



HAL
open science

L’“ oubli ” du nouveau-né en maternité : analyse anthropologique en Mauritanie

Hélène Kane

► **To cite this version:**

Hélène Kane. L’“ oubli ” du nouveau-né en maternité : analyse anthropologique en Mauritanie. Santé Publique, 2020, Santé néonatale en Afrique subsaharienne, Hors série 1 (S1), pp.81-91. 10.3917/spub.200.0081 . hal-03464618

HAL Id: hal-03464618

<https://hal.science/hal-03464618>

Submitted on 23 Mar 2023

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.

L'« OUBLI » DU NOUVEAU-NÉ EN MATERNITÉ : ANALYSE ANTHROPOLOGIQUE EN MAURITANIE

[Hélène Kane](#)

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2020/S1 HS1 | pages 81 à 91

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-S1-page-81.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

L'« oubli » du nouveau-né en maternité : analyse anthropologique en Mauritanie

“Forgetting” the newborn: an anthropological analysis in Mauritania

Hélène Kane¹

↳ Résumé

Introduction : En Mauritanie comme dans les autres pays ouest-africains, un ensemble d'actions ont été menées afin de lutter contre la mortalité néonatale. Considérant le succès mitigé de ces programmes, nous nous sommes interrogés sur la manière dont les agents de santé investissent les soins néonataux.

Méthode : Une étude anthropologique a été réalisée dans une localité de la vallée du fleuve Sénégal. Les enquêtes ont consisté en une ethnographie d'un centre de santé, qui a donné lieu à des observations détaillées des soins et à des entretiens avec les agents de santé.

Résultats : Nos observations révèlent que dans les minutes et les heures cruciales qui suivent une naissance normale, l'attention des soignantes tend à se détourner du nouveau-né. Les soins recommandés tels que le maintien au chaud, l'examen et la surveillance du nouveau-né ne sont pas dispensés, tandis que la mise au sein précoce intervient de manière fluctuante. Le nouveau-né est rapidement remis à la famille. Les soins aux nouveau-nés sont ainsi « oubliés », à la fois dans l'enchaînement des gestes autour de l'accouchement et dans la répartition collective des responsabilités professionnelles.

Discussion : Les soins du nouveau-né à la naissance demeurent peu médicalisés. Nous analysons la moindre implication des agents de santé vis-à-vis des nouveau-nés selon deux aspects : la perception de l'incertitude de la survie néonatale, et la prédominance des modes de maternages locaux. Nous formulons des propositions visant à replacer l'attention sur le nouveau-né, afin de promouvoir une meilleure qualité des soins néonataux.

Mots-clés : Anthropologie ; Qualité des soins ; Nouveau-né ; Pratiques professionnelles ; Mauritanie.

↳ Abstract

Introduction: In Mauritania, as in other West African countries, a series of actions has been taken to combat neonatal mortality. Considering the mixed success of these programs, we wondered how health workers are investing in neonatal care.

Method: An anthropological study was carried out in a locality in the Senegal River Valley. The surveys consisted of an ethnography of a health center, which resulted in detailed observations of care and interviews with health workers.

Results: Our observations reveal that in the crucial minutes and hours following a normal birth, the attention of caregivers tends to turn away from the newborn. Recommended care such as keeping warm, examining and monitoring the newborn is not provided, while early breast-feeding occurs in a fluctuating manner. The newborn is quickly handed over to the family. Newborn care is thus “forgotten”, both in the sequence of actions around childbirth and in the collective distribution of professional responsibilities.

Discussion: Newborn care at birth remains poorly medicalized. We analyze the least involvement of health workers with newborns in two aspects: the perception of the uncertainty of neonatal survival, and the predominance of local childbearing. We are making proposals to put the spotlight back on the newborn in order to promote a better quality of neonatal care.

Keywords: Anthropology; Quality of care; Newborn; Professional practices; Mauritania.

¹ UMI 3189 « Environnement, Santé, Sociétés » (CNRS, UCAD, UGB, CNRST, USTTB) & Société Française de Santé Publique, Laxou, France.

Introduction

Avec l'élaboration et la mise en œuvre du Plan d'action « *Chaque nouveau-né* » [1], la survie néonatale a été affirmée parmi les priorités internationales de santé publique. Ce Plan, dont le principal objectif est de prévenir tous les décès néonataux « évitables », entend s'appuyer sur une meilleure couverture des soins à la naissance. Il définit pour cible que « *Quatre-vingt-dix pour cent des femmes qui accouchent et des enfants qui naissent dans un établissement reçoivent des soins efficaces de qualité, fondés sur le respect, incluant les soins essentiels pendant la grossesse et le travail et après la naissance, ainsi que les soins préventifs et la prise en charge appropriée des complications chez la mère et chez le nouveau-né.* » Afin de promouvoir ces soins de qualité, les formations, études, expérimentations et référentiels de bonnes pratiques se sont multipliés ces dernières années [2-4].

Cette mobilisation intervient tandis que les données épidémiologiques pour l'Afrique de l'Ouest indiquent que les progrès au niveau de la survie néonatale sont mitigés. Alors que le taux d'accouchements assistés a augmenté pour atteindre près de la moitié des naissances, le premier mois de la vie expose toujours l'enfant à un fort risque de mortalité. L'Unicef estime, qu'en Afrique subsaharienne, un enfant sur 36 meurt durant ce premier mois [5]. S'agissant de la Mauritanie, le taux de mortalité néonatale s'élève à 33,6 décès pour mille naissances vivantes. Face à ces constats, s'impose la question de la qualité des soins effectivement délivrés aux nouveau-nés dans les maternités ouest-africaines. Les rares données publiées sur la question, qui concernent les structures sanitaires de référence, décrivent une qualité des soins peu satisfaisante au regard des recommandations internationales [6, 7]. À cette insuffisante qualité s'ajoute le manque d'équité dans l'accès et la délivrance des soins [8]. Ces études pointent du doigt le déficit de ressources humaines qualifiées et les lacunes des plateaux techniques déterminant cette situation. Cependant, d'autres travaux montrent comment la qualité des soins, irréductible à ces seuls faisceaux de causalité, achoppe aussi dans des relations de soins quelquefois inhospitalières et antagoniques [9-11]. Dans les maternités ouest-africaines, Yannick Jaffré et ses collaborateurs ont ainsi examiné comment des attitudes agressives et méprisantes, côtoyant des pratiques bienveillantes et dévouées, entraînaient des pratiques de soins négligentes aux conséquences parfois tragiques [12]. La prise en compte de cette dimension sociale de la qualité des soins, dans les programmes

internationaux, a notamment inspiré l'adoption du concept de « soins respectueux » dans le cadre de la promotion de soins maternels et néonataux de qualité [13].

En complément de ces recherches mettant en perspective les modalités relationnelles de la qualité des soins en maternité [12, 14], nous nous sommes intéressés spécifiquement aux relations aux nouveau-nés. Ce travail a été mené à partir d'une étude monographique réalisée dans une maternité de la vallée du fleuve en Mauritanie. L'objectif de cet article est ainsi d'étudier comment les soins néonataux dispensés, outre leur inscription dans des relations avec la parturiente, s'intègrent à des conduites particulières à l'égard des nouveau-nés. Nous avons de la sorte exploré différents niveaux explicatifs de l'implication des agents de santé s'agissant des nouveau-nés. Cette approche a nécessité d'articuler plusieurs questionnements. Premièrement, comment les agents exerçant en maternité s'occupent et se préoccupent des nouveau-nés ? Répondre à cette question est essentiel afin de comprendre si la priorité donnée à la survie néonatale s'accorde aux préoccupations de ceux qui fournissent les soins en maternité. Deuxièmement, quels sont les soins néonataux que les agents de santé identifient comme relevant de leurs fonctions ? Examiner ces rôles et responsabilités perçus permet d'appréhender dans quelle mesure les formations reçues se traduisent par de nouvelles formes d'engagement professionnel. Enfin, un troisième niveau de questionnement consiste à identifier les conceptions locales du nouveau-né, susceptibles d'interférer sur les pratiques de soins.

Méthode

Type d'étude

Étudier les dimensions relationnelles de la qualité des soins nécessite une méthodologie fine ; ce qui explique le choix d'une méthode qualitative. L'approche ethnographique, qui repose sur des investigations approfondies localement et le raisonnement à partir de singularités [15], apparaît particulièrement pertinente. Nos enquêtes en Mauritanie partent donc de la monographie d'une maternité rurale de la vallée du fleuve Sénégal, dont nous taïrons le nom afin de préserver l'anonymat des participants.

Ce travail s'inscrit dans le cadre d'une étude anthropologique multicentrique réalisée dans cinq pays que sont le Bénin, le Burkina Faso, le Mali, la Mauritanie et le Togo [16, 17]. Dans chacun de ces pays, les enquêtes ont été

menées dans une localité rurale ou semi-rurale, à partir d'une maternité présentant des conditions matérielles limitées qui sont celles de la plupart des accouchements en Afrique de l'Ouest.

Site de l'enquête

En Mauritanie, la structure de santé a été choisie dans une petite ville. La population est majoritairement composée de locuteurs *pulaar*, bien que la commune compte également quelques villages *hassanophone*. Les statistiques sanitaires indiquent que dans ce bassin de population, environ 50 % des accouchements sont assistés par un personnel qualifié. La structure de santé enquêtée, qui est l'une des plus anciennes du pays, est sous la responsabilité d'un médecin Chef. Au sein de la maternité, exercent cinq sages-femmes diplômées et une dizaine d'accoucheuses. Les accoucheuses sont généralement des femmes de faible niveau de scolarité, recrutées localement et ayant bénéficié d'une formation de quelques mois. Cette dotation en personnel est plutôt favorable en comparaison des autres structures de taille similaire dans le pays, qui souvent rencontrent des difficultés à retenir les sages-femmes sur leur lieu d'exercice. La maternité s'appuie, par ailleurs, sur le travail de bénévoles formées « sur le tas » qui, malgré l'absence de reconnaissance statutaire, travaillent depuis de nombreuses années.

Outils d'enquête

Afin de saisir les pratiques quotidiennes au sein des maternités, les observations ethnographiques ont été centrales. Il s'agissait de regarder, précisément et méthodiquement, chronomètre à l'appui, comment se déroulaient les soins, de la naissance à la sortie de la maternité. Outre l'observation des gestes et de leurs écarts avec les recommandations internationales, l'attention était portée aux attitudes des soignants, à la tonalité de leurs conduites et aux interactions avec les nouveau-nés. Au-delà des éléments concrets documentant les soins prodigués, il s'agissait de rendre compte de l'attention que les soignants portaient à ces enfants sans paroles [16], à travers les gestes et les paroles qui leur étaient adressés. L'enquête a ainsi permis d'observer trente naissances à la maternité, dont vingt ont été intégralement retranscrites. Afin de réaliser des observations en salle d'accouchement, nous avons privilégié le port de la blouse, nous tenant en retrait dans un coin de la pièce afin de ne pas perturber le déroulement des soins.

Ensuite, douze entretiens approfondis ont été menés avec les agents de santé observés. Ces entretiens ont abordé leurs parcours et formation, leur rôle professionnel, leurs savoirs, leurs pratiques quotidiennes et les contraintes qui s'exercent. Avec une approche bienveillante et compréhensive, les acteurs du soin ont été interrogés sur leurs conduites : hétérogénéité de certaines pratiques, non-réalisation de certains gestes recommandés, confrontation à des situations compliquées, tensions relationnelles et émotions ressenties. Bien entendu, les maternités comme les hôpitaux ne sont pas des espaces exclusivement médicalisés et techniques et sont pénétrés par les savoirs et les valeurs de la société qui les entoure [18]. Aussi, avons-nous questionné les savoirs, techniques du corps [19] et habitudes de maternage ordinaires, que les soignants incorporaient à leurs pratiques en maternité. Vingt autres entretiens ont été menés avec les parents des nouveau-nés observés (mères, grand-mères, pères...), abordant notamment leurs perceptions de la qualité des soins reçus à la maternité. L'ensemble de ces entretiens a été intégralement retranscrit.

Les résultats de ces investigations ont été présentés et discutés lors d'une séance de restitution qui a réuni tout le personnel de la maternité. Les échanges ont été enregistrés et retranscrits. Tous ces éléments ont fait l'objet d'une analyse thématique assistée par le logiciel NVivo. Dans cet article, nous nous appuyons spécifiquement sur les données relatives à la réalisation des soins à la naissance ainsi qu'à leur perception par les différents protagonistes.

Résultats

Enchaînement gestuel et oubli ponctuel

En Mauritanie, l'observation attentive des gestes prodigués permet de relever la faible attention portée aux nouveau-nés à la naissance. Plutôt que de larges explications, l'extrait de description d'une naissance ordinaire introduit ce constat de manière significative.

Naissance sans complication d'un nouveau-né

0 s. Naissance. Il est 16 h 30, l'accoucheuse attrape le nouveau-né.

11 s. L'accoucheuse place le bébé sur le ventre de sa mère, puis le frotte avec un morceau de tissu.

30 s. Le bébé crie.

1 min. L'accoucheuse l'essuie attentivement, puis elle clampé et coupe le cordon.

2 min 20 s. La bénévole prend le bébé et le pose sur une couverture polaire. Elle l'enroule dans la couverture et le pèse : 4 kg. Elle le laisse sur la balance et sort pour aller dire aux accompagnantes d'aller acheter des boisons pour la parturiente.

5 min. L'accoucheuse et la bénévole s'occupent de l'expulsion du placenta.

6 min. L'accoucheuse masse l'utérus de la femme.

7 min. L'accoucheuse fait boire la femme, puis sort de la pièce. La bénévole verse le placenta dans un sac plastique.

10 min. La bénévole met une couche à la femme, lui fait porter un voile.

12 min. Le nouveau-né, qui est toujours sur la balance, se découvre. La bénévole passe la toile par terre devant les tables d'accouchement.

14 min. La bénévole relève les rideaux de la porte pour faire un courant d'air dans la pièce et sécher le sol.

16 min. Le nouveau-né, toujours découvert, pleure sur la balance. La bénévole nettoie la table et le matériel.

17 min. Après avoir fait le ménage, la bénévole recouvre le nouveau-né, dit « *Au Nom de Dieu* », et le met dans les bras de sa grand-mère qui sort de la salle d'accouchement.

Cet exemple illustre un ensemble de traits communs à nos observations en Mauritanie. Le temps consacré aux soins du nouveau-né est court, et l'attention qu'il reçoit décroît rapidement dans les minutes suivant sa naissance. La tension générée par l'expulsion retombe dès lors que l'enfant pousse son premier cri. L'attention des soignantes se focalise ensuite sur la délivrance du placenta, après laquelle domine le sentiment du devoir accompli. Nos observations des accouchements montrent, qu'en moyenne, dans les cinq minutes qui suivent l'accouchement, le nouveau-né est déposé quelque part, au mieux dans un berceau et parfois, sur une table d'accouchement. En gesticulant, comme c'est le cas dans l'observation évoquée, les nouveau-nés peuvent se découvrir, ce qui les expose à une déperdition thermique préjudiciable à leur chance de survie [20].

Les accoucheuses et les bénévoles, qui réalisent les soins sous la supervision des sages-femmes, condensent leur travail dans les vingt minutes suivant la naissance. Dans ce court intervalle de temps, beaucoup d'actes sont à réaliser, qui entrent en concurrence avec les soins et la surveillance des nouveau-nés. Passé les premières minutes où ils

manifestent leur vie, les nouveau-nés « mis en attente », sortent pour ainsi dire du champ des préoccupations. Alors que les accoucheuses ont tendance à « oublier » le nouveau-né peu après la naissance, ce sont souvent les accompagnants qui de leur propre initiative, entrent dans la salle d'accouchement puis prennent le nouveau-né. Sur vingt observations, seuls trois nouveau-nés ont été récupérés par leur famille plus d'une heure après la naissance.

Il convient de préciser que la faible attention manifestée à l'égard du nouveau-né s'accompagne du non-respect des soins essentiels recommandés par le Plan d'action « Chaque nouveau-né » [1], et auxquelles les sages-femmes ont été formées. Selon ces recommandations, dans l'heure suivant sa naissance, le nouveau-né doit être mis en peau contre peau et allaité, ou à défaut, maintenu au chaud. Ensuite, il doit recevoir divers soins tels que les gouttes oculaires et l'injection de vitamine D, puis examiné. Or, aucun des nouveau-nés observés n'a été laissé en peau contre peau, et environ deux tiers ont été mis au sein dans l'heure suivant leur naissance. Lorsqu'il était réalisé, cet allaitement précoce était de courte durée. Les tables d'accouchement étant étroites, le nouveau-né devait être porté à bout de bras par l'accoucheuse ou la bénévole. Les gouttes oculaires et la vitamine D n'étaient pas disponibles et, mis à part la pesée, les nouveau-nés n'étaient pas examinés. Partiellement conscientes du hiatus existant entre leurs pratiques et les recommandations internationales, les sages-femmes, accoucheuses et bénévoles ont avancé diverses explications.

« *L'accouchement il faut le faire dans une chambre chaude de préférence. [...] Puisqu'il y a l'hypothermie qui tue les enfants. [...] C'est un grand problème, il y a des choses vraiment nous savons que cela n'entre pas dans l'intérêt du nouveau-né. Au fur et à mesure on essaie de les changer. Le fait aussi de fermer les portes et fenêtres au moment de l'accouchement c'est très important.* » (Sage-femme, quatre ans d'ancienneté)

« *Quand tu fais l'allaitement, tu dois surveiller le bébé. C'est ce qu'on a appris, mais les gens sont pressés. Si la mère n'a pas de problème et l'enfant non plus, il faut le laisser téter. [...] Parfois, on laisse passer deux heures avant de donner le sein. Ça dépend des accoucheuses. Si on attend deux heures, après il risque d'oublier le sein.* » (Accoucheuse, 17 ans d'ancienneté)

« *Un bébé s'il naît normalement on doit bien l'examiner. Contrôler sa gorge, son urine, son anus, mesurer sa taille. Tout cela on l'a appris à l'école, mais quand tu entres ici tu oublies.* » (Sage-femme, 23 ans d'ancienneté)

L'ensemble de ces propos trahit comment la volonté initiale de suivre les normes apprises se dissout dans le labeur quotidien. L'intention de « bien faire » perdure, mais émaillée d'une série de compromis. La réaction d'étonnement des soignantes lors de la présentation des observations de l'étude montre qu'elles ne se rendaient pas vraiment compte des lacunes des soins reçus par les nouveau-nés. La répartition du travail et la multiplicité des gestes partagés entre la parturiente, le nouveau-né et les tâches administratives rendent opaque le continuum des soins prodigués dans les moments qui suivent l'accouchement. Rapportés aux pratiques de maternage, les soins du nouveau-né tendent aussi à s'oublier dans leur banalité, comme en témoigne les propos d'une sage-femme : « Un nouveau-né normal, il doit être au chaud, nettoyé à sec, mis au sein, c'est ça seulement, c'est la leçon des mamans. »

Par ailleurs, les actes et les justifications des accoucheuses dénotent d'une empathie penchant, après la naissance, du côté de la mère qui, de leur point de vue, mérite bien un peu de répit après une expulsion douloureuse. Bien que nous ayons observé certaines inégalités de traitement, les accoucheuses manifestent notamment un empressement à faire boire l'accouchée et à la rhabiller pour la mettre à l'aise. Aussi évoquent-elles la « fatigue » de certaines accouchées pour justifier ne pas pratiquer le peau contre peau et l'allaitement précoce, opposant intérêt de la mère et pratique favorable à la survie du nouveau-né.

Dans les cas de naissance présentant des facteurs de risque, les soignantes apparaissent certes plus attentives aux nouveau-nés. Cependant, comme le montrent nos observations, cette attention demeure fluctuante et évasive.

Naissance d'un nouveau-né de petit poids

0 s. Naissance, vers 21 h 00, d'un nouveau-né de primipare dont la poche des eaux était rompue depuis plus de deux jours.

20 s. La bénévoles attrape le nouveau-né et le place sur le ventre de la femme. Il est flasque, pâle. Elle clampé le cordon.

40 s. L'accoucheuse dit : « *Souffrance* ». Elle fait un léger massage cardiaque, le frotte, le secoue.

1 min 40 s. La bénévoles coupe le cordon et pose le nouveau-né sur la table d'accouchement. Il pousse un premier cri, faible.

2 min. L'accoucheuse le frotte, puis l'enveloppe dans le tissu.

3 min 10 s. La sage-femme regarde attentivement le nouveau-né. L'accoucheuse le stimule.

4 min 20 s. La sage-femme essaie d'aspirer ses voies respiratoires, mais se rend compte que l'aspirateur ne fonctionne pas, car le réservoir d'eau est vide.

5 min 10 s. L'accoucheuse le stimule en palpant son thorax et observe ses réactions.

6 min. La bénévoles dit qu'il n'est pas en souffrance, qu'il a crié.

7 min. La sage-femme a remis la sonde et aspire ses voies aériennes, puis s'arrête.

8 min. Le nouveau-né se découvre sur la table. Les soignantes vont vers la femme et lui tournent le dos. La bénévoles suture la femme qui crie de douleur.

9 min 30 s. La sage-femme dit : « *Le bébé là est petit, pourtant son ventre était gros. Mais regarde, il est petit et même son placenta est petit. Et en plus, elle avait rompu la poche des eaux il y a longtemps.* » Elle sort de la pièce en disant que le nouveau-né, sur la table, risque de tomber.

11 min 40 s. L'accoucheuse le prend, l'enroule dans le tissu et le pose dans un berceau. La bénévoles s'occupe de la femme.

15 min. La bénévoles dit : « *C'est terminé* ». Elle met une couche à la femme, la rhabille et sort, laissant la mère et l'enfant seuls.

24 min. La sage-femme revient parler à l'accouchée, dit des bénédictions et jette un œil sur le nouveau-né.

33 min. La bénévoles dit qu'on ne peut pas faire téter l'enfant ici, car la femme a de gros seins.

44 min. Dans le berceau, le nouveau-né s'est découvert.

1 h 10. La bénévoles fait sortir le nouveau-né de la salle d'accouchement. L'accompagnatrice l'apporte à sa mère pour le faire téter.

Le lendemain matin, retour à domicile, le nouveau-né n'a pas été pesé. Sur le registre, le poids indiqué est de 3,4 kg alors qu'il s'agissait manifestement d'un nouveau-né de faible poids.

Dans cette observation, l'attention à l'égard du nouveau-né présentant des signes de souffrance à la naissance est plus soutenue. Gestes et paroles témoignent une préoccupation qui décroît lorsque le nouveau-né confirme signes de vie. Les facteurs de risque présentés par ce nouveau-né ne donnent cependant pas lieu à une prise en charge particulière. Alors qu'il semble être de faible poids, on « oublie » de le peser et il n'est pas maintenu au chaud. Cette observation rejoint d'autres illustrant l'attitude générale face aux nouveau-nés, qui s'inscrit dans des formes diffuses de crainte de son décès, sans que les modalités d'actions ne soient modifiées en cas de facteur de risque identifiable.

Les soignantes espèrent que le nouveau-né aille bien, tout en manifestant des attitudes d'évitement. En entretien, les accoucheuses expliquent que ce qu'elles aiment dans leur travail, c'est de réaliser des accouchements normaux à l'issue heureuse, mais pas d'être confrontées à des situations compliquées. Ainsi, l'« oubli » du nouveau-né n'apparaît pas seulement comme un manque de préoccupation, mais aussi comme un mode de retrait face à l'incertitude de la survie néonatale, forme d'oubli « nécessaire à l'individu comme à la société » [21]. D'autres observations réalisées confirment cette hypothèse. Par exemple, après avoir omis de surveiller les battements cardiaques du fœtus lors du travail d'une parturiente ayant un antécédent de mort-né, une accoucheuse s'empresse d'envelopper le nouveau-né et de le déposer en disant : « Dieu soit loué. Le beau bébé ! » Avec une attitude comparable, une sage-femme dit tout juste après l'expulsion risquée d'un nouveau-né en siège chez une primipare : « Ce petit-là n'a aucun problème. Il est beau, il est bien, il est rose. L'enfant va téter tout de suite, moi je rentre, j'ai une marmite sur le feu. » En filigrane, une certaine crainte du décès pousse les soignantes à remettre le nouveau-né à la responsabilité de sa famille, dans un flot de bénédictions. Ainsi, sages-femmes et accoucheuses préfèrent rester sur la satisfaction du devoir accompli avec la naissance d'un enfant vivant, plutôt que de chercher ce qui pourrait ne pas aller. En ce sens, le non-examen des nouveau-nés n'est pas simplement un oubli, une négligence, ou un penchant pour le moindre effort, c'est probablement aussi une réticence à s'exposer à de nouvelles responsabilités face auxquelles ces soignantes se sentent peu armées.

Les soins aux nouveau-nés en marge des rôles professionnels

Au-delà du constat général d'un faible investissement des soins aux nouveau-nés, l'analyse des rôles professionnels est un détour indispensable pour comprendre comment l'« oubli » du nouveau-né se construit dans les interstices de la répartition collective des tâches de travail. En effet, ayant interrogé les différents professionnels exerçant à la maternité, nous constatons qu'aucun d'entre eux ne positionne les soins néonataux au centre de son activité. Tout d'abord faut-il souligner que le médecin Chef et le médecin traitant endossent un rôle de supervision de la maternité. Cependant, ils n'entrent pas dans les salles dédiées aux accouchements. La maternité, dirigée par la sage-femme Major, dispose d'une certaine autonomie, voire d'une certaine opacité dans son fonctionnement.

« Bon je n'ai jamais fait un tour [à la maternité], mais pour moi ça va. Ça fonctionne bien et les sages-femmes peuvent prendre en charge tout ce qui est obstétrique. [...] C'est comme une structure indépendante en fait. Il y a la propre sage-femme major. [...] Tout ce qui est femme, tout ce qui est consultation, les femmes de la maternité sont plus utiles que moi. [...] Les enfants que je vois, les nourrissons, généralement c'est après deux mois. » (Médecin traitant, une année d'ancienneté)

Globalement, la maternité est conçue comme un espace de soin féminisé où des femmes assistent l'accouchement d'autres femmes [22]. Cette organisation marquée par des rapports de genre a pour conséquence que les médecins n'ont généralement pas l'occasion d'examiner les nouveau-nés. Les sages-femmes, quant à elles, construisent leur rôle autour du suivi génésique des femmes, de la tenue des registres, de la supervision des accouchements et de la gestion des cas d'urgence. Dans les cas jugés « normaux », elles ne réalisent pas elles-mêmes les soins de la parturiente, et encore moins du nouveau-né.

« Un enfant qui naît et qui fait des cris ça veut dire que l'enfant est à 10/10 d'Appgar. Un enfant qui vient de naître et qui n'a pas crié on est tous obligé d'agir, de déboucher son nez, faire une oxygénation, de faire la ventilation pour voir la respiration, sa coloration, couleur rose, jaune. Si l'enfant a crié, c'est bon. » (Sage-femme, trois ans d'ancienneté)

Sauf signe de souffrance manifeste à la naissance, les sages-femmes ne s'occupent pas des nouveau-nés. Nos observations montrent que, lorsqu'elles entrent dans la salle d'accouchement où un enfant vient de naître, elles ne vont pas l'examiner, ni même défaire le tissu qui le recouvre. De plus, dans leur rôle de supervision et de surveillance des paramètres pendant et après l'accouchement, elles ont tendance à oblitérer les aspects concernant le nouveau-né, qu'il s'agisse des battements cardiaques du fœtus (BCF) durant le travail, rarement relevés, ou de la surveillance postnatale. Cette élision n'est pas qu'insidieuse, comme en témoigne une sage-femme explicitant sa position de se préoccuper essentiellement des paramètres maternels.

« Le partogramme nécessite de recueillir de nombreux paramètres pendant et après la naissance. Tu dois prendre la tension artérielle, le pouls, la dilatation... Tu peux faire une journée de travail avec un seul partogramme ! Si les BCF vont vite, il faut faire quelque chose, s'ils vont lentement, il faut faire quelque chose. [...] Nous on prend seulement la tension, on regarde la dilatation, les contractions. Avec le partogramme, même après la naissance,

chaque heure de temps il y a des choses à surveiller, il faut examiner et tout. Mais nous, on s'occupe du cordon seulement. Si l'enfant crie, il n'a pas de problèmes, on le laisse. [...] Le problème c'est plus la mère. » (Sage-femme, 23 ans d'ancienneté)

Les soins lors de l'accouchement reviennent essentiellement aux « accoucheuses », aidées de bénévoles dont les plus expérimentées réalisent elles-mêmes certains accouchements. Tandis que le rôle central des accoucheuses est, selon leurs propres termes, de « faire l'accouchement », celui des bénévoles est initialement le ménage. Cette répartition des rôles place accoucheuses et bénévoles en première ligne des soins « ordinaires » aux nouveau-nés. Ce rôle n'est cependant pas explicitement confié ou délégué. Elles se retrouvent, de fait, dans la salle d'accouchement, et donc seules à pouvoir s'occuper du nouveau-né. Sur vingt accouchements observés, dix nouveau-nés ont reçu les premiers soins de la main d'une accoucheuse, neuf d'une bénévole et un d'une stagiaire. Accoucheuses et bénévoles se chargent d'essuyer les nouveau-nés, de clamber et de couper le cordon, de les peser puis de les enrouler dans un linge. Pour ainsi dire, les sages-femmes mettent rarement « la main à la pâte », ce qui les éloigne d'une pratique gestuelle de la naissance. Par conséquent, ce sont plutôt les accoucheuses qui s'estiment responsables de la surveillance des nouveau-nés.

« Je vois s'il a tété ou pas. À la naissance je lui fais l'allaitement maternel. Je vois s'il arrive à téter, s'il arrive à attraper le sein de sa mère avec sa bouche et que sa couleur est toujours la même. Il y a des enfants qui naissent sans problème, mais qui en ont après. Sa couleur peut changer et il devient bleu. Cela peut vouloir dire qu'il est malade. Le cordon, il faut voir s'il ne saigne pas. » (Accoucheuse, 17 ans d'ancienneté)

Mais là encore, nous remarquons des sortes d'évitement qui font que des symptômes identifiés, communiqués ou pas, ne sont pas systématiquement suivis de réponses particulières. Une autre observation l'illustre.

Naissance d'un nouveau-né dont le liquide amniotique est teinté

Vers midi, une femme se présente, pliée en deux de douleur. Elle trouve la sage-femme, l'accoucheuse, la bénévole et les stagiaires en train de regarder des tissus apportés par une vendeuse dans la salle de garde. Aussitôt, la bénévole se lève et va l'examiner dans la salle d'accouchement. Les autres continuent leur « marché ».

À l'auscultation, la dilatation est complète. La tête du bébé apparaît et la bénévole remarque que le liquide est teinté.

0 s. Naissance

25 s. La bénévole essuie le nouveau-né dont le corps est coloré. Il crie.

55 s. La bénévole demande à la mère de tenir le bébé pour aller chercher du matériel. Elle commente : « Tu n'as jamais pris de médicaments ? Ton bébé est jaune ! »

1 min 40 s. La bénévole clampet et coupe le cordon.

2 min. Elle pose le bébé dans un voile puis va s'occuper de la délivrance. Elle masse l'utérus de la femme.

5 min. Elle met le bébé au sein de sa mère, qui, lasse, ferme les yeux. Appelant une stagiaire, elle lui dit : « Amène-moi une compresse que je lui nettoie la bouche pour qu'il puisse téter. » Elle essuie la bouche du bébé et le remet au sein.

7 min 30 s. La sage-femme entre dans la salle d'accouchement. Elle veut nous offrir des œufs durs et demande combien on en veut. La bénévole en profite pour lui montrer que le bébé est « jaune » et lui demander si ce n'est pas un ictère. La sage-femme ne répond pas et retourne voir la marchande d'œufs.

12 min. La bénévole finit de faire téter le bébé, elle le repose dans le berceau. Puis, elle met une couche à la femme et la rhabille. Enfin, elle fait un brin de ménage dans la salle d'accouchement.

18 min 50 s. La bénévole sort de la pièce en laissant la mère seule avec l'enfant.

50 min. La sage-femme va installer la mère dans une chambre. Elle lui dit qu'il faut faire téter le bébé.

4 h 20 après sa naissance, le nouveau-né quitte la maternité sans avoir été examiné.

Dans cet exemple, la sage-femme change de sujet au moment où la bénévole lui signale un signe particulier. Cela illustre comment l'identification d'un symptôme peut s'égarer dans un déficit de communication et de prévenance à l'égard du nouveau-né, voire un évitement de ce qui pose problème. Pour la sage-femme, il s'agit d'une fuite des responsabilités devant l'enjeu de la survie néonatale. De plus, certains propos montrent que le décès néonatal, banalisé, n'est pas considéré comme une faute professionnelle mais comme un « moindre mal ».

« Si l'enfant est mort-né on dit "toi tu n'as plus de problèmes l'enfant est né et... il est mort-né, mais tu n'as pas de problèmes tu vas préparer un autre enfant dans l'avenir, tu es très jeune donc tu ne crains rien. Dieu est grand, ce n'est pas toi c'est l'enfant. L'enfant ce n'est rien". » (Sage-femme, quatre ans d'ancienneté)

La construction des rôles observée dans la maternité enquêtée, qui n'est pas celle d'un organigramme officiel mais celle qui fonctionne localement, place les soins aux nouveau-nés à la marge d'un espace de délégation du travail médical. Les sages-femmes gardent une distance technique et administrative, qui affirme un certain pouvoir, mais aussi paradoxalement une impuissance à s'intégrer sur le front de l'accouchement. Comparant leur activité à celle des sages-femmes « *qui restent assises* » et touchent un meilleur salaire, les accoucheuses et bénévoles travaillent avec le ressentiment d'une injustice sociale. Les soins du nouveau-né apparaissent comme une fonction supplémentaire, peu formalisée et peu valorisante. Ils sont agrégés aux diverses tâches d'un « sale boulot » relégué au personnel subalterne [23]. Accoucheuses et bénévoles sont, de ce fait, partagées entre une implication interpersonnelle qui les pousse à prendre soin des nouveau-nés, et un découragement lié au sentiment d'une faible reconnaissance institutionnelle qui les pousse à délaissé certains aspects. Aussi renvoient-elles rapidement le nouveau-né aux soins des accompagnantes. En définitive, les premiers soins aux nouveau-nés échoient au personnel le moins qualifié et aux accompagnants, situation qui participe d'une faible médicalisation de la naissance.

Discussion

Ce travail, réalisé dans une maternité de Mauritanie, analyse une configuration organisationnelle, sociale et professionnelle spécifique délimitant des zones d'« oubli » des nouveau-nés, marquant tant l'agencement gestuel des soins que la répartition professionnelle des responsabilités. Bien que cette situation soit, à divers égards, singulière, elle fait ressortir des traits caractéristiques des problématiques de santé néonatales communes en Afrique de l'Ouest [16]. Les enquêtes réalisées dans les autres pays ont, notamment, confirmé que les soins aux nouveau-nés étaient rarement considérés indépendamment de la prise en charge de l'accouchement. Après la naissance, les actes de soins se répartissent « en situation », en fonction de l'urgence perçue, délivrés tour à tour à la mère et à l'enfant. Nonobstant la diversité des ressources humaines affectées dans les maternités enquêtées, un « flou » entoure les responsabilités s'agissant des soins néonataux, lesquels échoient fréquemment au personnel le moins qualifié : accoucheuses, aides-soignantes ou bénévoles. Alors que diverses logiques sociales et de pouvoir interviennent dans

la répartition du travail en maternité, nous comprenons que l'indicateur de l'« accouchement assisté par un personnel qualifié » ne suffit pas à renseigner la qualité des soins prodigués à la naissance. Ainsi, bien que les contextes soient différents, l'« oubli » du nouveau-né dans l'heure suivant sa naissance en maternité a été analysé par Abdourahmane Coulibaly au Mali, notamment documenté par des observations où les nouveau-nés étaient laissés nus après leur naissance tandis que l'on s'occupait de rhabiller leur mère, ou au Togo, où Mireille Douiti a observé comment un nouveau-né, mis en attente sur une table de réanimation, a saigné du cordon pendant une trentaine de minutes avant que les soignantes ne le remarquent. De même, la remise précoce du nouveau-né à sa famille a été constatée dans les cinq pays. Ce constat rejoint d'autres travaux soulignant que les mauvais traitements chez les nouveau-nés sont davantage conséquence de conduites négligentes que d'abus physique ou verbal [13].

Au-delà de ces traits communs, nous proposons d'approfondir la réflexion, s'agissant de deux aspects qui nous semblent cruciaux, pour analyser l'« oubli » du nouveau-né en maternité. Il s'agit, d'une part, de la perception de la fragilité de son existence et, d'autre part, de l'influence des modes de maternage locaux.

Une existence fragile et incertaine

Comme en témoigne notre étude en Mauritanie et dans les autres pays, la faible préoccupation observée à l'égard des nouveau-nés ne relève pas d'un manque de « sensibilisation » aux risques de décès néonatal, mais plutôt d'une conscience aiguë de la fragilité du nouveau-né. La crainte de la mort périnatale est omniprésente dans les propos tenus par les soignantes, comme le rapporte notamment Mireille Douiti au Togo : « *Si tu ne pousses pas tu vas tuer ton enfant hein ? Les neuf mois là c'est gratuit ? Tu veux rentrer les mains vides ?* » [24]. Le nouveau-né est perçu comme un être dont la survie demeure incertaine, ce que les soignantes rappellent aux mères parfois sans ménagement [24, 25]. Au Rajasthan, Clémence Jullien a recueilli de comparables propos, soulignant que l'insistance sur le risque de mort du nouveau-né en salle d'accouchement contribue à dédouaner les soignants en cas de décès à la naissance [26].

Comme l'ont souligné de nombreux travaux anthropologiques dans diverses sociétés africaines, depuis Pierre Erny et ses travaux de synthèse [27] jusqu'à des contributions plus récentes [28, 29], la mise en existence sociale se fait progressivement après la naissance. Le nouveau-né à la naissance n'est pas tout à fait reconnu comme une personne,

mais le sera à l'issue d'étapes significatives différemment conçues selon les sociétés [30] et de soins participant à l'« humaniser » [31], le risque étant qu'il reparte d'où il est venu [32]. Aussi peut-on comprendre que le rôle que se donnent les soignantes est essentiellement d'aider la mère à mettre au monde son enfant, mais non de surveiller son état ni d'assurer une survie perçue comme un espoir plutôt qu'un dû. La faible implication professionnelle à l'égard du nouveau-né, qui s'inscrit certes dans une pénurie matérielle et un découragement général, peut ainsi être spécifiquement comprise par rapport à la fragilité perçue de l'existence néonatale.

Plus particulièrement en Mauritanie où l'Islam et l'éthique religieuse occupent une place prépondérante dans la manière dont les individus pensent leurs actions [33], la distance, l'évitement, le retrait des soignantes peuvent être interprétés comme des formes de crainte respectueuse vis-à-vis de ce qui apparaît comme une œuvre de Dieu. On retrouve, comme autour de la fin de vie, certaines réserves des agents de santé à intervenir face aux états liminaux, manières de reconnaître que seul Dieu est en mesure de donner la vie et de la reprendre [34]. Ces références à l'Islam permettent aux soignantes, à la fois, de se défendre d'une responsabilité face à l'éventualité d'un décès [25], et d'anticiper l'attitude d'acceptation de la mort attendue des croyants [33]. À ces attitudes empreintes de spiritualité musulmane, s'ajoute une sagesse populaire intimant les mères à ne pas se réjouir trop vite de la venue de l'enfant, identifiée dans d'autres sociétés africaines et décrite en particulier par Doris Bonnet au Burkina Faso.

« Il ne faut pas se réjouir de ce que l'on ne détient pas encore sinon le destin se chargera de nous retirer ce bien avant même qu'on ait eu le plaisir de le posséder [...] Aussi, la prudence recommande-t-elle aux femmes de feindre l'indifférence voire le mépris : la femme enceinte ne parle pas de sa grossesse pour ne pas attirer à elle les mauvais génies, la parturiente ne se réjouit pas outre mesure [...] » [32]

D'autres anthropologues ont décrit une palette d'attitudes qui vont de la feinte de ne pas s'intéresser au nouveau-né à des soins attentionnés visant à le retenir dans le monde des vivants. Aussi est-il délicat d'interpréter les conduites vis-à-vis du nouveau-né, qui sont ambivalentes entre la joie de la naissance, la crainte de la mort et la dissimulation d'émotions qui, pour un ensemble de raisons religieuses ou sociales, ne doivent pas être exprimées. Dans le contexte mauritanien étudié, nous avons pu documenter le contraste entre la « nonchalance » des agents de santé à l'égard du nouveau-né dans les maternités, et la prévenance des

familles à son retour à domicile. Ainsi, la vulnérabilité perçue du nouveau-né peut-elle être à l'origine de conduites divergentes et d'émotions variées. Cependant, la moindre importance donnée à la survie de l'enfant par rapport à celle de sa mère est indéniable, qu'il s'agisse des familles ou des agents de santé.

Nous comprenons comment les conceptions du nouveau-né fragile peuvent contribuer à ce que l'attitude face au risque de décès néonatal soit peu proactive. L'impératif est de sauver la mère, tandis que la survie d'un nouveau-né apparaît moins maîtrisable. Souhaitant que l'enfant aille bien, les agents de santé préfèrent éluder les facteurs de risque plutôt que de les rechercher, mettre en attente et « laisser vivre » le nouveau-né. Cependant, de sensibles variations de prise en charge dépendent du statut de la femme [12, 35], mais aussi du statut de sa grossesse dans son parcours génésique. Tandis que l'Unicef scande que « chaque nouveau-né compte », toutes les grossesses n'engagent pas de semblables efforts. Comme le révèlent les termes employés par les soignantes, il y a des « grossesses précieuses », notamment celles de primipares âgées ayant rencontré des difficultés pour concevoir, et auxquelles elles portent une attention particulière.

L'influence des modes de maternage locaux

Une autre piste interprétative pour comprendre l'« oubli » observé en maternité est d'analyser la confrontation des référentiels de soins aux modes de maternage ordinaires. La médicalisation de l'accouchement en structure sanitaire reste finalement peu accompagnée de nouvelles pratiques de soins aux nouveau-nés. En ce sens, la naissance en maternité se caractérise par une mise en suspens des soins familiaux (toilettes, massages, nourrissage...), associée à une certaine abstention de mettre en œuvre les soins médicalement recommandés.

Notons tout d'abord que, depuis plusieurs années, les nouveau-nés ne sont plus lavés par les soignantes à la naissance, suite aux recommandations internationales visant à lutter contre l'hypothermie néonatale [20]. Cette recommandation, tardivement adoptée par les agents de santé, marque une rupture par rapport au déroulé « traditionnel » des gestes de soins à la naissance. En effet, en cas de naissance à domicile, le nouveau-né, perçu sale et impur, est presque immédiatement lavé. Cette pratique est retrouvée en milieu *pulaar* de Mauritanie et dans la plupart des sociétés étudiées dans le cadre de cette étude, mis à part les Maures qui attendent une semaine avant de donner à l'enfant son premier bain. Le fait que le nouveau-né ne

soit plus lavé en maternité, avantage du point de vue de la prévention de l'hypothermie, a néanmoins des conséquences potentiellement défavorables : l'abstention de laver laisse un vide lors duquel le nouveau-né est mis en attente, les soignantes éprouvent un certain dégoût à l'égard de son petit corps « sale », tandis que les accompagnantes sont pressées de rentrer à domicile pour y laver l'enfant. Dans quelques cas, l'allaitement peut même être retardé car il succède ordinairement au premier bain.

En Mauritanie comme dans les autres pays enquêtés, nous remarquons également que les nouveau-nés ne sont jamais laissés en peau contre peau à la naissance, technique pourtant considérée comme la meilleure manière d'éviter l'hypothermie néonatale [20]. Au-delà des justifications pratiques avancées par les soignantes – manque de temps, de place... –, nous supposons que le fait de mettre le nouveau-né en peau contre peau ne leur semble pas naturel mais étrange, voire même un peu dégoûtant. Bien qu'elles ne s'y opposent pas expressément, la pratique de la peau contre peau semble plutôt éludée parce qu'elle diffère des modes de maternage habituels. Autrement dit, pour reprendre les termes de Marcel Jousse [36], cette pratique demeure inconnue puisque s'intégrant difficilement dans une routine gestuelle ou « eupraxie » [36]. À domicile, le nouveau-né, avant son baptême, est généralement enroulé nu dans des morceaux de tissus et allongé aux côtés de sa mère, ou sur les genoux d'une parente. En Mauritanie, on veille à ce que son corps et son visage soient dissimulés aux regards extérieurs. Ainsi, les premières heures de vie, une certaine distance corporelle s'ajoute à un évitement des regards. De même, l'habillement, qui contribue à maintenir le nouveau-né au chaud, n'est pas toujours réalisé car il disconvient à d'autres habitudes : le nouveau-né n'est, en principe, pas habillé avant son baptême. Nous comprenons, ainsi, comment des pratiques recommandées pour prévenir l'hypothermie peuvent sembler insolites, car éloignées des habitudes gestuelles et des rapports aux corps du nouveau-né.

Enfin notre étude montre que, malgré la médicalisation de l'accouchement, les femmes de l'entourage, notamment les grand-mères, restent les principales références s'agissant des soins aux nouveau-nés. Elle rejoint sur ce point d'autres études [37, 38]. De ce fait, les soignantes investissent peu les soins qui leur paraissent peu techniques et relevant de la sagesse maternelle. Face à l'autorité des modes de maternage locaux incarnée par les grand-mères, la difficulté à concevoir les soins néonataux comme un espace professionnel apparaît, ainsi, comme une autre dimension participant à l'« oubli » du nouveau-né en maternité.

Conclusion

Notre réflexion fait ressortir comment le non-respect des pratiques de soins néonatales recommandées découle de multiples faisceaux de causalités, et ne peut être seulement expliqué par le manque de connaissances, de motivation ou de sensibilisation des agents de santé. Elle fait valoir que l'un des nœuds de la problématique est un faible investissement des techniques médicales en faveur des nouveau-nés qui ne sont pas encore perçus comme des individus et des patients à part entière. Aussi, suggérons-nous que les interventions en faveur de la santé néonatale s'ancrent dans des dispositifs qui permettent de recentrer l'attention sur les nouveau-nés en maternité. Il s'agit, à la fois, de passer par une « mise en existence sociale » des nouveau-nés, mais aussi de stimuler leur reconnaissance comme sujets dignes de soin, vis-à-vis desquels des responsabilités professionnelles sont engagées. Des travaux montrent, notamment, que les mères nourrissent des attentes croissantes s'agissant de la qualité des soins prodigués à leurs nouveau-nés [39], et pourraient peser en faveur de leur reconnaissance comme patients exigeant des soins. L'attention envers le nouveau-né étant compromise lorsque les parturientes sont elles-mêmes déconsidérées [12], il faut plus largement supporter la voix des usagers sur les soins reçus. Nous suggérons, enfin, que la promotion de soins respectueux [13] ne peut s'opérer sans une réflexion sur la manière d'accorder les pratiques recommandées à des gestuelles de maternage incorporées et porteuses d'autres intentionnalités.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Remerciements

Remerciements au ministère des Affaires Européennes et Étrangères de la France qui a permis grâce au financement des Fonds Français Muskoka aux quatre agences des Nations Unies (Unicef, OMS, UNFPA, ONUFEMMES) et singulièrement à l'Unicef de commanditer et financer cette étude anthropologique sur les soins aux nouveau-nés.

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Every Newborn. An Action Plan To End Preventable Deaths. Geneva: OMS; 2014.

2. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, *et al.* Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *The Lancet*. [Review Article]. 2014;384:347-70.
3. Duysburgh E, Kerstens B, Kouanda S, Kaboré CP, Yugbare DB, Gichangi P, *et al.* Opportunities to improve postpartum care for mothers and infants: design of context-specific packages of postpartum interventions in rural districts in four sub-Saharan African countries. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2015;15(1):1.
4. Hulton L, Matthews Z, Martin-Hilber A, Adanu R, Ferla C, Getachew A, *et al.* Using evidence to drive action: A "revolution in accountability" to implement quality care for better maternal and newborn health in Africa. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. [Article]. 2014;127:96-101.
5. Fonds des Nations unies pour l'enfance. *Every Child Alive: The urgent need to end newborn deaths*. Genève; 2018.
6. Njom Nlend AE, Beyeme M. Audit des pratiques d'accueil et des soins essentiels du nouveau-né dans les centres de santé de premier niveau à Yaoundé. *Journal de pédiatrie et de puériculture*. 2015;28(5):233-7.
7. Cardenat M, Amon-Tanoh-Dick F, Lasme-Guillao E, N'guessan R, Akaffou E. Évaluation des structures sanitaires publiques de Yopougon-Abidjan dans la prise en charge du nouveau-né Evaluation of the public health facilities in place in Yopougon-Abidjan in the treatment of neonates. *Revue de médecine périnatale*. 2017:1-6.
8. Wilunda C, Putoto G, Riva DD, Manenti F, Atzori A, Calia F, *et al.* Assessing Coverage, Equity and Quality Gaps in Maternal and Neonatal Care in Sub-Saharan Africa: An Integrated Approach. *PLoS ONE*. [Article]. 2015;10(5):1-15.
9. Jaffré Y, Olivier de Sardan J-P, editors. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris : Karthala ; 2003.
10. Jaffré Y, Prual A. « Le corps des sages femmes », entre identités professionnelle et sociale. *Sciences sociales et santé*. 1993;11(2):63-80.
11. Prual A. Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest. *Santé publique*. 1999;11(2):155-65.
12. Jaffré Y, Diallo Y, Vasseur P, Grenier Torres C, editors. *La bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*. Descartes : Editions Faustroll ; 2009.
13. Sacks E. Defining disrespect and abuse of newborns: a review of the evidence and an expanded typology of respectful maternity care. *Reproductive health*. 2017;14(1):66.
14. Balde MD, Bangoura A, Diallo BA, Sall O, Balde H, Niakate AS, *et al.* A qualitative study of women's and health providers' attitudes and acceptability of mistreatment during childbirth in health facilities in Guinea. *Reproductive health*. 2017;14(1):4.
15. Passeron J-C, Revel J. Penser par cas. Raisonner à partir de singularités. *In* : Passeron J-C, Revel J, editors. *Penser par cas*. Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales ; 2005. p. 9-44.
16. Jaffré Y. De quel agencement sociotechnique meurent les nouveau-nés d'Afrique de l'Ouest ? *Santé publique*. 2020;(HS):29-44.
17. Kane H. Soins aux nouveau-nés : les recommandations internationales face aux enjeux sociaux de la naissance. *Santé publique*. 2020;(HS):17-28.
18. Van der Geest S, Finkler K. Hospital ethnography: introduction *Social Science & Medicine*. 2004;59:1995-2001.
19. Mauss M. Les techniques du corps. *Journal de Psychologie [serial on the Internet]*. 1936 [Visité ; 32(3-4) : En ligne : http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthropo/6_Techniques_corps/Techniques_corps.html.
20. Organisation Mondiale de la Santé. *La protection thermique du nouveau-né : guide pratique*. Genève ; 1997.
21. Augé M. *Les Formes de l'Oubli*. Payot & Rivages ; 1998.
22. Jaffré Y. Ce que les sages-femmes disent de leurs vies, de leur métier et de leurs pratiques de soin. *Santé Publique*. 2018;(HS).
23. Arborio A-M. Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sciences sociales et santé*. 1995;13(3):93-126.
24. Douti P. « Si tu ne pousses pas tu vas tuer ton enfant ! » Sages-femmes et mères face aux morts périnatales au Togo. *Santé publique*. 2020;(HS):93-104.
25. Zongo S, Richard F. Erreurs et responsabilité en santé : personnels soignants et usagers face aux mort-nés. *In* : Ouattara F, Gruénais M-E, Richard F, Ouédraogo C, editors. *Anthropologie et santé publique dans un projet d'amélioration des soins obstétricaux*. Paris : L'Harmattan ; 2016. p. 149-69.
26. Jullien C. « Alors, à qui la faute ? ». Mort périnatale et accusations croisées dans une maternité au Rajasthan (Inde). *L'Homme*. 2017;223-224(3):131-60.
27. Erny P. *Les premiers pas dans la vie de l'enfant. Naissance et première enfance*. Paris : L'Harmattan ; 1972.
28. Gottlieb A. *Where Have All the Babies Gone? Toward an Anthropology of Infants (and Their Caretakers)*. [research article]. 2000;(3):121.
29. Razy E. Naître et devenir. *Anthropologie de la petite enfance en milieu Soninké (Mali)*. Nanterre : Édition de la Société d'Ethnologie ; 2007.
30. Lancy DF. *Babies aren't persons: A survey of delayed personhood*. *In* : Keller H, Otto H, editors. *Different faces of attachment: Cultural variations of a universal human need*. Cambridge: Cambridge University Press; 2013. p. 66-112.
31. Bonnet D, Pourchez L, editors. *Du soin au rite dans l'enfance*. Ramonville Saint-Agne : Érès ; 2007.
32. Bonnet D. Le retour de l'ancêtre. *Journal des africanistes*. 1981;51(1-2):133-47.
33. Fortier C. Infléchir le destin car la vraie souffrance est à venir (Société maure-islam sunnite). *Systèmes de pensée en Afrique noire*. 2005;(17):195-217.
34. Al-Shahri MZ. Islamic theology and the principles of palliative care. *Palliative and Supportive Care*. 2016;14(6):635-40.
35. Ouattara F, Fernand Bationo B, Gruenais M-E. Pas de mère sans un « mari ». *La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou*. *Autrepart*. 2009;52:81-94.
36. Jousse M. *Anthropologie du geste*. Paris : Les Éditions Resma ; 1969.
37. Aubel J, Touré I, Diagne M. Senegalese grandmothers promote improved maternal and child nutrition practices: the guardians of tradition are not averse to change. *Social science & medicine*. 2004;59(5):945-59.
38. Gupta ML, Aborigo RA, Adongo PB, Rominski S, Hodgson A, Engmann CM, *et al.* Grandmothers as gatekeepers? The role of grandmothers in influencing health-seeking for mothers and newborns in rural northern Ghana. *Global Public Health*. 2015;10(9): 1078-91.
39. Mbwele B, Ide NL, Reddy E, Ward SA, Melnick JA, Masokoto FA, *et al.* Quality of neonatal healthcare in Kilimanjaro region, northeast Tanzania: learning from mothers' experiences. *BMC Pediatr*. 2013;13:68.