



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré Nancy I

Ecole de sage-femme de Metz

L'adaptation culturelle des soins dans les populations andines du Pérou :

Intérêts et limites



Mémoire présenté et soutenu par

HOCH Camille

Née le 18 août 1988

Promotion 2008-2012

Université Henri Poincaré Nancy I

Ecole de sage-femme de Metz

L'adaptation culturelle des soins dans les populations andines du Pérou :

Intérêts et limites



Mémoire présenté et soutenu par

HOCH Camille

Née le 18 août 1988

Promotion 2008-2012

« Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur. »

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier,

Madame Grosclaude, ma directrice de mémoire, pour la pertinence de son aide et son soutien dans l'élaboration de mon mémoire, ainsi que tous les professionnels de santé du centre de santé Hucancarani.

Je remercie également tous mes proches, qui m'ont soutenu tout au long de mes études.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
PARTIE 1.....	5
1. <u>Informations générales sur le Pérou</u>	6
1.1. Démographie du Pérou.....	6
1.2. Historique de l'exercice de l'obstétrique au Pérou.....	8
1.3. Le système de santé péruvien.....	11
2. <u>La prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Pérou</u>	13
2.1. La formation sage-femme.....	13
2.2. Le suivi de grossesse.....	14
3. <u>Le programme « maternidad saludable »</u>	16
3.1. Présentation générale du programme.....	16
3.1.1. Les maisons d'attente	17
3.1.2. L'adaptation culturelle des soins	19
3.2. Le centre de santé Huancarani : un exemple d'application du programme « maternidad saludable ».....	20
3.2.1. Présentation générale du centre de santé.....	20
3.2.2. La prise en charge de la grossesse.....	21
3.2.3. L'adaptation culturelle des soins.....	21
3.2.4. Les difficultés rencontrées.....	26
PARTIE 2.....	27
1. <u>Méthodologie</u>	28
1.1. La problématique.....	28
1.2. Objectifs et hypothèses de l'étude.....	28
1.3. Présentation des outils d'enquête.....	28
1.4. Description de l'étude.....	29
2. <u>Exploitation des entretiens</u>	29
2.1 Renseignements généraux	29
2.2 Parcours professionnel	30
2.3 Exercice actuel	31
2.4 Evaluation des pratiques dans le centre	34

3. <u>Exploitation de la grille d'observation</u>	37
3.1. Présentation de la population	38
3.2. L'aménagement de l'espace.....	39
3.3. Le travail.....	39
3.4. L'accouchement.....	41
3.5. La délivrance.....	43
 PARTIE 3	46
 1. <u>Analyse des résultats</u>	47
1.1. Hypothèse 1: l'adaptation culturelle des soins.....	47
1.2. Hypothèse 2: l'accessibilité des soins.....	49
1.3. Hypothèse 3: les différents freins.....	52
 2. <u>Propositions</u>	55
2.1. La méconnaissance des traditions.....	56
2.2. La barrière linguistique.....	58
 CONCLUSION	61
 BIBLIOGRAPHIE	62
 GLOSSAIRE DES ABRÉVIATIONS	67
 ANNEXES	68

INTRODUCTION

Mes origines péruviennes et mon choix d'embrasser la profession de sage-femme, m'ont tout naturellement conduite à m'intéresser aux différentes pratiques entourant la grossesse et l'accouchement dans ce pays. Ce dernier étant un ancien territoire colonisé, le mode de « prise en charge occidental » y est dominant mais coexiste avec d'autres pratiques, liées à d'autres composantes culturelles du pays. Le Pérou est en effet un pays où des dizaines de groupes ethnolinguistiques cohabitent. Les groupes soucieux de préserver leurs traditions et leurs coutumes, notamment au moment de l'accouchement, se retrouvent dès lors souvent en marge de la société et de ses institutions. Ainsi, les profondes inégalités d'accès et de qualité des soins ont contribué à ce que le Pérou ait le taux le plus élevé de mortalité maternelle d'Amérique Latine. Les populations les plus touchées étant les populations indigènes, vivant en grande majorité en milieu rural. Face à ce constat alarmant, le gouvernement a mis en place un programme destiné à réduire les inégalités d'accès aux soins en adaptant culturellement ces derniers, afin que toutes les femmes puissent bénéficier d'une prise en charge adaptée à leurs coutumes et à leurs croyances.

Désireuse de m'initier à d'autres pratiques et de découvrir une prise en charge associant rites, traditions ancestrales et médecine de « base », je me suis alors intéressée à la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement des ces femmes autochtones, en me rendant dans un centre de santé situé dans la cordillère des Andes. Celui-ci pratiquant l'adaptation culturelle des soins, au travers notamment de l'accouchement vertical, illustre parfaitement les enjeux d'une médecine en constante adaptation dans un pays traversés par des divisions sociales et culturelles profondes.

Il s'agira alors de se demander comment la mise en place d'un programme destiné à adapter culturellement les soins a permis de diminuer la mortalité maternelle dans les populations indigènes.

Dans une première partie, nous effectuerons un état des lieux de la situation péruvienne, en évoquant la démographie, le système de santé et la prise en charge de la grossesse. Nous présenterons par la suite, le programme « *maternidad saludable* », en prenant pour exemple le centre de santé Huancarani où je me suis rendue. Dans un

deuxième temps, nous étudierons, grâce à une enquête réalisée dans le centre de santé auprès des professionnels de santé et des gestantes, les différents niveaux d'application d'adaptation culturelle des soins. Enfin, dans une troisième partie, nous analyserons les résultats de cette enquête, afin de les discuter, de tirer des leçons de cette expérience péruvienne et ainsi de formuler des propositions d'adaptation culturelle des soins dans le contexte français.

PARTIE 1

1. Informations générales sur le Pérou

1.1 La démographie du Pérou [1] [2] [3] [4] [6] [7] [8]

Le Pérou est situé en Amérique du Sud, il a une superficie de 12 852 156 km², soit 2.5 fois celle de la France. Sa population s'élève à 28 220 764 habitants d'après le recensement effectué par l'INEI (*Instituto Nacional de Estadísticas e Informatica*) en 2007, soit une densité moyenne de 22,76 habitants par km². L'ensemble de la population se répartit dans trois grandes zones géographiques : à l'est, la forêt amazonienne occupe plus de la moitié du territoire mais demeure la moins peuplée ; au centre, la cordillère des Andes, constituée de grands plateaux situés pour la plupart à plus de 4 000m ; et à l'ouest, où se regroupe la moitié de la population, on retrouve la côte semi-désertique ainsi que les principaux centres urbains, dont la capitale, Lima.

Figure 1 : carte du Pérou



De par son histoire, territoire indigène colonisé par l'Europe puis soumis à l'influence nord-américaine, le Pérou se caractérise par sa diversité culturelle et ethnique. En effet, parmi les 28 220 764 habitants, on recense 72 groupes ethnolinguistiques et 67 langues parlées. La population indigène du Pérou représente 13,89 % de la population totale, soit plus de 300 000 habitants d'après le recensement de 2007. Outre les importantes

concentrations indigènes que l'on compte à Lima, du fait de l'exode rural en cours depuis les années 1950, leurs communautés sont situées pour partie en Amazonie, mais également et surtout dans les hauts plateaux de la cordillère des Andes. Elles sont parfois isolées du reste de la société et des quelques centres urbains, Cusco et Arequipa notamment, qui compte la cordillère, et ont dès lors le plus souvent un accès difficile à des soins médicaux de « base ».

En 2010, 589 086 naissances ont été dénombrées, soit un taux de natalité de 19,41 pour mille. Le taux de fécondité est de 2,6 enfants par femme, avec une moyenne de 3,5 enfants par femme dans les zones rurales. Le taux de mortalité maternelle est passé de 265/100 000 durant la période de 1990 à 1996, à 185/100 000 de 1994 à 2000 et à 93/100 000 de 2004 à 2010. Cette diminution est due à la meilleure accessibilité des centres de santé en zones rurales, et à la mise en place d'un programme de prise en charge de l'accouchement. Le taux de mortalité périnatale a également connu une amélioration passant de 59 pour 1 000 en 1996 à 22,18 pour 1 000 naissances en 2010. L'âge moyen de la première naissance est de 22,2 ans.

	France	Pérou
population totale (en million d'habitants)	62,78	28,22
densité, hab au km ²	110	21,95
taux de natalité	12,6	19,41
taux de fécondité (enfants par femme)	2,01	2,6
taux de mortalité périnatale pour 1000	13,7	22,18
taux de mortalité maternelle pour 100 000	9,6	93
nombre de naissances/an	827 000	589 086

Tableau I : Comparaison de la démographie en France et au Pérou

Il existe de grandes disparités parmi la population, aussi bien au niveau économique que social et sanitaire. Les populations vivant en milieu urbain ont un accès direct (sous conditions de ressources néanmoins) à toutes les offres de santé existantes. Au contraire, en milieu rural (soit 28% de la population totale), certaines communautés sont réellement isolées et disposent de très peu de moyens médicaux. Des centres et des postes de santé ont été mis en place pour subvenir aux besoins de ces populations. Selon l'INEI, en 2007, 40,9% des communautés indigènes ont accès à un poste ou centre de santé.

	population urbaine	population rurale
taux de fécondité	2,2	3,5
taux d'adolescentes enceintes	11,3	19,3
taux de mortalité maternelle pour 100 000 en 1996	213	292

Tableau II : Différence entre la population urbaine et rurale

1.2 Historique de l'exercice de l'obstétrique au Pérou [9] [10] [11] [12]

- **En 1025 avant J.-C.** Des infusions d'une plante appelée « *witapallo* » étaient déjà utilisées lors du travail pour soulager les parturientes.
- **De 100 av. J.-C. à 800 ap. J.-C. :** la culture Mochica. L'empire des Mochicas était situé sur la côte Nord du Pérou. Cette civilisation se détacha des autres par ses productions culturelles, notamment grâce à son art en céramique. De nombreuses statues témoignant de la vie quotidienne des Mochicas, représentant leurs divinités ou encore leur conception du monde, ont été retrouvées. Ainsi, on peut noter à travers une de leurs céramiques représentant l'accouchement, que celui-ci était réalisé de manière verticale, et en présence de deux femmes : l'une maintenant la parturiente et l'autre étant la matrone qui réceptionnait l'enfant.

Figure 2 : Bouteille en céramique, représentant l'accouchement, époque Mochica.

Musée de Larco, Lima



- **Du XV^e au XVI^e siècle : la culture Inca.** L'empire des Incas s'étendait de la Colombie au Chili. Leur capitale était située à Cusco. Il est important de souligner que les Incas étaient des précurseurs au niveau de la médecine. En effet, ils utilisaient des plantes, telles que « *la coca* » ou la « *chicha* », comme anesthésiant lors de leurs opérations. Lors du travail, ces plantes étaient également utilisées comme antalgique et pour masser le ventre de la parturiente. En outre, selon J.M Balcazar, attaché culturel colombien, des témoignages affirment que les femmes incas accouchaient à quatre pattes, et les matrones récupéraient l'enfant sur le sol. De plus, des « *huacos* », sortes de céramiques incas représentant des scènes de la vie quotidienne, ont été retrouvées, montrant une femme accroupie en train d'accoucher, soutenue par une autre femme. À cette époque, il existait déjà des rites relatifs au placenta : celui-ci était enterré et recouvert de sable après l'accouchement.

- **À partir du XV^e siècle : la colonisation.** Le Pérou est envahi par les Espagnols. On assiste, après une phase de répression culturelle et physique, à une hybridation des cultures, avec l'apport du modèle occidental, qui, il faut le souligner, empruntera nombre de savoirs à la culture andine dans le domaine des plantes curatives. Les connaissances ancestrales incaïques ont été reléguées à un second plan au profit du savoir occidental, et dans certains cas, elles ont été exploitées afin d'enrichir les savoirs des colons.

- **À partir de 1630 : les premières matrones font leur apparition au Pérou.** C'était des femmes respectueuses de la tradition, et assistant les parturientes durant leur accouchement. Leur formation était totalement empirique : la matrone était une personne ayant déjà assisté à des accouchements.

- **De 1826 à 1900 : une révolution dans le monde de l'obstétrique.** C'est à cette époque que fut créée la maternité de Lima, un établissement précurseur grâce à sa structure originale regroupant un hospice, la maternité elle-même et une école de sage-femme. Cet établissement est dû à l'initiative d'une sage-femme française, Benoîte Cadeau-Fessel, venue s'installer à Lima après ses études à la Maternité de Paris. Une formation obligatoire fut mise en place pour exercer la profession de sage-femme.

Figure 3 : Portrait de Benoîte Cadeau-Fessel. Colegio de obstetras del Peru



- **1856 : intégration officielle de la profession de sage-femme à la faculté de médecine.** Les élèves sages-femmes ont alors des cours dédiés à l'apprentissage de l'accouchement, à la prise en charge des maladies puerpérales.

- **1923 : l'exercice de la profession de sage-femme est réservé aux titulaires du diplôme universitaire de sage-femme.** Les étudiantes sont formées pour prendre en charge une gestante, une femme en travail et les suites du post-partum.

- **Juillet 1975 : création du collège des sages-femmes grâce au décret loi n° 21 210.** Le collège est alors créé dans le but d'être une entité autonome, représentative des sages-femmes sur tout le territoire péruvien. L'inscription au collège des sages-femmes est alors une condition indispensable à l'exercice de la profession.

- **1981 : reconnaissance de la profession de sage-femme comme profession médicale.** Les sages-femmes jouissent alors des mêmes droits législatifs que les autres professions médicales.

À ce jour, seules les populations indigènes perpétuent lors de la grossesse, du travail et de l'accouchement, les rites et les croyances hérités du modèle inca. Les femmes indigènes accouchent en position verticale, assistées par leur mari ou les femmes de leur famille. Un constat inquiétant a alors été réalisé : le taux de mortalité maternelle péruvien, à 265/100 000 en 1996, était le plus élevé d'Amérique Latine. Ces femmes, dans le respect de leurs coutumes et en raison d'une difficulté d'accès à des établissements de santé, accouchaient à domicile en présence de la matrone du village. Cependant, celles-ci n'étaient pas habilitées à prendre en charge une urgence

obstétricale, les plus fréquentes étant l'hémorragie du post-partum et la rétention placentaire.

1.3 Le système de santé péruvien [13] [14] [15]

Le système de santé péruvien est un système mixte combinant le secteur public et le privé. Ce dernier regroupe les cliniques privées, les pharmacies et les cabinets médicaux. Le secteur public regroupe quant à lui le ministère de la Santé (MINSA, *Ministerio de la salud peruana*), l'assurance sociale ESSALUD et l'assurance sociale des forces armées et de la police nationale. De par son organisation, il existe de grandes inégalités d'accès aux soins. En effet, selon le ministère de la Santé, en 2009, 36,9% de la population n'avait aucune protection sociale. De plus, les populations les plus pauvres, malgré une aide financée par l'État, n'ont accès, parfois difficilement, qu'à des soins de base. L'ensemble des offres de soins, des différentes technologies en matière de soins, n'est accessible qu'à une partie privilégiée de la population. Face à ces constats alarmants, le ministère de la Santé a décidé de mettre en place différents programmes, destinés à réduire les inégalités sociales et sanitaires : « la maternité saine » qui permet une adaptation culturelle des soins lors de l'accouchement des femmes indigènes, la campagne nationale pour réduire la mortalité infantile, la campagne nationale pour éradiquer la pauvreté extrême, etc.

Les différents établissements du secteur public sont placés sous la direction du ministère de la santé. Ils représentent 92 % des hôpitaux, 69% des centres de santé et 99% des postes de santé. Le système de protection sociale au Pérou, repose sur différentes sortes d'assurance maladie :

- Le service social ESSALUD (*Seguro social en salud*) destiné aux salariés qui cotisent, concerne 18,8% de la population, selon l'enquête de l'INEI en 2009. Cette assurance prend en charge la plupart des frais médicaux et également le suivi de la grossesse.

- Le système intégral de soins, SIS, du ministère de la Santé est destiné à garantir l'accès aux soins des personnes les plus démunies. C'est le système de sécurité sociale qui regroupe le plus d'affiliés. Il finance tous les soins préventifs et curatifs de base, tels que le suivi pédiatrique des enfants, les hospitalisations, les consultations ou encore la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. Selon l'INEI, en 2009, 33,8 % de la population était affiliée au SIS, alors qu'en 2006, seuls 15,4% de la population y

étaient affiliés. Parmi les 33,8%, on dénombrait 65,9% d'affiliés en milieu rural, et 29,4 en milieu urbain. Grâce à la mise en place du SIS, les populations indigènes (dont 48,7% est assuré par le SIS) et les populations les plus pauvres se sont alors vu proposer des offres de soins auxquelles ils n'avaient pas accès jusqu'à présent. Le ministère de la Santé a en effet développé la mise en place de postes et de centres de santé dans les milieux les plus reculés et dans les abords de Lima où se concentrent les bidonvilles.

- L'assurance sociale des forces armées et de la police prend en charge uniquement ses employés et leurs familles, dans des établissements de soins qui leurs sont destinés. On dénombre 1,5% d'affiliés parmi la population totale.

- Le système de sécurité sociale privé regroupe à la fois le secteur privé à but lucratif et le secteur privé à but non lucratif. Seule une minorité de la population y est affiliée : on dénombrait 1,3% des habitants en 2009. Le secteur privé à but non lucratif possède des établissements tels que les postes et les centres de santé, financés la plupart du temps par des ONG.

De par son organisation, le système de santé péruvien fait face à de nombreuses difficultés :

- À ce jour, une part importante de la population ne bénéficie d'aucune protection sociale, limitant ainsi l'accès aux soins par faute de moyens financiers.

- Les populations les plus pauvres ont de grandes difficultés à bénéficier des prestations médicales de base et de médicaments, en raison de leurs faibles ressources et de l'éloignement des établissements de santé dans les zones les plus reculées.

- Il y a une délocalisation des établissements de soins qui est encore minoritaire. Seuls les grands pôles de la cordillère des Andes, tels Arequipa ou Cusco, sont équipés de grands centres de soins. Les villes plus modestes disposent de cabinets privés ou de petits établissements de soins avec peu de moyens.

- La qualité des soins est parfois moindre, d'une part en raison d'un manque de moyens : locaux inadaptés, matériels insuffisants, manque de personnel, etc. ; et d'autre part, du fait des déficiences constatées dans la prise en charge des patients, dues à un défaut d'organisation des services, et parfois une absence de la mise en place de protocoles de soins.

2. La prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Pérou

2.1 La formation sage-femme [16] [17] [18]

Tout comme en France, le cursus de sages-femmes dure cinq années d'études post-bac. Un examen d'entrée, reposant sur l'évaluation des connaissances acquises au collège et au lycée, est obligatoire pour pouvoir intégrer l'université. La formation est basée sur une alternance entre les cours théoriques et les stages, dans le but d'acquérir les compétences nécessaires pour prendre en charge le suivi de grossesse, l'accouchement, la surveillance de la mère et de l'enfant dans le post-partum, dans le cadre de l'eutocie. La dernière année est consacrée à un internat d'un an, réalisé dans différents hôpitaux. À la fin du cursus, les étudiant(e)s obtiennent leur diplôme de sage-femme, indispensable à l'exercice de la profession. Ils se voient alors dans l'obligation de s'inscrire à l'ordre national des sages-femmes afin de pouvoir exercer.

La loi 27-853 intègre la profession de sage-femme aux professions médicales. Les compétences des sages-femmes sont, quant à elles, définies tout d'abord dans le code d'éthique et de déontologie de la sage-femme et dans le titre IV du règlement de « *la ley del trabajo de la obstetris* » (« loi sur le travail obstétrique »). Les articles 13 et 14 du titre IV définissent les champs de compétence de la sage-femme : elle est habilitée à prendre totalement en charge la mère et le nouveau-né dans le domaine de l'eutocie. La sage-femme est également habilitée à les prendre en charge dans des situations d'urgence et en cas d'absence de l'obstétricien. Le titre VI stipule par ailleurs le droit de la sage-femme à réaliser des examens biologiques, tels que les frottis, les prélèvements sanguins, les injections. Y est défini également leur droit à la prescription médicamenteuse, les médicaments prescrits devant être en relation avec la grossesse, l'accouchement, et/ou le post-partum. Les sages-femmes peuvent également prescrire tout moyen de contraception.

Compétences de la sage-femme	En France	Au Pérou
consultations prénatales	oui	oui
prescriptions d'examens paracliniques	oui	oui
injections SC/IM/IV	oui	oui
prescriptions médicamenteuses	oui	oui
échographies	oui	NON
préparation à la naissance	oui	oui
accouchement eutocique	oui	oui
accouchement du siège	oui	NON
suture déchirure simple et épisiotomie	oui	oui
anesthésie locale	oui	oui
Délivrance artificielle, révision utérine	oui	NON
examen neuro-morphologique du NN	oui	oui
réanimation du nouveau-né	oui	oui
consultations post-natales	oui	oui

Tableau III : comparaison des compétences de la sage-femme en France et au Pérou

2.2 Le suivi de grossesse [19] [20] [21]

La fréquence du suivi de grossesse et l'importance des examens paracliniques réalisés au cours de la grossesse sont directement liées au type d'assurance maladie dont dispose la gestante. En effet, les femmes étant affiliées à ESSALUD, à l'assurance sociale des forces armées ou celles ayant recours au système privé ne vont pas bénéficier du même suivi que les gestantes affiliées au SIS ou n'ayant pas d'assurance maladie. Ces dernières rencontrent plus de difficultés à accéder à une bonne prise en charge, soit par faute de moyens, soit par manque d'accessibilité. Les femmes n'ayant pas d'assurance maladie réduiront par voie de conséquence leur prise en charge au strict minimum ou, dans certains cas, ne bénéficieront d'aucun suivi de grossesse, tous les examens étant à leurs frais.

Ainsi, le suivi de grossesse de base comporte une consultation prénatale mensuelle jusqu'à 28 SA, une consultation tous les 15 jours de 28 SA à 36 SA et une par semaine à partir de 36 SA. Le suivi peut être réalisé par un gynécologue-obstétricien ou par une sage-femme, à l'hôpital, en cabinet ou dans les centres de santé.

La première consultation est avant tout destinée à évaluer si la grossesse en cours est une grossesse à risque, afin d'adapter la prise en charge. Pour cela, une anamnèse précise doit être réalisée afin d'identifier les éventuels facteurs de risque : grande multiparité, grossesses aux âges extrêmes de la vie reproductive, bas niveau socio-économique, difficultés d'accès aux établissements de santé, etc. L'identification des facteurs de risque permettra une adaptation de la prise en charge : réaliser le suivi par le gynécologue-obstétricien, augmenter la fréquence des consultations prénatales, réaliser des examens paracliniques plus poussés.

Au cours de cette première consultation la sage-femme réalisera :

- Un interrogatoire pour rechercher les antécédents et les facteurs de risque : tuberculose, grossesse antérieure mal suivie, taille inférieure à 1 m 45 (cas relativement fréquent parmi les populations indigènes), faibles moyens socio-économiques.

- Un examen général et obstétrical (TA, pouls, HU, palpation, bruits du cœur, perméabilité du bassin, etc.).

- Une prescription d'examens complémentaires : sérologies de la syphilis, du HIV, de la rubéole, de la varicelle, du tétanos, de la toxoplasmose, de l'hépatite B. Un bilan sanguin : numération formule, groupe sanguin phénotypé, glycémie à jeun. Une albuminurie et une glycosurie sont également réalisées.

- Un frottis cervical systématique à chaque début de grossesse.

- Une prescription en fer et vitamines sera faite systématiquement car nombreuses sont les gestantes ayant des carences nutritionnelles ou étant en situation de malnutrition.

- La praticienne donnera des informations sur le suivi à domicile pour les patientes vivant dans des milieux reculés.

- La sage-femme informera la patiente sur différents thèmes : le déroulement et l'importance du suivi de grossesse, l'alimentation équilibrée au cours de la grossesse, les signes d'alarme qui doivent amener la patiente à consulter, etc.

- Une visite chez le dentiste sera systématiquement programmée.

Lors des consultations suivantes, on réalise :

- Un examen général et obstétrical.

- Un interrogatoire pour évaluer le bon déroulement de la grossesse. La sage-femme recherche alors s'il y a des signes précurseurs d'une éventuelle pathologie : HTA, métrorragies, augmentation anormale de la HU, entre autres, afin d'adapter la prise en charge. S'il y a présence de signes d'alarme, la sage-femme réalisera alors les examens complémentaires appropriés.

- Une prescription des examens nécessaires au suivi est réalisée : glycosurie, albuminurie, numération formule si besoin, toxoplasmose en cas de non immunité.

En dépit de ces offres de soins disponibles, les taux de mortalité maternelle et périnatale restent élevés, montrant une faille dans la prise en charge des gestantes et des nouveau-nés. La prise en charge de la grossesse et de l'accouchement est donc devenue une priorité sanitaire pour le gouvernement, la plupart des causes de mortalité maternelle étant évitables. Différents dispositifs ont alors été mis en place, tel le programme « *maternidad saludable* » (maternité saine), pour pallier ce défaut de prise en charge.

3. Le programme « maternidad saludable »

3.1 Présentation générale du programme

Initié en l'an 2000, pour une durée de 10 ans, ce programme était destiné à diminuer le taux de mortalité maternelle et infantile et visait à réduire les inégalités d'accès aux soins, permettant ainsi aux populations isolées de bénéficier d'une prise en charge minimale mais nécessaire pour le bon déroulement de leur grossesse et leur accouchement. En effet, différents facteurs retardant la prise en charge ont été mis en évidence dans l'analyse du taux de mortalité maternelle :

- Un manque de reconnaissance des signaux d'alarme durant la grossesse, par les populations les plus démunies.

- Des difficultés à prendre la décision d'aller chercher de l'aide de la part de la famille de la gestante.

- Des difficultés de transfert des gestantes habitant les communautés les plus isolées.

Les objectifs principaux de ce programme sont les suivants :

- Améliorer la qualité de la prise en charge prénatale, afin que celle-ci soit accessible à toute les gestantes, mêmes les plus démunies. Pour cela, des « *casas maternas de espera* » (maisons d'attente) ont été mis en place dans des milieux difficiles d'accès, pour permettre aux gestantes d'être logées à proximité du centre de santé en attendant leur accouchement.

- Développer les accouchements dans les centres de santé, pour les populations vivant dans les milieux les plus reculés, afin de diminuer le nombre d'accouchements à domicile et par conséquent diminuer le nombre de complications obstétricales pouvant occasionner le décès maternel. Il a donc fallu adapter culturellement les soins, pour optimiser la prise en charge des ces populations soucieuses de la prise en compte de leurs croyances. Ainsi, le respect des rites et des coutumes autour de l'accouchement, au premier rang desquels l'accouchement vertical, a déterminé les pratiques qui se sont développées dans les centres de santé.

3.1.1 Les maisons d'attente [22] [23]

En 1997, dans la région de Puno, caractérisée par une extrême pauvreté, la première maison d'attente a été mise en place. Celle-ci était destinée à accueillir les gestantes dans leur dernier mois de grossesse, afin de leur éviter d'effectuer un long trajet une fois le travail débuté.

À partir de 1998, le ministère de la Santé, avec la coopération de l'UNICEF, a développé la création et l'installation des ces maisons dans les régions les plus difficiles d'accès de la cordillère des Andes et en Amazonie. En 2010, on dénombrait 465 maisons d'attente réparties dans l'ensemble du pays. Le financement de ces structures est mixte : le gouvernement et des organisations telles que l'UNICEF en financent une partie, les communautés se chargeant pour leur part de leur entretien. Ce dispositif a permis de faciliter l'accès à l'offre de soins aux populations les plus isolées ; il a également permis d'améliorer la prise en charge de la fin de la grossesse, les patientes se trouvant à proximité des professionnels de santé. Auparavant, les gestantes refusaient d'accoucher dans les centres de santé, d'une part parce qu'on n'y respectait pas leurs rites et coutumes et d'autre part du fait qu'elles devaient parcourir à pied ou à cheval de grandes distances, durant les derniers jours de leur grossesse, ou lors du travail. La mise en place de ces structures a donc contribué à diminuer le nombre d'accouchements à domicile et par conséquent le taux de mortalité maternelle et infantile.

Pour optimiser l'efficacité de ces « *casas maternas* » certains dispositifs ont dû être élaborés. Pour la conception et la construction de cette structure, la prise en compte des aspects culturels de chaque communauté fut déterminante. La maison d'attente se devant de répondre aux besoins quotidiens des gestantes, en leur procurant un espace confiné, avec une pièce unique de couleur foncée pour les parturientes de la cordillère, et une chambre disposant d'espaces plus aérés pour les gestantes amazoniennes. En effet, il est important de respecter les us et coutumes des populations indigènes, afin que celles-ci se sentent culturellement protégées et respectées. Perturbées par un changement trop important intervenant dans leurs habitudes de vie, les gestantes refusent toute prise en charge.

Figure 4 : photo prise dans une chambre de la « casa materna » de Huancarani



Ces maisons sont destinées :

- Aux gestantes vivant dans des communautés isolées, avec une difficulté d'accessibilité géographique. Celles-ci peuvent venir accompagnées des différents membres de leur famille.
- Aux femmes étant en situation d'isolement et présentant un risque d'accoucher seules à leur domicile.
- Aux gestantes ayant des antécédents de complications obstétricales, et/ou présentant une pathologie ou des facteurs de risque au cours de leur grossesse.

Certaines difficultés ont été mises en évidence dans l'utilisation de ces maisons d'attente :

- Il y a un manque de connaissance de ces dispositifs par la population. Il est donc important de sensibiliser la population à l'utilisation des maisons d'attente en utilisant tous les moyens de communication possibles : radio, réunions communales, foires, etc.
- Il existe des difficultés de financement lorsque la communauté ne prend pas le projet à cœur.

3.1.2 L'adaptation culturelle des soins [24] [25] [26]

C'est le pilier essentiel pour la réussite de ce programme. Françoise Lestage rappelle, dans *Naissance et petite enfance dans les Andes péruviennes*, que « tout sépare l'accouchement au village, familial, rassurant, de celui, impersonnel, qui a lieu à l'hôpital, en présence d'étrangers. Les soins hospitaliers sont incompatibles avec les valeurs traditionnelles. »

Avant la mise en place du programme, la majorité des femmes indigènes refusaient d'être prises en charge dans un centre de santé, parfois au péril de leur vie, en raison du non-respect de leurs croyances et coutumes au moment de l'accouchement. Françoise Lestage évoque également le refus des patientes de Laraos d'accoucher dans un hôpital en raison de la violation de leur intimité et des différences de traitement.

Partant du constat de ces obstacles, une « norme technique pour la prise en charge de l'accouchement en adéquation culturelle » (*Norma técnica para la atención del parto con adecuación intercultural*) a été mise en place. Les objectifs de cette norme étant :

- De standardiser la pratique de l'accouchement vertical dans les centres de santé, tout en respectant les recommandations de base quant à la prise en charge d'un accouchement. En effet, les femmes andines et amazoniennes préfèrent accoucher en position verticale, accroupie ou assise.
- D'adapter culturellement les soins, afin que ces derniers soient adaptés aux populations andines et amazoniennes.
- D'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins, en combinant les modèles de soin occidental et traditionnel ; et ainsi permettre une diminution des complications obstétricales qui occasionnent le décès maternel.

3.2 Le centre de santé Huancarani : un exemple d'application du programme « *maternidad saludable* »

Afin de pouvoir évaluer la mise en place et l'efficacité du programme « *maternidad saludable* », je me suis rendue, au cours de l'été 2011, au centre de santé Huancarani (CSH), situé dans les Andes du Sud, à une soixantaine de kilomètres de Cusco. J'ai choisi cette structure car Huancarani a été l'un des centres pionniers dans la mise en place du programme. De plus, c'est l'un des centres les plus actifs du Sud du pays, disposant d'une maison d'attente destinée à accueillir les gestantes de la région.

3.2.1 Présentation générale du centre de santé [27]

Le centre de santé de Huancarani est une petite structure regroupant la médecine générale, la pédiatrie et la gynécologie-obstétrique (Annexe X). Quelque 20 communautés en dépendent, réparties aux alentours, soit une population totale de 6910 habitants d'après l'INEI.

Le personnel de santé est composé de trois médecins, deux sages-femmes et trois infirmières, travaillant en collaboration avec un laborantin, un dentiste et un chauffeur.

Afin d'assurer une prise en charge optimale des gestantes, la salle d'accouchement est adaptée culturellement. En effet, il est fait mention dans la norme technique que la salle d'accouchement doit présenter une ambiance tamisée avec peu de lumière, des murs peints de couleurs foncées (tout comme dans leur habitat), et les draps et couvertures utilisés doivent eux aussi être de couleur sombre ou de confection locale. En effet, ces pré-requis sont indispensables à la prise en charge des gestantes issues des populations indigènes, l'espace dans lequel se déroule l'accouchement faisant partie intégrante de leurs us et coutumes. Les sages-femmes disposaient également d'une salle de consultation et d'une salle d'hospitalisation pour le séjour des accouchées.

La maison d'attente de Huancarani était située à côté du centre, afin que les gestantes puissent se rendre facilement à leurs contrôles quotidiens lors de leur séjour dans la maison d'attente.

3.2.2 La prise en charge de la grossesse

Huancarani étant situé dans une zone de grande pauvreté, la quasi-totalité des gestantes étaient affiliées au SIS. Ainsi, elles bénéficiaient d'une prise en charge « basique » de leur grossesse. Le SIS prenait en effet en charge : 10 consultations prénatales, les différents examens paracliniques et traitements durant la grossesse, l'accouchement, 45 jours dans le post-partum et le transfert à Cusco en cas de pathologie ou d'urgence obstétricale.

Afin d'optimiser la prise en charge de la gestante, un « *plan de parto* » (plan d'accouchement) et un carnet de maternité lui sont remis lors de la première consultation (annexe VI). La gestante y mentionne alors le mode d'accouchement qu'elle désire (vertical, horizontal), le moyen de transport qu'elle utilisera pour se rendre au centre au moment du travail (voiture, cheval, à pied), la personne qui s'occupera des ses enfants et des ses animaux durant son absence. Il y est fait mention de son accord ou de son refus de se rendre à la maison d'attente la semaine avant son accouchement, ainsi que des différents signaux d'alarme qui doivent l'amener à consulter. Un questionnaire destiné au dépistage des violences conjugales sera également remis systématiquement aux gestantes.

3.2.3 L'adaptation culturelle des soins [26][28][29]

- Lors de la grossesse :

Il faudra mettre en place un suivi prénatal complet et régulier, tout en respectant les rites et croyances des patientes. L'Organisation Panaméricaine de la Santé définissait l'interculturalité comme étant une relation entre des cultures différentes, qui s'opère dans le respect et l'égalité de chacune d'entre elles. Il faut alors faire en sorte que des personnes de cultures différentes se comprennent mutuellement, malgré des perceptions différentes. Il est donc important de mettre en évidence, auprès de la patiente, la nécessité d'un suivi régulier et de la programmation de l'accouchement dans un centre de santé, afin de lui conférer toute la sécurité nécessaire pour son accouchement, tout en respectant ses croyances.

Les gestantes vivant parfois dans des communautés isolées, les professionnels de santé pourront organiser des visites à domicile, pour permettre aux gestantes de bénéficier d'un suivi régulier.

Figure 5: photo prise lors d'une visite au domicile d'une gestante vivant dans une communauté isolée.



- Lors du travail :

Afin de respecter au mieux leurs rites et leurs coutumes, tout en assurant une prise en charge minimale nécessaire à la sécurité de la mère et de l'enfant, un monitoring minimal est mis en place : TA, pouls, BCF une fois toutes les une à deux heures. Le toucher vaginal est réalisé toutes les trois-quatre heures ou en fonction des signes d'appels, les femmes des populations indigènes, d'une grande pudeur, refusant souvent tout examen.

En l'absence de complications ou de signes d'appel, la gestante est libre d'appliquer les rites et coutumes relatifs au travail. Celle-ci déambule alors jusqu'à l'accouchement et prend des positions antalgiques. « Le rôle habituel du mari [...] consiste [alors] à soutenir fermement la femme en couches [...]. L'homme place ses mains sur l'abdomen de sa compagne, participant ainsi à chaque contraction. » (F. Lestage)

Afin de les soulager de leur douleur, les membres de leur entourage préparent différentes infusions à base de plantes, telles l'anis, l'eucalyptus, les feuilles de *coca*. Le mari pourra alors masser la gestante, au niveau du bas du dos ou sur le ventre, à l'aide

de compresses imbibées d'alcool. En effet, Françoise Lestage souligne dans son ouvrage l'importance de l'alcool pour les populations indigènes : « Ils croient que l'alcool possède une « force » qui passe dans le corps de la parturiente et l'aide à vaincre la douleur ».

Le personnel soignant devra détecter les éventuelles complications afin de pouvoir les prendre en charge. Les principales indications de transfert au cours du travail sont : la stagnation de la dilatation, la SFA, les dystocies dynamique et mécanique, une présentation du siège, transverse, oblique ; une RPM supérieure à 24 h, un liquide teinté, un âge gestationnel inférieur à 36 SA, une grossesse multiple.

Figure 6 : photo d'un mari soutenant sa femme lors du travail au CSH.



- Lors de l'accouchement proprement dit :
 - Il est recommandé pour les primipares d'accoucher en position horizontale et de pratiquer une épisiotomie systématique. Cependant, le personnel de santé est souvent confronté à un refus catégorique des patientes d'accoucher en position gynécologique. En effet, il est très difficile pour les femmes indigènes d'accepter cette position car elles se sentent violées dans leur intimité. C'est pourquoi, dans leurs coutumes, elles accouchent en costume traditionnel. Face à ces refus, le personnel de santé doit s'adapter à la patiente. Cependant, en cas de complications, quelle que soit la parité de la patiente, la position gynécologique est préconisée pour pouvoir effectuer les manœuvres nécessaires, le personnel de santé tente alors d'appliquer une prise en charge qui ne s'embarrasse plus d'interculturalité.

- Les multipares, quant à elles, peuvent choisir la position dans laquelle elles désirent accoucher. En fonction de la région, les femmes adoptent différentes positions : accroupie, à quatre pattes, suspendue à une corde, etc.

Figures 7 et 8 : Photo d'une patiente en train d'accoucher en position verticale, CSH.



L'intervention du personnel est alors limitée à la réception du bébé, ou à manœuvrer en cas de présence d'un circulaire et à détecter et prendre en charge la survenue d'une complication.

La prise en charge médicale est limitée au strict minimum lors de l'accouchement. Une voie veineuse avec du chlorure de sodium est mise en place avant l'accouchement, au cas où des complications obstétricales surviendraient. La patiente est monitorée (TA, pouls et BCF) juste avant et après l'accouchement.

Figure 9 : Photo d'une patiente ayant accouchée en position accroupie à la « casa materna ».



- Lors de la délivrance et du post-partum

Une délivrance dirigée par injection de 10UI d'ocytocine en IM, juste après l'accouchement est recommandée. Pour réaliser la délivrance, les patientes sont installées en décubitus dorsal afin de faciliter les manœuvres. Il est recommandé dans la norme d'utiliser des techniques pratiquées dans les zones rurales pour faciliter le décollement placentaire : souffler dans une bouteille, attacher le cordon au pied de la parturiente, faire tousser la patiente, etc. Afin de respecter les rites autour de la naissance, en l'absence d'infections sexuellement transmissibles, le placenta sera restitué à la famille. En effet, dans les croyances andines, l'enfant ne naît pas seul, le placenta est considéré comme un organe ayant une vie propre. En fonction des régions, celui-ci est soit enterré sous la maison pour éviter la survenue de maladies chez le nourrisson et sa mère, soit brûlé et les cendres conservées pour traiter d'éventuelles pathologies.

Lors du post-partum immédiat, une surveillance clinique est réalisée (quantification des pertes, involution utérine, monitoring). En l'absence de complications, la parturiente va pouvoir s'alimenter : un bouillon de volaille sans sel (ce dernier atténuant les effets du bouillon), va d'une part, permettre à l'accouchée de retrouver ses forces et, d'autre part, favoriser la production de lait.

Durant cette période, l'accouchée va mettre une « *faja* » au niveau de son abdomen. Il s'agit d'une ceinture de tissu destinée à maintenir l'unicité de son corps après l'accouchement. De plus, elle pourra également mettre en place une bande de tissu au niveau de sa tête, afin qu'elle ne perde pas ses pensées, que sa mémoire ne disparaisse pas après l'accouchement.

3.2.4 Les difficultés rencontrées [30] [31]

Au terme des dix ans de sa mise en place, un bilan a été dressé afin d'évaluer l'efficacité du programme « *maternidad saludable* ». Une baisse notable des taux de mortalité maternelle et infantile a pu être constatée les premières années, suivie d'une stagnation de ceux-ci depuis 2005. En dépit de cette amélioration, le taux de mortalité maternelle continue tout de même de s'élever à 93/100 000 en 2009. Un taux élevé que l'on peut expliquer par la persistance d'une série de problèmes qui continuent de grever la prise en charge :

- Le nombre insuffisant de structures appliquant la norme technique.
- Le fait que de nombreuses communautés accèdent encore difficilement à l'offre de soins, en raison d'une localisation géographique pénalisante.
- Les familles ont encore des difficultés à identifier de manière adéquate les signaux d'alarme et, ainsi, à solliciter l'aide des professionnels de santé.
- Il y a un nombre insuffisant de « *casas maternas* », surtout dans les régions les plus difficiles d'accès.
- De nombreuses femmes n'ont encore pas une maternité volontaire.

L'adaptation culturelle des soins a permis, malgré ces obstacles, d'améliorer la prise en charge des femmes autochtones. Il convient donc d'avoir une approche fine de la question et ainsi de s'intéresser à ses différents niveaux d'application, tout en soulignant l'importance de la mise en place d'un système de soins culturellement adapté.

PARTIE 2

1. Méthodologie

1.1. La problématique

La mise en place du programme « *maternidad saludable* », de par son adaptation culturelle des soins et par son développement de maisons d'attente, a permis de diminuer la mortalité maternelle dans les populations andines.

1.2. Objectifs et hypothèses de l'étude

Les objectifs :

- Mettre en évidence l'importance d'un système de soins culturellement adapté.
- Evaluer l'efficacité des « *casas maternas* » sur la population andine et ses difficultés.

Les hypothèses :

- Les « *casas maternas* » permettent une prise en charge adaptée de la femme enceinte, grâce à une adaptation culturelle des soins, en respectant les coutumes et les croyances liées à la grossesse et à l'accouchement au sein de ces populations.
- L'articulation et l'usage complémentaire des modèles de soin occidental et traditionnel ont permis d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins pour les populations andines, assurant ainsi une égalité d'accès aux soins.
- La localisation des centres et la non-maîtrise de la langue quechua, majoritaire parmi ces populations, peuvent être un frein à la prise en charge, par les professionnels de santé, des femmes enceintes.

1.3. Présentation des outils d'enquête

Pour réaliser mon enquête, j'ai élaboré deux outils différents. Tout d'abord, j'ai mené des entretiens semi-directifs avec les professionnels présents dans le centre de santé et susceptibles de prendre en charge une gestante ou une parturiente. J'ai ainsi interrogé dix professionnels regroupant sages-femmes, médecins, infirmières et internes. Ma grille d'entretien se compose de questions fermées, à choix multiples, ou ouvertes. Elle aborde différents thèmes : le parcours professionnel, l'adaptation au poste actuel et

l'évaluation des différentes pratiques exercées dans le centre. [Annexe I]. D'autre part, j'ai élaboré une grille d'observation exploitée lors du travail, de l'accouchement et de la délivrance, de toutes les patientes venues au centre de santé durant la période de mon stage. Elle regroupe différents *items* : l'aménagement de l'espace, la prise en charge de la douleur et l'évaluation des interactions entre les intervenants présents (famille, professionnel de santé). La mise en place de cette grille d'observation m'a permis d'évaluer, lors de différents temps de la prise en charge des patientes, la part des soins traditionnels et celle des soins médicaux « de base ». [Annexe III].

1.4. Description de l'étude

L'étude s'est déroulée dans le centre de santé Huancarani, d'une part auprès des professionnels de santé, et d'autre part auprès de toutes les gestantes venant accoucher dans le centre. L'enquête s'est échelonnée sur une période de trois semaines, du 15 août au 4 septembre 2011. Afin d'être la plus exhaustive possible, j'ai logé dans le centre de santé, travailler du lundi au dimanche, et j'ai observé et participé à la prise en charge de toutes les gestantes se présentant au centre pour leur accouchement.

2. Exploitation des entretiens

2.1. Renseignements généraux

Figure 1 : La région d'origine



La moitié des professionnels de santé travaillant dans le centre sont âgés de 20 à 29 ans, sont célibataires, et sont originaires de la région. Il y avait six femmes et quatre hommes.

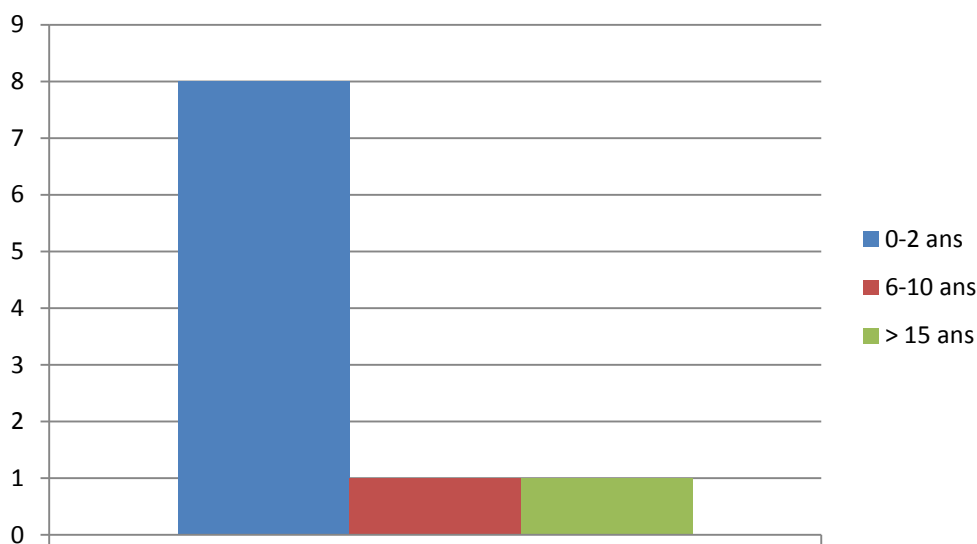
2.2. Parcours professionnel

Parmi les dix professionnels interrogés, les sages-femmes représentent une minorité. Elles sont au nombre de deux. On dénombre trois médecins, trois infirmières et deux internes en médecine.

- Lieu de formation : sept des professionnels ont effectué leur formation à Cusco, qui est située à proximité de Huancarani ; un à Arequipa, dans le Sud du Pérou ; un en Bolivie et un en Belgique.

- Durée d'exercice : huit des professionnels ont une durée d'exercice qui est inférieure à deux ans et deux des personnes interrogées ont une durée d'activité professionnelle supérieure à six ans.

Graphique 1 : Durée de l'exercice professionnel



- Lieu d'exercice, secteurs d'activité : la majorité des professionnels a travaillé en province, dans des centres de santé ou des postes de santé, pour une durée moyenne de quelques mois seulement. Leur expérience en hôpital est faible, voire nulle.

2.3. Exercice actuel

On peut noter que les professionnels mettent tous en évidence le fait que, aussi bien pour les professions médicales que paramédicales, ils sont obligés de travailler pendant un an en province après l'obtention de leur diplôme. Ainsi, sept d'entre eux ont postulé à ce poste et la totalité des professionnels a été recrutée par concours. La plupart ont choisi cette région car ils en sont originaires et qu'elle est géographiquement moins reculée et plus aisément accessible que d'autres.

- Formation spécifique pour le poste :

Les questions suivantes ont pour but d'évaluer le niveau de connaissances des intervenants, vis-à-vis des différentes pratiques, coutumes et traditions autour de la naissance et de l'accouchement.

• Les connaissances théoriques :

- Six des professionnels ont déclaré ne pas avoir reçu de formation spécifique au sujet des rites et des traditions autour de la naissance, tels que la mise en place d'une « *faja* », une bande de tissu destinée à maintenir l'unicité du corps après l'accouchement.

- Sept des professionnels déclarent ne pas avoir été sensibilisés aux différentes pratiques appliquées lors de l'accouchement, ainsi, l'application d'alcool sur le ventre, destinée à apaiser la femme et relancer la dynamique utérine.

• Les connaissances pratiques

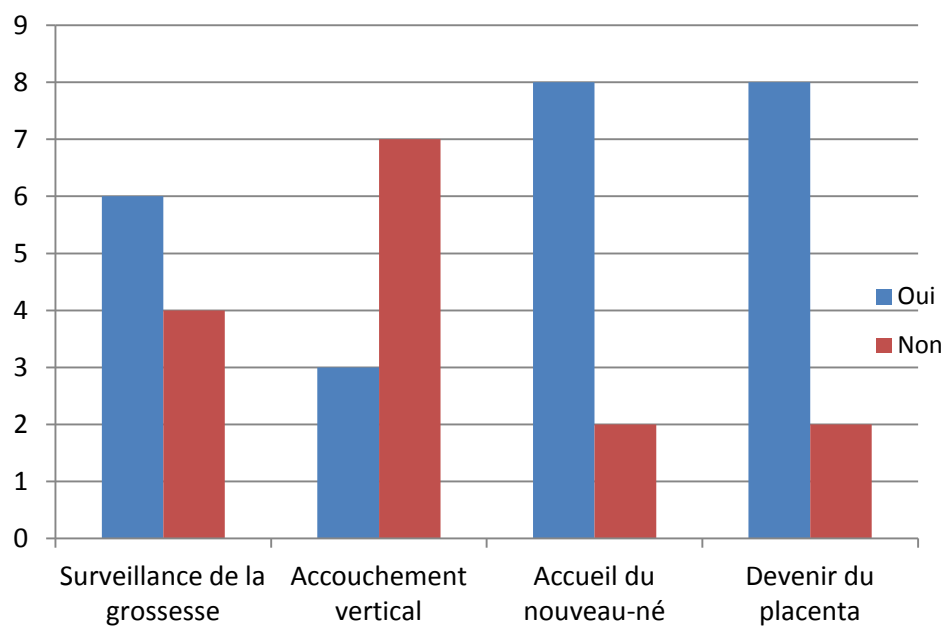
- Concernant la surveillance de la grossesse, six des professionnels déclarent avoir bénéficié d'une formation spécifique pour la prise en charge d'une gestante dans un centre de santé.

- Pour la pratique de l'accouchement vertical, seuls trois des professionnels de santé ont suivi une formation. Les sept autres déclarent avoir appris de manière empirique.

- Concernant l'accueil du nouveau-né et le devenir du placenta, huit ont déclaré avoir une formation suffisante pour ces prises en charge.

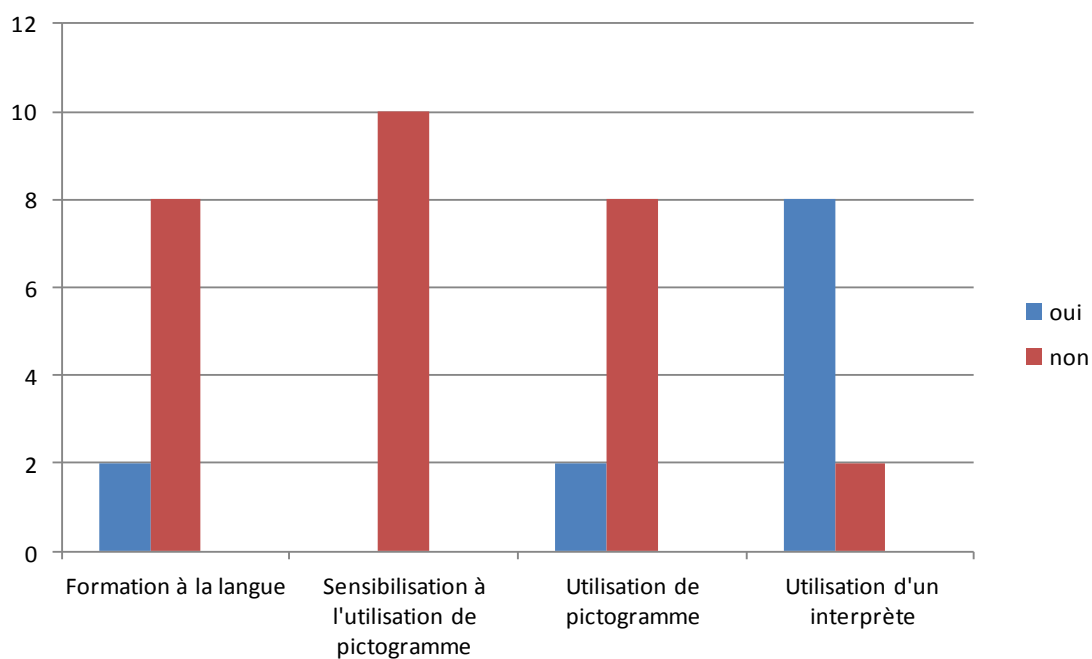
Cependant, la quasi-totalité des professionnels estime que la formation spécifique pour le poste, notamment pour la prise en charge de l'accouchement vertical, est insuffisante, voir inexistante.

Graphique 2 : Formation pratique pour différentes prises en charge



- La langue quechua

Graphique 3 : Formation au quechua

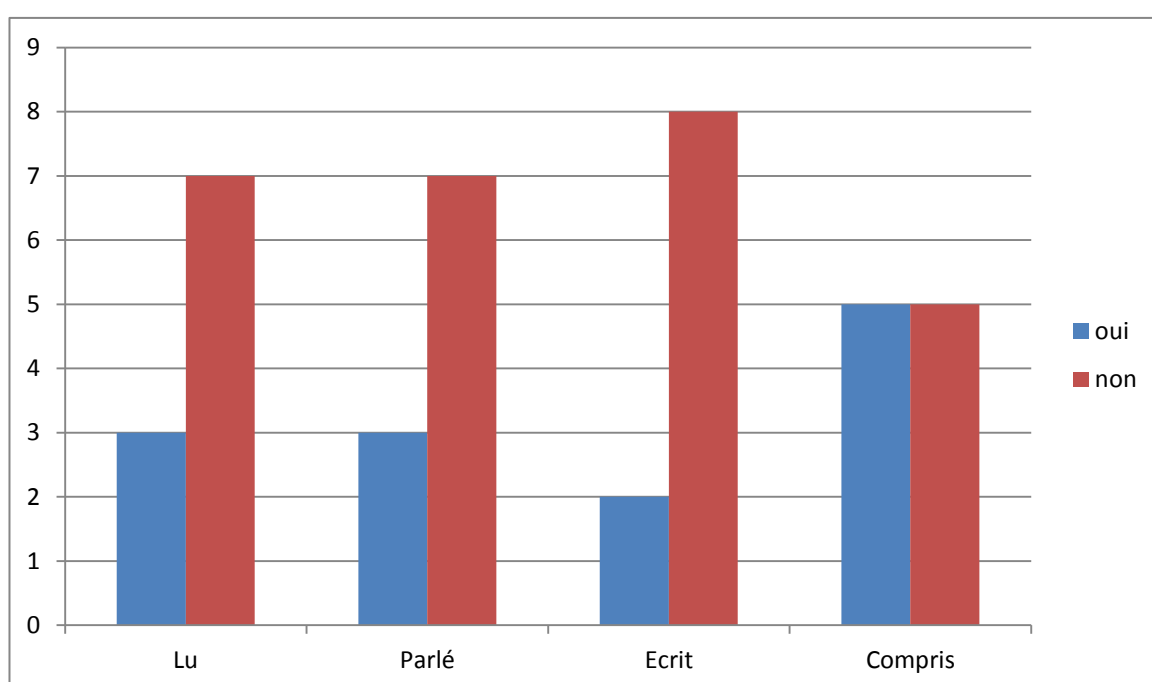


- À la question « Avez-vous eu une formation à la langue quechua ? », huit des professionnels ont déclaré ne pas en avoir eu. « *Nous n'avons aucune formation pour le quechua, nous devons apprendre par nous-mêmes mais on manque souvent de temps.* »

- Aucun des intervenants n'a été sensibilisé à l'utilisation de pictogramme pour faciliter la communication avec les patientes. Cependant, on peut noter que deux d'entre eux y ont tout de même recours.

- Huit des professionnels ont déjà eu recours à l'utilisation d'un interprète. Dans la plupart des cas, il s'agit d'un collègue travaillant dans le centre.

Graphique 4 : La compétence linguistique



- Seuls trois des interrogés lisent et parlent le quechua, deux d'entre eux l'écrivent et la moitié le comprend plus ou moins.

- Le quechua une barrière ?

L'absence de maîtrise de la langue représente une barrière pour huit des professionnels.

« *C'est une barrière à la prise en charge, il faudrait mettre en place des cours, mais on manque de temps* »

« *La non-maîtrise de la langue crée des problèmes dans la communication avec le patient, dans l'anamnèse.* »

« On ne peut pas prendre en charge correctement le patient si on ne maîtrise pas la langue. »

- Comment y remédier ?

« Il faut fixer un jour par mois où ceux qui connaissent la langue apprennent aux autres le nécessaire. »

« Il faut inclure dans la formation des professions médicales des cours de langues natives. »

2.4. Évaluation des pratiques dans le centre

- En lien avec la structure

- L'effectif :

Pour neuf des professionnels, l'effectif est insuffisant. Tous mettent en évidence le manque de sages-femmes, surtout la nuit.

« Il faut une ou deux sages-femmes en plus et un chauffeur pour les transferts à Cusco. »

« Il manque 8 personnes, tous services confondus. Parfois la nuit, il n'y a pas de sage-femme présente. »

- La formation, l'adaptation au poste :

À la question « La formation pour le poste vous a-t-elle parue suffisante ? », huit des personnes interrogées ont répondu qu'elle est insuffisante du point de vue théorique. La totalité des professionnels a déclaré qu'elle est insuffisante du point de vue pratique.

« Il faut plus de formation pour être à jour avec les protocoles, pour que tout le monde ait les mêmes directives. »

« Il y a un manque de formation de base, notamment pour la pratique de l'accouchement vertical. La plupart d'entre nous ont appris de manière empirique. »

« Il existe un manque de formation vis-à-vis de l'inter-culturalité, de l'adaptation culturelle des soins. »

« Il y a un manque de connaissances et de formation car la majorité des employés en communauté sont jeunes et sans expérience. Il faut mettre en place des formations, notamment pour l'accouchement vertical. »

- Le compagnonnage :

À la question « Avez-vous bénéficié, au début de votre pratique, d'un compagnonnage ? », huit des professionnels déclarent ne pas en avoir bénéficié.

- En lien avec la population

À la question « Le centre est-il connu par les populations ? », la totalité des professionnels a répondu de manière positive, en soulignant toutefois que le réel problème résidait dans son accessibilité. Ils ont alors déclaré :

« La distance est un réel frein à l'utilisation du centre, les populations n'ont pas de moyens de transport, de locomotion. Elles viennent alors le dimanche, jour de marché, où les moyens de transports communautaires sont plus disponibles. »

« Le problème est que la communauté la plus lointaine se trouve à 1 h 30 de voiture, soit plus de 3 h à pied. Le manque d'accessibilité, la distance sont alors problématiques pour les gestantes qui doivent accoucher. »

Les différents professionnels de santé ont alors proposé différentes solutions pour remédier à cette situation :

« Le gouvernement et la municipalité doivent faire des efforts pour améliorer l'état des routes, et ainsi les rendre plus accessibles aux transports publics. »

« Le gouvernement devrait débloquer plus de fonds pour développer les moyens de transports communautaires. »

« Il faudrait acquérir une moto, pour pouvoir multiplier le nombre de visites à domicile, l'accès à certaines communautés éloignées étant difficile par voiture. De plus, il faudrait promouvoir l'utilisation de la casa materna auprès des populations, pour que les gestantes viennent à l'approche du terme. »

« Il faudrait instaurer des jours de consultation pour chaque communauté, ainsi les différents membres pourraient venir ensemble au centre de santé. »

À la question « Le centre et les soins sont-ils adaptés aux besoins réels de la population ? », la moitié des professionnels de santé a répondu qu'ils n'étaient pas réellement adaptés.

- Les aspects négatifs :

- Équilibre entre croyances, coutumes et médecine :

« Les professionnels de santé qui travaillent dans le centre ne sont pas issus de la population locale, ils ont donc plus tendance à privilégier la médecine par rapport au respect des traditions, parfois il faudrait un meilleur compromis. »

« Pour satisfaire au mieux les patients, et pour offrir la meilleure prise en charge possible, il faut comprendre et accepter leurs coutumes. »

« Le problème est qu'il faut réussir à combiner la culture locale, les différents rites autour de l'accouchement, à une prise en charge médicale moderne. L'accouchement vertical a permis une avancée, mais pour avoir une meilleure fusion, il faut une meilleure connaissance des rites et coutumes. »

« On ne peut pas respecter toutes les traditions car cela irait à l'encontre des acquis de la médecine. Par exemple, dans leurs rites, il ne faut pas toucher le placenta jusqu'à ce que la femme délivre. Celle-ci peut alors rester plusieurs heures avec le placenta en elle, et risquer ainsi une hémorragie de la délivrance. Ici, dans le centre, on fait une délivrance dirigée. »

- Capacité du centre :

« Le centre est trop petit par rapport à la demande de la population. De plus, on manque parfois de moyens, notamment lors de l'accouchement, pour avoir une prise en charge optimale. »

• Les aspects positifs :

« L'accouchement vertical a permis aux femmes, d'une part de se sentir réellement en confiance en accouchant au centre de santé, leurs coutumes étant majoritairement respectées, et d'autre part il a permis de conjuguer le respect des traditions autour de l'accouchement et une prise en charge médicale de base. »

« Le centre et les soins sont adaptés aux besoins réels de la population car ici on respecte l'inter-culturalité. On applique la médecine quand elle est nécessaire, on assure la sécurité des femmes avec des moyens de base, sans perturber leurs traditions. L'inter-culturalité disparaît quand la médecine entre en jeu. »

« L'adaptation culturelle des soins, notamment par la pratique de l'accouchement vertical, a permis de diminuer le taux d'accouchement à domicile. Pour optimiser la

prise en charge des femmes, il faut que ces dernières nous voient, nous professionnels de santé, comme une aide et non une nécessité. »

3. Exploitation de la grille d'observation

L'objectif de ma grille de recueil de données était d'évaluer quelle était la part des soins traditionnels et celle des soins « médicaux de base ». Pour cela, j'ai exploité la grille lors du travail, de l'accouchement, de la délivrance, de toutes les patientes qui se sont présentées au centre de santé durant la période de mon stage, soit 23 observations au total. La grille d'observation regroupe différents *items* : l'aménagement de l'espace, la surveillance de la patiente et la prise en charge de la douleur, ainsi que l'évaluation des interactions entre les intervenants présents (famille, professionnel de santé).

- Les biais et les difficultés

- Dans les observations n°4 et n°6, les patientes ont accouché à leur domicile et ne sont venues au centre qu'après leur accouchement. Je n'ai donc pu recueillir que des informations orales, relatives au travail et à l'accouchement.

- Dans l'observation n°14, la patiente a été transférée d'un poste de santé où elle a accouché, de ce fait, aucune donnée quant au travail, l'accouchement et la délivrance n'a pu être recueilli.

- Dans l'observation n°17, la gestante a été transféré à Cusco en cours de travail, après 12 h passées au centre, pour stagnation de la dilatation à 3 cm. Une césarienne a alors été pratiquée.

- Dans l'observation n°21, la patiente a été transférée à Cusco, à dilatation complète pour procidence du cordon. Seules les données concernant le travail et le transfert ont pu être recueillies. Elle a eu une césarienne dans la matinée après son arrivée.

- L'observation lors du travail a parfois été limitée, cinq des patientes sont arrivées à plus de 7 cm de dilatation et sept d'entre elles sont arrivées à dilatation complète.

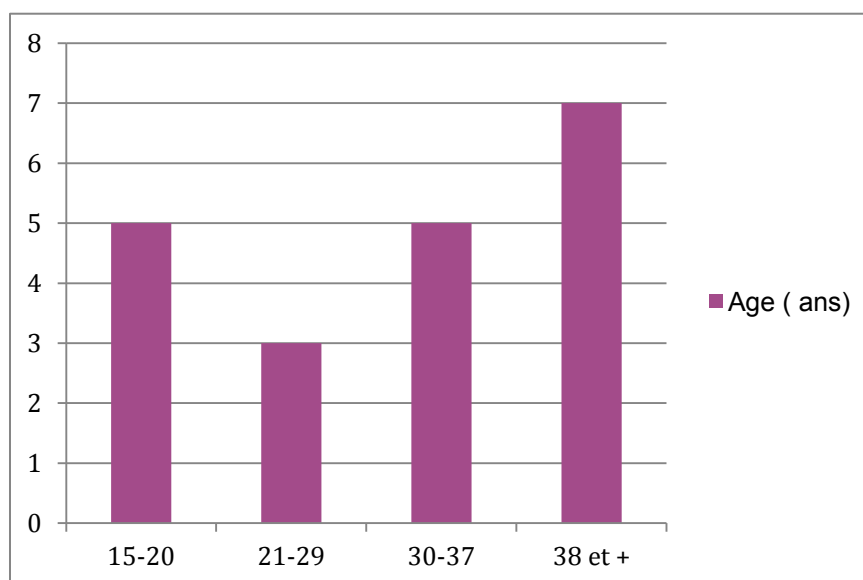
Ainsi, les observations n° 4, 6 et 14 ne pourront pas être utilisées. L'étude portera alors sur les vingt observations restantes.

3.1. Présentation de la population

• Âge

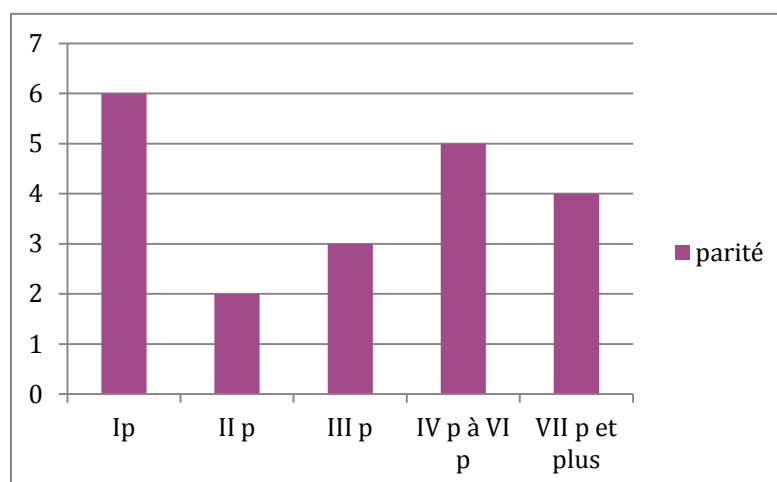
Les patientes étaient âgées de 15 à 41 ans. L'âge moyen était de 30 ans.

Graphique 5 : Âge des patientes de l'étude



• Parité

Graphique 6 : Parité des patientes de l'étude



Quatorze des patientes étaient des multipares et neuf d'entre elles avaient une parité supérieure ou égale à quatre.

• **Terme :**

Cinq des patientes avaient un âge gestationnel compris entre 32 SA et 36 SA. Il est à noter que beaucoup de femmes ne se rappelaient pas de la date de leurs dernières règles et que le centre de santé ne disposait pas d'échographe ; le calcul de l'âge gestationnel s'en trouvait alors faussé.

Quinze d'entre elles avaient un âge gestationnel compris entre 37SA et 41 SA.

• **Nombre de consultations prénatales :**

Une patiente a eu moins de trois consultations prénatales, dix ont eu entre quatre et six consultations, neuf d'entre elles en ont eu plus de sept.

3.2. L'aménagement de l'espace

Afin d'évaluer si la salle de naissance était aménagée et adaptée culturellement, j'ai observé différents points : la couleur des murs, celle du linge ; le matériel utilisé : lit, corde, chaise, matelas.

Durant le travail, la patiente pouvait déambuler dans le centre, ou à proximité. Il n'y avait cependant pas de salle spécifique pour le pré-travail. La majorité des femmes restaient dans la salle d'accouchement durant le travail.

La salle d'accouchement était une pièce de couleur claire, avec des décorations aux motifs locaux et des affiches explicatives quant à la position que doit adopter la gestante pour accoucher en position verticale (annexe IX). Elle comportait un lit avec des draps et couvertures foncées issus de l'artisanat de la région. Elle disposait d'un matelas en matière plastique noire, positionné sur le sol au moment de l'accouchement.

3.3. Le travail

• La prise en charge lors du travail :

Toutes les gestantes ont bénéficié durant le travail :

- De la pose d'une voie veineuse périphérique avec mise en place de NACL, en fin de travail.

- D'un monitoring : prise de hauteur utérine à l'arrivée, prise de tension et du pouls à l'arrivée et, une fois toutes les une à deux heures, bruits cardiaques fœtaux écoutés toutes les heures.

- Toucher vaginaux : à l'arrivée, et toutes les deux, trois heures ou sur signes d'appel.

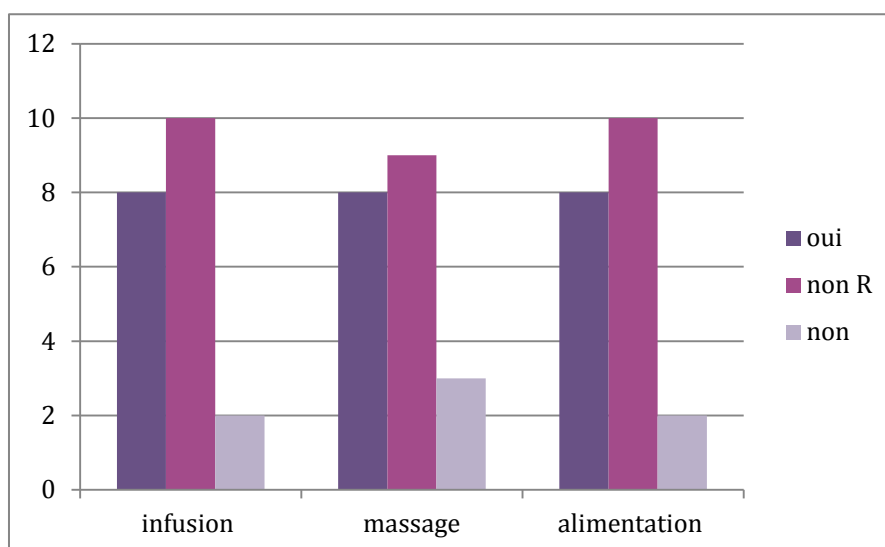
Une patiente a eu 10 UI d'ocytocine dans 500 ml de NACL, afin de favoriser sa dynamique utérine.

Quatre patientes ont eu une rupture artificielle de la poche des eaux en fin de travail.

• La gestion de la douleur

Afin de soulager leur douleur, les gestantes avaient recours à des infusions à base de plantes (*manzanilla*, *mate de coca*, *mate de anis*) et elles mâchaient des feuilles de *coca* pour avoir plus d'énergie pour le travail. Elles buvaient des bouillons sans sel ou un chocolat chaud afin de favoriser le travail. Les patientes utilisaient également des compresses imbibées d'alcool afin de masser leur ventre et le bas du dos. Très mobiles durant le travail, elles déambulaient, se mettaient dans différentes positions afin d'être moins algiques : positions à quatre pattes, accroupie, debout.

Graphique 7 : Moyens de prise en charge de la douleur



Non R : non renseigné

Douze des patientes sont arrivées à plus de 7 cm de dilatation, elles ont alors effectué la plus grande partie du travail à leur domicile. À l'interrogatoire, toutes ont affirmé avoir eu recours à des infusions ou à des bouillons de volaille afin de les soulager et de favoriser le travail.

- Les interactions entre le personnel de santé, la patiente et les membres de sa famille :

Dix-huit des femmes sont venues accompagnées de leur mari et/ou de membres de leur famille (en général leur mère ou leur belle-mère.) Deux d'entre elles n'étaient pas accompagnées.

Durant le travail, l'intervention des professionnels de santé se réduisait à un monitoring toutes les une à deux heures. Les sages-femmes expliquaient le déroulement du travail, et la position à adopter pour l'accouchement.

3.4. L'accouchement

Lors de l'accouchement, un matelas était disposé sur le sol, pour les femmes accouchant en position verticale. Celles-ci pouvaient y disposer leur peau de mouton ou une « *manta* » (couverture traditionnelle). Toutes les femmes ont pu accoucher en costume traditionnel afin de respecter leur pudeur.

- La prise en charge lors de l'accouchement

Dix des femmes ont accouché en position verticale : elles étaient accroupies sur leurs genoux et embrassaient leur mari qui était en face d'elles, assis sur le lit (annexe IX).

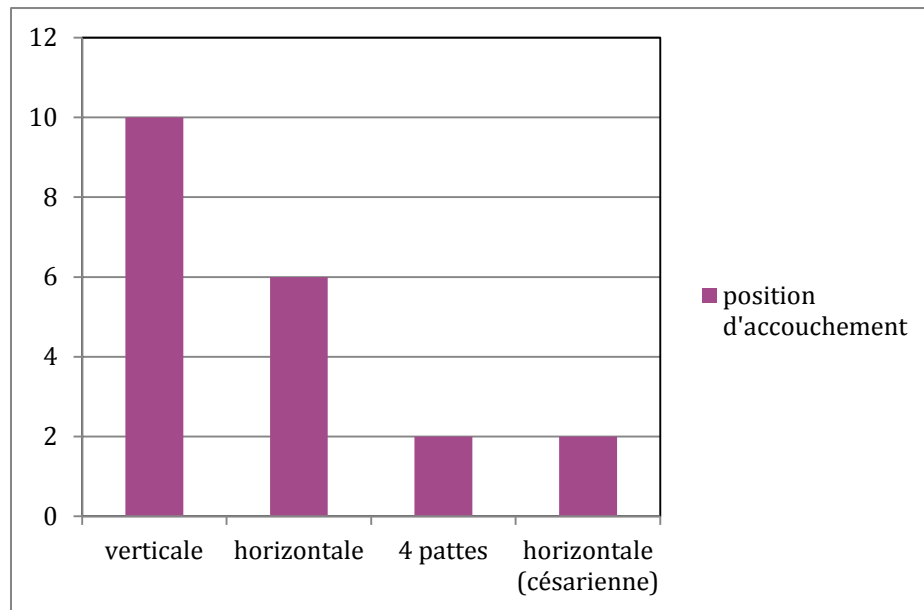
Six d'entre elles ont accouché en position horizontale :

- Trois étaient des primipares, elles ont accouché sur la table d'accouchement en position gynécologique.

- Deux d'entre elles étaient des multipares, elles ont également accouché en position gynécologique. L'une d'entre elle, en raison d'un liquide méconial, et l'autre en raison d'une insuffisance des efforts expulsifs.

- Une des patientes a accouché dans l'ambulance, durant son transfert à Cusco, en raison d'une présentation podalique.

Graphique 8 : Position de la gestante lors de l'accouchement



Deux des patientes ont eu une césarienne suite à leur transfert, l'une pour stagnation de la dilatation et l'autre pour procidence du cordon à dilatation complète.

Deux des patientes ont accouché en position quatre pattes, l'une sur le lit de la salle d'accouchement, l'autre au sol sur sa peau de mouton.

- Les interactions entre le personnel de santé, la patiente et les membres de sa famille :

Pour les accouchements en position quatre pattes ou verticale (accroupie), l'intervention des professionnels de santé se limitait à la réception du bébé, qui, dans la majorité des cas, sortait en « boulet de canon ». Ils ne modéraient pas et il n'y avait pas de mouvements de restitution des épaules.

Pour les accouchements en position gynécologique, les professionnels de santé pratiquaient une épisiotomie systématique chez les primipares. Sur les six patientes ayant accouché en position horizontale, trois ont eu une épisiotomie. Ils modéraient et faisaient un mouvement de restitution pour les épaules.

L'intervention du mari était variable en fonction de la position adoptée pour l'accouchement :

Pour les accouchements verticaux, le mari participait activement en maintenant sa femme dans la position. Dans sept des dix accouchements verticaux, le mari était présent et avait un rôle prépondérant dans la position d'accouchement.

Lors des accouchements en position gynécologique, le mari restait au chevet de sa femme.

3.5. La délivrance

- La prise en charge lors de la délivrance :

Pour la délivrance, les femmes ayant accouché en position verticale s'allongeaient sur le matelas disposé sur le sol.

Seize des femmes ont eu une délivrance dirigée avec 10 UI d'ocytocine en IM juste après l'accouchement. Les professionnels de santé réalisaient une traction contrôlée du cordon, associée à une contrepression sus pubienne.

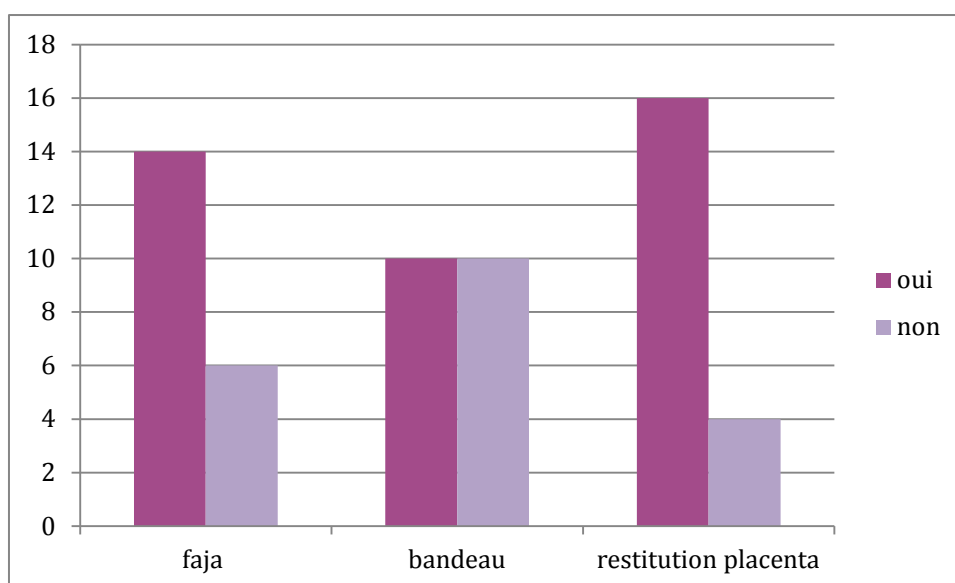
Pour sept des parturientes, afin de favoriser le décollement placentaire, la sage-femme tentait de provoquer un réflexe de nausée chez elles en les faisant tousser ou en demandant au mari d'introduire un doigt dans la bouche de la patiente.

- Les interactions entre les différents intervenants :

Plus de la moitié des femmes manifestaient une réticence lorsqu'on touchait le cordon pour la délivrance dirigée ; elles rabaissaient alors leurs jupes, afin que les professionnels de santé ne puissent manœuvrer et pour que leur intimité soit respectée.

Au moment de la délivrance, le mari plaçait un bandeau sur la tête de sa femme, afin de prévenir la dissipation de ses pensées. Par la suite, les époux disposaient la « *faja* » autour du ventre de leur femme.

Graphique 9 : Rites autour de la naissance

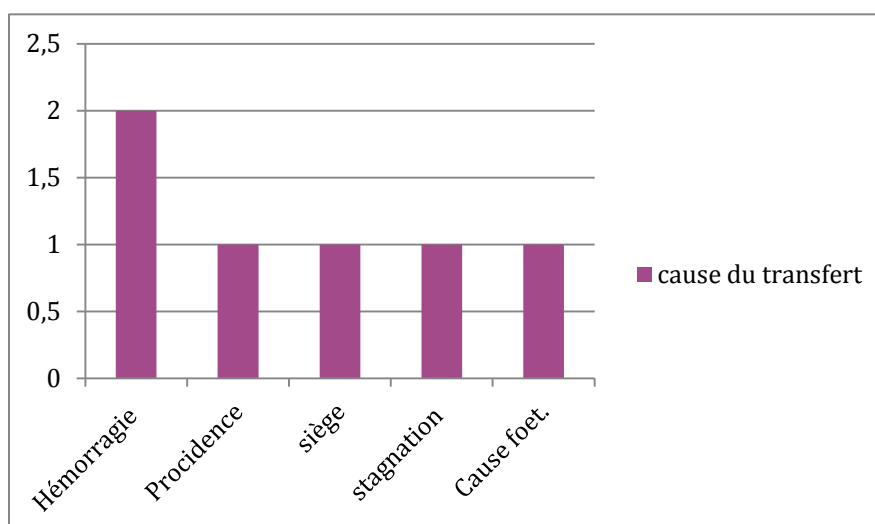


Une fois la délivrance terminée, seize des maris ont récupéré le placenta afin de le brûler ou l'enterrer.

Les professionnels de santé réalisaient la délivrance dirigée et la réfection d'une déchirure en cas de besoin. Trois patientes ont eu une épisiotomie, quatre ont une déchirure qui a été suturée et onze des parturientes ont eu un périnée intact.

Suite à l'accouchement, quatorze des patientes sont restées deux heures en salle de naissance pour la surveillance du post-partum immédiat.

Graphique 10 : Cause de transfert en cours de travail ou dans le post-partum immédiat



Trois patientes ont été transférées en cours de travail : pour stagnation de la dilatation, pour présentation du siège à dilatation complète et pour procidence du cordon.

Trois des patientes ont été transférées durant le *post partum* : deux pour hémorragie de la délivrance et une pour rapprochement mère-enfant, le nouveau-né ayant inhalé du liquide méconial.

Cet état des lieux des pratiques appliquées dans le centre de santé va tenter de répondre aux hypothèses posées. L'analyse de cette étude va permettre de discuter et d'offrir des propositions de pratiques.

PARTIE 3

1. Analyse des résultats

1.1. Hypothèse 1 : l'adaptation culturelle des soins

« Les *casas maternas* permettent une prise en charge adaptée de la femme enceinte, grâce à une adaptation culturelle des soins, en respectant les coutumes et les croyances liées à la grossesse et à l'accouchement au sein des populations andines. »

L'enquête a permis de mettre en évidence les différents niveaux d'application de l'adaptation culturelle des soins :

- Au niveau de la structure :

Il ressort de la grille de recueil de données que la salle d'accouchement a été aménagée de manière à être le plus en accord possible avec les recommandations de la norme technique et avec les traditions locales : nous pouvons ainsi noter la présence de décorations, de couvertures et de draps issus de l'artisanat régional. Pour l'accouchement vertical, les femmes disposent d'un matelas et peuvent également apporter leur peau de mouton. Néanmoins, nous pouvons constater que certains éléments ne sont pas totalement en accord avec la norme technique : la salle d'accouchement est une pièce claire ; cependant, une ambiance tamisée, avec des murs peints au moyen de couleurs foncées est préférable pour se trouver en accord avec les souhaits des populations locales. De plus, la salle d'accouchement ne dispose pas de corde ou de chaises percées pouvant faciliter d'autres pratiques d'accouchement.

- Au niveau de la prise en charge :

- Lors du travail, huit des femmes ont eu recours à des infusions à base de plantes ou à des bouillons pour favoriser le travail. Pour celles qui avaient réalisé la plus grande partie du travail à leur domicile, toutes ont affirmé y avoir eu recours. De plus, huit des gestantes ont utilisé des compresses imbibées d'alcool afin de soulager leurs douleurs, et toutes les gestantes ont pu adopter les positions qu'elles souhaitaient durant le travail. Il ressort de ces observations que les femmes peuvent appliquer leurs us et coutumes liés au travail, tout en laissant le soin aux professionnels de santé d'assurer une prise en charge minimum.

- Lors de l'accouchement, nous pouvons constater que sur les quatorze multipares : neuf ont accouché en position verticale, une à quatre pattes, trois en position gynécologique (une d'entre elles en raison d'une présentation podalique) et une des patientes a eu une césarienne, justifiée par une procidence du cordon. (graphique 8). Ainsi, les $\frac{3}{4}$ environ des multipares ont pu accoucher dans une position en accord avec leurs coutumes, et toutes les femmes, qu'elles soient primipares ou multipares, ont pu accoucher en costume traditionnel.

Six des patientes étaient des primipares : trois ont accouché en position gynécologique, une a bénéficié d'une césarienne pour stagnation de la dilatation, une a accouché verticalement et une à quatre pattes. Selon les recommandations, il est préférable que les primipares accouchent en position gynécologique et qu'elles soient soumises à une épisiotomie systématique. Cependant, on peut noter qu'un tiers d'entre elles a tout de même pu accoucher dans la position choisie.

- Lors de la délivrance, la grille de recueil a permis de mettre en évidence que plusieurs rites étaient appliqués (graphique 9) : une femme sur deux a placé un bandeau autour de sa tête, quatorze d'entre elles ont utilisés des « *fajas* » et la quasi-totalité des femmes ont pu récupérer le placenta. Les patientes ont donc pu, majoritairement, appliquer leurs coutumes relatives à la naissance.

- Au niveau de la formation des professionnels :

Les entretiens menés auprès des professionnels nous ont permis d'évaluer leur niveau de connaissances, aussi bien théoriques que pratiques, sur les différentes traditions et coutumes relatives à la naissance.

Ainsi, nous avons pu mettre en évidence le manque important de formation des professionnels. En effet, six des dix professionnels ont déclaré ne pas avoir suivi de formation spécifique au sujet des rites et des traditions autour de la naissance, leurs connaissances étant limitées à leurs acquis antérieurs, et sept d'entre eux déclarent ne pas avoir été sensibilisés aux différentes pratiques appliquées lors de l'accouchement (graphique 2). Seul $\frac{1}{3}$ des professionnels a été formé à la pratique de l'accouchement vertical. Les $\frac{2}{3}$ restants ont appris de manière empirique.

Les $\frac{4}{5}$ des professionnels estiment que leur formation est déficiente sur le plan théorique et la totalité des personnes concernées déclarent que la formation est

insuffisante au niveau pratique. Ils mettent en évidence le fait qu'il est difficile de respecter les coutumes et croyances, quand celles-ci ne sont pas connues de tous les professionnels de santé.

Nous pouvons souligner qu'en dépit d'un manque de connaissances de base, les professionnels de santé tentent de respecter au mieux les différentes coutumes des populations indigènes. De sorte que les femmes ont pu majoritairement accoucher dans des positions en accord avec leurs pratiques, bénéficiant notamment de la possibilité d'accoucher en costume traditionnel. L'ensemble des rites concernant la délivrance ont été respectés la plupart du temps. Notre première hypothèse, relative à l'adaptation culturelle des soins est donc confirmée.

1.2. Hypothèse 2 : l'accessibilité des soins

« L'articulation et l'usage complémentaire des modèles de soins occidental et traditionnel ont permis d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins pour les populations andines, assurant ainsi une plus grande égalité d'accès aux soins. »

Comme nous l'avons mentionné dans la première partie de ce travail, c'est le constat du taux élevé de mortalité maternelle parmi les populations indigènes qui s'est trouvé à l'origine de l'instauration du programme « *maternidad saludable* ». L'un des piliers de ce programme consistait à proposer une offre de soins adaptée et accessible aux populations indigènes. Pour ce faire, les modèles de soins occidental et traditionnel ont été combinés, afin de répondre au mieux à la demande de ces populations.

À travers cette étude, il s'est agi d'apprécier quelle était la part des soins traditionnels et celle des soins médicaux de « base », ainsi que leur articulation, afin d'évaluer s'il existait une réelle complémentarité entre ces deux modèles et un équilibre dans leur application ou si l'un des deux prédominait. De plus, nous avons voulu mettre en évidence la manière dont l'utilisation combinée de ces deux modèles a permis d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins pour les gestantes andines.

- Durant la grossesse :

La grille de recueil de données nous a permis de mettre en évidence différents éléments :

- Toutes les gestantes prises en charge étaient bénéficiaires du SIS, leur garantissant ainsi une gratuité totale des soins et par conséquent une meilleure accessibilité. Les dépenses engendrées par le suivi de grossesse constituent évidemment un frein majeur parmi ces populations socialement défavorisées.

- Afin d'améliorer la prise en charge, différents dispositifs ont été mis en place :
➔ Un suivi régulier des grossesses a été instauré. En effet, avant l'entrée en vigueur du programme, les femmes andines faisaient suivre leur grossesse par des matrones du village, qui manquaient de moyens et parfois de connaissances. Ainsi, la moitié des femmes a eu entre quatre et six consultations prénatales, et neuf d'entre elles ont eu plus de sept consultations.

➔ Pour les patientes vivant dans des communautés trop éloignées, des visites à domicile ont été instaurées. Un peu plus de la moitié d'entre elles a pu en bénéficier. ¼ des femmes ont résidé dans la maison d'attente à l'approche de leur terme.

➔ De plus, toutes les femmes ont établi leur « *plan de parto* » qui leur permettait de mentionner la position dans laquelle elles désiraient accoucher.

➔ Un dépistage basé sur les facteurs de risque a été mis en place. Dans la population observée, on retrouve effectivement de nombreuses gestantes présentant des facteurs de risque :

- grande multiparité (graphique 6). En effet, 1/5 des femmes avaient une parité supérieure ou égale à sept.

- Âges extrêmes de la grossesse (graphique 5) : environ 1/3 des gestantes étaient âgées de 38 ans ou plus et la patiente la plus jeune n'était âgée que de 15 ans.

- La taille : toutes les patientes avaient une taille inférieure à 1 m 55.

• Durant le travail et l'accouchement :

- Lors du travail : grâce aux observations réalisées, nous avons pu constater qu'il y avait une réelle prise en charge « mixte », combinant un monitoring de base, permettant d'assurer la sécurité de la mère et de l'enfant, et une application des us et coutumes andins relatifs au travail. En effet, la totalité des patientes ont bénéficié de la pose d'une voie veineuse, ainsi qu'un contrôle régulier des bruits cardiaques fœtaux et

de l'avancée de la dilatation. Parallèlement, celles-ci ont pu utiliser des infusions et prendre les positions antalgiques qu'elles souhaitaient pour gérer leur douleur. Cependant, les observations réalisées nous ont permis de constater que cette prise en charge mixte était possible dans le cadre de la physiologie. Bien que les professionnels de santé se montrent désireux de respecter au mieux les différentes coutumes, en présence de certains facteurs de risque ou de certaines pathologies, les traditions et les rites laissent la place à la médecine occidentale. En effet, une des patientes a eu une perfusion d'ocytocique afin de favoriser le travail, et trois des patientes ont été transférées en cours de travail (graphique 10) en raison, respectivement d'une dystocie dynamique, d'une présentation podalique et d'une procidence du cordon.

- Lors de l'accouchement : environ $\frac{3}{4}$ des multipares ont pu accoucher dans la position qu'elles souhaitaient et donc en accord avec leurs coutumes, tout en bénéficiant d'un monitoring minimum. Pour les primipares, des recommandations étant établies, celles-ci ont majoritairement accouché en position gynécologique (graphique 8). À travers ces observations, apparaît que les professionnels de santé mettent tout en œuvre pour respecter au mieux les différentes traditions. Cependant, au cours de mes entretiens, ceux-ci ont souligné qu'il est difficile de respecter toutes les traditions, « *par exemple, dans leurs rites, il ne faut pas toucher le placenta jusqu'à ce que la femme délivre. Celle-ci peut alors rester plusieurs heures avec le placenta en elle, et risquer ainsi une hémorragie de la délivrance.* »

Afin que la prise en charge soit optimale, les professionnels de santé interviennent pour prévenir toute complication. Seize des patientes ont ainsi eu une délivrance dirigée, pour prévenir l'hémorragie du post-partum, qui était jusqu'alors une des premières causes de décès maternel. Parallèlement, les femmes pouvaient par la suite disposer du placenta afin de l'enterrer ou de le brûler.

La réussite de cette prise en charge est donc réellement attribuable à l'usage combiné d'une médecine traditionnelle et d'une médecine occidentale. En effet, l'adaptation culturelle des soins permet de rendre les soins médicaux accessibles aux populations andines désireuses de préserver leurs coutumes, tout en leur offrant une prise en charge médicale « de base » permettant de garantir la sécurité de la mère et de l'enfant. Il est donc possible de confirmer notre hypothèse de départ, quant à l'accessibilité et la qualité des soins dispensés au sein des populations andines.

1.3. Hypothèse 3 : les différents freins

« La localisation des centres et la non-maîtrise de la langue quechua, majoritaire parmi ces populations, peuvent être un frein à la prise en charge, par les professionnels de santé, des femmes enceintes. »

- La langue quechua

Comme nous l'avons mentionné dans la première partie de ce travail, il existe 72 groupes ethnolinguistiques au Pérou, et on ne dénombre pas moins de 67 langues parlées. Cette grande diversité linguistique, si elle constitue une richesse culturelle indéniable, peut cependant représenter un frein à la prise en charge des patientes.

Dans la région de Cusco, la majorité des populations andines parle le quechua. Il s'agit d'une des langues les plus répandues et parlées parmi les populations indigènes. Je me suis alors demandé si la non-maîtrise de la langue quechua par les professionnels de santé pouvait être un frein à la bonne prise en charge des femmes andines :

- 1/5 des interrogés affirme ne pas avoir eu de formation à la langue, ni de sensibilisation à l'utilisation des pictogrammes. En effet, bien que la majorité des professionnels soient originaires de la région, aucun d'entre eux ne maîtrisait le quechua.

- 4/5 des professionnels ont certifié avoir eu recours à un interprète.

- 4/5 des interrogés affirment que l'absence de maîtrise de la langue est une barrière à la prise en charge. En effet, seule la moitié d'entre eux comprend plus ou moins le quechua.

- Les professionnels ont mis en évidence les difficultés liées à la non maîtrise de la langue : problèmes de communication, de compréhension lors de l'anamnèse, difficultés à expliquer les soins aux patientes, etc.

Des différentes observations réalisées nous pouvons conclure que la non-maîtrise de la langue devenait une réelle barrière lors de la prise en charge de l'urgence. En effet, face à une situation d'urgence, telle la procidence du cordon, une rupture dans la communication entre le professionnel de santé et la patiente a pu être observée. Celle-ci, ne comprenant pas le degré d'urgence de la situation, refusait toute prise en charge. Il a alors été très difficile pour le professionnel de santé de réaliser les manœuvres adéquates pour pouvoir sauver le fœtus. De plus, dans les deux cas observés

d'hémorragie du post-partum, en raison de la difficulté du professionnel à expliquer la prise en charge et la nécessité de transférer les patientes, celles-ci ont également refusé qu'on les prenne en charge, préférant « *mourir dans le centre plutôt que d'être transférées* », retardant ainsi de plusieurs minutes la prise en charge.

Pour remédier à ces situations, les professionnels de santé proposent d'instaurer des cours mensuels de quechua, afin d'élargir leur vocabulaire, qui pour l'heure se limite à un lexique de base. D'autres suggèrent que la formation aux langues natives soit intégrée au cursus médical.

Ainsi, la richesse linguistique du Pérou constitue, sur le plan de la santé publique, un frein dans la prise en charge des patientes. Les professionnels de santé ne pouvant maîtriser tous les dialectes, ceux-ci sont confrontés à des difficultés pour communiquer avec les patients. Les entretiens et les observations menés, ont fait apparaître clairement que la non-maîtrise de la langue quechua était une barrière à la prise en charge, confirmant ainsi notre hypothèse. Cependant, différentes solutions peuvent être mises en place : intégrer les langues natives au cursus médical, instaurer des formations sur la communication non verbale, etc.

- La localisation des centres :

La mise en place des « *casas maternas* » et l'adaptation culturelle des soins étant destinées aux populations indigènes les plus isolées, il convient naturellement de se demander si la localisation des centres de santé peut être un frein à la prise en charge des femmes.

Comme nous l'avons mentionné dans la première partie, 20 communautés plus ou moins isolées dépendent du centre de santé Huancarani. Nous avons alors interrogé les différents professionnels de santé sur :

- La localisation du centre : la totalité des professionnels a répondu qu'il était connu par les populations locales et qu'il était bien situé, mais que le réel problème résidait dans son accessibilité difficile en l'absence de moyens de transport largement répandus.

- Son accessibilité : « *Le problème est que la communauté la plus lointaine est à 1h 30 de voiture, soit plus de 3 h à pied. Le manque d'accessibilité, la distance sont alors problématiques pour les gestantes qui doivent accoucher.* » En effet, dans les observations 4 et 6, les patientes ont accouché à leur domicile; elles ont toutes les deux

souligné le fait qu'elles n'avaient pu se rendre au centre de santé car elles ne disposaient d'aucun moyen de transport. L'une d'entre elles a envoyé son mari chercher de l'aide auprès du centre de santé, mais les secours sont arrivés trop tard.

- Les solutions proposées : face à ces difficultés, les professionnels suggèrent pour la plupart de développer les transports communautaires et d'améliorer l'état des routes menant aux communautés les plus isolées. De plus, ils proposent également de promouvoir le recours à la « *casa materna* ». En effet, son utilisation étant peu connue des populations locales, peu de gestantes y séjournent à l'approche de leur terme.

Ainsi, notre hypothèse initiale est partiellement validée, la difficulté de prise en charge étant due à l'absence ou à la faiblesse des moyens de transport permettant d'accéder au centre et non pas à sa localisation.

Le constat doit donc être fait que la mise en place du programme « *maternidad saludable* » a permis d'améliorer la qualité des soins pour les populations andines. L'adaptation culturelle des soins a permis d'augmenter le nombre d'accouchements réalisés dans les centres de santé. Les femmes se sentant en confiance et respectées, ont accepté d'accoucher en présence de professionnels de santé, réduisant ainsi le nombre d'accouchements à domicile, principaux responsables de la mortalité maternelle. En dépit d'un manque de formation théorique et pratique des professionnels, la majorité des femmes ont pu accoucher selon leurs traditions, avec un respect de leurs rites et coutumes, dans la mesure du possible. La réussite de ce programme est réellement due au respect de l'interculturalité, en utilisant conjointement les modèles traditionnel et « occidental ».

Néanmoins, au terme des dix ans d'application du programme, certaines difficultés ont été mises en évidence :

- L'accessibilité des centres, en raison de routes peu praticables et du manque de moyens de transport, est encore difficile. La cordillère des Andes étant un terrain accidenté, situé en altitude, de nombreuses communautés sont encore isolées, et le temps de transfert des patientes s'en trouve augmenté, retardant ainsi la prise en charge.

- La non-maîtrise de la langue quechua crée des difficultés dans la communication et la prise en charge des patientes.

- Le taux de mortalité maternelle, en dépit d'une baisse importante, stagne depuis 2005.

Afin d'assurer l'égalité d'accès aux soins et d'améliorer la prise en charge des femmes, un nouveau plan d'action a été mis en place en 2009 et devra se poursuivre jusqu'en 2015. Celui-ci est destiné à pallier les difficultés mises en évidence. Pour cela différentes propositions ont été formulées :

- Augmenter le nombre de « *casas maternas* » et promouvoir leur utilisation
- Promouvoir l'emploi de moyens de contraception et la maternité volontaire, car la maternité aux âges extrêmes de la vie constitue réellement un facteur de risque.
- Mettre en place différentes formations pour les professionnels de santé : concernant la pratique de l'accouchement vertical, les rites et coutumes des populations indigènes, etc.
- Débloquer des fonds pour financer les centres de santé et augmenter le nombre de professionnels de santé y travaillant.

En dépit des difficultés rencontrées, le programme « maternité saine » est un programme innovant permettant de répondre à la demande des populations en marge de la société. En tant que future sage-femme, je me suis alors demandée quels bénéfices je pouvais tirer de cette expérience, pour ma pratique ultérieure.

2. Propositions

Le programme « *maternidad saludable* » est un programme propre au Pérou, qui répond aux besoins et aux caractéristiques de la population et du pays. Ce modèle est donc difficilement transposable à la France, dont les réalités sociales, économiques, culturelles et géographiques sont largement différentes. Néanmoins, la France est également un pays où cohabitent de nombreuses populations issues d'origines culturelles différentes. Ajoutons que, depuis quelques décennies maintenant, la majorité des immigrants est originaire des pays du Maghreb et d'Afrique subsaharienne, dans lesquels il existe de nombreuses traditions et croyances entourant la naissance. La sage-femme se trouvant au cœur de cet événement particulier, éprouve parfois des difficultés à prendre en charge ces femmes issues de cultures différentes de la sienne, en raison d'une méconnaissance de leurs traditions. Ainsi, bien que les réalités de vie soient différentes au Pérou et en France, on peut constater que des difficultés similaires, liées

au décalage entre les systèmes culturels des pays d'origine et ceux du pays d'accueil, existent. Afin d'améliorer la prise en charge de ces femmes, il est légitime de se demander si certains éléments du modèle péruvien ne seraient pas, applicables en France.

2.1. La méconnaissance des traditions [32]

Chaque pays a ses propres croyances autour de la naissance. Dans nombre de pays, la naissance représente la première étape : l'étape de fixation des composantes de la personne. La vision du monde et de la naissance est, dans les pays d'émigration, bien différente de celle du monde individualiste, moderne et rationaliste de la société occidentale. De plus, dans ces pays, l'accouchement a toujours été une affaire de femmes, réalisé en présence de la matrone, au domicile familial. Les femmes originaires de ces pays, immigrées en France, ressentent alors parfois une réelle méfiance envers les établissements de santé. En effet, « [ces lieux ne sont pas considérés] comme l'endroit idéal pour accoucher. La naissance, [...], est vécue dans toutes les sociétés traditionnelles comme un événement naturel et social » (L. Bartoli), l'hôpital représentant encore pour elles, un lieu lié dans l'imaginaire culturel à la maladie et la mort.

Il va sans dire que toutes les coutumes ne peuvent pas être respectées en France, la législation française ne permettant pas, par exemple, de disposer du placenta après l'accouchement, celui-ci étant considéré comme un déchet médical. L'apport médical et technologique est indispensable afin d'assurer la sécurité de la mère et de l'enfant. C'est l'un des constats réalisés dans les pays en développement tel le Pérou, où les taux de mortalité maternelle et infantile sont encore élevés en raison d'un manque de prise en charge de base. Comme nous l'avons montré dans l'enquête réalisée, c'est l'utilisation conjointe d'un modèle traditionnel et d'un modèle médical de base qui permet une prise en charge optimale du couple mère-enfant. On peut néanmoins se demander si dans nos modes de prise en charge actuels, la médecine de « base » et le relationnel ne laissent pas parfois place à l'hypermédicalisation.

Dans certaines maternités, la charge de travail étant tellement importante, les professionnels de santé mettent en place certains automatismes dans leur prise en charge, qui vont être appliqués à toutes les patientes. Or, les femmes immigrées attendent ou espèrent souvent que soient respectés des rites et coutumes relatifs au

travail ou à la naissance, sont chargés de sens et primordiaux pour elles. Le non-respect de ces traditions va créer, chez elles, un réel sentiment d'incompréhension et de méfiance. Afin de pallier ce défaut de prise en charge, différentes dispositions peuvent être prises:

- Mettre en place des formations pour le personnel de santé, relatives aux différentes cultures se côtoyant en France. Elles permettraient ainsi aux sages-femmes de bénéficier non seulement d'un enrichissement personnel de leur expérience, mais aussi, dans l'exercice de leur profession, de s'ouvrir à d'autres pratiques.

- Prendre le temps d'écouter ces femmes, afin de mieux comprendre et accepter leur attitude lors du travail et de l'accouchement. Il y a une réelle difficulté, parfois accentuée par les barrières linguistiques, pour ces patientes d'exprimer leurs doutes, leurs douleurs dans le milieu médicalisé : « grande est la peur d'être mal jugée ou ridiculisée. Dans le doute, les femmes préféreront dissimuler, voire nier leurs coutumes. » (L. Bartoli)

- Dans la plupart des sociétés dites « traditionnelles », les femmes sont mobiles pendant le travail, adoptant différentes positions afin de soulager au mieux leur douleur. Pour celles ne souhaitant pas de péridurale, il serait sans doute judicieux de leur permettre de prendre les positions qu'elles désirent pendant le travail, tout en surveillant le bien-être de la mère et de l'enfant. Pour les femmes ne présentant aucune pathologie ni facteurs de risque, aménager la position d'accouchement doit être envisagé, car la position gynécologique va à l'encontre de leurs coutumes.

- Bien informer ces femmes de la possibilité de passage d'une puéricultrice de la PMI, les visites à domicile s'associant facilement aux aides délivrées dans ces pays, par les femmes de l'entourage.

Les naissances imputables aux femmes immigrées représentent 13% des naissances totales, selon le ministère de l'Immigration. C'est donc une part non négligeable de femmes, riches de leur culture spécifique et leurs propres coutumes relatives à la naissance, qui va être prise en charge dans nos maternités. Il est donc primordial, en tant que professionnel de santé, de prêter une écoute attentive à ces femmes, afin de respecter, dans la mesure du possible, leurs coutumes et de leur permettre de la sorte d'accoucher en toute confiance.

Ainsi, serait-il peut-être judicieux de s'inspirer des expériences menées dans le domaine de la santé mentale, et notamment de l'ethnopsychiatrie, laquelle tente d'adapter les

modalités de prise en charge des pathologies mentales qui prévalent en Occident aux systèmes culturels et aux modes de perception qui sont ceux des populations non-occidentales, dont les troubles sont d'ailleurs souvent imputables au décalage entre le système culturel d'origine et celui dominant dans le pays d'accueil.

2.2. La barrière linguistique

Du fait de la diversité d'origines et de nationalités des femmes prises en charge dans nos hôpitaux, les professionnels de santé éprouvent fréquemment des difficultés à communiquer avec ces patientes, en raison de la barrière linguistique. Ces difficultés de communication peuvent être à l'origine d'une rupture dans le suivi de grossesse, en raison d'un manque de confiance de la patiente à l'égard des établissements de santé et des professionnels. Se trouvant dans l'impossibilité de communiquer avec ces derniers, les femmes se sentent incomprises et préfèrent parfois désertier les hôpitaux, au détriment du suivi de grossesse et du bien-être du fœtus. Cette rupture dans le suivi va alors créer chez les professionnels un sentiment d'incompréhension et de frustration, pouvant lui-même nuire à une prise en charge optimale.

De plus, cette barrière linguistique peut engendrer des difficultés, rencontrées à différents niveaux du suivi de ces femmes :

- Au niveau de l'anamnèse : lorsqu'il s'agit de mettre en évidence les antécédents, les facteurs de risque.
- Au niveau de la prise en charge elle-même : difficultés pour expliquer les différents gestes, les décisions, notamment celle d'effectuer une ventouse ou une césarienne ; l'incompréhension de la langue peut également fausser l'observance des traitements.
- Dans les situations d'urgences, la barrière linguistique peut être un réel frein à une prise en charge rapide et efficace, tout comme nous l'avons souligné dans l'enquête réalisée.

La communication est donc un élément indispensable et primordial, dans la prise en charge des patientes. Celle-ci n'est pas que verbale : elle doit également viser à transmettre une information par l'utilisation de gestes, de mimiques, de pictogrammes, de représentations graphiques.

Ainsi, dans le but d'améliorer nos pratiques, il est intéressant de se demander quelles alternatives peuvent être mises en place, pour répondre à la demande de ces femmes :

- Les pictogrammes :

Grâce à leur forme figurative ou symbolique, ils permettent d'exprimer le message de façon simple et ludique. La mise en place de brochures d'explication sous forme de pictogrammes permettrait d'améliorer la communication avec ces patientes. L'utilisation de ces documents illustrés contribuerait à la bonne compréhension de questions telles que : « Avez-vous des nausées? », « Avez-vous des pertes de liquide, de sang? ». La brochure remise lors des consultations prénatales aux femmes andines est un exemple parfait d'application de ce moyen de communication (annexe V, page1). Afin d'être le plus exhaustif possible, il serait judicieux d'utiliser les pictogrammes pour expliquer le déroulement des soins, notamment lors du travail et des suites de couche : « Nous allons faire un toucher vaginal », « nous allons vous faire une prise de sang ». Tout comme dans les centres de santé andins, une affiche explicative de la position d'accouchement pourrait être mise en place dans les salles de naissances (annexe IX).

Enfin, pour l'évaluation de la douleur, l'échelle des visages utilisée en pédiatrie serait une bonne alternative à l'échange verbal.

- Développer l'accès aux interprètes :

À l'heure actuelle, il est difficile d'avoir accès à un interprète : parfois ceux-ci ne sont pas joignables ou ne sont pas disponibles; les délais d'attente étant parfois longs, ils ne peuvent être présents lors des situations d'urgence. Il est donc important de mettre en place systématiquement une liste mentionnant quelles langues sont parlées par les différents professionnels de santé, afin de pouvoir faire appel à eux en cas de difficulté de communication. De plus, dans la mesure du possible, il serait intéressant que les femmes puissent être accompagnées, lors de leur suivi, par un membre de leur famille ou une connaissance, parlant français et pouvant jouer le rôle de l'interprète.

- La mise en place de formations destinées aux professionnels de santé relatives aux différents moyens de communication, notamment la communication non verbale. Insister sur les différentes alternatives au langage verbal, et sur la formation au toucher afin d'optimiser la prise en charge de ces femmes, en leur procurant un climat de confiance.

Ainsi, la mise en place de moyens humains innovants, le développement d'une écoute attentive et de moyens de communication non verbaux vont permettre d'améliorer la prise en charge de ces femmes migrantes, soucieuses du respect de leurs traditions, dans ce moment si important qu'est la naissance.

CONCLUSION

Ce travail a permis de mettre en évidence l'importance d'un système de soins culturellement adapté. L'exemple péruvien, au travers de la mise en place du programme « *maternidad saludable* », montre que les femmes des populations indigènes refusaient toute prise en charge au sein des établissements de santé, en raison du non respect de leurs traditions et de leurs coutumes. L'étude présentée ici a mis en évidence les différents niveaux d'application de l'adaptation culturelle des soins, à travers notamment la pratique de l'accouchement vertical.

L'expérience du centre de santé Huancarani souligne l'importance de l'utilisation conjointe et articulée de modèles de soin occidentaux et traditionnels, afin d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins dispensés à ces femmes. Certaines difficultés ont été révélées par l'enquête : ainsi, l'absence ou la faible maîtrise de la langue quechua et le manque d'accessibilité des centres, dû au manque de moyens de transports, sont des freins à une réussite plus complète du programme. Afin de pallier ces difficultés, un nouveau plan d'action a été mis en place en 2009, insistant sur le développement et la diffusion des différents moyens de contraception, dans le but de promouvoir une maternité volontaire.

Bien qu'il ne s'agisse pas de transposer ce programme à la France, différentes propositions ont pu être formulées, relatives à la prise en charge des femmes migrantes, notamment celles issues de sociétés dites traditionnelles. La méconnaissance de leurs rites et la barrière linguistique peuvent, ici également, être un frein à leur prise en charge. Il serait donc intéressant d'approfondir les enseignements donnés aux étudiant(e)s sages-femmes, concernant les rites autour de la naissance dans les différentes cultures.

Sur le plan personnel, cette étude m'a permis de découvrir d'autres pratiques, articulant prise en considération des rites, des traditions et médecine de « base », et m'a sensibilisée à la nécessité d'adapter, dans la mesure du possible, nos prises en charge aux différents coutumes et souhaits des femmes immigrés en France.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] INEI. Instituto nacional de estadística e informática **[en ligne]**. Disponible sur : <www.inei.gob.pe> (consulté le 22.12.11)
- [2] UNICEF. Atlas sociolingüístico de Pueblos Indígenas de América Latina Fichas nacionales **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.unicef.org/lac/PERU_revisado.pdf> (consulté le 22.12.11)
- [3] INDEX MUNDI. Perú Tasa de mortalidad infantil **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.indexmundi.com/es/peru/tasa_de_mortalidad_infantil.html> (consulté le 15.12.11)
- [4] ENRIQUE DONOSO SIÑA. Mortalidad perinatal en las Americas. Revista chil obstet ginecol **[en ligne]**. 2005, 70(5), pages 279-280. Disponible sur : <<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v70n5/art01.pdf>> (consulté le 16.12.11)
- [5] DIFUSION ARQUEOLOGICA DEL PERU. La cultura Mochica **[en ligne]**. Disponible sur <www.arqueologia.deperu.com/mochec.html> (consulté le 10.10.11)
- [6] MUSEO LARCO. Tesoros del antiguo Perú **[en ligne]**. Disponible sur : <www.museolarco.org/ep_sc.shtml> (consulté le 10.10.11)
- [7] INSEE. Institut national de la statistique et des études économiques **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=T12F035> (consulté le 06.10.11)
- [8] JACQUELINE COVO. Introduction aux civilisations latino-américaines. Edition Nathan, Paris, 1995, 128 pages.
- [9] ENCOLOMBIA. Historia de la ginecobotrícia en Colombia **[en ligne]**. Disponible sur : <www.encolombia.com/epoca%20pre2_ginecobotrícia.htm> (consulté le 22.10.11)

[10] COLEGIO DE OBSTETRAS. La obstetricia en el Peru **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.colegiodeobstetrasdelperu.org/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=112&Itemid=60> (consulté le 22.10.11)

[11] LISSEL QUEIROZ PEREZ. El arte obstetrix. Les sages-femmes et la construction d'un savoir obstétrique dans le Pérou du XIXème siècle (1826-1900). **In**: Laboratoire des identités-cultures-territoires. Mobilités et circulation des savoirs, le 19 novembre 2011, Paris **[en ligne]**. Disponible sur : <<http://personae.jimdo.com/1-colloques-journ%C3%A9es-d-%C3%A9tude-conf%C3%A9rences-seizi%C3%A9mistes/novembre-2011/nov-2011-mobilit%C3%A9s-et-circulation-des-savoirs/>> (consulté le 12.12.11)

[12] PEÑA NOLE NANCY, Evolución histórica del ejercicio profesional y la formación académica del obstetra en el país y la región **[en ligne]**. Sage-femme. Perou : université national de Tumbes, 2008. Disponible sur : <<http://www.slideshare.net/NANPEN0/historia-de-la-obstetricia>> (consulté le 12.12.11)

[13] SLIDESHARE. Sistemas de salud **[en ligne]**. Disponible sur : <<http://www.slideshare.net/centroperalvillo/sistemas-de-salud-pps>> (consulté le 12.12.11)

[14] COMMITE DU SIS. Evaluación del efecto del seguro integral de salud en los indicadores de salud pública y gastos de bolsillo periodo 2002-2009 **[en ligne]**. Peru, 2011. Disponible sur : <http://www.sis.gob.pe/portal/publicaciones/Consolidado_Informe_2002-2009_07_02_2011.pdf> (consulté le 21.12.11)

[15] CARLOS BARDALEZ DEL AGUILA. La salud en el Perú **[en ligne]**. Disponible sur <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/saludenelperu.pdf>> (consulté le 15.12.11)

[16] COLEGIO DE OBSTETRAS DEL PERU. La profesión de obstetricia y el obstetra **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.colegiodeobstetrasdelperu.org/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=326&Itemid=111> (consulté le 15.10.11)

[17] CONGRESO DE LA REPUBLICA. Loi 27 853 « ley de trabajo de la obstetris ». El peruano, n°8159, le 23 octobre 2002 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.colegiodeobstetrasdelperu.org/portal/index.php?option=com_rokdownloads&view=folder&Itemid=89> (consulté le 05.12.11)

[18] CONSEJO NACIONAL DEL COLEGIO DE OBSTETRICES. Código de Etica y deontología. [en ligne] Art 18 del decreto ley 21 210 y del art 78 del capítulo XIII del estatuto respectivo. 17.07.1979. Disponible sur : <<http://www.unjbg.edu.pe/faob/pdf/codigoetica.pdf>> (consulté le 17.12.2011)

[19] SOCIEDAD PERUANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. Importancia del control prenatal [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.spog.org.pe/articulos.php?articulo=2>> (consulté le 14.11.11)

[20] AMILCAR RIOS REYES. Control prenatal [en ligne]. Disponible sur : <http://www.geocities.com/amirhali/_fpclass/CPN.htm > (consulté le 14.11.11)

[21] VILMA SANDOVAL FALCON. Atencion prenatal, parto institucional y atencion posparto en el Peru :efectos individuales y de la comunidad.[en ligne]. Pérou, Magister en Estadística con énfasis en Población y Salud, 2002, 34p. Disponible sur : <<http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=50273> > (consulté le 14.11.11)

[22] MINSA. Gestión local para la implementación y el funcionamiento de la casa materna [en ligne]. Lima : 1^{ère} édition : UNFPA, 2010, 41 pages. Disponible sur : <<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/casamaterna.pdf>> (consulté le 14.11.11)

[23] MINSA. Documento técnico : casas de espera materna modelo para la implementación [en ligne]. Disponible sur : <http://bvs.minsa.gob.pe/local/RRHH/847_MS-PROM032.pdf> (consulté le 14.11.11)

[24] FABIENNE LESTAGE. Naissance et petite enfance dans les Andes péruviennes. Edition l'Harmattan. Coné-sur-Noireau : 1999, page119

[25] FABIENNE LESTAGE. Naissance et petite enfance dans les Andes péruviennes. Edition l'Harmattan. Coné-sur-Noireau : 1999, page120

[26]MINSa. Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural. NT N°33-MINSa/DGSP-V.01, Lima 2005, 32 pages.

[27]INEI. Datos generales en Perú [**en ligne**]. Disponible sur : <<http://proyectos.inei.gob.pe/mapas/bid/>> (consulté le 01.01.2012)

[28] FABIENNE LESTAGE. Naissance et petite enfance dans les Andes péruviennes. Edition l'Harmattan. Coné-sur-Noireau : 1999, page 80

[29] FABIENNE LESTAGE. Naissance et petite enfance dans les Andes péruviennes. Edition l'Harmattan. Coné-sur-Noireau : 1999, page84

[30] MINSa. Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015. No 2009-06406 [**en ligne**]. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - Lima: Ministerio de Salud; 2009.56 p. Disponible sur : <http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2009/normas/1_penrmm.pdf> (consulté le 17.01.12)

[31] MIMDES. Los resultados de la ENDES 2009. [**en ligne**]. Disponible sur : <http://www.mimdes.gob.pe/files/DIRECCIONES/DGPDS/indicadores/boletin_02_endes2009.pdf> (consulté le 17.01.12)

[32] LISE BARTOLI. Venir au monde. Petite Bibliothèque Payot. Lonrai : éditions Payot & Rivages, mai 2010, 277 pages.

Images utilisées:

- Figure 1, première partie : carte du Pérou [**en ligne**]. Disponible sur : <<http://www.skyscraperlife.com/latin-bar/56294-conoce-un-pais-magico-milenario-y-misterioso.html>> (consulté le 19.10.11)
- Figure 2, première partie : bouteille en céramique Museo Larco Lima [**en ligne**]. Disponible sur : <www.museolarco.org/ep_sc.shtml> (consulté le 10.10.11)
- Figure 3, première partie : Benoitte Cadeau-Fessel [**en ligne**]. Disponible sur : <http://www.colegiodeobstetrasdelperu.org/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=112&Itemid=60> (consulté le 10.10.11)
- Figure 1 deuxième partie : carte du Pérou [**en ligne**]. Disponible sur : <<http://www.voldiscount.es/vuelos/vuelo-peru.php>> (consulté le 10.10.11)

Les figures 4 à 9 et la figure utilisée en page de couverture sont des photos prises dans le centre de santé Huancarani, dans la période d'août à septembre 2011. La totalité des personnes présentes sur les photos ont donné leur accord oral pour la diffusion des images. Étant analphabètes, un accord écrit n'était pas envisageable

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

INEI : instituto nacional de estadísticas e informática

MINSA : ministerio de la salud

ESSALUD : seguro social en salud

SIS : sistema integral de salud

ONG : organisation non gouvernementale

SC : sous cutanée

IM : intra musculaire

IV : intra veineux

NN : nouveau-né

TA : tension artérielle

HU : hauteur utérine

HTA : hypertension artérielle

CSH : centre de santé Huancarani

BCF : bruits cardiaques fœtaux

SFA : souffrance fœtale aigue

RPM : rupture prématurée des membranes

SA : semaines d'aménorrhées

UI : unité internationale

CSH : centre de santé Huancarani

NACL : chlorure de sodium

VVP : voie veineuse périphérique

PI : périnée intacte

D/S : déchirure suture

ANNEXES

Annexe I : Entretien avec les professionnels en français

Annexe II : Entretien avec les professionnels en espagnol

Annexe III : Grilles d'observation du travail, de l'accouchement, de la délivrance

Annexe IV : Résultats des grilles d'observation

Annexe V : Prospectus délivré aux gestantes lors du suivi de grossesse

Annexe VI : « *Plan de parto* »

Annexe VII : Dossier obstétrical

Annexe VIII : Prospectus d'informations délivré aux femmes

Annexe IX : Affiche explicative de la position d'accouchement vertical

Annexe X : Plan de la structure du centre de santé Huancarani

Annexe I :

Entretien n°

I. Informations générales

- Sexe : H F
- Age : 20-29 ans 30-39 ans 40-49 ans 50 et +
- Situation familiale : - célibataire marié concubinage divorcé veuf
 - nombre d'enfants 0 1 2 3 et +
- Région d'origine :
- Lieu d'habitation actuel :

II. Parcours professionnel

- Profession exercée : Médecin
 - Infirmier(e) spécialisé(e) en obstétrique
 - Infirmier(e)
 - Autre :
- Lieu de formation :
- Parcours professionnel :
 - Durée de l'exercice professionnel : 0-2 ans 3-5 ans
6-10 ans 10-15 ans >15ans
 - Lieu d'exercice et secteurs d'activités :

.....
.....
.....

III. Exercice actuel

- Choix personnel : oui non
- Mode de recrutement : demande proposition extérieure autre :.....
- Formation spécifique pour ce poste :
 - Théorique : Connaissances dans les rites et les traditions :
Oui Non
 - Sensibilisation à leurs pratiques : Oui
Non

Autre :

➤ Pratique : Surveillance de la grossesse : oui non

Commentez :

Accouchement vertical : oui non

Commentez :

Accueil du nouveau-né : oui non

Commentez :

Devenir du placenta : oui non

Commentez :

Autre :

- Langue Quechua : Formation à la langue : oui non

Lu parlé écrit compris

Sensibilisation à l'utilisation de pictogramme : oui non

Utilisation de pictogramme oui non

Interprète oui non

IV. Evaluation des pratiques dans le centre

- Lié à la structure :

➤ Effectif : Suffisant

Insuffisant

Si insuffisant de combien faudrait-il augmenter le personnel :

➤ Formation /Adaptation au poste :

• La formation vous a-t-elle paru suffisante ?

- Pour la théorie : Oui

Non

Commentez :

- Pour la pratique : Oui

Non

Commentez :

➤ Le compagnonnage :

Avez-vous bénéficié, au début de votre pratique, d'un compagnonnage ?

Oui

Non

- Lié à la population :

➤ Le centre est-il connu par les populations : Oui

Non

Commentez :

➤ La distance est-elle un frein à l'utilisation du centre ?

Non

Oui

Si oui, suggestions pour y remédier :

➤ L'accessibilité (distance, moyen de locomotion, état des routes) est-elle un frein à l'utilisation du centre ?

Non

Oui

Si oui, suggestions pour y remédier :

➤ Le centre et les soins sont-ils adaptés aux besoins réels de la population ?

Oui

Non

Si non que faudrait-il changer ?

➤ Existe-t-il des consultations itinérantes dans les villages :

Oui

Non

Si non peut-on les mettre en place :

Avez-vous d'autres remarques, commentaires ou propositions à formuler

Annexe II :

Entrevista con los profesionales

• **Información general**

- Sexo H M
- Edad : 20-29 30-39 40-49 50 y +
- Situación familiar : - soltero casado en pareja divorciado viudo
 - hijos 0 1 2 3 y +
- lugar de residencia
- lugar de origen

• **Recorrido profesional**

- Profesión ejercida
- Lugar de formación
- Recorrido profesional :
 - ⇒ Desde cuando trabaja : 0-2 3-5 6-10 10-15 >15
 - ⇒ Donde ha trabajado :
 -
 -
 -

• **Situación profesional presente :**

- Fue una elección ? si no
- Como lo contrataron ? usted candidato propuesta exterior otro :.....
- Formación específica :
 - ⇒ Teórica : respeto de las tradiciones : si no
 - Rituales vinculados al parto : si no
 - Otro :
 - ⇒ Práctica : seguimiento del embarazo : si no
 - Parto vertical: si no
 - Atención del recién nacido: si no
 - Atención de la placenta: si no
 - Otro :

- Quechua : Formación : si no
- Leido hablado escrito entendido
- Utilización de pictogramas : si no
- Interprete : si no

• **Evaluación de las practicas :**

- La estructura :
 - ⇒ Formación de los profesionales :
.....
 - ⇒ Efectivo : suficiente insuficiente
 - ⇒ Si insuficiente, cuantas personas mas harian falta ?.....
 - ⇒ Adaptación al puesto :
 - Formación suficiente para la práctica : si no
 - Formación suficiente para la teoria : si no
 - Beneficio de un compañerismo ? si no
 - Faltan cosas ? si no
 - Cuales ?
- El público
 - ⇒ Es la distancia un obstáculo ? si no
 - ⇒ Si es un obstáculo, como solucionar aquel problema ?
 -
 -
 -
- ⇒ Ubicación del centroro :
.....
- ⇒ Es o no el centro conocido entre la población de la zona : si no
- ⇒ Si no como solucionar aquel problema ?
-
-
- ⇒ Se adapta el centro a las necesidades reales de la población ? si no
- ⇒ Que habría que cambiar ?
-
-
- ⇒ Se realizan consultas prenatales móviles ? si no

⇒ Si no, como implementar semejante proyecto ?

.....

.....

Tiene algo que añadir ?

.....

		TRAVAIL	OBS 1	OBS 2	OBS 3	OBS 4
Aménagement espace	Couleur	Murs				
		Linge				
	Matériel	Lit				
		Corde				
		Chaise				
		Sol				
Notes:						
Prise en charge	Surveillance	TA				
		RCF				
		W :TV				
		Médications				
	PEC douleurs	Massage/ relaxation				
		Infusion				
		Changement de posture				
	Alimentation	Solide/ liquide				
Infusion						
Notes:						
Interaction	Attitude de la parturiente					
	Intervention des prof.	Actes				
		Info.				
		Position				
Intervention des non prof.						
Notes:						

Annexe III :

ACCOUCHEMENT			OBS 1	OBS 2	OBS 3	OBS 4
Aménagement espace	Couleur	Murs				
		Linge				
	Matériel	Lit				
		Corde				
		Chaise				
		Sol				
Notes:						
Prise en charge	Surveillance	TA				
		RCF/CU				
		TV				
		Médications				
		instrumentation				
		Episio/suture				
		poussée				
Notes:						
Interaction	Attitude de la parturiente					
	Intervention des prof.	Modère				
		Epaules				
		Expression ut				
	Intervention des non prof.	Rôle poussée				
		Installation				
Encouragement						
Notes:						

DELIVRANCE		OBS 1	OBS 2	OBS 3	OBS 4
Prise en charge	Medication	10 UI synto Im			
		Breuvage			
	Actions	Attacher cordon pied			
		Tps attente			
Notes:					
Interaction	Attitude de la parturiente				
	Intervention des prof.	Traction cordon			
		Dépissement SI			
		DARU			
	Qui dispose du placenta				
	Intervention des non prof.	Rites associés			
Notes:					

Annexe IV :


cas n°	age	parité	age gesta	nbre cs	TRAVAIL									ACCOUCHEMENT		DELIVRANCE								
					VVP	TA	RCF	TV	TV arrivée	infusion	massage	intervenant	alimentation	mode acc	suture	DD	Toux	traction	placenta	faja	bandeau	HPP	transfert	
1	19	1	40	8	oui	oui	oui	oui	7	mate coca	oui	mari	chocolat	horit	épisio	oui	oui	oui	mari	non	oui	non	non	
2	20	1	39	10	oui	oui	oui	oui	4	manzanilla	oui	père-mère	chocolat	horit	épisio	oui	oui	oui	mari	oui	non	non	non	
3	34	6	39	2	oui	oui	oui	oui	complète	-	-	mari	-	vertical	PI	oui	oui	non	mari	oui	non	non	non	
4	20	1	39	5										DOMICILE		non	non	oui	mari	non	non	oui	oui	
5	18	1	38	8	oui	oui	oui	oui	3	oui	non	mari	non	VERTICAL	PI	oui	non	oui	mari	oui	non	non	non	
6	41	5	36	5										DOMICILE		non	non	non	non	non	non	oui	oui	
7	21	2	41	6	oui	oui	oui	oui	6	non	oui	père-mère-mari	chocolat	vertical	PI	oui	non	oui	mari	oui	oui	non	non	
8	25	1	39	4	oui	oui	oui	oui	complète	-	-	mari	-	4 pattes	D/S	oui	non	oui	mari	non	non	oui	oui	
9	38	10	41	5	oui	oui	oui	oui	complète	-	-	mari	-	vertical	PI	oui	oui	oui	mari	oui	oui	non	non	
10	30	3	38	8	oui	oui	oui	oui	8	mate coca	non	mari	bouillon sans sel	vertical	D/S	oui	oui	oui	mari	oui	non	non	non	
11	30	3	32	5	oui	oui	oui	oui	9	-	-	mari	-	vertical	PI	oui	non	oui	mari	oui	oui	non	non	
12	29	6	36	4	oui	oui	oui	oui	complète	-	-	mari	-	horit: la méco	PI	oui	non	oui	non	non	non	non	oui	
13	40	11	39	6	oui	oui	oui	oui	9	-	oui	seule	-	vertical	PI	oui	oui	oui	mari	oui	non	non	non	
14	biais	biais	biais	biais										acc PS								oui	oui	
15	39	2	40	8	oui	oui	oui	oui	5	mate	non	mari	bouillon sans sel	horizont :IEE	PI	oui	non	oui	mari	oui	oui	non	non	
16	15	1	39	8	oui	oui	oui	oui	3	mate	oui	belle-famille	feuilles coca	horiz	épisio	oui	oui	oui	mari	oui	oui	non	non	
17	18	1	40	10					3	mate coca	oui	mari-mère	chocolat/bouillon	cesar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui
18	37	3	36	5	non	non	non	non	non	-	-	mari	-	4 pattes	D/S	non	non	oui	mari	oui	oui	oui	non	
19	35	7	41	10	oui	oui	oui	oui	1 doigt	mate anis	oui	seule	non	vertical	D/S	oui	non	oui	non	non	non	oui	oui	
20	39	7	38	5	oui	oui	oui	oui	complète	-	-	mari	-	vertical	PI	oui	non	oui	mari	oui	oui	non	non	
21	38	4	39	4	oui	oui	oui	oui	7	non	oui	mari	bouillon sans sel	cesar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui
22	38	5	35	7	oui	oui	oui	oui	complète	-	-	mari	-	horiz: SIEGE	PI	non	non	oui	mari	oui	oui	oui	oui	
23	39	6	34	4	oui	oui	oui	oui	complète	-	-	mari	-	vertical	PI	oui	non	oui	mari	oui	oui	non	non	

SI TIENES ALGUNOS DE ESTOS SINTOMAS ACUDE URGENTE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD


Maternidad Salud

DURANTE EL CONTROL PRENATAL


SOLICITA TODAS LAS PRUEBAS QUE NECESITAS INCLUIDA LA DEL VIH - SIDA




TE VACUNARAN CONTRA EL TÉTANO



TE CONTROLARAN TU PESO.



TE TOMARAN LA PRESIÓN.




CURARÁN TU DENTADURA




VÓMITOS ABUNDANTES




FIEBRE




**- HINCHAZÓN DE PIERNAS Y MANOS.
- DOLOR DE CABEZA**




**- HINCHAZÓN EXAGERADA
- SANGRADO
- PÉRDIDA DE LÍQUIDO**



- EL BEBÉ NO SE MUEVE MÁS DE UN DÍA




- SANGRADO




LO QUE DEBEMOS HACER


PLANIFICAR CUANTOS HIJOS TENER



COMPARTIR ROLES EN CASA



ALIMENTARSE BIEN



ACUDIR A LOS CONTROLES MENSUALES





Maternidad Segura y Saludable

SI TIENES
ALGUNOS
SINTOMAS ACERCA
AL ESTABLECIMIENTO

AL PLANIFICAR TU FAMILIA ...



Cuidas tu Salud

¿Sabías que quedar embarazada siendo aun muy joven o después de los 35 años puede poner en riesgo tu salud y la de tu bebe?

Cuidas tus relaciones de pareja

Contar con tiempo para conversar y dialogar con tu pareja te ayudara a tener una mejor relación. Comunícate. Hablando se entienden las personas.



Mejora tu calidad de vida

Podrás darle a tus hijos una mejor educación, vivienda y alimentación.



Te autorealizas como mujer y como persona

Tu como mujer puedes decidir cuantos hijos tener, cuando tenerlos y con que método cuidarte. Decidir te ayudara a ser mujer, madre y ciudadana.



Annexe VI:

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS
**PREPARANDONOS PARA EL PARTO /EMERGENCIA
(PLAN DE PARTO)**



NOMBRE DE LA GESTANTE _____

EDAD _____ H. CL. _____ GRUPO SANGUÍNEO _____ FPP. _____

DIRECCIÓN (COMUNIDAD, SECTOR, ANEXO) _____

DIRECCIÓN DE REFERENCIA _____

EE.SS. _____ MICRO RED _____ RED _____

TELÉFONO DEL EE.SS. _____ FRECUENCIA DE RADIO DEL EE.SS. _____ TELÉFONO DE LA COMUNIDAD _____

NOMBRE DEL PROMOTOR DE SALUD _____

TIEMPO QUE TARDA EN LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO _____

FECHA		INICIO DEL PLAN DE PARTO (I TRIMESTRE)	VISITA DOMICILIARIA (II TRIMESTRE)	VISITA DOMICILIARIA (III TRIMESTRE)
1	EDAD GESTACIONAL			
2	¿DONDE SE ATENDERÁ SU PARTO?	HOSPITAL C.S.		
3	¿QUIEN DESEA QUE LE ATIENDA SU PARTO?			
4	¿EN QUE POSICIÓN PREFIERE DAR SU PARTO?	VERTICAL HORIZONTAL		
5	¿COMO SE VA A TRANSPORTAR EN EL MOMENTO DEL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?	CARRO CABALLO CAMILLA OTRO		
6	¿QUIEN AVISARÁ AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN EL MOMENTO DEL PARTO O PRESENCIA DE SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO?			
	¿CUÁLES SON LAS SEÑALES DE ALARMA EN EL EMBARAZO?: Vómitos frecuentes Dolor de cabeza o cefalea Piel, manos o cara hinchada Dolores antes de la fecha de parto Pérdida de sangre por sus partes La Wuawua no se mueve La Wuawua está atravesado OTROS. Tos, infección urinaria, malaria, bartonelosis, etc.			
7	¿QUIEN CUIDARÁ SUS HIJOS SU CASA Y ANIMALES DURANTE SU AUSENCIA?			
8	¿ACEPTARÍA IR A LA CASA DE ESPERA U OTRA CERCA DEL ESTABLECIMIENTO?			
9	¿SABE CUANDO DEBE IR A LA CASA DE ESPERA?	SI (FECHA) NO		
10	FIRMA DE LA GESTANTE			
11	FIRMA DE LA PAREJA, ACOMPAÑANTE O FAMILIAR			
12	FIRMA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA VISITA			



¿QUE PERSONAS LA ACOMPAÑARÁN O AYUDARÁN EN SU TRASLADO AL ESTABLECIMIENTO PARA EL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?

NOMBRE	PARENTESCO	¿QUERÍA SABER SI HUBO NECESIDAD?		DNI	FIRMA
		(SI)	(NO)		

¿QUE NECESITO PARA MI PARTO?

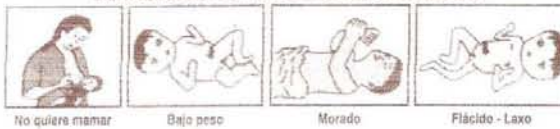
CARNET DE CONTROL PRE NATAL	ROPA PARA EL BEBE
CONTRATO DE AFILIACIÓN SIS	ROPA DE CAMBIO PARA LA MAMA
DNI SI TUVIERA	FRAZADILLA SI TUVIERA

NOTA: ESTE PLAN DEBERÁ INICIAR EN LA PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL CUANDO LAS FECHAS DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS PARA TENER EL PLAN DE PARTO COMPLETO AL TERCER TRIMESTRE


SEÑALES DE PELIGRO DESPUÉS DEL PARTO




SEÑALES DE PELIGRO DEL RECIEN NACIDO



Annexe VII :



PERU Ministerio de Salud



No. HC

■ = significa ALERTA ■ = requiere seguimiento continuo

Apellidos y Nombres: _____

Establ. Origen: No Aplica Referencia

DNI (L.E) N°

Dirección: _____

Localidad: _____ Cod. Sector: _____

Departamento: _____ Provincia: _____

Distrito: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Establecimiento: _____

Código Afiliación SIS:

Ocupación: _____ Edad: < 15 > 35

Estudios: Analfabeta Primaria Secundaria Superior Superior No Univ. Años aprobados

Estado Civil: Casada Conviviente Soltera Otro Padre RN: _____

Antecedentes Obstétricos

Gestas <input type="checkbox"/>	Abortos <input type="checkbox"/>	Vaginales <input type="checkbox"/>	Nacidos vivos <input type="checkbox"/>	Viven <input type="checkbox"/>
0 ó + 3 <input type="checkbox"/>				
< 2500 g <input type="checkbox"/>				
Múltiple <input type="checkbox"/>				
< 37 sem. <input type="checkbox"/>				

Partos Cesáreas

Nacidos vivos Muerto - 1ra. semana

Nacidos muertos Después - 1ra. semana

RN de mayor peso: g

Gestación Anterior

Fecha: ___/___/___

Terminación Intergestivo Si No Adecuado

Parto Vaginal Cesárea

Aborto Ectópico Aborto molar No Aplica

Si fue aborto: Tipo de Aborto Incompleto Completo Frustrado/Retenido Séptico No Aplicable

Lactancia Materna no hubo < 6 meses 6 meses o más No aplica

Lugar del Parto EESS Domic.

Captada: Si No Referida x Ag Comuni: Si No

Antecedentes Familiares

Ninguno Malaria

Alergias Hipertensión Arterial

Enf. Hipertens. Emb. Hipotiroidismo

Epilepsia Neoplasia

Diabetes TBC Pulmonar

Enferm. Congénitas Otros

Emb. Múltiple

Antecedentes Personales

Ninguno

Aborto habitual/recurrente

Alcoholismo

Alergia a medicamentos

Violencia

Asma Bronquial

Cardiopatía

Cirugía Pélv. uterina

Diabetes

Tipos de Sangre

Grupo: A B AB O

Rh: Rh (+) Rh(-) Sen Desc Rh(-) No Sen Rh(-) Sen

Vac. Previas

Rubeola Si No

Hepatitis B Si No

Papiloma Virus Si No

Peso y Talla

Peso Habitual: kg

Talla: cm

Antitética

N° Dosis Previa

1ra Sin dosis No Aplica

2da Sin dosis No Aplica

meses de gestación

Tipo de Sangre

Grupo: A B AB O

Rh: Rh (+) Rh(-) Sen Desc Rh(-) No Sen Rh(-) Sen

Fumar

N° Cigarros/día

Fecha Última Menstruación

FUM: ___/___/___ Duda: Si No

EG. (Ecografía) Sem. Fecha: ___/___/___

No Aplica

Fecha Probable de Parto: ___/___/___

Hospitalización

Hospitalización: Si No

Fecha: ___/___/___

Diagnóstico: _____

CIE 10:

Hospitalización

Fecha: ___/___/___

Diagnóstico: _____

CIE 10:

Violencia / género

Ficha Tamizaje Si No

Violencia Si No

Fecha: ___/___/___

Exámenes de Laboratorio

Hemoglobina 1: <input style="width: 30px;" type="text"/>	Hg(%) <input type="checkbox"/>	No se Hizo <input type="checkbox"/>	Fecha <input style="width: 30px;" type="text"/>
Hemoglobina 2: <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
Hemogl. al Alta: <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>

Western Blot: HTLV1: Negativo Positivo No se Hizo No Aplica Fecha

TORCH:

Gota Gruesa:

Fluorec. Malaria:

Ex. Comp. Orina:

Bacteriurina:

Nitritos:

Urucultivo:

BK en Espudo:

Listeria:

PAP: Normal Anormal No se Hizo No Aplica Fecha

Colposcopia:

Examen / Físico

Clinico: Sin Examen Normal Patológico

Mamas: Sin Examen Normal Patológico

Cuello: Sin Examen Normal Patológico

Uterino: Sin Examen Normal Patológico

Pelvie: Sin Examen Normal Patológico

Odont.: Sin Examen Normal Patológico

Exámenes de Laboratorio

Glicemia 1: Normal Anormal No se Hizo No Aplica

Glicemia 2: Tolerancia Glucosa: No reactivo Reactivo No se Hizo No Aplica

VDR/LRPR 1:

VDR/LRPR 2:

TPHA/VDR (RPR reactivo):

Prueba Rápida 1:

Prueba Rápida 2:

ELISA 1:

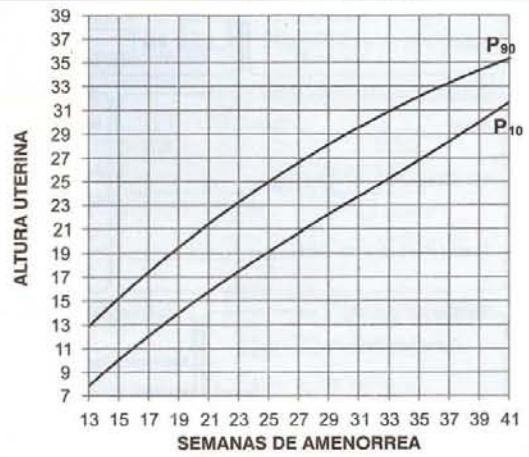
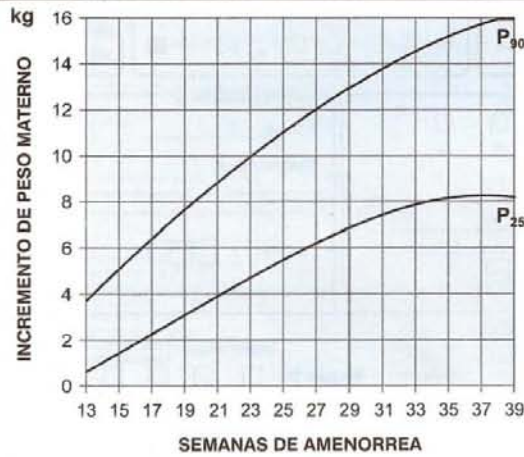
ELISA 2:

FILIACION Y ANTECEDENTES

DATOS BASALES DEL EMBARAZO ACTUAL

ATENCIÓN PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora atención (a/m/d hh:mm)	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :
Edad Gest. (semanas)									
Peso madre (kg)	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
Temperatura (°C)									
Presión arter. (mm. Hg)	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
Pulso materno (por min.)									
Altura Uterina (cm)	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
Situación (L/T/NA)									
Presentación (C/P/NA)									
Posición (D/I/NA)									
F.C.F (por min./NA)									
Mov. fetal (+/+ / +/+ / SM/NA)	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
Proteinuria Cualitativa (+/+ / +/+ / NSH)									
Edema (+ / + / + / + / SE)									
Reflejo Osteotendinoso (0, + / + / + / +)									
Examen de Pezón (Formado/ No Form / Sin Exam)									
Indic. Hierro / Ac Fólico (mayor o igual a 16 sem)									
Indic. Calcio									
Indic. Ac. Fólico									
Orient. Consej. (PF/ITS/Nut/Imm/VIH/TBC/No se hizo/NA)									
EG de Eco. Control (Sem/No se hizo/NA)									
Perfil Biológico (4, 6, 8, 10 de 10 INSH /NA)									
Cita (a/m/d)									
Visita domicil. (Si/No/NA)									
Plan Parto (control/visita/No se hizo/ NA)									
Estab. de la atención									
Responsable atención									
Nro. Formato SIS									

L = Longitudinal T = Transversa C = Cefálica P = Pélvica D = Derecha I = Izquierda SM = SinMovimiento SE = Sin Edema NA = No Aplica NSH = No se hizo



Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas

Sin patologías Fecha: / /

1. _____ / /

2. _____ / /

3. _____ / /

Otras patologías (CIE 10):

1: [][][][]

2: [][][][]

Referencia - Consulta Externa Si No No Aplica Fecha / / Establ. Trasl : _____

Referencia - Emergencia Si No No Aplica Fecha / / Establ. Trasl : _____

Referencia - Apoyo al Diagnost. Si No No Aplica Fecha / / Establ. Trasl : _____

PSICOPROFILAXIS ESTIMULACION PRENATAL PLAN DE PARTO Si No No Aplica ALOJADA EN CASA DE ESPERA Si No No Aplica

PARTO O ABORTO	Estado		Producto de la concepción		Hijo Único <input type="checkbox"/> Embarazo Múltiple <input type="checkbox"/> Orden <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/>			
	HCMP : Atención Prenatal <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/>							
	Ingreso al establecimiento por parto o aborto incomp. - Fecha y Hora: ____/____/____ : ____:____							
	REFERENCIA AL INGRESO	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	FREC. RESP.	SITUACION Longitudinal <input type="checkbox"/> Transversa <input type="checkbox"/>	POSICION Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/>	TAMAÑO FETAL ACORDE No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	INICIO Espontáneo <input type="checkbox"/> Inducido <input type="checkbox"/>	
	PULSO MATERNO		TEMP.		PRESENTACION Cefalica <input type="checkbox"/> Pelvica <input type="checkbox"/>	ALTURA UTERINA	DILATACION	
	PRESION ARTERIAL (Sistolica/Diastolica)	/	PESO	kg		cm	MEMBRANAS Rotas <input type="checkbox"/> Integras <input type="checkbox"/>	
			E.G.			F.C.F.	LIQUIDO AMNIOTICO Claro <input type="checkbox"/> Verde claro <input type="checkbox"/> Verde oscuro <input type="checkbox"/>	
	Signos y Síntomas de Alerta							
	Anasarca <input type="checkbox"/> Cianosis <input type="checkbox"/> Escotomas <input type="checkbox"/> Epigastralgia <input type="checkbox"/> Dolor hipocondr. <input type="checkbox"/>		Hematuria <input type="checkbox"/> Hipot. ortostática <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/> Proteinuria <input type="checkbox"/>		Corticoides antenatales (28-24 sem) Completo <input type="checkbox"/> No recibe <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>			SEM. INICIO
	Terminación Fecha: ____/____/____							
TERMINACION Aborto <input type="checkbox"/> P. Espontáneo <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Vacumn <input type="checkbox"/> Cesarea electiva <input type="checkbox"/> Cesarea emerg <input type="checkbox"/>	POSIC. GESTANTE Horizontal <input type="checkbox"/> Vertical <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>	PARTO GRAMA Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>	PARTO CON ACOMPAÑANTE Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	MUERTE INTRAUTERINA No hubo <input type="checkbox"/> Durante embarazo <input type="checkbox"/> Durante parto <input type="checkbox"/> Momento desconocido <input type="checkbox"/>	EPISIOTOMIA Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>	Indicación Principal Parto Operatorio <input type="checkbox"/> No hubo <input type="checkbox"/>		
DESGARROS No hubo <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III/IV <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	ALUMBRAMIENTO Activo <input type="checkbox"/> Expontáneo <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/>	PLACENTA Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Retenida <input type="checkbox"/>	LIGADURA CORDON Precoz <input type="checkbox"/> Temprana <input type="checkbox"/> tardía <input type="checkbox"/>	Atención				
Recién Nacido				Atención				
Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/>	Peso <input type="text"/> g <input type="checkbox"/> < 2500 g <input type="checkbox"/> < 1500 g <input type="checkbox"/> > 4000 g <input type="checkbox"/>	P. Cef. <input type="text"/> mm	Temp. <input type="text"/> C	PARTO ó LEGRADO Médico <input type="checkbox"/> Residente Médico <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Tec. de Enfermería <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empírica o partera <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Responsable de la atención del Parto o Legrado uterino: _____ (firma y sello)		
Talla <input type="text"/> mm	Edad por Ex. Físico <input type="text"/> sem <input type="checkbox"/> < 37 <input type="checkbox"/> > 42 <input type="checkbox"/>	APGAR: 4-6 <input type="checkbox"/> 0-3 <input type="checkbox"/>	1' <input type="text"/>	NIVEL FONP <input type="checkbox"/> FONB <input type="checkbox"/> FONE <input type="checkbox"/> FONI <input type="checkbox"/> Domiciliario <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		Responsable de la atención del Neonato: _____ (firma y sello)		
Peso x Edad Gestacional: Adecuado <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/>				HC RN: _____ NOMBRE RN: _____				
Exam. Físico Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>				Patología Recien Nacido Sin patologías <input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____				
Hospitaliz. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				1. _____ 2. _____ 3. _____				
S. Luética RN VDR/L/RPR <input type="checkbox"/>				Reanimación Respiratoria No <input type="checkbox"/> Bolsas y Máscara <input type="checkbox"/> Oxígeno <input type="checkbox"/> Reanim. Acanz. <input type="checkbox"/>				
Exam. VIH No reactivo <input type="checkbox"/> reactivo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>				Medicación En reanim. RN Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Necropsia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>				Vitamina K Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Ictericia Precoz Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Profilaxis Ocular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Alojamiento Conjunto Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>				Ctrl. Puerperio Inmediato Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Contacto Piel a Piel Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>				Egreso RN Fecha: ____/____/____				
LME Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>				Egreso Materno Fecha: ____/____/____				
Vacunas RN BCG Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hepatitis B Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Egreso Egreso Sano <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>				
Tipo de Sangre Grupo A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/>				Dx. Fallecim.: _____				
Rh Rh + <input type="checkbox"/> Rh - <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/>				Dx. Traslado: _____				
Horas/días postparto o aborto				Establ. Trasl.: _____				
Temperatura				Alimento Al Alta Pecho Solo <input type="checkbox"/> Pecho y Artificial <input type="checkbox"/> Artificial solo <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>				
Pulso (latidos/minuto)				TSH Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Pres. Arterial max/min. (mm. Hg)				Anticonceptivos Ligadura Tubaria <input type="checkbox"/> Abstinencia Periódica <input type="checkbox"/> Condón <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/>				
Involución uterina				MELA <input type="checkbox"/> Progestag. Inyectables <input type="checkbox"/> Progestag. Orales <input type="checkbox"/>				
Caract. Loquios (Sangrado: Leve, Moderado, Severo)				Reingreso RN Fecha: ____/____/____				
Herida oper. (abdominal/periné)				Reingreso Materno Fecha: ____/____/____				
Observaciones				Reingreso Reingreso No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>				
				Diagnóst.: _____				
				Fecha egreso: ____/____/____				
				Egreso Egreso Sano <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>				
				Dx. Fallecim.: _____				
				Dx. Traslado: _____				
				Establ. Trasl.: _____				
				Fecha ____/____/____ Control RN Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

¡Acude rápido...!

En el Centro de Salud confirmarás tu embarazo.



Acude al Centro de Salud desde el inicio de tu embarazo y cumple con las indicaciones.

Si estás embarazada...

El SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS) garantiza el control de tu embarazo, es GRATIS... inscríbete.

www.minsa.gob.pe



**Para mayor información
Llama gratis a Infosalud
0800 - 10828**

Fondo Mundial VI Ronda Objetivo 3
prevención de la Transmisión vertical del VIH que alcanza al 80% de los centros de atención materna del país.
Proyecto ejecutado por: Consorcio Objetivo 3 - Macro Región Centro Sur - Sexta Ronda



PLANES NACIONALES MULTISECTORIALES:
INTEGRANDO RECURSOS EN LA LUCHA CONTRA
EL VIH Y SIDA EN EL PERÚ



Esta publicación ha sido producida gracias al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, bajo la licencia de donación SIDA Mundo VHA (PER-407-GDS-H). Las opiniones expresadas por el autor(es) no necesariamente reflejan el punto de vista del Fondo Mundial.

¿Estoy embarazada?



¿Cómo saber si estás embarazada?

Cuando:



• No te viene la regla (No baja la sangre).

Controla tu regla:

• Marca todos los meses los días que te baja la sangre.

MARZO

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
1	2	3	4	5	6	7
X	X	X	X	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

ABRIL

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	



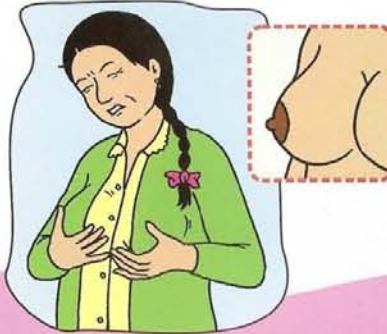
* Si tienes un atraso de 10 días o más puedes estar embarazada.



• Sientes más sueño.

• Te cansas más rápido.

• Los pechos te crecen y duelen.
• Los pezones se te ponen oscuros.

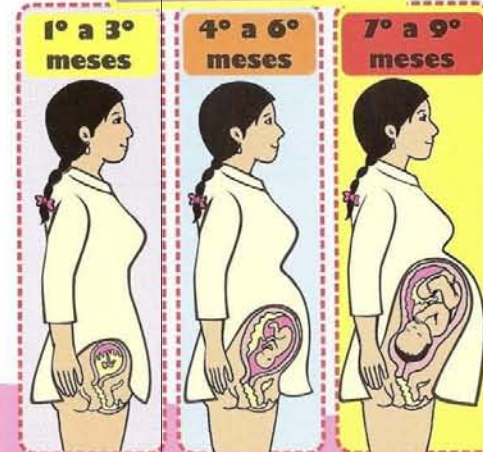


• Te pueden salir manchas en la cara.



• Puedes sentir náuseas y vómitos.

• Tu bebé se desarrolla y tu barriga crece.



Annexe IX :



Annexe X :



RÉSUMÉ

Les femmes indigènes péruviennes, soucieuses de préserver leurs coutumes au moment de l'accouchement, se retrouvent en marge de la société, éprouvant ainsi de grandes difficultés à accéder aux soins. Afin de réduire ces inégalités, un programme d'adaptation culturelle des soins a été mis en place, notamment à travers l'accouchement vertical. On trouvera ici un questionnement au sujet des différentes pratiques d'accouchement, en prenant l'exemple d'un centre de santé situé dans une zone rurale des Andes péruviennes. L'enquête réalisée auprès des professionnels de santé et des gestantes du centre de santé Huancarani, a permis de mettre en évidence l'importance d'un système de soin culturellement adapté et de l'utilisation conjointe d'un modèle de soins traditionnel et médical de « base ». Certaines difficultés persistent néanmoins : la non-maîtrise de la langue quechua et le manque d'accessibilité des centres de santé créent des freins à la prise en charge.

Cette expérience péruvienne est riche de leçons pour engager une réflexion sur la prise en charge des femmes migrantes en France. La méconnaissance de leurs rites et la barrière linguistique peuvent en effet constituer un frein à leur prise en charge optimale.