	Intervalles de confiance
Analphabète	108	24,8% < 29,5 < 34,2%
Primaire	64	13,6% < 17,5 < 21,4%
Sécondaire	110	25,4% < 30,1 < 34,7%
Universitaire	84	18,7% < 23,0 < 27,3%
<b>TOTAL CIT.</b>	<b>366</b>	

Source : Enquêtes TUO A., 2017

#### I.4. La proxémie dans la relation de soin en CPN

##### I.4.1. Le cadre communicationnel de la relation de soin

L'analyse de la préférence dans le choix du lieu de communication voulu par les FE se solde par une différence avec la répartition de référence très significative dont le Chi 2 est égal à 288.19. Le (ddl) est estimé à 3.1 et le (p) est justifiable à 99.99%. Dans cette analyse, la salle d'écoute représente le lieu pour lequel l'effectif réel est nettement supérieur à l'effectif théorique. Par conséquent, il constitue l'endroit le plus souhaité par les usagers de la CPN pour l'entretien clinique. C'est d'ailleurs dans cette salle que se déroule la CCC individuelle et la consultation à proprement dite (voir tableau 27).

Cependant, la politique de l'hôpital varie d'un centre à un autre en fonction de sa taille et de sa capacité d'accueil. Il est fréquent que la CCC débute au hall, c'est-à-dire à l'accueil ou dans une salle d'accueil pour se poursuivre dans la salle d'écoute. Il se dégage une différence dans la disposition des interlocuteurs lors de l'entretien dans ces deux cadres de communication. Au niveau de la CCC de groupe, la SF se tient face aux FE venues en CPN pour les entretenir sur un sujet déterminé. Elle s'inscrit dans un style du « maître » (la SF qui éduque) et de « l'élève » (la gestante qui reçoit l'instruction). C'est donc un rapport « de force »,

voir un rapport « *du demandeur et du recevoir* » qui se dégage entre les protagonistes pendant la CCC de groupe. À ce niveau, la distance qui s'installe entre les interlocuteurs est plus ou moins importante et la communication est « *générique* ». Autrement, la communication est dite formelle et elle impose l'utilisation du vouvoiement pendant les prises de paroles.

De ce même rapport de force, il est plausible de constater « *l'omission* » de la salle d'accouchement et celle de l'hospitalisation lors des prises de parole de la SF. Ce choix révèle le degré de « *minimisation* » de l'état de santé de la gestante par le personnel de soin. En effet, cette dernière apparaît comme une personne ayant subi un changement physiologique dont les soins ne sont nécessaires que lorsque la grossesse est menacée par des complications.

En effet, la jonction entre la salle d'écoute et les autres salles, précisément le hall et la salle d'accouchement est « *divergente* ». Cet écart peut s'expliquer par « *l'irrégularité* » de la SF dans ces lieux. Ce sont les AS qui sont représentatives dans ces lieux. La SF intervient en général en cas d'urgence ou pendant les visites médicales. Le type de relation qui se dégage entre la maïeuticienne et l'usager est qualifié de « *rapport professionnel* ». De par son statut, le prestataire de santé en CPN se présente comme un éducateur pour son interlocuteur. Quant à la consultée, elle réagit comme un dépositaire d'informations.

En salle d'écoute, la distance entre les acteurs de la communication se rétrécit et la position de l'obstétricienne connaît une modification à cause du rétrécissement de l'espace de l'entretien. À l'instar de sa patiente, elle est assise, cette fois, de face. Cette nouvelle position donne une certaine « *assurance* » à la consultée. Débarrassée de « *la peur* » et de « *la méfiance* », cette dernière prend part aux interactions et s'exprime avec plus d'aisance. À ce niveau, la SF s'efforce de créer un cadre de communication plus restreint et peu formel. Elle fait appel au « *tutoiement* ». Ainsi, elle « *dépersonnalise* » de façon volontaire les règles basiques de l'interaction en vue de faciliter le contact et réduire au maximum les barrières de la communication. Le but de cette communication consiste à réduire

les « *obstacles* » liés à la communication. Cependant, cette finalité (réduire les obstacles à la communication) n'est pas toujours vérifiée.

**Tableau 27** : La préférence de lieu de communication des FE

Lieu communication	Nb. cit.	Intervalles de confiance
Hal	60	12,6% < 16,4 < 20,2%
Salle d'écoute	231	58,2% < 63,1 < 68,1%
Salle d'hospitalisation	44	8,7% < 12,0 < 15,4%
Salle d'accouchement	31	5,6% < 8,5 < 11,3%
<b>TOTAL CIT.</b>	<b>366</b>	

Source : Enquêtes TUO A., 2017

#### I.4.2. La gestion de l'espace de la relation de soin en CPN

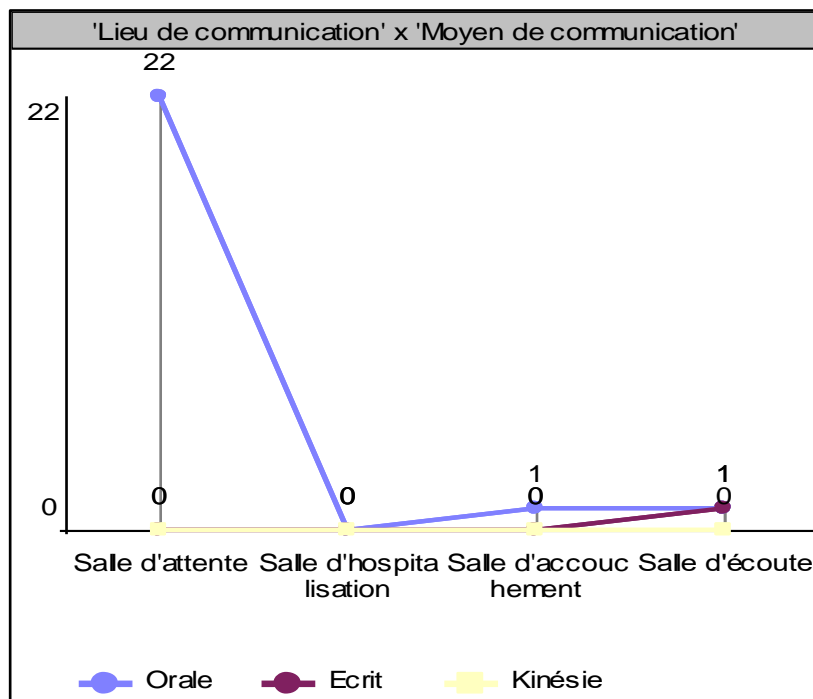
Dans le cadre de l'analyse de l'espace de la relation thérapeutique, nous avons mis en évidence la variable auxiliaire « *lieu de communication* » et la variable libre « *stratégie de communication* » (voir figure 12). Il ressort de cette confrontation, que l'usage de la langue (communication verbale) est le moyen par excellence de la relation de soin en CPN selon les SF de l'étude. Elle est permanente durant tout le processus de la consultation. Ce choix du personnel de soin laisse entrevoir une « *symétrie* » entre la gestion de l'espace de communication et l'usage de la langue. En effet, la communication non formelle admet « *la négligence* » des formes de politesse, notamment, le vouvoiement. Elle favorise la naissance et le maintien de « *la courtoisie* » et de « *la proximité* » dans les relations.

Les femmes qui se rendent à l'unité de la CPN pour la consultation ne sont pas forcément habitués au personnel soignant. Certaines découvrent ce milieu, tandis que, d'autres y vont par expérience. Pourtant, le personnel soignant n'est pas statique. C'est plutôt le système sanitaire qui est plus ou moins identique à tous les centres de santé. La gestion de l'espace de la communication en CPN est d'une importance fondamentale. Bien que toute relation ait lieu dans un cadre donné, les différents paramètres langagiers et communicationnels qui

interviennent dans le cadre physique de la relation donnent du sens aux messages émis.

Ainsi, les gestes, l'aspect facial, la tonalité, la posture, bref, les signes et les symboles qui interviennent de la relation de soin en CPN se déroulent dans un espace de santé génésique. Tout est par conséquent communication et tout trouve un sens grâce à l'existence du cadre de la relation. La prise en compte du territoire de la communication influence le choix des mots et le comportement des interactants. Néanmoins, le bon déroulement de la relation de soin pendant, durant et après la CPN est conditionné par la volonté des uns et des autres à accepter l'intrusion de son interlocuteur dans « *son espace intime* » de communication. Une telle acceptation permet d'éviter les interprétations erronées des signes observables et les gestes qui interviennent dans les échanges à la consultation génésique. On en déduit alors qu'il n'existe pas d'incommunicabilité au sein de l'unité de la CPN.

**Figure 13** : Profil du tableau croisé du lieu de communication et le choix de la stratégie des SF



Source : Enquêtes TUO A., 2017

### **I.5. Du contact à la relation de soin en CPN**

Premier moyen de contact, l'accueil permet de recueillir les informations nécessaires pour le suivi de la grossesse ou pour l'orientation de la FE lors de la CPN. Cependant, fort est de constater que cette tâche est exercée avec peu de considération au sein de l'unité de la santé du couple mère-futur enfant. Les prestataires de soin, c'est-à-dire, les AS et les SF privilégient le renseignement des registres à l'instauration du contact. Par conséquent, la SF se consacre à la quête d'informations en vue de réaliser le diagnostic ou procéder à la consultation. Elle se limite à la prise de poids, de la taille, de la tension artérielle et de la température. Les autres informations liées à l'état de la grossesse sont fournies grâce à l'entretien clinique. Il s'agit ici, de recueillir les données nécessaires pour la réalisation de la consultation génésique. C'est le volet thérapeutique de la relation de soin qui est visé.

Quoiqu'il en soit, la relation de soin ne se limite pas à un acharnement à la quête de l'information nécessaire pour le diagnostic. Les rapports entre la maïeuticienne et la gestante doivent transcender la simple transmission ou la réception de messages. Les signes et les symboles qui interviennent au cours des interactions donnent du sens aux informations transmises. Aussi, bien que ces signes comportementaux soient transmis volontairement ou involontairement, grâce à l'espace dans lequel ils se déroulent, leur interprétation dans la relation avec l'utilisateur trouve un sens.

Tout bien considéré, la logique de la communication dans la relation de soin consiste à prendre en considération les signes et les symboles qui accompagnent les messages transmis et reçus lors de l'interaction à la CPN. Leur interprétation logique et contextualisé contribue au renforcement et au maintien de la relation de soin au sein de l'unité de la CPN. Ainsi, de la mise à disposition d'informations en vue de la prestation de soin, l'on assistera à l'émergence d'une situation de communication dynamique et inclusive entre les acteurs de la CPN.

## **II. La dimension comportementale et sanitaire de la relation de soin en CPN**

Le principe de la relation dans une situation de communication exige un feed-back. Il s'agit de la réaction du récepteur au message transmis par l'émetteur. En effet, les hommes communiquent en vue de stimuler chez leurs interlocuteurs des réponses. Ce mécanisme de permutation de rôles témoigne du degré d'implication des uns et des autres dans la relation. Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes intéressés à trois dimensions à savoir :

- Les contraintes des comportements professionnels sur la relation de soin en CPN ;
- Les contraintes des comportements socioculturels sur la relation de soin en CPN ;
- Les contraintes de l'environnement social et familial de la FE sur la relation de soin en CPN.

### **II.1. Les comportements professionnels de l'obstétricienne**

#### **II.1.1. Le regard clinique sur le comportement procréateur**

Le Chi<sup>2</sup> de l'analyse du regard thérapeutique du comportement génésique au sein de la CPN (voir tableau 28) se résulte sur une moyenne de 192.44. Le (ddl) est évalué à 4.1 et (p) est effectif à 99.99%. L'intervalle de confiance à 95% est donné pour chaque modalité. La case en bleu constitue l'effectif réel nettement supérieur à l'effectif théorique. Celle en rose est celle pour laquelle l'effectif théorique est nettement inférieur à l'effectif réel.

Les résultats de l'analyse des facteurs du faible taux de fréquentation de la CPN présentent un avis plus ou moins « *cohérent* » des FE concernant les conséquences du « *temps d'attente* » sur la relation de soin en CPN. Les femmes en général quittent leur domicile respectif à des heures dites « *matinales* » en vue de se rendre au centre de santé maternel et infantile dans l'espoir d'être reçues plus tôt par la SF. Cependant, face au début tardif de la consultation, elles sont obligées de s'armer de « *patience* » avant d'être reçues par celle-ci. Les consultations débutent plus tard, c'est-à-dire, après huit heures du matin. Ce retard dans le début de la consultation du jour impacte la « *qualité de la prestation de soin* ».

» de la SF, car il provoque la naissance précoce de tension chez les patientes à cause de la longue attente.

Dans les centres de santé de périphériques, lorsque l'effectif de FE du jour est élevé, la prestation du personnel soignant subit une « *pression* ». Le personnel de soin a tendance à pratiquer la consultation avec « *peu de motivation et d'implication* ». La moyenne de femmes consultées par jour dans ces centres varie entre dix et trente selon le jour (début ou fin de semaine). Au CHU, six médecins se répartissent la journée par deux équipes de trois gynécologues. Chacun reçoit entre sept et dix femmes par jour. Il s'agit des cas référés des centres de santé de la reproduction des localités aux alentours de la ville. De part et d'autre, les deux raisons fondamentales de la longue attente des gestantes en CPN sont « *le sous-effectif en RHS* » et « *le sous-équipement* » des centres de santé.

Outre ces deux facteurs qui freinent le recours à la CPN biomédicale par les gestantes, « *la qualité de prestation* » de la SF est mise en question. Le temps de l'entretien et la disponibilité de cette dernière ont au cœur de cette inquiétude. En général, l'entretien clinique a lieu pendant la consultation à proprement dite. Par conséquent, la consultée ne bénéficie donc pas suffisamment de temps pour exprimer et satisfaire ses besoins à cause de la file d'attente. Cette difficulté est aussi constatée chez l'obstétricienne qui se ménage pour recevoir les autres femmes en attentes. C'est pour cette raison que la maïeuticienne exerce son service dans le sens de fournir les informations obstétricales à sa patiente. Toutefois, la seule position de la gestante est insuffisante pour déterminer l'impact des comportements professionnels sur la relation de soin en CPN.



**Tableau 28** : Évaluation des raisons de la faible fréquentation de la CPN

Raison de faiblesse	Nb. cit.	Intervalles de confiance
Mauvais traitement du personnel soignant	130	30,6% < 35,5 < 40,4%
La distance des centres de santé	60	12,6% < 16,4 < 20,2%
Le sous auipement des centres de santé	10	1,1% < 2,7 < 4,4%
Le manque d'expérience des sages femmes	26	4,5% < 7,1 < 9,7%
La durée d'attente	140	33,3% < 38,3 < 43,2%
<b>TOTAL CIT.</b>	<b>366</b>	

Source : Enquêtes TUO A., 2017

### II.1.2. L'inégalité dans la relation de soin en CPN biomédicale

La mise en relation de la responsabilité des SF et les facteurs qui sous-tendent la faible fréquentation des formations sanitaires de la santé de la dyade mère- futur enfant se solde par des résultats importants pour cette étude. En effet, les résultats de l'analyse factorielle présentent sur une surface, les variables dépendantes (sous la forme de carrés) et les variables indépendantes (sous la forme de rond). Les différentes relations qui s'y dégagent sont perceptibles grâce à la position des points par rapport à la droite des moindres carrés (Axe 1) et la droite (Axe 2) perpendiculaire à la première par le barycentre binaire « qualité de prestation » et « disponibilité des infrastructures » (voir figure 13).

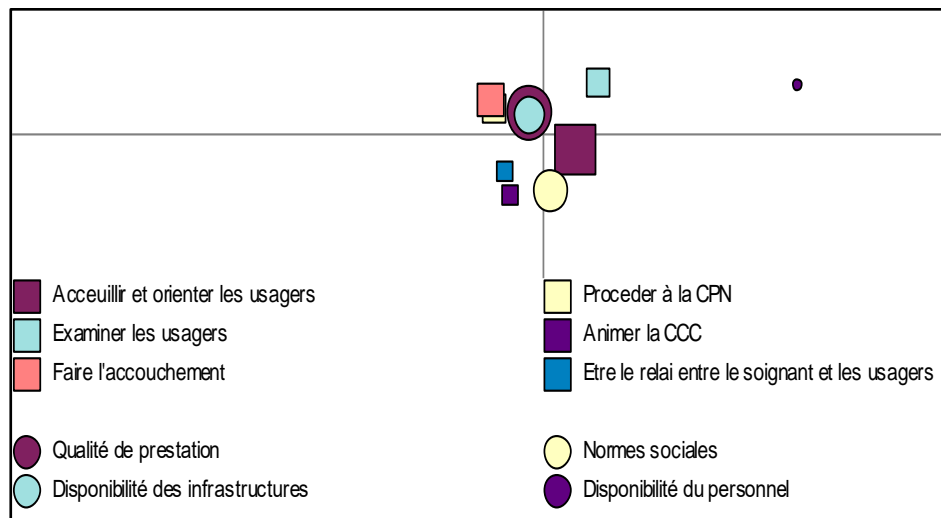
Cette analyse montre une relation de proximité entre « les normes sociales » et les actions professionnelles de la SF à savoir : accueillir et orienter les usagers ». En projetant la lecture de ces points, l'on constate un voisinage qui se crée avec l'activité de « examiner les usagers ». Il se dégage ainsi un rapport de « complémentarité » entre l'accueil des usagers en CPN et les examens de la CPN. À en croire la déduction de cette corrélation, selon le personnel de soin, la réussite de ces actions est conditionnée par ces contraintes sociales de l'utilisateur de la CPN. Par ailleurs, leur exécution se fait dans un cadre plus ou moins hostile. Cependant, la prestation sanitaire au sein de l'unité de la maternité est confrontée à un problème de « disponibilité » des ressources humaines. D'où l'importance de l'écart entre ce besoin et la variable « examiner les usagers ».

Outre ces constats, l'on observe une relation de fusion entre « la pratique de la CPN » et « l'accouchement ». Celles-ci sont quasiment considérées comme des activités similaires. Cela s'explique par leur voisinage avec l'animation de la CCC et le relai de l'information entre soignant et soignée. Or, ces dernières activités entretiennent une relation d'apposition avec la pratique des examens et l'importance de l'accueil à la CPN. Celle-ci semble être négligée par le personnel soignant de la CPN.

L'univers de la santé maternelle et infantile est conditionné par une relation de dépendance entre les variables « *disponibilité des infrastructures* », « *la qualité des soins* » et les trois principales pratiques cliniques de la CPN. En admettant cette proximité entre « *pratiques sanitaires* » et « *facteurs politiques sanitaires* », on pourrait en déduire que les relations entre la SF et les gestantes sont influencées par l'insuffisance d'infrastructures sanitaires et le sous-effectif du personnel soignant. Cette démonstration se justifie aussi par la position « *asymétrique* » de l'absence répétée du personnel de soin par rapport à l'activité de la CPN. L'importance de cette distance qui sépare ces deux variables exprime une relation « *d'opposition* » entre elles. À partir de ces données, l'on pourrait déduire que le degré d'implication de la SF dans la relation de soin n'a aucun lien avec la consultation prénatale. C'est plutôt le système sanitaire en place qui est mis en cause.

En revanche, les comportements professionnels en CPN sont perçus de diverses manières. Les critiques des communautaires, notamment, celles des gestantes vont dans le sens du degré de motivation des maïeuticiennes dans les relations avec les usagers de la santé gynécologique. Elles sont considérées comme amorphes et moins captivées par l'instauration et le maintien du contact. Contrairement aux FE, la SF met en cause les conditions de travail et l'état vétuste du système de santé de la mère et du futur enfant. Outre ces facteurs, il y'a également le retard dans la mise à disposition des données des études contemporaines et le non suivi du programme de tutorat.

**Figure 14** : Carte factorielle de la responsabilité de la SF et les facteurs de fréquentation de la maternité



Source : Enquêtes TUO A., 2017

## II.2. Les comportements procréateurs à risques de la CPN

### II.2.1. Les comportements sociaux de la relation de soin

L'analyse des facteurs sociaux des FE en CPN se solde par un Chi2 estimé à 567.08 et un (ddl) à 9.1. Le (p) est réel à 99.99%. L'intervalle de confiance à 95% est donné pour chaque modalité. La case portant sur l'avortement représente l'effectif réel le plus important par rapport à l'effectif théorique. Celui concernant le changement de centre de santé constitue l'effectif théorique inférieur par rapport à l'effectif réel (voir tableau 29).

Cette analyse désigne l'avortement comme le Comportement Procréateur à Risque (CPR) le plus fréquent qui influence la relation thérapeutique de la maternité. En effet, les femmes qui s'y rendent considèrent ce sujet comme désobligeant. Elles préfèrent éviter d'en parler publiquement bien qu'il constitue une réalité incontestée dans notre société. Le personnel de soin de cette unité estime qu'il est plutôt lié au service de l'accouchement et à l'hospitalisation. Le lien entre l'avortement et la consultation génésique est ici « banalisé » au profit de l'état de la grossesse. Cette dernière étant considérée comme la motivation de la fréquentation des formations sanitaires de la maternité. Elle engendre des préjugés

et des stéréotypes au sujet de la grossesse et de la consultation gynécologique au sein des communautaires.

À ce sujet, c'est la responsabilité de la SF qui est mise en cause. Elle se justifie par la « sous-représentations » de la variable « changement de centre de santé ». Il s'agit des cas de « *perdue de vues* ». Cette situation est constatée chez les femmes diagnostiquées positives au VIH/SIDA et les déplacements familiaux. Outre ces raisons morbides, l'on pourrait relier ces CPR à un sentiment de « *déception* » de la FE suite au premier RDV. Il peut être aussi le fruit d'un « *manque d'attention* » subi par cette dernière.

Les CPR représentent le problème majeur de la qualité de prestation soignée en CPN. Néanmoins, en admettant l'importantissime rôle de l'avortement et l'inadvertance du changement de centre de santé par les gestantes, l'on pourrait déduire que la situation économique du ménage de cette dernière et le recours à la médecine traditionnelle ne sont pas suffisants pour expliquer l'influence des CPR sur la relation clinique en CPN.

**Tableau 29 :** Les facteurs de risques de la relation de soin en CPN chez les FE

causes	Nb. cit.	Intervalles de confiance
Avortement	262	26,7% < 29,7 < 32,7%
Naissance tardive	165	16,1% < 18,7 < 21,3%
Partenaire multiple	28	2,0% < 3,2 < 4,3%
Changement de centre de santé	16	0,9% < 1,8 < 2,7%
Maternité nombreuse	21	1,4% < 2,4 < 3,4%
Soin tardive	143	13,8% < 16,2 < 18,6%
Accouchement non assisté	127	12,1% < 14,4 < 16,7%
Non réalisation des vaccins et examens	81	7,3% < 9,2 < 11,1%
Médecine traditionnelle	39	3,1% < 4,4 < 5,8%
<b>TOTAL CIT.</b>	<b>882</b>	

**Source :** Enquêtes TUO A., 2017

## II.2.2. Les conséquences de la situation économique de la gestante sur la relation de soin en CPN

Cette analyse permet de faire le croisement entre les CPR et la situation économique de la gestante. La représentation factorielle est dominée par les points des variables mises en évidence. Ainsi, l'axe 1 évalue le type de relation entre les différents points de la figure obtenu. Concernant l'axe 2, elle permet d'obtenir le barycentre grâce à la perpendiculaire formée au point : « *accouchement non assisté* ». Toutefois, le constat le plus flagrant (voir figure 14), c'est le regroupement du côté gauche de l'axe 2, les variables : « *artisanat* », « *ménage* », « *avortement* » et « *maternité rapprochée/tardive/nombreuses* ».

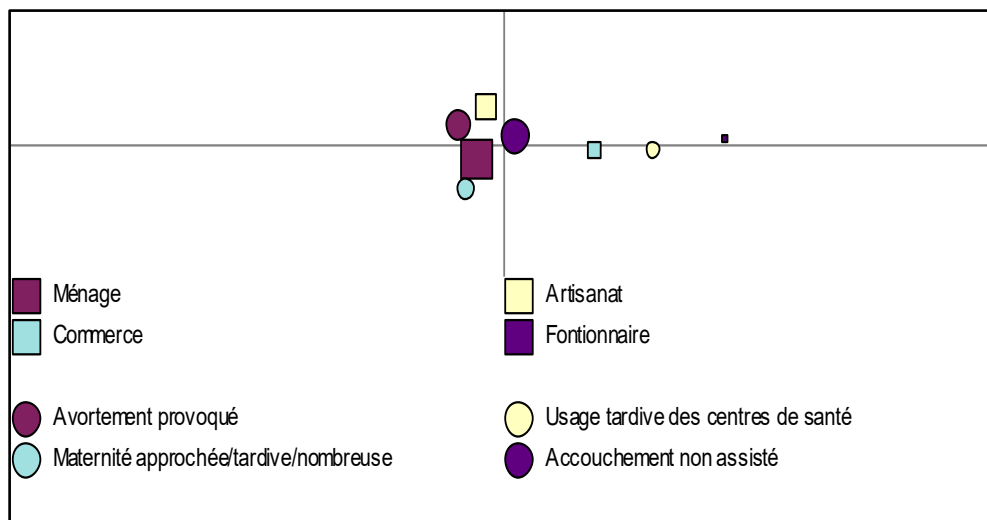
En plus de la proximité existante entre ces variables, elles sont voisines. Ainsi, elles permettent de comprendre la similitude entre les CPR et les caractéristiques socioprofessionnelles des usagers de la CPN. En effet, les femmes du milieu artisanal et les ménagères sont exposées à l'avortement provoqué. Ces dernières ont une expérience en termes de maternité à cause de leurs antécédents. En général, elles sont distinguées par une maternité tardive ou nombreuse. Par faute de moyen financier, elles sont menacées par l'accouchement non assisté. Il y'a ici, un rapport de proximité entre la situation des FE issues de l'artisanat et les ménagères. En considérant les CPR fréquents en CPN, l'on constate que les gestantes commerçantes et les femmes fonctionnaires sont situées à un pôle opposé par rapport aux ménagères et les artisanes. Mais, les gestantes issues de ces couches socioprofessionnelles sont en commun le CPR de l'usage tardif de la CPN. On en déduit que « *la pauvreté* » est un facteur imputable à la fréquentation des formations sanitaires et à l'implication des femmes de familles modestes dans la relation avec le soignant.

Outre ce lien de pauvreté dans la relation de soin, l'on peut remarquer le rapprochement des commerçantes aux FE fonctionnaires par le biais du CPR de l'usage tardif des centres de santé maternelles. Autrement dit, les gestantes intervenants dans le domaine du commerce et celles issues des administrations se rendent au service de la CPN avec du retard. Cette fréquentation tardive est justifiable par leur indisponibilité. Elles sont aussi sensibles à la durée du séjour

en CPN. Cet état de fait pose le besoin de « *la gestion du temps* » de la durée de la consultation génésique. En effet, les commerçantes qui occupent les surfaces de la ville s’offrent peu de temps pour se rendre au centre de santé à cause du temps accordé à leurs marchandises. Quant aux gestantes fonctionnaires, elles subissent le poids des règles administratives et la lourdeur dans l’accord des permissions d’absence ou les justifications de retard au travail.

Ainsi, lorsque l’occasion leur est offerte pour se rendre en consultation, elles ont parfois tendance à vouloir bénéficier faveur en étant « *prioritaires* » à la CPN. Pour les plus audacieuses, elles usent de leur statut socioprofessionnel pour influencer le comportement du personnel soignant. Malheureusement, ces comportements suscitent des mécontentements sur le banc d’attente et conduisent par moment le déroulement de la consultation dans un cadre de communication vallonné.

**Figure 15 :** Carte factorielle des CPR et la situation économique de la FE en CPN



**Source :** Enquêtes TUO A., 2017

## II.3. Le principe de l'intersubjectivité dans la relation de soin

### II.3.1. Le jeu de rôle des protagonistes de la relation de soin en CPN

L'analyse de la contribution des jeux de rôles dans la relation de soin en CPN débouche sur une différence avec la répartition très significative. Grâce à cette analyse, on évalue le Chi<sup>2</sup> à 143.12, le (ddl) à 3.1 et (p) est effectif à 99.99%. Concernant l'intervalle de confiance, il est tangible à 95% pour chaque modalité. La case encadrée en bleu est celle pour laquelle l'effectif réel est nettement supérieur à l'effectif théorique (tableau 30).

Ce tableau met en confrontation le personnel de soin, la FE et les parents de celle-ci face aux situations de prise de décision. Il en ressort « *un écart significatif* » en faveur des prestataires de santé de la CPN. Dans une situation de prise de décision, il revient à la maïeuticienne et son staff de décider. Selon la gravité du cas, les parents ou même la concernée peuvent être informés sans toutefois avoir la possibilité de décider. Le problème que pose cette démarche est « *l'absence de consensus* » et « *la violation du droit du malade* ». On peut retenir que le responsable de la prise de décision est constant quel qu'en soit la situation.

Pour revenir au caractère de la relation de soin en CPN, les gestantes et leurs parents occupent « *une fonction passive* » dans le processus de prise de décision. Ils subissent le choix du soignant sans pouvoir donner leur avis concernant l'attitude à adopter dans une situation donnée. Ces derniers sont ainsi assujettis par la SF et son équipe. Dans cette relation, les professionnels de la santé sont considérés comme détenteurs du bien-être du couple mère-futur enfant. En ce qui concerne les parents, notamment le conjoint, sa responsabilité est limitée à la mise à disposition des moyens financiers pour les frais de consultation. Cette fonction du partenaire de la gestante est perceptible à travers l'enregistrement de la plus faible moyenne des variables étudiées dans cette analyse.

Par conséquent, si le « *désintéressement* » des proches de la FE est la raison qui peut justifier leur négligence dans la prise de décision de la part de la SF et du soignant, alors l'attraction autour de l'acceptation des décisions de ces

derniers semble pouvoir soutenir la position forte du soignant dans la relation de soin en CPN. Ainsi, la maïeuticienne développe un mécanisme de communication à sens unique : il s'agit d'une relation émettrice dans laquelle les usagers reçoivent et exécutent les décisions qui leur sont transmises.

**Tableau 30** : Les personnes privilégiées de la prise de décision de la FE en CPN

Decision	Nb. cit.	Intervalles de confiance
La SF ou le medecir	359	96,7% < 98,1 < 99,5%
Les parents de la FE	139	33,0% < 38,0 < 42,9%
La FE elle même	149	35,7% < 40,7 < 45,7%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>366</b>	

Source : Enquêtes TUO A., 2017

### II.3.2. La place du soignant dans la relation clinique en CPN

La recherche des coordonnées factorielles déterminant la place du personnel soignant dans la relation thérapeutique de la CPN met en évidence le croisement entre les personnes cibles secondaires de la relation de soin en CPN et les moyens de communication utilisés. Selon les résultats de cette analyse, les variables représentatives (ronds et carrés) sur l'axe 1 sont marquées par des relations divergentes. En effet, l'axe 2 perpendiculaire à l'axe 1 forme le barycentre en un point neutre. Par contre, ce point est voisin à un outil de la CPN : le carnet de santé de la mère et de l'enfant. Cette proximité entre les deux réalités contribue à déduire l'existence « *d'une proximité angulaire* » entre la SF et le carnet de santé (figure 15).

Ce voisinage témoigne une attraction entre les deux variables concernées. On en déduit que le carnet de santé constitue pour l'obstétricienne le moyen de contact avec la FE. C'est la fonction thérapeutique de la relation de soin qui est mise en évidence. Par conséquent, l'implication de la maïeuticienne est limitée dans l'instauration ou le maintien de la relation de soin en CPN. La communication voulue par cette position du soignant ne pourrait donc pas aller au-delà de l'aspect professionnel. Un tel caractère de la communication est jugé

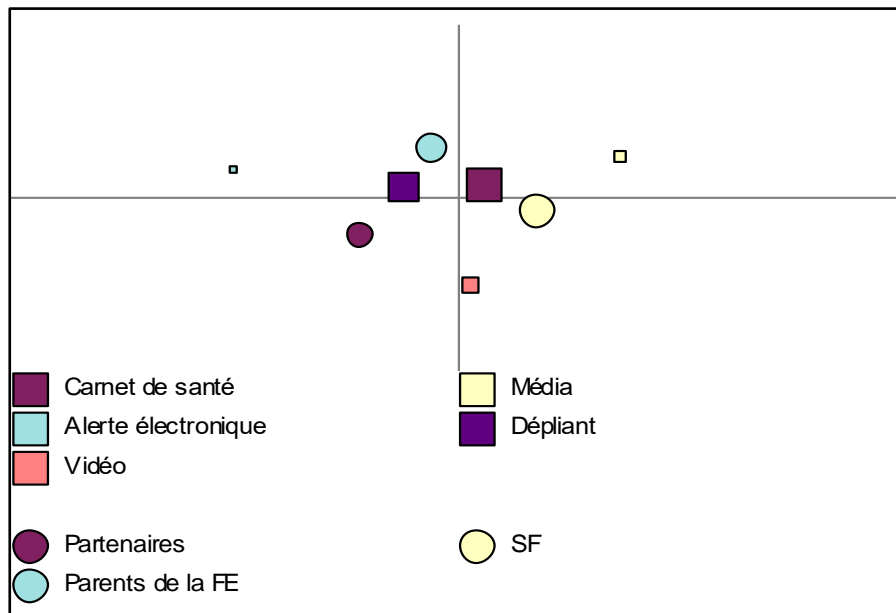


insuffisant pour une relation engageante en vue de l'adoption ou le maintien de comportements sains à la CPN. En témoigne l'écart existant entre la maïeuticienne et les médias, de même que la quasi-absence de la vidéo dans la communication thérapeutique de la CPN.

À l'opposé de la SF, se situent les partenaires (ONG et fournisseurs) et les parents des FE. Ces deux cibles sont liées l'une à l'autre par le biais des dépliants. Lorsque l'on s'appuie sur cette proximité qui se dégage entre les partenaires de la santé génésique et les parents de la FE, on pourrait probablement dire que le rôle de ces derniers est banalisé dans la relation de soin en CPN. Ils sont considérés comme des acteurs « *passifs* » dont le comportement ne semble pas influencer directement le bon fonctionnement de la relation thérapeutique en matière de la santé de la reproduction. Alors, les personnes n'intervenant pas directement dans le processus de la CPN sont placées en arrière-plan de la relation de soin en matière de santé génésique. Cette thèse est perceptible par la position éloignée des variables « *alerte électronique* » et « *média* » du centre de la figure obtenue.

Si le carnet de santé et les dépliants sont acceptés par la majorité des SF enquêtées, l'alerte électronique et l'intervention des médias dans la relation de soin en CPN ne le sont pas. Il y'a ici une minorité de maïeuticiennes qui pense que ces deux outils ont une influence sur le succès de la relation thérapeutique en santé génésique. En peu de mots, on pourrait admettre que, si les modalités « *alerte électronique* » et « *média* » sont placées à une distance importante du centre de la carte factorielle, alors, elles ne sont pas favorables à l'instauration d'un rapport quelconque entre usagers de la santé de la reproduction et le personnel soin de cette unité.

**Figure 16 :** Carte factorielle des cibles secondaires des SF et les moyens de communication



Source : Enquêtes TUO A, 2017

### II.3.3. L'approche spirituelle de la CPN traditionnelle

Dans le souci d'analyser l'impact de la CPN traditionnelle sur les communautaires, l'étude s'est intéressée à 50 FE de la population concernée (tableau 31). Cette étude permet de déterminer une différence avec la répartition de référence très significative. Le Chi2 de cette catégorisation est estimé à 18.08. Le (ddl) quant à lui est égal à 6.1 et (p) est réalisable à 99.40%. Toutefois, le chi2 est calculé avec des effectifs théoriques égaux pour chaque modalité. L'intervalle de confiance à 95% est donné pour chaque modalité, car le nombre de citation est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (2 au maximum). Les cases encadrées en bleu sont celles pour lesquelles l'effectif réel est nettement supérieur à l'effectif théorique. La case en rose est celle pour laquelle l'effectif théorique est nettement inférieur à l'effectif réel.

L'interprétation de ces données permet de découvrir le besoin le plus exprimé des gestantes. En Afrique, particulièrement en Côte d'Ivoire, le bon suivi de la grossesse n'est pas une chose exclusivement réservée à la connaissance

médicale. Les centres hospitaliers étant considérés comme des « *couloirs de la mort* » pour la gestantes et son futur-enfant, les communautaires ont recourt à l'expertise du tradipraticien. Cette pratique est observable tant en milieu rural qu'en zone urbaine. Dans cette zone, les populations sont à cheval entre une civilisation dite « *modernisée* » et une autre considérée comme « *domestique* ».

En effet, les gestantes sont proches des formations sanitaires. Mais, elles préfèrent se rendre à la CPN traditionnelle. Ce choix n'est pas en lien avec le « *déficit d'informations et de connaissances* » concernant la CPN biomédicale. Bien au contraire, la CPN du tradipraticien est « *une pratique familiale* ». Elle est la résultante d'une perception transmise de génération en génération. Autrement, elle exprime « *la confiance* » que les siens ont placé en ce type de CPN depuis des années. Pour ces populations, contrairement à l'obstétricienne, le tradipraticien instaure une relation de « *protection spirituelle* ». Le fœtus et la mère bénéficient d'une protection spirituelle.

Cette perception de la relation thérapeutique de la CPN traditionnelle modifie le comportement de la FE. Pour elle, la pratique de la CPN du tradipraticien est « *une garantie* » du bon développement de la grossesse, à cause de « *l'influence des ancêtres* ». Cependant, cette pratique a des limites. Le recourt au tradipraticien en matière de santé génésique ne fait pas l'unanimité concernant l'assistance à l'accouchement. Ainsi, les femmes qui fréquentent cette CPN se sentent obligées de recourir à la CPN biomédicale pour l'accouchement ou lorsqu'une situation difficile se présente à elles.

**Tableau 31** : Les besoins exprimés à la CPN traditionnelle

Recours tradipraticien	Nb. cit.	Intervalles de confiance
Recherche d'une protection divine	10	8,9% < 20,0 < 31,1%
doute de la CPN biomédicale	19	24,6% < 38,0 < 51,4%
méconnaissance de la CPN biomédicale	11	10,5% < 22,0 < 33,5%
automédication familiale	8	5,8% < 16,0 < 26,2%
disponibilité du soignant	25	36,1% < 50,0 < 63,9%
coût accessible du traitement	25	36,1% < 50,0 < 63,9%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>50</b>	

Source : Enquêtes TUO A., 2017

#### II.3.4. L'importance du besoin spirituel dans la relation à la CPN traditionnelle

L'intérêt de la valeur spirituelle de la CPN traditionnelle nous donne de faire un croisement entre les attentes de la gestante (VD) et les motivations de celle-ci à l'égard de ce type de CPN(VI). À travers cette analyse, nous objectons réorienter la perception de l'obstétricienne concernant la grossesse. Les résultats de ce croisement présentent des relations irrégulières. En effet, la perpendiculaire formée grâce à l'axe 2 en passant par le barycentre ne comporte aucune variable significative. Cependant, les variables (ronds et carrés) sont disposées de part et d'autre sur la surface de l'axe 1 des moindres carrés de la figure factorielle de cette analyse (figure 16).

La première surface est constituée de perceptions portant sur la variable « coût » de la CPN traditionnelle. Cela se justifie par le lien de proximité entre : « traitement adapté et moins coûteux » et « moins chère ». Ces deux variables engendrent un rapport de voisinage avec la variable du « bon développement de la grossesse ». Ce lien de symétrie démontre l'incident de la valeur spirituelle accordée à la CPN traditionnelle. Lorsque nous faisons une lecture projetée vers la droite du barycentre, l'on constate que les variables : « pratique de tous » et « pratique familiale », proches l'une de l'autre se situent à des distances moins

importantes par rapport au nuage de points portant sur la question du coût et la promesse de la CPN traditionnelle. Ce résultat témoigne de la « *convergence* » concernant la perception de la CPN traditionnelle chez les communautaires.

A l'opposé de ces variables, il est possible de constater que les variables : « *assurance spirituelle* » et « *bon suivi du soignant* » sont presque confondues. Il en est de même pour les variables : « *adaptée à la FE* » et « *facile d'accès* ». Ces dernières variables servent de canal pour relier la valeur spirituelle de la CPN traditionnelle à celle de la promesse de ladite CPN grâce à la variable : « *accouchement garanti* ». On en déduit alors que ni la question monétaire, ni celle de la qualité des soins ne constituent une préoccupation pour la FE qui se rend à la CPN traditionnelle. Il s'agit plutôt d'une « *automédication voilée* ».

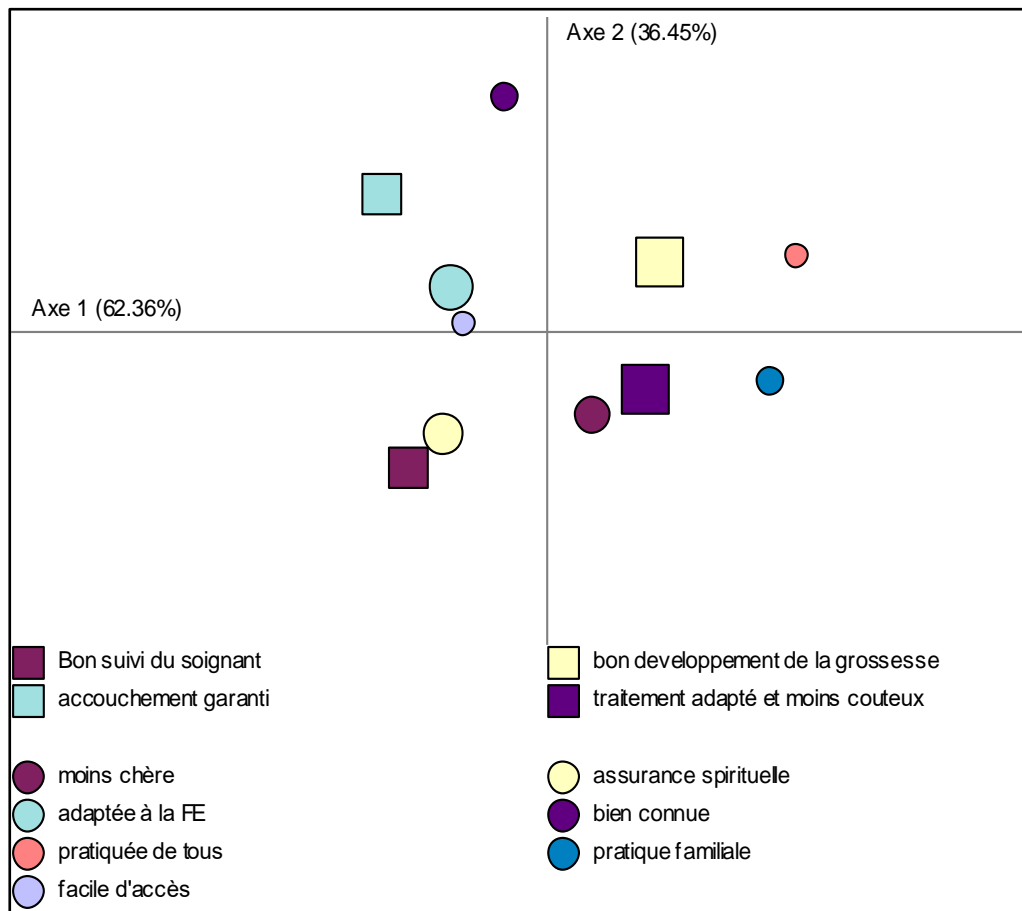
Le type de rapport qui se dégage ici est considéré comme un « *conditionnement* » des acteurs de cette CPN. Le praticien s'appuie sur ses expériences avec la santé gésésique et sa notoriété dans son environnement immédiat pour faire pression sur la gestante. Tandis que cette dernière est « *conditionnée* » à accepter la pratique du tradipraticien comme une « *assurance* » à cause de son caractère « *mystique et divin* ». Cette perception est observable sur la figure 17 à travers le lien de proximité entre les variables : assurance spirituelle et bon suivi de la grossesse. Autrement dit, elle témoigne de la compatibilité entre deux mentalités : celle du praticien et de la FE. La relation est donc basée sur « *la confiance* ». Chacun à son niveau s'engage dans la communication qui naît de cette « *collaboration* » sans toutefois faire des réserves.

En dehors du besoin de confiance dans la relation de soin à la CPN traditionnelle, les acteurs témoignent de leur « *affinité* » avec cette pratique. Les variables portant sur la qualité et l'adaptabilité du traitement proposé par le praticien, l'accessibilité de ce dernier et les témoignages des multipares gravitent autour de la variable « *accouchement garanti* ». Cette perception des gestantes concernant les raisons de la pratique de cette CPN témoigne d'un rapport « *explicatif* » entre les attentes de la FE et sa perception de la grossesse. En d'autres termes, le besoin de « *protection et l'espérance* » d'un accouchement à voix basse sont des variables illustratives du recours de la CPN traditionnelle.

L'interprétation de nos données montre que la relation de soin en matière de la santé génésique repose sur une dynamique ayant une double connotation : une portée physique et une portée spirituelle. La portée physique concerne l'apparence de l'état de santé de la FE. D'une vue externe, la grossesse n'exige pas une attention particulière. Elle présente la gestante dans un état quasi normal. Cependant, cette dernière attend un suivi et un accompagnement de la part du soignant (la SF ou le tradipraticien). C'est le postulat biologique de la relation de soin qui est mis en évidence. Celle-ci fait de la gestante un être autonome qui vit sa vie comme tout être humain. Cette pensée peut se modifier avec la fin de la grossesse ou l'intervention d'une pathologie.

La portée spirituelle concerne la seconde face de la relation de soin entre la gestante et le soignant. Celle-ci porte sur l'aspect spirituel et psychique de la relation de soin. En effet, il paraît pour les acteurs de la CPN de s'affirmer comme sujet participatif de l'interaction qui naît de leur relation. Autrement dit, la portée spirituelle permet de considérer la gestante et la SF comme des êtres capables de raisonner et d'exprimer leur besoin. C'est la portée spirituelle qui favorise chez les inter-actants de la communication à la CPN, la possibilité de mettre en relation sa situation de vie et ses facultés (imagination, compréhension, motivation, sens). Chacun adapte son discours et son comportement à la situation de communication dans laquelle il s'engage.

**Figure 17** : Carte factorielle de l'étude de la portée spirituelle de la CPN traditionnelle



**Source** : Enquêtes TUO A., 2017

La question de la relation de soin en CPN est perçue différemment par notre population d'enquête. Selon le statut et la responsabilité des uns et des autres, la définition et les responsabilités varient en fonction du besoin et de la responsabilité des acteurs de la CPN. Cependant, cette diversité dans la notion de la relation thérapeutique en matière de la santé génésique nous a permis de dégager deux pôles : la logique de la communication dans la relation de soin et les pratiques sanitaires en CPN.

Somme toute, il est bon de noter que la communication, qu'elle soit orale, écrite, tactile, ou toute autre forme transmet un message. Elle doit être donc considérée sur toutes ses formes dans la relation de soin par les protagonistes, car

un contact mal établi pourrait modifier les comportements des personnes qui interviennent dans l'unité de la santé de la reproduction. Ces modifications peuvent favoriser la naissance de CPR de la part des acteurs de la santé génésique, mettant ainsi en péril la santé de la dyade mère- futur enfant.



**TROISIÈME PARTIE :**

**LA CONTRIBUTION DES SCIENCES DE LA  
COMMUNICATION À LA PROMOTION DE LA RELATION  
DE SOIN EN CPN.**

## **CHAPITRE V : LA COMMUNICATION MÉLIORATIVE DES PRATIQUES SOCIALES EN CPN**

La santé est l'une des préoccupations qui occupe le quotidien de l'être humain. Chacun y met sa volonté pour se sentir en bonne santé afin de vaquer à ses occupations. Pour les prestataires de la santé et leurs différents partenaires, les programmes élaborés doivent aux communautaires de se soigner facilement et à des coûts moins élevés. Ainsi, depuis les arrêtés de la loi Huriet-Sérusclat jusqu'à la loi Kouchner en passant par la loi Jarde, les études en science médecine se sont intéressés à la place de la communication dans la prestation des soins.

Des années plus tard, la communication s'est imposée comme un aide aux prescriptions des médecins à leurs patients. En effet, elle dispose ce dernier à vivre dans un environnement favorable pour son bien-être. La communication du prestataire de santé s'inscrit dans le cadre de l'amélioration de la relation de soin et la promotion de la santé. Elle rapproche le demandeur de la santé de la formation sanitaire et facilite le maintien de la confiance entre les protagonistes.

### **I. Le repositionnement de la CPN biomédicale en milieu urbain**

D'une manière implicite, la notion de relation de soin implique nécessairement la considération de la qualité de la communication entre le soignant et le demandeur de la santé. Ce principe obéit à la logique du service qualité et de la promotion de la santé. Dans le contexte de la santé de la reproduction, notamment, au sein de l'unité de la CPN, la qualité médiocre de la communication qui s'établie entre la SF et la gestante engendre des perceptions négatives du rôle du soignant au sein des collectivités dans les zones urbaines.

Celles-ci détournent le regard des clientes de la CPN biomédicale en faveur de la CPN traditionnelle. Pourtant, cette pratique sociale n'est pas sans conséquence. La négligence sociale de la CPN biomédicale en milieu urbain met en cause la responsabilité de la communication dans le but d'améliorer les interactions entre les acteurs de la CPN. Le recours à la communication se présente comme un moyen déterminant pour le repositionnement de la CPN

biomédicale en zone urbaine. Cette méthode bien que contrariée par les résultats de la CPN du tradipraticien mobilise des efforts considérables des décideurs de la santé et des autorités locales. Les stratégies de communications qui se développent dans cette partie du travail s'inscrivent dans le contexte de l'amélioration de l'activité interactive entre la SF et la FE au sein des formations sanitaires en zone urbaine.

### **I.1. Les compétences communicatives des acteurs de la CPN en milieu urbain**

Dans une situation de communication, les inter-actants ne se limitent pas seulement à la transmission de signes et de symboles. Chacun à son niveau cherche à réagir ou faire réagir son interlocuteur au message émis. En effet, la communication est une situation de mise en évidence de signes verbaux et non verbaux.

#### **I.1.1. La compétence inter linguistique de la relation de soin en CPN**

La communication étant un processus d'encodage et de décodage de signes et de signaux, la fédération des idées des interlocuteurs n'est pas une chose évidente. Les situations de communications sont diversifiées. Par conséquent, un terme peut subir une transformation de sens en fonction du cadre, de la tonalité voir même du canal utilisé. En effet, un terme admet la logique de la polysémie et de l'asymétrie entre les langues.

Dès lors, la langue se pose comme l'encrage du discours entre les acteurs de cette unité de l'hôpital. Or, en milieu urbain, l'on constate une communauté composite, c'est-à-dire, qu'elle regorge des individus ayant des dialectes différents. La stratégie de communication de référence étant la communication interpersonnelle, le recours à la langue au verbale et au non verbal s'impose à la SF et sa cliente. L'interactivité se déroule dans un système de « *stimulus/réponse linguistique* ». Autrement dit, elle s'inspire d'un code linguistique afin de relier la

culture de la CPN et le contemporain de la gestante. Ainsi, la maïeuticienne, par le biais de la parole et le gestuel émet des signaux en vue de susciter une réaction de la part de la consultée. Dans le cadre de la relation de soin, notamment, celle qui met en interaction la SF et la FE, la communication s'inscrit dans la logique de la correspondance entre la langue et la parole.

Toutefois, les signaux transmis par les acteurs de la CPN ne sont pas nécessairement perceptibles par l'un ou l'autre des parties. En faveur de la correspondance de langue au sein de l'unité de la CPN, la SF doit développer sa compétence de communication. Il s'agit pour cette dernière, de se familiariser aux phrases grammaticales et au vocabulaire des langues vernaculaires couramment parlées par les FE de son unité. En effet, ces dialectes locaux ne sont pas représentés de façon séparée l'un de l'autre. Ils sont plutôt interconnectés les uns aux autres. À travers la qualité de la compétence de communication et de l'expérience linguistique, la maïeuticienne pourra établir/maintenir et/ou améliorer la relation avec la FE.

Dès lors, la compétence de communication en CPN détermine la capacité de la SF à donner un sens au discours de la FE afin de fournir des réponses appropriées lors de l'entretien clinique. Ainsi, elle adapte son discours à la situation socioprofessionnelle et économique de la FE. Autrement dit, la maïeuticienne crée un cadre favorable à une communication cognitive, psychologique et socioculturelle en relation avec l'environnement de la gestante et de sa connaissance des règles de la langue à laquelle elle a recours.

### **I.1.2. La logique de la proxémie dans la relation de soin en CPN**

La relation entre la maïeuticienne et la cliente se déroule dans le cadre de la santé mère-futur enfant. Cette relation peut durer dans le temps en fonction de la qualité de la relation que la gestante entreprend avec la CPN biomédicale. En effet, les FE peuvent se rendre en CPN trois à sept fois avant l'accouchement. Selon la fréquence, une relation prend forme entre cette dernière et la SF. Cependant, la distance physique qui relie les acteurs de la communication verbale en CPN est déterminante pour la qualité de la relation de soin.

### **I.1.2.1. Le temps**

Dans la relation de soin, la notion de « *temps* » se rapporte à la physiologie du séjour du patient au sein de l'hôpital. Il est déterminant dans la relation qui relie l'usager de la santé à la formation sanitaire (ROIG B., 2012, *op.cit.*). Celui-ci peut être relativement court ou long. Les durées dites longues correspondent aux cas d'hospitalisations de plus de trois jours et la fréquentation habituelle d'un centre de santé (3 CPN au moins) par l'usager de la santé. Les temps courts se rapportent aux séjours de moins de trois jours et l'accès tardif aux soins de santé dans les cas de la grossesse.

Le caractère du temps détermine la qualité de la relation de soin. Les patients qui fréquentent régulièrement les centres de santé, qui respectent leur rendez-vous mobilisent l'attention et l'estime du personnel soignant. En effet, compte tenu de leur régularité au service de la santé génésique, il s'installe une affinité entre eux et le personnel soignant. Ce sentiment contribue à réduire la distance entre les protagonistes (ROIG B., 2012, *idem*). Un autre facteur assez significatif reliant la notion de temporalité à la relation de soin est la durée d'attente. Celle-ci influence les comportements des usagers de la santé et constitue en général un véritable obstacle pour la communication entre professionnels de santé et consultés, particulièrement durant les entretiens d'écoute.

### **I.1.2.2. L'écoute**

Les patients qui se rendent dans un service de santé espèrent trouver le réconfort de la part d'une personne attentive et disposée. Ils attendent d'être écoutés en vue d'être mieux informés sur l'état de leur santé. Ainsi, l'écoute constitue une activité fondamentale dans la relation de soin. Elle est le moyen d'identification, de diagnostic et de contact pour le professionnel de la santé. Dans le milieu des soins, l'écoute est considérée comme « *une gamme d'attitudes allant de l'audition pure et simple (au sens physico-biologique) à l'écoute active* » (AUDOUS G. ET BARRES R., 2005). L'activité d'écoute implique donc une participation active du praticien de la santé.

Cependant, cette implication ne suppose pas qu'il est le maître des propos de l'écoté. Bien plus, il se dispose à entendre ce que dit son interlocuteur. Cela sous-entend qu'il doit savoir se taire et donner la possibilité au patient de s'exprimer. En effet, le but de l'écoute est d'accueillir le discours du consulté, l'observer dans ses faits et gestes durant la séance d'écoute afin de parvenir à donner un sens au récit recueilli et aux attitudes observées (LYDIE R., 2011 et NICOLAS E., 2015). Ainsi, l'écoute peut se subdiviser en deux niveaux. Le premier est plutôt discursif. Il se rapporte au vécu quotidien du patient, de son histoire avec son état de santé, sa situation de vie, etc. Le second se passe au niveau du discours. Il mobilise toute l'attention du prestataire de santé sur le non verbal observable durant l'entretien en vue de le mettre en relation avec le verbal (BIOY A. et all, 2003).

### **I.1.2.3. Le regard**

De façon générale, le regard est le premier moyen de contact. Il permet d'évaluer la valeur que chaque interlocuteur accorde à la relation. En effet, le visage laisse apparaître des signes de communication grâce aux yeux, la bouche et les sourcils (LYDIE R., 2011, *op.cit.*). Durant l'entretien, un professionnel de la santé avertie met en relation les signaux faciaux de son interlocuteur avec son discours avant de conclure son diagnostic. Les jeux des yeux, la manière de regarder, de présenter sa mine, bref, la présentation faciale est composée de divers signes favorables à l'interprétation du verbal dans une situation de communication.

Le regard est donc, un moyen de communication non verbal auquel le personnel soignant à recours pour établir son jugement. Les informations que fournit le consulté sont importantes. Mais, elles peuvent être influencées par certains facteurs parmi lesquels, on note, le style de communication du professionnel de la santé et le cadre de la communication. Il témoigne ainsi du degré d'implication du consulté dans l'entretien clinique. Il permet aussi d'être informé sur la qualité des informations que fournit l'interlocuteur de l'entretien thérapeutique.

#### **I.1.2.4. La distance thérapeutique**

La distance peut être définie comme « *la séparation de deux points dans l'espace, de deux objets éloignés l'un de l'autre par un écart mesurables* » (PRAYEZ P., 2009, *op.cit.*). Partant de cette définition, la notion de distance ramène à l'écart existant entre deux interlocuteurs dans une situation de communication. Or, pour la pratique sanitaire, notamment, celle de la mère et du futur enfant, la distance est assez significative. Les professionnels de la santé à différents niveaux s'adonnent à des pratiques de proximité. Selon les praticiens de la santé, il existe quatre types de distances :

- ***La distance intime (0-45 cm)*** : Dans ce cas de figure, le contact du corps à corps est plus fréquent. Les interlocuteurs sont très proches et la possibilité d'échanger s'offre aux interlocuteurs. La tonalité est plus ou moins basse. Les communications suscitent des affections chez les interlocuteurs. Il s'agit de situation de communication avec un malade affaibli ou un patient avec lequel il existe une affinité ou un lien de parenté ;
  
- ***La distance personnelle (45 cm -125 cm)*** : Elle est dite « distance acceptable » dans le jargon de la relation de soin. Elle favorise un cadre d'échange interpersonnel avec un public réduit. C'est le cadre idéal pour une communication confidentielle. Elle se déroule dans une salle d'écoute ou dans le couloir. Il s'agit de la communication interpersonnelle ;
  
- ***La distance sociale (125 cm -360 cm)*** : Elle concerne les situations de la communication interpersonnelle directe. Dans ce cas de figure, la communication a lieu dans un cadre formel avec souvent un public plus grand. A ce niveau, le prestataire de la santé s'adresse une audience large et diversifiée. Il s'agit des causeries d'éducation et d'information à l'endroit des usagers de la santé ;
  
- ***La distance publique (360 cm- 750 cm)*** : Elle concerne les situations de communication de masse. L'émetteur s'adresse à un grand public. Les prises de

paroles sont quasi impossibles. Il n'y a pas de feed-back. L'auditeur n'attend pas de réaction de la part de ses interlocuteurs. Le but recherché est la diffusion d'informations (RANASINGHE A. I., 2013, *op.cit.*).

Il sied de rappeler que dans la relation de soin, ces quatre types de distances n'interviennent pas dans tous les milieux. Leur utilisation dépend du contexte, du besoin et du public. Dans le contexte de la santé mère- futur enfant, les deux types permanents sont : la distance personnelle et la distance sociale.

## **I.2. La contribution améliorative de la portée spirituelle de la communication en CPN biomédicale**

Longtemps négligée par la science médecine médiévale, la question du spirituel a refait surface au lendemain du siècle des Lumières. Cette introduction dans le monde des débats a boosté les réflexions sur la portée spirituelle de la maladie chez le demandeur de la santé. Les prémices des travaux élaborées dans ce cadre ont témoigné de l'influence de la considération spirituelle sur l'évolution de l'état de santé de l'individu. Cette considération socioculturelle a des répercussions sur la communication entre le soignant et son client. Au niveau de la santé de la procréation, le couple FE et futur enfant n'échappent pas à ce phénomène. En Côte d'Ivoire, particulièrement à Bouaké, la forte affluence à la CPN traditionnelle en milieu urbain témoigne de l'intérêt spirituel que les FE accordent à la relation de soin.

Tout porte à croire que la CPN traditionnelle influence le comportement des FE. Bien qu'elles soient partiellement ou assez informées des bienfaits de la CPN biomédicale, elles optent en général pour les deux types de CPN. Les gestantes qui se rendent à la CPN traditionnelle espèrent obtenir une réponse à l'incapacité de la CPN biomédicale face à certaines questions restées sans réponses. Leurs inquiétudes portent sur les limites de la CPN biomédicale dans l'explication des nouvelles pathologies liées à la grossesse et à l'accouchement. Dans certains cas, les FE en CPN traditionnelle expriment le besoin d'une protection spirituelle pour elles et pour le futur enfant. Ainsi, elles cherchent une garantie et une assurance pour le bon déroulement de la grossesse et un



accouchement à voix basse. Pourtant cette considération est négligée par la SF durant sa prestation sanitaire en CPN.

La communication à laquelle fait recours la SF en CPN biomédicale doit favoriser un cadre de référence pour la garantie de la bonne évolution de la grossesse et garantir un accouchement facile. Par conséquent, la maïeuticienne dans sa communication doit privilégier et œuvrer pour l'accompagnement effectif de la gestante et la prise en compte de sa personne dans la globalité. À travers cette logique de communication, la maïeuticienne s'inscrit dans un mécanisme de reconnaissance des besoins fondamentaux de la FE biomédicale tout en les considérant comme une condition primordiale à la qualité soin.

Le principe de cette considération spirituelle de la relation de soin en CPN implique la prise en compte de la FE et son environnement, lequel, est considéré comme un véritable défi pour le bon développement de la grossesse et de sa croissance personnelle. Cependant, la pression que subit le cadre de vie sur la personnalité de la gestante peut engendrer des modifications de comportement humain. En effet, *« la force avec laquelle les environnements sociaux encouragent ou minent cette propension naturelle chez l'humain à chercher le succès, à être motivé intrinsèquement, va modifier le niveau d'internalisation/régulation du comportement de l'individu et par conséquent, le type de motivation qui en découle »* (DECI E. L. et RYAN R. M, 1980).

Par conséquent, la motivation et le degré d'implication de la SF en CPN biomédicale favorise l'adoption ou le rejet du comportement voulu par la FE, d'autant que la communication repose sur la satisfaction de trois besoins psychologiques fondamentaux :

- **Le besoin de compétence :** Il fait référence au sentiment d'efficacité de la FE dans la mise en relation de son cadre de vie avec sa capacité d'exprimer et d'expérimenter les opportunités qui s'offrent à elle ;

- **Le besoin d'autonomie :** Il amène la gestante à se considérer comme responsable de l'action. Le sentiment d'autonomie résulte de la conscience de

l'existence de l'égo. Celui-ci implique une ignorance ou une négligence des forces externes à la FE dans ses réactions ;

• **Le besoin d'affiliation sociale** : Cette catégorie de besoin fait appel à la conscience de l'existence de la relation avec les autres, du sentiment d'appartenance à une communauté. La quête et la satisfaction de ces besoins augmente chez la FE le degré d'autodétermination. Par ailleurs, la satisfaction de ses besoins varie en fonction de sa situation initiale de motivation.

### **I.3. Le besoin d'alterner le code médical et la communication de socialisation de la relation en CPN biomédicale**

Les différents services ou unités de la CPN biomédicale des hôpitaux de notre pays fonctionnent selon le système défini par les autorités sanitaires. Chaque formation sanitaire de la maternité fonctionne en tenant compte des nouvelles orientations du ministère de tutelle. Au sein de l'espace médical de la CPN biomédicale, le personnel soignant composé de personnel médical et de personnel paramédical. Tous collaborent dans le sens de la réduction du taux de la mortalité et de la morbidité maternelle et infantile. Cette équipe se charge d'exécuter un ensemble de programme inséré dans les différents programmes de prise en charge de la santé du couple mère-enfant de même que les gestantes. Ces programmes sont appuyés par des mesures tel que :

- Le dépistage systématique du VIH et la prise en charge des FE infectées ;
- Le renvoie au CHU des FE qui présentent des signes de grossesse à risque ;
- L'évacuation au CHU des gestantes en travail présentant des signes de complications ;
- La restriction des visites aux FE internées en cas de maladie etc.

Ces différents programmes et mesures accordent un caractère complexe à la culture hospitalière. Ils favorisent des situations de crise dans la communication et de fonctionnement au sein de l'unité de la CPN biomédicale. Avec l'avènement des cliniques privées et de la répartition inégale des RHS, les formations sanitaires sont envahies de stagiaires et de AS. Le nombre insuffisant de SF réduit le temps et l'efficacité de travail de ces dernières. Impuissantes face à la forte demande et réduits à cause du sous équipement, elles préfèrent s'abstenir de fournir assez d'efforts lorsqu'elles sont confrontées à des situations de complexités. Sans avis de la consultée, elles prennent les décisions qui s'imposent à la patiente.

Cette politique n'est pas sans conséquence. Elle suscite des réactions au sein des communautaires. En effet, la culture hospitalière de la CPN biomédicale semble être contradictoire aux attentes de la FE. La communication constitue le canal de maintien et d'amélioration des relations entre la SF et la gestante. Il s'agit de créer une médiation entre le code médical et la communication, précisément à partir de la communication sociale, afin de garantir un environnement apaisé en CPN biomédicale. La contribution des sciences de la communication favorise la réduction de la distance tant dans le discours que dans les rapports entre la SF et la FE.

Dans la perspective de l'amélioration de la relation de soin en CPN biomédicale, la communication sociale propose trois dimensions essentielles : le besoin d'informer et de connaître, le besoin d'expliquer et le besoin de comprendre (CABIN P et DORTIER J-F, 2008). Au niveau de la dimension du besoin « *informer et connaître* », la communication entre la gestante et la maïeuticienne contribue à réduire les risques de la mauvaise qualité de l'information. Ce principe implique l'engagement de la SF dans un processus d'information et de communication réussie. Le principe d'information et de connaissance est un moyen de vérification de la bonne réception du message émis. Il témoigne de la bonne compréhension du message par l'interlocuteur. Ainsi, la SF procède par répétition et reformulation son propos dans un style familier à la FE.

La dimension de l'« *explication* » quant à elle, répond aux besoins de la volonté de convaincre, de persuader. À ce stade, la communication de la SF s'inscrit dans une logique d'affirmation de soi. Son discours contribue à attirer l'attention de son interlocuteur sur ce qu'elle dit et fait. Autrement dit, l'explication de la FE permet d'éveiller l'affection de la FE et la disposer au comportement voulu. Par ailleurs, l'explication à elle seule ne suffit pas pour parfaire la communication entre la maïeuticienne et la gestante. Pour parvenir à établir et maintenir la communication, la FE doit comprendre le message reçu.

La compréhension est le troisième niveau de la communication sociale en CPN biomédicale. Pour établir une communication entre deux ou plusieurs personnes, l'émetteur émet des signes à l'endroit d'un récepteur. Ce dernier, dès réception du message se met dans un processus de décodage en vue de la compréhension des signes reçus. Ce schéma classique de la communication interpersonnel décrit parfaitement le processus de communication en CPN biomédicale. En effet, la SF communique afin d'être comprise par la FE. En retour, elle attend que cette dernière s'exécute au message reçu afin de réussir sa prestation de soin. À ce niveau, la communication s'inscrit dans une logique d'élaboration d'une relation sociale. Ainsi, l'objet que la vise la communication n'est pas le discours de la SF, mais emmener la FE à s'engager dans le dialogue. Lorsque le dialogue est établi, la SF peut recueillir les informations nécessaires sur la vie de la FE.

Notons que la communication orale est le moyen primordial de la communication entre la SF et la FE au sein de l'unité de la CPN biomédicale. Ce moyen de communication est permanent dans le processus de communication. Ainsi, il conditionne la qualité de la relation entre les acteurs de la CPN biomédicale. Cependant, il est évident que la place de la communication en CPN biomédicale ne soit pas bien perçue par la SF et ses collaborateurs. Mais, elle se présente comme un outil stratégique de l'amélioration de la qualité soin et du repositionnement de la CPN biomédicale en milieu urbain.

## **II. Les enjeux de la communication améliorative en CPN biomédicale**

Les concepteurs des programmes de promotion de la santé de la mère et de l'enfant mettent en général un accent particulier sur la contribution de la communication dans l'exécution de leur projet. Ces programmes de santé publique se basent sur trois types de communication : la communication interpersonnelle, la communication de masse et la communication de groupe. Au niveau de l'unité de la CPN biomédicale, la communication interpersonnelle et la communication de groupe sont les eux types fréquemment utilisés.

Dans le souci d'étudier la pertinence de la communication au sein de ce domaine de la santé, plusieurs études se sont intéressées à la qualité de la relation qui lie la SF à ses clientes. Ces études pluridisciplinaires ont contribué à l'élaboration d'une multitude de modèles de communication. Ces modèles pour la plupart, visent l'instauration d'une interaction entre la maïeuticienne et la gestante. Dans cette partie de notre travail, nous proposons quelques stratégies de la communication et leur intérêt dans la collaboration entre la SF et la FE.

### **II.1. Les approches de la communication améliorative en CPN biomédicale**

Les différents travaux de l'École Palo Alto ont favorisé l'ouverture de la communication sur tous les domaines de la vie de l'humain. La communication est devenue une discipline incontournable pour les études qui s'intéressent au comportement de l'individu au sein de la société. Ainsi, elle engage de plus en plus les interlocuteurs dans une situation de communication contextuelle. Les acteurs de toute situation de communication échangent des signes et des signaux dont leur compréhension nécessite certain pré requis. Autrement dit, le bon déroulement des interactions dépend du contexte et du degré de connaissance des acteurs concernant la question évoquée. Par conséquent, les individus inscrivent davantage leurs échanges dans un contexte bien définis. Ils se fixent certains codes qui régissent leurs interactions.

Dans le milieu de la santé, la communication a contribué à repositionner la place du demandeur de la santé au sein de l'espace de l'hôpital. Elle a aussi

contribué à une ouverture du clinicien vers le client. Ces nouveaux principes ont fait cas d'études pour certains travaux de recherches. La variété de travaux qui ont été menés ont permis d'élaborer des modèles théoriques en vue de faciliter la prestation sanitaire. Nous en avons retenu une approche parmi celles-ci. Il s'agit de la communication pour la promotion de la santé. Ce choix se justifie par notre axe d'étude et du mode d'action de l'approche retenue.

### **II.1.1. Les principes de la communication pour la promotion de santé**

La notion de « *promotion de la santé* » a fait son apparition dans le monde scientifique dans les débuts du XX<sup>e</sup> siècle. L'OMS à travers la charte d'Ottawa définit ce concept comme « *un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci* » (OMS, 1986). Autrement, la promotion de la santé consiste à veiller à une implication des communautaires dans un mécanisme favorisant leur bien-être social. Elle contribue à l'élaboration d'approches novatrices qui visent l'amélioration de la santé tant au niveau individuel que communautaire.

Toutefois, la promotion de la santé n'est pas considérée comme une théorie compte tenu de son aspect néophyte dans le monde scientifique et le sous-développement de ses fondements. D'autres parts, elle n'est pas revendiquée par une discipline particulière, car elle constitue un champ de prédilection pour toutes les autres sciences, singulièrement celles des sciences behavioristes. Cet attroupement autour d'elle s'explique par le fait qu'elle porte la marque de plusieurs obédiences notamment, la sociologie, la psychologie, le marketing, la communication politique, etc. Cette partie du travail, présente quelques modèles de communication de la promotion de la santé.

### **II.1.2. Les enjeux de communication pour la promotion de la santé**

Tout au long du séjour de la gestante à la CPN biomédicale, les interactions avec la SF sont essentiellement basées sur des signes verbaux et non

verbaux. Chacun de part et d'autre adoptent un comportement verbal et non verbal en fonction des signaux émis par son interlocuteur. Il s'agit pour chacun de ces acteurs de la CPN biomédicale, d'influencer son locuteur en vue de l'amener à agir dans une situation de communication. De cette relation, quatre types enjeux de la communication peuvent être considérés comme significatifs :

- Le territorial ;
- L'identitaire ;
- Le conatif ;
- Le relationnel.

#### **II.1.2.1. L'enjeu territorial**

L'enjeu territorial évalue le type de rapport qui relie les acteurs de la CPN biomédicale. Il est perceptible à travers le type de distance qui se crée entre la SF et la FE. Aussi, le choix de la forme de communication (formelle ou non formelle) est considérable pour marquer l'enjeu territorial. À ce stade de la relation dans le soin, la communication a un caractère informatif. La maïeuticienne maximise sa communication sur la relation de la FE avec la grossesse. Il s'agit essentiellement pour elle, de collecter un ensemble d'informations sur la cliente en vue de la prestation de soin.

Cet intérêt de communication peut constituer un frein à la bonne communication, car les interlocuteurs cherchent à défendre leur espace de communication à travers le maintien de la distance verbale et/ou physique. Pour pallier à une éventuelle crise de communication, les acteurs doivent considérer l'enjeu territorial comme un cadre de référence en vue de définir le contexte de la communication.

#### **II.1.2.2. L'enjeu identitaire**

L'enjeu identitaire est le mécanisme de communication par lequel les protagonistes de la situation de communication en CPN biomédicale cherchent à

protéger leur identité, leur statut socioprofessionnel. La communication thérapeutique en CPN biomédicale engage la SF et la FE dans un rapport de « *demandeur* » et de « *receveur* ». Cette distinction a tendance à positionner de façon implicite la SF dans une position de force. Par ce statut de clinicienne, la maïeuticienne se positionne comme détentrice du savoir et du savoir-faire. La cliente se présente à elle comme dépositaire d'informations. Ainsi, c'est elle qui donne une orientation à la causerie et fixe les clauses du contrat de communication. C'est elle qui possède le plus long temps de parole.

Cette attitude imposante de la FE est défavorable à l'instauration d'une relation de confiance entre cette dernière et la gestante. Or, l'enjeu identitaire constitue un moyen de référence pour prévenir les crises de communication au sein de l'espace de la CPN biomédicale. En effet, il permet à la SF de prendre conscience de sa fonction d'assistante à la FE et de garant du bon développement de la grossesse.

La conversation qu'elle instaure avec la cliente doit être une relation de confidentialité et d'assurance. La communication de recours de la SF doit faire de son statut professionnel le garant du respect des droits de l'utilisateur de la CPN biomédicale. Autrement dit, l'enjeu identitaire impose une situation de communication basée sur le statut socioprofessionnel des acteurs et l'état de santé de la FE. La prise en compte de ces facteurs permet d'orienter la communication entre les interlocuteurs.

### **II.1.2.3. L'enjeu conatif**

Il faut entendre par conatif dans la communication en CPN biomédicale, la volonté manifeste de la FE à influencer la gestante durant le processus de la PN. Les effets conatifs de la communication entre la maïeuticienne et la consultée sont performants en situation de communication interpersonnelle. Cette stratégie permet au prestataire de la CPN biomédicale de prêter l'attention aux informations expressives et non expressives de leur interlocutrice. Ainsi, elle parvient à influencer la cliente dans ses choix (test de dépistage, choix de la prophylaxie en cas de séropositivité, adoption de comportements sains, etc.).



La communication constitue un moyen significatif pour convaincre la gestante. Elle peut emprunter deux angles différents : soit la conviction de la consultée s'obtient par éducation, c'est-à-dire que la SF communique dans le sens d'établir un rapport de complicité, de séduction en favorisant le relationnel. Elle peut aussi faire appel à un rapport de force, c'est-à-dire que la maïeuticienne s'exprime avec autorité, à l'aide de menace, etc.). Ce dernier cas de figure est admis que lorsque la SF se trouve en présence de FE qui pose des résistances à la coopération et l'adhésion au comportement souhaité.

#### **II.1.2.4. L'enjeu relationnel**

La mise en place d'un cadre de fraternité, de courtoisie, d'expression constitue une préoccupation importante pour la communication. Elle représente la finalité de la communication. Ainsi, les acteurs d'une situation de communication conjuguent leurs efforts en vue d'une mise en commun des idées. Il s'agit de fédérer leurs aspirations en s'appuyant sur un registre commun (expression verbale et non verbale). La stratégie de communication en CPN biomédicale n'est pas en reste de ce principe de communication.

La communication qui s'établit entre la SF et la gestante répond à un besoin d'instauration, de maintien et/ou d'amélioration de la communication à la CPN biomédicale. De ce fait, elle dévoile des ententes différentes entre les acteurs de la CPN biomédicale. Au niveau de la maïeuticienne, la communication est favorable à l'ouverture vers l'extérieur (la FE et ses parents) en vue de créer de nouveaux contacts nécessaires pour sa prestation de soins. Elle permet aussi à cette dernière d'adapter son discours à la cliente. Pour ce fait, la SF s'appuie sur les enjeux identitaires et de territoire. Au niveau de la gestante, la communication avec la SF constitue une réponse à sa quête de protection et d'assurance. Elle doit faire naître chez cette dernière une volonté de se confier sans réserve à son interlocutrice (la maïeuticienne). C'est la cadre idéale pour elle d'élargir son territoire de communication et faire des concessions en vue de faciliter le contact avec la SF.

Toutefois, il faut noter que les enjeux de la communication exposent la SF et la FE à grand nombre de risques. En effet, si l'un des acteurs de la communication en CPN biomédicale ne tient pas compte des règles de l'interaction, la communication peut être confronté à de non réponse (refus de communiquer), à la non implication de l'interlocuteur (abandon de la relation) et à des confusions (acteurs ne parviennent pas à bien décoder le message). Pour réussir le maintien de la relation de soin en CPN biomédicale, les acteurs de communication doivent observer les rituels de l'interaction durant tout le processus de la CPN biomédicale. De même que le contact est important pour l'instauration et le déroulement de la communication en CPN biomédicale, de même, la fin de l'entretien est aussi importante. Elle peut influencer positivement ou négativement sur le comportement de la gestante en CPN biomédicale.

### **II.1.3. Quelques modèles de communication du comportement interpersonnelle**

Pour exprimer ses sentiments, l'individu rentre en relation permanente avec son environnement. Tout ce qu'il voit, entend, touche, consomme, ressent, bref, tout ce qui est en relation avec son comportement influence d'une manière ou d'une autre sa santé. Durant les échanges avec ses contemporains, il espère de ses derniers une réaction. En effet, la communication interpersonnelle permet d'influencer le comportement des parties prenantes à la conversation. La relation interpersonnelle dans le contexte de la santé implique nécessairement un « *retour de l'information du récepteur en direction de l'émetteur qui pourra vérifier si le message transmis a été bien compris* » (MEYER B., 2007).

Le besoin de réponse à l'information transmise occasionne un mouvement de changement de rôle entre l'émetteur et le récepteur. L'un cherche à se renseigner et l'autre cherche à trouver réponse à son inquiétude. Parfois, les sentiments interviennent et « le plus faible » se laisse guider par le plus dominant. Il se retrouve emporté par un mouvement d'imitation ou à d'exécution passive. Dans la relation de soin, plusieurs modèles ont analysé la question du changement de comportement au niveau individuel. Pour cette étude, nous nous sommes

intéressés au modèle de l'image de la santé, du modèle du comportement prévu et celui du comportement planifié.

### **II.1.3.1. La communication de l'image de la santé**

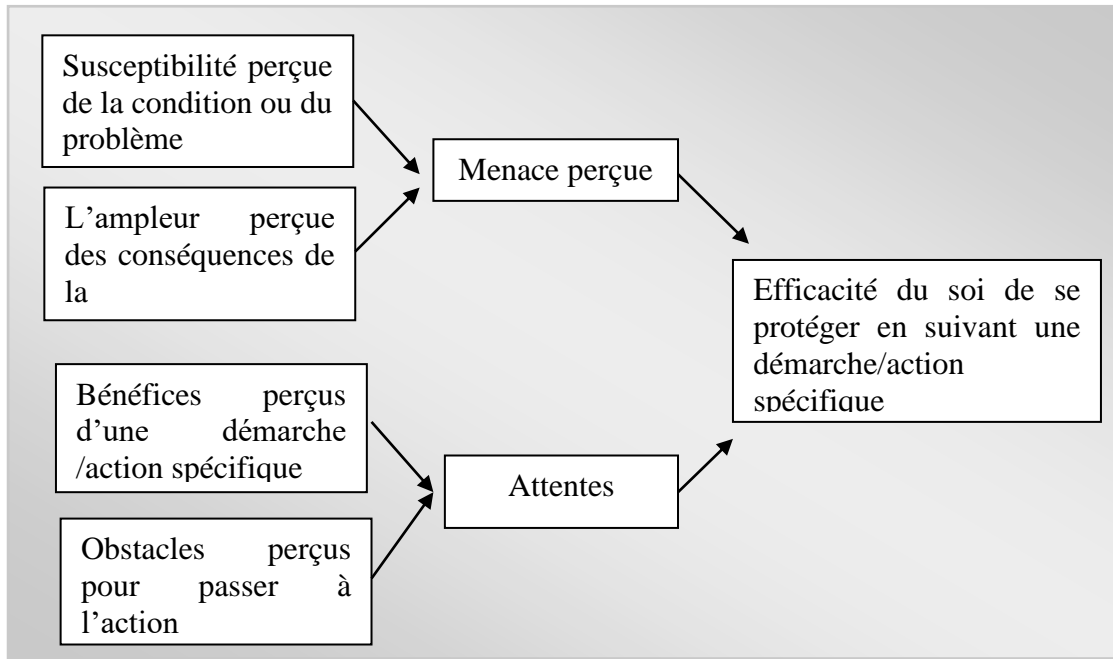
Le modèle « *Image de la santé* » est l'un des plus anciennes approches qui s'est intéressée au comportement sain. Il étudie la relation entre l'individu et son état de santé, notamment, la perception de la pathologie chez le malade. Selon cette approche, l'individu peut parvenir au changement que si le soignant connaît la perception ou l'image que le sujet se fait de la maladie. La particularité de ce modèle consiste au fait qu'il exige la participation du praticien de la santé aux côtés de son patient.

En outre, l'individu est l'acteur principal du changement. Sa conception de la pathologie caractérise la valeur et l'efficacité des actions qu'il entreprend pour adopter ou non le comportement désiré. Ainsi, l'individu est plus disposé à adopter le comportement voulu lorsqu'il se sent en situation de risque. Sa motivation s'accroît lorsque les conséquences du comportement à risque sont jugées sévères. De plus, lorsqu'il considère que le comportement proposé est efficace et le met à l'abri de tout risque, il l'adopte sans résister.

Somme toute, le modèle « *Image de la santé* » détermine quatre conditions pour accéder au changement. Ce sont entre autres :

- La disposition susceptible du sujet à une condition ou un problème de santé ;
- La gravité des conséquences de la condition ou le problème de santé ;
- La garantie du bénéfice du comportement voulu vis-à-vis de la recherche de solution ;
- L'offre d'un plus grand nombre de bénéfices du comportement voulu par rapport aux défis et coûts.

**Figure 18** : Le modèle de l'image de la sante



**Source** : STRETCHERV. et ROSENSTOCK I.M. (1997).

### **II.1.3.2. La communication du comportement prévu/action raisonnée**

Cette approche a été développée dans les années 70 par FISHBEIN et ICEK Ajzen. Elle visait à contribuer à la compréhension et à l'explication du changement de comportement chez l'individu. Après quelques études expérimentales, l'approche du comportement prévu/action raisonnée a contribué à décrire la manière dont les individus se décident à adopter ou non le comportement voulu (CÔTE F., GODIN G., 2006).

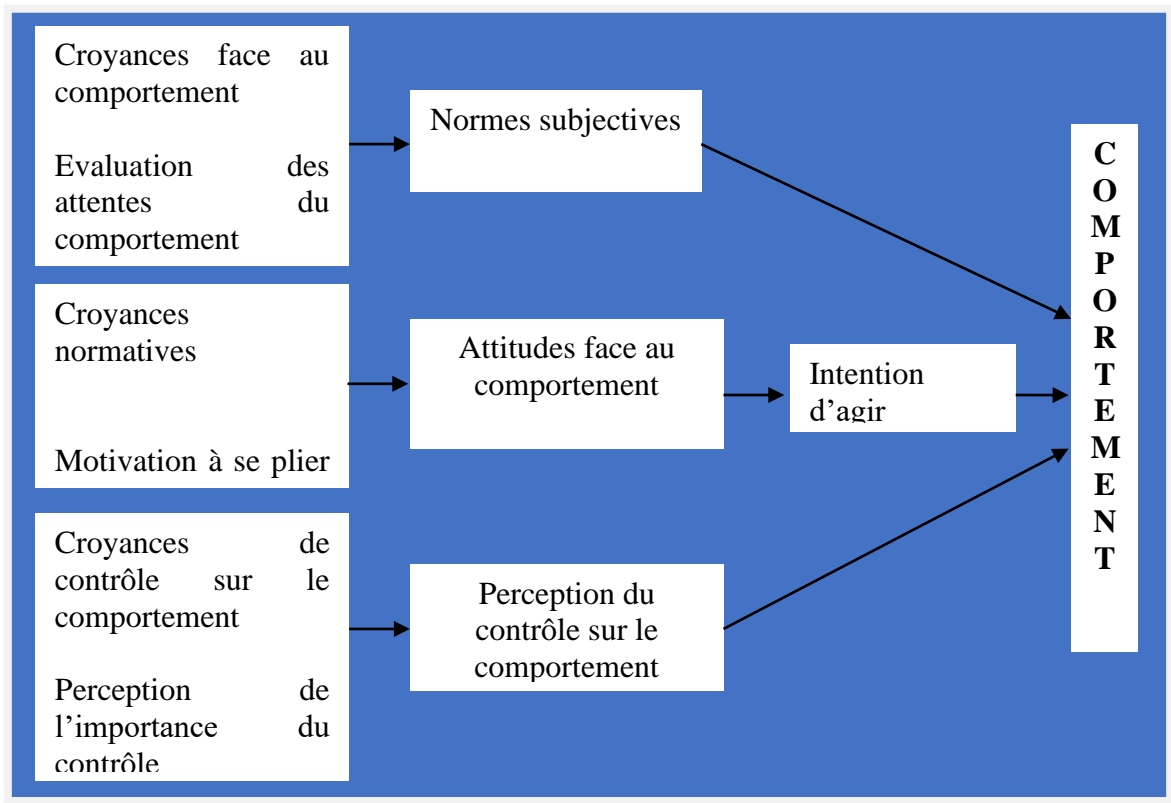
Par ailleurs, le comportement d'un individu est caractérisé par sa volonté à adopter ou non le comportement proposé. L'intérêt de ce modèle est perceptible à travers l'intention que dégage la personne concernée face au comportement proposé. Il s'agit de prévenir les comportements jugés spécifiques et volitifs dans une situation de communication déterminée par le biais de trois concepts : l'intention, l'attitude et la norme subjective (GODIN G, 1991).

- **L'intention** : Il s'agit du degré de volonté que l'individu exprime face à l'adoption ou non du comportement voulu. Elle se caractérise par les attitudes et les principes préconçus qui influencent la perception du contrôle sur le comportement de l'individu (TÊTU I., 2009). Par ailleurs, elle admet que les intentions de l'individu constituent le socle du changement à condition que ce dernier parvienne à mieux contrôler son comportement ;

- **L'attitude** : Elle repose sur la perception et la considération du phénomène. Ces deux principes sont significatifs dans l'adoption ou non du comportement. Toutefois, l'attitude de l'individu est marquée par l'attente d'un résultat jugé positif en fonction du maintien d'un comportement particulier. Ce dernier considère que la bonne santé est le résultat de l'adhésion au comportement voulu. Cependant, dans la relation de soin, la motivation de l'individu peut avoir un caractère direct ou indirect. La motivation directe concerne les jugements affectifs ou cognitifs du patient. Quant à la motivation indirecte, elle se construit à partir des croyances comportementales et l'intérêt que le praticien de santé accorde à celles du consulté (TÊTU I., *op. cit.*) ;

- **La norme subjective** : Ce principe s'intéresse à la perception de l'adhésion ou non du comportement voulu d'une personne. Cette personne est considérée comme un modèle dans son milieu de vie. Sa manière d'appréhender le phénomène est donc importante face aux attentes des contemporains. En d'autres termes, elle met en relation les croyances de l'individu et les attentes de son milieu vis-à-vis de sa motivation à l'adhésion au comportement proposé (GODIN G., *op. cit.*).

**Figure 19** : Le modèle du comportement prévu selon Nutbeam et Harris



**Source** : MIRSAMADZADEH S. (2008)

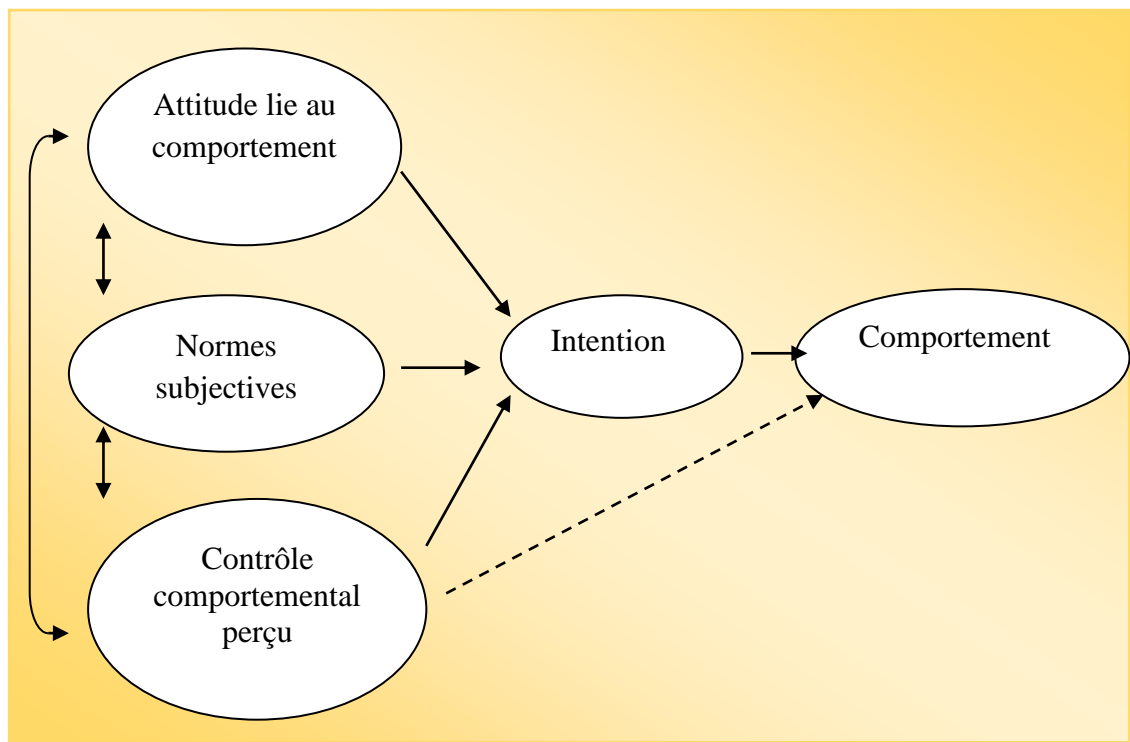
### II.1.3.3. La communication du comportement planifié

Le modèle du comportement planifié a été élaboré par ICEK A. (1991) après avoir constaté les insuffisances que comportait l'approche de l'action raisonnée. Cette innovation s'intéresse aux comportements qui échappent au contrôle volitif de l'individu. Il s'agit des comportements provoqués par des contraintes extrinsèques à l'individu.

Dans l'optique de mieux expliquer les phénomènes externes à l'individu, CÔTE F. et GODIN G., (2006) réorientent le modèle de ICEK Azjen. Ils font intervenir un autre concept : la perception du contrôle sur le comportement. Selon cette notion, le comportement est avant tout prédit par l'intention. Il est par la suite motivé par la perception du contrôle du comportement (TÊTU I., *op. cit.*). Il

fait cas ici, de la présence de facteurs qui contribuent à faciliter ou empêcher l'adhésion au comportement. La mise en œuvre des quatre concepts, c'est-à-dire, l'intention, l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle se repose sur quatre autres dimensions du comportement. Il s'agit de l'action, la cible, le contexte et le temps. Concernant les indicateurs extrinsèques, ils peuvent être déterminés à travers le sexe, l'âge, la fonction, la profession, la culture, etc.

**Figure 20 :** Le modèle de la théorie du comportement planifié selon Azjen



**Source:** ICEK A, 2006, e-test

#### **II.1.3.4. La stratégie du changement communautaire**

La communication du changement communautaire consiste en la mise en œuvre de mécanismes d'intervention qui visent un changement au niveau communautaire ou au sein d'un groupe déterminé. Ces stratégies de mobilisation collective sont élaborées en fonction du mode de vie des bénéficiaires et selon le

fonctionnement de la prise de décision au niveau des décideurs en vue d'influencer le choix de ces derniers.

#### **II.1.3.4.1. La communication de la mobilisation communautaire**

La mobilisation communautaire renvoie à un processus d'actions engageant les populations dans l'identification des problèmes auxquels ils sont soumis. Elle concerne aussi les actions qui visent un but commun. Elle contribue à la mobilisation des moyens nécessaires pour atteindre les objectifs fixés ou à la résolution des problèmes de ces derniers (MURPHY E. E., *op.cit.*).

Autrement dit, l'approche de la mobilisation communautaire offre un ensemble d'actions permettant à un groupe social de recevoir de l'assistance en vue de définir et d'exprimer ses besoins et ses attentes, d'agir de façon collective dans l'espoir de satisfaire les besoins communs. Ainsi considérée, cette approche met l'accent sur la participation des collectivités. Elle leur permet de déterminer leurs besoins en vue de mettre en place les stratégies de réalisation et de satisfaction desdits besoins.

Toutefois, la notion de « *mobilisation communautaire* » est aussi connue par le concept de « *mobilisation sociale* » grâce à sa capacité à motiver toutes les catégories socioprofessionnelles et culturelles dans les processus d'élaboration et d'exécution de projets de promotion de la santé et du bien-être communautaire. Le principe fondamental de cette approche repose sur l'élaboration d'un consensus concernant les questions considérées comme prioritaires pour les populations.

Aussi, il favorise une autodétermination communautaire, développe la conscience critique et des compétences à la participation et à la pertinence dans le choix des questions à prioriser (MURPHY E.E., *op.cit*) ROTMAN I. (2000) propose trois approches qui rentrent dans cette logique d'implication communautaire pour la promotion de la santé. Il s'agit entre autres de la planification sociale, du développement local et de l'action sociale.



• **La planification sociale** : C'est une stratégie fondée sur la prise de décision par une personne de façon objective en vue d'exprimer les besoins d'une communauté. Elle suppose l'élaboration d'une équipe de réflexion passive de s'engager à étudier les besoins exprimés afin d'établir un plan de changement communautaire ;

• **Le développement local** : Ce principe consiste à déterminer l'identité du groupe ou de la communauté concernée. Il s'agit de constituer des micros groupes à partir d'un groupe de personnes à intérêt variés autour d'un dividende précis dans le but de déterminer le besoin ultime de santé commun à la communauté ;

• **L'action sociale** : Il s'agit de la confrontation des intérêts des groupes dominants et ceux des groupes dominés au sein de la communauté dans le but de déterminer les objectifs communs.

#### **II.1.3.4.2. Le modèle de la diffusion de l'innovation**

Le modèle de diffusion de l'innovation est un modèle développé par Everett M. ROGERS (1962). Il s'inscrit dans le contexte de la promotion et l'adhésion à une innovation quel que soit sa nature ou son domaine d'application. Il est favorable à l'adoption et à la diffusion d'une innovation auprès d'un public large et diversifié. Le choix de ce modèle se justifie par son adaptation à tout domaine, particulièrement celui de la promotion de comportements sains en milieu sanitaire et son influence dans la transmission et l'interprétation des innovations. En effet, conçue pour apporter une explication aux phénomènes d'adoption et de diffusion des innovations, ce modèle examine la manière dont les idées nouvelles et les nouveaux comportements deviennent la norme (EVERETT M. R., 1995).

L'objet de ce modèle consiste à identifier et à rendre explicite le mécanisme de communication favorable à l'adoption de comportements nouveaux. Autrement dit, elle fait des réseaux de communication, des systèmes de

communication sociaux son vocable en vue d'influencer le comportement à un niveau plus large et diversifié. Toutefois, l'adhésion ou la résistance face à une innovation est conditionnée par quatre principes :

- **La nature de l'innovation** : Elle doit être acceptée comme bénéfique par rapport à l'ancien comportement ou par rapport à l'existant ;

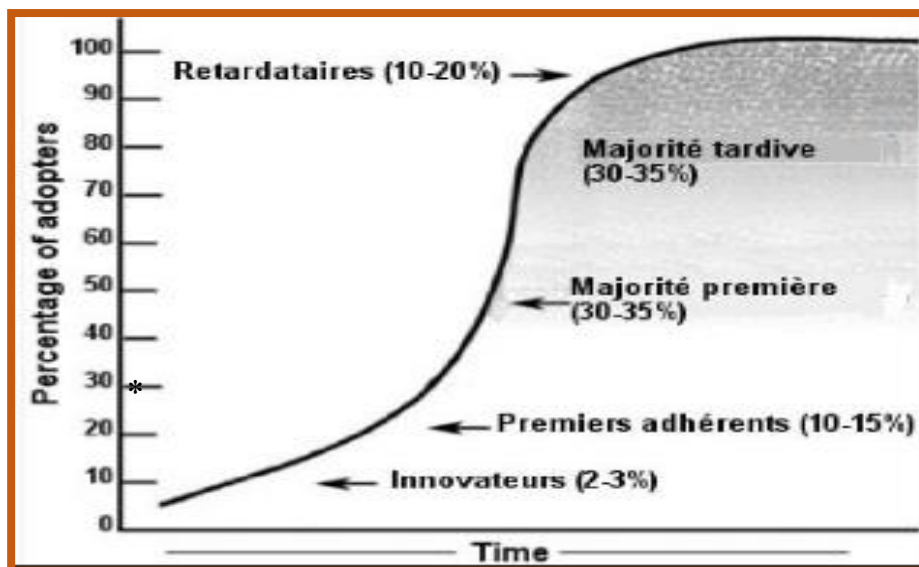
- **Les moyens de communication disponibles** : La diffusion de l'innovation est incontournable pour l'adoption du comportement. Les communautaires fréquentent des moyens de communication traditionnels ou modernes. Le choix du support et de l'émetteur du message est assez important. Ainsi, les réseaux sociaux et l'intervention de leaders communautaires, religieux et politiques donne plus de crédibilité au comportement proposé et motive les populations à l'adhésion ;

- **La durée de l'adoption de l'innovation** : Elle se fait lentement et sur une période considérablement longue. En effet, elle est d'abord acceptée par une poignée de personnes qui l'expérimente. Quelques temps après adoption, l'implication et le relais d'information de cette population expérimentale est fonction de sa satisfaction. Puis, lorsque la satisfaction est atteinte, la diffusion de l'innovation est faite auprès des contemporains, plus nombreux. Ces derniers se laissent convaincre compte tenu du témoignage des premiers ayant expérimenté le comportement. Enfin, la diffusion atteint la masse lorsque la deuxième catégorie de personnes trouve satisfaction après acception de l'innovation ;

- **Le système social** : Il s'agit de prendre en compte les différentes composantes sociales du cadre de vie des communautés bénéficiaires de l'innovation. En effet, un dysfonctionnement ou une inadaptation de l'innovation avec une composante sociale peut vouer à l'échec l'adhésion de la communauté et mettre en cause le bien-être social.

Tout bien considéré, le modèle de la diffusion de l'innovation détermine six conditions pour que l'innovation soit acceptée par les communautés. Premièrement, l'innovation doit être compatible avec les besoins des populations. Puis, elle doit être flexible et être capable de s'adapter à des situations diverses. Ensuite, elle doit donner la possibilité de retourner à l'ancien comportement en cas de besoin en offrant des avantages par rapport à l'alternance. Enfin, elle doit être assez explicite, compréhensible et avantageuse en termes de retombés.

**Figure 21 :** Évolution générale de l'adoption du comportement



Source: EVERETT M. R. (1983)

#### II.1.4. Les outils de communication pour le changement de comportement

Nombre d'études ont porté un regard critique sur les stratégies de communications mises en œuvre dans les projets de développement social et de changement de comportement face aux différents fléaux qui minent nos sociétés. Une floraison d'expériences a eu recours à des approches de communication sociales diversifiées. Dans cette séquence, nous nous intéressons à trois mécanismes communicationnels, à savoir :

- L'Information, Education, Communication (IEC) ;
- La Communication pour le Changement de Comportement (CCC) ;
- La Communication pour un Impact comportemental (COMBI).

#### **II.1.4.1. De l'IEC à la CCC**

Les approches IEC/ CCC sont les approches les plus utilisées par les études de développement social et de changement de comportement. Cependant, elles ont des approches et des objectifs différents. Elles interviennent particulièrement au niveau de la santé en fonction de l'ampleur et de la notoriété du phénomène.

L'approche IEC est une approche familière aux études de développement social en Afrique. Elle se base sur un ensemble de moyens de communication médiatiques (KONE H. et SY H. J., 1995). Elle est considérée comme un système de diffusion d'informations et de données destinées à un groupe cible concernant un phénomène méconnu. En d'autres termes, c'est une technique de communication sociale qui regorge un ensemble d'interventions utilisant ou combinant des séances d'échanges en vue de transmettre des informations favorables au changement de comportement au sein de la communauté.

L'IEC est une approche à caractère diffusionniste, car elle procède par matraquage en fournissant un maximum d'informations au sujet concerné par le phénomène. Il s'agit de renseigner ce dernier sur les facteurs et les comportements à risques pouvant l'exposer à la pathologie. Elle mobilise le concours des médias pour élargir sa communication et couvrir une large zone d'écoute.

Il apparaît évident que l'IEC est une approche qui contribue à mettre à la disposition d'un individu des connaissances dont il ignorait auparavant. Cette ouverture à l'information se fait par un apprentissage progressif qui vise à faire acquérir des compétences ou des valeurs jugées favorables au changement de comportement. En revanche, cette approche n'a pu apporter satisfaction aux préoccupations de plusieurs problèmes sociaux. D'où la nécessité de faire appel à la CCC.

La CCC est un processus interactif et participatif à double voie qui favorise un échange d'informations, d'idées, de connaissances entre deux ou plusieurs personnes dans le but d'encourager le changement ou le maintien de comportement de façon durable. Elle se détermine de l'IEC par la cible visée. En effet, les études CCC s'adressent à une communauté ou un groupe spécifique. Elle utilise divers canaux de communication qui permettent le dialogue communautaire, la promotion du comportement sain et la réduction de stigmatisation et de discrimination. C'est un moyen privilégié dans la communication destinée à influencer les prises de décisions au niveau communautaire et politique.

Elle se manifeste à travers deux approches fondamentales en matière de communication pour le changement de comportement. Il s'agit de la segmentation du public cible et l'identification des objectifs visés par la communication. La segmentation et le choix de la cible portent sur les caractéristiques socioprofessionnelles de la cible (âge, sexe, niveau de connaissance du phénomène, le statut social, les attitudes, les comportements visés, etc.). L'identification des objectifs permet de déterminer les comportements voulus, les résultats attendus, les moyens de communication et d'évaluer le comportement des concernés.

La stratégie de la CCC favorise une étude de proximité et d'interaction entre les protagonistes. Grâce à sa capacité à se réadapter à la cible et au milieu concerné, elle prend en compte les facteurs sociaux qui influencent le comportement. L'intérêt du cadre de vie des populations a donné naissance à la Communication pour le Changement Social du Comportement (CCSC). Il s'agit pour cette approche, de s'intéresser aux différentes composantes du cadre vie de la cible. La CCSC permet de catégoriser les cibles (primaires, secondaires, tertiaires), de déterminer les obstacles sociaux environnementaux à la communication présente dans le milieu de la cible. Elle est donc une étude poussée de la CCC.

**Tableau 32 : Récapitulatif de la différence entre IEC/CCC**

<b>Composantes</b>	<b>IEC</b>	<b>CCC</b>
<b>Cible</b>	Individu, Communauté	Individu, communautés, réseaux, leaders
<b>Educateur</b>	Maître	Facilitateur
<b>Objectif</b>	Informé	Changer les attitudes
<b>Assomption</b>	Comportements contrôlés par une personne  Etat d'ignorance et besoin d'information	Comportements influencés par les facteurs socioculturels, environnementaux et les normes  Personnes considérées comme source de savoir et de motivation
<b>Canaux de communication</b>	Mass media	Réseaux sociaux, communautés, mass media, canaux de proximité
<b>Techniques de communication</b>	Style diffusionniste, communication latérale	Style relationniste, échange de signes (feed back)
<b>Attitude communicationnelle des acteurs</b>	Subordonné (donner des ordres)  Monologue	Partenariat  Instauration de dialogue

**Source :** Manuel de référence Communication pour le changement de comportement) : [www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---/wcms\\_127587.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---/wcms_127587.pdf) du 17/04/18 à 13 h 30.

## **II.1.4.2. La communication pour agir sur les comportements**

### **II.1.4.2.1. L'approche COMBI**

La COMBI est une approche très récente apparue au XX<sup>e</sup> siècle. Cette innovation dans le monde de la communication sociale est née suite à la résistance des communautés faces aux stratégies de changement de comportement. Selon l'OMS, la COMBI est une stratégie de planification et de mise en œuvre d'une communication basée sur des modèles comportementaux et une théorie behavioriste. Elle se veut pragmatique à cause de son origine en marketing (OMS, 2013).

À l'instar de l'IEC et la CCC, elle accorde un intérêt particulier à la communication. Ainsi, elle évalue l'écart entre les concepteurs de programmes d'amélioration de la santé publique et les personnes chargées de l'exécution desdits programmes. Ainsi, elle s'appuie sur une étude au préalable du milieu en vue de déterminer les atouts et les obstacles probables à l'exécution d'un programme d'amélioration des conditions de vie. Elle combine les approches IEC/CCC et la CCSC en évaluant les études déjà menées.

La COMBI repose sur deux principes : la planification stratégique et la communication comportementale et sociale. Elle développe l'idée selon laquelle tout individu doté de raison et conscient de son existence est capable d'adopter tout comportement jugé bénéfique pour son bien-être lorsqu'il en a bonne connaissance des atouts et inconvénients associés au dit comportement. C'est dire que la connaissance et la considération du phénomène chez les populations concernées déterminent leur intérêt à adopter ou à refuser le comportement proposé. Bref, cette approche permet d'intervenir avec précision le plus vite que possible dans les programmes de santé publique.

### **II.1.4.2.2. Les principes de la COMBI**

L'approche COMBI repose sur deux principes de base. La première consiste à entreprendre une étude au préalable du milieu afin de déterminer les comportements propices à proposer pour le changement. Le second vise à

déterminer la stratégie de communication idéale pour atteindre les résultats comportementaux visés.

Concernant l'étude du milieu, elle procède par une enquête préliminaire du milieu concerné dans le but de l'analyser et de déterminer les besoins à la communication. Elle permet de réduire au maximum les risques d'échec à l'adoption du comportement souhaité. Elle s'articule autour des actions suivantes :

- Déterminer et segmenter les groupes et les populations à risques ;
- Evaluer le niveau de connaissance, la perception et la représentation sociale du phénomène concerné par les populations et les actions de communication entreprises ;
- Identifier, analyser les sources d'information existants et déterminer ceux adaptés à la communication envisagée ;
- Identifier les pratiques individuelles, socioculturelles, économiques et environnementales.

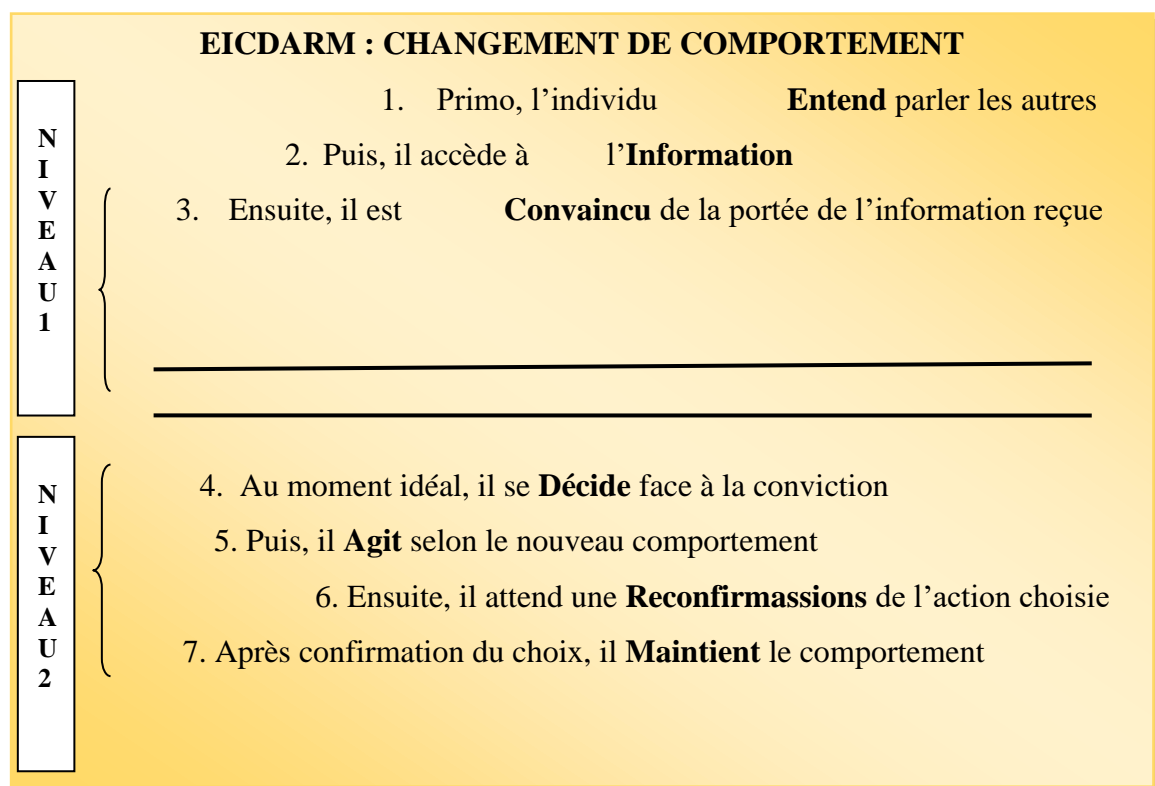
Le second principe de la COMBI veille à la mise en œuvre d'un modèle théorique de communication et de marketing visant des résultats comportementaux en matière de santé publique. Deux approches théoriques sont définies par ce modèle : le modèle Entendre, Informer, Convaincre, Décider, Agir, Reconfirmer, Maintenir (EICDERM) et les quatre C.

- **La méthode EICDERM** : Elle repose sur une communication adaptée au phénomène étudiée. Un premier cas de figure concerne les phénomènes méconnus des populations. À ce niveau, la COMBI cherche à informer les communautaires en vue de les sensibiliser sur le phénomène étudié. L'autre cas de figure concerne les phénomènes connus par les populations. Cependant, le comportement de ces derniers les expose aux risques de contamination ou de mortalité. Dans un tel cas, la COMBI procède par information en vue de convaincre les concernés.



L'EICDDERM dégage deux niveaux de changements : EIC et DERM. La dislocation de ce concept se réfère à la nature de la pathologie étudiée. Lorsque la stratégie concerne un phénomène peu connu, la COMBI procède en informant et persuadant les cibles. Ici, la stratégie met l'accent sur le premier niveau (EIC) qui équivaut à l'IEC. Lorsqu'il s'agit de phénomène connu, la COMBI mène des actions visant à encourager l'adoption et le maintien du comportement voulu. Il s'agit de faire de la CCC appuyée d'une CCSC.

**Figure 22** : Le modèle EICDERM



**Source** : (OMS, 2003)

- **Les quatre C ou marketing de la communication intégrée (IMC)** : Elle s'inspire du modèle marketing des quatre « P ». Les quatre composantes, à savoir : Consommateurs, Coût, Commodité et Communication, dérivés au marketing social semblent les mieux appropriés pour expliquer les attitudes des individus en matière de changement social et de développement durable.

- **Consommateurs** : Ils sont déterminés en fonction du besoin grâce à l'étude du milieu. Il s'agit de répondre à un besoin exprimé ou non qui est celui du bien-être social ;
- **Coût** : Le coût n'est pas seulement monétaire. Il concerne également l'effort que fourni le concerné en vue d'un changement de comportement. Lorsqu'un déséquilibre s'installe entre « coût » et « valeur » dans le comportement proposé, l'individu est moins intéressé par le changement ;
- **Commodité** : Loin d'être considéré comme la place physique en marketing, la commodité fait référence aux conditions d'accessibilité et d'adoption du comportement par l'individu vis-à-vis de l'influence de son cadre de vie ;
- **Communication** : Elle porte sur une communication intégrant une diversité de stratégies et de canaux de communication. Elle ne fait pas la promotion d'un produit ou d'un service quelconque. Bien plus, elle informe le concerné sur les trois autres « C » en vue de répondre à ses besoins.

## **II.2. Les outils de communication pour le changement de comportement**

### **II.2.1. Le plaidoyer**

Le plaidoyer est un ensemble d'actions cohérentes menées par un individu, un groupe de personnes, une communauté, une association dans un domaine déterminé de rente commun. Il vise à susciter un changement ou assurer l'adoption ou la mise en œuvre d'une initiative politique, une loi, un règlement voulu par les personnes qui entreprennent la plaidoirie. Autrement dit, le plaidoyer s'adresse aux pouvoirs publics, aux leaders communautaires, religieux et administratifs.

Cependant, une action de plaidoirie doit être précise. Elle vise un objectif ou un bien déterminé. Il doit pouvoir préciser les causes pour lesquelles l'action

est entreprise. Ainsi, elle s'appuie sur des informations collectées au préalable en vue de proposer une argumentation logique, cohérente et pertinente. Dans le souci de maximiser les chances de réussite du projet, le plaidoyer doit être mené auprès de cibles diversifiées. Il s'agit pour les concepteurs de l'action communautaire de maximiser les chances de rendre leur action durable et efficace dans le temps.

La collecte d'informations au préalable n'est pas le seul atout pour un plaidoyer réussi. Il sied de bien identifier et sélectionner les canaux adéquats pour atteindre sa cible et de capter son attention en vue de son adhésion. En effet, cette démarche peut être conduite dans le sens de mobiliser des fonds et du matériel pour l'exécution de la maquette. L'initiateur doit avoir des compétences de communicateur et un carnet d'adresse assez riche, c'est-à-dire, savoir-faire du « networking ».

### **II.2.2. L'entretien clinique**

L'entretien clinique est une situation de communication qui met en interaction un personnel de la santé et un demandeur de soin. Il permet l'accès aux représentations les plus subjectives des usagers concernant une pathologie. En effet, cet outil vise à appréhender et à comprendre les pratiques comportementales d'un individu vis-à-vis d'une situation de santé. Il est réalisé en fonction de la relation que l'écouté entretient avec son milieu de vie et en prenant en compte son histoire avec le phénomène. Il obéit aux principes suivants :

- Laisser l'interlocuteur décider le moment du changement et les décisions à prendre ;
- Respecter la confidentialité et protéger la personnalité du consulté ;
- Être franc et précis dans les propos ;
- Maîtriser le sujet et savoir reconnaître ses limites en cas de difficultés. Il

existe plusieurs types d'entretien :

- ***L'entretien libre*** : C'est un processus de socialisation, de contribution d'opinion et de motivation. Il met en évidence un animateur face à un individu. Ce dernier est soumis à un questionnaire, parfois généraliste et objectif. Le rôle de l'animateur consiste à laisser son interlocuteur s'exprimer sans être interrompu ;
  
- ***L'entretien guidé*** : C'est une situation de communication interpersonnelle qui met en confrontation un animateur et un interlocuteur. Ce dernier est auditionné par l'animateur par un ensemble de questions. Cette situation de communication nécessite impérativement des réponses de la part de l'interviewé. En cas de réponses superficielles, l'animateur a la possibilité de demander des précisions ;
  
- ***L'entretien focalisé*** : C'est une technique de communication sociale qui consiste à évaluer les effets psychologiques et sociaux des informations visant un public plus large. Ainsi, les concernées sont conditionnées avec la même réalité et sont mises au même niveau d'information. Par la suite, elles sont reçues l'une après l'autre et l'on évalue leur réaction subjective par rapport à la situation précédente vécue ;
  
- ***L'entretien d'aide ou le counseling*** : Contrairement aux précédents entretiens qui relèvent de la recherche et de l'enquête, le counseling est une situation de communication sociale qui met en interaction un personnel soignant ou un conseiller communautaire et une personne en situation de détresse ou de demande de santé. Il s'agit pour le consultant, d'aider le demandeur à identifier les problèmes liés à son état de santé en vue d'adhérer au changement. Cette dernière stratégie est fréquemment utilisée dans le monde de la santé et des projets de développement communautaire.

### **II.2.3. La causerie éducative**

La causerie éducative est une stratégie de communication sociale qui consiste à animer un groupe de personnes. C'est une stratégie d'interaction qui vise la promotion de comportement nouveau vis-à-vis d'une situation délicate en vue de réduire les risques. Dans un souci d'optimiser la causerie et de capter l'attention du public en vue d'un changement probable, le nombre de participant doit être raisonnable. Il est conseillé de composer des groupes comprenant quinze à vingt-cinq personnes. Cependant, lorsqu'un groupe est trop réduit, c'est-à-dire inférieur à six personnes, le niveau d'échange risque d'être faible et la causerie moins animée. Lorsque le groupe est trop important, c'est-à-dire composé de plus de trente membres, la causerie risque d'être très animée et les prises de paroles sont peu organisées. Parfois, certains interlocuteurs se laissent étouffés par les autres.

La causerie éducative respecte certains principes, notamment, les intérêts communs des interlocuteurs, le niveau d'instruction, la classe d'âge, la profession, la situation économique, bref, les participants qui ont en communs les mêmes caractéristiques sociales professionnelles se comprennent mieux et échangent facilement entre eux. Cependant, une bonne causerie éducative doit être préparée minutieusement et son déroulement respect certaines règles. Après la causerie éducative, l'animateur doit savoir maintenir le contact avec les participants en vue d'évaluer leur comportement.

### **II.2.4. La mobilisation communautaire**

La mobilisation communautaire est un processus continu d'animation et de formation offert à une collectivité dans le but de reconsidérer une situation macabre par la participation générale. Autrement dit, elle consiste à offrir une assistance aux communautaires en vue de leur permettre de définir et d'exprimer leurs besoins et leurs attentes dans le souci de mener une action de satisfaction collective. Elle s'appuie sur les forces contributives des personnes concernées par le phénomène (ressources humaines, disponibilités et accessibilité d'infrastructures et réseaux pouvant impacter l'événement).

Ce concept admet la participation effective des populations elles-mêmes à la recherche de solutions de leurs besoins. Elle fait appel à la notion de la participation et la résilience, c'est-à-dire, le développement de la capacité des communautés à s'adapter et se développer relativement avec aisance dans une situation hostiles, tandis que certaines n'y parviennent par faute d'expression de leurs qualités intrinsèques, de la qualité de leur vie familiale, de leur soutien social, etc. De ce fait, elle suscite une réaction des leaders politiques, économiques, communautaires et sanitaires.

L'importance de la mobilisation communautaire réside dans le postulat selon lequel les problèmes auxquels sont exposées les populations ne peuvent être résolus définitivement sur la base individuelle. Toutefois, chaque individu ou chaque communauté a le droit de s'affirmer et s'assumer dans la mesure du possible. Ainsi, les collectivités et les personnes concernées par le phénomène doivent pouvoir redéfinir, représenter et résoudre leurs propres problèmes de santé tout en considérant les valeurs religieuses, politiques, culturelles et traditionnelles des individus.

#### **II.2.5. La mobilisation sociale**

La mobilisation sociale est une approche développée par l'UNICEF en vue d'associer à l'action de développement communautaire un plus grand nombre de personnes en vue de sa réalisation. C'est un processus qui engage et motive un nombre important de partenaires et d'associées au niveau local, national et international dans le sens de la sensibilisation. Elle est favorable à un plaidoyer dont l'objectif vise un développement déterminé et déterminant à travers la communication interpersonnelle.

Ainsi, elle s'adresse aux membres des administrations locales et nationales, des collectivités religieuses et coutumières, des réseaux communautaires et toutes les entités qui sont susceptibles à l'adhésion du projet et au changement social. En d'autres termes, la mobilisation sociale ambitionne de faciliter le changement grâce au concours d'un réseau de partenaires engagés dans les efforts interdépendants et complémentaires.

Le principe de cette stratégie réside dans l'organisation d'activités parfois symbolique pouvant associer l'image de plusieurs personnes influentes et d'institutions crédibles en vue de motiver les individus à l'adoption du comportement voulu. On pourrait citer entre autres, les différentes journées dédiées à une action ou une pathologie, les campagnes d'éducation et de vaccination, les conférences et séminaires, les communications de mass media, la construction ou réhabilitation d'un patrimoine, etc. Tout bien considéré, la mobilisation sociale repose sur la mobilisation communautaire au sens large et elle contribue à une action communautaire en vue de répondre à un besoin social à utilité universelle.

### **II.2.6. La Communication Marketing Intégrée (IMC)**

La Communication Marketing Intégrée (IMC) est une stratégie de communication sociale qui s'inspire de l'approche marketing. Elle met en œuvre une planification stratégique et la coordination d'un ensemble d'activités de communication en termes de marketing social, c'est-à-dire, le marketing direct, la promotion du comportement voulu, la publicité et les relations publiques. L'IMC consiste à mettre en valeur un comportement ou une attitude en réponse à une situation lugubre des communautaires. Toutefois, le choix des canaux nécessite une parfaite maîtrise du mix de communication afin de ne pas créer des situations de troubles et d'interprétation.

L'IMC constitue pour la communication sociale, l'approche marketing du comportement. Ainsi, elle se fonde sur la rationalisation stratégique et des actions comportementales en s'appuyant sur les principes suivants :

- *Une vision centrée sur la connaissance du client (Produit)* : Il est évident qu'une connaissance au minimum de l'interlocuteur est le fondement de toute relation. L'IMC fait de la quête d'information précise et concrète sur l'interlocuteur une priorité en vue de mieux interpréter son comportement. En effet, le fait de s'informer sur le comportement du

« client » permet de cerner sa perception du phénomène par rapport à son vécu et sa situation socioéconomique et professionnelle ;

- ***Une facilité dans l'adhésion du comportement (Place)*** : La proposition d'un comportement facile à adopter et favorable au changement durable est le deuxième principe de l'IMC. Il s'agit de prendre en considération les commodités convenables au changement malgré l'influence de son environnement ;

- ***Un comportement de mesure (Prix)*** : L'IMC encourage le changement à travers une implication effective de l'individu. Bien que l'adoption du comportement ne soit pas chose aisée, le degré de motivation du concernée est significatif dans le processus de changement. Ainsi, la communication doit pouvoir mettre en lumière les atouts liés au changement en vue de motiver le prospect à l'adhésion ;

- ***Une communication structurée (Promotion)*** : Tout comportement nouveau est considéré comme une riposte à un comportement jugé défavorable à la santé. Ainsi, adhérer à la nouvelle proposition peut s'avérer impossible lorsque les bénéficiaires ne sont pas éduqués, informés et rassurés. La communication consiste donc à promouvoir le comportement voulu en vue de le faire connaître et le faire accepter par les concernés.

### **II.2.7. Le photolangage**

Le photolangage est une technique de communication qui favorise la liberté de la parole et facilite l'interaction grâce à des représentations initiales des personnes et des collectivités. C'est un outil d'interprétation visuelle et d'expression orale qui est accessible à un public large ou réduit. Il permet de simplifier la prise de parole par les personnes en situation de difficulté de lecture et d'écriture en associant images et parole. Ainsi, il assure la libre expression des pensées.



Le photolangage est utilisé dans les situations de formation et de causerie de groupe. Il permet de faciliter l'expression des représentations sociales sur une question donnée ou un phénomène précis à travers la parole et les représentations graphiques. Il constitue un mécanisme d'évaluation des connaissances, des attitudes et des valeurs, des pratiques et des expressions des participants. Sa particularité réside dans la capacité à instaurer rapidement le contact et à inciter la prise de parole par rapport à une image. Il se pose comme un canal favorable aux échanges et à l'expression de son vécu face à un fait. Ainsi, l'expression individuelle, l'écoute, le recours à la langue et l'interprétation du visuel sont les points forts de cet outil de la communication.

Par ailleurs, la stratégie du photolangage connaît des insuffisances dans sa mise en application. En effet, le fait qu'elle vise la perception des participants sans tenir compte des orientations scientifiques ou de l'avis d'un spécialiste du phénomène, la pertinence des résultats des entretiens peut être mis en cause. Aussi, son déroulement et son succès dépendent de l'animateur. Sa considération et son intérêt pour la question peuvent influencer les réflexions des participants.

#### **II.2.8. L'éducation par les pairs**

L'éducation par les pairs est une stratégie de communication sociale qui s'inscrit dans la logique populaire de « *une éducation de tous, par tous, et pour tous* ». Elle constitue un processus de communication qui met au cœur de la promotion du bien-être, les acteurs concernés par un phénomène. Autrement dit, il s'agit de faire des personnes concernées par le problème, les promoteurs du comportement voulu. Cette technique répond à une démarche libérale qui admet l'implication des bénéficiaires du comportement promu en tant qu'acteur actifs et non comme des moyens de communication.

L'intérêt de cette stratégie réside dans la facilité d'instaurer le contact grâce à des personnes de même strate, des individus qui partagent les mêmes réalités et qui vivent dans le même milieu que les concernées du problème. Son objet consiste à instruire les collectivités face à une situation préjudiciable. Pour y

parvenir, elle s'appuie sur les membres de la communauté des cibles directement concernées pour faire accepter le changement.

Pour y parvenir, elle procède par une collecte de données. Après cette collecte de données, elle propose un changement accessible et adapté aux bénéficiaires. En général, elle est appliquée chez les populations jeunes. C'est une catégorie de personnes favorable à la créativité et à l'imitation. En effet, du fait de leur tranche d'âge identique, de la similitude de leur situation économique et le rapprochement de leur représentation du monde réel, leur implication dans un processus de communication se fait sans intérêt. Bien plus, ils s'y engagent de façon temporaire en se laissant guidés par la recherche d'un plaisir d'agir et de la quête d'un bien-être social.

### **II.2.9. Les relais de la communication**

Les relais de la communication en termes de communication sociale, précisément dans la relation de soin sont les représentants de la société civile au sein de l'équipe médicale. Ce sont des acteurs susceptibles d'attirer l'attention des collectivités en vue du changement. Ils sont considérés comme des médiateurs de la santé au sein de la communauté. En fonction du domaine et du besoin, leur rôle connaît des variations énormes.

En effet, leur tâche étant rattachée à la recherche d'une équivalence dans la relation de soin, ils veillent à redéfinir la politique de la relation de soin au sein des formations sanitaires et à l'extérieur de celles-ci. Ainsi, ils participent à la mise en œuvre des plans stratégiques du développement durable, à leur exécution et à leur évaluation. Autrement dit, ils contribuent à faire comprendre, à faire accepter et à faire appliquer les perspectives et les résolutions des travaux de recherches et d'études visant le bien-être des communautaires.

Pour parvenir à leur fin, ils prennent une part active aux collectes de données et aux diagnostics des patients. Ils veillent à la bonne circulation de l'information entre les usagers des centres de santé et les prestataires de soin. De par leur positionnement dans la relation de soin, ils constituent une jonction entre soignants et demandeurs de la santé. Par conséquent, ils sont des facilitateurs à

une probable ouverture de l'hôpital sur la communauté, c'est-à-dire, qu'ils sont les premiers acteurs de l'instauration du contact au sein du mécanisme de la relation de soin.

#### **II.2.10. L'éducation par divertissement**

L'éducation par le divertissement est un outil de communication social qui associe divertissement et instruction dans une seule et même activité. Il s'agit d'occuper sainement les acteurs par le canal de la distraction et les instruire sur un phénomène ou un fait déterminé comme négatif ou positif pour leur bien-être social. En d'autres termes, l'éducation par le divertissement se pose comme un moyen de socialisation de l'individu. Elle en développe chez ce dernier des connaissances par des moyens ludiques qui lui sont familiers.

Dans les cas les plus fréquents, cette démarche vise à intérioriser de façon subtile chez le sujet, un comportement et à influencer sa perception vis-à-vis d'une question donnée. Elle a recours à des jeux adaptés à la situation des personnes concernées en tenant compte d'un comportement particulier. Elle parvient ainsi à motiver chez ces derniers des attitudes de socialisation ou pouvant les mettre à l'abri d'un phénomène décrié.

Dans le milieu des jeunes et des enfants, elle est pratiquée à travers le sport, les voyages découverts, les jeux concours culturels et bien d'autres jeux qui éveillent les émotions et la conscience de cette catégorie. Au niveau des femmes, elles sont encore intéressées par les jeux concours de beauté, de danse, de découverte, d'amitié, voir, par le sensationnel, le beau. En dépit de provoquer chez les personnes ces sentiments et ces émotions, les maquettes de communication pour le changement veillent à mettre au cœur de leurs activités et leurs actions, l'instruction et l'éducation en introduisant des comportements dans ces jeux. Ainsi, l'apprentissage ou la pratique de ces attitudes liées au divertissement s'inscrivent peu à peu dans le quotidien des concernés.

### **II.2.11. La communication numérique de la santé**

Comme dans tous les autres domaines, le numérique occupe une place prépondérante dans la santé. L'OMS considère la numérisation de la santé comme un ensemble de services virtuels qui contribuent au bien-être de la personne. Il s'agit du recours à des outils de production, de gestion et de diffusion de données électroniques à l'égard des prestataires et des usagers de la santé. Cette notion ne se limite pas seulement à la gestion des informations numériques. Elle porte également sur l'usage des TIC et les applications numériques pour expliquer ou diagnostiquer les phénomènes de la santé.

Cependant, son utilité dans le domaine de la santé varie en fonction du besoin et du service. Les différentes fonctions à elle consignées sont :

- ***La télé santé ou e-santé*** : Elle intervient dans le cadre des actes de prévention et de soin à distance. Elle offre un cadre d'échange et de stockage d'informations accessibles grâce à des portails à grand public, des sites de promotion de la santé, des systèmes d'alerte téléphoniques, des consultations à distances, etc. ;
- ***La m-santé*** : Il s'agit de l'usage d'applications numériques téléphoniques (Smartphone) ou d'objets connectés en relation avec la promotion de la santé ;
- ***La télé médecine*** : Elle concerne les actes médicaux à destination de la consultation à distance par un prestataire de la santé. Elle fait recours à la vidéoconférence, à la téléassistance d'un personnel soignant lors d'une intervention, à la télésurveillance d'un patient, etc. ;
- ***Les systèmes de dossiers électroniques de la santé (DES)*** : C'est un outil intégrant plusieurs composantes électroniques fiables qui permettent de s'informer sur les antécédents médicaux d'un individu. Il s'agit entre autres des systèmes d'informations de laboratoire, des dépôts d'imagerie diagnostique, des systèmes d'information sur les médicaments, la télésanté,

les systèmes de surveillance de la santé publique, l'interopérabilité clinique, la protection des renseignements personnels et les registres.

#### **II.2.12. Les visites à domicile (VAD) ou visites de terrain**

Les visites à domicile (VAD) dans le domaine de la santé sont fréquentes en santé psychologiques. Elles constituent un moyen efficace de soutien mental aux patients affectés par une pathologie jugée dévastatrice ou les patients dont l'activité motrice est limitée.

Les VAD constituent un moyen de communication et de proximité pour le soignant. En effet, elles permettent à ce dernier de s'imprégner sur le cadre de vie du patient, de manière de vivre avec sa pathologie, la qualité de soutien des parents. Ces informations permettent de prescrire un traitement adéquat et efficace en vue de l'amélioration de la santé de ce dernier et d'influencer son comportement vis-à-vis de son environnement.

Le domaine de la santé de procréation constitue un champ de prédilection pour la littérature contemporaine à cause de sa situation jugée préoccupante. En effet, plusieurs initiatives ont été entreprises dans le sens de réduction des CPR, la promotion de la santé des mères et de leurs enfants et de l'amélioration de relation de soin. Ces initiatives ont certes apporté des améliorations, mais des efforts sont encore nécessaires.

Le recours à la communication a contribué à mieux expliquer certains phénomènes sociaux qui constituent des entraves pour la relation thérapeutique et l'accès de FE aux soins. Les études récentes ont mis à disposition du personnel soin, des mécanismes de communication révisés et adaptés à diverses situations de la relation de soin en vue de l'amélioration de la santé des communautaires en générale, et des gestantes et leur futur enfant en particulier.

## CHAPITRES VI : MAQUETTE DE COMMUNICATION POUR LA PROMOTION DE LA RELATION DE SOIN EN CPN BOMÉDICALE : « *Une relation de communication pour des soins de qualité en CPN* ».

### Introduction

La question de la relation de soin en matière de santé de la procréation suscite des débats au sein de notre société contemporaine. Cette préoccupation a fait objet de diverses études dans des domaines différents. Toutefois, la communauté scientifique est loin du but de ses investigations, à savoir, la saturation des informations. Par ailleurs, un fait se trouve à la croisée des idées développées : il s'agit de la qualité des soins obstétricaux en CPN biomédicale. Dans le cadre de notre étude qui s'est déroulée au sein de quatre formations sanitaires urbaines de la santé mère/enfant dans la ville de Bouaké, il nous a été donné de constater que cette difficulté est en lien avec le besoin de communication.

En effet, les logiques de communication et celle de la relation thérapeutique, de même que certaines pratiques sanitaires modifient les comportements des acteurs de cet univers de l'hôpital. Ainsi considéré, « *le comportement humain demeure un facteur essentiel de détermination de la santé. Il est facile de voir l'impact d'actes individuels (...), cependant, il convient également de prendre en considération certains comportements importants pour la santé : (...), les pratiques adoptées par le personnel de santé qui traite les clients avec courtoisie ou grossièreté, la mise en application de programmes de santé bien ou mal conçus* » (MURPHY E.E. 2005, *op. cit*). Ce postulat détermine le caractère obsolète de la relation de soin et la vulnérabilité du système sanitaire ivoirien.

Face à ce besoin de redorer l'environnement de la santé, particulièrement, celui de l'unité de la consultation génésique, le chapitre suivant propose une maquette de communication en vue de la promotion de la relation de soin par le biais de la communication. Cette maquette propose un cadre de

communication favorable à l'amélioration ou/et au maintien de la relation entre les acteurs de la CPN biomédicale. Elle vise aussi à une implication véritable du personnel soignant, de la FE dans la vie de la gestante. Autrement dit, le programme inscrit la santé de la procréation dans un registre selon lequel, l'état de grossesse et la santé de la FE vont au-delà de l'aspect physique, psychologique et social de cette dernière. Il met en interaction de façon permanente, la maïeuticienne et FE dans toutes les périodes de la grossesse et durant les cinq premières années de vie de l'enfant. Il comprend deux parties : une partie stratégique et une partie opérationnelle.

## **I. Cadre stratégique de la maquette de communication**

### **I.1. Le contexte**

Améliorer les conditions de vie des populations et garantir leur bien-être sont des défis qui s'inscrivent au cœur des projets de santé des décideurs tant au niveau mondial que local. Toutefois, les programmes visant l'amélioration de la santé se distinguent les uns des autres en fonction de plusieurs principes : la localité, les bénéficiaires, l'état de la question, le cadre, etc.

Dans notre cas, le projet de développement communautaire constitue le dernier axe de notre thèse doctorale. Il consiste à proposer un plan stratégique de communication en vue de proposer des comportements durables pour la promotion du soin à la CPN biomédicale. Pour le diagnostic, nous avons fait recours à deux sources d'informations : les données fournies par notre échantillonnage et la documentation.

#### **I.1.1. Le diagnostic épidémiologique**

En Afrique, comme dans le monde, les multiples programmes d'amélioration de la santé n'ont pu éradiquer le problème de la qualité des soins. Les populations continuent de peiner par faute d'existence de formation sanitaire, de coût élevé de soin, bref, des maux qui minent cet univers. Toutes les catégories

sociales, particulièrement, les femmes enceintes et les enfants ne sont pas épargnés par les affres de la situation critique du système de la santé.

En effet, selon un rapport de l’OMS, force est de constater qu’environ 600 000 femmes âgées entre 15 et 45 ans meurent chaque année dans le monde suite à des complications de grossesse et l’accouchement et une femme perd la vie chaque minute (OMS, 1999, *op.cit.*). La situation critique de la santé de la dyade mère et futur enfant a poussé les autorités africaines et leurs différents partenaires à mettre en place des initiatives tendant à améliorer la santé de la procréation dans cette partie du monde.

Les vastes campagnes financées par les organismes humanitaires et les recommandations assorties de ces projets ont contribué à outiller les communautaires en termes d’informations. Cependant, au niveau comportemental, la situation reste toujours chaotique. En effet, au cours de l’année 2015, un rapport conjoint de l’OMS et ses partenaires, la MMR au niveau mondial était estimée à 216 pour 100 000 NV et environ 303 000 femmes ont perdu la vie suite à des complications liées à la grossesse ou à l’accouchement (PNUD, 2016, *op.cit.*).

L’Afrique reste le continent le plus concerné par la mortalité materno-infantile. En 2002, au sud du Sahara, le taux de mortalité maternelle et infantile était estimé à 1100 pour 100 000 NV et une femme sur treize meurt pour des raisons en rapport avec la grossesse ou l’accouchement (UNFPA, 2002). Au titre de l’année 2010, 30% de décès concernait les enfants de moins de cinq ans et 60% n’ont pas fêté leur premier anniversaire de naissance. La cause de leur décès est en partie relié aux CPR et à l’accessibilité aux soins (UNFPA, 2013, *op.cit.*).

Au niveau de la Côte D’Ivoire, la situation de la santé de la procréation est à l’image des autres pays en voie de développement. Malgré les efforts consentis par les autorités politiques et administratives, le taux de mortalité maternel et infantile est important. En milieu urbain comme en zone rurale, les femmes continuent d’accoucher sans une assistance médicale. Selon le PNDS 2016, le taux de mortalité néonatale était estimé à 33 pour 1000 NV. Le ratio de la mortalité maternel était évalué à 645 pour 100 00 NV (PNDS, 2016).



La persistance du taux de mortalité maternel et infantile suite à des complications liées à la grossesse ou l'accouchement justifient plus ou moins la mise en cause de la qualité de la relation de soin en CPN biomédicale. La situation critique de la santé de la procréation a emmené l'État, en collaboration avec ses partenaires nationaux et internationaux à élargir les programmes d'amélioration de la qualité des soins à tous les centres de santé du territoire ivoirien. Outre ces mesures de riposte à la médiocre relation entre FE et SF, en 2017, le gouvernement a fait appel à 100 SF à la retraite pour une dure de trois ans. À travers ce projet dénommé « *Mentorat des Sages-femmes : Pour une réduction de la mortalité maternelle* », les autorités sanitaires visaient le renforcement de capacité des maïeuticiennes en fonction à travers un coaching de celles qui avaient acquis de l'expérience dans ce domaine.

Cependant, la qualité médiocre de la relation thérapeutique en matière de santé génésique n'explique pas à elle seule l'état critique de la santé des mères et de leurs enfants. Certains facteurs comportementaux des protagonistes constituent des obstacles à la réalisation des objectifs voulus. En Côte D'Ivoire, les taux de femmes ayant fait une à trois CPN biomédicales est était estimé à 43% et celui des femmes ayant fait plus de 4 visites gynécologiques était à 71%, soit un taux de discontinuité estimé respectivement à 57% et 29% (OMS, 1999, *idem*).

Somme toute, la discontinuité dans la pratique de la CPN biomédicale, la qualité de la prestation de soin en matière de santé de la procréation et le sous équipement des centres de santé constituent la base du taux élevé de la mortalité maternelle et infantile en Afrique, particulièrement, en Côte D'Ivoire. Par conséquent, la politique de la CPN biomédicale mise en place ne peut à elle seule améliorer la situation des mères et leurs enfants. Il sied d'accorder une place prépondérante à la communication en vue de considérer les facteurs sociaux qui minent la relation de soin en CPN.

### **I.1.2. Le diagnostic social**

La question de la santé maternelle et infantile est sujette d'interprétations au sein des communautaires. Les informations concernant le phénomène varient d'une région à une autre, d'une civilisation à une autre, d'un cadre à un autre. En un mot, la manière de percevoir et de vivre ce problème n'est pas universel. Bien plus, il admet une diversité largement significative. Toutefois, notre diagnostic social est tiré des données de notre échantillonnage. Elle concerne les ménagères, les élèves, les étudiantes et les artisanes de la ville de Bouaké dont l'âge varie entre 15 et 46 ans.

La majorité de ces femmes vivent en couple ou sont des femmes célibataires. Il s'agit pour le dernier cas, des élèves et étudiantes, des jeunes filles déscolarisées intervenant dans le milieu artisanal (coiffure, couture, commerce). En général, elles vivent en famille. Parfois, certaines sont livrées à leur propre sort lorsque l'auteur de la grossesse n'est pas connu. Le taux élevé de grossesse juvénile est la résultante d'une jeunesse activement sexuelle. Par ailleurs, ce comportement sexué peut s'expliquer par la situation sociale des ménagères, des jeunes et même des communautaires dans l'ensemble (ZOUNGRANA C., 1993).

Nombre de facteurs sociaux minent cette catégorie de la population et affectent la demande de soin en matière de la santé de la procréation (FOURN L. et al. 1999). La déscolarisation qui livre les jeunes au chômage, à la délinquance juvénile, à l'adoption d'un train de vie au-delà de leur situation, bref à des ébats qui les exposent aux grossesses non désirées, au mariage précoce. Les jeunes deviennent pères et mères sans y être forcements préparés. Au niveau des adultes, il y'a plutôt un abandon du foyer de la part du père.

À l'image de la mentalité africaine, les hommes ont tendance à abandonner le rôle de la santé maternelle aux mains de la femme. C'est elle qui se charge des soins des enfants et même de l'homme en cas de maladie de ce dernier. Le rôle de l'homme se limite à fournir les moyens financiers pour que la femme puisse se rendre dans un centre de santé. Pour l'homme, le centre de santé de la procréation est exclusivement réservé à la femme et l'enfant. Sa fréquentation risquerait de choquer les mentalités des concitoyens. Par conséquent, cette

conception exclu l'homme dans la relation de soin, limitant ainsi sa responsabilité à une contribution financière.

En outre, l'état de santé de la femme enceinte est perçu avec indifférence par les communautaires. Pour eux, elle représente une personne « normale » qui ne nécessite pas forcément une assistance médicale. Ainsi, elles n'ont recours à la CPN que lorsque besoin se fait sentir ou à l'approche de l'accouchement. Leurs rapports avec le personnel soignant de la santé génésique se déroulent dans une atmosphère de méfiance et de désintérêt. Cet environnement de santé fait face aux rumeurs, aux préjugés, à la stigmatisation, bref, à un ensemble de critiques dont l'authenticité n'est pas absolument vérifiée. Ce manque d'authenticité dans les informations provoque chez les intervenants et usagers de la santé génésiques des comportements désobligeants.

### **I.1.3. Diagnostic comportemental et environnemental**

Les raisons de la situation critique des mères et leurs enfants sont presque identiques dans les quatre coins du monde. Toutefois, l'Afrique noire se détermine grâce à une population frappée par une pauvreté assez poussée. La situation économique de la ménagère n'est pas favorable à l'adoption de comportements salutaires pour le bon développement de la grossesse. En raison de leur situation économique, les femmes africaines, particulièrement, la jeune femme ivoirienne effectuant au moins une visite prénatale biomédicale, a tendance à ne revenir au centre de santé que pour l'accouchement. Ce comportement provoque une discontinuité dans les CPN, constituant un frein au maintien de la relation de soin.

En effet, la discontinuité dans la fréquentation du centre de santé est défavorable au maintien et à l'amélioration de la relation de soin en CPN biomédicale. De plus, les formations sanitaires sont sous équipées. Elles ne disposent pas de moyens de communications pouvant remédier à l'irrégularité et éviter les pertes de vue en CPN (TOLLEGBE A., 2004). En outre, le service au sein de cette unité est cyclique. Ainsi, la FE qui s'y rend a peu de chance d'être suivie par la même SF. Cette relation de recommencement perpétuel se déroule

dans un environnement de méfiance où l'accueil du personnel soign est décrié. Outre l'accueil qui influence la relation thérapeutique en CPN biomédicale, les files d'attente insupportables constituent un véritable obstacle à l'instauration et au maintien de la communication au sein de cet espace de l'hôpital.

Outre les facteurs funestes comportementaux en rapport avec la relation de soin en CPN biomédicale, l'on dénombre aussi les facteurs comportementaux tels que le manque de considération des soins obstétricaux et les fléaux contemporains. Concernant la négligence des soins obstétricaux, elle est provoquée par l'expérience génésique. En effet, les de moins de 20 ans et les primipares fréquentent régulièrement les centres de santé pour la consultation. Cependant, elles s'adonnent régulièrement à l'avortement par faute de suivi et d'encadrement. Quant aux multipares (femmes ayant 2 à 4 enfants) et les grandes multipares (les femmes ayant plus de 5 ans), elles fréquentent plus la médecine traditionnelle et accouchent régulièrement sans assistance médicale. Ce comportement lié à l'expérience influence le recours aux soins obstétricaux (DIALLO B. et al, 1999).

La parité et l'âge ne sont pas seuls responsables du comportement malsain des gestantes. Le niveau d'instruction de ces dernières contribue à expliquer leur comportement génésique. En effet, les femmes ayant connu un degré d'urbanisation et une socialisation avancée est dociles à l'adoption de comportements génésiques sains. Toutefois, elles sont influencées par les CPR de celles ayant une expérience obstétricale vivantes dans leur milieu. Ces dernières transmettent leurs pratiques d'une génération à une autre. Elles s'adonnent ainsi à l'automédication familiale et reste attachées à certaines croyances étiologiques relatives à l'état de santé de la femme enceinte (AKOTO E. et al, 2002).

Les CPR des gestantes expliquent leur réticence concernant le recours à la CPN biomédicale au profit de la CPN traditionnelle. Cependant, certaines femmes qui se rendent en CPN biomédicale sont sujets de mauvais traitement de la part de la SF. Le personnel soignant de l'unité de la CPN accorde peu d'intérêt à la gestante à cause des perceptions de la grossesse. Les FE qui bénéficient d'une attention particulière sont les référées, c'est-à-dire celles qui ont un statut

particulier. La relation entre la maïeuticienne et la cliente se déroule dans une atmosphère de méfiance et de préjugés. Les écarts entre les acteurs de la CPN biomédicale provoquent des crises de communication. Ces dernières sont parfois mal gérées ou ignorées. Elles provoquent ainsi les pertes de vue en CPN biomédicale (KOUROUMA M.).

## **I.2. Objectifs de la maquette de communication**

La communication proposée par cette maquette consiste à améliorer les capacités de communication des intervenants l'univers de la santé de la reproduction des comportements en vue de réduire les CPR et la mortalité maternelle et infantile dans les aires sanitaires visés. Pour y parvenir, nous avons élaboré un objectif général autour duquel gravitent des objectifs secondaires et tertiaires.

### **I.2.1. Objectif général**

La présente maquette vise l'amélioration de la qualité de la relation thérapeutique au sein de l'unité de la CPN biomédicale. Elle permettra de renforcer les capacités de plus de 95% des SF des aires sanitaires considérés en termes de communication interpersonnelle à la CPN biomédicale.

### **I.2.2. Objectifs spécifiques**

En plus de cet objectif principal, nous les objectifs spécifiques suivants :

- D'ici trois ans, réduire à 90% les crises de communication entre FE et SF au sein des unités de la CPN dans les aires sanitaires considérés pour les trois années du projet ;
- D'ici trois ans, renforcer à 95% les capacités d'accueil des prestataires de soin en CPN biomédicale dans les aires sanitaires concernés ;
- D'ici trois ans, réduire à 5% l'amotivation des prestataires de santé dans la relation de soin en CPN biomédicale dans les aires sanitaires concernées ;

- D'ici trois ans, modifier à 90% les croyances des SF et les FE âgées de 15 à 45 ans des aires sanitaires concernées au sujet de la conception de la grossesse et de la fonction de la SF.

### **I.2.3. Objectifs intermédiaires**

Les objectifs intermédiaires ne sont pas moins importants que les deux catégories précédentes. Toutefois, leur intérêt pour la réalisation du projet est considérable. Ils constituent une jonction entre l'objectif général et les objectifs spécifiques. Ils sont ainsi élaborés :

- Plaider et obtenir l'implication des autorités politiques, notamment, le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA (MSLS) et les partenaires indiqués pour l'adoption et l'exécution de la maquette de communication visant l'amélioration de la relation de soin en CPN et la promotion de la santé de la reproduction ;
- Plaider et obtenir la vulgarisation de laboratoire d'études des CPR, notamment le LERTG en vue de renforcer les connaissances des intervenants et usagers de la CPN en matière de santé de la procréation ;
- Plaider et obtenir la vulgarisation de la communication en matière de santé de la procréation à travers l'usage effective du carnet de santé du Programme National de Santé Infantile et de la Survie de l'Enfant (PNSI/SE) et d'une application mobile d'information et de formation en santé génésique ;
- Plaider et obtenir la collaboration des Programmes nationaux de santé, de la Direction Régionale de la Santé (DRS) et du Centre de Guidance Infantile de l'INSP ;
- Plaider et obtenir l'implication des leaders communautaires, religieuses et d'association de femmes en vue d'encourager la fréquentation régulière des formations de santé par les FE des aires sanitaires concernées ;
- Réduire à 90% les préjugés et stéréotypes concernant la relation de soin en CPN biomédicale au sein des communautaires.

### **I.3. Identification des cibles**

Déterminer et catégoriser les cibles est une tâche très importante pour l'élaboration de la maquette de communication. Dans cette optique, nous en avons déterminé trois, à savoir : les cibles primaires, les cibles secondaires et les cibles tertiaires.

#### **I.3.1. Précepteurs de comportements**

Les premières personnes directement concernées par la maquette représentent les précepteurs de comportements primaires. Ce sont elles qui sont directement touchées par le phénomène que traite la maquette et qui sont les principaux bénéficiaires du comportement voulu. Il s'agit ici, des prestataires de santé maternelle, particulièrement, les SF et les AS des formations sanitaires de Dar-es-Salam, Ahougnassou, Belleville, Sokoura et du CHU.

#### **I.3.2. Prescripteurs de comportements**

Les personnes qui ne sont pas directement concernées par le phénomène étudié, mais, qui peuvent exercer une pression sur les précepteurs de comportements primaires en influençant leurs comportements et attitudes sont dites : cibles secondaires. Leur considération du phénomène et leur comportement modifient ceux des cibles primaires. Leur implication dans la maquette contribue efficacement à une implication effective des bénéficiaires de la maquette. Dans le cadre de cette maquette, il s'agit :

- Les FE des aires sanitaires considérées et celles référées au CHU ;
- Les conjoints et parents des FE concernées ;
- Les ASC des centres de santé concernés ;
- Les médecins et pharmaciens des centres de santé concernés ;
- Les FAP des aires sanitaires concernées.

### **I.3.3. Propagateurs de comportements et planificateurs de comportements**

Les Propagateurs de comportements tertiaires et les planificateurs de comportements n'ont souvent pas de rapport avec le phénomène. Toutefois, leur prise de décision et leur implication peut contribuer au maintien ou à l'adoption de comportements voulus par les cibles primaires. Dans cette maquette, nous avons :

- Les autorités communautaires et religieuses locales ;
- Les leaders de groupe et association de femmes et jeunes filles ;
- Les autorités sanitaires et politiques ;
- Les partenaires locaux, nationaux et internationaux.

### **I.4. Les moyens techniques de la communication**

L'élaboration d'une maquette de communication en vue d'un changement de comportement durable constitue une réponse pratique à un problème de santé. Plusieurs modèles sont mis à la disposition des concepteurs de projets. Dans notre cas, nous avons retenu l'approche de la Communication pour un Impact Comportemental (COMBI).

Le choix de la COMBI se justifie par la notoriété du phénomène au sein des communautaires. Considérant la littérature existante, il ressort que la raison imminente de l'état médiocre de la relation de soin en CPN biomédicale est liée à la médiocre qualité des soins. Les études menées en vue d'éduquer les protagonistes sur la nécessité de fréquenter les formations sanitaires par les FE ont contribué à fournir les informations nécessaires en faveur de l'adoption de comportements sains en matière de santé de procréation. Elles ont permis aux communautaires d'être plus ou moins renseignées sur les comportements les disposant à la mortalité maternelle et infantile.

Ces stratégies d'information et d'éducation dites « IEC » a été appuyées par des communications de proximités dites « CCC ». Suite à l'inefficacité de ces stratégies, certaines recherches ont abouti à la mise en œuvre de la



Communication pour le Changement Social du Comportement (CCSC), laquelle politique met au cœur du changement, les influences extrinsèques à l'individu. Toutefois, la difficulté que rencontrent les planificateurs de la communication réside dans l'association de ces stratégies, compte tenu de leur mode d'action et les objectifs envisagés.

Néophyte parmi les stratégies d'intervention en matière de changement de comportement, la COMBI propose un processus de changement qui englobe les stratégies IEC/CCC et la CCSC. En effet, les programmes utilisant la COMBI sont fondés sur une connaissance au préalable des bénéficiaires immédiats du projet en vue de déterminer la stratégie de communication propice pour la vulgarisation du comportement voulu.

En ce qui concerne la présente, elle s'adresse aux SF de formations sanitaires en milieu urbains et les FE vivantes dans l'aire sanitaire de ces formations sanitaires. La maquette proposée fait une analyse de la situation de vie des protagonistes, évalue les besoins et propose une stratégie d'adoption de comportements salutaires à la difficulté d'accès aux soins en fonction du niveau de connaissances et le degré d'implication des personnes concernées. Elle répond ainsi au besoin de renforcer ou maintenir la relation de soin en CPN biomédicale grâce à une implication véritable des maïeuticiennes dans le processus du changement des CPR. Pour parvenir à notre but, nous avons recours à différentes approches de communication visant le changement de comportement.

#### **I.4.1. Les approches de la COMBI**

Toute relation trouve son ancrage dans l'accès à l'information. Les individus dans une situation de communication échangent des signes et symboles en vue de faire pression sur leurs interlocuteurs en amenant ces derniers à réagir au message reçu. Dans le cadre précis de ce projet, la communication mise en place par la SF contribue à rassurer de la bonne réception du message émis et sa bonne exécution par la FE. La réaction de cette dernière est un signal d'établissement ou de maintien du contact souhaité.

Cependant, la bonne réception et la garantie d'une attitude souhaitée exige une connaissance au préalable du prospecte. Ce postulat est une des caractéristiques de la COMBI. Connaitre son interlocuteur est un atout dans le choix des mots et des stratégies propices pour un contact réussi. Les approches de la COMBI utilisent les mêmes outils que l'IEC/ CCC et la CCSC. Toutefois, leurs modes d'action et leurs intérêts connaissent de légères distinctions.

#### **I.4.1.1. Le plaidoyer**

Le plaidoyer consistera à négocier et obtenir l'accord des autorités de décision et les instances d'influences communautaires pour des prises de décisions ou des actions spécifiques associant leur image en vue d'influencer le comportement des cibles visées. Elle sera menée auprès trois catégories de cibles comme suit :

- Le premier plaidoyer s'adresse au ministère de tutelle, c'est-à-dire, le MSLS et ses partenaires internationaux. Il portera sur l'adoption et le financement de la maquette, l'autorisation des centres de santé déterminés pour l'exécution effective du projet et l'équipement de ces centres en RHS, en infrastructures et en matériels afin de garantir la pérennité des actions à mener. Elle portera également sur l'insertion dans le programme de formation des FE à l'Institut Nationale de Formation des Agents de Santé (INFAS) des modules des techniques d'animation de groupe et les outils de communication sociale ;
- La deuxième action du plaidoyer prend en compte les partenaires locaux (la DRS, les districts sanitaires concernés, la direction du CHU, les ONG locales) pour équipements des centres de santé maternelles concernés en matière d'accueil des gestantes et de réalisation de la CPN biomédicale (affiches, mégaphones, sièges d'attentes, postes téléviseurs, de kits de la CPN etc.), logistique et le renforcement des RHS ;

- La troisième action du plaidoyer s'adresse à l'Association des Sages-femmes Ivoirienne (ASFI), aux autorités politiques, coutumières et religieuses, aux leaders d'associations de femmes et jeunes filles en vue d'une implication effective des SF dans la mise en exécution de la maquette de communication.

#### **I.4.1.2. La mobilisation communautaire**

La mobilisation communautaire est l'action de communication favorable à l'implication générale et volontaire des collectivités dans l'exécution de la maquette. Elle consistera pour les collectivités, d'entreprendre des initiatives visant l'amélioration de la relation en CPN biomédicale au sein des formations sanitaires considérées.

Ainsi, les populations situées à des distances significatives (plus de dix kilomètres) de leur formation sanitaire de périphérique, elles pourront aménager un local pour les unités avancées de la CPN biomédicale. Pour aider cette unité mobile, elles mettront des personnes volontaires (ASC) à disposition de l'équipe des FE en vue de faciliter la prestation soin. Concernant le mauvais état de la route, elles contribueront à l'entretien de celle-ci. D'autres actions allant dans le sens du bien-être du couple mère- future enfant pourront meubler cette action à caractère communautaire.

#### **I.4.1.3. La mobilisation sociale**

Dans le cadre de notre maquette, il s'agira de plaider et obtenir le ralliement d'organismes internationaux et locaux, les opérateurs économiques, les leaders d'opinions, les élus locaux, le personnel du système éducatif, de la promotion de la femme et celui de la santé, les entrepreneurs, les centres de recherches et de formation et les médias locaux et l'ASFI. La contribution de chacun de ces acteurs visera un aspect bien déterminé du processus de changement de comportement en matière de CPN biomédicale.

#### **I.4.1.4. La Communication Marketing Intégrée (IMC)**

Concernant le cas précis de notre maquette, la méthode IMC permettra aux acteurs de la maïeuticienne de se familiariser aux outils de communication sélectionnés en fonction du vécu et du besoin de la gestante. Ainsi, elle procédera par segmentation des FE à la CPN en tenant compte de certains facteurs sociaux tel que : la fonction, l'âge, la parité, la situation économique de la ménagère, le niveau d'instruction, etc. Autrement dit, l'IMC veillera à la promotion du comportement voulu en mettant en lumière les atouts et le bénéfice dudit comportement.

#### **I.4.1.5. Le counseling ou conseil**

Au sein de l'unité de la CPN, le counseling constituera pour la SF, un moment fort en vue d'apporter une aide significative aux FE qui se trouvent dans des situations de vulnérabilité ou qui ont un statut affectant. Il permettra d'instaurer un climat de confiance entre la maïeuticienne et la gestante afin d'améliorer le climat social au sein de cette unité. Elle s'appuiera sur sa capacité d'écoute, de discernement et de patience, car, les prises de décisions ne sont pas systématiques.

#### **I.4.1.6. La causerie de groupe**

La FE veillera à organiser les FE et les FAP âgées de 15 à 45 ans vivants dans les aires sanitaires considérées en de groupes de causerie et de soutien. La stratégie de communication consistera à tenir des réunions de concertation selon une périodicité déterminée en vue d'instruire les participantes sur la question génésique. Dans le but de motiver ces dernières à l'assiduité, une politique de « tontine » sera mise en place. Celle-ci contribuera à instaurer un esprit de solidarité et de développement en vue d'une autonomie financière de la ménagère.

#### **I.4.1.7. Le photo langage**

La maïeuticienne tiendra une séance de photolangage avec les FE venues en CPN avant la consultation à proprement dite. Elle animera un thème choisi dans la grille de la CCC proposée par le carnet du PNSI/SE sur une durée de 15 à 20 minutes. Cette causerie sera appuyée d'images illustratives et elle visera la compréhension et la prise de conscience des points de vue concernant l'état de la grossesse et les opinions contemporaines concernant la FE. La SF veillera à impliquer toutes les participantes au débat afin de rectifier les perceptions erronées.

#### **I.4.1.8. L'éducation par les pairs**

A l'image du projet des mentors de la CPN, cette stratégie s'appuiera sur les FE ayant une expérience professionnelle de plus de 10 ans pour le coaching de leurs pairs en vue de faire remonter les difficultés qu'elles rencontrent avec les FE à la CPN. Elles se chargeront d'instruire leurs consœurs sur les connaissances et les attitudes bénéfiques pour une bonne relation thérapeutique en vue de garantir le bon développement de la grossesse, le bon déroulement de l'accouchement et les pratiques à adopter au sein de l'unité de la CPN.

#### **I.4.1.9. Les relais de la communication**

Il s'agit de facilitateurs de la communication au sein des collectivités. Ces derniers partagent le quotidien des FE et celui des SF. En d'autres termes, ils sont considérés comme des « jonctions » entre le personnel soignant en CPN et les communautaires.

Pour notre maquette de communication, les ASC constitueront les relais de communication. Ils seront sélectionnés en fonction de leur intérêt et leur connaissance de la santé de la procréation. Ces derniers assisteront la SF durant le counseling, la CPN et les visites de terrain (CPN mobiles). Au sein des collectivités, elles identifieront les FE en situation de détresse et faciliteront leur accès aux soins.

#### **I.4.1.10. L'éducation par le divertissement**

L'apport de cette stratégie est considéré comme une aide aux différentes actions de communications entreprises au sein de l'unité de la CPN. En effet, ces dernières contribuent à l'éducation des protagonistes de la CPN biomédicale en termes de connaissances. Elles permettent aux acteurs de la santé de la procréation et les FE d'être outillés en connaissances. Toutefois, le changement de comportement étant un long processus, la motivation de ces derniers est prépondérante afin de faciliter l'adhésion au comportement voulu.

Le divertissement souhaité par cette maquette prend en compte l'équipement de la salle d'attente en télévision et vidéo projecteur. Ainsi, des films, des reportages, des magazines, bref, des diffusions seront programmées après la causerie de groupe. Elles illustreront le message de la SF, fourniront plus de détails, prépareront la FE à l'entretien clinique et occuperont utilement les FE avant d'être reçues en CPN biomédicale.

#### **I.4.1.11. La communication numérique ou la e-relation**

Pour les usagers de la CPN, la e-relation se réfère à un carnet de santé numérique comportant les informations et examens nécessaires pour le bien-être du couple mère-futur enfant et les différents RDV. Avant chaque RDV, un message sera envoyé à la FE pour rappeler la date du RDV. Pour le FE, la e-relation constituera une base de données numérique en vue de la gestion et le stockage de données et la gestion de la relation post-CPN.

#### **I.4.1.12. Les visites de terrain**

Les conditions de vie et l'environnement social jouent un rôle important dans le développement de la grossesse et le bien-être de la FE. Ils représentent pour cette dernière, des facteurs de modification de son comportement. Considérer ces facteurs permet d'aider la gestante à mieux se comporter pour son bien-être et celui de la grossesse.

Cette tâche sera laissée à la charge des ASC. Ils organiseront des visites au domicile des FE de leur quartier en vue de s'imprégner de leur condition de vie. Ainsi, ils garantiront la proximité des soins et le maintien et/ou l'amélioration de la relation de soin en santé de la procréation.

#### **I.4.2. Élaboration des messages**

Dans le processus du changement, le choix des mots joue un rôle important. Les concepteurs de maquettes de communication sociale accordent un intérêt particulier à l'élaboration des messages. En effet, le style, le caractère et même le ton de celui-ci peut contribuer au succès ou à l'échec de ladite maquette. Toutefois, le message doit être précis, facilement mémorisable et adapté à la cible. Le choix du canal doit répondre aussi à ces impératives.

##### **I.4.2.1. Amélioration de la logique de la relation de soin en CPN**

La logique de communication est l'un des facteurs qui influencent la relation de soin en CPN biomédicale. Mettre en place un mécanisme en vue de son amélioration contribuerait à promouvoir l'usage de la CPN biomédicale en milieu urbain. Les actions de perfectionnement de la logique de communication s'adressent aux FE et leurs collaborateurs immédiats, les FAP et les FE des aires sanitaires considérées. Les messages ci-dessous sont élaborés pour mener les actions de recyclage, de causerie éducative.

- « *Moi Sage-femme, rendre accessible les soins à la FE est pour moi un engagement* » ;
- « *Pour bénéficier d'une bonne CPN, je collabore avec la Sage-femme* ».

##### **I.4.2.2. Améliorer la qualité de la prestation de soin**

La qualité de la prestation soin est liée au degré d'implication de la SF et l'inadéquation du système de la formation initiale. La perception que la SF

concernant sa place dans la relation de soin est prépondérante pour la qualité de la prestation. À travers la communication et un effectif du personnel de santé renforcé, cette dernière sera plus motivée à s'impliquer dans la relation de soin et améliorer sa prestation à la CPN biomédicale. Pour y parvenir, la maquette procède par le renforcement de capacité des maïeuticiennes en adaptant la communication à la situation des FE. Les messages suivants sont proposés :

- « *Une Sage-femme, une femme enceinte pour un accouchement assuré* » ;
- « *Aucune femme enceinte et aucun enfant ne doit souffrir de mon absence* ».

#### **I.4.2.3. Améliorer la qualité de l'accueil en CPN biomédicale**

L'accueil marque le point de départ du processus de la consultation gésésique. La pratiquer avec tact et intérêt favorise un climat de confiance et de libre communication. Bien évidemment, la qualité de l'accueil de la FE est déterminante dans la suite de la consultation et dans ses décisions pour les prochaines consultations. Lorsqu'elle est médiocre et pratiquée de façon désintéressée, elle constitue une entrée pour les tensions et les préjugés. Pour parfaire la qualité de l'accueil, les SF et les AS bénéficieront de séances de formation en matière de stratégies d'accueil et d'animation. Notre maquette met au cœur de ce besoin, les messages ci-dessous :

- « *Je fais bon accueil de mes patients pour garantir leur confort et la confiance* » ;
- « *Réserver bon accueil à la CPN biomédicale, premier remède pour une bonne santé de la femme enceinte* ».

#### **I.4.2.4. Promouvoir le recours régulier à la CPN biomédicale**

La fréquentation régulière des formations de la santé de la procréation se pose comme une solution pour la réduction et la prévention de la mortalité et la morbidité materno-infantile. Cependant, force est de constater que le taux de



fréquentation de la CPN biomédicale demeure une préoccupation au sein de nos collectivités. Dans les unités de la CPN, on continue d'enregistrer des cas d'accouchement sans assistance médicale, de même que des CPN tardives, c'est-à-dire un nombre de CPN inférieure aux huit recommandées par l'OMS. Par le biais des causeries éducatives et des entretiens cliniques, les FE et les FAP seront éduquées sur les bienfaits de la CPN. Les supports seront accompagnés des messages suivants :

- « Une SF engagée à aider la FE à faire ses quatre CPN, c'est s'engager pour la bonne santé de bébé et sa mère » ;
- « Main dans la main, œuvrons pour la régularité de la CPN biomédicale dans notre centre de santé ».

#### **I.4.2.5. La pacification du l'environnement social de la CPN**

La communication en CPN biomédicale se déroule dans un environnement marqué par la stigmatisation, les préjugés, les boucs émissaires, bref, par des situations de tension mettant en mal l'instauration du contact et la confiance entre les protagonistes. Les SF subissent des critiques parfois non vérifiées de la part des usagers. Très souvent, elles payent le prix de certaines humeurs mal gérées ou sont victimes de manque de considération de la part des clientes suite à des situations antérieures.

Tout bien considéré, la relation thérapeutique en CPN n'est pas sans conséquence. La maquette de communication vise donc une amélioration en instauration un climat social apaisé en vue d'une confiance dans les soins. Pour y parvenir, les protagonistes échangeront sur la question pendant des tables rondes, des forums, des journées dédiées à la santé de la procréation... Les messages qui appuieront ces activités sont ainsi formulés :

- « Ensemble, pour un cadre de communication engageante en CPN biomédicale » ;

- « *Pour le bon développement de ma grossesse, je place ma confiance en la sage-femme* ».

### **I.5. Les canaux de communication**

Le choix des canaux de communication est fonction des caractéristiques socioculturelles et professionnelles des concernés. Il s'agit d'évaluer leur milieu de vie et leur relation avec les médias locaux en vue d'opérer le choix optimal. Dans le cadre de cette maquette, nous avons opté pour trois différents types de canaux : les canaux institutionnels, les canaux socioculturels et professionnels et les canaux médiatiques.

Au titre des canaux institutionnels, nous aurons recours au MSLS, à la DRS, aux différents districts de la santé, à la direction du CHU, aux ONG internationales, nationales et locales qui interviennent dans la santé de la procréation. En ce qui concerne les canaux socioculturels et professionnels, nous nous référons aux SF et AS des unités de la CPN des formations sanitaires retenues, à l'ASFI, aux associations et groupements de femmes et de jeunes filles, aux leaders communautaires et religieux.

Quant aux canaux médiatiques, nous aurons des médias émergents et des médias traditionnels. Les derniers cités seront essentiellement constitués de forums, de causeries et réunions d'associations, de séminaires, de jeux de sociétés... Les médias émergents convoqués par la maquette de communication sont repartis dans un plan médias structuré dans le tableau ci-après.

**Tableau 33 : Récapitulatif des canaux de communication de la maquette**

AXES DE COMMUNICATION	CANAUX/MEDIAS	SUPPORTS
❖ Amélioration de la logique de communication des SF et des FE	<p><b><u>Canaux médiatiques</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radio Bouaké</li> <li>• Radio Magnificat</li> <li>• Radio Albayane</li> <li>• Radio Phoenix</li> <li>• Radio Alliance FM</li> <li>• RTI Bouaké</li> </ul>	- Espaces éducatifs
❖ Amélioration de la qualité d'accueil en CPN biomédicale		- Espace santé
❖ Pacification de l'espace de la CPN biomédicale		- Espace débat
❖ Redynamisation du suivi des FE		- Publireportage
❖ Promotion de la relation de soin en CPN biomédicale	<p><b><u>Canaux socioculturels et professionnels</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forum des confessions religieuses du Bandama</li> <li>• Association des Sages-femmes Ivoiriennes</li> <li>• Association et groupement de femmes</li> <li>• Leaders communautaires</li> </ul>	- Espace pub.
❖ Promotion de la pratique régulière de la CPN biomédicale		- Causeries éducatives
❖ Promotion de la CPN biomédicale de proximité		- Forums
❖ Adaptation du cadre de la		- Jeux éducatifs
		- Animation communautaire
	- Staff	
	- Entretien clinique	

<p><b>CPN biomédicale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Amélioration de la qualité de soin en CPN biomédicale</li> <li>❖ Renforcement de l'effectif des FE dans les unités de la CPN biomédicale</li> <li>❖ Actualisation et accessibilité des données sanitaires</li> <li>❖ Equipement et autonomisation des unités de la CPN biomédicale</li> </ul>	<p><b><u>Canaux institutionnels</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le MSHP et la DRS du Gbkêkê</li> <li>• Les districts sanitaires concernés et laboratoires de recherche</li> <li>• L'administration des unités de CPN biomédicale des centres concernés</li> <li>• ONG locales, nationales et Internationales</li> <li>• Partenaires locaux (opérateurs économiques)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Séances de formation/Atelier</li> <li>- Conférences</li> <li>- Forums/</li> <li>- Séminaire</li> <li>- Réunion/Staff</li> <li>- Supports visuel (affiches, prospectus, dépliants)</li> <li>- Table ronde</li> </ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Source : Enquêtes TUO A., 2017

## II. Cadre opérationnel de la maquette de communication

Le cadre opérationnel constitue la seconde partie de la maquette de communication pour le changement de comportement à la CPN biomédicale. Il s'agit pour nous, de déterminer et expliciter les éléments qui rentrent en ligne de compte de l'exécution du projet. Cette partie présente de façon méthodique le déroulement de la maquette et donne des précisions sur les étapes et activités à mener. Autrement dit, elle explicite la gestion de ladite maquette.

## **II.1. Description des activités**

Le but ultime de cette maquette réside dans l'amélioration de la condition de vie des FE qui vivent sur les aires sanitaires des centres considérés. Cet idéal contribue à rapprocher les soins génésiques des communautaires. Il est aussi favorable à la réduction du taux de mortalité maternelle et infantile dans ces localités. À cette vision, se rattache les attentes suivantes :

- Améliorer l'image de la SF au sein des communautaires en vue de motiver la fréquentation régulière des formations sanitaires de la santé génésique ;
- Mobiliser, encourager l'adhésion et l'implication effective des SF des centres de santé considérés dans la mise en exécution de la maquette de communication ;
- Mobiliser les FAP et les FE dont l'âge varie entre 15 et 45 ans en vue de leur l'adhésion effective à la maquette afin de réduire les CPR dans les aires sanitaires considérées ;
- Promouvoir la relation de soin à travers la mise à dispositions de mécanismes favorables à la communication et à collaboration entre FE et SF dans les formations sanitaires.

Il sied de préciser que ces objectifs englobent un ensemble d'activités et d'actions qui visent l'amélioration de la condition de vie des protagonistes. Ainsi, leur réalisation passe nécessairement par l'exécution de certaines activités déterminées.

## **II.2. Les actions de plaidoirie de la promotion de la relation de soin**

La planification des actions du plaidoyer consiste d'une part à mobiliser et obtenir la collaboration et l'implication des autorités sanitaires, admiratives, communautaires, religieuses et les différents partenaires, et d'autre part de faire des formations sanitaires de la procréation, des cadres stratégiques de la promotion du bien-être de la dyade mère-future enfant de même que celui de la relation thérapeutique. Ces activités sont réparties dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 34 :** Activités de plaidoyer institutionnel et communautaire

Stratégies	Cibles visées	Actions COMBI	Sources
Axes communication			
❖ Conférence	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le MSLS et partenaires nationaux et non nationaux</li> <li>• La DRS</li> </ul>	La plaidoirie à ce niveau vise à instruire les autorités et prestataires de la santé de la procréation sur :	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Equipe de conception de la maquette</li> <li>▪ Prestataires de soin en CPN biomédicale</li> </ul>
❖ Séminaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les directeurs des districts sanitaires Bouaké Sud et Bouaké Nord-Est</li> </ul>		
❖ Atelier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'ASFI</li> <li>• Les ONG locales (AIP, Bouaké Éveil, Akwaba)</li> </ul>	✓ La pertinence de l'élaboration d'une maquette de promotion de la relation de soin en CPN biomédicale ;	
❖ Réunion/Staff	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les chefs des unités CPN des centres considérés</li> </ul>	✓ L'utilité de leur adhésion, leur implication et leur apport financier et matériel dudit programme en vue de la réduction des CPR.	
❖ Tables rondes/Forum			

❖ Causerie éducative	• Les leaders administratifs	✓ Le plaidoyer vise à instruire les communautaires, les administrateurs de la santé et les leaders d'association de femmes sur l'intérêt de leur implication dans le programme de la promotion de la relation de soin en CPN en vue de leur adhésion.	▪ Equipe de conception de la maquette
❖ Forum	• Les leaders communautaires		▪ Prestataires de soin en CPN
❖ Table ronde	• Les leaders religieux		▪ Leaders d'associations de femmes
❖ Réunion/Staff	• Les leaders des associations de femmes		
❖ Causerie/Débat			

**Source :** Enquêtes TUO A., 2017

**Tableau 35 : Activités de plaidoyer médias et scientifiques**

Stratégies	Cibles visées	Actions COMBI	Sources
Axes COMBI			
❖ Table ronde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radio Bouaké</li> <li>• Radio Magnificat</li> </ul>	<p>✓ La plaidoirie avec les médias consistera à négocier leur implication dans le programme de la promotion de la relation de soin à la CPN biomédicale à travers :</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Equipe de conception de la maquette</li> </ul>
❖ Conférence de presse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radio Albayane</li> </ul>	<p>✓ La création et l'insertion d'espaces éducatifs et de débats portant la santé de la procréation ;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prestataires de soin de la CPN biomédicale</li> </ul>
❖ Atelier de formation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radio Phoenix</li> <li>• Radio Alliance FM</li> </ul>	<p>✓ Création de cadre de formation et d'information des auditeurs portant la promotion de la relation de soin de la CPN biomédicale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leaders d'associations de femmes</li> </ul>
❖ Réunion	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RTI Bouaké</li> </ul>		



❖ Atelier de restitution	• Laboratoire des Etudes et de Recherche en Transition Génésique (LERTG)	Le plaidoyer avec les centres de recherche visera la collaboration de ces centres en vue de l'accessibilité et la diffusion des données en santé génésique et le renforcement des capacités des prestataires de santé de la procréation des unités de la CPN biomédicale considérées.	▪
❖ Réunion de travail	• Institut de Recherche et de Développement (IRD)		▪ Equipe de conception de la maquette
❖ Conférence	• Centre de Recherche et de Développement (CRD)		▪ Prestataires de soin de la CPN biomédicale
❖ Table ronde			▪ Les laborantins des centres de recherches retenus

Source : Enquêtes TUO A., 2017

### II.3. Les actions de mobilisation et de promotion de la relation de soin

Les actions de mobilisation et de promotion de la relation de soin à la CPN biomédicale sont des activités qui lient la communication et la promotion de bonnes attitudes à adopter au sein de l'univers de la santé génésique en vue de garantir la bonne progression de la grossesse. Ces activités de communication sont entreprises dans le cadre de l'amélioration de la relation de soin à la CPN biomédicale et le rapprochement des soins vers les communautaires. Elles sont réparties dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 36 :** Activités de promotion de la relation de soin en CPN

Stratégies	Cibles visées	Actions COMBI	Sources
Axes COMBI			
<p>Identification et formation de 100 relais de la COMBI en matière de promotion de la relation de soin en CPN biomédicale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 AS issues des unités CPN déterminées, soit 6 par centre de santé</li> <li>• 40 SF, à raison de 8 identifiées par unité de la CPN</li> <li>• 10 ASC, soit 2 par unité de CPN</li> <li>• 20 éducatrices paires à raison de 5 par quartier</li> </ul>	<p>Les actions à mener consisteront à former et/ou à renforcer les capacités des cibles concernées en termes de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Techniques d'accueil et d'animation</li> <li>✓ Gestion et promotion de la relation thérapeutique</li> <li>✓ Animation et gestion de l'entretien clinique</li> <li>✓ Gestion et interprétation des actes du langage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Equipe de conception de la maquette</li> <li>▪ Prestataires de soin en CPN biomédicale</li> <li>▪ Leaders d'associations de femmes</li> </ul>
<p>Promotion de la relation de soin en CPN et éducation à la prévention des CPR de 50 510 personnes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 200 FE formées et recyclées</li> <li>• 300 AS formées et recyclées</li> <li>• 10 ASC formés</li> <li>• 50 000 FAP et FE dont l'âge varie entre 15 et 45 ans des aires sanitaires concernées sensibilisées</li> </ul>	<p>La promotion consiste à instruire les cibles concernées sur les CPR, leur lien avec la relation de soin en CPN et l'utilité de l'usage régulière des centres de santé maternelle par les FE et les FAP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Equipe de conception de la maquette</li> <li>▪ Prestataires de soin en CPN biomédicale</li> <li>▪ Leaders de groupe de femme</li> </ul>

Source : Enquêtes TUO A., 2017

#### **II.4. Stratégie de gestion des outils de la COMBI**

La réalisation de la maquette de la COMBI et l'adhésion durable au comportement prévu dépend de l'efficacité et le degré de motivation de l'équipe de gestion de ladite maquette. Cette contrariété représente un défi pour les concepteurs de prototype de communication. C'est dans cette optique que nous avons mis en place un système de gestion de la COMBI pour la promotion de relation de soin à la CPN biomédicale en vue de la réduction des CPR. Elle porte essentiellement sur l'élaboration du mécanisme de coordination.

Le mécanisme de coordination repose sur une équipe formée de personnes ressources, de spécialistes, de particuliers et de concepteurs de la maquette. Elle se charge du bon fonctionnement du projet afin de réaliser les objectifs visés dans le temps. La performance et la crédibilité de cette équipe sont évaluées en fonction de la qualité des résultats obtenus au sein de la population considérée. Elle est composée des instances suivantes :

- ***Le coordonnateur de projet*** : Il est le premier responsable de la maquette COMBI. Il se charge de l'exécution des tâches prédéfinies par la maquette. À ce titre, il ordonne les dépenses et missions, prend les décisions et veille à la disponibilité du matériel de fonctionnement ;
- ***Les techniciens COMBI*** : C'est une équipe constituée par le personnel soin et des communautaires spécialisés dans le domaine de la COMBI. Ils se chargent de définir les axes stratégiques de communication à mener en vue du changement des CPR à la CPN biomédicale. Ainsi, ils définissent les outils déterminants pour la communication et se chargent de la formation, le recyclage en COMBI et du processus de suivi/évaluation ;
- ***Les techniciens graphistes et infographes*** : C'est une équipe de créateurs et concepteurs de messages et images cohérents et appropriés à la réalisation des objectifs COMBI. Le choix des supports de communication et la stratégie de diffusion se fait en tenant compte des caractéristiques de la cible. L'une des


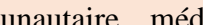





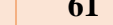

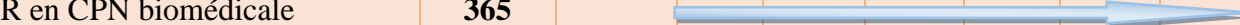




particularités de cette équipe repose sur la création de logiciels mobiles en relation avec la santé génésique. Afin de se rassurer de la performance des supports élaborés, un pré-test est réalisé avant leur adoption ;

- **La gestion des ressources** : La maquette nécessite diverses ressources, notamment, les finances, la logistique et les RH. Une équipe élaborée en fonction du besoin et du service est constituée en vue de la gestion de ces sources. Toutefois, elle travaille sous l'ordre du coordonnateur de la maquette.

## **II.5. Le plan d'action**

Le plan d'action de la maquette présente le déroulement chronologique des activités et actions à réaliser par la maquette. Il s'agit de préciser la période exacte et la durée de chaque activité. La mise à disposition du plan d'action permet de suivre l'évolution et l'évaluation du projet afin de faire des restitutions lorsque le besoin se fait sentir. Les détails du plan d'action de cette maquette est présenté dans le tableau ci-contre.

**Tableau 37** : Plan d'action de la maquette de communication

AXES DE LA COMBI		DURÉE (En jours)	PÉRIODE 2018-2019							
			Déc.18	Jan. Fév.	Mars Avr.	Mai Juin	Juil. Août	Sept. Oct.	Nov. Déc.	
01	Conception, montage et finalisation de la maquette	31								
02	Plaidoyer institutionnel, communautaire, médiatique, scientifique et recherche de financement	90								
03	Confection des supports COMBI et achats d'espaces de communication	59								
04	Recrutement et formation des relais de la COMBI en CPN biomédicale	59								
05	Promotion de la pratique régulière de la CPN, l'utilité du centre de santé maternelle et infantile et renforcement de l'effectif des prestataires de la CPN	61								
06	Promotion de la qualité de prestation soin en CPN biomédicale	61								
07	Promotion de l'accès aux soins génésiques et CPN mobiles	62								
08	Promotion des attitudes de prévention des CPR en CPN biomédicale	61								
09	Diffusion de données scientifiques des études en CPN biomédicale	61								
10	Suivi du processus de changement des CPR en CPN biomédicale	365								
11	Évaluation de la maquette COMBI en CPN biomédicale	61								
12	<b>Bilan de l'exécution de la maquette COMBI</b>	61								
13	<b>Rédaction du rapport de la maquette COMBI en CPN biomédicale</b>	61								
14	<b>Gestion post projet et processus de repositionnement de la maquette</b>	122								

## **II.6. Le repositionnement de la maquette de la COMBI**

La maquette COMBI de la CPN biomédicale vise à améliorer les stratégies de communication des SF en vue de garantir un bien-être des FE e de leurs futurs enfants. De ce fait, elle procède par modification des comportements jugés préjudiciable à ce postulat en vue d'un changement durable et pérennisé. Cependant, cet idéal n'est pas toujours évident, car, les personnes qui adhèrent au comportement nouveau subissent constamment la pression de leur cadre de vie et finissent par récidiver.

Cette possibilité de rechute oblige les concepteurs de maquette de COMBI à prévoir un mécanisme de repositionnement du projet en vue d'un accompagnement des bénéficiaires du projet pour le maintien et/ou l'amélioration des attitudes. Ce mécanisme réside dans l'élaboration d'un programme de suivi et évaluation.

### **II.6.1. Le suivi**

Le suivi de la maquette COMBI est un processus systématique de recueil de données, d'analyse et d'informations visant à déterminer l'état du déroulement de ladite maquette en vue de faciliter la réalisation des objectifs prévus. Cette action permet ainsi d'orienter les prises de décisions relatives à la gestion du projet.

Ce processus commence avec le début des activités de la maquette et dure tout le long du projet. Le suivi permet de veiller à la bonne exécution des tâches, à déceler les insuffisances dans le fonctionnement en vue de leur réparation, et à faire appel à des ressources externes en cas de besoin ou à réorientations et adapter les objectifs si nécessaire.

### **II.6.2. L'évaluation**

L'évaluation consiste à apprécier systématiquement la performance de la maquette COMBI. Elle s'appuie sur le taux de changement observable suite à la réalisation du projet. Autrement, elle jauge la pertinence et l'impact de la COMBI

au sein de l'unité de la CPN et la durabilité des comportements des protagonistes de la santé génésique en communauté et à la CPN. Elle permet de mettre à disposition des concepteurs et acteurs de la maquette, des données factuelles originelles, fiables et utiles en termes de changement de comportement à la CPN et de promotion de la relation de soin en santé de la procréation. Autrement, il s'agit d'examiner les objectifs prévus par la maquette après exécution de celui-ci.

**Tableau 38 :** Maquette d'évaluation des objectifs COMBI

Axes COMBI de la CPN	Indice du changement	Outils de justification	Obstacles probables
<b>Plaider et obtenir l'implication des autorités nationales et locales de la santé de la procréation</b>	Le MSLS, les centres de recherches et les 5 unités de la maternité considérés adhérent au programme de la COMBI en CPN biomédicale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport d'activité et photos</li> <li>• Fiche de synthèse COMBI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financement non disponible ou retardé</li> <li>- Troubles sociopolitiques ou professionnelles</li> </ul>
<b>Amélioration de la communication en CPN biomédicale et promotion de la santé de la procréation</b>	Les croyances des FE et FAP concernant la SF modifiées et les préjugés réduits à 90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport d'activité et photos</li> <li>• Registre de la CPN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financement non disponible ou retardé</li> <li>- Troubles sociopolitiques ou professionnelles</li> </ul>
	L'amotivation des prestataires soin en	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financement non disponible ou</li> </ul>

<b>Plaider et obtenir la collaboration des programmes nationaux de la santé maternelle et infantile</b>	CPN biomédicale réduite à 5% et 100 relais de la COMBI formés et accessibles dans les unités CPN	d'activité et photos  • Fiche de synthèse COMBI	retardé - Troubles sociopolitiques ou professionnelles - Non disponibilité du matériel de service
<b>Plaider et obtenir la vulgarisation et l'usage effective du carnet de santé du PNSI/SE et l'application mobile « m-santé » en CPN</b>	Les CPR des FE et SF en CPN sont réduites à 90% et les FE accèdent aux soins en pratiquant au moins 4 CPN avant l'accouchement	• Rapport d'activité et photos  • Registre de la CPN  • Carnet PNSI/SE	- Financement non disponible ou retardé  - Troubles sociopolitiques ou professionnelles
<b>Plaider et obtenir l'implication des collectivités et des associations de femmes</b>	50 000 FAP et FE, 200 SF, 300 AS et 10 ASC formés et recyclés en termes de COMBI en CPN	• Rapport d'activité et photos  • Registre de la CPN • Inspection COMBI	- Non maîtrise de l'application mobile

Source : Enquêtes TUO A., 2017



**Tableau 39 : Maquette d'évaluation des objectifs COMBI**

Axes COMBI de la CPN	Indice du changement	Outils de justification	Obstacles probables
<b>Élaboration des messages</b>	Nombre de messages produits	• Rapport d'activité et photos	- Financement non disponible ou retardé
<b>Élaboration des supports audiovisuelles COMBI en CPN biomédicale</b>	Supports visuels, graphiques et autre matériel produits		
<b>Confection et programmation du logiciel mobile « m-santé »</b>	Nombre de souscription à l'application mobile		
<b>Lancement des activités de la COMBI en CPN</b>	Cérémonie effectuée		
<b>Diffusion médiatique des messages COMBI en CPN biomédicale</b>	Nombre de médias consultés et nombre de diffusion et interventions médiatisées	• Support CD	- Troubles sociopolitiques ou professionnelle
<b>Conduite des activités de la COMBI</b>	Nombre de messages diffusés ;  Nombre de FE et FAP sensibilisées ;  Nombre de relais COMBI formés et/ou recyclés		
<b>Études d'impact</b>	Nombre de femmes reçues en CPN et aux causeries éducatives	• Fiches de synthèse d'activités COMBI en CPN biomédicale	- Non disponibilité du matériel de service
<b>Plaidoirie</b>	Nombre de partenaires et /ou financeurs adhérents		
<b>Suivi-évaluation</b>	Nombre d'activités évaluées		

**Source :** Enquêtes TUO A., 2017.

La proposition d'une maquette de communication répond au besoin de la promotion de comportements sains face à la persistance des CPR. Le choix de la COMBI est justifié par l'importance et l'historique du phénomène étudié. En effet, la relation de soin à la CPN biomédicale semble être ignorée par les acteurs et usagers de la santé génésique. Pour ces derniers, la communication se limite à la mise à disposition d'informations nécessaires pour la consultation. Cette pensée erronée est défavorable à l'instauration et au maintien d'une relation de soin durable. Ainsi, la COMBI élabore un processus de changement de comportement en vue d'instaurer et maintenir les relations entre les acteurs et usagers de la santé de procréation.

## **CONCLUSION GÉNÉRALE**

Les populations dans les quatre coins du monde font face à divers problèmes de santé publiques, parmi lesquels, l'on détermine la mortalité maternelle et infantile. Les autorités politiques et sanitaires de chaque pays ont entrepris des initiatives en vue de réduire le taux de mortalité et garantir un avenir certain pour les femmes enceintes et leurs bébés. En Afrique, particulièrement au sud du Sahara, la situation est encore critique. Les communautés, notamment, les femmes enceintes et les enfants fréquentent occasionnellement les formations sanitaires. Parallèlement à cette situation, les professionnelles de la santé de la reproduction, c'est-à-dire, la sage-femme est peu présente dans les stratégies d'amélioration du climat social de la maternité. Par faute d'absentéisme de cette dernière, la relation de soin en CPN biomédicale enregistre encore des obstacles. De ce fait, les actions et stratégies de communication entreprises au sein de cette unité de l'hôpital semblent inefficaces et désuètes.

Toutefois, la qualité de la prestation de soin en CPN biomédicale constitue un facteur assez décrié par les écrits qui s'intéressent aux sciences de la médecine et à cette spécialité en particulier. Pourtant, cette notion touche divers domaines de la santé. Le cas précis de la répartition des responsabilités au niveau des acteurs de la CPN biomédicale et leur logique de la communication sont déterminants pour la qualité de la relation de soin. En effet, les protagonistes de la relation soignant-soigné au sein de cette unité sont issus de divers milieux. Dans le cadre de l'amélioration de la santé de la FE et du futur bébé, la SF et le médecin procèdent par l'écoute en vue d'éduquer leurs patientes en termes de bonnes pratiques à adopter durant la période de la grossesse. Cependant, cette collaboration au sein de l'unité de la CPN biomédicale n'est pas exempte de crise. C'est dans ce contexte que s'inscrit cette étude.

Tout bien considéré, notre investigation a porté sur : « **La relation de soin et la communication des sages-femmes en consultation prénatale dans les formations sanitaires urbains de Bouaké.** » Le développement de cette préoccupation tourne autour d'une question centrale : *quelle est la contribution de la communication des prestataires de santé dans le fonctionnement de la relation de soin en CPN biomédicale au sein des formations sanitaires urbaines*

*de Bouaké* ? Les tentatives de réponse provisoire à cette question nous ont permis de constater que les logiques de communication des FE et celles des SF modifient leur comportement et leurs attitudes au sein de cette unité de l'hôpital. Les tentatives de réponses provisoires constituent les hypothèses de cette étude. Celles-ci ont servi de référence pour l'élaboration des objectifs visés par l'étude. Toutefois, dans le souci d'insérer nos interprétations dans un contexte, nous avons eu recours à un paradigme.

Pour notre part, le relationniste semble le mieux indiqué pour l'évaluation de la qualité des interactions et l'interprétation des comportements dans une situation de communication. À partir de ce modèle, nous avons sollicité la théorie de la promotion de la santé, notamment, le modèle COMBI. Cet outil de la communication sociale a permis d'analyser et d'interpréter le rapport existentiel entre les comportements et les attitudes des protagonistes en lien avec la grossesse au sein de la CPN biomédicale. Ainsi, avons-nous organisé notre travail en trois parties en fonction des hypothèses émises.

La première partie de notre étude s'est intéressé à la place de la communication dans le système sanitaire ivoirien. Il s'est agi de faire une description du cadre de la prestation sanitaire en Côte d'Ivoire. À travers cette partie du travail, nous avons pu faire l'état d'avancement et des connaissances des protagonistes de la santé en général et ceux de la santé de la reproduction en matière de communication. Certes, la volonté politique a facilité une avancée significative au niveau de l'équipement des formations sanitaires en les rapprochant des collectivités, mais l'accès aux soins et la maîtrise des outils de communication demeurent encore une préoccupation.

La deuxième partie a constitué pour nous, un moyen de restitutions et de confrontation des données recueillies sur le terrain. Elle a permis d'étudier la typologie de la relation de soin à la CPN biomédicale dans les formations sanitaires urbaines et à l'unité de la maternité du CHU. Nous avons procédé en deux étapes : avant tout, nous avons repartis les données récoltées en fonctions des thèmes de références et leur mode d'action. Pour finir cette partie, nous avons confronté les données collectées les unes aux autres en vue d'en sortir les

différences significatives en rapport avec les logiques de communication au sein de la CPN biomédicale. Ces différentes démarches scientifiques ont contribué à mieux étudier la place et l'influence de la communication dans le processus de prise en charge de la FE au sein de l'unité de la CPN. Grâce aux résultats et aux analyses de cette étape du travail, nous avons pu déceler les obstacles à la communication au sein de l'unité de la CPN biomédicale. A partir de ces besoins, nous avons proposé une maquette améliorative de la communication dans la troisième partie du travail.

La troisième partie fait cas de la portée scientifique de la communication dans la relation de soin. Elle propose des stratégies de communication pour la promotion de la relation de soin en CPN biomédicale au sein des formations sanitaires urbaines et du CHU. En effet, la corrélation entre la communication et les pratiques sanitaires des professionnels de la santé génésique est favorable à l'instauration et au maintien de la relation thérapeutique au sein de l'unité de la CPN biomédicale. Elle est favorable à l'instauration et au maintien d'un dialogue inclusif entre les acteurs de la CPN biomédicale.

Somme toute, la communication semble être marginalisée par les prestataires de la santé génésique. Les outils mobilisés présentent un faussé entre la promotion de la santé prénatale et la santé post-natale. Il en est ainsi pour la qualité de la relation et le degré d'implication des prestataires soins dans la relation thérapeutique. En effet, la logique de communication au sein de la CPN biomédicale et la perception de la grossesse chez les protagonistes (FE et SF) influencent les comportements et les attitudes des uns et des autres. Les causeries de groupe et les entretiens cliniques se soldent fréquemment par des résultats de non satisfaction en matière de changement de comportement. Le prestataire de santé est peu écouté par les FE et ses prescriptions sont mises en cause par la présence de l'influence sociale.

En effet, le rôle de la communication dans la relation de soin fait face à des polémiques d'ordre sémantique. Les attentes communicationnelles du personnel de soin se situent à un pôle diamétralement opposé à celui des usagers de la santé. Cette asymétrie engendre une relation bidirectionnelle entre les

protagonistes de la santé de la reproduction. D'un côté, se trouvent les prestataires de la santé qui considèrent la communication comme le moyen de collecte d'informations afin de réaliser la prestation sanitaire. De l'autre côté se situent les demandeurs de la santé. Pour ces derniers, la communion du prestataire de santé constitue le socle de la relation de soin. Celui-ci est considéré comme l'agent de motivation et d'implication de l'utilisateur de la CPN dans le processus de prise en communicationnel à travers ses paroles, ses faits et ses gestes.

Dans le souci d'étudier l'impact de la communication dans le processus de prise en charge de la FE au sein l'unité de la CPN, nous avons prélevé des données qualitatives et des données quantitatives auprès des acteurs concernés par le phénomène. Ces données ont fait objet d'études et d'interprétation grâce à deux approches théoriques : il s'agit de l'approche phrénologique et celle des statistiques descriptives. La première a consisté à étudier le comportement des SF et du prestataire de la santé en tenant compte de leur vécu et leur histoire avec la grossesse. Autrement dit, elle privilégie l'environnement de l'utilisateur de la CPN par rapport à aux conceptions théoriques préétablies face au phénomène.

Concernant l'approche des statistiques descriptives, elle a consisté à faire ressortir les différences significatives entre les différentes variables étudiées. Ces résultats ont servi de référence pour la déduction de conclusion et de compréhension des comportements de la maïeuticienne et la gestante à la CPN. Le recours à ces deux approches théoriques a permis de repositionner la communication dans la relation de soin à travers l'entretien clinique sans toutefois admettre une technique particulière. Autrement dit, elles favorisent l'instauration d'une communication active entre le prestataire de la santé et l'utilisateur de la santé. L'essence de cette communication repose sur la relation thérapeutique.

Tout bien considéré, l'impact de la communication dans la relation de soin ne se limite pas qu'à l'étude des comportements et des attitudes des acteurs de la santé de la reproduction à travers la simple transmission d'informations. Elle contribue au renforcement de la relation de soin en CPN biomédicale à travers la création de cadre de communication inclusif et participatif. Autrement dit, les différents aspects techniques de la communication s'appuient sur les dimensions

relationnistes, subjectives et intersubjectives afin de promouvoir la santé de la dyade FE- futur bébé. A ce stade de la relation de soin, tout ce qui est dit, entendu et vu a un sens, car le verbal et le non verbal sont porteurs de signes exprimés et non exprimés de la part du prestataire de la santé et de l'utilisateur de la santé génésique.

Ainsi, cette étude met la COMBI à la disposition des prestataires de la santé de la reproduction. Ce mécanisme de communication constitue un outil de référence pour les prestataires de la santé de la reproduction. Grâce à sa mission améliorative de la communication, la COMBI veille à la promotion du comportement sain et au renforcement de la communication entre les acteurs de la communication. Il se compose de deux dimensions : une dimension informative qui consiste à déterminer les comportements favorables au changement de comportement. La deuxième dimension veille à mettre à disposition une stratégie de communication favorable à l'adoption du comportement dans une longue durée.

Certes, notre étude a contribué à repositionner la communication dans le processus de prise en charge de la FE en CPN. Elle s'est intéressée à plusieurs aspects communicationnels de la relation thérapeutique de la santé de la reproduction. Elle apporte des réponses à certaines préoccupations aux spécialistes de la promotion de la santé génésique en termes de communication. Mais elle constitue aussi des sillons de réflexions pour d'autres études qui s'inscrivent dans cette optique de la promotion de la relation de soin.



## **BLIOGRAPHIE**

### **I. OUVRAGES DE METHODOLOGIE**

BALIMA S.T. et DUCHENNE V., 2005, *Méthodologie de la recherche en science de l'information et de la communication*, Ouagadougou, Éd. SANKOFA/ Ed. SIDWAYA.

BEAUD J-P, in GAUTHIER B., 2009, *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données*, 5<sup>e</sup> Ed., Québec, Presses Universitaire du Québec, pp.251-283.

BEAUD M., 2006, *L'art de la thèse*, Paris, Ed. La découverte.

CHARTIER L., 2003, *Mesurer l'insaisissable*, Québec, Presse Universitaire du Québec.

LAWRENCE O., et PAYETTE J.F., 2010, *Argumenter son mémoire ou sa thèse*, Québec, Presse Universitaire du Québec.

MACE M., PETRY F., 2011, *Guide d'élaboration d'un projet de recherche en sciences sociales*, 2<sup>e</sup> édition, Bruxelles, De Boeck.

MONGEAU P., 2008, *Réaliser son mémoire ou sa thèse*, Québec, Presse de l'Université du Québec.

MONGEAU P., 2008, *Réaliser son mémoire ou sa thèse*, Québec, Presse Universitaire du Québec.

N'DA P., 2002, *Méthodologie de la recherche*, Abidjan, EDUCI, 2<sup>e</sup> édition.

N'DA P., 2015, *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines : Réussir sa thèse*, son mémoire de master ou professionnel, et son article, Paris, l'Harmattan.

VAN C. L. et QUIVY R., 2011, *Manuel de recherché en science social*, Paris, Dunod.

### **II. OUVRAGES DE SPECIALITÉ**

ABÉ N. N., 2013, *La théorie de la transition génésique : un outil de l'observatoire de la santé maternelle et infantile en Afrique*, Abidjan, Ed. Balafons.

- AKOTO E. M., 1985, *Mortalité infantile et juvénile en Afrique : Niveaux et caractéristiques : Causes et déterminants*, Département de Démographie, Université de Louvain.
- AUDOUS G., BARRES R., 2005, *Communication 2 : La communication dans le secteur sanitaire et social*, Vanves, Foucher.
- BARNEY G. G., 1978, *Theoretical Sensitivity*, Mill Valley, CA: Sociology Press.
- BENONY H. et CHAHRAOUI K. 2007, *L'entretien clinique*, Paris, Dunod.
- BIOY A., BOURGEOIS F., NEGRE I. et al, 2003, *La communication entre soignant et soigné : repères et pratiques*, Rosny-Sous-Bois, Bréal.
- BISWANGER L., 1981, *Analyse existentielle, psychiatrie clinique et psychanalyse*, Paris, Gallimard.
- BRETON P. et PROULX S., 2006, *L'explosion de la communication : introduction aux théories et aux pratiques de la communication*, Paris, Ed. La Découverte.
- CARL R., 1968, « Le développement de la Personne », Paris : Dunod. Traduction de: *On becoming a Person*, 1961, Boston (USA): Houghton Mifflin Company.
- CARL R., 1970, *La relation d'aide et la psychothérapie*, traduit de l'américain par J.P. Ziglia, tome 1, Paris : les éd. Sociales françaises
- CARL R., 1970, *Le développement de la personne*, Paris, Dunod (Nouveau tirage).
- CARL R., 1984, *Liberté pour apprendre ?* Préface et traduction de Daniel Le Bon, Paris, Dunod.
- CÔTE F., GODIN G., 2006, « Le changement planifié des comportements liés à la santé » : Carrol G et al., *Pratiques en santé communautaire*, Québec, éd. lachenelière.
- COTTRAUX J., (2011), *Les psychothérapies comportementales et cognitives*, 5<sup>e</sup> Ed., Elsevier Masson.
- CRANIER F., *L'approche centrée sur la personne en situation de handicap mentale*, Université d'Angers.

- DECI E. L. ET RYAN R. M., 1985, *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*, New York, Plenum Press.
- EVERETT M.R., 1983, *Diffusion of innovation*, 3<sup>e</sup> Ed., New York: The Free Press.
- EVERETT M.R., 1995, *Diffusion of innovation*, 4<sup>e</sup> Ed., New York: The Free Press.
- GABIN P. et DORTIER J. F. (dir.) (2008), *La communication : État des savoirs*, troisième édition actualisée, Paris, Éditions Sciences humaines.
- GOLDBERG J., 2010, *Ethologie et sciences sociales*, Paris, l'Harmattan.
- HENNEZEL(DE) M., 2001, *Croître jusqu'au dernier moment*, Bruxelles, Alice Edition.
- HERBEEN W., 1997, *Prendre soin à l'hôpital- Inscrire le soin dans une perspective soignante*, Paris, Masson.
- KONE H. et SY H. J., 1995, *La communication pour le développement durable en Afrique*, Abidjan, PUCI.
- LE NET M., 1988, *La communication sociale*, N° 4866, Paris, La documentation française.
- LEBARON F., *La sociologie de A à Z*, Paris, Dunod.
- LOHISSE J., 2007, *La communication : De la transmission à la relation*, Bruxelles, De Boeck.
- MAMOUROU K., 2009, *Rupture utérine au cours de la grossesse*, Paris, Encyl Méd Chir Obstétrique Elsevier.
- MANOUKIAN A. et MASSEBEUF A., 2008, *La relation soignant-soigné*, Paris, 3<sup>e</sup> Ed. Lamarre.
- MEUNIER J.P. et PERAYA D., 2010, *Introduction aux théories de la communication*, 3<sup>e</sup> Ed., Bruxelles, De Boeck.
- MEYER B., 2007, *Les pratiques de la communication*, 2<sup>e</sup> Éd., Paris, Armand Colin.
- MIEGE B., 2000, *Les industries du contenu face à l'ordre informel*, Grenoble, PUG.

- PORTES L., 1964, *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson.
- PRAYEZ P., 2009, *Distance professionnelle et qualité de soin*, Gestion des ressources humaines, Paris, 2<sup>e</sup> Ed., Collection Fonction cadre de santé, Lamarre.
- ROY C., 1986, *Introduction aux soins infirmiers : un modèle d'adaptation*, Paris, Lamarre.
- STRETCH, V. et ROSENSTOCK, I. M, 1997, « Le modèle de croyance à la santé », in GLANZ, K., LEWIS, F. M et RIMER, B. K (Eds.), *Comportement de santé et éducation à la santé : théorie, recherche et pratique*, San Francisco : Jossey-Bass.
- TOUVAIN L., 2015, *La relation normée : le surinvestissement dans la relation soignant-soigné en tant qu'infirmière coordinatrice*, Médecine humaine et pathologie, <dumas-01250648 >.

### III. THÈSES, MÉMOIRE

- ANGOT C., 2013, *La dynamique de la motivation situationnelle*, Thèse de doctorat en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives, soutenu le 20 Juin 2013, Université de Limoges, 188 p.
- FRIDERICH Marie L., 2009, *La relation soignant-soigné au Burkina Faso en 2008*, Thèse de doctorat en médecine, soutenu le 18 Juin 2009, Université Henri Point Carré Nancy I, 175 p.
- MARX V., 2012, *Théorie de l'autodétermination en psychologie de la motivation : théorie véritablement innovatrice et totalement inédite ?* thèse de doctorat en psychologie, soutenu en Novembre 2012, Université du Québec à Trois-Rivières.
- RANASSINGUE A. I., 2012, *La juste distance dans la relation soigné*, mémoire de fin d'étude, soutenu le 20 Décembre 2012, Institut de formation en soin infirmiers : EMILE Roux Limeil Brévannes, 51 p.
- TOLLEGBE A., 2004, *Facteurs explicatifs de la discontinuité des soins obstétricaux en Afrique : cas du Bénin*, Mémoire de DESSD dirigé par

BENINGUISSE G., soutenu en Décembre 2004, Université de Yaoundé II, 110 p.

#### IV. ARTICLES ET REVUES

- AKOTO E., AKA K et LAMLENN S., 2002, « Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'Ouest : pluralisme thérapeutique entre tradition et modernité (Bénin, Côte D'Ivoire et Mali) » : *Les cahiers de l'Iford*, n° 27, 169 p.
- ALKEMA L., CHOU D., HOGAN D., ZHANG S., MOLLER A.B., GEMMILL A., et al, 2016, GLOBAL, « Regional, and national levels and trends un maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group »: *Lancet*, n° 387 (10017), pp. 462-74.
- BARBARA L., 2009, « La médiation pour promouvoir la santé : l'exemple de la maladie d'Alzheimer » : *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 21, N° 2, pp. 109-123.
- BEGLEY C.M., 2009, « Developing inter-professional learning: teamwork and talk »: *Nurse Educ Today*, n°29, volume 3, pp. 276-283.
- BOURRET P., 2004, « Modes de communication des cadres de santé : Exigences de la relation et proximité des équipes » : *Communication et Organisation*, n°24. 2904, Presse Universitaire de Bordeaux, pp. 1-9.
- CARDIN H., 2014, « La loi du 4 Mars 2002, dite 'Loi Kouchner' » : *Les tribunes de la santé*, N° 42, pp.27-33.
- COSNIER J. 2008, « Empathie et communication : Comprendre autrui et percevoir ses émotions » : *La Communication : État des savoirs*, CABIN P. et DORTIER J.F 3<sup>e</sup> Éd actualisée, Auxerre Cedex, Éd. Sciences Humaines, pp. 149-154.
- DECI E. L. ET RYAN R. M., 1980, « Self-determination theory: Where mind mediates behavior»: *Journal of Mind and Bahavior*, 1, pp 33-43.

- DIALLO B.F, DIALLO T.S. et all., 1999, « Problèmes médicaux et culturels de l'inadéquation entre le taux de consultation prénatale et d'accouchements assistés dans les quatre régions naturelles de la Guinée » : *Médecine d'Afrique noire*, vol. 1, n° 46, pp : 32-39.
- DORTIER J.F., 2008, « Comment se produit l'information ? » : *La Communication : État des savoirs*, 3<sup>e</sup> Éd actualisée, Auxerre Cedex, Éd. Sciences Humaines, pp. 229-237.
- EDMOND M. 2008, « Le face-à-face et ses enjeux » : *La Communication : État des savoirs*, CABIN P. et DORTIER J.F 3<sup>e</sup> Éd actualisée, Auxerre Cedex, Éd. Sciences Humaines, pp. 87-98.
- ENGEL G.L., 1977, « The need for a new medical model: A challenge for biomedicine » : *Science*, 196:129-36, pp.129-132.
- FAINZANG S., 2009, « La communication d'information dans la relation médecin-malades » : *Question de communication*, vol. 619, n° 15, pp. 279-295.
- FORMARIER M., « Relation de soin, concepts et finalités » : *Recherches en soins infirmiers*, 2007/2, N° 89, pp. 33-42.
- GAIMARD M., « Santé, morbidité et mortalité des populations en développement » : *Mondes en développement* 2008/2, n° 142, pp. 23-38.
- GODIN G., 1991, « Les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs : sciences sociales et santé » : *L'éducation pour la santé*, vol IX, n° 1, éd. Ères.
- HENNEZEL M. Nous ne nous sommes pas dit au revoir, Ed. Robert Laffont, parut le 11/10/2001.
- HOLLAND J.C., 1998, *Psycho-Oncology*, New York: University Press, pp. 790-808.
- HUDELSON P., 2002, « Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ? » : *Médecine et Hygiène*, n° 2407, pp. 35-39.

- HUGON A., 2005, « L'historiographie de la maternité en Afrique Subsaharienne » : *Femme, genre, histoire*, pp 212-229
- ICEK A., 1991, « The theory of planned behavior » : *Organ Behav Human*, Decis, ed. Proces, n° 50, pp 179-211.
- JUSSEAUME A. et al., 2015, « Le soin comme relation sociale : bilan historiographique et nouvelles perspectives » : *Histoire, médecine et santé*, N :7, pp. 9-15.
- MUCCHIELLI A., 2008, « Les modèles de la communication » : *La Communication : État des savoirs* » : CABIN P. et DORTIER J.F., 3<sup>e</sup> Éd actualisée, Auxerre Cedex, Éd., Sciences Humaines, pp. 57-72.
- MURPHY E., 2005, Promouvoir des comportements sains, in *Bulletin de santé*, n° 2, Washington, DC : Population Référence Bureau.
- PHANEUF M., 2<sup>e</sup> Trim 2011, *La relation soignant-soigné : Rencontre et accompagnement*, Chenelière éducation.
- ROMEYER H., 2008, « TIC et santé : entre information médicale et information de santé » : *TIC et société*, Vol. 2, n° 1, Ed. Association ARTIC, pp. 25-44.
- ROOTMAN I., 2000, «Setting for Health Promotion: Linking Theory and Practice, Thousand Oaks, California » : *Sage Publications*, pp 250-307.
- RYAN R. M., ET DECI E. L., 2000, «*Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic definitions and new directions* » : *Contemporary Educational Psychology*, 25, pp 54-67.
- RYAN R. M., ET DECI E. L., 2008, «*A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change* » : *Canadian Psychology*, 49, pp. 186-193.
- SCHMID P. F., 2009, « La psychothérapie centrée sur la personne : une rencontre de personne à personne » : *Revue ACP*, no 9, Paris, pp 48-78.

ZOUNGRANA C., 1993, « Déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Bamako (Mali) » : *Collection thèses et mémoires*, N° 36, Université de Montréal.

## V. WEBOGRAPHIE

BADOLO H. ET BAHAN D., 2013, *Cartographie des risques contextuels de mortalité maternelle au Burkina Faso*, Institut national de la statistique et de la démographie (INSD), session 172 :Poster Session on Health, mortality and longevity (3), disponible sur : <[https://iussp.org/sites/default/files/event\\_call\\_for\\_papers/Cartographie%20des%20risques%20contextuels%20morbidity%20et%20de%20mortalit%C3%A9%20maternelle%20au%20BF\\_final.pdf](https://iussp.org/sites/default/files/event_call_for_papers/Cartographie%20des%20risques%20contextuels%20morbidity%20et%20de%20mortalit%C3%A9%20maternelle%20au%20BF_final.pdf)> (consulté le 22/04/2017 à 16 hr 41).

BATAILLE B. et VIROLE L., Quand la morale du soignant devient l'éthique du soin. Conflits éthiques et normes professionnelles en médecine de la reproduction et palliative, *La nouvelle revue du travail* [En ligne], 2/2013, mise en ligne le 30 mars 2013, consulté le 20 mars 2019. URL : <http://journals.openedition.org/nrt/613;DOI:10.4000/nrt.613>.

BENGHENNOU A., 2011, *Relation interculturelle à l'hôpital*, [en ligne] Mémoire de fin d'études en soins infirmiers, IFSI, Hôpital G. Marchant, 35 p., disponible sur : <<https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-aurore-beghennou.pdf>> (consulté le 04/10/2016 à 9 hr 20).

CE-FAO, 2012, Manuel de communication pour la sécurité alimentaire, disponible sur : <<http://www.fao.org/3/a-i2195f.pdf>> (consulté le 01/04/2018 à 15 hr 06).

CONIASSE-BRIOUDE D. 2011, *Déterminants psychologiques de l'acceptation et du refus de participer à un essai clinique destiné à prévenir la maladie d'Alzheimer en population âgée fragilisée*, Thèse de doctorat en psychologie, soutenu le 27 Septembre 2011, Université



Toulouse 2 le Mirail, disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00646721/document> (consulté le 14/10/2016 à 9 hr 05).

Déclaration de l'AMM sur la considération éthique concernant la base de données de santé, disponible sur : [http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/10191/186011/Declaration\\_AMM\\_considerations\\_ethiques\\_2002.pdf/46e65797-b1f6-4dcf-924f-1b4c48dbdcd4](http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/10191/186011/Declaration_AMM_considerations_ethiques_2002.pdf/46e65797-b1f6-4dcf-924f-1b4c48dbdcd4) (consulté le 09/06/2017).

DESCLAUX A., Accès aux soins en Afrique : un changement de culture ? *Bulletin Amades* [En ligne], 70 | 2007, mis en ligne le 04 février 2009, consulté le 01 octobre 2016. URL : <http://amades.revues.org/428>.

Docteur Lale SAY, in « *The Lancet* » parut le Jeudi 12 Novembre 2015, disponible sur : <https://psyzoom.blogspot.com/2015/11/mortalite-maternelle-de-gros-progres.html> (consulté le 05/10/2016 à 22 hr 21).

Enquête SMART 2015, [https://www.humanitarianresponse.info/system/files/documents/files/enquete\\_nutritionnelle\\_smart\\_2015\\_minsante-unicef\\_cameroun\\_lq\\_vf.pdf](https://www.humanitarianresponse.info/system/files/documents/files/enquete_nutritionnelle_smart_2015_minsante-unicef_cameroun_lq_vf.pdf).

Extrait du Message à la Nation du Président de la République de Côte D'Ivoire, disponible sur : <http://LHP://news.abidjan.net/h/578475.html> (consulté le 22/06/2017 à 17 hr 54).

FLOCH M. et BERNARD-LAMOUR N., 2011, *Le développement de la personne de Carle Rogers*, DESU Coaching, Université Paul Cézanne Aix en Provence, disponible sur : [https://feg.univ-amu.fr/sites/feg.univ-amu.fr/files/le\\_developpement\\_de\\_la\\_personne\\_de\\_rogers\\_-\\_floch\\_lamour\\_2011.pdf](https://feg.univ-amu.fr/sites/feg.univ-amu.fr/files/le_developpement_de_la_personne_de_rogers_-_floch_lamour_2011.pdf)(consulté le 04/11/2017 à 22 hr 22).

Fond France MUSKOKA, Mars 2016, *Réduire la mortalité maternelle et infantile*, 4<sup>e</sup> année.

Fondation SANOFI ESPOIR, Février 2014, *Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale dans les pays en développement*, dossier de presse, disponible sur : <http://fondation-sanofi->

espoir.com/download/dossier-presse-lutte-contre-mortalite-maternelle-neonatale.pdf> (consulté le 12/12/2016 à 13 hr14).

FOURN L, MENSAH V. et al., 1999, Comportements des mères et soins des enfants in *Perspectives sur la planification familiale et la santé de la reproduction au Bénin*, sous la direction de GoraMboup et Nicaise Kodjogbe (eds), Ministère du plan de la restructuration économique et de la promotion de l'emploi, INSAE Cotonou et Marco International Inc., Calverton Maryland, USA.

GOMBERT R., 2013, *La relation de soins en odontologie : quelques situations particulières*, Thèse de doctorat en chirurgie dentaire, soutenu le 18 Mars 2013, Université de Toulouse III-Paul Sabatier, 83 p., disponible sur <<http://thesesante.ups-tlse.fr/67/1/2013TOU33021.pdf>> (consulté le 6/12/2016 à 10 hr 25).

HADIZA M., Devoir de soigner et droit d'exercer la violence : ethnographie des consultations de planification familiale à Niamey/Niger, in *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 25 | 2003, mis en ligne le 15 juin 2007, consulté le 24 septembre 2018. URL : <http://journals.openedition.org/apad/205>.

<http://auth.openedition.org/?url=%2Fproxy%3Furl%3Dhttp%253A%252F%252Fcommunication.revues.org%252Fpdf%252F2925> (consulté le 22/09/17 à 11 hr 25).

[http://benhur.teluq.quebec.ca/SPIP/inf9013/IMG/pdf/M2\\_ApprendSocial.pdf](http://benhur.teluq.quebec.ca/SPIP/inf9013/IMG/pdf/M2_ApprendSocial.pdf) (consulté le 26/09/17 à 09hr 55).

<http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/CODE%20D%20HAMMURABI/fr-fr/> (consulté le 01/10/17 à 11h 05).

[http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED\\_T\\_2009\\_FRIDERICH\\_MARIE\\_LORRAINE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2009_FRIDERICH_MARIE_LORRAINE.pdf) (consulté le 25/09/2017).

[http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED\\_T\\_2009\\_FRIDERICH\\_MARIE\\_LORRAINE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2009_FRIDERICH_MARIE_LORRAINE.pdf) consulté le 6/12/2016 à 10 hr 25).

<http://ffmuskoka.org/wp-content/uploads/2015/06/UNICEF-Muskoka-Synthese-A4-06.pdf> (consulté le 08/08/2017 à 13 hr 14).

<http://netafrique.net/la-cote-divoire-a-lun-des-taux-de-prevalence-du-vih-les-plus-eleves-en-afrique-de-louest-rapport/> (consulté le 02/08/2017 à 16 hr 58)

<http://news.abidjan.net/h/493985.html>

<http://news.abidjan.net/h/618660.html> (consulté le 08/08/2017 à 13 hr 16).

<http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/19466-loi-du-4-mars-2002-relative-aux-droits-des-malades-et-a-la-qualite-du-systeme-de-sante-definition> (consulté le 01/10/2017 à 11hr 27).

<http://www.caidp.ci/uploads/4b01aedeff1d6c1e74fa1344f6e6cb10.pdf> (consulté le 10/08/2017 à 11 hr 09).

[http://www.ghadvocates.eu/wp-content/uploads/2016/07/la\\_nutrition\\_laffaire\\_de\\_tous.pdf](http://www.ghadvocates.eu/wp-content/uploads/2016/07/la_nutrition_laffaire_de_tous.pdf) (consulté le 17/10/2017 à 14 hr 32).

[http://www.huffingtonpost.fr/raymonde-goudou-coffie/sante-femmes-cote-divoire\\_b\\_6816256.html](http://www.huffingtonpost.fr/raymonde-goudou-coffie/sante-femmes-cote-divoire_b_6816256.html) (consulté le 08/08/2017 à 13 hr 37).

<http://www.panapress.com/Forte-baisse-du-taux-de-prevalence-du-ViH-SiDA-en-Cote-d-ivoire--12-643797-13-lang4-index.html> (consulté le 02/08/2017 A 16 hr 28).

[http://www.rarmu.com/publications/6\(1\)/full\\_text/6\(1\)\\_8-12.pdf](http://www.rarmu.com/publications/6(1)/full_text/6(1)_8-12.pdf) (consulté le 05/10/2016 à 22 hr 23).

<http://www.sante.gouv.ci/index2.php?page=actu&ID=292> (consulté le 02/08/2017 à 16 hr 26).

<https://communication.revues.org/2925> (consulté le 22/09/2017 à 11 hr 27).

<https://communiquer.revues.org/446> (consulté le 22/09/17 à 11 hr 34).

<https://edc.revues.org/1133> (consulté le 22/09/2017 à 11 hr 41).

<https://edc.revues.org/1135> (consulté le 22/09/17 à 11 hr 30).

[https://ffmuskoka.org/wp-content/uploads/2016/05/FFM\\_Rapport-annuel\\_-2015.pdf](https://ffmuskoka.org/wp-content/uploads/2016/05/FFM_Rapport-annuel_-2015.pdf) (consulté le 27/05/2016 à 11 hr 58).

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Serment\\_d%27Hippocrate](https://fr.wikipedia.org/wiki/Serment_d%27Hippocrate) (consulté le 01/10/2017 à 11hr 15).

<https://journals.openedition.org/cli/pdf/1466> (consulté le 09/05/2017 à 17 hr 20).

<<https://sante-medecine.journaldesfemmes.fr/faq/14182-serment-d-hippocrate-definition>> (consulté le 10/10/2017 à 11 hr 39).

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2013-3.htm> visité le 17/09/2018 à 11hr 40.

<https://www.memoireonline.com/07/08/1207/facteurs-explicatifs-discontinuite-soins-obstetricaux-afrique-benin.html> (consulté le 15/08/2018 à 12 hr 57).

<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FR-SWOP2013.pdf> (consulté le 01/10/2017 à 11 hr 20).

<<https://www.universalis.fr/encyclopedie/code-d-hammourabi/>> (consulté le 10/10/2017 à 11 hr 33).

<https://www.wma.net/fr/ce-que-nous-faisons/ethique/declaration-dhelsinki/> (du 01/10/2017 à 11h 22).

INS:<http://www.ins.ci/n/templates/docss/RGPH2014D.pdf> (consulté le 29/03/2018 à 10 hr 39)

Institut National des Statistiques (INS) et ICF International, 2012, *Enquête Démographique et Santé et à Indicateurs Multiples de Côte d'Ivoire 2011-2012*, Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International.

Institut National des Statistiques (INS), 2005, *Enquête sur les Indicateurs du SIDA (EIS, 2005)*, disponible sur : <[http://www.ins.ci/EDS%20&%20MICS/EIS2005\\_Rapport\\_final.pdf](http://www.ins.ci/EDS%20&%20MICS/EIS2005_Rapport_final.pdf)> (consulté le 27/09/2016 à 16 hr 16).

Institut National des Statistiques (INS), 2014, *Résultats du 4e recensement General de la population et de l'habitat (RGPH)*.

Institut National des Statistiques (INS), *EDS-CI III-2011-2012*, disponible sur : <<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR21/pr21.pdf>> (consulté le 17/05/2016 à 11 hr 21).

- Institut National des Statistiques (INS), *EDS-MIC2012*, disponible sur :  
 <<https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR272/FR272.pdf>>  
 (consulté le 17/05/2016 à 11 hr25).
- Institut National des Statistiques (INS), *EDS-MICS 2012*, disponible sur :  
 <2012, <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR280/FR280.pdf>>  
 (consulté le 17/05/2016 à 11 hr 41).
- Institut National des Statistiques (INS), ENV/INS 2015, disponible sur :  
 <<http://www.ins.ci/n/templates/docss/env2015.pdf>> (consulté le  
 17/05/2016 à 11 hr 37).
- La nouvelle route ivoirienne, Août 2015, Les grands travaux de  
 l'AGERROUTE, n° 001, <disponible sur :  
<https://ageroute.ci/media/files/27/mag-aout-2015.pdf>> (consulté le  
 01/04/2018 à 15 hr 19).
- Le savoir-faire des médiateurs*, 2005, Volume n°1, [http://www.sas-  
 revue.org/12-dossiers-n-1/18-le-savoir-faire-des-mediateurs-de-sante-  
 pairs-en-sante-mentale-entre-experience-technique-et-style](http://www.sas-revue.org/12-dossiers-n-1/18-le-savoir-faire-des-mediateurs-de-sante-pairs-en-sante-mentale-entre-experience-technique-et-style), du  
 08/12/2018 à 09 H25
- Levels and Trends in Child Mortality*, Rapport 2010. Evaluations dues à  
 l'UN Inter-agency Group for Child Mortality,  
[https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-  
 pdf/FR\\_Maternal%20Health%20in%20Africa\\_factsheet\\_web\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/FR_Maternal%20Health%20in%20Africa_factsheet_web_0.pdf)
- MAELA P., Accompagnement, *Recherche et formation* [En ligne], 62/2009,  
 mis en ligne le 01 septembre 2013, consulté le 20 mars 2019. URL :  
<http://journals.openedition.org/rechercheformation/435>;DOI:  
 10.4000/rechercheformation.
- MEMDP, *Work order* 7, disponible sur :  
 <[http://www.gcca.eu/sites/default/files/ACP/workorders/wo7\\_-  
 \\_cote\\_divoire\\_-\\_draft\\_redd\\_roadmap.pdf](http://www.gcca.eu/sites/default/files/ACP/workorders/wo7_-_cote_divoire_-_draft_redd_roadmap.pdf)> (consulté le 08/12/2017 à  
 10 H 10).
- Ministère d'Etat, Ministère de l'Emploi, des affaires Sociales et de la  
 formation socioprofessionnelle, 2012, *Rapport Etudes des*



d'études en soins infirmiers, IFSI, 95 p., disponible sur :  
<<http://www.ifsiquimper.fr/ent/docs/mirsi/NICOLAS%20Emiliepdf>  
> (consulté le 04/10/2016 à 16 hr 12).

OIT, *Enquête Nationale sur la Situation de l'Emploi et du Travail des Enfants*, 2013, disponible sur :<<https://www.ilo.org/ipecinfor/product/download.do?type=document&id=28195>> consulté le 08/04/2018 à 23 hr 47.

OMS, 1996, *Maternal and newborn health. Safe motherhood. Coverage of maternity care: a listing of available information*, 4<sup>e</sup> Ed., WHO, Genève.

OMS, 1999, « Rapport conjoint de l'OMS et le FNUAP » : ABE N'Doumy, 2013, *La théorie de la transition génésique : un outil de l'observatoire de la santé maternelle et infantile en Afrique*, Abidjan, Ed. Balafons Noël.

OMS, 1999, Réduire la mortalité maternelle, in *Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque Mondiale*, Genève.

OMS, 2010, *Stratégies mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant*, disponible sur :  
<[http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/20100914\\_gswch\\_fr.pdf](http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/20100914_gswch_fr.pdf)  
du 15/06/2016> (consulté le 21/09/2017 à 14 hr 39).

OMS, 2015, *Rapport : Objectifs du Millénaire pour le Développement*, disponible sur : <[http://www.who.int/hdp/publications/mdg\\_fr.pdf](http://www.who.int/hdp/publications/mdg_fr.pdf)> (consulté le 17/11/2016 0 16 hr 29).

OMS, 2017, *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*, disponible sur :  
<[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/anc-positive-pregnancy-experience/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/fr/)> (consulté le 19/09/2017 à 10hr21).

OMS, *Rapport d'activités du Programme de lutte contre la tuberculose 2013*, disponible sur :

<[http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/grtb13\\_executive\\_summary\\_fr.pdf](http://www.who.int/tb/publications/global_report/grtb13_executive_summary_fr.pdf)> (consulté le 08/12/2017 à 13 hr 25).

OULAÏ J-C, Octobre 2006, *La pratique de l'excision chez les Dan de Logoualé (Côte d'Ivoire) : Pourquoi et comment ?* Revue Asylon(s), n°1, Les persécutions spécifiques aux femmes, disponibles sur : <<http://www.reseau-terra.eu/article488.html>> consulté le 08/04/2018 à 22 hr 32.

PIAGET L., Juillet 2008, *Le rôle spécifique de l'infirmière à domicile dans la relation avec le patient*, Mémoire de fin d'études réalisé pour l'obtention du diplôme d'infirmière HES, HES-SO// Valais filière Soins Infirmiers, 98 p. disponible sur : <<https://doc.rero.ch/record/10692/files/MFE.pdf>> (consulté 04/01/2017 à 12 hr 32).

PNUD, 2014, *Rapport sur le développement humain 2014*, disponible sur : <<http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-summary-fr.pdf>> (consulté le 09/05/2017 à 16 hr 21).

PNUD, 2016, *Rapport sur le développement humain 2016 : le développement humain pour tous*, disponible sur : <[http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016\\_FR\\_Overview\\_Web.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016_FR_Overview_Web.pdf)> (consulté le 08/12/17 à 10H 05).

Pyramide des besoins selon Maslow  
<https://www.google.com/search?q=la+pyramide+des+besoins+de+maslow&safe=strict&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ved=0ahUKEwj3m-KESvHbAhWGXiwKHbDfC48QsAQIJQ&biw=1366&bih=662#imgrc=cm33eJ4euhGgGM> (consulté le 25/03/2017 à 11 hr 33).

Rapport Banque Mondiale, 2<sup>e</sup> Trim 2003, *Genre et développement économique*, Édition Saint Martin, Québec.

RAYBOIS M., 2014, La santé altérée par les relations, in *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*[En ligne], 16-3/2014, mise en ligne le 12 juin 2014, consulté le 11 octobre 2018 à 22 hr 14,



- disponible sur :  
<http://journals.openedition.org/pistes/4072:DOI/10.4000/pistes.4072>.
- RICHY B., 2008, *La relation soignant-soigné à domicile*, Mémoire de fin d'études en soins infirmiers, IFSI Bellevue, 63 p., disponible sur : <<https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-benjamin-richy.pdf>> (consulté le 04/01/2017 à 14 hr 14).
- ROCHE L., 2001, *L'impact de la relation soignant-soigné lors de l'accueil d'une personne anxieuse en préopératoire*, Epreuve du diplôme d'Etat d'infirmier, Institut de Formation en Soins Infirmiers, Mulhouse Cedex, 26 p., disponible sur : <<https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-lydie-roche.pdf>> (consulté le 04/01/2016 à 15 hr 20).
- ROCHE L., 2011, <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-lydie-roche.pdf> (consulté le 04/01/2016 à 15 hr 20).
- ROIG B., 2012, Le temps d'une relation soignant-soigné, Institut de Formation en soin Infirmiers, Centre Hospitalier Sainte Marie Privas, p.37, disponible sur : <<http://www.learneos.fr/sites/privas/ifsip/portail/docs/20130221134846/roig.pdf>> (consulté le 04/01/2016 à 15 hr 22).
- Surveillance, revue et riposte face aux décès maternels en Côte d'Ivoire- *Rapport de situation première trimestre 2015*, disponible sur : <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194270/1/9789242506082\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194270/1/9789242506082_fre.pdf)> (consulté le 05/12/2017 à 09 hr 52).
- TIEMBRE I., 57296, BENIE BI V. J. *et al.*, « Évaluation de la qualité des consultations prénatales dans le district sanitaire de Grand Bassam (Côte d'Ivoire) », *Santé Publique*, 2010/2 (Vol. 22), p. 221-228. DOI: 10.3917/spub.102.0221. URL:<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2010-2-page-221.htm>.
- TIZIO S. et FLORI Y.A., 1997, « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun » : *Revue Tiers Monde*, N° 152, pp. 837-858 [https://www.persee.fr/doc/tiers\\_1293-8882\\_1997\\_num\\_38\\_152\\_5199](https://www.persee.fr/doc/tiers_1293-8882_1997_num_38_152_5199).

- TOURE N., Novembre 2010, *Thèses de doctorat, Analyse de la mortalité infanto-juvénile en Côte d'Ivoire*, Université de Cocody-Abidjan, [https://saranf.net/IMG/pdf/livret\\_2012.pdf](https://saranf.net/IMG/pdf/livret_2012.pdf).
- UNFPA, 2002, *État de la population mondiale 2002 : population, pauvretés, potentialité*, disponible sur : <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp02eng.pdf> (consulté le 08/11/2017 à 15 hr 30).
- UNFPA, 2013, *Etat de la population mondiale 2013 : La mère-enfant face aux défis de la grossesse chez l'adolescente*, disponible sur : <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FR-SWOP2013.pdf> (consulté le 08/11/2017 à 15 hr 25).
- UNICEF 2010, *Estimation*, disponible sur : [https://www.unicef.org/media/files/Child\\_Mortality\\_Report\\_2011\\_Final.pdf](https://www.unicef.org/media/files/Child_Mortality_Report_2011_Final.pdf) (consulté le 08/11/2017 à 15 hr 37).
- UNICEF, 2007, *La situation des enfants dans le monde 2008 : la survie de l'enfant*, disponible sur : [https://www.unicef.org/french/publications/index\\_42623.html](https://www.unicef.org/french/publications/index_42623.html) (consulté le 08/11/2017 à 14 hr 47).
- UNICEF, 2016, *Rapport sur les mutilations génitales féminines/ excision : de l'opposition à l'action*, disponible sur : [http://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/04/FGMC-2016-brochure\\_250.pdf](http://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/04/FGMC-2016-brochure_250.pdf) (consulté le 08/04/2018 à 22 hr 18).
- UNICEF, Septembre 2008, *Progrès pour les enfants : Mortalité maternelle, bilan statistique*, Numéro 7, disponible sur : [https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/4328-4\(1\).pdf](https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/4328-4(1).pdf) (consulté 21/09/2017 à 15 hr 55).
- WHO, 2013, *Neonatal and child health country profite*, disponible sur : <http://ccm.ci/phocadownloadpap/noteconceptuelle/noteconceptuellePalu/IVC%20data%20WHO%20country%20profil%20%20CERG%20WHO%20UNICEF%20PBLISHERD%20BY%20Liu%20ET%20a%2>

[0In%20Lancet%202012%20\\_Annexe%2018.pdf](#)> (consulté le 08/12/2017 à 09 hr 02).

[www.who.int/ihr/publications/COMBI\\_ToolKit\\_fr.pdf](http://www.who.int/ihr/publications/COMBI_ToolKit_fr.pdf), ComBI-World Health Organization (consulté le 17/04/2018 à 13hr 40).

XXVIIIe Congrès International de la population en 2013, BUSAN, <https://www.iussp.org/fr/rapport-du-congr%C3%A8s-de-busan> (consulté le 22/04/2017 à 16 hr 41).

## **ANNEXES**

## **ANNEXES I : Guide d'entretien**

# UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA



UFR : Communication, Milieu et Société

Département des Sciences du Langage et de la Communication (SLC)

TUO ARDJOUMA : Etudiant en thèse 2.

Cel : 47 24 78 33/52 64 39 33

---

## CONTEXTE

Madame, Monsieur, dans le cadre de notre travail d'étude et de recherche en vue de la rédaction de notre mémoire de thèse, nous vous soumettons un guide d'entretien pour une collecte de données. Ces données qualitatives nous permettront d'établir un questionnaire à l'endroit du personnel médical, paramédical et du grand public, afin d'étudier la question sur un échantillonnage plus élargi. Nous souhaitons des réponses à travers des variables et indicateurs. Nous vous remercions pour votre disponibilité et vos réponses.

**NB** : Le mode de collecte (directif, semi-directif) est laissé à votre choix.

Les réponses sont strictement confidentielles et le document est anonyme. Nous précisons notre sujet : « **Communication et relation de soin en consultation prénatale dans les formations sanitaires urbaines de Bouaké** »

## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Après avoir pris connaissance du texte présentant le contexte de cette étude, après en avoir discuté et obtenu réponse à toutes mes questions, je consens librement et volontairement à y participer. Je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux me retirer à tout moment de cette étude sans avoir à me justifier ni encourir aucune responsabilité. Le fait de ne plus participer à cette étude ne portera pas atteinte à mes relations avec l'étudiant chercheur. Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi. Au cours de la période de cette étude, j'accepte que soient recueillies des données concernant la

thématique de la relation de soins à la CPN à des fins d'analyse et de rédaction d'un mémoire de thèse de doctorat. Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigateurs concernés. J'ai été informé que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication, que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle et que seules les données anonymisées seront enregistrées et communiquées dans le cadre de la rédaction de la thèse de doctorat de l'étudiant chercheur. J'accepte que ces données puissent être conservées dans une base de données et faire l'objet d'un traitement informatisé non nominatif par le chercheur J'ai bien noté que j'ai le droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de ces données à tout moment

. Fait à Bouaké, le (jj/mm/aaaa) : .....

**Enquêté (Nom Prénom et signature)**

**Chercheur (Nom Prénom et signature)**

.....

TUO ARDJOUMA

---

**I. IDENTITE**

1. Statut de l'enquêté
2. Rôle et fonction de l'enquêté (Fiche de poste)
3. Sexe (Sagefemme ou Maïeuticien)
4. Structure de formation
5. Expérience professionnelle
6. Langues parlées

**II. SYSTEME SANITAIRE**

1. Situation de l'air sanitaire
2. Fonctionnement du service dans le contexte de la santé de la reproduction

3. Services rattachés au service de santé de la reproduction
4. Fonctionnement du système de suivi, évaluation et prise en charge dans le contexte de la reproduction

### **III. COMMUNICATION**

1. Les cibles visées par la communication de reproduction
2. L'objet des communications de la reproduction
3. Le type de communication adopté par le service
4. Les moyens de communication utilisés par le centre
5. Le rôle des outils de communication utilisés
6. La stratégie de communication mise en place
7. Les résultats attendus pour l'usage des outils
8. Difficultés liées à la communication (cas de conflits entre maïeuticien(e)s et avec les usagers)

### **IV. FACTEURS SOCIAUX**

1. La distance des centres de santé du lieu d'habitation des communautés
2. L'état des routes et les moyens de transports utilisés par les usagers
3. Age moyen des usagers
4. Niveau d'étude des usagers
5. Activités des usagers
6. Religion des usagers
7. Appartenance socio ethnique
8. Espacement des grossesses observées chez les usagers

### **V. PERCEPTION ET REPRESENTATION**

1. Perception des usagers par les sages-femmes (attitudes, connaissance)
2. Représentation des usagers par les sages-femmes (focus groupe)
3. Perception des sages-femmes par les usagers (fonction, accueil, prestation)
4. Représentation des sages-femmes par les usagers (Focus groupe)



## **VI. PATHOLOGIE**

1. Etat des lieux concernant la santé de la reproduction (fréquentation et mortalité maternelle et infantile)
2. Etat des connaissances des sages-femmes et usagers concernant la santé de la reproduction
3. Pathologies liées à la santé de la reproduction, leur mode opératoire et leurs causes et conséquences
4. Attitudes et pratiques liées à la santé de la reproduction (sages-femmes et usagers)
5. Les variables liées au phénomène et leur contexte d'usage

UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA



UFR : Communication, Milieu et Société

Département des Sciences du Langage et de la Communication (SLC)

TUO ARDJOUMA : Etudiant en thèse 2. Cel : 47 24 78 33/52 64 39 33

---

LE CHRONOGRAMME DE COLLECTE DE DONNES AU SEIN DU CHU-B

PERIODE DU 03 OCTOBRE 2016 AU 02 JANVIER 2017

N°	Activités	Période	Durée	Objectif	Résultats attendus	Observation
	Prospection	Sept-Oct. 2016	<b>07 jours</b>	Rencontrer la direction du CHU et les chefs pour obtention de leur autorisation en vue de la réalisation de l'étude	La direction du CHU et les chefs sont rencontrés et l'accès au site est obtenu en vue de la réalisation de l'étude	
	Enquête exploratoire	01 au 20 Oct. 2016	<b>02 jours</b>	Vérifier l'existence des outils de collectes et identification des cibles pour l'entretien	L'existence des outils validée et les interviewés identifiés	
	<b>L'enquête de base</b> <b>Phase 1</b> : Collecter les données oraux	15 Oct. au 15 Nov.	<b>30 jours</b>	Collecter les données des cibles	Les données des cibles sont collectées	

		2016				
<b>L'enquête de base</b> <b>Phase 2</b> : Consulter les registres	<b>30 Oct. au 20 Nov. 2016</b>	10 jours	Collecter les données des registres du service	Les données des registres du service sont collectées		
<b>L'enquête de base</b> <b>Phase 3</b> : Vérification des données recueillies	<b>20 au 25 Nov. 2016</b>	05 jours	Organiser des focus groupes pour vérification des données	Les données recueillies sont vérifiées		
Mise en place de la base de données	<b>25 au 30 Nov. 2016</b>	05 jours	Harmoniser les éléments de la base des données collectées	L'ensemble des éléments de la base des données est harmonisé		
Saisie des données	<b>01 au 08 Déc. 2016</b>	7 jours	Saisir les données qualitatives et quantitatives	Les données qualitatives et quantitatives sont saisies		
Dépouillement et analyse	<b>09 au 19 Déc. 2016</b>	10 jours	Classer les données de l'enquête par objectifs spécifiques	Le plan d'analyse est élaboré		
Rédaction du rapport de l'enquête	<b>19 au 25 Déc. 2016</b>	7 jours	Rédiger le rapport de l'enquête	Le manuscrit est rédigé et disponible		
Restitution des résultats de l'enquête	<b>25 au 30 Déc. 2016</b>	05 jours	Corriger les insuffisances du manuscrit	Le document est vérifié et amendé		
Diffusion des résultats	<b>02 Janv. 2016</b>	1 jour	Mettre à disposition des services de collectes le document final d'enquête pour vérification	Le document final est corrigé et validé		

## **ANNEXES II : Questionnaire et fiche de collecte**

## Liste du personnel soin enquêté

UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA



UFR : Communication, Milieu et Société

Département des Sciences du Langage et de la Communication (SLC)

TUO ARDJOUMA : Etudiant en thèse 2. Cel : 47 24 78 33/06 82 79 09

### LISTE DES ENQUETES

District sanitaire de .....

Maternité de .....

N°	Nom et Prénoms	Contacts	Unité	Date	Emargement
01	KOUATIE ALBORAN MARIE-LOUISE	05 79 67 20 01 26 52 62	HDP Gyneco	11/10/16	[Signature]
02	TOURE LOTIOT LEONINE	03 71 33 87	P.F Gyneco	11/10/16	[Signature]
03	Mme Bam Née Kouate	05 69 43 93	CFW Gyneco	13/10/16	[Signature]
04	Koko Rachel	08 45 90 81 59 68 78 57	URC-EXICE Gyneco	19/10/16	[Signature]
05	ACHI Marie-Eve Née Adjaraba	05 51 09 11	Gyneco P.F	19/10/16	[Signature]
07	Kouadio Alice	05 40 97 64	Gyneco P.F	24/10/16	[Signature]
08	Mme ATOUSSOU Gisele	49 42 99 35	Gyneco P.F	25/11/16	[Signature]
09	TK Bahian Kafoumah	07 12 06 47	Gyneco CFW P.F	31/10/16	[Signature]
10	Mme N. Dage	09 07 98 19			
11					
12					
13					
14					
15					

## Questionnaire adressé aux FE

### RELATION SOIN: Questionnaire adressé aux femmes

TUO ARDJOUA, Docteur en Communication à l'UAO

Dans le cadre de la rédaction de notre thèse de doctorat en communication, nous menons une étude portant sur la relation soin en CPN dans les formations sanitaires urbaines de Bouaké. Ainsi, nous vous soumettons ce questionnaire pour notre analyse. Les réponses sont confidentielles.

#### IDENTITE

##### Caractères

1. Souhaitez-vous répondre volontairement à ce questionnaire de recherche scientifiques ?

1. Oui  2. Non

2. Dans quel secteur d'activité intervenez-vous ?

1. Ménagère  2. Artisanant  3. Etudiante  
 4. Elève  5. Fonctionnaire

3. Quel est votre niveau d'étude ?

1. Analphabète  2. Primaire  3. Secondaire  
 4. Universitaire

4. Quel est votre situation matrimoniale ?

1. Célibataire  2. En couple  3. Mariage  
 4. Divorce  5. Veuve

#### CONNAISSANCE

##### Evaluation des acteurs

5. Fréquentez-vous les centres de santé maternels et infantiles ?

1. Jamais  2. Rarement  
 3. Occasionnellement  4. Assez souvent  
 5. Très souvent

6. Pour quel besoin utilisez-vous les centres de santé de la maternité ?

1. CPN  2. Consultation post natale  
 3. Dépistage  4. Prise en charge  
 5. Accouchement  6. Soins  
 7. Vaccin  8. écoute et conseil

Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).

7. Selon vous, quelles sont les raisons liées à la faible fréquentation des formations sanitaires de la maternité par les communautaires ?

1. Mauvais traitement du personnel soignant  
 2. La distance des centres de santé  
 3. Le sous auipement des centres de santé  
 4. Le manque d'expérience des sages femmes  
 5. La durée d'attente

8. Selon vous, quel est le rôle de la sage femme ?

1. Informer les usagers  
 2. Soigner les usagers  
 3. Gérer les relations avec les usagers  
 4. Rendre proche les soins des usagers

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

9. Selon vous, quels sont les causes liées au décès maternel et infantile ?

1. Avortement  
 2. Naissance tardive  
 3. Partenaire multiple  
 4. Changement de centre de santé  
 5. Maternité nombreuse  
 6. Soin tardive  
 7. Accouchement non assisté  
 8. Non réalisation des vaccins et examens  
 9. Médecine traditionnelle

Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).

10. Selon vous, quels sont les signes annonçant le danger d'une grossesse ?

1. Saignement  2. Douleurs au ventre  
 3. Corps chaud  4. Fatigue  
 5. Perte d'appétit  6. Insomnie  
 7. Palpitation  8. Perte de poids

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

11. Quels sont les signes liés à la mortalité infantile ?

1. Diarrhé  2. Vomissement  
 3. Corps chaud  4. Perte de poids  
 5. Anémie  6. Perte d'appétit

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

## Suite de questionnaire adressé aux FE

### 12. Quels sont les facteurs liés à la mortalité maternelle et infantile?

- 1. Pauvreté
- 2. Distance des centres de santé
- 3. Culture
- 4. Mariage pécosse
- 5. Poligamie
- 6. Analphabétisme
- 7. Négligence du personnel soignant
- 8. Religion
- 9. Politique
- 10. Culture de l'hôpital

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).*

## COMMUNICATION

### Politique de communication

#### 13. Avez-vous la possibilité d'accéder à l'information en cas de besoin lors de votre séjour au service CPN?

1. Oui  2. Non

#### 14. Dans l'unité de la CPN, qui semble le mieux disposer à la communication avec les usagers?

- 1. Sage femme
- 2. Médecin
- 3. Aide soignante
- 4. Pharmacienne
- 5. Conseiller communautaire

#### 15. Quel lieu vous semble le mieux indiquer pour communication usager/personnel soigné au sein du service CPN?

1. Hall  2. Salle d'écoute  
 3. Salle d'hospitalisation  4. Salle d'accouchement

#### 16. Selon vous, quels sont les outils de communication adaptés à l'unité de la CPN?

- 1. Boîte à image  2. dépliant  3. vidéo cassette
- 4. télévision  5. radio  6. mégaphone
- 7. album photo  8. autocollant  9. gadgets
- 10. affiches

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).*

#### 17. Selon vous, en cas de prise de décision, à qui revient la décision à prendre?

- 1. La consultée elle-même
- 2. Les parents de la consultée
- 3. Le conjoint
- 4. La sage femme ou médecin

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).*

#### 18. Selon vous, quel est le moyen idéal d'information au sein de l'unité de la CPN?

- 1. La sage femme ou médecin  2. Le conjoint
- 3. Les parents de la consultée  4. Le carnet de santé
- 5. alerte sms

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).*



## Etude des perceptions des FE concernant la CPN traditionnelle

### ETUDE DES REPRESENTATIONS LIEES A LA CPN DU TRADITERAPEUTRE

*Problèmes de communication dans la relation soin en CPN*

#### Etude des perceptions

##### Perceptions

#### 1. Pourquoi fréquentez-vous la CPN du tradipraticien?

- 1. Recherche d'une protection divine
- 2. mauvaise qualité de la CPN biomédicale
- 3. méconnaissance de la CPN biomédicale
- 4. automédication familiale
- 5. disponibilité et expérience du soignant
- 6. coût du traitement

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).*

#### 2. Pourquoi la relation entre la FE et la SF est-elle médiocre en CPN biomédicale?

- 1. la longue attente
- 2. l'inexpérience de la SF
- 3. la mauvaise qualité de l'accueil
- 4. la non consultation de la FE
- 5. le non recourt aux langues vernaculaires
- 6. non respect de la confiance

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).*

#### 3. Quels sont les avantages de la CPN traditionnelle?

- 1. Bon suivi du soignant
- 2. bon développement de la grossesse
- 3. accouchement garanti
- 4. traitement adapté et moins coûteux

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).*

#### 4. A quel type de CPN vous vous référez?

- 1. Bio médicale
- 2. Tradithérapeute
- 3. les deux

#### 5. En quoi la CPN traditionnelle est-elle différente de la CPN biomédicale?

- 1. moins chère
- 2. assurance spirituelle
- 3. adaptée à la FE
- 4. bien connue
- 5. pratiquée de tous
- 6. pratique familiale
- 7. facile d'accès

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).*



## Questionnaire adressé aux SF

### RELASOIN SOIN: Questionnaire adressé aux SF

TUO ARDJOUA, Doctorant en communication à l'UAO

Dans le cadre de la rédaction de notre thèse de doctorat en communication, nous menons une étude portant sur la relation soin en CPN dans les formations sanitaires urbaines de Bouaké. Ainsi, nous vous soumettons ce questionnaire pour notre analyse. Les réponses sont confidentielles.

#### IDENTITE

1. Acceptez-vous de répondre volontairement à ce questionnaire?

1. oui  2. non

2. Veuillez préciser votre genre

1. Masculin  2. Feminin

3. Quelle fonction occupez-vous au sein du service CPN?

1. médecin  
 2. infirmier(re)  
 3. sage-femme  
 4. aide-soignant(e)  
 5. Conseiller communautaire  
 6. pharmacien(ne)

4. Depuis combien d'année exercez-vous cette fonction?

1. 1-3 ans  2. 4-6 ans  3. 7-9 ans  
 4. 10 ans et plus

5. Quelles sont vos responsabilités au sein de l'unité?

1. Accueillir et orienter les usagers  
 2. Renseigner les registres  
 3. Procéder à la CPN  
 4. Examiner les usagers  
 5. Charger faire les tests  
 6. Animer la CCC de groupe  
 7. Animer l'entretien clinique  
 8. Faire l'accouchement  
 9. Etre le relai entre le soignant et les usagers  
 10. Faire le suivi/évaluation  
 11. Assiste le soignant

Vous pouvez cocher plusieurs cases (5 au maximum).

#### CONNAISSANCE

6. En quoi consiste la relation soin?

1. Informer les usagers  
 2. Soigner les usagers  
 3. Rendre accessible  
 4. Instaurer un climat de confiance  
 5. Améliorer les relations avec les usagers

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

7. Quelles sont les attitudes des usagers qui vous semblent prédisposent à la mortalité materno-infantile?

1. Avortement provoqué  
 2. Usage tardive des centres de santé  
 3. Changement de centre de santé  
 4. Naissances rapprochées  
 5. Partenaires multiples  
 6. Accouchement non assisté  
 7. Insuffisance vaccinale  
 8. Grossesse tardive  
 9. Maternité nombreuse

Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).

8. Comment appréciez vous la fréquentation de votre unité par les femmes enceintes?

9. Quel est le cœur de cible de vos communications au sein de votre service?

1. Femme enceinte  2. Femme accouchée  
 3. Parents de la consultée  4. Conjoint de la consultée  
 5. ONG

10. Quelle est la cible secondaire des actions de votre unité?

1. Femme enceinte  2. Femme accouchée  
 3. Conjoint  4. Parents de la consultée  
 5. ONG

11. De quel secteur d'activité principal proviennent vos clientes?

1. Ménage  2. Artisanat  3. Commerce  
 4. Fontion public  5. Secteur privé

12. Quel moyen de communication préférez-vous pour vos relations avec vos usagers?

1. Orale  2. Ecrit  3. Visuel  4. Gestuel  
 5. Sonor  6. Toucher

13. Quelle forme de communication utilisée avec vos usagers?

1. Formelle (vouvoiement)  
 2. Non formelle (tutoiement)

14. Quels outils de communication utilisez-vous au sein de votre unité?

1. Boite à image  2. Télévision  
 3. Autocollant  4. Dépliant  
 5. Mégaphone  6. Gadgets  
 7. Vidéo  8. Album photos

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

15. Où se tiennent vos communications avec vos usagers?

1. Hall  2. Salle d'attente  
 3. Salle d'hospitalisation  4. Salle d'accouchement  
 5. Salle d'écoute

**ANNEXES III :**

Documents administratifs de la recherche

## Autorisation du CHU

MINISTRE DE LA SANTE ET  
DE L'HYGIENE PUBLIQUE



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE  
DE BOUAKE



DIRECTION GENERALE

DIRECTION MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

Ref. N° 26 MSH/CHU-BD/G/DMS/ST/16

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE  
Union - Discipline - Travail



Bouaké, le 22/09/2016

Aux Chefs de Service de la  
- Gynécologie  
- Pédiatrie du CHU  
BOUAKE

**Objet :** autorisation de recherche

Messieurs les Chefs de Services,

Je viens par la présente solliciter auprès de vous, une autorisation de recherche pour l'étudiant **TUO Ardjouma**, de l'Université Alassane Ouattara à l'UFR-Communication, Milieu et Société.

En effet, il est étudiant en **thèse de Doctorat** de communication et doit effectuer une recherche dans le cadre de son mémoire sur le thème : «**La relation soignant-soigné dans le contexte de la santé de la reproduction : Communication pour la prévention et la réduction de la mortalité maternelle et infantile à Bouaké.**».

Cette recherche se déroulera du **03 octobre 2016 au 02 janvier 2017.**

Je vous prie de lui réserver un bon accueil.

**NB : Pièces Jointes**

- demande d'autorisation,
- protocole de recherche.

Le Directeur Médical et Scientifique

Pr. KACOUCHIA Niamke B  
Membre de Conférence Agréé  
UR1 er.C.C.F

**Pr KACOUCHIA NIAMKE B**

**Ampliations :**

DG.....1

DAF.....1

S/DRH.....1

SCR.....1

CHRONO.....1

**Demande autorisation CSU Sokoura**

UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA  
Et de la Recherche Scientifique



UNIVERSITE ALASSANE OUATTARA

UFR -Communication, Milieu et Société

N° Réf 53 /UFR.CMS/AO/BKGE/16

Republique de Côte d'Ivoire  
Unité - Discipline - Travail



Bouaké, le 03 mai 2016

A  
Monsieur le Médecin Chef  
du Centre de Santé Urbain  
de Sokoura  
Bouaké

**Objet : Collecte d'informations**

Monsieur,

Doyen de L'UFR Communication, Milieu et Société de l'Université Allassane Ouattara de Bouaké, je viens, par la présente, solliciter auprès de vous une autorisation qui permettrait à Monsieur TUO Arjouma, étudiant inscrit en **Thèse des Sciences du Langage et de la Communication**, d'effectuer des recherches dans vos services.

Le thème de sa recherche est le suivant : «**La relation personnel soignant-patients dans le contexte de la santé de reproduction**», et le sous thème : «**Communication pour la prévention et la réduction de la mortalité materno-infantile**».

Assuré d'avance de votre coopération, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma très haute considération.

*Courrier reçu ce jour  
12/05/2016*

Dr CISSE ELADI B. Sory  
Médecin

Le Doyen de l'UFR

Prof. Azonmama OUATTARA  
Doyen UFR Communication, Milieu et Société



## Demande autorisation ONG AIP

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
Et de la Recherche Scientifique



UNIVERSITE ALASSANE OUATTARA

UFR -Communication, Milieu et Société

N° Réf 87 /UFR.CMS/AO/BKGE/16

République de Côte d'Ivoire  
Union - Discipline - Travail



Bouaké, le 07 juin 2016

A  
Monsieur le Président de  
PONG Association Ivoirienne  
pour le Progrès  
Bouaké

### Objet : Collecte d'informations

Monsieur le Président,

Doyen de L'UFR Communication, Milieu et Société de l'Université Alassane Ouattara de Bouaké, je viens, par la présente, solliciter auprès de vous une autorisation qui permettrait à Monsieur TUO Arjouma, étudiant inscrit en Thèse des Sciences du Langage et de la Communication, d'effectuer des recherches dans vos services.

Le thème de sa recherche est le suivant : «La relation personnel soignant-patients dans le contexte de la santé de reproduction», et le sous thème : «Communication pour la prévention et la réduction de la mortalité materno-infantile».

Assuré d'avance de votre coopération, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma très haute considération.

Reçu le 22/06/16  
Vme Kouakou



Le Doyen de l'UFR

Prof. Azoumana OUAATTARA

## Demande adressée au Centre de santé d'Attienkro

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
Et de la Recherche Scientifique



UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

UFR - Communication, Milieu et Société

République de Côte d'Ivoire  
Union - Discipline - Travail



Bouaké, le 03 mai 2016

N° R&F 53 /UFR.CMS/AO/BK.GE/16

/A

Monsieur le Médecin Chef du  
Centre de Santé d'Attienkro  
Bouaké

### Objet : Collecte d'informations

Monsieur,

Doyen de L'UFR Communication, Milieu et Société de l'Université Allassane Ouattara de Bouaké, je viens, par la présente, solliciter auprès de vous une autorisation qui permettrait à Monsieur TUO Arjouma, étudiant inscrit en Thèse des Sciences du Langage et de la Communication, d'effectuer des recherches dans vos services.

Le thème de sa recherche est le suivant : «La relation personnel soignant-patients dans le contexte de la santé de reproduction», et le sous thème : «Communication pour la prévention et la réduction de la mortalité materno-infantile».

Assuré d'avance de votre coopération, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma très haute considération.

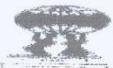
N° 36  
Reçu le 17/05/2016  
à 17 h 31




Le Doyen de l'UFR  
  
Prof. Azoumana OUATTARA

## Demande adressée à l'ONG HAI

AGRICULTURE, PÊCHE, ÉLEVAGE, ÉNERGIE, FORÊTS, MINÉRIE, SANTÉ, TOURISME, TRANSPORTS




UNIVERSITE ALASSANE OUATTARA  
UFR - Communication, Milieu et Société



Bouaké, le 07 juin 2016

N° Réf ST /UFR.CMS/AO/BKGE/16

ref 22106116  
A-J



HEALTH ALLIANCE  
INTERNATIONAL  
**HAI - CI**  
01 B.P 71 BOUAKE 01  
Tél.: (225) 31 63 63 25

Monsieur le Président de  
l'ONG HAI (Health Alliance  
International).  
Bouaké


**Objet : Collecte d'informations**


Monsieur le Président,

Doyen de L'UFR Communication, Milieu et Société de l'Université Alassane Ouattara de Bouaké, je viens, par la présente, solliciter auprès de vous une autorisation qui permettrait à Monsieur **TUO Arjouma**, étudiant inscrit en **Thèse des Sciences du Langage et de la Communication**, d'effectuer des recherches dans vos services.

Le thème de sa recherche est le suivant : «**La relation personnel soignant-patients dans le contexte de la santé de reproduction**», et le sous thème : «**Communication pour la prévention et la réduction de la mortalité materno-infantile**».

Assuré d'avance de votre coopération, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma très haute considération.

Le Doyen de l'UFR  
  
Prof. Azoumana **OUATTARA**



## Autorisation de recherche de l'UFR

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
Et de la Recherche Scientifique



UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

UFR - Communication, Milieu et Société

République de Côte d'Ivoire  
*Union - Discipline - Travail*



Bouaké, le 03 mai 2016

N° Réf. 53 /UFR.CMS/AO/BKGE/16

### /-)AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur Azoumana OUATTARA, Doyen de l'UFR Communication, Milieu et Société (CMS) de l'Université Allassane OUATTARA de Bouaké, autorise, l'étudiant TUO Arjouma (N° Carte d'étudiant : CI0306004090) à effectuer dans le cadre de sa Thèse en Sciences du Langage et de la Communication des recherches en tout lieu où besoin se fera.

Le thème de sa recherche est le suivant :

«La relation personnel soignant-patients dans le contexte de la santé de reproduction», et le sous thème : «Communication pour la prévention et la réduction de la mortalité materno-infantile».

Le Doyen de l'UFR  
  
Le Doyen  
Prof. Azoumana OUATTARA



## **ANNEXESIV : Supports de la CPN**

## Carnets de santé pour la CPN

### Nouveau modèle de carnet de santé de la mère et de l'enfant

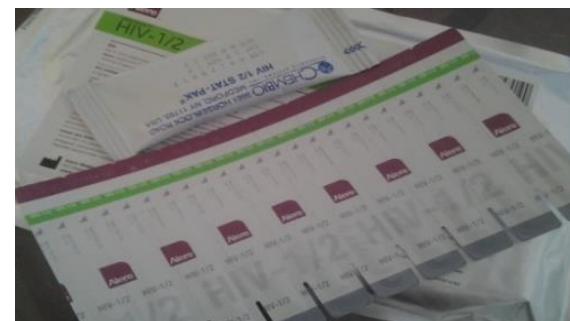
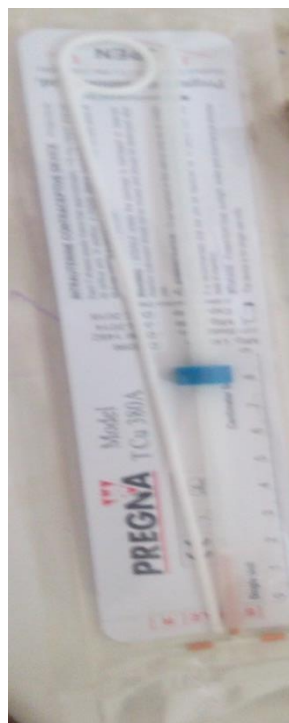


### Ancien modèle de carnet de santé de la mère et de l'enfant





**Pilules et Kit pour le test de dépistage du VIH/SIDA**



**1. STAT-PAK ou test rapide**



**2. Tubes de prélèvement**

## Registres de la CPN

### 1. Registre de dépistage du VIH à la CPN

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE  
UNION - DISCIPLINE - TRAVAIL

**REGISTRE DE DÉPISTAGE DU VIH  
PAR LES TESTS RAPIDES**  
NIVEAU POSTE ET NIVEAU LABORATOIRE  
(Version Avril 2012)

**DIFE**  
DIRECTION DE L'INFORMATION, DE LA PLANIFICATION ET DE LA REPRODUCTION

Région sanitaire : GBEKE  
District sanitaire : BOUAKE SUD  
Nom de l'établissement : CHU BOUAKE  
Nom du Service : PLANI  
Commencé le : 12/10/2016 Terminé le : 1/1/1/1/1/1

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida - Direction de l'Information, de la Planification et de la Reproduction  
A la 8<sup>ème</sup> tranche dans le prolongement du nouveau Pont - 04 BP 341 Abidjan  
Téléphone : 46.53.82.74 - Fax : 22.50.41.70 - Email : digemshp2@ci.gouv.ci

### 2. Registre de la PF

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA  
DIRECTION DE COORDINATION DU PROGRAMME NATIONAL DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION ET DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

UNFPA  
Fonds des Nations Unies  
Pour la Population  
Tel : 22 52 54 20

**REGISTRE DE CONSULTATION  
DE PLANIFICATION FAMILIALE**

REGION SANITAIRE : GBEKE CODE \_\_\_\_\_  
DISTRICT SANITAIRE : BOUAKE SUD CODE \_\_\_\_\_  
ETABLISSEMENT SANITAIRE : CHU BOUAKE CODE \_\_\_\_\_  
DATE DE DEBUT : 17/05/2016  
DATE DE FIN : \_\_\_\_\_

Republique de Côte d'Ivoire  
Union - Discipline - Travail

**PNSR / PF**



## Instruments de la prise de constantes



1.

1. Balance



2. Thermomètre



3. Mètre

## **ANNEXE V : Recommandation de l'OMS 2016**

A. Interventions nutritionnelles	Recommandation	Type de recommandation
Interventions diététiques	<p><b>A.1.1 :</b> Des conseils en faveur d'une alimentation saine et du maintien d'une activité physique pendant la grossesse sont recommandés pour les femmes enceintes afin qu'elles restent en bonne santé et n'enregistrent pas un gain de poids excessif.<sup>1</sup></p>	Recommandée
	<p><b>A.1.1 :</b> Dans les populations sous-alimentées, une éducation à la nutrition incitant à accroître la prise énergétique et protéinique est recommandée pour les femmes enceintes en vue de réduire le risque de petit poids à la naissance.</p>	Recommandation spécifique au contexte
	<p><b>A.1.3 :</b> Dans les populations sous-alimentées, une supplémentation énergétique et protéique équilibrée est recommandée pour les femmes enceintes afin de réduire le risque de mortinaissance et de petite taille pour l'âge gestationnel chez les nouveau-nés.</p>	Recommandation spécifique au contexte
	<p><b>A.1.4 :</b> Dans les populations sous-alimentées, une forte supplémentation en protéines n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.</p>	Non recommandée

	<p>A.2.1 : Une supplémentation orale quotidienne en fer et en acide folique avec 30 à 6 mg de fer élémentaire et 400µg (0,4 mg) d'acide folique est recommandée pour les femmes enceintes afin de prévenir l'anémie maternelle, la septicémie puerpérale, les poids de naissance et les naissances avant terme.<sup>4</sup></p>	<p>Recommandée</p>
<p>Suppléments de fer et d'acide folique</p>	<p>A.2.2 : Une supplémentation orale intermittente en fer et en acide folique, avec 120 mg de fer élémentaire<sup>5</sup> et 2800µg (2,8 mg) d'acide folique une fois par semaine, est recommandée pour les femmes enceintes en vue d'améliorer les issues maternelles et néonatale de la grossesse si la prise quotidienne de fer n'est pas acceptable en raison d'effets secondaires, et dans les populations où le taux de prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes est inférieur à 20%.<sup>6</sup></p>	<p>Recommandation spécifique au contexte</p>
<p><b>Suppléments de calcium</b></p>	<p>A.3 : Dans les populations où la prise alimentaire de calcium est faible, une supplémentation quotidienne (1,5- 2,0 g de calcium élémentaire par voie orale) est recommandée pour les femmes enceintes afin de réduire les risques de pré éclampsie.<sup>7</sup></p>	<p>Recommandation spécifique au contexte</p>



Suppléments de vitamine A	<b>A.4</b> : Une supplémentation en vitamine A n'est recommandée pour les femmes enceintes que dans les zones où les carences en vitamine A sont un problème de santé publique sévère <sup>8</sup> , dans le but de prévenir la cécité nocturne. <sup>9</sup>	Recommandation spécifique au contexte
Suppléments de zinc	<b>A.5</b> : la supplémentation en zinc chez les femmes enceintes n'est recommandée que dans le contexte d'une recherche menée avec rigueur.	Recommandation spécifique au contexte (recherche)
Suppléments de micronutriments multiples	<b>A.6</b> : La supplémentation en micronutriment multiples n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.	Non recommandée
Suppléments de vitamine B6 (pyridoxine)	<b>A.7</b> : La supplémentation en vitamine B6 (pyridoxine) n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.	Non recommandée
Suppléments de vitamine E et C	<b>A.8</b> : La supplémentation en vitamine E et C n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.	Non recommandée
Suppléments de vitamine D	<b>A.9</b> : La supplémentation en vitamine D n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse <sup>10</sup> .	Non recommandée
Restriction de la prise de caféine	<b>A.10</b> : chez les femmes enceintes dont la prise quotidienne de caféine est importante (plus de 300 mg par jour), <sup>11</sup> une diminution de cette prise pendant la grossesse est recommandée pour réduire le risque de fausse couche et petit poids à la naissance de l'enfant.	Recommandation spécifique au contexte

B. Evaluation maternelle et fœtale <sup>12</sup>	Recommandation	Type de recommandation
<b>B.1 : Evaluation maternelle</b>		
Anémie	<p><b>B.1.1 :</b> La numération formule sanguine complète est la méthode recommandée pour le diagnostic de l'anémie pendant la grossesse. Dans les contextes où cette méthode n'est pas disponible, un dosage sur place de l'hémoglobine avec un hémoglobinomètre est préconisé, de préférence à l'utilisation de l'échelle de couleurs de l'hémoglobine, comme moyen de diagnostic de l'anémie chez la femme enceinte.</p>	Recommandation spécifique au contexte
Bactériurie asymptomatique (BA)	<p><b>B.1.2 :</b> la mise en culture de l'urine du milieu du jet est la méthode recommandée pour diagnostiquer une bactériurie asymptomatique (BA) pendant la grossesse. Dans les contextes où cette méthode n'est pas disponible, une coloration de gram sur place de l'urine du milieu du jet est recommandée de préférence à l'utilisation de bandelettes réactives pour diagnostiquer cette maladie chez les femmes enceintes</p>	Recommandation spécifique au contexte
Violence du partenaire sexuel (VPS)	<p><b>B.1.3 :</b> Il faut sérieusement envisager une enquête clinique sur la possibilité de violences de la part du partenaire sexuel (VPS) lorsque des visites prénatales lorsqu'on évalue des affections pouvant être causées ou</p>	Recommandation spécifique au contexte

	compliquées par de telles violences en vue d'améliorer le diagnostic clinique et les soins ultérieurs, lorsque les capacités pour apporter un réponse sous forme de soutien (y compris l'orientation vers un centre spécialisé, si nécessaire) sont disponibles et que les exigences minimales de l'OMS sont respectées. <sup>13,14</sup>	
Recommandations intégrées à partir d'autres lignes directrices de l'OMS et intéressant le soin prénatal « Evaluation maternelle »		
Diabète gestationnel (DG)	<b>B.1.4</b> : Une hyperglycémie détectée pour la première fois à un moment quelconque de la grossesse devra être classée comme un diabète gestationnel (DG) ou un diabète pendant la grossesse, en fonction des critères de l'OMS. <sup>15</sup>	Recommandée
Tabagisme	<b>B.1.5</b> : Les prestataires de soins devront intégrer toutes les femmes enceintes sur leur consommation de tabac (passée ter actuelle) et leur éventuelle exposition passive à la fumée de tabac, à un stade le plus précoce possible de la grossesse et à chaque visite pour des soins prénatales <sup>16</sup> .	Recommandée
Consommation de substances	<b>B.1.6</b> : Les prestataires de soins devront intégrer toutes les femmes enceintes sur leur consommation d'alcool et d'autres substances (passée ter actuelle), à un stade le plus précoce possible de la grossesse et à chaque visite pour des soins prénatales <sup>17</sup> .	Recommandée

<p>Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et syphilis</p>	<p><b>B.1.7 :</b> Dans les contextes de forte prévalence du VIH,<sup>18</sup> on considérera le dépistage et les conseils à propos de cette maladie à l'initiative du prestataire des soins (PITC) comme composante systématique du paquet de soins administré aux femmes enceintes dans toutes les visites prénatales. Dans les contextes de faible prévalence, ces prestations peuvent être envisagées pour les femmes enceintes dans le cadre des soins prénatals comme une composante clé des efforts pour éliminer la transmission mère-enfant du VIH et pour intégrer le dépistage de ce virus à celui de la syphilis, de maladie virales ou d'autres affections importantes, en fonction du contexte, et également pour renforcer les systèmes de santé comme faisant partie des soins prénatals.<sup>20</sup></p>	<p>Recommandée</p>
<p>Tuberculose</p>	<p><b>B.1.8 :</b> Dans les contextes où la prévalence de la tuberculose dans la population générale atteint 100/100000 habitants ou plus, le dépistage systématique de la tuberculose évolutive chez la femme enceinte devra être considéré comme faisant partie des soins prénatals<sup>20</sup>.</p>	<p>Recommandation spécifique au contexte.</p>
<p>B.2 : Evaluation du fœtus</p>		
<p>Décompte quotidien des mouvements du fœtus</p>	<p><b>B.2.1 :</b> Le décompte quotidien des mouvements fœtaux, par exemple en relevant sur un diagramme le nombre de coups de pied, n'est recommandé que dans le contexte de recherches menées de manière rigoureuse.</p>	<p>Recommandation spécifique au contexte.</p>

Mesure de la hauteur de l'utérus depuis la symphyse pubienne	<b>B.2.2 :</b> Le remplacement de la palpation abdominale par la mesure de la hauteur de l'utérus depuis la symphyse pubienne pour l'évaluation de croissance fœtale n'est pas recommandé pour améliorer les issues périnatales de la grossesse. Il n'est pas recommandé de modifier la pratique habituelle (palpation abdominale ou mesure de la hauteur utérine) dans un contexte particulier.	Recommandation spécifique au contexte.
Cardiotocographie prénatale	<b>B.2.3 :</b> La cardiotocographie prénatale systématique <sup>21</sup> n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.	Non recommandée
Echographie	<b>B.2.4 :</b> Une échographie avant 24 semaines de grossesse (échographie précoce) est recommandée pour les femmes enceintes afin d'estimer l'âge gestationnel, d'améliorer la détection des anomalies fœtales et des grossesses multiples, de réduire l'induction du travail pour les grossesses ayant dépassé le terme et améliorer le vécu de la grossesse par les femmes.	Recommandée
Echographie Doppler des vaisseaux sanguins fœtaux	<b>B.2.5 :</b> L'examen par échographie Doppler systématique n'est pas recommandé chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.	Non recommandée

C. Mesures préventives	Recommandation	Type de recommandation
<b>Antibiotique contre la bactériurie</b>	<b>C.1 :</b> Une cure d'antibiotiques de sept jours est recommandée chez toutes les femmes enceintes atteintes de bactériurie asymptomatique (BA) pour prévenir une bactériurie persistante, une naissance avant terme et petit poids de naissance.	Recommandée
<b>Prophylaxie antibiotique pour prévenir les infections urinaires récurrentes</b>	<b>C.2 :</b> Une prophylaxie antibiotique n'est recommandée pour prévenir les infections récurrentes des voies urinaires chez les femmes enceintes que dans un contexte de recherche menée de manière rigoureuse.	Recommandation spécifique au contexte (recherche).
<b>Administration prénatale d'immunoglobuline préventive</b>	<b>C.3 :</b> Une prophylaxie prénatale avec de l'immunoglobuline anti-D à 28 et 34 semaines de grossesse chez les femmes enceintes Rhésus négatif non sensibilisées, dans le but de prévenir une allo immunisation RhD, n'est recommandée que dans le contexte d'une recherche menée de manière rigoureuse.	Recommandation spécifique au contexte (recherche).
<b>Traitement antihelminthique préventif</b>	<b>C.4 :</b> Dans les zones d'endémie, un traitement anthelminthique préventif est recommandé chez les femmes enceintes après le premier trimestre de grossesse dans le cadre des programmes de lutte contre les vers.	Recommandation spécifique au contexte

<b>Vaccination par l'anatoxine tétanique</b>	<b>C 5 :</b> La vaccination par l'anatoxine tétanique est recommandée chez toutes les femmes enceintes, en fonction de leur exposition antérieure à la vaccination antitétanique, en vue de prévenir la mortalité néonatale due au tétanos.	Recommandée
<b>Recommandations intégrées à partir d'autres lignes directrices de l'OMS et pertinentes pour les soins prénatals</b>		
<b>Prévention du paludisme : traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPI)</b>	<b>C. 6 :</b> Dans les zones d'endémie du paludisme situées en Afrique, un traitement préventif intermittent par la sulfradoxine-pyriméthamine (TPI-SP) est recommandé pour toutes les femmes enceintes. L'administration doit débuter au cours du deuxième trimestre et les doses doivent être espacées d'un mois au moins, en veillant à ce que la femme enceinte reçoive au moins trois doses	Recommandation spécifique au contexte
<b>Prophylaxie préexposition (PrPE) pour la prévention du VIH</b>	<b>C.7 :</b> Une prophylaxie orale préexposition (PrPE) incluant du fumarate de ténofoviridisoproxil (TDF) devra être proposée en tant qu'option préventive supplémentaire aux femmes enceintes exposées à un risque substantiel d'infection à VIH dans le cadre des approches préventives combinées.	Recommandation spécifique au contexte
D. Interventions face à	Recommandation	Type de

des symptômes physiologiques courants		recommandation
Nausées et vomissements	<b>D.1</b> : Gingembre, camomille Vitamine B6 et/ ou acupuncture sont recommandés pour soulager les nausées au début de la grossesse, en fonction des préférences de la femme et des options disponibles.	Recommandée
Brulures d'estomac	<b>D.2</b> : Des conseils relatifs au régime alimentaire et au mode de vie sont recommandés pour et soulager les brulures d'estomac pendant la grossesse. Des préparations antiacides peuvent être proposées aux femmes présentant des symptômes pénibles qui ne sont pas soulagés par une modification de leur mode de vie.	Recommandée
Crampes dans les jambes	<b>D.3</b> : Il est possible d'utiliser du magnésium, du calcium ou des options thérapeutiques non pharmacologiques pour soulager les crampes dans les jambes pendant la grossesse, en fonction des préférences de la femme et des options disponibles.	Recommandée
Douleurs lombaires et pelviennes	<b>D.4</b> : L'exercice régulier est préconisé pendant la totalité de la grossesse pour prévenir les douleurs lombaires et pelviennes. Il existe un certain nombre de solutions thérapeutiques applicables	Recommandée



	telles que la kinésithérapie, les ceintures de maintien et l'acupuncture, en fonction des préférences de la femme et des options disponibles.	
Constipation	<b>D.5</b> : On peut utiliser des suppléments à base de son de blé ou d'autres fibres pour soulager la constipation pendant la grossesse si celle-ci ne répond pas aux modifications du régime alimentaire, en fonction des préférences de la femme et des options disponibles.	Recommandée
Veines variqueuses et œdèmes	<b>D.6</b> : Des options non pharmacologiques telles que bas et chaussettes de contention, surélévation des jambes et immersion dans l'eau peuvent être appliquées pour prendre en charge les veines variqueuses et les œdèmes pendant la grossesse en fonction des préférences de la femme et des options disponibles.	Recommandée

E. Interventions des systèmes de santé pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénatals	Recommandation	Type de recommandation
Notes de consultation détenues par les femmes	<b>E.1</b> : Il est recommandé que chaque femme conserve avec elle les notes qui ont été prises lors des consultations pour améliorer la continuité et la	Recommandée

	qualité des soins ainsi que le vécu de sa grossesse	
Continuité des soins sous la direction de sages-femmes	<b>E.2 :</b> Des modèles de continuité des soins sous la direction des sages-femmes, dans lesquels une sage-femme connue ou un petit groupe de sages-femmes connu soutient ne femme sur l'ensemble du continuum constitué par les périodes prénatales, intra partum et postpartum et postnatale sont recommandés pour les femmes enceintes dans les situations où les programmes de maïeutique fonctionnent bien.	Recommandation spécifique au contexte
Soins prénatals de groupe	<b>E.3 :</b> Des soins prénatals de groupe, dispensés par des professionnels de santé qualifiés, peuvent être proposés en tant qu'alternative aux soins prénatals individuels aux femmes enceintes dans le contexte d'une recherche menée de manière rigoureuse, en fonction des préférences de la femme et sous réserve que les infrastructures et les ressources nécessaires à la délivrance de soins prénatals de groupe soient disponibles	Recommandation spécifique au contexte  (Recherche)
	<b>E.4.1 :</b> La mobilisation communautaire par le biais de cycles d'apprentissage et d'action participatifs sous la conduite	

<p>Interventions communautaires pour améliorer la communication et le soutien</p>	<p>d'animateurs (PLA) impliquant des groupes de femmes est recommandée pour l'améliorer la santé des mères et des nouveau-nés, en particulier en milieu rural où l'accès aux services de santé est limité. Les groupes de femmes participatifs représentent une opportunité pour les femmes de discuter de leurs besoins pendant la grossesse et notamment des obstacles pour parvenir jusqu'aux soins, et également d'améliorer le soutien apporté aux femmes enceintes</p>	<p>Recommandation spécifique au contexte</p>
	<p><b>E.4.2 :</b> Des modules d'intervention comprenant la mobilisation des foyers et des communautés ainsi que des visites prénatales à domicile sont recommandés pour améliorer l'utilisation des soins prénatals et les issues sanitaires périnatales, notamment dans les contextes ruraux où l'accès aux services de santé est limité.</p>	<p>Recommandation spécifique au contexte</p>
	<p><b>E.5.1 :</b> La délégation des tâches de promotion des comportements favorables à la santé des mères et des nouveau-nés à une grande variété de catégories professionnelles, y compris des agents de santé sans formation</p>	<p>Recommandée</p>

Composantes de la délivrance des soins prénatals se prêtant à la délégation des tâches	médicale, des infirmiers/infirmières auxiliaires, des infirmiers/infirmières, des sages-femmes et des médecins, est recommandée.	
	<b>E.5.2</b> : La délégation des tâches de distribution des suppléments nutritionnels recommandés et du traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg) pour la prophylaxie du paludisme à une grande variété de catégories professionnelles, y compris des infirmiers/infirmières auxiliaires, des infirmiers/infirmières, des sages-femmes et des médecins, est recommandée.	Recommandée
Recrutement et rétention du personnel dans les zones rurales et reculées	<b>E.6</b> : Les décideurs politiques devront envisager des interventions éducatives, réglementaires, financières et sous forme de soutien personnel ou professionnel pour recruter et retenir du personnel soignant qualifié dans les zones rurales et reculées.	Recommandation spécifique au contexte
Calendrier des prises de contact pour les soins prénatals	<b>E.7</b> : Des modèles de soins prénatals prévoyant au moins huit contacts sont recommandés pour réduire la mortalité périnatale et améliorer le vécu des soins par les femmes.	Recommandée

## TABLE DES MATIERES

Dédicace.....	iv
Remerciements.....	v
Sommaire.....	vii
Sigles et abréviations.....	viii
Liste de tableaux et figures.....	xi

<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE.....</b>	<b>1</b>
<b>CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>4</b>
I. Justification du sujet.....	4
I.1. La pertinence scientifique.....	5
I.2. Pertinence sociale.....	7
I.3. La pertinence institutionnelle.....	8
II. Définition des termes clés.....	10
II.1. Relation de soin .....	11
II.2. Communication .....	13
II.3. Consultation Périnatale.....	15
II.4. Formation sanitaire.....	18
III. Analyse situationnelle.....	18
IV. Revue critique de littérature.....	20
IV.1. Le regard de la médecine concernant la relation de soin.....	21
IV.2. Le regard socio-anthropologique concernant la relation de soin.....	22
IV.3. Le regard de la psychologie sur la relation de soin .....	24
IV.4. La relation de soin selon les sciences de la communication.....	25
V. Problématique.....	27
V.1. Constat 1 : Le taux de mortalité maternelle et infantile est lié à la qualité de soin. ....	29
V.2. Constat 2 : La dissymétrie entre culture hospitalière et culture communautaire dans les formations sanitaires. ....	30
V.3. Constat 3 : Existence d'un défaut de communication dans la pratique de la relation de soin.....	31

V.4. Question centrale.....	32
V.5. Questions secondaires.....	32
VI. Thèse de la recherche.....	33
VII. Hypothèses de recherche.....	33
VII.1. Hypothèse générale.....	33
VII.2. Hypothèses opérationnelles.....	33
VIII. Cadre opératoire des hypothèses.....	34
VIII.1. Hypothèse générale.....	34
VIII.2. Hypothèse opératoire 1.....	36
VIII.3. Hypothèse opératoire 2.....	37
VIII.4. Hypothèse opératoire 3.....	40
IV. Objectifs de l'étude.....	41
IV.1. Objectif général.....	41
VI.2. Objectifs spécifiques.....	42
V. Cadre de référence théorique.....	42
V.1. Les théories de la psychopathologie.....	42
V.2. Les théories psychologiques appliquées à la communication.....	43
V.3. Les théories de la promotion de santé.....	44
<b>CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....</b>	<b>47</b>
I. Délimitation du terrain de l'étude.....	47
I.1. Champ géographique.....	47
I.2. Champ sociologique.....	50
II. Le Modèle méthodologique.....	51
III. La population de l'étude.....	54
III.1. Échantillonnage.....	54
III.2. Techniques d'échantillonnage.....	54
III.2.1. L'échantillon accidentelle ou de commodité.....	55
III.2.2. L'échantillonnage typique.....	56
III.3. La taille de l'échantillon.....	56
III.4. Déroulement de la collecte.....	57

IV. Supports de collecte de données.....	58
IV.1. L'observation directe.....	58
IV.2. L'entretien dirigé.....	59
IV.3. Le questionnaire.....	60
IV.4. La revue du registre de CPN et de PTME.....	60
V. La méthode d'analyse.....	61
V.1. L'approche phénoménologique.....	62
V.2. L'approche des statistiques descriptives.....	63
VI. Difficultés rencontrées et limites de la recherche.....	64
VI.1. Difficultés rencontrées.....	64
VI.2. Les limites de la recherche.....	65
VII. Les articulations de la thèse.....	66

**PREMIÈRE PARTIE : LE MÉCANISME DE LA COMMUNICATION DANS LE SYSTÈME DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION.....68**

**Chapitre I : Caractéristiques épidémiologiques de la santé de la reproduction en Côte d'Ivoire.....71**

I. Caractéristiques du milieu.....	71
I.1. Situation géographique.....	71
I.2. Caractéristiques générales.....	72
I.2.1. Caractéristiques démographiques.....	72
I.2.2. Caractéristiques sociopolitiques et culturelles.....	74
I.2.3. Caractéristiques socioéconomiques.....	75
I.2.4. Caractéristiques administratives.....	76
I.3. Profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire.....	78
I.3.1. La mortalité et la morbidité du couple mère-enfant.....	78
I.3.2. Les causes obstétricales de décès maternels .....	79
I.3.2.1. Les causes médicales indirectes.....	79
I.3.2.2. Les causes médicales directes.....	82
I.3.3. Les causes obstétricales de décès infanto-juvénile (MIJ) .....	85
II. Les révélateurs de la MMR et infantile en Côte d'Ivoire.....	86

II.1. Les indicateurs socioculturels et économiques.....	86
II.1.1. Au niveau socioculturel.....	86
II.1.2. Au niveau économique.....	88
II.2. Les indicateurs environnementaux.....	89
II.2.1. Au niveau du cadre de vie.....	89
II.2.2. Au plan sanitaire.....	90
II.2.2.1. Les indices sanitaires.....	90
II.2.2.2. Organisation du système sanitaire.....	92
<b>Chapitre II : Mécanisme de la communication de la CPN biomédicale.....</b>	<b>95</b>
I. Le circuit de communication de la CPN biomédicale .....	95
I.1. Description du dispositif de la communication en CPN en milieu rurale.....	96
I.2. Description du dispositif de la communication en CPN en milieu urbain.....	97
I.3. Description du dispositif de la communication au sein de l'unité de la CPN du CHU de Bouaké.....	98
I.4. La matrice de la communication éducative en CPN.....	99
I.4.1. La communication en période prénatale.....	100
I.4.2. La communication postnatale.....	103
I.4.3. L'Association des Sages-femmes Ivoiriennes (ASFI).....	107
I.4.4. Le guide de référence de la communication soin en CPN.....	111
I.4.4.1. Fiche métier de la fonction publique de sage-femme.....	111
I.4.4.2. Fiche de poste de l'aide-soignante.....	114
I.5. Les nouvelles recommandations de l'OMS concernant la CPN.....	116
II. Les logiques de communication en CPN.....	118
II.1. Réception et gestion du patient en CPN.....	118
II.2. Le postulat de la perception de la CPN.....	120
II.3. Les actes du langage au sein de l'unité de la CPN.....	121



II.4. Les qualités pour la bonne communication thérapeutique en CPN.....	123
II.5. Les prescriptions de la CPN en milieu urbain.....	125

**DEUXIÈME PARTIE : PERCEPTIONS ET ATTITUDES COMMUNICATIONNELLES DES ACTEURS DE LA CPN.....128**

**Chapitre III : Catégorisation des faits socio-anthropologiques et communicatifs liés à la relation de soin en CPN.....130**

I. Les déterminants étiologiques de la relation de soin en CPN. ....	130
I.1. Evaluation du taux de la fréquentation de l'unité de la CPN .....	131
I.1. 1. La qualité de la prestation du soignant.....	132
I.1.2. Le temps de consultation.....	133
I.1.3. Connaissance de la fiche de poste en CPN.....	134
I.2. L'influence de la distance sur l'usage de la CPN.....	136
I.3. La logique de communication.....	138
I.3.1. Les acteurs permanents de l'unité de la CPN.....	139
I.3.2. Le cadre de communication de la CPN.....	141
I.3.3. Les moyens de communication en CPN.....	142
I.3.4. L'instance de décision en CPN.....	144
II. La dimension socio anthropologique de la CPN.....	146
II.1. Les déterminants socio-anthropologiques de la CPN.....	146
II.1.1. La question du genre à la CPN.....	146
II.1.2. La situation matrimoniale.....	147
II.1.3. Le niveau d'instruction des usagers de la CPN.....	148
II.1.4. Les CPR fréquents en CPN.....	149
II.1.5. Le coût du séjour en CPN.....	150
II.2. Études des perceptions de la CPN traditionnelle.....	151
II.2.1. La distinction entre la CPN traditionnelle et la CPN biomédicale.....	151
II.2.2. Les avantages de la CPN traditionnelle.....	152

<b>Chapitre IV : Analyse des faits liés à la relation de soin et le changement social en CPN.....</b>	<b>155</b>
I. La polémique des signes comportementaux liés à la CPN.....	155
I.1. La représentation socioprofessionnelle de la relation de soin en CPN.....	156
I.1.1. Se soigner : la résultante de la relation de soin.....	156
I.1.2. La question de la relation de soin en CPN chez les SF.....	157
I.2. Le choix de la cible dans la relation de soin en CPN.....	160
I.2.1. La prédominance de la SF dans la relation de soin en CPN...	160
I.2.2. Les cibles privilégiées de la SF dans la relation de soin en CPN.....	161
I.3. Les signes comportementaux de la relation en CPN.....	162
I.3.1. La communication analogique dans la relation de soin.....	162
I.3.2. Les atouts de la communication verbale en CPN.....	164
I.3.3. Les obstacles langagiers à l'implication des FE dans la relation de soin.....	165
I.4. La proxémie dans la relation de soin en CPN.....	167
I.4.1. Le cadre communicationnel de la relation de soin.....	167
I.4.2. La gestion de l'espace de la relation de soin en CPN.....	169
I.5. Du contact à la relation de soin en CPN.....	171
II. La dimension comportementale et sanitaire de la relation de soin en CPN...	172
II.1. Les comportements professionnels de l'obstétricienne.....	173
II.1.1. Le regard clinique sur le comportement procréateur.....	173
II.1.2. L'inégalité dans la relation de soin en CPN biomédicale.....	174
II.2. Les comportements procréateurs à risques de la CPN.....	174
II.2.1. Les comportements sociaux de la relation de soin.....	177
II.2.2. Les conséquences de la situation économique de la gestante sur la relation de soin en CPN.....	178
II.3. Le principe de l'intersubjectivité dans la relation de soin.....	180

II.3.1. Le jeu de rôle des protagonistes de la relation de soin en CPN.....	180
II.3.2. La place du soignant dans la relation clinique en CPN.....	182
II.3.3. L'approche spirituelle de la CPN traditionnelle .....	184
II.3.4. L'importance du besoin spirituel dans la relation à la CPN traditionnelle.....	185

<b>TROISIEME PARTIE : LA CONTRIBUTION DES SCIENCES DE LA COMMUNICATION À LA PROMOTION DE LA RELATION DE SOIN EN CPN.....</b>	<b>190</b>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

<b>Chapitre V : La communication améliorative des pratiques sociales en CPN.....</b>	<b>191</b>
--------------------------------------------------------------------------------------	------------

I. Le repositionnement de la CPN biomédicale en milieu urbain.....	191
I.1. Les compétences communicatives des acteurs de la CPN en milieu urbain.....	192
I.1.1. La compétence inter linguistique de la relation de soin en CPN.....	192
I.1.2. La logique de la proxémie dans la relation de soin en CPN...	193
I.1.2.1. Le temps.....	194
I.1.2.2. L'écoute.....	194
I.1.2.3. Le regard.....	195
I.1.2.4. La distance thérapeutique.....	196
I.2. La contribution améliorative de la portée spirituelle de la communication en CPN biomédicale .....	197
I.3. Le besoin d'alterner le code médical et la communication de socialisation de la relation en CPN biomédicale.....	199
II. Les enjeux de la communication améliorative en CPN biomédicale .....	201
II.1. Les approches de la communication améliorative en CPN biomédicale.....	202

II.1.1.	Les principes de la communication pour la promotion de santé.....	203
II.1.2.	Les enjeux de communication pour la promotion de la santé.....	204
II.1.2.1.	L'enjeu territorial.....	205
II.1.2.2.	L'enjeu identitaire.....	205
II.1.2.3.	L'enjeu conatif.....	206
II.1.2.4.	L'enjeu relationnel.....	207
II.1.3.	Quelques modèles de communication du comportement interpersonnelle.....	208
II.1.3.1.	La communication de l'image de la santé.....	208
II.1.3.2.	La communication du comportement prévu/action raisonnée.....	210
II.1.3.3.	La communication du comportement planifié.....	212
II.1.3.4.	La stratégie du changement communautaire.....	213
II.1.3.4.1.	La communication de la mobilisation communautaire.....	214
II.1.3.4.2.	Le modèle de la diffusion de l'innovation.....	215
II.1.4.	Les outils de communication pour le changement de comportement.....	218
II.1.4.1.	De l'IEC à la CCC.....	218
II.1.4.2.	La communication pour agir sur les comportements.....	221
II.1.4.2.1.	L'approche COMBI.....	221
II.1.4.2.2.	Les principes de la COMBI.....	221
II.2.	Les outils de communication pour le changement de comportement.....	224
II.2.1.	Le plaidoyer.....	224
II.2.2.	L'entretien clinique.....	225
II.2.3.	La causerie éducative.....	227

II.2.4. La mobilisation communautaire.....	228
II.2.5. La mobilisation sociale.....	228
II.2.6. La Communication Marketing Intégrée (IMC) .....	229
II.2.7. Le photo langage.....	231
II.2.8. L'éducation par les pairs.....	232
II.2.9. Les relais de la communication.....	232
II.2.10. L'éducation par divertissement.....	233
II.2.11. La communication numérique de la santé.....	234
II.2.12. Les visite à domicile (VAD) ou visites de terrain.....	235

**Chapitre VI : Maquette de communication pour la promotion de la relation de soin en CPN : « Une relation de communication pour des soins de qualité».....**237

I. Cadre stratégique de la maquette de communication.....	238
I.1. Le contexte.....	238
I.1.1. Le diagnostic épidémiologique.....	238
I.1.2. Le diagnostic social.....	241
I.1.3. Diagnostic comportemental et environnemental.....	242
I.2. Objectifs de la maquette de communication.....	244
I.2.1. Objectif général.....	244
I.2.2. Objectifs spécifiques.....	244
I.2.3. Objectifs intermédiaires.....	245
I.3. Identification des cibles .....	246
I.3.1. Précepteurs de comportements.....	246
I.3.2. Prescripteurs de comportements.....	246
I.3.3. Propagateurs de comportements et planificateurs de comportements.....	247
I.4. Les moyens techniques de la communication.....	247
I.4.1. Les approches de la COMBI.....	249
I.4.1. 1. Le plaidoyer.....	249
I.4.1.2. La mobilisation communautaire.....	250
I.4.1.3. La mobilisation sociale.....	251
I.4.1.4. La Communication Marketing Intégrée (IMC) .....	251

I.4.1.5. Le counseling ou conseil.....	251
I.4.1.6. La causerie de groupe.....	252
I.4.1.7. Le photo langage.....	252
I.4.1.8. L'éducation par les pairs.....	252
I.4.1.9. Les relais de la communication.....	253
I.4.1.10. L'éducation par le divertissement.....	253
I.4.1.11. La communication numérique ou la e-relation.....	254
I.4.1.12. Les visite de terrain.....	254
I.4.2. Élaboration des messages.....	254
I.4.2.1. Amélioration de la logique de la relation de soin en CPN.....	255
I.4.2.2. Améliorer la qualité de la prestation de soin.....	255
I.4.2.3. Améliorer la qualité de l'accueil à la CPN biomédicale.....	256
I.4.2.4. Promouvoir le recours régulier à la CPN biomédicale.....	256
I.4.2.5. La pacification du l'environnement social de la CPN.....	257
I.5. Les canaux de communication.....	257
II. Cadre opérationnel de la maquette de communication.....	260
II.1. Description des activités.....	261
II.2. Les actions de plaidoirie de la promotion de la relation de soin .....	261
II.3. Les actions de mobilisation et de promotion de la relation de soin...	265
II.3. Stratégie de gestion des outils de la COMBI.....	267
II.4. Le plan d'action.....	268
II.5. Le repositionnement de la maquette de la COMBI.....	272
II.5.1. Le suivi.....	272
II.5.2. L'évaluation.....	272
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE.....</b>	<b>277</b>
<b>BLIOGRAPHIE.....</b>	<b>283</b>
<b>ANNEXE.....</b>	<b>302</b>

## Résumé

En Côte d'Ivoire, les stratégies de communication élaborées pour l'éducation des femmes à l'usage de la CPN n'ont pas connu de véritables succès dans les formations sanitaires du pays. Par faute de retard ou d'irrégularité à la CPN, les femmes continuent d'accoucher sans assistance médicale. Certaines perdent la vie suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Les relations au sein de l'unité de la CPN sont de plus en plus défigurées. La communication entre personnel soignant et usagers se déroule dans un cadre de méfiance et de préjugés. Dans un souci d'améliorer les interactions entre les protagonistes de la santé génésique au sein de la CPN, nous proposons l'outil de la stratégie de la COMBI. Celle-ci met à disposition des planificateurs de la communication outils adaptés aux cibles en tenant compte de leur réalité sociale. Elle favorise le contact et encourage l'implication des bénéficiaires dans le processus de changement.

**Mots clefs :** Relation soin ; Consultation prénatale ; Sage-Femme ; Femme Enceinte ; Communication ; Perception ; Représentation.

## Abstract

In Côte d'Ivoire (Ivory Coast), communication strategies built up for women education to get used to CPN are not successful as expected in the sanitary centers of the country. Due to delay or irregularity of CPN, women continue to give birth without medical assistance and the death of some of them is caused by pregnancy's complications or childbirth. The relationship between the staff of CPN is declining from bad to worse. Communication between (healer and healed) medical personnel and patients takes place in distrust and prejudices atmosphere. In an intent to ameliorate interactions between the protagonists of physiological health in CPN (members? Cure?), we suggest the tool of COMBI's strategy. The latter proposes communication planners which are the suitable tools for targets by considering their social realities. It favours contact and encourages the implication of beneficiaries in the change process.

**Key concepts:** Care relation (which kind of relation?); Prenatal visit; Midwife; Pregnant woman; Communication; Perception; Representation.