

Université de Montréal

Etude qualitative sur les causes du premier retard et leur impact sur la morbidité
des urgences obstétricales. Le cas des échappées belles du District de Diema
(Mali).

Par Fame Thiaba

Département de Médecine sociale et préventive.
Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté de Médecine en vue de l'obtention du grade de
Maîtrise en Santé communautaire
Option recherche

Avril 2012

©, Fame Thiaba, 2012

Université de Montréal

Faculté de Médecine

Ce mémoire intitulé :

Etude qualitative sur les causes du premier retard et leur impact sur la morbidité des urgences obstétricales. Le cas des échappées belles du District de Diema (Mali).

Présenté par :

Fame Thiaba

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Nguyen, Vinh Kim
Président-rapporteur

Fournier, Pierre
Directeur de recherche

Ridde, Valery
Codirecteur

Groleau, Danielle
Examineur externe

Avril 2012

Résumé

L'accouchement et ses conséquences demeurent une des principales causes d'incapacité et de décès pour les femmes dans les pays en développement et **comprendre** l'utilisation tardive des soins obstétricaux d'urgence au moment d'une complication obstétricale constitue un véritable défi en santé publique.

La présente étude qualitative relate l'expérience d'accouchement difficile au Mali, en milieu rural. Dans un contexte de pluralité de systèmes de soins, l'objet de cette étude consiste à déterminer les raisons de l'arrivée tardive des femmes au centre de santé de 1^{er} ligne, à saisir la compréhension qu'elles ont de l'utilisation des services sanitaires, enfin à reconstruire les processus de prise de décisions de recourir aux soins modernes. Cette étude s'inscrit dans une démarche de type ethnographique. Des entretiens semi dirigés et l'observation des interactions entre les femmes et les professionnels de santé ont constitué le corpus de données.

Nous retenons qu'une série de facteurs entrent en jeu pour comprendre le problème de l'utilisation tardive des soins obstétricaux d'urgence. Des contraintes exogènes liées à la distance et l'immédiateté de l'urgence obstétricale c'est-à-dire la mobilisation des ressources et des moyens de transport, accompagnées de contraintes endogènes telles que la subordination des femmes au consentement familial, la perception de la qualité des soins et de la compétence des soignants, influencent systématiquement le choix de recourir aux soins modernes. Le phénomène de gestion collective de la complication obstétricale s'inscrit dans un contexte d'interactions complexes où l'opinion des femmes est totalement minimisée.

Mots clés : Mali, premier délai, ethnographie, échappée belle, interaction, maternité, pouvoir

Abstract

Childbirth and its consequences remain a leading cause of disability and death for women in developing countries and the late use of emergency obstetric care during obstetric complications is a challenge in public health.

This qualitative study describes the experience of difficult childbirth in Mali, in rural areas. In a context of multiple systems of care, the purpose of this study is first to determine the reasons for the late arrival of women in the health center, to grasp their understanding of the use of health care services, and finally to reconstruct the decision making process to use modern health care. This study is part of an ethnographic approach. Semi-structured interviews and observation of interactions between women and health professionals were conducted.

Numerous factors come into play to understand the problem of late use of emergency obstetric care. Exogenous constraints related to the distance and immediacy of the obstetric emergency that is to say the mobilization of resources and means of transport, influence the choice of women to use modern obstetric cares. In the same way, endogenous constraints such as the subordination of women in the family consent, perception of quality of care and skill of caregivers, systematically influence the choice to use modern health care. Collective management of obstetric complications we have observed, occur in a context where the opinion of women is completely minimized.

Key words: Mali, first delay, ethnography, maternal mortality, near miss, obstetric complication.

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux et figures.....	vii
Liste des sigles et abréviations.....	viii
Dédicaces.....	ix
Remerciements.....	x
Chapitre I : Introduction.....	1
1. Introduction.....	2
2. Problématique.....	2
2.1. La mortalité maternelle dans le monde et en Afrique.....	2
2.2. La mortalité maternelle : un problème de santé publique majeur.....	4
2.3. La mortalité maternelle : causes et déterminants.....	5
2.4. Intervention de lutte contre la mortalité maternelle : ou en sommes-nous ?...	7
3. Contexte de l'étude.....	10
3.1. Portrait du système de soins au Mali.....	12
3.2. Le Système de Référence Évacuation (SRÉ) et la gratuité de la césarienne.....	14
3.3. Portrait du système de soins de la région de Kayes.....	15
3.4. La situation sanitaire du cercle de Diéma.....	16
Chapitre II : Recensement des écrits.....	17
4. Revue de la littérature.....	18
4.1. Les déterminants de l'utilisation des structures de santé en Afrique.....	18
4.1.1. Caractéristiques individuelles des sujets.....	19
4.1.2. Déterminants liés aux services de santé et perceptions de la qualité des soins.....	23
4.2. Les facteurs agissant sur la décision de recourir aux soins.....	25
4.2.1. La difficulté dans la reconnaissance de la complication.....	25

4.2.2. Le recours à la médecine traditionnelle et à des pratiques culturelles traditionnelles.....	27
4.2.3. La perception de la qualité des soins et les rapports entre soignants et soignés.....	29
4.2.4. La distance, les coûts et la mobilisation des revenus.....	30
4.3. Participation des femmes au processus de prise de décision.....	31
4.4. L'importance du premier délai.....	33
4.5. Pertinence d'une étude sur la mortalité maternelle à partir de cas de morbidité maternelle : la survenue d'un cas d'échappée belle.....	34
Chapitre III : Cadre conceptuel et questions de recherche.....	36
5. Cadre Conceptuel.....	37
6. Objectifs de la recherche.....	40
Chapitre IV : Devis méthodologique.....	41
7. Méthodologie.....	42
7.1. Démarche méthodologique.....	42
7.1.1. Devis constructiviste.....	42
7.1.2. La démarche ethnographique.....	43
7.2. Entrée sur le terrain et population à l'étude.....	44
7.2.1. Informations sur l'étude et entrée sur le terrain.....	44
7.3. Participants à l'étude.....	47
7.3.1. Sélection des participants.....	48
7.3.2. Source de données.....	49
7.4. Recrutement des participants.....	52
7.4.1. Profil sociodémographique des participants.....	53
7.5. Instrument de collecte de données.....	57
7.5.1. Entrevues semi dirigées et questions ouvertes.....	57
7.5.2. Les observations.....	58
7.5.3. Les focus groups.....	60
7.6. Processus et déroulement de la collecte de données.....	62
8. Considérations éthiques.....	66
9. Analyse des données.....	66

9.1.	Les étapes de l'analyse et du traitement des données empiriques.....	67
9.1.1.	L'analyse de contenu	67
9.1.2.	La grille d'analyse.....	68
9.2.	Le codage et traitement des données.....	71
9.2.1.	Procédures de codages.	72
9.3.	Traitement des données.....	74
Chapitre V : Résultats de recherche.....		75
10.	Résultats de recherche.....	76
10.1.	Contexte socioculturel de l'expérience d'enfantement	76
10.1.1.	Perceptions culturelles et croyances locales autour de la grossesse et l'accouchement.	76
10.1.2.	Perception de la complication obstétricale.....	89
10.2.	Perception de l'accessibilité.....	97
10.2.1.	Proximité des centres de santé et moyen de transport.....	97
10.3.	Dépenses et coûts de santé	101
10.4.	Perception de la qualité des soins et relations avec le centre de soins. ...	104
10.4.1.	La préparation de la grossesse : les consultations prénatales.....	104
10.4.2.	Accueil au centre de soins.....	110
10.4.3.	Perception des soins de santé modernes.....	111
10.4.4.	Perception des soignants	113
10.6.	Processus de prise de décision de recourir aux soins modernes.	117
10.6.1.	Acteurs de la prise de décision.....	117
10.6.2.	Motifs de la prise de décision	120
10.6.3.	Déroulement de la prise de décision.	121
Synthèses des résultats.....		127
1.	Contexte socioculturel de l'expérience d'enfantement	128
2.	Perception de la complication obstétricale.....	128
3.	Perception de l'accessibilité.....	128
4.	Les dépenses et coûts de santé	129
5.	Perception de la qualité des soins.....	129
6.	Le processus de prise de décision de recours aux soins.....	130

Chapitre VI : Discussion.....	131
Influence des croyances et pratiques traditionnelles sur la décision du recourir aux soins modernes.....	132
L'identification de la complication obstétricale et son impact sur la décision de recours aux soins modernes.	138
Position sociale de la femme : déterminant de la décision de la consulter.	140
La perception de l'accessibilité et son influence sur la prise de décision de recourir aux soins.	142
Rendre le système de santé digne de confiance	145
Contribution et limites du cadre de Thaddeus et Maine.	147
Le Processus de prise de décision de recourir aux soins modernes.	149
Chapitre VII : Conclusion et Recommandations	157
12. Conclusion	158
12.1. Recommandations.....	158
12.2. Conclusion	161
Bibliographie.....	163
Annexes	xi

Liste des tableaux et figures

Liste des Tableaux

Tableau I : Mortalité maternelle et accouchement assisté en Afrique de l'ouest

Tableau II : Profil sociodémographique des échappées belles

Tableau III : Profil sociodémographique des membres de la famille des échappées belles

Tableau IV : Profil sociodémographique des professionnels de santé

Tableau V : Caractéristiques socioéconomiques des participants du focus group

Tableau VI : Historique obstétrical des échappées belles

Tableau VII : Historique de fréquentation de la structure sanitaire par les participantes du Focus Group

Tableau VIII : Acteurs de la prise de décision de recourir aux soins pour chaque échappée belle.

Liste des Figures

Figure 1 : Les Soins Obstétricaux d'Urgence de Base et Complet

Figure 2 : Adaptation libre du Premier retard de Thaddeus et Maine

Figure 3 : Liste des symptômes pour chaque complication obstétricale retenue

Figure 4 : Grille d'analyse

Figure 5 : Schématisation du processus de prise de décision

Liste des sigles et abréviations

- AA** : accouchement assisté
- ATR**: accoucheuse traditionnelle recyclée
- CPN** : consultations prénatales
- CS secondaire** : Centre de santé secondaire
- CSCom** : Centre de santé communautaire
- CSRef** : Centre de santé de référence
- DRS** : Direction Régionale de la Santé
- MM** : mortalité maternelle
- OIM** : Organisation Internationale pour les migrations
- OMS** : Organisation mondiale de la Santé
- PF** : planification familiale
- RC** : Relai communautaire
- SONU** : soins obstétricaux et néonataux d'urgence.
- SRE** : système de référence évacuation
- TAR** : théorie de l'action raisonnée
- UNFPA** : United Nation Population Fund

Dédicaces

À Rosa et Mass, qui m'ont tout donné et tout appris
À Gaelle, qui m'a souvent grondée et toujours encouragée,
À Oumou Diarra,
À toutes les femmes de Diéma.

Remerciements

À mon directeur de recherche, Pierre Fournier : merci mille fois de m'avoir offert l'opportunité de travailler sur ce projet. Ce fut un réel plaisir d'être votre étudiante, non seulement à cause de votre expérience et de vos conseils qui m'ont été très profitables mais aussi grâce à votre gentillesse et à votre humanité.

À mon codirecteur de recherche, Valéry Ridde: merci énormément pour votre contribution à l'accomplissement de ce mémoire. J'accorde beaucoup de valeur à votre point de vue et votre expérience à beaucoup aider à l'amélioration de mon travail.

À Caroline : qui m'a beaucoup assistée pour la rédaction de ce mémoire. Merci infiniment pour ton aide, ta disponibilité et tes commentaires. J'espère que j'aurai encore l'occasion de travail avec toi.

À Slim Haddad : vous m'avez assisté depuis le début de mes études et avez nourri mon intérêt pour la recherche. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

À Aliou Coulibaly et tous mes collègues du CSRef de Diéma : qui m'ont chaleureusement accueillie et m'ont beaucoup aidée durant mon séjour.

Chapitre I : Introduction

1. Introduction.

La mortalité maternelle et néonatale est encore parmi les pires indicateurs de santé et de développement pour les pays les plus pauvres. Des milliers de femmes meurent chaque année et plusieurs d'entre elles souffrent de maladies et de lésions liées à la grossesse ou à l'accouchement. L'UNFPA estime que 31 millions d'années de vie corrigées du facteur d'invalidité sont perdues chaque année, par les femmes en âge de procréer dans les pays en développement (Gubert, 2002). Plusieurs éléments peuvent expliquer les taux élevés de mortalité maternelle en Afrique subsaharienne, notamment les délais dans l'obtention de soins obstétricaux d'urgence (Chandrasekhar, Gebreselassie, & Jayaraman, 2011). L'étude qualitative de type ethnographique qui a été menée au Mali et dont les résultats seront présentés dans ce travail a pour objectif d'identifier les facteurs qui influencent la décision d'une femme de consulter ou non les structures de santé en cas de complication obstétricale. Nous commencerons par évoquer l'importance du problème, en lien avec la santé publique, avant de présenter la recension des écrits sur le sujet, ainsi que le cadre conceptuel autour duquel la recherche s'est construite. Suivront ensuite les objectifs de l'étude et le devis méthodologique. Les résultats seront présentés et discutés par la suite.

2. Problématique

2.1. La mortalité maternelle dans le monde et en Afrique

Chaque année dans le monde, 536000 femmes meurent de causes liées à la maternité (WHO, UNFPA, & World Bank, 2010). Fort de ce constat, l'amélioration de la santé maternelle et la réduction des décès liés aux complications obstétricales figurent parmi les préoccupations des pays les plus touchés. Sur l'ensemble des décès maternels survenu dans le monde, moins de 1% se sont produits dans les pays industrialisés. En 2010, le ratio de mortalité maternelle est estimé à 40 décès pour 100 000 naissances vivantes dans les pays

développés et à 290 décès pour le même nombre de naissances dans les pays en développement. En Afrique, le nombre de femmes décédées pendant l'accouchement ou les jours qui ont suivis est passé de 199 000 en 1990 à 205 000 en 2008. En plus, selon l'OMS, ce sont 8 millions de femmes qui souffriraient chaque année de complications aiguës ou chroniques telles que les infections de l'appareil génital ou les fistules vésico génitales (WHO, 2008). En Asie et en Afrique subsaharienne, on estime à plus de 2 millions le nombre de femmes vivant avec une fistule obstétricale non traitée (WHO et al., 2010). Alors que toutes les femmes sont à risque de développer une complication obstétricale durant leur grossesse, le risque d'en mourir est différent d'une région à l'autre. En Afrique subsaharienne, une femme aurait une chance sur 30 de mourir d'une complication liée à sa grossesse, tandis que dans les pays industrialisés ce risque n'est que de une sur 4000 (Ronsmans, 2009).

L'un des Objectifs du Millénaire pour le Développement mis en place par les Nations Unies et la communauté internationale consiste à réduire de trois quart le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015. A ce jour, les progrès restent timides. En effet, de 1999 à 2009, le nombre de décès maternels à travers le monde est passé de 460 à 260 pour 100 000 naissances vivantes (Say, Pattinson, & Gulmezoglu, 2004). En Afrique de l'ouest, ce chiffre a baissé de 25% entre 1990 et 2008, passant de 780 à 590 pour 100.000 naissances vivantes (Gubert, 2002). Par contre, dans certains endroits, la situation s'est aggravée et les chiffres masquent d'importantes disparités d'une région à l'autre dans un même pays. Au Mali, en 2009 par exemple, on estimait la mortalité maternelle à 830 décès pour 100 000 naissances vivantes (WHO et al., 2010). En zone rurale où l'assistance qualifiée à l'accouchement est limitée, il est admis que plus de 60% des accouchements ont lieu en dehors du système de soins, faisant appel à des tradipraticiens dont les compétences restent limitées en ce qui concerne les complications obstétricales. Dans la région de Kayes par exemple, le rapport d'activités de la DRS montre qu'en 2009, seulement 48% des accouchements étaient assistés par du personnel médical (DRS Kayes, 2009).

2.2. La mortalité maternelle : un problème de santé publique majeur.

La mortalité maternelle constitue un enjeu de santé publique dans la mesure où la fréquence du phénomène a des conséquences majeures sur les aspects sociaux, économiques et sanitaires de la société (Ronsmans, 2009). L'absence d'une mère réduit considérablement les possibilités d'épanouissement et de développement des enfants et peut conduire à l'effritement de la cohésion familiale (Gueye, 1996). Au Bangladesh, le lien entre la santé maternelle et la survie des enfants a été illustré dans une étude menée dans 149 villages de la zone rurale de Matlab sur une période de dix ans. Les auteurs ont constaté que parmi les 125 décès maternels qui ont été précédés par une naissance vivante, plus d'un tiers des nouveau-nés sont morts dans le premier mois, la moitié dans les trois mois et plus des trois quarts dans l'année qui a suivi (A. T. Bang, Bang, Baitule, Reddy, & Deshmukh, 1999). Bang et ses collaborateurs ont mené une autre étude dans une région différente et ont observé des résultats semblables (R. A. Bang et al., 2004).

Selon le rapport d'une étude menée sur les conséquences des décès maternels, chaque année, deux millions d'enfants dans le monde sont orphelins de mères décédées de maladies liées à la grossesse (USAID, 2002). Lorsqu'une femme meurt en couches, la survie de son enfant est généralement menacée. En effet, l'étude indique que les nourrissons des mères décédées à l'accouchement sont plus susceptibles de mourir avant leur deuxième anniversaire, tandis que les enfants dont les mères meurent en post partum sont de trois à dix fois plus susceptibles de mourir dans les trois années qui suivent leur naissance (USAID, 2002). Dans un contexte sociopolitique où la pauvreté et l'analphabétisme font déjà beaucoup de ravages, la disparition d'une femme peut prolonger les familles dans une précarité la plus totale (Fransen, 2003).

La mortalité maternelle (MM) a notamment des conséquences à long terme sur l'éducation et la santé des enfants. Dans la majorité des pays africains, les femmes sont le pilier de la famille car elles éduquent les enfants et dispensent les soins de santé. Lorsqu'elles meurent, l'éducation des enfants peut être

retardée ou menacée lorsque ces derniers cessent d'aller à l'école pour trouver un emploi et aider leur famille (World Bank & Unit., 2001). Les enfants sans mère sont généralement moins susceptibles d'être vaccinés, mais ont surtout tendance à souffrir de malnutrition et de retard de croissance (Safemotherhood, 2009).

Le décès d'une femme représente aussi une perte de main d'œuvre considérable sachant qu'elles participent activement à l'économie locale dans plusieurs régions de l'Afrique subsaharienne. Elles constituent, dans une grande majorité des cas, les seuls membres du foyer à fournir des revenus qu'elles produisent en cultivant la terre ou en faisant du commerce (OMS, FUNUAP, UNICEF, & BM, 1999). Environ 80 % de la main-d'œuvre féminine économiquement active est employée dans l'agriculture, et selon la FAO, leur force de travail dépasse souvent celles des hommes en milieu rural, puisqu'elles consacrent plus de temps à cultiver (Manuh, 1998). Dans une étude portant sur la contribution des femmes à la production de cultures vivrières dans neuf pays africains, il a été noté que ces dernières sont responsables de 30% à 70 % de la production vivrière, du stockage de la nourriture et du traitement des aliments (Bhalotra & Uma Aponte, 2010). Lorsqu'une femme décède, il est pratiquement certain qu'elle laisse derrière elle une famille susceptible de tomber plus rapidement en situation de précarité.

2.3. La mortalité maternelle : causes et déterminants

La majorité des décès maternels est essentiellement liée aux causes directes que constituent les complications obstétricales. Ces dernières sont responsables de 80% des décès de femmes enceintes et sont aujourd'hui bien connues (UNFPA, 2004). Parmi les plus létales, on retrouve essentiellement l'hémorragie, la septicémie, les troubles hypertensifs, le travail dystocique et les complications qui surviennent après un avortement clandestin (Ronsmans & Graham, 2006). Dans une revue systématique des causes de la MM, Khan et ses collaborateurs indiquent que 33% des décès maternels sont attribuables à l'hémorragie, 9% à

l'hypertension survenue durant la grossesse, 10% aux infections septicémiques et 4% aux infections suite un avortement effectué dans de mauvaises conditions (Khan, Wojdyla, Say, Gülmezoglu, & Van Look, 2006). L'OMS estime que 75% des décès maternels par cause obstétricale résultent surtout d'interventions superflues, de traitements inadéquats ou d'un enchaînement d'évènements qui ont retardé la prise en charge adéquate de la parturiente par un professionnel de santé (WHO, 2004). Des complications obstétricales surviennent même chez des femmes ayant reçu des soins adéquats pendant la période de la grossesse, car elles ne peuvent généralement pas être prédites (Pruhal, Bouvier-Colle, de Bernis, & Bréart, 2000). En revanche, la plupart des décès ou des incapacités dus à ces causes directes pourraient être évités si les femmes recevaient des soins professionnels au moment critique de l'accouchement (Ronsmans & Graham, 2006). Aussi, 20% des décès maternels peuvent être attribuables à des causes dites indirectes, c'est-à-dire des infections existantes, aggravées par l'état de grossesse comme l'anémie, le VIH/Sida ou le paludisme (WHO, 2004).

Les déterminants de la mortalité maternelle sont en réalité multiples. Dans la littérature, plusieurs approches ont été développées pour analyser ces facteurs, notamment le cadre conceptuel de McCarthy et Maine (McCarthy & Maine, 1992). En effet, selon les deux auteurs, on peut distinguer trois types de déterminants associés à la mortalité maternelle : les déterminants contextuels, intermédiaires et immédiats. Pour McCarthy et Maine, le risque de décès maternel dépend de :

- la probabilité pour une femme de tomber enceinte
- la probabilité pour une femme enceinte d'avoir une complication liée à sa grossesse
- la probabilité pour une femme de mourir de cette complication.

2.4. Intervention de lutte contre la mortalité maternelle : ou en sommes-nous ?

En 2000, les Objectifs du Millénaire pour le Développement fixés par les Nations Unies, ont établi un certain nombre de repères et de stratégies en vue d'améliorer la santé maternelle. Parmi ces objectifs, la réduction de la MM de trois quarts d'ici 2015 est l'un des plus ambitieux. Plusieurs types d'interventions visant à réduire le nombre de décès maternel ont été mises en place, notamment en Afrique subsaharienne. Ces stratégies font référence aux conséquences éventuelles que McCarthy et Maine ont identifiées dans le cadre conceptuel sur les déterminants de la MM. Ces stratégies avaient pour but de :

- réduire la probabilité de grossesse chez la femme.
- réduire la probabilité qu'une femme enceinte souffre de complications graves pendant la grossesse ou l'accouchement
- réduire la probabilité de décès chez la femme souffrant de complications obstétricales.

La première catégorie d'interventions regroupe surtout les programmes de promotion de la planification familiale et des méthodes contraceptives (Campbell & Graham, 2006). La PF est l'une des interventions la moins coûteuse et la plus rentable selon un rapport de l'UNFPA (UNFPA, Singh, Darroch, Ashford, & Vlassoff, 2009) mais son utilisation et son impact sur la santé maternelle diffère d'un pays à l'autre et d'une région à l'autre. En milieu urbain par exemple, elle reste accessible et on observe une baisse de la fécondité dans la majorité des pays au sud du Sahara, en parallèle à une utilisation grandissante des moyens de contraception et de planification (Population Reference Bureau, 2007). Au Burkina Faso, au cours de la période 1993-2003, la fécondité a connu une légère baisse dans son ensemble, passant de 6,9 à 6,2 enfants. La baisse a été surtout sensible en milieu urbain où le nombre d'enfant est passé de 5 à 3,7 par femme. Cette baisse en milieu urbain

est vraisemblablement liée à la pratique contraceptive qui augmente. Celle-ci est passée de 10% à 14% pour les femmes âgées de 15 à 49 ans, toutes méthodes contraceptives confondues (INSD et al., 2003). Bien que les services de planification familiale soient moins disponibles pour les femmes plus pauvres qui vivent en zone urbaine, les femmes qui vivent en zone rurale et dans les régions les plus isolées des pays ont plus de difficultés à avoir accès aux services de planification familiale que celles qui résident dans les villes et ce pour diverses raisons liées au contexte social, culturel et financier (UNFPA et al., 2009). En milieu rural, il est estimé que les besoins en matière de planification ne sont pas satisfaits pour la majorité des femmes en âge de procréer (Population Reference Bureau, 2007). Quelques études ont démontré que certains déterminants tels que le mariage précoce, la pression sociale autour de l'idée de la progéniture nombreuse et l'accès limité à l'éducation, notamment pour les filles, sont parmi les facteurs qui empêchent la fécondité de baisser plus rapidement dans les zones dites rurales (Population Reference Bureau, 2008). En effet, au Sénégal et en Cote d'Ivoire par exemple, Ajdamagbo et al montrent que l'utilisation de la contraception et la pratique de la PF passe systématiquement par une transformation des comportements de procréation en milieu rural (Adjamagbo, 2003). Plusieurs démographes admettent que l'Afrique subsaharienne a enregistré une petite réduction du nombre de naissances par femme, cependant l'utilisation de la contraception demeure insuffisant aujourd'hui (World Bank, 2008).

Le deuxième groupe de stratégies vise plutôt à minimiser les risques de complications qui peuvent survenir pendant la grossesse en misant sur les soins prénataux, notamment les consultations prénatales. Par contre, depuis plusieurs années, l'efficacité de la CPN a été remise en question quant à sa contribution dans la réduction de la morbidité et de la MM, et ceci à l'échelle mondiale (Prual, De Bernis, & Ould El Joud, 2002). En effet, la majorité des complications obstétricales est imprévisible et donc difficile à détecter lors de la surveillance de la grossesse (WHO, 2005).

La dernière catégorie d'intervention porte sur les soins obstétricaux d'urgence car s'il est difficile de prévenir une complication obstétricale, il est néanmoins possible de la traiter rapidement et de manière efficace (Fournier, Dumont, & Tourrigny, 2008). Selon l'OMS, l'accès aux soins obstétricaux d'urgence (SOU) permettrait d'éviter 75% des décès maternels. En effet, la majorité des décès est la conséquence d'une prise en charge inappropriée ou retardée. Or il existe aujourd'hui des moyens peu coûteux et efficaces pour réduire considérablement les décès maternels dans les pays en développement (Pruhal et al., 2000).

La littérature fait aujourd'hui deux constats importants. D'une part, les femmes ne font pas systématiquement moins d'enfants et d'autre part, les complications obstétricales ne sont pas prévisibles, donc difficilement détectables (Pruhal et al., 2000). Dans une étude de cohorte menée au Bangladesh, Midhet a tenté d'identifier les facteurs de risques des complications obstétricales durant la période prénatale. En effet, il a tenté de déterminer les marqueurs de risques prénataux et les symptômes associés à de graves complications chez la mère dont la dystocie, l'hémorragie et les maladies hypertensives. Puisque des facteurs de risque n'ont été trouvés que pour l'hypertension et les grossesses gémellaires, les auteurs en ont conclu que le dépistage de conditions spécifiques telles que la dystocie ou l'hémorragie (qui sont les principales causes de décès de leur cohorte), a été largement inefficace, car les facteurs de risque prénataux étaient soit trop insensibles ou trop communs pour être des outils de dépistage efficaces (Midhet, 1996). Dans une autre enquête en population prospective de 20 326 femmes enceintes en Afrique subsaharienne, une série d'analyses des facteurs de risque de la dystocie a été menée sur les accouchements dans les services de santé de sept villes. Aucun de ces facteurs de risques comme outil de dépistage, n'a apporté une valeur prédictive positive à cette complication obstétricale, même lorsqu'ils sont utilisés en combinaison (Joud & Bouvier-Colle, 2002).

Aujourd'hui, il est largement admis que les deux stratégies les plus efficaces pour réduire la MM sont l'assistance qualifiée à l'accouchement et l'accès aux soins obstétricaux d'urgence (U. WHO, UNICEF, World Bank. , 1999). Ces interventions sont tout à fait complémentaires dans la mesure où le type d'intervention nécessaire au traitement des complications obstétricales doit être systématiquement effectué par du personnel médical. De manière générale, la relation entre MM et utilisation des soins de santé s'explique par le fait que les femmes qui accouchent dans les établissements de soins sont sous la supervision d'un professionnel de la santé qui peut traiter les complications obstétricales ou diriger rapidement la femme vers la structure appropriée.

3. Contexte de l'étude.

Le Mali est l'un des pays les plus vastes au sud du Sahara, avec une superficie de 1 241 000 km². En 2010, la population était de 13 millions d'habitants (CIA, 2010). Le pays est divisé en 8 grandes régions administratives que sont Gao, Kayes, Kidal, Koulikoro, Mopti, Segou Sikasso et Tambouctou. Chaque région jouit d'une certaine autonomie dans son fonctionnement. Un tiers de la population est considéré comme urbain, avec la majorité des citadins vivant dans les capitales telles que Bamako ou Kayes. Les deux autres tiers de la population du Mali sont en zones rurales et travaillent dans l'agriculture de subsistance, principalement autour des fleuves Niger et Sénégal (CIA, 2010). La plupart des agriculteurs vivent dans de petits villages avoisinant 150 à 600 personnes, ce qui explique la faible densité de la population du pays avec seulement 11 habitants au km² (Martin, Martin, & Weil, 2002).

Le Mali est un des pays d'Afrique de l'ouest où l'émigration est la plus importante. En effet, deux à trois millions de maliens vivent actuellement à l'étranger, soit 10% de la population du pays (Gubert, 2002). Plusieurs milliers d'immigrés maliens vivent dans les pays africains voisins comme la Côte d'Ivoire, la Mauritanie ou le Gabon, tandis que 19% de la population

immigrante réside en occident, notamment en Europe de l'ouest (République française, 2010). Dans une ethnographie des mouvements migratoires en France, il est reconnu que la grande majorité des immigrants maliens provient de la région de Kayes (Daum, 1995). Un examen attentif de ces données montre que tous les peuples de Kayes ne sont pas concernés par la migration vers la France. Un groupe ethnique en particulier, à savoir les Sarakolés (autrement connus sous le nom de Soninké) est beaucoup plus représenté que les autres communautés (Azam & Gubert, 2005). Le pays connaît donc une forte émigration des Sarakolés de Kayes, dont les transferts de fonds assurent la subsistance de beaucoup de familles restées aux villages (Gubert, 2002). En 2006, le Ministère de l'économie et des finances du Mali estimait que le montant annuel de ces transferts d'argent s'élevait en moyenne à 120 milliards de Francs CFA (soit plus de 200 millions de dollars canadiens) (République française, 2010). Ces fonds soutiennent particulièrement le développement d'infrastructures et de services sociaux, y compris de centres de santé, d'écoles et de routes (Martin et al., 2002). Un rapport de l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) mentionne que les associations de migrants en France ont permis de financer, ces dix dernières années, plus de 200 projets communautaires dans les villages de la région de Kayes (Ballo, 2009).

L'indicateur de mortalité maternelle au Mali est l'un des plus importants indicateurs de santé. Le tableau ci-dessous montre les données du Mali en comparaison avec cinq autres pays de la sous région. Bien que l'OMS ne dispose pas de mesure directe, le ratio de mortalité maternelle (corrigé) serait de 820 décès pour 100.000 naissances vivantes pour l'année 2008 (Gubert, 2002). Selon l'OMS, 1 femme malienne sur 20 pourrait décéder des suites d'une complication obstétricale.

Tableaux 1. Mortalité maternelle en Afrique de l'ouest).

Mortalité maternelle (ratio) 1990-2008. (WHO, 2010)		
<i>Région : Afrique Subsaharienne</i>	<i>Ratio Mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)</i>	<i>Risque ratio Mortalité maternelle (risque de décès maternel)</i>
Bénin	410	1/43
Burkina Faso	560	1/28
Cote d'Ivoire	470	1/44
Guinée	680	1/26
Mali	820	1/20
Sénégal	410	1/46

3.1. Portrait du système de soins au Mali.

L'offre des soins au Mali est de trois types : la structure sanitaire de premier niveau appelée Centre de Santé Communautaire (CSCoM), celle de second niveau appelée Centre de Santé de Référence (CSRéf), enfin celle de troisième niveau que sont les hôpitaux régionaux et nationaux. D'autres établissements de santé comme les centres de santé secondaires, religieux, privés et les dispensaires complètent le premier niveau de soins.

Le CSCoM constitue donc le service de premier niveau. En zone rurale, il dessert des localités couvrant une aire de santé dont la population est, en théorie, comprise entre 5 000 et 15 000 habitants (Audibert & Roodenbeke, 2004). Le CSCoM est géré par une association de santé communautaire (ASACO). Il s'agit d'une association à but non lucratif qui assure la gestion et le bon fonctionnement des CSCoM. L'ASACO représente tous les habitants de l'aire de santé située dans un rayon maximum de 15 kilomètres autour d'un CSCoM. Son rôle est de faciliter l'accès de la population dans l'aire de soins et d'encourager celle-ci à utiliser les CSCoM et d'adhérer aux activités (Audibert & Roodenbeke, 2004). Dans le but d'assurer la continuité des soins, chaque CSCoM est associé à un CSRéf dont il dépend et vers lequel il devra référer les cas qui dépassent la compétence de son personnel (A. Coulibaly, 2008). Dans le cas d'une évacuation, chaque CSCoM dispose d'un système autonome de

communication par radio (RAC) et par téléphone pour avertir le centre de référence qui enverra son ambulance. Pour alléger les coûts des évacuations qui sont aujourd'hui entièrement à la charge des usagers, un système de financement avait été mis en place pour répartir le financement des coûts des soins entre l'ASACO, les mairies et les conseils de cercle (Audibert & Roodenbeke, 2004). Le partage des coûts était pratiqué à travers un fond de solidarité qu'on appelle « Caisse de Solidarité ». Elle est gérée au niveau des structures sanitaires de référence (Soors, Waelkens, & Criel, 2008). En effet les trois organes versaient une cotisation mensuelle au CSRef, selon un montant déterminé par consensus. Théoriquement, le partage des coûts se faisait sur une base où 40% de la dépense de santé est à la charge du patient, 30% à l'ASACO et 30% au CSRef. (Audibert & Roodenbeke, 2004). Aujourd'hui, il s'avère que les patients, y compris les parturientes, assurent la totalité des frais d'ambulance lorsque l'ASACO et la mairie ne payent pas leurs cotisations. La contribution financière de l'ASACO et de la structure sanitaire de référence fait souvent défaut, notamment lorsqu'il y a rotation des administrations ou bien lorsque les responsables des deux organes ne parviennent pas à s'entendre sur le montant de leur contribution (Soors et al., 2008).

Au Mali, le système de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) fonctionne selon deux paliers. Les SONU de base sont théoriquement disponibles au niveau de tous les CSCom. Les soignants effectuent les accouchements normaux et sont chargés d'identifier les complications obstétricales et de les référer au CSRef. C'est généralement une matrone¹, formée par le personnel soignant CSRef qui fait l'accouchement. Les SONU complets sont régulièrement offerts dans les CSRef puisque certaines

¹ Les matrones sont généralement soit des jeunes femmes sans diplôme, soit des accoucheuses traditionnelles recyclées qui suivent un programme de 2 ans dans un CSCom, puis dans un CSRef. Pendant ce programme, elles participent à une formation théorique et pratique. A l'issue de ce programme, elles sont théoriquement capables de mener des activités de prévention de la mère (CPN) et de l'enfant (consultations postnatales), et également d'effectuer des accouchements sans complication obstétricale.

complications nécessitent une intervention chirurgicale et donc un bloc opératoire et des transfusions de sang.

Figure 1. Les Soins Obstétricaux d'Urgence de Base et Complet (De Bernis, 2003)

SOU de base	SOU complet
<ul style="list-style-type: none"> - Administration d'antibiotiques par voie parentérale - Administration d'ocytociques par voie parentérale -Administration d'anticonvulsifs par voie parentérale en cas de pré éclampsie ou d'éclampsie - Extraction manuelle du placenta - Révision utérine ou curetage -Accouchement par voie basse assisté (ventouse obstétricale, forceps). 	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes les fonctions comprises dans les SOU de base - Césarienne - Transfusions sanguine

3.2. Le Système de Référence Évacuation (SRÉ) et la gratuité de la césarienne.

Pour réduire la MM, le gouvernement du Mali a misé sur deux stratégies complémentaires qui visent à faciliter une prise en charge rapide, cohérente et efficace de l'urgence obstétricale. Il s'agit d'une part de la mise en place d'un système de référence évacuation (SRE) pour les urgences obstétricales et d'autre part de la gratuité de la césarienne partout sur le territoire.

Instauré en 2001, le SRE vise à améliorer l'identification des complications obstétricales au niveau des CSCom et la rapidité de la référence vers les CSRef en vue d'accéder à des soins d'urgence. Il permet d'assurer de manière systématique l'évacuation d'une parturiente en cas de complication. Chaque CSCom est doté d'un système de communication permettant de prendre contact avec le CSRef lors d'une urgence alors que chaque CSRef dispose d'au moins

une ambulance capable d'aller chercher le plus rapidement possible la femme au CSCom et de la ramener au centre de référence. L'offre des soins obstétricaux d'urgence existait déjà dans le système de soins mais la mise en place du SRE vient consolider les SOU en les intégrant de manière systématique et efficace dans un mécanisme cohérent et fonctionnel d'évacuation et de prise en charge rapide (Audibert & Roodenbeke, 2004). La mise en œuvre et l'opérationnalisation du SRÉ ont été élaborées par le gouvernement du Mali mais chaque cercle, avec l'appui des directions régionales de santé et de développement social, adapte le système à sa réalité (Labossière, 2006). Dans une analyse d'implantation menée sur l'élaboration et l'opérationnalisation du système dans la région de Kayes, il a été observé, simultanément, une amélioration des taux de couverture et une baisse de la létalité maternelle (Fournier, Dumont, Tourigny, Dunkley, & Dramé, 2009). Depuis 2005, la gratuité de la césarienne par le gouvernement malien a été considérée comme un pas non négligeable vers l'accroissement de l'accessibilité aux soins obstétricaux. Contrairement à d'autres pays de la sous-région, l'exemption fut appliquée à tous les coûts directs, (c'est à dire les coûts d'intervention chirurgicale, les médicaments, les examens médicaux ou bien les journées d'hospitalisation) pour toutes les femmes qui se présentaient au CSRef, avec des symptômes nécessitant une césarienne (Soors et al., 2008). Il y a encore six ans, la césarienne coûtait entre 50 000 FCFA et 70 000 FCFA (soit l'équivalent de 120\$ canadien). Dans un pays où plus de 60% de la population vit sous le seuil de pauvreté (Soors et al., 2008), ce montant exorbitant constituait un obstacle dans l'utilisation des services de santé maternelle.

3.3. Portrait du système de soins de la région de Kayes.

La région de Kayes est la région la plus à l'Ouest du Mali. En 2009, elle comptait 1 996 812 millions d'habitants (INSTAT, 2009). Elle couvre une superficie de 120 750 km², ce qui représente approximativement 10% du territoire national (Université de Sherbrooke, 2010). La région de Kayes est

délimitée par le Sénégal à l'ouest, la Mauritanie au nord et la Guinée au sud. Elle compte 12 communautés urbaines, 117 communes rurales et plus de 1500 villages. Kayes est subdivisée en 7 cercles ou districts sanitaires que sont Bafoulabé, Diéma, Kayes, Kéniéba, Kita, Nioro et Yélimané (2009). En 2009, on dénombrait **168 CSCom** dans lesquels on offre des SOU de base et **7 CSRef**, où sont pratiqués des SOU complets, y compris des césariennes. Seul un CSRef, celui de Yélimané, ne pratique pas de SOU complets. Un hôpital régional offrant des soins de santé tertiaires se trouve dans la ville de Kayes.

3.4. La situation sanitaire du cercle de Diéma.

Notre étude a été menée dans le cercle de Diéma. Il est situé au nord de la région de Kayes et couvre une superficie de 12 360 Km². Le climat est de type soudano-sahélien, avec des variations importantes de température au cours des saisons pouvant aller de 25°C à 45°C (CIA, 2010). La topographie du cercle rend certains endroits difficiles d'accès durant la saison des pluies. L'état des routes reste convenable sur les axes principales, mais il existe un nombre limité de chemins goudronnés (A. Coulibaly, 2008). La population est principalement sédentaire. La densité moyenne est de 9 habitants au Km² (2002).

Le Cercle est réparti en 15 communes dont 14 sont rurales et une seule urbaine, celle de Fatao. Les sites des CSCom sont le plus souvent les chefs lieux des différentes communes (2009). En ce qui concerne les infrastructures sanitaires, le district disposait en 2009, de 21 aires de santé dont 19 sont fonctionnelles, c'est-à-dire autonomes, et d'un CSRef situé à Diéma ville (DRS, 2009). Les CSCom du cercle offrent des activités de soins préventifs, curatifs et promotionnels. Ces activités touchent principalement la mise en place du PMA, c'est-à-dire du nombre minimum d'activités préventives et curatives auxquelles ont droit les populations (Audibert & Roodenbeke, 2004). Les plus grandes activités du CSCom sont les activités préventives, c'est à dire les consultations prénatales (CPN) et les vaccinations.

Chapitre II : Recensement des écrits.

4. Revue de la littérature

Ce chapitre fournit un examen approfondi de la littérature de l'état actuel des connaissances sur la MM, avec un accent particulier sur l'utilisation des structures sanitaires et les obstacles pouvant limiter le recours aux soins de santé modernes. Cette revue de la littérature se divise en trois parties. La première aborde brièvement les déterminants de l'utilisation des structures de santé en Afrique. La deuxième partie évoque les facteurs connus agissant sur la décision de recourir aux soins. Nous verrons enfin la place des femmes dans le processus de prise de décision en matière de santé et de reproduction dans le contexte africain.

4.1. Les déterminants de l'utilisation des structures de santé en Afrique.

L'utilisation des services de santé a été largement étudiée dans la littérature scientifique et dès les années 70, des modèles ont été développés pour comprendre ce phénomène d'utilisation en Afrique. Certains auteurs, notamment Kohn et White, mettent en avant un élément particulier dans le contexte des pays en développement (OMS, Kohn, & White, 1976). En effet, il existe une cohabitation singulière des systèmes de soins, cohabitation que l'on peut opposer à la simple dichotomie faite entre médecine « occidentale » et médecine « traditionnelle ». Il semblerait que l'utilisation des services de santé est tributaire de la pluralité de l'offre de soins et de la relative indépendance des patients vis-à-vis des prestataires de santé (OMS et al., 1976). Le caractère pluraliste de l'utilisation des soins en Afrique s'explique par le fait qu'il est parfois difficile pour les patients de faire des choix définitifs entre médecine occidentale et traditionnelle. Dans une étude menée au Ghana, Bierlich explique que la médecine biomédicale reste homogène à une interprétation relativement univoque de la maladie, tandis que la médecine traditionnelle est plutôt plurielle

(Bierlich, 2000), c'est-à-dire que les pratiques thérapeutiques sont typiquement spirituelles mais peuvent parfois s'inspirer de la biomédecine (Bierlich, 2000). Aussi, il est clairement établi que l'utilisation des systèmes de soins est systématiquement diversifiée. Dans une méta analyse des études sur l'utilisation des services de santé, Haddad et Fournier concluent que les dispensateurs de soins ont un contrôle minime sur la demande de soins et sur les itinéraires thérapeutiques des patients (Haddad & Fournier, 1995b). Cette « indépendance » des individus à l'égard des prestataires de services peut se traduire par une importante mobilité des patients dans leurs conduites thérapeutiques (Chawla & Ellis, 2000). Selon les deux auteurs, *les dispensateurs n'ont pas la capacité de « fidéliser » leur clientèle tout au long de l'épisode de maladie* et les comportements d'utilisation correspondent généralement aux décisions des individus (Haddad & Fournier, 1995b). Depuis le début des années 80, les enquêtes sur les itinéraires thérapeutiques et les choix d'utilisation des structures sanitaires se multiplient, notamment dans le contexte africain. Une synthèse de ces résultats permet de dégager deux grandes catégories de déterminants qui influencent la prise de décision de recours aux soins modernes: les déterminants associés aux caractéristiques des sujets et les déterminants associés à la qualité des services de soins offerts (Young, 1981).

4.1.1. Caractéristiques individuelles des sujets

Parmi ces caractéristiques, on retrouve des déterminants liés au revenu, au statut socioéconomique mais également à ce qu'on nomme des déterminants sociopsychologiques, tel que l'interaction avec le réseau social et le familisme (Abasiokong, 1981).

Depuis la mise en place de l'Initiative de Bamako, une série d'études s'est intéressée au recouvrement des coûts par les patients comme un déterminant majeur de l'accès et de l'utilisation des services de soins. Pour de nombreux auteurs, le recouvrement des coûts diminue l'accès aux soins dans la mesure où la prise en charge des frais décourage les populations à consulter rapidement et

entraîne donc un délai dans la recherche de soins appropriés (Meuwissen, 2002). Aussi, quelques études s'accordent à dire que le recouvrement des frais serait une pratique plutôt discriminante en fonction du niveau de revenu des malades. Au Burkina Faso, une étude a démontré que les plus pauvres supporteraient davantage les conséquences du paiement des soins que les plus riches (Ridde, Nougara, & Haddad, 2004). Pour ces auteurs, la faible utilisation des services de santé est directement liée à l'impact du paiement des soins par les patients. Selon Ridde, Haddad et Nougara, il y aurait une incompatibilité entre le prix des services de soins et le niveau de revenus du malade. Par contre, d'autres études critiquent la relation causale entre recouvrement des coûts et utilisation des soins. En effet, une autre génération d'auteurs défend l'idée selon laquelle l'effet négatif du paiement des coûts n'est pas systématique. Dans une étude menée en Mauritanie, Audibert affirme que le recouvrement des coûts,

«grâce à l'accès aux médicaments génériques, n'aurait pas d'effet sur le recours aux soins [...] et aurait même un impact positif sur les activités du Programme Élargi de Vaccination» (Audibert & Roodenbeke, 2004, page 38).

Selon une définition d'Abasiekong, le familisme correspond à la subordination ou la renonciation des besoins et décisions individuelles à ceux de la famille élargie (Abasiekong, 1981). Selon cet auteur, la notion de familisme a toujours joué un rôle majeur dans les décisions que les acteurs prennent au quotidien, notamment les décisions relatives à la santé et aux thérapeutiques à suivre. Dans une étude exploratoire menée dans une région rurale du Nigéria, Abasiekong note que la famille rurale nigériane, n'est pas seulement familialiste, mais surtout de nature patriarcale. Les résultats de l'étude font ressortir deux éléments. D'une part, les individus, notamment les femmes mariées, ne sont généralement pas autorisées à prendre des décisions unilatérales sur des questions délicates et émotionnelles telles que la contraception, le recours aux soins modernes, le choix du lieu d'accouchement

ou l'hospitalisation en cas de maladie. D'autre part, une personne n'est pas socialement définie comme une personne malade jusqu'à ce que ses plaintes soient validées par ses pairs. Ce n'est que lorsque les parents et proches acceptent son état comme étant une maladie, que la personne peut être dispensée d'exécuter les tâches quotidiennes auxquelles elle doit se plier (Abasiekong, 1981).

«Since illness directly affects an entire group, it is only logical that the group should be expected to participate in the decision that must be made » (Abasiekong, 1981, page 49). Interrogées sur la légitimité de cette pratique, 61% des répondants ont fortement appuyé l'idée selon laquelle la famille, plutôt que le membre malade, doit décider et autoriser l'itinéraire thérapeutique et l'hospitalisation d'un membre malade. Seulement 28% désapprouvaient cette idée. Abasiekong précise que la majorité des personnes qui s'est exprimée en faveur de la subordination des individus au familisme, en ce qui concerne la décision d'hospitalisation, était des chefs de famille.

Heller et Chalfant ont une tout autre définition du familisme. Ces deux auteurs définissent le familisme comme la force collective d'une famille au sens large du terme. Selon les auteurs, le familisme est un facteur important dans la prise de décision des soins de santé. Elle assure au sein de la famille élargie et de la communauté, un rôle de réseau des communications dans le processus de prise de décision concernant la recherche de soins de santé, chez les populations à faible et moyen revenus (Heller, Chalfant, Quesada, & Rivera-Worley, 1981). Dans une étude exploratoire sur l'utilisation des services de santé primaire, les auteurs observent que contrairement aux idées soutenues dans la littérature, le familialisme n'a pas un effet dissuasif sur l'utilisation des services de santé, chez les femmes mexicaines de la région rurale de Durango (États-Unis) (Heller et al., 1981). Heller et Chalfant ont pu observer que la notion de familisme était positivement associée à l'utilisation des soins biomédicaux, indépendamment du niveau socio-économique des femmes. En effet, il semblerait que les liens familiaux forts agissent comme une protection contre le sentiment d'aliénation

que les femmes semblaient développer au cours de séjours répétitifs ou prolongés, aux seins des structures sanitaires modernes (Heller et al., 1981).

Pour comprendre la logique des décisions qui oriente le parcours thérapeutique d'un individu, il est nécessaire de comprendre les modes dominants des organisations et rapports sociaux que la communauté utilise comme repère dans l'étiologie de la maladie, dans l'interprétation de l'affliction et le choix du traitement (Maly, Umezawa, Ratliff, & Leake, 2006). Selon Janzen, la reconnaissance de la maladie, le diagnostic et le choix de la thérapie sont vus comme des éléments d'un processus dans lequel, la quête de guérison du malade n'a de sens que lorsqu'elle fait partie d'une démarche collective où chaque acteur, appartenant soit à la sphère familiale, soit à la sphère sociale, joue un rôle significatif. L'expression de «gestion collective de la thérapie» développée par Janzen au début des années 80 (J. M. Janzen, 1978), puis largement développée dans le domaine de l'anthropologie médicale, décrit ce processus de prise de décision qui :

« prend place dans un espace social au sein duquel, des personnes attirées gèrent les relations, prennent les décisions en concertation avec d'autres ou dirigent de plein droit les discussions relatives à la maladie d'un membre » (J. M. Janzen, 1978, page 8.).

Les décisions qui entourent le parcours thérapeutique sont donc tributaires des dynamiques sociales d'une part et des normes qui régissent les interrelations entre les acteurs sociaux impliqués dans la prise de décision, d'autre part. Ces dynamiques et normes sociales permettent de mieux saisir comment les individus pensent et gèrent leur malade au quotidien, mais surtout quelle incidence leurs représentations ont sur leurs conduites en matière de santé (J. Janzen, 2002).

4.1.2. Déterminants liés aux services de santé et perceptions de la qualité des soins.

D'autres dimensions sont déterminantes dans l'utilisation des services de santé, notamment la qualité des soins. Nombreuses sont les études dans lesquelles la sous utilisation des structures sanitaires est directement associée à la perception d'un système de santé qui semble défaillant aux yeux des usagers. Dans une étude menée au Nigeria, Cham montre que la déficience des centres de santé de premier niveau est un élément influençant systématiquement la décision des malades dans l'utilisation des soins. Dans la majorité des cas retenus, les structures sanitaires publiques étaient comparées aux centres sanitaires des missions catholiques et dites de « mauvaise qualité » (Cham, Sundby, & Vangen, 2005). Le nouveau débat autour de ce déterminant repose surtout autour des sens multiples du terme « qualité de soins ». Dans les années 80, plusieurs études ont examiné si l'amélioration de la qualité des soins pourrait atténuer les effets pervers du recouvrement des coûts. Pour la majorité des auteurs, il a été observé que l'accroissement du nombre de structures sanitaires et les progrès effectués en termes de qualité des services avaient minimisé l'effet négatif de l'introduction du paiement par les usagers Haddad and Fournier (1995a). Pour un certain nombre d'auteurs, la prise en compte de la qualité perçue des patients serait l'un des rares facteurs ayant un impact positif sur le prix des coûts. A mesure que les auteurs se penchaient sur la question de la qualité des soins, le manque de définition explicite et le caractère très englobant de sa mesure a conduit à préciser ses « composantes » (Gilbert, 2004). La qualité perçue, par exemple, c'est-à-dire la perception du patient par rapport aux ressources de la structure sanitaire telle que la disponibilité des médicaments, le matériel médical ou la propreté des lieux, est un élément non négligeable de la qualité globale des soins. Parmi les autres significations de la « qualité des soins » on peut citer :

- la continuité des services, c'est-à-dire la disponibilité des médicaments. Au Ghana, Waddington démontre que la disponibilité des médicaments et des

outils de travail des soignants sont les déterminants majeurs de l'utilisation des services pour les populations semi rurales, notamment pour les femmes (Waddington & Enyimayew, 1989).

- l'accueil, c'est-à-dire l'empathie des soignants, le respect accordé au malade. Selon Jaffré, les relations interpersonnelles entre les soignants et les soignés sont un facteur primordial mais bien trop souvent négligé par les prestataires des services de soins. Selon l'auteur, l'accueil du malade au centre de soins reflète la référence fondamentalement différente qu'ont soignant et soigné en matière de prise en charge et de rapport avec la maladie et la thérapie (Y Jaffré & Olivier de Sardan, 2003). Or souvent, soignants et soignés partagent des référents culturels communs, ce qui peut inciter à adopter une meilleure approche et favoriser un bon contact entre prestataires et malades d'une même ethnie ou d'une même région (Y Jaffré & Olivier de Sardan, 2003).

- la relation entre soignant et soigné, c'est-à-dire le temps consacré au patient, la manière d'entretenir le rapport entre soignant et malade, les explications prodiguées, la participation du malade au processus de guérison (Haddad, Fournier, Machouf, & Yatara, 1998). Dans une étude menée au Niger, Moussa affirme que le rejet systématique des structures sanitaires par les femmes, notamment le service de maternité, est dû au comportement du personnel de santé et au déroulement des consultations. Les rencontres thérapeutiques sont étonnamment courtes, les échanges sont limités et le ton sur lequel s'adresse le professionnel de santé est qualifié de « dur » (Moussa, 2007). Autant d'éléments qui ne favorisent pas de relation de confiance et qui ne mettent pas à l'aise les patientes. Au Mali, Diarra explique que la violence des rapports entre parturiente et soignant se manifeste par le mécontentement des femmes vis-à-vis des comportements des professionnels de la maternité (Diarra, 2004).

D'après plusieurs études menées sur la demande de soins en Afrique, l'accueil et la qualité des soins sont des éléments importants à la fois dans le choix thérapeutique, mais également dans l'assiduité des groupes cibles comme les

femmes et les enfants (Meuwissen, 2002). Il a été observé que chez les femmes, l'absence de personnalisation de la rencontre thérapeutique fait en sorte qu'elles sont moins enclines à retourner au centre puisqu'elles n'auront pas développé d'affinité avec le personnel soignant (Moussa, 2007). Pour Haddad et Fournier, le comportement et les marques de compassion des professionnels de santé sont autant d'éléments qui peuvent conditionner l'utilisation des services de santé (Haddad et al., 1998). D'autres facteurs plus spécifiques tels que la représentation populaire de la maladie et de ses causes ou bien la sévérité du problème dépendent à la fois de l'environnement, des caractéristiques individuelles des patients mais surtout des cultures et des pratiques locales (Gilbert, 2004).

4.2. Les facteurs agissant sur la décision de recourir aux soins.

La difficulté dans la reconnaissance de la complication, les croyances autour de l'enfantement, le recours à la médecine traditionnelle, la perception de la qualité des soins, l'attitude des soignants, la distance, les coûts et la mobilisation des ressources, et enfin la participation des femmes au processus de prise de décision sont autant d'éléments retrouvés dans la littérature qui peuvent créer des délais fatals dans la recherche de soins d'urgence. La participation de chaque facteur est décrite dans les sections qui suivent. Il semblerait que l'importance de chacun varie d'un contexte à l'autre, cependant, certains facteurs comme la mobilisation des ressources, la distance, la qualité des soins, la perception de la complication et de la qualité des soins reviennent systématiquement parmi les facteurs responsables de la sous utilisation des SONU dans de nombreux pays.

4.2.1. La difficulté dans la reconnaissance de la complication

Les variations culturelles affectent la perception de la maladie tant au niveau de la reconnaissance que de la sévérité ou de l'étiologie. Pour certains auteurs, le fait que les femmes éprouvent de la difficulté à reconnaître les signes de

complication durant la grossesse et l'accouchement provoque des délais fatals dans la recherche de SONU. Au Nigéria, plusieurs communautés rurales attribuent une hémorragie à une transgression de la femme telle qu'un adultère (Okolocha, Chiwuzie, Braimoh, Unuigbe, & Olumeko, 1998), tandis que Cham observe en Gambie, que certaines manifestations graves sont récurrentes et souvent ignorées par les parturientes et les personnes qui les assistent. Les croyances liées à l'accouchement font que les saignements abondants ou répétitifs, ou le gonflement des pieds sont considérés comme des phénomènes normaux et finissent par être ignorés. Cham montre que certaines croyances locales associent l'hémorragie à la consommation d'aliments sucrés ou encore à des pratiques sexuelles inappropriées durant la grossesse (Cham et al., 2005). Au Niger, Olivier de Sardan remarque que les douleurs abdominales aiguës, synonymes d'infections, sont considérées comme normales durant la grossesse car fréquemment observées chez les femmes enceintes de la région (J. Olivier de Sardan, Moumouni, & Souley, 2006). Dans plusieurs communautés, la grossesse n'est considérée ni comme une maladie ni comme une période de grande fragilité et ne nécessite donc pas la prévention d'un risque particulier. Dans un livre intitulé « La Bataille des femmes », Jaffré explique que :

« la parturiente s'intéresse au ressenti immédiat, à la présence ou non de la douleur et n'a pas une connaissance médicale suffisante pour anticiper sur le risque à la différence du médecin. Cette fragilité impose une certaine acceptation "fataliste" et cette incertitude nuit à l'anticipation »

et par ricochet à la rapidité de l'intervention (Y. Jaffré, Diallo, Vasseur, & Grenier-Torres, 2009).

4.2.2. Le recours à la médecine traditionnelle et à des pratiques culturelles traditionnelles.

Une série d'auteurs a identifié le recours à la thérapie traditionnelle comme un obstacle majeur au recours à des SONU. La littérature indique les échecs de plusieurs interventions ayant eu recours à toutes formes de tradipraticiens dans la référence et la prise en charge de l'urgence obstétricale. L'impact de leurs activités sur certains indicateurs de santé notamment la réduction de la mortalité maternelle et infantile est resté relativement faible (Sibley, Sipe, & Koblinsky, 2004). Pour Olivier de Sardan :

« des décennies de formation de "matrones" par des projets ont produit peu d'effets, hormis la généralisation de l'usage de lames de rasoir pour couper le cordon ombilical » (J. Olivier de Sardan et al., 2006).

Au Nigéria, Ray aurait rencontré des matrones traditionnelles hostiles à l'accouchement pratiqué en milieu sanitaire (Ray & Salihu, 2004). Certaines d'entre elles auraient affirmé que l'accouchement à l'hôpital dévalorise la valeur culturelle de l'expérience d'enfantement qui doit uniquement avoir lieu dans un environnement de femmes, à l'abri de regards indiscrets (Ray & Salihu, 2004). Pourtant, plusieurs travaux de recherche s'entendent à dire que les accoucheuses traditionnelles et les matrones constituent une main d'œuvre non négligeable, dans la mesure où leurs savoirs et leurs actions jouent un rôle symbolique et pratique dans l'expérience de la naissance (Hancart Petit et al., 2011). Dans un ouvrage sous forme de recueil d'études anthropologiques, Pascal Hancart Petit et collègues expliquent comment et pourquoi les matrones et les accoucheuses traditionnelles *« offrent des perspectives diverses sur le système de naissance à domicile dans divers pays du Sud »* (Hancart Petit et al., 2011). Plusieurs chapitres de cet ouvrage montrent comment les matrones sont discréditées en raison de l'évolution rapide du contexte sanitaire et social des pays dans lesquels elles pratiquent. Laurence Pourchez et Paola Lavra parlent de la *« dévaluation du savoir des matrones par les représentants de la biomédecine »* (Hancart Petit et al., 2011). Selon ces auteurs, la

médicalisation de la naissance tend progressivement vers la dépréciation du savoir faire des matrones, voir même la disparition progressive de ces dernières dans certains milieux. Pour Jessica Hackett, leurs rôles dans l'introduction des services de soins obstétricaux biomédicaux est justifié car elles sont capables de maintenir un lien indispensables entre les pratiques rituelles, propres à l'accouchement en milieu traditionnel et celles en cours en milieu médical. Dans une étude sur la formation des matrones menée en Afghanistan, Sauvegrain explique que dans certains contextes, les matrones apparaissent comme des actrices de soins dont il est difficile d'ignorer le rôle indispensable au moment de l'accouchement (Hancart Petit et al., 2011). En effet, certaines parturientes ne souhaitent pas être référées en milieu hospitalier, même lorsque le diagnostic est posé et préfèrent être référées à une *daya* (accoucheuse). De plus, l'éloignement des structures de soins et le coût financier des trajets n'incitent pas les populations à se rendre dans les centres de santé (Hancart Petit et al., 2011). Dans les communautés qui sont éloignées des institutions sanitaires et dont le nombre est de toutes les manières insuffisant pour accueillir toutes les parturientes, la formation des matrones apparaît comme une stratégie pertinente pour parer au manque de personnel médical qualifié, selon Sauvegrain dans l'ouvrage *L'art des matrones revisité*. La pérennité de leur formation est assurée du fait qu'elles mettent régulièrement en pratique ce qu'elles ont appris. En réalité, le savoir faire des matrones ne peut être adéquatement exploité que dans un service de soins disponible et efficace (Hancart Petit et al., 2011). Hancart Petit et autres, s'accordent à dire que la réduction de la mortalité maternelle est essentiellement liée à l'accès à des accouchements médicalement assistés. Cependant, *les compétences techniques, sociales et affectives des matrones* font partie intégrante du système et pour les auteurs, l'amélioration de la santé maternelle passe inévitablement par la transformation contemporaine des savoirs et des statuts des matrones dans le contexte de biomédicalisation de l'accouchement (Hancart Petit et al., 2011).

Une autre catégorie d'auteurs estiment que les accoucheuses incitent les femmes à accoucher à domicile et peuvent les décourager dans la recherche de soins (Y. Jaffré et al., 2009). Dans une étude menée au Cameroun et au Burkina Faso, Beninguisse et Nikiéma ont remarqué que les unités de soins ne prennent pas suffisamment en compte certaines pratiques rituelles associées à l'accouchement telles que la discrétion durant le premier trimestre, l'importance de la présence de la famille, les soins traditionnels comme les massages après la grossesse, l'accès au placenta et le cordon ombilical après la naissance (G. Beninguisse, Nikiéma, Fournier, & Haddad, 2004). Ces pratiques semblent avoir une influence directe sur la décision des femmes de recourir aux soins modernes et leur absence en milieu sanitaire est un obstacle à l'utilisation des soins.

4.2.3. La perception de la qualité des soins et les rapports entre soignants et soignés.

Selon Thaddeus et Maine, l'influence de la qualité des soins dans le choix de recourir à des SOU est définie selon la perception de la parturiente. Il semblerait pour les deux auteurs que lorsque les patientes ont accès à plusieurs centres de soins, la barrière associée à la perception de la qualité des soins prévaut sur la distance ou le coût (Thaddeus & Maine, 1994). D'après Thaddeus et Maine, la perception des femmes sur la qualité des soins peut être influencée par plusieurs facteurs telles que la satisfaction reliée à une expérience antérieure, l'attitude du professionnel, la satisfaction associée aux résultats du traitement, enfin la cohérence avec les croyances locales. (Thaddeus & Maine, 1994). Au Nigéria, une étude indique que des femmes n'ont pas eu recours à des soins d'urgence parce qu'elles craignaient que leurs parties génitales soient exposées à des inconnues (Mills & Bertrand, 2005). Une autre recherche menée dans la même région explique comment la crainte des soignants et l'idée de mourir suite à une opération chirurgicale empêchent les

femmes de recourir à un professionnel de santé (D'Ambruso, Abbey, & Hussein, 2005).

L'attitude du personnel peut fortement influencer le choix de recourir aux SONU. Une étude de Diarra sur la relation entre usagers et personnels de santé montre que la violence verbale et physique des soignants freine également l'utilisation des services et conforte les femmes dans leur choix d'accoucher à domicile (Diarra, 2004). Le comportement déplaisant des soignants finit par entraîner une utilisation limitée, un refus d'établir une relation de confiance entre soignant et soigné ou bien une perte de confiance des usagers à l'égard des services de santé (Mills & Bertrand, 2005).

4.2.4. La distance, les coûts et la mobilisation des revenus

L'accessibilité physique et la distance séparant les domiciles des centres de santé sont deux éléments pouvant influencer la décision de recourir à des soins modernes. En effet, les mauvaises conditions des routes, l'indisponibilité ou le manque de transports sont autant de déterminants de la mortalité maternelle (Cham et al., 2005). En Afrique subsaharienne, plusieurs communautés rurales n'ont pas de transport d'urgence et il arrive que les femmes doivent marcher, être évacuées en charrette, ou attendre un véhicule provenant d'une autre communauté, autant de situations qui conduisent à des retards. En Haïti, pendant les jours de petite affluence, la nuit, ou durant la saison des pluies, des délais supplémentaires peuvent survenir (Krasovec, 2004). Selon Mills et Bertrand, la proximité joue un rôle majeur dans la décision de recourir aux soins. En effet, une femme vivant près d'un centre de soins aura plus tendance à utiliser les services obstétricaux de proximité alors qu'une autre préférera accoucher à la maison si elle demeure loin (Mills & Bertrand, 2005).

Les coûts représentent aussi un délai dans la décision de référer à un professionnel de la santé. Ils sont généralement associés au transport, aux frais de médicaments et d'hospitalisation, ainsi qu'aux coûts indirects comme ceux liés à la nourriture et au séjour de la famille dans la structure de soins ou à

proximité (Macintyre & Hotchkiss, 1999). D'autres auteurs pensent que c'est plutôt la mobilisation des ressources qui provoque les délais dans la recherche des soins (Saizonou, Godin, Ouendo, Zerbo, & Dujardin, 2006). Au Ghana, Storeng semble observer que les coûts ne constituent pas réellement un obstacle dans la mesure où les familles finiront toujours par trouver les fonds nécessaires. Certains affirment que ce déterminant ne permet pas de conclure que les coûts constituent une barrière majeure (Wagle, Sabroe, & Nielsen, 2004).

4.3. Participation des femmes au processus de prise de décision

Alors que certaines études indiquent que les femmes sont impuissantes dans les processus de prise de décisions au sein des ménages, d'autres affirment qu'elles manœuvrent pour préserver leur autonomie dans certains domaines.

Plusieurs recherches portant sur la contribution des femmes dans la prise de décision retiennent l'idée selon laquelle les femmes utilisent des stratégies pour pouvoir manœuvrer et disposer d'un minimum d'autonomie, même au sein des relations les plus contraignantes (Makinwa-Adebusoye, 1992). Dans une étude sur les facteurs associés au déclin démographique en Afrique, Makinwa indique comment l'organisation sociale et la structure des rapports conjugaux ont tendance à perpétuer un appauvrissement social et économique des femmes. Le mode relationnel entre les conjoints est généralement fondé sur une répartition inégale des tâches et des droits, attribuant ainsi au mari le privilège de trancher de manière unilatérale sur les questions de reproduction. (Makinwa-Adebusoye, 1992). En Ouganda, une étude menée sur l'influence des femmes dans le processus de décision de planning familial montre que les femmes mariées les plus dépendantes de leurs maris sont celles qui ont le moins de pouvoir dans les décisions du couple (DeRose & Ezeh, 2010).

Dans une étude sur le patriarcat, Kandiyoti suggère que les relations conjugales sont basées sur la capacité des femmes à résister et à développer des stratégies de lutte contre une subordination acquise ou réelle. En effet, elle décrit

comment les femmes déploient des stratagèmes socialement admis leur permettant d'acquérir une certaine autonomie dans le ménage. Kandiyoti affirme que les femmes peuvent être des agents actifs du changement, notamment en matière d'éducation ou de reproduction, mais aussi des participantes actives dans le processus de prise de décision, malgré l'omniprésence du patriarcat et la menace de la polygamie. Néanmoins, elle souligne également que les femmes choisissent souvent de maintenir le statu quo de l'oppression masculine afin de préserver leurs propres domaines d'autonomie et d'autorité, c'est à dire leurs enfants (Kandiyoti, 1988).

En Afrique subsaharienne, les femmes semblent avoir un accès limité aux finances du ménage, ce qui réduit considérablement l'influence de leur participation à la prise de décision de consulter un professionnel en cas de maladie (Islam & Yoshida, 2009). Au Nigéria, Jegede démontre que les femmes ne peuvent se soigner sans l'autorisation du mari puisqu'elles sont non seulement économiquement dépendantes de ces derniers mais aussi généralement moins instruites, du moins en milieu rural (Jegede, 1998).

Aussi, l'influence du réseau social dans la prise de décision de recourir aux soins prolonge le retard. Au Mali, une étude sur la perception des femmes concernant les risques associés à la grossesse et à l'accouchement montre que les décisions de santé ne sont pas des choix individuels. La gestion populaire de la décision de consulter la parturiente s'accorde à un contexte de forte solidarité et de relations sociales très hiérarchisées (Arborio, 2007). Pour Jaffré, il existe un « non pouvoir » de décision et de prévision des principales intéressées puisqu'il revient à un tas de personnes de prendre une décision sauf à la parturiente elle-même (Y. Jaffré et al., 2009). Par contre, dans sa recherche sur les problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien, Olivier De Sardan indique que la décision d'évacuation *a plusieurs fois été prise à l'initiative de la parturiente elle-même* (J. Olivier de Sardan et al., 2006), ce qui montre que cette dernière ne joue pas uniquement un rôle passif et que ses intérêts sont pris en compte. Aussi, dans un contexte socioculturel où la polygamie constitue

moins une exception qu'une norme socioreligieuse et culturelle, Nikiema démontre la capacité des femmes à négocier l'accès aux ressources du ménage afin de recourir aux soins qu'elles désirent. Selon l'auteur, elles sont capables de mettre en place des stratégies de persuasion qui se manifestent souvent par une attitude de soumission réelle ou fictive (Nikièma, Haddad, & Potvin, 2008). Ce processus de négociation et de décision de recourir aux soins s'inscrit dans une situation de précarité et d'asymétrie dans les rapports de genre. En organisant la sphère domestique et en contribuant financièrement et moralement à l'ascension sociale du mari, les femmes prennent confiance en elles et démontrent une participation active au mécanisme de prise de décision (Nikièma et al., 2008).

4.4. L'importance du premier délai.

La mortalité maternelle est non seulement influencée par le contexte social, économique et politique du système de santé mais aussi par les réalités culturelles des femmes qui cherchent à se faire soigner. La complexité de cette situation signifie que, même lorsque les soins nécessaires sont accessibles, les femmes n'y font pas toujours appel ou n'en profitent pas toujours (Midhet, 1996).

La majorité des décès maternels fait suite à une complication obstétricale qui peut difficilement être détectée durant la grossesse mais qui nécessite une prise en charge rapide (Pruhal et al., 2000). Si les accouchements avaient lieu en milieu sanitaire, avec du personnel soignant compétent et capable de détecter rapidement les complications, alors la létalité des complications obstétricales serait beaucoup plus faible. Dans les zones rurales où l'accessibilité physique ne suffit pas à comprendre le recours aux soins, il est important de mettre en évidence les obstacles sociaux, physiques, structurels et culturels de l'utilisation des services auxquels font face les parturientes et de lever les barrières qui favorisent l'accouchement à domicile.

Le premier délai nécessite donc une attention particulière dans le contexte de Kayes, car il concerne les facteurs responsables de l'arrivée tardive des parturientes aux centres de santé qui sont en nombre limité. Si la complication obstétricale était reconnue à temps et les décisions de recourir aux soins étaient prises plus rapidement, le délai dans l'obtention de soins appropriés serait probablement réduit de manière significative. Analyser les facteurs associés au premier retard est essentiel dans la mesure où ces dimensions permettent de mieux comprendre trois choses : le fondement de certaines pratiques, le choix des itinéraires thérapeutiques, et enfin le rôle des acteurs impliqués dans la décision de recourir ou non aux soins, en particulier celui des femmes. Il est d'autant plus nécessaire de s'interroger sur la participation de ces dernières puisque l'enfantement est éminemment une expérience féminine, mais surtout parce que les parturientes sont à la fois actrices et bénéficiaires des décisions de santé prises.

4.5. Pertinence d'une étude sur la mortalité maternelle à partir de cas de morbidité maternelle : la survenue d'un cas d'échappée belle.

En plus d'une MM importante, l'Afrique de l'ouest est une des régions du monde où la morbidité maternelle demeure élevée (WHO, 2008). Bien qu'il s'agisse d'un problème de santé publique majeur, les décès maternels sont pourtant rares en chiffres absolus (Filippi, Richard, Lange, & Ouattara, 2009). En réalité, la difficulté de recenser les cas de décès survenus en dehors du système de santé publique fait que les chiffres peuvent être sensiblement supérieurs ou inférieurs aux données connues. En révisant la littérature, il a été noté que les cas de morbidité maternelle grave appelés « échappées belles » sont de plus en plus nombreux sur le continent, causant des incapacités graves ou permanentes (Filippi et al., 2005). Selon le West Africa Near Miss Audit Network, une échappée belle est :

« une femme enceinte ou qui a récemment accouché, généralement dans les six semaines suivant une interruption de grossesse ou un

accouchement, dont la santé immédiate a été menacée et qui survit par hasard ou grâce aux soins hospitaliers dont elle a bénéficié » (Say et al., 2004 page 106).

L'examen des cas de femmes ayant survécu à une complication obstétricale est devenu une alternative intéressante à l'enquête sur les décès maternels. En effet, les études sur les échappées belles « *mettent en lumière les questions d'ordre clinique, mais également les facteurs sanitaires, communautaires ou de santé publique évitables ou remédiables* » (WHO, 2004 page 111).

Ces cas de femmes qui ont failli mourir, mais qui sont aujourd'hui capables de raconter leur trajectoire thérapeutique, sont reconnus comme un moyen utile et pertinent d'examiner la qualité des soins obstétricaux offerts dans les structures sanitaires. Bien que son utilité soit reconnue, l'information sur la morbidité maternelle est encore insuffisante, tandis que les facteurs de risque qui y sont associés restent quelque peu méconnus (Filippi et al., 2004). La MM, notamment en milieu rural est le résultat d'un agencement complexe articulant un ensemble de variables sociales, médicales et organisationnelles (Y. Jaffré et al., 2009). Utiliser le récit des échappées belles est donc pertinent pour saisir et analyser comment les délais dans la prise de décision de recourir aux soins alourdit la mortalité et la morbidité maternelle.

Chapitre III : Cadre conceptuel et questions de recherche

5. Cadre Conceptuel

Le fait de disposer de SONU de bonne qualité ne suffit pas toujours pour réduire les décès maternels. Malgré l'augmentation de la disponibilité des services, ceux-ci ne sont pas systématiquement à la portée de toutes les parturientes. Certaines femmes sont dans l'impossibilité d'y avoir recours à cause d'obstacles de natures diverses. D'autres les utilisent de manière tardive et certaines n'y accèdent même pas (Colbourn, Costello, & Pagel, 2010). Thaddeus et Maine ont noté que le délai dans l'obtention de soins au moment de l'accouchement et de la complication est un élément fondamental dans les cas de mortalité maternelle. A cet effet, un modèle a été créé pour identifier les types de délais qui existent dans la recherche de soins appropriés.

Le premier délai est le délai dans la prise de décision de consulter un professionnel de santé au moment de la complication obstétricale. Il peut être provoqué par des facteurs socioéconomiques et culturels, par des croyances locales sur l'enfantement, et enfin par la perception de l'accessibilité des établissements de soins et la perception de la qualité des soins.

Le deuxième délai correspond à celui de l'arrivée de la femme dans la structure sanitaire. Le délai pour se rendre à l'établissement de soins est essentiellement dû à un problème d'accessibilité géographique et monétaire. On parle ici de la distance à parcourir, de l'emplacement des établissements de soins, de la disponibilité, de la mobilisation et du coût des moyens de transport.

Le troisième délai coïncide avec le délai dans la prestation de soins appropriés une fois que la femme s'est rendue au centre de santé. Ce dernier met la lumière sur la qualité des soins offerts en matière de rapidité de prise en charge, de traitement, d'équipement médical, de disponibilité des médicaments, et enfin de l'accueil et du comportement des soignants.

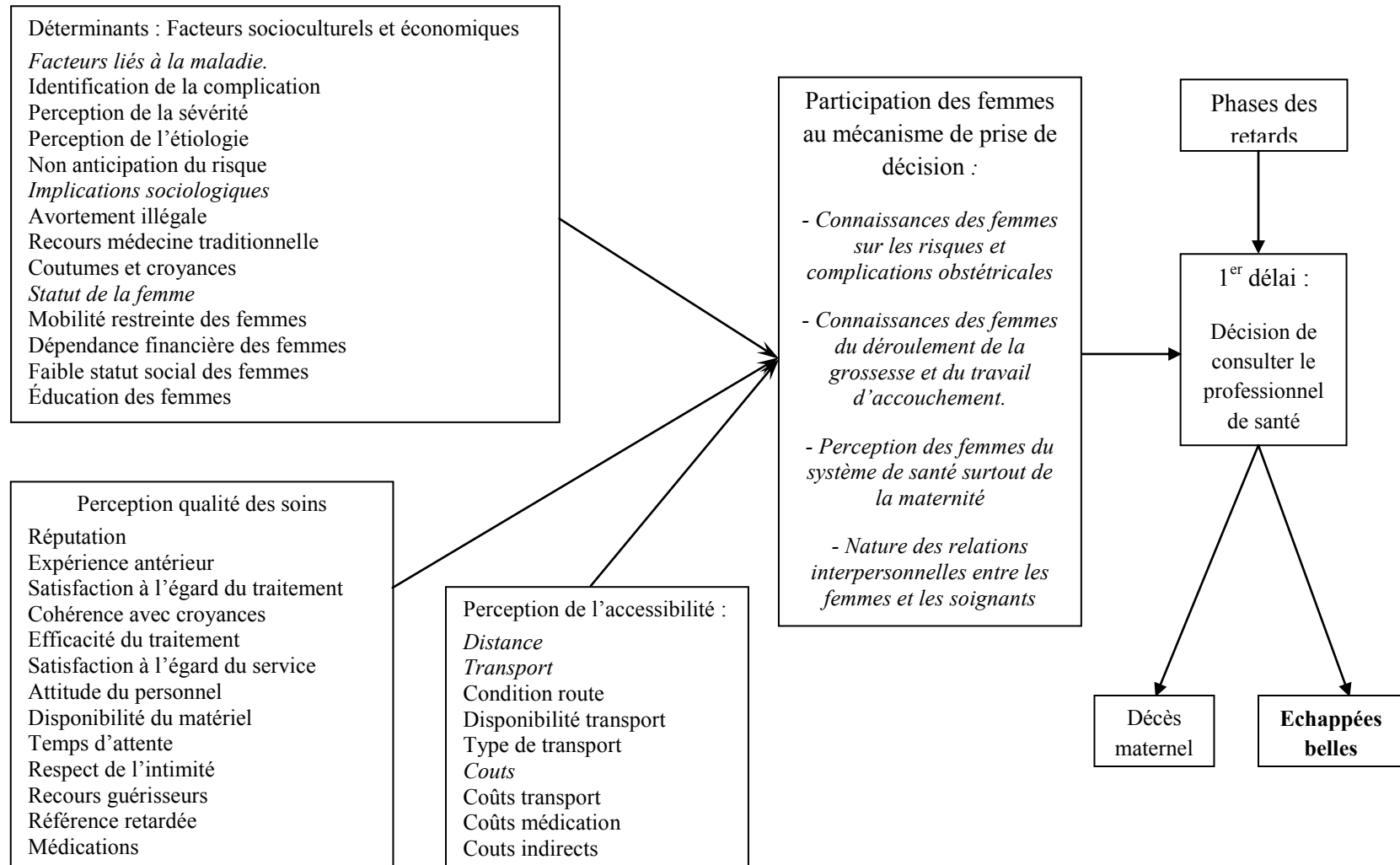
En Haïti, le modèle de Thaddeus et Maine a été utilisé pour analyser un échantillon de 12 décès maternels survenus dans une cohorte longitudinale des femmes enceintes (Barnes-Josiah, Myntti, & Augustin, 1998). Des entrevues

semi dirigées ont été menées avec la famille et les proches afin d'obtenir des détails sur les circonstances médicales et sociales entourant chaque décès. Selon Barnes-Josiah et Augustin, la décision tardive de consulter un professionnel de santé a été notée dans 8 des 12 cas (Barnes-Josiah et al., 1998).

La figure ci-dessous (**Figure 2**) correspond à **notre cadre conceptuel**. Il est une adaptation libre du premier retard de Thaddeus et Maine. Ce cadre n'est pas nécessairement contextualisé, c'est-à-dire qu'il ne permet pas d'identifier de façon précise quels sont les facteurs intervenant dans chaque milieu d'étude ou dans chaque région. Nous avons inséré au cadre initial de Thaddeus et Maine (Thaddeus & Maine, 1994) des éléments supplémentaires que l'on peut distinguer en gras. En effet, les éléments **en gras**, font référence à un certain nombre de facteurs pouvant être associés à la participation des femmes dans la prise de décision de recourir aux soins.

Nous avons rajouté la dimension de la participation des femmes car il s'agit, selon nous, d'un élément fondamental permettant de mieux saisir les facteurs pouvant influencer les comportements et les décisions des femmes. Un des objectifs de recherche était de déterminer si, selon les échappées belles, les facteurs mentionnés ci-dessous étaient présents durant l'épisode de complication. Le point de vue et la participation de ces dernières dans la décision d'évacuation semblait être un élément important à explorer.

Figure 2. Adaptation libre du premier retard de Thaddeus et Maine. (Thaddeus & Maine, 1994)



6. Objectifs de la recherche

Notre étude vise à déterminer et comprendre les facteurs responsables du premier délai dans la recherche des soins obstétricaux d'urgence. En effet, nous souhaitons saisir les raisons qui favorisent l'arrivée tardive des femmes au centre sanitaire et les multiples façons dont les décisions de recourir aux professionnels de santé conjuguent des dimensions médicales, sociales et culturelles (Y. Jaffré et al., 2009). En tenant compte de l'expérience des échappées belles, l'objectif est de déterminer quels facteurs ont influencé la décision de consulter un soignant du CSCom ou CSRéf, au moment de l'épisode de complication obstétricale.

De manière plus spécifique au contexte de Diéma, cette étude cherche à :

- Identifier les facteurs qui retardent la décision de consulter
- Étudier le rôle des échappées belles dans la prise de décision de recourir aux soins.
- Utiliser le récit des échappées belles comme un moyen d'identification des barrières d'accès aux soins obstétricaux d'urgence.

La question de recherche est un prolongement de la problématique de Thaddeus et Maine (Thaddeus & Nangalia, 2004). Au-delà d'une simple étude sur les causes et effets du premier retard, nous nous sommes intéressés à la manière dont les décisions en matière de choix de médication et d'hospitalisation sont prises par les femmes et leurs familles. En effet, l'étude des facteurs responsables du premier retard permettra de saisir le contexte décisionnel dans lequel les parturientes perçoivent leurs aptitudes à faire des choix essentiels en matière de santé reproductive. Nous souhaitons que l'étude débouche sur des recommandations, en vue d'améliorer les stratégies d'intervention contre la mortalité et la morbidité maternelle.

Chapitre IV : Devis méthodologique

7. Méthodologie

7.1. Démarche méthodologique

De par la nature des objectifs de recherche, la démarche qualitative s'est imposée comme démarche de recherche. Elle se caractérise par un processus d'investigation et d'analyse qui est itératif, progressif et rétrospectif où les tâtonnements et les préoccupations du chercheur jouent un rôle primordial (Deslauriers, 1991). La particularité de la recherche qualitative est qu'elle permet de porter un regard sur un phénomène socioculturel particulier, dans l'objectif de produire une description authentique et une interprétation approfondie de ce phénomène. En effet, elle s'inscrit dans une construction émergente de la réalité observée, une réalité qui est co-construite avec celui qui la crée et celui qui l'observe (Olivier de Sardan, 2008).

Les études qualitatives comme celle que j'ai menée à Diéma, misent sur une approche de nature ethnographique. Cette approche s'inscrit dans un registre compréhensif où les connaissances produites proviennent de l'insertion, de l'observation et de l'interaction du chercheur avec le milieu naturel de son objet d'étude (Creswell, 2007). Dans la recherche ethnographique et même celle en santé publique, le terrain constitue le lieu central de la production des données. Les informations recueillies sur les interactions sociales, les processus et les logiques contextuelles sont ancrées dans la vie de la communauté, c'est-à-dire le quotidien, les conversations, les représentations et croyances locales, les interactions entre différentes couches sociales (Olivier de Sardan, 2008). La recherche qualitative procède donc à une interprétation émergente où la logique de découverte reste tributaire d'une argumentation ancrée à la fois dans la réalité socioculturelle tangible et le matériel empirique (Mucchielli, 1996).

7.1.1. Devis constructiviste.

Dans le cadre d'un devis constructiviste, le chercheur formule l'objet de sa recherche en termes de construction de sens (Crabtree & Miller, 1992). En effet, c'est l'interaction entre le chercheur et le participant qui conduit à la construction

émergente d'une interprétation de la réalité observée (Lincoln & Guba, 1985). Le devis constructiviste remet en question l'objectivité de la science issue du paradigme traditionnel positiviste dans la mesure où il produit une interprétation de l'expérience qui laisse paraître des réalités telles qu'elles sont construites par l'acteur social. La particularité de ce devis s'inscrit dans l'observation, la compréhension et l'interprétation de la relation entre les comportements et les significations que leur assignent les acteurs à l'intérieur des interactions sociales (Lessard-Hébert, Boutin, & Goyette, 1997). Dans le domaine de la santé publique, l'attrait de ce devis est qu'il met l'accent sur les perceptions du patient et sur la manière dont il *construit* sa connaissance de la maladie et de la thérapeutique. Selon Boutin et Lessard-Hébert, le centre d'intérêt des problématiques de santé publique est l'interprétation de la création de sens par les acteurs, c'est-à-dire la prise en considération du lien entre la perspective des acteurs sociaux (les patients) et les conditions physiques de l'action (thérapeutique) dans laquelle ils sont impliqués (Lessard-Hébert et al., 1997). En tant que chercheur étranger au contexte de l'étude menée, le devis constructiviste reste, selon moi, la méthode de recherche appropriée pour comprendre la variabilité des comportements et des perceptions des acteurs impliqués dans la recherche de soins en cas de complication.

7.1.2. La démarche ethnographique

L'ethnographie est une stratégie de recherche qualitative privilégiée dans la mesure où sa force réside en sa capacité à identifier les comportements individuels face à la maladie et à constater la dimension collective des représentations culturelles relatives à la thérapeutique. L'ethnographie se distingue par son contact étroit avec le terrain, car ce dernier constitue à la fois une source d'interrogations et de données (Obadia, 2003). En effet, le chercheur ne va pas sur le terrain uniquement pour trouver des éléments de réponse à ses intérêts de recherche mais également pour découvrir d'autres questions, souvent plus pertinentes et plus adéquates, que celles posées en début de recherche (Poupart, Deslauriers, Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives, & Conseil québécois de la recherche sociale, 1997). Pour

Wittel, le terrain est un espace fait de contradictions et de relations que l'ethnographe doit plutôt redéfinir en termes d'interconnexions, de liens et de mouvements (Wittel, 2000, page 20.). Grâce à des outils tels que le récit de vie, l'observation participative ou les entretiens, « *l'ethnographie permet d'étudier ces moments privilégiés desquels émerge le sens d'un phénomène social* » (Poupart et al., 1997, page 326).

Sa particularité réside dans le fait qu'elle relève d'un double sens : celle de la réalité sociale qui est examinée et qui veut être dénommée et celle de l'ethnographe qui observe et cherche à comprendre ce qui se passe autour de lui (Silverman, 2005). Ainsi, elle vise à :

« décrire et analyser l'enchevêtrement des actions et les significations qui leur sont accordées, [mais aussi] à repérer les structures invisibles selon lesquelles les vécus des acteurs sont articulés » (Y. Jaffré et al., 2009, page 318).

Pour certains auteurs comme Savage, l'approche ethnographique peut être particulièrement utile dans la recherche en santé publique et dans l'étude de l'organisation des services de soins (Savage, 2000). En effet, les méthodes qualitatives sont régulièrement employées dans l'observation des trajectoires thérapeutiques et sont pertinentes dans l'analyse des processus de prise de décision du recours aux soins (Ducanis & Golin, 1979). Jaffré affirme également que les sciences sociales sont d'autant plus importantes pour décrire d'une part la situation réelle des accouchements en milieu rural et d'autre part la dynamique des pratiques sociales des professionnelles de santé (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003).

7.2. Entrée sur le terrain et population à l'étude

7.2.1. Informations sur l'étude et entrée sur le terrain.

La présente étude peut être considérée comme une des études pilotes qui s'inscrivent dans le cadre d'un programme de recherche plus vaste qui a débuté en 2008 dans la région de Kayes, au Mali et qui porte sur la vulnérabilité des femmes enceintes et la mortalité maternelle. Le projet vise à déterminer les causes et les effets des trois retards sur la létalité des urgences obstétricales dans la région et à utiliser les produits

de recherche à différents niveaux d'application des connaissances, aussi bien au niveau régional qu'international. Ce projet de recherche est financé par les IRSC (Institut de Recherche en Santé du Canada), le CHUM (Centre Hospitalier de l'Université de Montréal) et l'USI (Unité Santé Internationale), dans le cadre d'une initiative stratégique pour la recherche en santé mondiale axée sur la production des savoirs, la transformation des connaissances en recommandations ainsi que sur l'évaluation de leur application en matière de lutte contre la MM.

Le programme Teasdale Corti se distingue des nombreuses collaborations Nord-Sud par le fait que, d'une part, il n'y a pas de membres de l'équipe canadienne présents en permanence sur le terrain et d'autre part, les partenaires africains ne travaillent pas exclusivement pour les centres d'études nord américains, mais également pour les instituts de recherche nationaux. Il s'agit donc d'une collaboration étroite qui appuie des initiatives de recherche, dont les résultats servent de base à l'application d'interventions dans le domaine de la santé maternelle et néonatale en Afrique de l'Ouest, particulièrement au Mali. L'équipe de recherche malienne est responsable de la gestion et de la mise en œuvre du projet au niveau (national), tandis que l'équipe de Montréal coordonne l'ensemble du projet et assure la production de données scientifiques. L'équipe de recherche montréalaise procède périodiquement à des missions de formation et de suivi. La relation établie entre l'équipe Teasdale Corti et la Direction Régionale de Santé de Kayes (DRS) fait en sorte que la formation de jeunes chercheurs sur le terrain malien encourage une pratique orientée vers la résolution de problèmes de santé publique, la diffusion des résultats au niveau local et le transfert des connaissances. Le district sanitaire de Diéma a été choisi par souci d'innovation. Contrairement à Kayes ou à Nioro, le district sanitaire de Diéma n'avait jamais accueilli de chercheurs de l'Université de Montréal auparavant. Ainsi, dans le cadre de ce mémoire, j'ai effectué mon tout premier voyage au Mali durant lequel j'ai passé six semaines dans la région de Diéma.

Je suis arrivée dans la région de Kayes en octobre 2009. Deux coordinateurs de recherche, m'ont accompagnée et guidée tout au long de l'enquête. Leurs connaissances des enjeux sanitaires de la région et des structures de soins locales,

voire régionales, ont grandement facilité mon accès au terrain. En réalité, le terrain s'est fait en deux temps. Un terrain à titre « exploratoire » d'une durée de trois jours à Kayes, plus précisément à la DRS de Kayes, a été réalisé du 11 au 13 octobre 2009. Pendant ces trois jours, nous avons rencontré le directeur de la DRS. Une réunion avec les professionnels de santé de la DRS et de la Direction régionale du Développement Sociale et de l'Économie Solidaire (DRDSES) a eu lieu. J'ai également fait la connaissance de l'assistante technique du projet canadien d'appui à la DRS. Ce premier contact avec les équipes de la DRS a permis deux choses : d'une part, de me présenter et d'expliquer les objectifs de recherche et l'intérêt de l'étude et d'autre part, de me familiariser avec le fonctionnement du système sanitaire malien.

La deuxième phase, soit l'étude de terrain proprement dite durant laquelle les données ont été recueillies, s'est déroulée sur une période de cinq semaines dans le district de Diéma. J'ai réalisé une série d'entretiens semi-dirigés et des observations au CSRef mais également dans les CSCom que j'ai eu l'occasion de visiter. Des observations ont été menées dans le service de maternité durant les jours de CPN, d'autres dans la salle d'accouchement de la maternité du CSRef.

A mon arrivée à Diéma, j'ai rencontré le médecin chef du CSRef, qui m'a présenté à l'ensemble de l'équipe médicale, y compris les médecins, les infirmiers, le major, les techniciennes de santé, la pharmacienne, les matrones et les matrones stagiaires. Au début de l'étude, j'étais perçue de manière ambivalente par les professionnels de santé. Certains avaient compris mes intérêts de recherche et me considéraient comme une universitaire qui faisait une étude sur les délais dans l'obtention de soins. C'est plutôt dans certains CSCom, que l'on me considérait parfois comme une personne « travaillant dans le domaine de la santé » dont le travail d'observation était plutôt de nature évaluative. C'est pourquoi, à chaque visite dans un village ou un CSCom, je devais systématiquement justifier ma présence et expliquer l'objet de mon travail.

Dès les premiers jours, je logeais chez un des médecins du CSRef avant d'aller m'installer dans un petit hôtel, au centre ville de Diéma. Le CSCom était à 30 minutes de marche de mon domicile et le CSRef se situait à 10 minutes à pied. Vivre à l'extérieur de la structure sanitaire m'a permis de développer un réseau social à

l'extérieur du cercle des professionnels de santé et de m'intégrer au quotidien des populations de la petite ville. Aussi, en m'installant en dehors de l'enceinte du CSRef, je pouvais m'entretenir de manière informelle avec des habitants et les interroger sur leur propre expérience avec le système de soins. Lorsque je sympathisais avec des femmes, par exemple, je discutais avec elles de la manière dont elles percevaient la qualité de l'accueil au CSRef, notamment au sein de la maternité. Tous les matins, je me rendais au CSRef. Lorsque nous n'étions pas en expédition, à la recherche d'une échappée belle, je faisais de la transcription, de l'observation ou je m'entretenais de manière informelle avec des malades, des femmes enceintes ou des proches en visite, mais aussi avec des matrones. Partager le quotidien des soignants m'a permis d'avoir accès à l'envers du décor d'un établissement de soins et de faire des observations additionnelles qui ont alimenté ma recherche.

7.3. Participants à l'étude

La population à l'étude était constituée d'échappées belles. On désigne par le terme d'**échappée belle**, une femme ayant survécue de justesse à un épisode de complication obstétricale sévère durant la grossesse, l'accouchement ou dans les six semaines suivant la fin de l'accouchement (Berg, Lewis, & Organisation mondiale de la santé. Département santé et recherche génésiques, 2004). Puisque les femmes qui ont survécu à cette expérience sont encore vivantes, il était primordial de les interroger sur les circonstances qui ont conduit à la prise de décision et de capter leur perception des soins reçus. Il n'existe pas de définition juste ou erronée d'un cas d'échappée belle. Par contre, il était essentiel d'identifier ces cas selon une définition locale des soins, des complications, des facteurs de risques et des facteurs remédiables (Filippi et al., 2005). Nous verrons dans les sections qui suivent, comment les cas ont été identifiés, selon une définition locale des complications obstétricales retenues.

Trois groupes d'acteurs ont été interrogés. Il y avait en premier lieu les échappées belles, qui sont en réalité les informatrices clés. Le deuxième groupe était composé du personnel de santé de premier niveau ayant pris en charge et évacué la parturiente au

CSRef. Enfin, il y avait l'entourage de la parturiente, c'est-à-dire les personnes ayant été directement impliquées dans les soins et le processus de prise de décision de recourir aux soins.

7.3.1. Sélection des participants

L'échantillonnage est une opération qui vise à constituer le corpus empirique d'une recherche (Poupart et al., 1997). Dans les études de type qualitatif, il est important de noter que le principe d'échantillonnage ne provient pas de règles techniques faisant appel à des théories statistiques, mais plutôt de l'adéquation pertinente entre l'objet de recherche et le corpus empirique (Pires, 2007). Dans la présente étude, l'échantillonnage s'est déroulé de sorte à assurer la pertinence théorique des cas sélectionnés, c'est-à-dire que la qualité ou les caractéristiques des participants sélectionnés vont permettre de découvrir des éléments de réponse à la question de recherche. L'échantillon d'échappées belles a été réalisé à partir de critères de sélection précis, déterminés à priori.

Seules les échappées belles qui ont été exposées à une complication obstétricale qui a débuté à la maison ont été sélectionnées. Les échappées belles ont également été identifiées selon le type de complication auquel elles ont survécu. Dans notre contexte de recherche, la définition de l'échappée belle est basée sur les symptômes et signes cliniques. Cette définition a été élaborée à partir du diagnostic des quatre types de complications obstétricales majeures que sont **l'anémie, l'hémorragie, le travail dystocique et l'éclampsie**. L'avantage premier de faire appel aux symptômes et signes cliniques est que l'interprétation des causes est claire. Les données ont pu être recueillies de manière rétrospective, en s'appuyant sur les informations qui figurent dans les registres et dossiers médicaux. Les complications retenues sont les plus fréquentes dans le contexte ouest africain (Filippi et al., 2005) et les symptômes associés à chaque affection sont tirés de la littérature sur les audits maternels et les études de cas qui examinent la morbidité grave (Touré, 2005). Au moment de la sélection des échappées belles, ces critères ont été ajustés au contexte sanitaire du district de Diéma. Avec le médecin obstétricien du CSRef, nous avons vérifié les

diagnostics afin que le seuil de gravité de chaque symptôme soit adéquat avec la notion d'urgence de la complication dans le contexte spécifique de Diéma. (Voir la **figure 3**).

Pour les cas de femmes ayant eu une hémorragie, un critère de sélection a été retenu en particulier. Si le temps écoulé entre le début des saignements et l'arrivée au CSCom dépassait un délai de huit heures, la femme pouvait alors être sélectionnée. Nous avons estimé qu'en cas d'hémorragie, la survie maternelle était réellement menacée après un délai de 8 heures (Subtil, Sommé, Ardiet, & Depret-Mosser, 2005). Une étude sur les conséquences des hémorragies en termes de santé et de facteurs de risque chez les parturientes montre qu'au-delà d'un délai pouvant varier entre 8 heures et 10 heures, la vie d'une femme en travail était sérieusement menacée si elle ne recevait pas des soins appropriés (Subtil, Sommé et al. 2005).

Concernant les deux focus group, un échantillon non probabiliste a été utilisé, c'est-à-dire que les participants ont été recrutés en fonction de critères spécifiques. Les variables prises en compte pour constituer l'échantillon étaient le sexe, l'âge, le niveau de scolarité et la parité, c'est-à-dire que tous les participants devaient être parents d'au moins un enfant. Chaque focus group était composé de six personnes, soit un groupe de femmes et un groupe d'hommes.

7.3.2. Source de données.

La sélection des échappées belles s'est faite à partir des données du système d'informations sanitaire du district. En effet, l'échantillon a été construit à partir des informations contenues dans le fichier de Gestion du Système de Référence Évacuation (GESYRE). Ce fichier de suivi des urgences obstétricales contient des informations sur toutes les parturientes ayant été évacuées au CSRef pour cause obstétricale. Il enregistre les données démographiques et médicales, y compris l'âge de la femme, le statut marital ainsi que le nom du mari, le village d'origine, la date d'arrivée, le diagnostic, le traitement y compris la méthode de délivrance et la condition de la parturiente à l'issue de l'accouchement. Pour chaque cas d'échappée belle sélectionné dans le GESYRE, une simple revue documentaire a été menée à

partir des registres des accouchements, des registres des césariennes, des fiches de partogramme et du registre SONU.

Figure 3. Liste des symptômes pour chaque complication obstétricale retenue. Adaptation libre de (Touré, 2005) et (Filippi et al., 2005).

Complications Obstétricales	Symptômes
<i>Anémie grave (aigue décompensée)</i>	Muqueuses (conjonctives) pales <u>et au moins 2 des signes suivants</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Essoufflement (polypnée : accélération de la fréquence respiratoire. Difficulté à respirer) - Agitation et froideur des extrémités des membres - sécheresse des muqueuses. (signe en cas d'anémie chronique) - TA faible - Pouls accéléré fin et filant (battement du cœur > 120 : urgence et évacuation) - Taux d'hémoglobine < 7g/dl (début décompensation) - Transfusion sanguine sans notion de saignement
<i>Hémorragie</i> Hémorragie antépartum Hémorragie du post partum. HRP (Hématome Rétro Placentaire) Placenta Prævia.	Perte de sang interne ou externe <u>et au moins 2 des signes suivants</u> : <ul style="list-style-type: none"> - pression artérielle systolique égale ou inférieur à 90 mmHg OU une réduction de la TA de plus de 40 mmHg par rapport aux valeurs habituelles. - pouls filant ou imprenable ou > 120/min - agitations, sueurs froides, extrémités froides - trouble de la conscience - entraînant une hystérectomie - transfusion sanguine
<i>Troubles hypertensifs : (hypertension durant 3ieme trimestre)</i> Pré éclampsie Éclampsie	Pression artérielle systolique > ou égal a 140 mmHg et/ou pressions diastolique sup ou égale a 90 mmHg <u>et au moins 1 des signes suivants</u> : <ul style="list-style-type: none"> - morsure de la pointe de la langue - <u>crise convulsive</u> - œdème membres inferieur - perte de conscience
<i>Travail dystocique</i> Pré Rupture utérine Rupture utérine	Pré rupture (contraction et relâchement de l'utérus) <ul style="list-style-type: none"> - douleur de dos atroce (muscle tendu prêt à se rompre) Soit Rupture utérine au cours de la grossesse : <ul style="list-style-type: none"> - désunion d'1 utérus cicatriciel - rupture traumatique de l'utérus Soit Rupture utérine au cours du travail d'accouchement : <ul style="list-style-type: none"> - disproportion feotopelvienne (bassin de femme trop petit et/ou rétrécit ou bien limite et rupture face a un obstacle insurmontable)

7.4. Recrutement des participants

Une fois les cas sélectionnés, avec l'aide du médecin chef du CSRef et du coordinateur de recherche, nous étions chargés de contacter les chefs de CSCom de toutes les aires de santé d'où provenaient les échappées belles afin de solliciter leur aide dans la localisation de ces femmes. En effet, la majorité d'entre elles ont été évacuées d'un CSCom, vraisemblablement le plus proche de leurs domiciles. Il était donc plus pertinent et plus adéquat de faire appel aux chefs de poste des CSCom qui pouvaient contacter ces femmes et leur demander leur appui pour cette étude. Dans les cas où le chef du CSCom était dans l'impossibilité de retrouver l'échappée belle, nous faisons appel aux relais communautaires (RC). Les RC sont des habitants de la commune ou du village qui participent à la vulgarisation des messages de prévention et la promotion d'activités curatives. Ils jouent un rôle d'intermédiaire entre la communauté et les dispensateurs de soins. L'avantage d'avoir sollicité l'aide des chefs de CSCom ou les RC est que nous avons pu minimiser les déplacements dans les différents villages de Diéma. Cela nous aura permis de planifier de manière efficiente, un emploi du temps des tournées.

Après avoir examiné les données du GESYRE allant de Janvier à Octobre 2009, 26 échappées belles étaient éligibles. Parmi ces 26 cas, cinq d'entre eux ont dû être abandonnés. En effet, une femme était décédée. La deuxième était en voyage à Bamako pendant toute la durée de l'étude et pour une autre, la complication a eu lieu de manière inopinée au CSCom alors qu'elle se rendait à la quatrième et dernière CPN. Dans le cas de cette femme, le registre indiquait que la complication avait débuté au domicile, mais en interrogeant cette dernière, il s'est avéré que c'est durant la consultation que le travail a débuté. Pour les deux derniers cas, les dossiers n'ont pas été retrouvés. Le registre des SONU indiquait leur nom, leur historique obstétrical et le type de complication dont elles avaient souffert. Cependant, elles n'apparaissent nulle part sur le registre d'accouchement, le fichier GESYRE ou le registre du bloc opératoire. Aucune fiche de partogramme n'a été trouvée pour ces deux cas. Faute de preuves matérielles et d'informations permettant de les identifier et éventuellement de

les recruter, ces deux cas ont été abandonnés. Ainsi, 21 femmes ont été sélectionnées et interrogées. Vu la durée et la nature même de l'étude, il a semblé que le nombre d'échappées belles réduit à 21, était raisonnable pour obtenir les informations recherchées. Dans la recherche de type qualitative, ce n'est pas tant le nombre de participants mais plutôt la diversification interne qui assure la validité de l'étude. La grande variété des cas, même lorsqu'il s'agit d'un petit échantillon, permet d'accéder à une connaissance suffisamment détaillée et pertinente de l'objet d'étude (Hamel, Dufour, & Fortin, 1993).

Pour documenter ces 21 cas d'échappées belles, nous avons rencontré un certain nombre de personnes notamment des professionnels de santé et des membres proches de la famille de l'échappée belle, présents au moment de la complication. En ce qui concerne les professionnels de santé, il s'agissait surtout des chefs de postes (lorsqu'ils étaient disponibles ou présents) et des matrones qui avaient accueilli l'échappée belle au moment de l'épisode de complication. Concernant les membres de la famille de l'échappée belle, nous recherchions particulièrement les personnes présentes au domicile le jour de la complication et celles qui ont participé au processus de prise de décision de recourir aux soins. Au total, ce sont les récits et témoignages de 34 participants qui ont permis de documenter et d'éclaircir les détails de l'épisode de complication obstétricale.

Aussi, deux focus group ont été menés avec des hommes et des femmes rencontrés dans le réseau social local que j'ai développé durant mon séjour à Diéma. L'âge des femmes variait entre 35 et 45 ans. Elles étaient soit aide-ménagères dans les maisons de la ville de Diéma (2), soit femmes au foyer (3) ou vendeuses au marché (2). Aucune de ces femmes n'a été scolarisée. L'âge des hommes variaient entre 35 ans et 40 ans. Ils ont été recrutés par l'intermédiaire d'un ami malien vivant à Diéma.

7.4.1. Profil sociodémographique des participants.

Au total, 55 entrevues ont été menées dont 21 avec des échappées belles. Parmi ces dernières, on comptait neuf Sarakolés, huit Peules, trois Bambaras et une Kasonké. L'âge des échappées belles variait entre 16 et 40 ans. Trois de ces femmes étaient des

primipares. Elles se définissaient toutes comme ménagères. Concernant le reste des répondants, il s'agissait des membres proches de la famille des échappées belles. Parmi eux, il y avait cinq maris, trois mères, cinq belles mères, quatre belles sœurs, deux coépouses, un père et deux beaux pères. Les répondants avaient entre 45 et 75 ans. J'ai également rencontré une accoucheuse traditionnelle. Aucun des répondants n'était scolarisé.

À l'égard des professionnels de santé, j'ai eu l'occasion d'interviewer trois médecins, un technicien de santé, huit matrones et une accoucheuse traditionnelle recyclée (ATR). Concernant le statut marital des répondants des 3 groupes, la majorité était mariée, généralement sous le régime de la polygamie. Une des échappées songeait à divorcer et une matrone était divorcée. Le technicien de santé était célibataire sans enfants, tandis qu'une autre matrone était célibataire avec enfant.

Les tableaux ci-dessous sont des récapitulatifs des informations sociodémographiques de tous les participants de l'étude, y compris les informatrices clés et les informateurs secondaires. Le premier tableau correspond aux informations sur les échappées belles. Le deuxième tableau concerne les membres de la famille des cas rencontrés et le troisième décrit le profil des agents de santé.

Tableau II. Profil sociodémographique des échappées belles.

Échappées Belles	Age	Ethnie	Provenance du CSCom	Caractéristiques maternelles	Complication
1	28	Sarakolé	Nafadji	Multipare	Hémorragie
2	35	Sarakolé	Directement CSRef	Multipare	Hémorragie
3	30	Sarakolé	Latakaff	Multipare	Hémorragie
4	23	Sarakolé	Diéoura	Multipare	Hémorragie
5	29	Bambara	Directement CSRef	Multipare	Hémorragie
6	33	Sarakolé	Tinkare	Multipare	Hémorragie
7	25	Bambara	Dioumara	Multipare	Hémorragie
8	35	Bambara	Dioumara	Multipare	Hémorragie
9	16	Peul	Dioumara	Primipare	Anémie
10	16	Sarakolé	Lambidou	Primipare	Hémorragie
11	40	Peul	Fatao	Multipare	Hémorragie
12	38	Peul	Madiga Sako	Multipare	Hémorragie
13	32	Peul	Lambidou	Multipare	Anémie
14	20	Kasongué	Lakamané	Multipare	Hémorragie
15	20	Peul	Diankounté	Multipare	Anémie
16	28	Peul	Fassoudébe	Multipare	Hémorragie
17	29	Peul	Fassoudébe	Multipare	Hémorragie
18	16	Peul	Guédébiné	Primipare	Éclampsie
19	40	Sarakolé	Béma	Multipare	Hémorragie
20	31	Sarakolé	Béma	Multipare	Hémorragie
21	16	Sarakolé	Directement CSRef	Multipare	Hémorragie

Tableau III : Profil sociodémographique des membres de la famille des échappées belles

Membres de la famille des échappées belles	Nombre	Age
Mari	5	Entre 40 ans et 70 ans
Père	1	+/- 60 ans
Beau père	2	60 ans et 78 ans
Mère	3	45 ans, 50 ans et 55 ans
Belle mère	5	Entre 45 ans et 75 ans
Belle sœur	4	21 ans, 30 ans et 48 ans
Coépouse	2	40 ans et 70 ans

Tableau IV : Profil sociodémographique des professionnels de santé.

Professionnels de santé et accoucheuse traditionnelle	Nombre	Age	Statut matrimonial	Progéniture
Médecins	3	Entre 35 ans et 45 ans	1 célibataire et 2 mariés	Aucun
Technicien de santé	1	+/- 35 ans	célibataire	Aucun
Matrone	8	Entre 28 ans et 50 ans	1 divorcée et 7 mariées	1 sans enfant et 7 avec enfants
Accoucheuse traditionnelle	1	75 ans	Veuve	4 filles

7.5. Instrument de collecte de données

7.5.1. Entrevues semi dirigées et questions ouvertes.

L'entretien constitue le mode de collecte de données principal en recherche qualitative. Rendre compte du point de vue de l'acteur est la grande ambition de l'entrevue de type qualitatif. (Olivier de Sardan, 2008). La souplesse de l'entrevue semi directif offre au participant les moyens de s'exprimer librement, dans un contexte délimité par les frontières assez imprécises et relativement larges des questions. Ainsi, le répondant n'a pas l'impression de répondre à un interrogatoire (Paillé, 2006). Ce type d'entretien permettrait de *creuser en profondeur* le contexte de vie, les habitudes, la trajectoire sociale du participant, mettant en évidence les diverses composantes de sa vie et de son expérience. Il a également l'avantage de s'employer dans les contextes où les populations sont analphabètes ou peu scolarisées (Blanchet Garneau, 2007).

Toutes les entrevues ont été réalisées suivant une grille d'entrevue comportant des questions ouvertes. Trois grilles d'entretien différentes ont été élaborées. (Voire Annexe). La première grille d'entretien avait pour objectif de documenter l'expérience d'accouchement en milieu rural, dans un service public, et de saisir la perception que les femmes ont de la relation entretenue avec les professionnels de santé. Les questions d'entrevues pour les principales informatrices portaient sur l'expérience d'accouchement, la reconnaissance de la complication, la perception du risque et la qualité des soins, enfin le processus de prise de décision de recourir aux soins modernes. Les entrevues avec les femmes ont été faites individuellement, en présence d'une interprète, dans un endroit où les échappées belles pouvaient s'exprimer sans craindre d'être influencées dans l'expression de leur opinion. La présence du conjoint, d'une femme plus âgée ou d'un soignant aurait pu nuire à la pertinence et l'authenticité des propos de la répondante. Pour la majorité des participantes, les entrevues ont eu lieu à leur domicile. Pour celles qui ont fait le déplacement jusqu'au CSCom de leur région, nous nous sommes entretenues avec

elles dans une pièce fermée du centre. Les entrevues duraient en moyenne entre 40 minutes et 1 heure 15 minutes.

La grille pour les agents de santé avait pour finalité de saisir les conditions dans lesquelles les femmes sont arrivées au CSCom mais aussi les circonstances de l'évacuation vers le CSRef.

Enfin, la grille d'entrevue pour les proches avait pour objectif de comprendre le processus de prise de décision, les choix de l'itinéraire thérapeutique, autrement dit, les décisions prises en matière de recours à un système de soins. Les entrevues avec les professionnels de santé étaient toujours individuelles.

Aussi, un premier pré-test a été réalisé dans un village voisin, situé à sept kilomètres du CSRef avec une échappée belle de 28 ans. La participante respectait tous les critères de sélection puisqu'elle avait souffert d'une hémorragie ante partum qui avait débuté au domicile. Ce pré-test a permis deux choses : d'une part de déterminer la capacité de l'interprète à mener une entrevue et d'autre part de vérifier la validité de l'outil de collecte. Toutes les entrevues ont été enregistrées sur appareil audio, traduites et retranscrites avec l'aide d'une interprète qui a participé à toutes les étapes de collecte et de transcription des données. Au cours de l'étude, un processus de validation interne a été entrepris. Après chaque entrevue, les renseignements qui n'étaient pas clairs ou qui nécessitaient d'être plus explicites, étaient compilés dans une liste de thèmes à approfondir dans les entrevues qui suivaient. Cette technique a été utilisée comme une méthode pour améliorer la qualité et la rigueur de la grille d'entrevue (Mayer & Ouellet, 1991). Nous verrons cela en détail dans les chapitres qui suivent.

7.5.2. Les observations

L'ethnographie est par définition une science de l'observation car elle conduit le chercheur dans une situation d'immersion à l'intérieur d'une réalité sociale bien particulière. En effet, ce dernier participe à un processus de socialisation au cours duquel :

« son éducation, son caractère, son histoire sont indissociables [des situations où il se trouve et] de sa dépendance vis-à-vis des personnages qui sont devenus ses principales sources de données » (Mucchielli, 1996, page 147.).

Une demande d'autorisation auprès du médecin chef a été obtenue afin d'effectuer des observations dans le CSRef. Je me suis attardée sur l'observation du fonctionnement du centre, du déroulement et de l'accueil des femmes aux CPN, dans la mesure où je souhaitais saisir le fonctionnement de la maternité et la dynamique relationnelle entre femmes et soignants. Aussi, lorsqu'une échappée belle arrivait au CSCom pour une entrevue, je portais une attention particulière sur la manière dont la soignante accueillait la femme et je regardais comment patients et professionnels de santé conversaient.

L'observation est souvent utilisée dans la recherche qualitative comme une méthode de confirmation ou de vérification des données recueillies par d'autres outils, notamment grâce à la méthode de triangulation méthodologique (Denzin & Lincoln, 1998). La nécessité d'ajouter l'acte d'observation aux études qualitatives est systématiquement mise en évidence par le souci de rigueur méthodologique. En effet, puisque dans la recherche socioanthropologique (et celle en santé publique aussi) la densité des témoignages est aussi importante que la question de représentativité (Denzin & Lincoln, 2003), la concordance entre les différentes sources de données assure la validité interne de l'étude et permet de se fier aux conclusions du chercheur (Piette, 1996). Durant la collecte, des observations ont été menées aussi au sein des familles des échappées belles que nous avons visitées. Je prêtais une attention particulière à la manière dont les femmes s'exprimaient et expliquaient la responsabilité de chaque acteur impliqué dans le processus de prise de décision. Aussi, j'observais l'attitude des femmes en présence de leur conjoint ou de leur belle mère. Ma prise de note ne semblait pas gêner mes interlocutrices. Lorsque je faisais des observations au niveau des CSCom ou du CSRef, les participantes me confondaient parfois avec un professionnel de la santé. En effet, je restais assise longtemps sur les bancs de la salle d'attente de la maternité, à regarder le déroulement des échanges entre matrones et parturientes. Je prenais régulièrement des notes et vu

que j'étais une des seules femmes à ne pas porter d'enfant au dos, certaines m'ont prises pour une soignante en apprentissage, Par contre, au domicile des échappées belles, ma prise de notes se faisait de manière plus discrète. Étant donnée la nature de la rencontre avec les échappées belles, je ne voulais pas que ma visite soit perçue comme une démarche de nature évaluative.

7.5.3. Les focus groups

Le focus group n'est pas une technique nouvelle de collecte de données. Il est pertinent dans les recherches qualitatives car il utilise l'interaction du groupe pour produire des données qui seraient moins accessibles autrement (Mayer, 2000, page 79.). Le choix du focus group s'explique par le fait qu'il permet de créer un espace d'échanges et de discussion sur un sujet personnel, en amenant les participants à s'exprimer librement sur leurs expériences. Dans le cadre de notre étude, il était particulièrement intéressant de faire appel au focus group afin de susciter une discussion ouverte, à partir d'une grille d'entrevue définie, sur l'évolution de la perception de l'expérience de l'enfantement, la perception de la qualité des soins, enfin sur les rapports entre les soignants et les parturientes. Contrairement à d'autres techniques de collecte de données où ce sont les intérêts du chercheur qui prédominent, le focus group favorise une meilleure compréhension des besoins des répondants (Boutin, 2007). Il permet de susciter une réflexion approfondie sur les messages clés émis par les participants, en vue de débattre sur les solutions possibles au problème de la MM. Les objectifs du focus group étaient d'une part, de comprendre comment hommes et femmes perçoivent les obstacles qui peuvent survenir durant le recours aux soins et d'autre part, de discuter de leurs habilités à influencer la décision de recourir aux soins. Deux focus group ont été menés. Ainsi, sept femmes âgées entre 35 ans et 45 ans, ainsi que six hommes âgés entre 35 ans et 40 ans y ont participé. Puisque le focus group est une méthode axée sur les interactions entre les participants du groupe, ce nombre relativement restreint était suffisant pour non seulement allouer un temps de parole égal à tout le monde mais aussi pour éviter la formation de sous groupes à l'intérieur de chaque groupe (Mayer

& Ouellet, 1991). Aucun des participants ne devait appartenir au corps médical. Le focus group avec les femmes a duré 1 heure et 30 minutes, tandis que celui des hommes a duré 50 minutes. L'animation du groupe a été dirigée par l'interprète. Le focus group des femmes prenait des allures de conversations, car la discussion était plus libre et très peu directive. Les participantes étaient réunies dans la maison de l'une d'entre elles, un environnement neutre qui favorisait un débat le plus libre possible. Nous étions assises en cercle, les femmes buvaient du thé et racontaient sans gêne leur expérience de relation thérapeutique avec les soignants de la maternité du CSRef. Le focus group avec les hommes était plus structuré. La discussion était un peu plus directive. Les participants étaient réunis dans le domicile de l'un d'entre eux et le focus group a eu lieu un soir de match de football. Les focus groups ont été enregistrés et la transcription des discussions a également constitué le corpus d'analyse.

Tableaux V. Caractéristiques socioéconomiques des participants du focus group

Participant	Ethnie	Age	Profession
1	Peul	45	Ménagère
2	Sarakolé	40	Ménagère
3	Sarakolé	30	Ménagère
4	Sarakolé	37	Aide familiale
5	Bambara	35	Vendeuse
6	Bambara	30	Vendeuse
7	Bambara	39	Aide familiale

Participant	Ethnie	Age	Profession
1	Sarakolé	40	Vendeur
2	Bambara	40	Chauffeur
3	Bambara	40	Vendeur
4	Bambara	35	Vendeur
5	Bambara	35	Vendeur
6	Bambara	40	Sans emploi
7	Bambara	40	Vendeur

7.6. Processus et déroulement de la collecte de données.

Avant de démarrer la collecte à proprement parler, nous avons fait appel à un service de traduction puisque je ne parle pas le bambara, qui est la langue officielle et majoritaire au Mali. Au départ, nous n'avions pas convenu de critères de sélection précis quant au choix de l'interprète, cependant il nous semblait évident que le choix se porterait sur une femme, n'appartenant pas au corps médical et qui parlait couramment les langues locales. Puisque nous allions nous pénétrer un monde de femmes, il aurait été difficile de recruter un interprète de sexe masculin, au risque de mettre les participantes mal à l'aise face à certains sujets. C'est ainsi que les coordonateurs de recherche et moi-même avons rencontré, une jeune femme bambara de 30 ans, qui m'a servi d'accompagnatrice et d'interprète. En effet, elle maîtrisait

parfaitement trois langues soit le français, le bambara et le sarakolé qui restent les langues les plus parlées dans la région de Diéma. Ancienne institutrice, elle avait déjà fait partie d'une équipe de recherche puisqu'elle a été agent de recensement pour la commune de Diéma. Son expérience dans le recensement fait qu'elle avait une excellente connaissance de la région. Lors de notre première rencontre avec l'interprète, je lui ai moi-même présenté l'intérêt et les objectifs de l'étude. Des jeux de rôles ont été réalisés afin qu'elle puisse se familiariser et s'approprier le contenu des grilles d'entrevue.

Lorsque nous arrivions dans la région où vivaient les échappées belles, nous allions systématiquement nous présenter au CSCom afin que le chef de poste ou le RC nous précise l'emplacement du village de la femme recherchée. Une fois arrivée au village, nous allions nous présenter au chef du village. Les normes de bienséance exigent que le patriarche soit mis au courant et sollicité lorsque des étrangers arrivent au village pour s'entretenir avec un habitant, surtout quand il s'agit d'une femme. L'accord de ces chefs était indispensable à la réalisation de l'étude. Par la suite, le chef de village lui-même ou quelqu'un désigné par lui nous indiquait le domicile de l'échappée belle et nous présentions l'objet de notre visite au chef de famille. D'ailleurs, nous avons remarqué que dans la majorité des villages, les femmes mariées gardaient leur nom de jeune fille. Cette précision est importante car à plusieurs reprises, nous nous sommes fait dire qu'une femme ne vivait pas dans un village uniquement parce que nous l'avions appelé par son nom de femme mariée et non par son nom de jeune fille. Puisque le nom du mari était indiqué sur toutes les fiches de partogramme des échappées belles, lorsque nous arrivions dans un village, nous demandions à voir telle femme en précisant toujours le nom de son mari.

Les règles de politesse faisaient que nous devions systématiquement présenter les objectifs de l'étude et le rôle de la participante au chef de famille. Par contre, dans plusieurs maisons, les maris des échappées belles ne sont pas forcément les chefs de famille puisqu'en réalité, la majorité de ces femmes vivent dans de grandes concessions avec la famille élargie de leur conjoint. Dans plusieurs cas, surtout dans les familles Sarakolés, le mari était absent. C'est donc avec les beaux-parents ou les

beaux frères de la femme que nous discutons de l'objet de notre visite. Une fois la présentation de l'étude faite auprès des personnes depositaires de l'autorité et les règles élémentaires de sociabilité respectées, c'est-à-dire partager un repas ou accepter une boisson, nous pouvions commencer l'entrevue.

L'entretien se déroulait toujours dans un endroit isolé et calme de la maison, à l'abri des regards. Les entrevues se déroulaient uniquement en présence de l'interprète, de l'échappée belle et de moi-même et étaient enregistrées sur un magnétophone utilisé avec le plus de discrétion possible. Aucune femme n'a indiqué de refus d'être enregistrée. Dans trois cas, les entrevues ont été menées au CSCom de la région et dans deux cas au CSRef de Diéma. Même lorsque les entretiens se faisaient en dehors du domicile, dans un centre de santé par exemple, l'entrevue se tenait toujours à huis clos et aucun soignant ne pouvait y assister.

L'interprète commençait par présenter l'objet de l'étude et les objectifs de recherche. Elle expliquait à l'échappée belle comment elle avait été choisie et elle insistait sur l'importance de sa participation. Elle l'informait ensuite de l'utilisation des résultats. Enfin, elle lui expliquait le formulaire de consentement avant d'obtenir une signature ou du moins une inscription qui faisait foi de son accord. L'entrevue commençait toujours par quelques questions d'ordre sociodémographique telles que l'âge, l'ethnie, le niveau d'éducation et l'historique obstétrical, c'est-à-dire la parité et la gestité. Suivaient ensuite les questions relatives à l'expérience d'accouchement, à la reconnaissance de la complication, aux parcours thérapeutiques qui ont précédé le recours aux soins modernes, aux choix qui ont motivés ce parcours, à la prise de décision de rechercher les soins d'un professionnel, aux barrières qui ont freiné ou empêché cette recherche, à la perception de la qualité des soins. La traduction se faisait toujours de manière simultanée c'est-à-dire que l'interprète traduisait immédiatement les réponses des participantes. Au début, durant les toutes premières entrevues, l'interprète suivait l'ordre numéroté des questions de la grille d'entretien. Elle commençait par lire la question en français, puis en langue locale, avant de traduire précisément la réponse de la répondante. Lorsque je ne comprenais pas un détail ou lorsque je voulais approfondir un élément de réponse, l'interprète

reformulait la question de sorte à ce que je puisse saisir les propos de la participante. L'interprète menait les entrevues de manière à ce que je suive et comprenne parfaitement ce dont il était question. Elle le faisait de la façon la plus naturelle possible, mettant en confiance la répondante et s'efforçant à ne pas perturber l'ambiance de l'entrevue qui prenait des allures de conversation. Très vite, une relation de confiance s'installait entre elle et la participante.

Lorsque le répondant parlait français, comme c'était le cas de plusieurs soignants, je menais moi-même les entrevues. Par contre, il est déjà arrivé qu'une entrevue commence en français et se termine en bambara ou en sarakolé. Dans trois cas, les échappées belles ne parlaient ni bambara, ni sarakolé. Il s'agissait de trois femmes peules qui parlaient un dialecte peu connu. Le fait que l'interprète ne maîtrise pas ce dialecte a présenté un problème car une tierce personne a dû servir d'interprète. Dans deux cas, ce sont des hommes qui ont joué ce rôle d'interprète. L'une de ces trois femmes se trouvait encore en convalescence au CSRef durant la collecte de données. L'autre vivait seule avec son beau-père dans un hameau situé à 90 kilomètres du CSRef. Dans le troisième cas, l'échappée belle avait 16 ans et était mineure. C'est donc sa mère qui a servi d'interprète. La majorité des femmes semblaient intimidées par la présence de la petite machine. Nous avons observé que des informations fondamentales ont été recueillies lorsque le magnétophone était soit éteint ou plutôt lorsque les participantes croyaient que l'enregistreuse ne fonctionnait plus. Plusieurs femmes en ont profité pour préciser certains éléments relatifs à l'accueil des soignants dans le service de maternité. D'autres ont profité du fait que l'enregistreuse soit éteinte pour nous expliciter certains détails concernant le processus de prise de décision du recours aux soins modernes. Toutes ces informations ont été recueillies sous la forme de notes de terrain.

8. Considérations éthiques.

Le programme « Vulnérabilité et santé » dans le cadre duquel s'insère cette étude a reçu deux approbations éthiques, celle du CHUM en janvier 2008, renouvelée tous les ans et celle de la Faculté de Médecine de l'Université de Bamako en Mai 2008 (voir Annexe). La participation des répondants à l'étude n'a impliqué aucun danger. A toutes les étapes de l'étude, les autorités administratives et les familles concernées ont été informées des objectifs de l'étude, de l'importance de la participation des participants et de l'utilisation des résultats de recherche. Le droit à l'anonymat, à l'intimité et à la confidentialité a été pris en considération à chaque étape de la recherche. Toutes les entrevues ont été enregistrées, conservées et protégées. Dans les cas des femmes mariées et celles qui étaient mineures, nous avons pu obtenir le consentement des maris ou des parents. L'anonymat de tous les participants a été préservé et une attention particulière a été accordée à la confidentialité des aspects abordés avec les répondantes. Nous étions conscients que le sujet de recherche abordait un événement pouvant évoquer un souvenir douloureux pour l'échappée belle et à cet effet, tous les membres de l'équipe de recherche, particulièrement l'interprète, ont fait preuve d'empathie.

9. Analyse des données.

L'analyse des données de la présente recherche s'est faite en plusieurs étapes. La première étape a consisté à examiner les informations recueillies par entrevues, observations et focus group afin d'en extraire les données. Selon Pope et Mays, cette première étape est cruciale dans le sens où elle permet de séparer l'information substantielle des éléments anecdotiques (Pope & Mays, 2006). Par la suite, une analyse du contenu des données empiriques a été menée à partir des rubriques issues du cadre conceptuel Thaddeus et Maine. Cette démarche a conduit ultérieurement à un exercice de codification et de catégorisation permettant de décrire et présenter les données de manière claire et pertinente.

La deuxième étape consistait à produire et à interpréter des résultats. La production des résultats est survenue à la suite d'un travail de condensation et de transformation des codes, d'une part, et d'une mise en relation des catégories, d'autre part (Poupart et al., 1997). Ces opérations ont permis de construire une synthèse vraisemblable des informations initialement recueillies. À l'étape de l'interprétation des résultats, plusieurs théories ont guidé les pistes de réflexion. Par un travail de réflexivité, j'ai appuyé mon argumentation sur l'ensemble des données empiriques.

9.1. Les étapes de l'analyse et du traitement des données empiriques

9.1.1. L'analyse de contenu

Une analyse de contenu a pour but l'exploitation analytique du matériel de recherche. Elle facilite le passage de l'organisation des données empiriques à leur interprétation « théorisante » (Mucchielli, 1996). Cette méthode est appropriée dans les études qualitatives d'approche ethnographique puisqu'elle permet de s'approprier et d'expliquer de façon rigoureuse le vécu et la perception des acteurs. Elle convient parfaitement pour l'analyse d'un corpus de données obtenues par entrevues semi dirigées et par conversations. *L'analyse de contenu* porte donc sur le contenu des textes d'entrevues. Ce contenu peut être parfois implicite, parfois évident, ou les deux (Poupart et al., 1997). Ce type d'analyse suppose que plusieurs niveaux de lecture et d'interprétation sont possibles puisque le répondant « *est conditionné par son individualité et son contexte socioculturel et qu'il n'est pas conscient de ces conditionnements* » (Poupart et al., 1997). Le répondant produit de l'information qui n'est pas dénuée de sens, mais qui dépend, d'une part, des interactions sociales et d'autre part, de déterminismes sociaux, structurels et culturels qu'il faut nécessairement prendre en compte dans l'analyse de ses propos. On considère que le discours de l'acteur « *n'est qu'une surface sous laquelle un message se cache* » et qui peut être interprété à condition d'y appliquer une grille d'analyse (Poupart et al., 1997).

9.1.2. La grille d'analyse.

La *grille d'analyse* est un outil d'analyse dont l'utilité principale est de sélectionner les passages de verbatims qui apportent le plus d'informations possibles (Crabtree & Miller, 1992). La détermination de cette grille d'analyse s'est effectuée à partir du modèle conceptuel qui a formulé le problème de recherche, c'est-à-dire le cadre conceptuel de Thaddeus et Maine (Thaddeus & Maine, 1994).

L'analyse du discours des femmes s'est donc faite à partir des rubriques du cadre conceptuel. En effet, les différentes rubriques qui composent ce cadre ont constitué les *unités d'analyse*, c'est-à-dire les facteurs (critères) selon lesquels certains extraits de verbatims ont été retenus, codés et catégorisés (Crabtree & Miller, 1992). Tous les passages d'un verbatim qui comportaient une information correspondante à un de ces facteurs, étaient considérés comme significatifs et retenus comme segment à analyser (Poupart et al., 1997 page 428). Autrement dit, le cadre conceptuel à partir duquel le problème de recherche a été formulé, a permis de construire la grille d'analyse. Cette dernière a permis de mettre en évidence la relation entre les propos des femmes, la signification implicite ou explicite qu'elles leur accordent et les facteurs du cadre conceptuel relatifs au premier retard.

La figure ci-dessous représente la grille d'analyse. **A gauche**, les catégories développées dans le cadre conceptuel de Thaddeus et Maine (Thaddeus & Maine, 1994). Elles couvrent une large partie de la littérature sur les trois délais qui surviennent dans la recherche de soins obstétricaux d'urgence et font plus spécifiquement référence à l'ensemble des facteurs connus du premier retard. **À droite**, on retrouve les catégories développées à la suite d'un travail de nomination d'unité de sens, de codification et de catégorisation du corpus de données grâce au logiciel QDA. Certaines catégories se ressemblent, d'autres sont innovantes par rapport aux catégories que l'on retrouve dans le cadre d'analyse. Ces catégories sont marquées en gras dans le schéma ci-dessous.

Figure 4. Grille d'analyse.

Le cadre ci-dessous a servi de grille d'analyse au corpus. Il montre les facteurs déterminants du premier délai. Il s'agit d'éléments clés qui ont servi de «critères» de codification pour les données empiriques.

Catégories issues du Cadre conceptuel de Thaddeus et Maine

Facteurs socioculturels et économiques:

Identification de la complication
 Coutumes et croyances
 Perception de la sévérité
 Non anticipation du risque
 Mobilité restreinte des femmes
 Dépendance financière des femmes
 Faible statut social des femmes
 Coûts transport
 Coûts médication
 Corruption
 Recours tradithérapeute

Perception de l'accessibilité :

Condition route
 Disponibilité transport
 Type de transport
 Coûts transport
 Coûts médication
 Coûts indirects

Perception qualité des soins :

Satisfaction à l'égard du traitement
 Efficacité du traitement
 Satisfaction à l'égard du service
 Attitude du personnel
 Disponibilité du matériel
 Temps d'attente
 Respect de l'intimité

Catégories issues du travail de catégorisation.

Croyances culturelles autour de la grossesse et de l'accouchement

Sentiment de bravoure
 Discrétion autour de la grossesse
 Préférence accouchement domicile
 Méconnaissance de la grossesse
 Méconnaissance du travail d'accouchement

Perception de la complication obstétricale

Non reconnaissance de la complication
 Non anticipation du risque
 Perception de la gravité
 Symptomatologie
 Dissimulation des signes de complication
 Recours accoucheuse traditionnelle

Perception de l'accessibilité

Distance
 Disponibilité et coût du transport
 Évacuation et disponibilité du transport d'urgence
 Coût médication
 Mobilisation difficile des finances

Perception de la qualité des soins

Compréhension des soignants
 Perceptions des femmes des soins de santé modernes.
 Manque de prévention
 Rapport entre femmes et professionnels de santé.
Personnalisation de la relation de soins.

Processus prise de décision du recours aux soins

Acteurs de la prise de décision
Déroulement de la prise de décision
 Motifs de la prise de décision
 Responsabilité prise en charge des femmes par le conjoint
Crainte des maris de l'accusation d'un décès maternel

9.2. Le codage et traitement des données

Dans un premier temps, je me suis donnée comme impératif de rester très proche du matériel de recherche. La première étape de l'analyse consistait en l'appropriation du corpus de données. Cette première partie permettait de s'immerger dans les données pour en chercher les toutes premières unités de sens. Ligne après ligne, il était question de relever et de dégager le sens du discours de chaque femme interrogée. Selon Paillé, l'unité de sens est le produit d'un processus de classification assez simple : nommer, résumer et thématiser le propos développé à l'intérieur du corpus sur lequel porte l'analyse (Paillé, 2006).

J'ai procédé à plusieurs prélectures du matériel empirique. À partir des grilles d'entrevues, j'ai directement formulé des séries de codes qui ont ainsi servi de fil conducteur lors des premières lectures des *verbatim*. Par la suite, j'ai organisé ces codes en une grille catégorielle, c'est-à-dire un ensemble de codes combiné et regroupé en plusieurs catégories. Cette grille était composée d'une centaine de codes qui ensemble, ont formé une vingtaine de catégories. A cette étape-ci de la lecture du matériel et après saturation empirique, c'est-à-dire après m'être rendue compte que les *verbatim* n'apportaient plus d'informations suffisamment nouvelles (Pires, 2007), j'ai obtenu une liste provisoire de 25 catégories. Cette première étape de l'analyse visait plutôt la vérification empirique du cadre d'analyse. Il s'est avéré que les catégories soumises à priori par le cadre conceptuel rendaient compte de plusieurs éléments déterminants contenus dans le discours et le vécu des femmes interviewées. Par la suite, les lectures répétées des segments de *verbatim*, des observations et notes de terrain m'ont fait abandonner partiellement cette grille afin de procéder à des ajustements dans la liste des catégories. D'abord, il semblait que certaines catégories se répétaient. Ensuite, les opérations de découpage, d'extraction et de codification des *verbatim* ont permis de retenir des codes qui exprimaient des idées nouvelles, c'est-à-dire des idées qui n'ont pas été imposées par le cadre conceptuel.

La liste des catégories a donc été ajustée et recentrée sur des catégories plus « substantives » c'est-à-dire plus synthétiques, prises directement des données empiriques et composées de segments de texte représentatifs et essentiels (Poupart et

al., 1997). La catégorie substantive provient d'un lexique emprunté à la *grounded theory*. La *grounded theory* ou la théorie empiriquement fondée est une pratique de recherche qui a pour objectif de construire une théorie qualitative, strictement à partir de données empiriques. Selon Comeau,

« les catégories substantives sont essentiellement descriptives et induites pendant le découpage du corpus. [...] Elles sont prises ou inspirées directement du terrain, formulées autant que possible avec les termes des acteurs » (Comeau, 1994, page 11)

alors que :

« les catégories formelles, elles, permettent d'accéder à un premier niveau de théorisation, car elles s'inspirent d'une ou de plusieurs disciplines pour expliquer les processus sociaux présents dans les catégories substantives » (Comeau, 1994, page 12).

Les procédures d'analyse de données inspirées de la *grounded theory* sont totalement différentes de celles opérées dans cette recherche, mais il a semblé pertinent d'emprunter le lexique méthodologique de la théorie empiriquement fondée. La définition de la «catégorie» selon Glaser et Strauss a semblé plus pertinente et plus complète. Elle démontre que les catégories dites «substantives» sont certes *essentiellement descriptives et induites pendant le découpage du corpus* (Comeau, 1994), mais qu'elles sont plus denses et plus précises que de simples catégories qui regroupent un ensemble d'éléments de réponses codé sous une même étiquette (Paillé, 2006).

9.2.1. Procédures de codages.

Le codage s'est fait en deux étapes. Dans un premier temps, puisqu'une grille d'analyse a été construite et prédéfinie auparavant, un codage fermé a été mené, c'est-à-dire que la démarche de codification des données brutes suivait une procédure assez hermétique qui ne laissait pas de place à de l'induction mais plutôt à un processus de traduction des données empiriques en fonction de l'hypothèse de la recherche (Strauss & Corbin, 2004). Chaque code correspondait à des mots ou des segments de

phrases, traduisant des éléments qui composaient les trois grandes catégories d'analyse du cadre conceptuel : les facteurs *socioéconomiques et culturels*, les facteurs de la *perception de l'accessibilité*, enfin les facteurs de la *perception de la qualité des soins*. A cette première étape du codage, les unités de sens ont assez rapidement trouvé leur définition dans les rubriques à priori, définies par le cadre conceptuel (Poupart et al., 1997). Toutes les informations recueillies à travers cette première liste de codes ont permis deux choses : d'une part, à examiner la validité empirique du guide d'entretien et d'autre part, à formuler des catégories initiales.

Exemple 1

Codes :

Peur de l'expérience d'enfantement

Méconnaissance complications

Croyance que douleur serait passagère

Faible niveau d'inquiétude

Peur de la mort

Non anticipation du risque

Catégorie :

Perception complication obstétricale

Pour réunir les codes en catégories substantives, j'ai rassemblé les mots clés (ou leurs synonymes) de chaque code autour de ce que Corbin appelle les « noyaux », c'est-à-dire autour du mot qui donne sens aux morceaux de phrases codés (Strauss & Corbin, 2004). Selon Poupart,

«en ramenant sous un même chapeau les passages qui parlent de la même chose, on identifie ce qui est répétition ou explication d'un passage significatif». (Poupart et al., 1997, page 428.)

La deuxième étape de l'analyse des données a consisté en un codage mixte. Le codage mixte s'est fait selon une procédure plus ouverte et plus inductive. On voit que dans la première partie de l'analyse des données, les unités de sens trouvaient déjà leur définition dans la liste à priori des rubriques provenant du cadre conceptuel

(Poupart et al., 1997). Par contre, ces rubriques ne tenaient pas compte de certains éléments de nouveauté qu'apportait le matériel de recherche tels que : le *processus de prise de la décision* de rechercher des soins, le *désir de personnalisation des relations entre soignant et soigné* ou bien la *Crainte d'une sanction sociale en cas de décès maternel*. Le choix de procéder à un codage mixte se justifiait dans le sens où ce type de codage a permis de faire des ajustements dans la liste des catégories substantives préalablement établie, en mettant l'accent sur l'apparition de nouvelles unités de sens et la formulation de nouvelles catégories. (Poupart et al., 1997)

9.3. Traitement des données

En ce qui concerne le traitement des données, j'ai d'abord procédé à quelques opérations de quantifications des données avec le logiciel QDA Miner. Par la suite, une démarche analytique étayée empiriquement et théoriquement (par le cadre de Thaddeus et Maine) m'a guidé vers une théorie interprétative du premier retard. Par contre, nous avons constaté que la théorie des trois délais de Thaddeus et Maine ne permettait pas de mettre en évidence les éléments de théorisation possible à partir des données recueillies sur *le processus de prise de décision*.

Chapitre V : Résultats de recherche

10. Résultats de recherche

Les résultats de l'étude montrent que le contexte socioculturel, la perception de la complication obstétricale, la perception de l'accessibilité (qu'elle soit physique, géographique ou financière) enfin que la perception de la qualité des soins sont des éléments majeurs dans les délais de recours rapide de soins obstétricaux d'urgence. Aussi, le processus de prise de décision se déroule en plusieurs étapes et fait appel à un certain nombre d'intervenants dont les nombreuses ingérences provoquent des délais supplémentaires dans la recherche de soins d'urgence.

10.1. Contexte socioculturel de l'expérience d'enfantement

10.1.1. Perceptions culturelles et croyances locales autour de la grossesse et l'accouchement.

Dans l'ensemble, les femmes rencontrées ont manifesté un fort désir de maternité et le déroulement de leur accouchement semblait étroitement lié à la façon dont elles interprétaient et traduisaient en pratique ces croyances et ces coutumes.

- *Sentiment de bravoure et discrétion.*

D'après les explications de quelques femmes, un accouchement réussi est une chose fondamentale. Apparemment, cela signifie que la parturiente doit faire preuve de bravoure et montrer peu de signes de peur, de douleur ou de faiblesse. Quelques femmes ont développé cette interprétation en expliquant qu'un accouchement peut s'avérer long et déplaisant, mais l'essentiel selon elles, c'est d'accoucher sans aide et de manière digne.

« Un bon accouchement c'est pouvoir accoucher par moi-même, sans complication, ne pas montrer que c'est très douloureux... à part le premier et le dernier, je n'ai jamais eu de problèmes durant mes accouchements ». **Entrevue 50. Échappée belle. 35 ans. Sarakolé. Hémorragie (retro placentaire).**

« [...] J'aurais voulu accoucher de moi-même sans problème. [...] C'est tellement important d'accoucher par soi-même. Pas d'opération, pas d'aide, toi seule. C'est comme ça qu'on te respecte ». **Entrevue 44. Échappée belle. 30 ans. Sarakolé. Hémorragie (placenta previa)**

« Au moment où moi-même j'accouchais, il n'y avait pas d'hôpital. [Aujourd'hui] si ce n'est pas parce qu'il y a complication, nous n'allons pas à l'hôpital ». **Entrevue 6. Belle mère d'une ÉB. 75 ans. Sarakolé.**

Il semblerait que les femmes dissimulent leur état de grossesse à l'entourage jusqu'au mois où le ventre commence à apparaître. L'explication de ce comportement par quatre femmes rejoint l'idée selon laquelle il serait plus honorable pour une femme de faire preuve de discrétion.

« Je n'ai appelé personne durant la nuit [...] Ce n'est pas bien que tout le monde sache si ça fait mal ou pas. ». **Entrevue 50. Échappée belle. 35 ans. Sarakolé. Hémorragie (retro placentaire).**

Il a été observé que pour plusieurs femmes, le premier trimestre reste une période de précaution. Trois femmes ont affirmé qu'il n'était pas nécessaire de parler de la grossesse ou de ses manifestations avant le 5^{ème} mois. Quatre d'entre elles ont précisé que cette précaution était dans le seul but de se protéger des commérages et des personnes malintentionnées qui peuvent jeter un sort à la mère et à l'enfant. Plusieurs femmes prenaient au sérieux cette prudence contre le mauvais sort.

« On est dans un milieu de femmes. Il ne faut pas le raconter à tout le monde. On se cache en début de grossesse ». **Entrevue 31. Belle sœur d'une ÉB. 21 ans. Bambara.**

« Ici quand les femmes tombent enceintes, à 5 mois le ventre commence à sortir, on demande à ce que la femme ne dise pas qu'elle est enceinte. C'est à cause des mauvaises bouches ». **Entrevue 37. Belle mère d'une ÉB. 50 ans. Soninké.**

- ***Sentiment de honte***

Au-delà de la peur de sortilèges éventuels, certaines femmes semblaient éprouver des difficultés à parler de leur état de grossesse. Sept femmes ont avoué avoir ressenti de la gêne et de ce fait ne voulaient pas prévenir leurs proches de leur état de grossesse, qui deviendra de toute façon apparent selon l'une d'elles. Deux femmes d'âge mur et une matrone ont expliqué que les femmes éprouvaient un malaise quand il s'agissait de parler de faits à caractère sexuel tels que la grossesse. Selon elles, le fait qu'une jeune femme dise à son entourage qu'elle attend un enfant reviendrait à aborder de manière implicite sa vie sexuelle, ce qui semble socialement mal vu, voire interdit.

« Un jour une patiente m'a dit : "moi je suis malade, ca fait un mois que je n'ai pas eu mes règles et j'ai des douleurs au ventre". En absence de son mari, je lui ai dit d'en parler avec son beau père... Elle m'a répondu qu'elle ne pouvait pas en parler avec le chef de famille mais que c'est pourtant lui qui décide de ces choses. Elle avait honte d'en parler avec lui. C'est le père de son mari. Elle ne voulait pas lui parler de ses problèmes de femme ». **Entrevue 15. Matrone. 33 ans. Bambara.**

Une autre femme a indiqué qu'elle avait eu honte de raconter qu'elle était de nouveau enceinte alors qu'elle allaitait encore.

« Je ne suis pas allée faire les CPN, parce que mon enfant là est trop petit et que je suis de nouveau tombée enceinte. Quand le dernier enfant a été conçu, l'avant dernier était encore au sein. J'ai eu trop honte donc [...] j'ai préféré cacher cette grossesse là ». **Entrevue 32. Échappée belle. 33 ans. Sarakolé. Hémorragie (retro placentaire).**

Certaines des matrones rencontrées ont exprimé l'idée selon laquelle le fait que les femmes cachent leur début de grossesse influence la décision de consulter pour les soins prénataux et par ricochet la décision de recourir rapidement à un professionnel de santé en cas de complication.

«Elles se cachent de leur mari [parfois] pour les cpn, ya des femmes, même quand elles viennent en consultations, elles se cachent. Elles ne veulent même pas qu'on sache qu'elles viennent au centre, encore moins qu'elles sont enceintes. [...] Bon, après ça les retardent quand il y a une complication ». **Entrevue 26. Matrone de F. 50 ans. Peul.**

« Beaucoup [de femmes] ont honte de dire qu'elles sont enceintes... [...] pour elles, quand les hommes les voit enceintes, [elles pensent] qu'ils vont leur dire d'aller à l'hôpital. Mais puisque les hommes ne disent pas cela en général, elles même se sentent gênées de dire : 'voilà tu es le chef de famille, je viens te dire que je suis enceinte' ». **Entrevue 23. Matrone de K. 25 ans. Bambara.**

- ***Les pratiques qui facilitent l'accouchement : la détermination du sexe de l'enfant et l'absorption d'eau chaude.***

Il existe une croyance selon laquelle les femmes sont capables de déterminer le sexe de l'enfant en fonction de la difficulté et de la durée du travail d'accouchement. En effet, quatre femmes ont affirmé que plus le travail est long et difficile, plus il y a de chances que l'enfant soit de sexe masculin. Toutefois, il semble que cette croyance soit différente d'une ethnie à l'autre, car certaines femmes Sarakolés ont indiqué le même exemple, tandis qu'une autre femme d'origine Bambara, a indiqué le contraire.

« C'est pour les garçons que c'est dur, mais pour les filles ce n'est pas très dur [...] ». **Entrevue 4. Échappée belle. 28 ans. Sarakolé. Hémorragie (ante partum).**

« Si le travail est difficile on sait déjà que c'est un garçon, si le travail est facile, on se doute déjà que c'est une fille ». **Entrevue 5. Coépouse ÉB. 50 ans. Sarakolé.**

« *Quand j'accouche des filles, le travail et l'accouchement sont plus difficiles, mais quand j'accouche des garçons, y a aucun problème. J'ai eu deux filles et 4 garçons* ». **Entrevue 22. Belle mère. 46 ans. Bambara.**

Une autre pratique culturelle était présente dans la majorité des épisodes de complication des échappées belles : l'absorption d'eau chaude durant un travail trop long. Selon plusieurs femmes, boire un liquide chaud facilite l'expulsion durant un travail très long.

« *Je ne pensais pas que ce serait difficile. Je pensais que ça allait être comme les autres quoi. [...] Quand une femme est au travail, on lui donne de l'eau chaude à boire. C'est ma coépouse qui m'en a donné. C'est supposé aider* ». **Entrevue 50. Échappée belle. 35 ans. Sarakolé. Hémorragie (retro placentaire).**

« *[il fallait qu'elle boive de l'eau chaude...C'est comme ça quand le travail est long.] Elle a passé toute la nuit à boire l'eau chaude* ». **Entrevue 49. Coépouse ÉB. 40 ans. Sarakolé.**

Seulement une femme a semblé reconnaître que l'absorption d'eau chaude n'avait pas été un élément facilitant au moment de l'accouchement.

- ***Préférence accouchement à domicile***

Questionnée sur le choix du lieu de l'accouchement, aucune femme n'avait l'intention d'accoucher au CSCoM. Toutes les femmes ont clairement exprimé une préférence pour le domicile comme lieu d'accouchement.

« *J'ai fait les CPN mais je n'ai jamais pensé accoucher à l'hôpital, vraiment...c'est [...] Je n'y suis pas habituée. J'ai eu des saignements au 8ieme mois de grossesse. J'ai saigné au 9ieme mois également. Ça, ça ne m'était jamais arrivée...c'est pourquoi je suis allée a l'hôpital* ». **Entrevue 11. Échappée belle. 24 ans. Bambara. Hémorragie (placenta previa).**

« Je n'ai jamais eu beaucoup de complication. J'ai toujours accouché à la maison aussi. J'ai accouché dans les mains de ma maman et je n'ai jamais eu besoin de venir à l'hôpital ». **Entrevue 14. Échappée belle. 38 ans. Peul. Hémorragie (retro placentaire).**

Interrogées sur la motivation de ce choix, 50% des femmes ont clairement expliqué qu'il s'agissait d'une question d'habitude, c'est-à-dire qu'elles ont pour coutume d'enfanter dans la simplicité de leur maison, auprès des personnes qui leur sont proches. Aussi, chez toutes les échappées belles, il existe semble t-il, une logique selon laquelle l'accouchement au centre de santé ne se produit qu'en cas de maladie ou de complication qui dépasse leur savoir faire, ou celui des femmes présentes en matière d'enfantement. La plupart des femmes a affirmé que si la grossesse n'a pas posé de problèmes de santé majeurs et que le début du travail ne présentait aucun signe de risque, alors elles considéraient naturellement le choix d'accoucher à la maison. La majorité des femmes ont clairement spécifié qu'un accouchement au centre de soins est une exception et non une formalité.

« En général, elle fait les CPN de tous les enfants...mais en ce qui concerne l'accouchement...eh bien s'il n'y a pas de complication, ya pas de raison d'y aller. Par contre s'il y a complication, faut l'emmener à l'hôpital ». **Entrevue 13. Mari d'une ÉB. 45 ans. Bambara.**

« Pour les autres, les premiers, je les ai accouchés à la maison sans problème. Seul le dernier, pour lequel il y a eu complication, la j'ai accouché à l'hôpital ». **Entrevue 11. Échappée belle. 24 ans. Bambara. Hémorragie (placenta previa).**

« Je n'ai pas eu beaucoup de complication [...] J'ai toujours accouché à la maison aussi. [...] J'ai toujours accouché dans les mains de ma maman et je n'ai pas eu besoin de venir à l'hôpital ». **Entrevue 14. Échappée belle. 38 ans. Peul. Hémorragie (retro placentaire).**

Selon deux femmes, accoucher à la maison ou bien au centre de santé revient à la même chose. Toutes les deux étaient des primipares.

« Accoucher à la maison ou accoucher à l'hôpital, c'est la même chose pour moi (Rires) ». **Entrevue 10. Échappée belle. 16 ans. Peul. Anémie sévère.**

« Accoucher à la maison est la bonne solution pour moi... [Pourquoi?] ...Pour rien.... » **Entrevue 30. Échappée belle. 16 ans. Sarakolé. Hémorragie (placenta previa).**

Seulement deux femmes ont cité la promiscuité et le manque d'intimité de la salle d'accouchement comme facteurs pouvant les dissuader de se rendre dans un CSCom pour y accoucher.

« Elle est petite [la salle] et puis tout le monde t'entend de l'extérieur. Moi je sais que pendant mon accouchement ceux qui étaient dehors m'ont entendu. C'est parce que les sages femmes ne m'aidaient pas non plus. J'avais trop mal... » **Focus Group Femme. DD. Femme au foyer. 38 ans. Bambara.**

Six femmes, dont une n'était pas une échappée belle, ont affirmé qu'elles préféraient le confort de leur maison pour la naissance de leurs enfants. Une des femmes qui l'a mentionné était dans le focus group.

« Accoucher à la maison c'est bien parce que tu es chez toi. Personne [ne t'entend et] ne te fait de remarques désagréables ». **Focus Group Femme. DK. Femme au foyer. Femme d'un professionnel de santé. 30 ans. Peul.**

Dans un cas, l'échappée belle a indiqué que l'un des avantages de l'accouchement à domicile est la restitution des restes de couche, c'est-à-dire que le placenta et le cordon ombilical sont enterrés immédiatement dans la cour, comme il est de tradition, à l'abri de regards indiscrets. Selon elle, c'est généralement à l'accoucheuse traditionnelle que l'on confie cette tâche.

«*Le cordon ombilical est lié à l'autre la... le placenta, on enterre ca ensemble. On enterre en même temps le cordon ombilical et le placenta ensemble* ». **Entrevue 50. Échappée belle. 35 ans. Sarakolé. Hémorragie (retro placentaire).**

«*[Le placenta] c'est moi-même qui l'enterre, on ne le donne à personne d'autre* ». **Entrevue 47. Accoucheuse traditionnelle. 75 ans. Sarakolé.**

- ***Méconnaissance de la grossesse et du travail d'accouchement.***

Généralement, la prise de connaissance de l'état de grossesse se fait à partir de signes classiques que les femmes reconnaissent bien. Pour certaines, la reconnaissance de ces signes se fait instinctivement après un certain nombre de grossesses. Par contre pour les primipares, la reconnaissance de l'état de grossesse semblait difficile. Ces dernières étaient au nombre de quatre et étaient âgées de 16 ans. Seulement une d'entre elles semblait savoir qu'elle était enceinte en début de grossesse.

«*Quand je vois mes règles, je sais que je ne suis pas enceinte, par contre quand je ne les vois pas, c'est la que je sais que je ne suis pas enceinte... [Silence] non...non [Rires] ... en fait je suis enceinte quand je ne vois pas mes règles et je vomis aussi* ». **Entrevue 30. Échappée belle. 16 ans. Sarakolé. Hémorragie (placenta previa).**

«*B. ne savait pas qu'elle était enceinte, c'est encore une petite fille. Ça ne faisait pas longtemps qu'elle était enceinte* ». **Entrevue 24. 45 ans. Mère d'une Échappée belle de 16 ans. Peul.**

Même pour celle qui en était à son deuxième enfant, il n'est pas toujours évident de se savoir enceinte.

«*Je ne croyais même pas que j'étais enceinte. Y'avait quelque chose qui bougeait dans mon ventre, on dirait un insecte. J'ai accouché à 6 mois. Je n'y croyais toujours pas [...] Je ne sais pas pourquoi. Pour moi c'était peut être une maladie mais pas une grossesse [...] Entre le premier garçon et le dernier*

enfant, il y a plus de 8 ans ». **Entrevue 1. Échappée belle. +/- 20 ans. Peul². Anémie sévère.**

Plusieurs femmes semblaient ignorer leur condition de grossesse et étaient peu instruites sur le travail d'accouchement. Plusieurs ont expliqué qu'elles ont appris à reconnaître ces signes « sur le tas », au fur et à mesure qu'elles enfantaient.

« Quand tu ne vois pas tes règles pendant 1 mois, c'est forcément que tu es enceinte. Pour le premier enfant, je ne savais même pas que j'étais enceinte jusqu'au 3ième mois. J'étais jeune encore. Je n'y connaissais rien ». **Entrevue 25. Échappée belle. 28 ans. Peul. Hémorragie (retro placentaire).**

Sept femmes ne savaient pas qu'elles étaient à terme. Au moment de la complication, ces dernières ne pouvaient pas croire que c'est le travail qui commençait puisque la grossesse n'était pas rendue à son terme selon leur compréhension.

« D'habitude mes grossesses se passent autrement [...] Je ne pensais même pas que c'était le travail parce que pour moi la grossesse n'était pas à terme. Je ne m'attendais vraiment pas à accoucher le 9ième mois ». **Entrevue 20. Échappée belle. 29 ans. Bambara. Hémorragie (post partum).**

- **Recours médecine traditionnelle**

Concernant le recours à la thérapie traditionnelle, deux femmes ont eu comme premier recours un guérisseur. La première ne se croyait pas enceinte même après l'intervention du tradithérapeute.

« Ya des choses quand tu ne connais pas, il faut aller demander à quelqu'un qui s'y connaît [...] Je suis allée voir un voyant traditionnel qui m'a dit que j'attendais un enfant. Je lui ai dit qu'il y a quelque chose qui bougeait dans mon ventre, on dirait un insecte. Le voyant m'a répondu qu'il me donnerait un

² Selon la fiche de partogramme et selon les dits de l'échappée belle elle-même, cette dernière aurait 20 ans. Or la différence d'année entre sa première et sa dernière grossesse, semble suggérer qu'elle avait 12 ans au moment de la première grossesse, ce que est peu probable.

médicament pour l'agitation de l'enfant [...] que je devais faire cuire et boire. Même après l'avoir bu, je ne croyais toujours pas que j'étais enceinte jusqu'à ce que j'accouche ». **Entrevue 1. Échappée belle. +/- 20 ans. Peul. Anémie sévère.**

Dans le cas d'une autre femme, elle accuse un mauvais esprit d'être à l'origine de sa complication. Selon elle, la médecine moderne est incapable de soigner cette maladie et seuls les traitements traditionnels pouvaient la soulager de ce mal. Elle est l'une des deux seules femmes à avoir eu recours à un tradithérapeute avant de décider de se rendre au CSCom.

« Mais non les médecins ne peuvent pas soigner ça...c'est uniquement les gens qui soignent la maladie « djinefroukelaw » (maladie de l'esprit mauvais) qui peuvent soigner ça [...] y'a certaine maladie que le médicament traditionnel ne peut pas tout guérir... pour ce que ça ne peut guérir, on va a l'hôpital ». **Entrevue 43. Échappée belle. 35 ans. Bambara. Hémorragie (retro placentaire).**

Deux femmes ont eu recours à une accoucheuse traditionnelle pour des accouchements à domicile. Dans l'un des cas, l'accoucheuse aurait sectionné le cordon ombilical avec un couteau non stérilisé. Dans l'autre cas, elle n'aurait pas utilisé de gants.

« Non... [je ne portais pas de gants] on m'a demandé d'en acheter mais je n'ai pas voulu. Je me suis juste lavé les mains ». **Entrevue 47. Accoucheuse traditionnelle. 75 ans. Sarakolé.**

- ***Faible statut socioéconomique des femmes.***

- Composition du ménage

Toutes les femmes rencontrées étaient mariées et vivaient dans de grandes concessions avec leur mari, coépouse et belle famille. Dans une concession, on retrouvait généralement la famille étendue du conjoint c'est-à-dire les parents et les

frères du mari, vivant là avec femmes et enfants. Le chef de famille est systématiquement un homme, soit le beau-père ou le beau-frère de la femme. Il n'existe pas de famille nucléaire mais plutôt des familles très élargies du fait de la polygamie et de la présence de tous les membres d'une même filiation dans la concession.

« Mon mari à moi est en France. Je suis la belle mère de D. Toutes mes filles et tous mes garçons sont mariés [...] Moi je vis ici avec les frères de mon mari qui vivent ici avec leurs femmes [et enfants]... ». **Entrevue 29. Belle mère d'une Échappée belle de 16 ans. Sarakolé.**

Le mariage semble être synonyme d'éloignement et d'isolement pour les femmes puisqu'elles quittent leur village d'origine et la maison de leurs parents pour emménager dans la concession familiale du mari. Pour 95% des échappées belles, leur domicile conjugal ne se trouve pas dans le même village que celui de leurs parents. Trois femmes ont obtenu la permission de leur mari et de leur belle-mère afin de retourner chez leurs parents pour y terminer leur grossesse.

« Quand la complication a commencé, j'étais déjà chez mes parents. Je suis venue chez mes parents parce qu'il y a quelques semaines, j'avais saigné [...] Puisque j'étais la seule à la maison (dans la belle famille) à ne pas travailler, j'ai demandé à [mon mari et ma belle mère à] retourner chez mes parents ». **Entrevue 11. Échappe belle. 24 ans. Bambara. Hémorragie (placenta previa).**

« Ma mère a demandé [à mon mari] à ce qu'on m'emmène chez nous à la maison, puisque je suis sa fille. J'étais malade et faible. Elle voulait que je me repose. Je ne pouvais pas travailler de toute façon ». **Entrevue 1. Échappée belle. +/- 20 ans. Peul. Anémie sévère.**

- Autonomie financière des femmes

Aucune des échappées belles n'avait d'emploi rémunéré. Seules deux femmes ayant participé au focus group étaient vendeuses. Les femmes rencontrées sont financièrement dépendantes du mari ou du beau-père, en absence du conjoint. Elles ne bénéficient d'aucune autre source de revenus. Trois échappées belles reçoivent occasionnellement de l'argent de leurs maris qui se trouvent à l'extérieur du pays dont deux en France et un en Mauritanie. D'autres femmes, spécialement dans la communauté sarakolé, reçoivent en cas de maladie de l'argent de leurs conjoints immigrés en France. La majorité des conjoints des autres échappées belles travaillait comme cultivateurs ou à l'extérieur de Diéma. Seule une échappée belle était mariée à un instituteur. Un homme a rapporté qu'il ne travaillait plus et recevait de l'argent de ses enfants vivant en Europe.

Pour 40% des échappées belles, l'absence d'autonomie financière ne constituait pas un obstacle dans la décision de recourir aux soins, c'est-à-dire que l'absence de revenu propre dont elles peuvent disposer librement, ne constituait pas un élément qui a entravé le choix de rechercher des soins modernes. Ces dernières estiment qu'il y aura toujours soit le mari ou la belle famille, soit un parent proche pour assurer les frais liés à la recherche de soins.

Plusieurs considèrent que leurs maris sont responsables d'elles et qu'il est de leur devoir de déboursier l'argent pour assurer leur prise en charge en cas de maladie ou de complication obstétricale. Huit femmes ont affirmé qu'il était difficilement imaginable pour elles, comme pour les personnes qui les accompagnaient, que le mari décide de ne pas payer les frais associés au recours aux soins modernes.

« C'est obligatoirement qu'il m'aurait emmené à l'hôpital parce que je saignais déjà ». **Entrevue 34. Échappée Belle. 23 ans. Sarakolé. Hémorragie (ante partum).**

« [Payer les frais?] Ha oui...ça c'est une obligation pour lui... ». **Entrevue 24. Échappée Belle. 16 ans. Peul. Eclampsie.**

« *[Pour payer les frais?]* Non, non, il n'a pas fait de bruit. Même s'il n'a pas d'argent, je suis sa femme, il doit le faire ». **Entrevue 25. Échappée belle. 28 ans. Peul. Hémorragie (retro placentaire).**

Selon certaines, en l'absence du mari, la décision de se rendre au centre et de payer les frais appartenait à un des membres de la belle famille chez qui elles vivent et qui est responsable de la femme et de son bien être.

« *C'est mon beau frère qui s'en est occupé. Si ce n'est pas mon mari c'est un de ses frères. Ce sont tous les hommes la qui se chargent des frais* ». **Entrevue 38. Échappée Belle. 16 ans. Sarakolé. Anémie sévère.**

« *Pour les frais, c'est le grand frère du mari qui s'en est chargé. Si ce dernier n'est pas là, il peut y avoir un autre membre de la famille, soit le jeune frère, soit les parents du mari qui sont la et qui s'en chargent. Qu'il y ait un homme seulement de la famille qui peut s'en charger* ». **Entrevue 48. Belle sœur. 48 ans. Sarakolé.**

Enfin, d'autres ont estimé qu'elles pouvaient toujours compter sur leurs parents pour assumer les frais en cas d'absence ou de refus du mari de les conduire au CSCOM.

« *Même si le mari n'est pas là, je trouverai toujours quelqu'un dans le village, un parent ou bien...qui m'aiderait à payer les frais...* » **Entrevue 7. Belle sœur d'une ÉB. 30 ans. Sarakolé.**

« *Je suis sa fille. Son enfant tombe malade et lui mon père est encore vivant. Tant qu'il le peut, il le fera, il le fera* ». **Entrevue 1. Échappée belle. 20 ans. Peul. Anémie sévère.**

Toutefois, quatre femmes se sont plaintes de ne pas pouvoir jouir de plus d'autonomie financière. Certaines considèrent que l'absence de revenus propres a pu ralentir la décision de rechercher des soins.

« Une femme ne peut pas se soigner ici si ce n'est son mari qui s'en occupe. C'est lui qui s'en occupe c'est tout. Ce sont les maris qui paient tout ici. ».

Entrevue 29. Belle mère Échappée belle. 55 ans. Sarakolé.

« Celui qui est pauvre n'a pas de choix...même s'il a envie de faire quelque chose. Si l'argent ne suffit pas, je fais comme je peux mais je manque de choix. Si quelque chose me plait et que je n'ai pas d'argent, finalement je me décourage ». **Entrevue 14. Échappée belle. 38 ans. Peul. Hémorragie (retro placentaire).**

« Moi je n'ai pas d'argent. Celui qui en a ne t'autorise pas à aller à l'hôpital, qu'est ce que je dois faire ? ». **Entrevue 33. Échappée belle. 20 ans. Kasonké. Hémorragie (placenta previa).**

Un homme a affirmé que la dépendance financière des femmes (y compris celle de sa conjointe) vis-à-vis leur mari les rendait limitées dans leurs actions, restreignant leur mobilité d'agir et de décider.

« Les femmes ici n'ont pas d'argent [...] donc quand elles vont aux cpns...forcément je lui donne de l'argent pour ca...le prix des médicaments, le prix des cartes de cpn, le prix de la nourriture. Il faut donc qu'elles nous préviennent pour ca... Elles ne peuvent rien faire sans l'argent qu'on leur donne » **Entrevue 16. Mari d'une Échappée Belle. 75 ans. Bambara.**

10.1.2. Perception de la complication obstétricale

- **Reconnaissance de la complication obstétricale**
 - Reconnaissance des signes de danger.

Les échappées belles ont pu être identifiées grâce au registre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ainsi que le registre des césariennes en fonction de quatre complications obstétricales dont elles ont été victimes. Les quatre

complications retenues sont l'anémie sévère, l'hémorragie, le travail dystocique et l'éclampsie.

Complication obstétricale retenue	Hémorragie			Éclampsie	Rupture Utérine	Anémie Sévère	
	Ante partum		Post partum				
	Retro placentaire	Placenta prævia					Autre AP
Nombre EB	4	6	2	5	1	0	3

Au sujet de la complication dont elles ont été victimes, les femmes ont commencé par décrire les symptômes qu'elles ont ressentis. Les saignements, les maux de dos et de ventre et les vertiges ont été rapportés de manière récurrente. Huit femmes ont affirmé que la manifestation de signes inhabituels aurait été l'un des éléments qui a influencé la décision de recourir à un soignant. Puisque les femmes n'étaient pas habituées à la présence de certains symptômes, elles en ont déduit qu'il s'agissait d'une complication. Ces femmes n'étaient pas instruites et ne possédaient pas de connaissances particulières sur les complications obstétricales. Certaines ont expliqué que la présence nouvelle de certains signes ne pouvait indiquer qu'une difficulté au moment de l'accouchement.

« [On est parti au CSCom] parce que c'était la liere fois que ca m'arrivait. C'est le sang qui ma fait peur. Sinon j'ai accouché tout mes enfants sans problème. [...] C'est uniquement pour le dernier que je me suis mise à saigner. » **Entrevue 17. Échappée belle. 40 ans. Peul. Hémorragie (placenta previa).**

« Ma grossesse est accompagnée de maux de ventre, de nausée, de vomissement, souvent je ne peux même pas marcher. La, mes pieds ont enflé. Mes pieds n'ont jamais enflé. » **Entrevue 8. Échappée belle. 25 ans. Sarakolé. Hémorragie (retro placentaire).**

« On nous a dit que si les pieds d'une femme enceinte s'enflent, que c'est à cause du sel ». **Entrevue 24. Mère d'une échappée belle. 60 ans. Peul.**

La reconnaissance de signes de danger a été plus manifeste pour l'éclampsie et les hémorragies que pour n'importe quelle autre complication. Toutes les femmes qui ont souffert d'hémorragie étaient inquiétées par la quantité anormale de sang qu'elles perdaient. La présence des saignements était exceptionnelle et représentait un danger évident.

« Je suis allé uriner seulement et le sang s'est mis à couler. Cet enfant la m'a crée des problèmes. L'enfant voulait m'attaquer. Il voulait venir d'une autre manière. [...] Quand le saignement a commencé j'ai eu peur, je n'y étais pas habituée ». **Entrevue 20. Échappée belle. 29 ans. Bambara. Hémorragie (post partum).**

« Un jour le travail a commencé avec des saignements. Nous sommes venus ici, au centre de F. J'ai versé tout le sang de mon corps. Je saignais tellement ». **Entrevue 25. Échappée belle. 28 ans. Peul. Hémorragie (retro placentaire).**

« J'ai commencé le travail le matin de bonne heure. J'ai commencé à saigner, à saigner vraiment beaucoup. ». **Entrevue 34. Échappée belle. 23 ans. Sarakolé. Hémorragie (ante partum).**

Seule une femme a abordé la crise convulsive. L'échappée belle n'a gardé aucun souvenir de la convulsion mais selon la mère de cette dernière, la violence et l'aspect exceptionnel de la maladie ont vraisemblablement apeuré les parents.

« Quand ça a commencé, son corps était sec quoi [...] elle tremblait, elle bavait. Elle était complètement inconsciente jusqu'à ce qu'on arrive à Diema [...] y a eu un moment où elle était sur le brancard. Quand le brancard a cogné la porte, elle a vomit, elle a vomit du sang... du sang foncé. Mon mari a eu tellement peur ». **Entrevue 24. Échappée belle. 16 ans. Peul. Éclampsie.**

Douze femmes ont affirmé qu'elles n'ont pas su identifier la complication justement parce qu'elles ne savaient pas de quoi il s'agissait.

« On ne ma pas informé sur les complications obstétricales pendant les CPN...on m'a donné des comprimés quand même...mais dire que vous allez voir ce risque ci ou ce risque là, on ne m'a jamais donné cette information ».

Entrevue 8. Échappée belle. 25 ans. Sarakolé. Hémorragie (retro placentaire).

- Origine de la complication

Interrogées sur les causes et origines possibles de l'épisode de complication obstétricale, quatre femmes ont considéré que la complication était un fait de Dieu.

« Ha si ce n'est pas le fait de Dieu, personne ne veut être opéré...moi j'aurai voulu accoucher de moi-même mais bon...J'aurai voulu mettre mon enfant sans problème. Facilement quoi ».

Entrevue 11. Échappée belle. 24 ans. Bambara. Hémorragie (placenta previa).

«Toute femme souhaite accoucher normalement sans complication... J'aurais aimé accoucher par moi-même sans complication. [...] J'aurais vraiment aimé que la grossesse arrive à terme et que je mette mon enfant au monde sans problème, mais Dieu n'a pas voulu. »

Entrevue 32. Échappée belle. 33 ans. Sarakolé. Hémorragie (retro placentaire).

Douze femmes ne comprennent pas pourquoi la complication leur est arrivée. Seulement une femme a affirmé que la complication est due à une alimentation trop salée.

« On dit que c'est le sel qui fait ca [...] Moi j'ai appris par les docteurs que lorsque les pieds d'une femme enceinte s'enflent, il faut cesser de manger le sel la nuit».

Entrevue 24. Échappée belle. 16 ans. Peul. Eclampsie.

Sa mère : *«On lui a dit de ne pas manger de sel pendant un mois. Elle est partie prendre les médicaments au CSCom et après elle a continué à reprendre du sel [...] Moi-même je lui avais dit de ne pas manger de sel la nuit. Je lui ai dit qu'elle pouvait en manger pendant la journée mais pas la nuit, parce que ses pieds ont commencé à s'enfler».*

Une autre femme accuse un esprit maléfique d'être à l'origine de sa complication. Elle le tient pour responsable du décès de son nouveau né et de toutes les autres complications qu'elle a eues au cours des grossesses précédentes.

« J'ai fait 5 grossesses de sexe masculin. Tous sont morts à cause du djin (mauvais esprit)...mais oui, c'est le djin qui a tué mes enfants. [...] Même quand j'ai un garçon au sein, je vois en rêve que quelqu'un vient tuer mon enfant avec un bâton... » **Entrevue 43. Échappée belle. 35 ans. Bambara. Hémorragie (retro placentaire).**

- Dissimulation des signes de complication

Hormis les quatre femmes qui ont accouché à domicile, 80% des femmes ont dissimulé les manifestations de la complication au début du travail. Interrogées sur la raison pour laquelle elles n'ont pas signalé l'apparition des symptômes, toutes les femmes ont répondu qu'elles pensaient que le mal était passager. En effet, ces femmes ont supposé que le malaise serait transitoire et que la douleur, étant tout à fait normale, allait s'estomper.

« J'ai pris un peu de temps avant d'informer ma belle mère [que j'avais mal]. Je suis allée me coucher d'abord, pensant que ça allait passer. Mais [après] voyant que ça ne passer pas, je suis allée informer ma belle mère ». **Entrevue 30. Échappée belle. 16 ans. Sarakolé. Hémorragie (placenta previa).**

« J'ai commencé par avoir des maux de ventre et j'ai commencé à saigner. Je n'ai pas voulu réveiller la maisonnée puisque tout le monde était couché. Je pensé que ça irait mieux. J'ai passé toute la nuit comme ça, seule. C'est le

matin de bonne heure, que je me suis débrouillée pour informer les vieilles de la maison ». **Entrevue 41. Échappée belle. 31 ans. Sarakolé. Hémorragie (retro placentaire).**

« *[J'avais très mal au dos] J'ai trouvé ça bizarre parce que je n'étais pas à terme. Je me suis dit que ça irait mieux* ». **Entrevue 2. Échappée belle. 29 ans. Peul. Ante partum.**

Dans le cas de quelques femmes, certaines manifestations graves, parfois récurrentes, ont été ignorées par les échappées belles elles-mêmes et les personnes qui les assistaient.

« *Pour moi ce n'était pas le travail [...] Selon moi c'était passager en fait. Le sang ne coulait pas trop, progressivement. Ça partait, ça revenait. Au lieu de déranger les gens, je pensais que ça allait passer. Raison pour laquelle je n'ai pas voulu réveiller tout le monde* ». **Entrevue 41. Échappée belle. 31 ans. Sarakolé. Hémorragie (retro placentaire).**

« *Je pensais que ça [l'hémorragie] allait s'arrêter. C'est quand j'ai vu que ça n'allait pas s'arrêter que j'ai su que c'était une complication. [...] Je ne pensais pas que ça allait devenir aussi grave* ». **Entrevue 32. Échappée belle. 33 ans. Sarakolé. Hémorragie (retro placentaire).**

Pour plusieurs femmes, le fait que leur accouchement précédent se soit passé sans complication a influencé leur décision de ne pas recourir aux soins modernes. En effet, toutes les femmes rencontrées ont semblé dire que puisque leur accouchement précédent s'était bien passé, il n'y avait aucune raison, selon elle, qu'une complication survienne.

« *[En général] dès que le travail commence, peu de temps après j'accouche. Il n'y a pas eu de complications pour les autres enfant, raison pour laquelle je ne pensais pas que j'aurais eu besoin d'aller à l'hôpital* » **Entrevue 11. Échappée belle. 24 ans. Bambara. Hémorragie (placenta previa).**

« Pour mes précédentes grossesses, le travail ne dure pas et le travail et l'accouchement sont tellement rapprochés que y'a pas le temps d'aller à l'hôpital. Sauf pour le dernier. La j'ai eu une complication. [En général] une fois que je commence le travail seulement, j'accouche sur place » **Entrevue 43. Échappée belle. 35 ans. Bambara. Hémorragie (retro placentaire).**

- ***Perceptions de la gravité***

La majorité des femmes semblait avoir eu de la difficulté à reconnaître la complication. En discutant de la manière dont elles ont pu discerner la gravité des signes de danger, deux éléments ont été pris en considération par les femmes et leur entourage pour juger de la gravité de la complication : le caractère capacitant ou incapacitant de la complication et le caractère sévère ou peu sévère de la complication.

Huit femmes ont estimé que le caractère « incapacitant » de la complication leur a permis de juger si la situation est grave ou pas. Si la grossesse empêche une femme de vaquer à ses tâches ménagères quotidiennes ou bien si le travail d'accouchement paralyse trop longtemps une femme et l'empêche de reprendre ses occupations, alors la situation est jugée suffisamment grave.

« J'ai continué avec mes travaux. J'ai supporté comme j'ai pu. Quand j'ai vu que ca ne s'arrêtait pas, je suis allée prévenir ma belle mère. Nous sommes venues au centre vers 16 heures. Le crépuscule était déjà passé quand on partait pour Diéma » **Entrevue 32. Échappée belle. 33 ans. Sarakolé. Hémorragie (retro placentaire).**

« Je n'ai jamais eu de problème durant mes accouchements...je peux même préparer le repas étant en travail.... Des que je finis de servir le repas, je vais accoucher... tellement que mon travail est rapide... mais avec celui là, c'était compliqué». **Entrevue 50. Échappée belle. 35 ans. Sarakolé. Hémorragie (retro placentaire).**

« *Sa grossesse ne l'a pas empêchée de faire tous ses travaux...Elle ne me la pas dit mais j'ai vu par moi-même et j'ai remarqué qu'elle n'a pas été malade durant la grossesse* ». **Entrevue 29. Belle mère d'une Échappée belle. 65 ans. Sarakolé.**

Aussi, trois femmes ont considéré que la complication était « sévère » lorsqu'elles-mêmes ou les femmes qui les entouraient ne pouvaient rien faire pour soulager le mal.

« *Je suis restée 2 jours en travail. Après avoir mangé, le chef de famille a demandé à ce qu'on m'emmène à l'hôpital parce que ça devenait grave [...] Le matin du 3ième jour les femmes qui m'accompagnaient sont parties prévenir le chef de famille puisque j'avais saigné toute la nuit* ». **Entrevue 20. Échappée belle. 29 ans. Bambara. Hémorragie (post partum).**

Une seule femme considère que le caractère « surnaturel » de la maladie peut influencer sa décision de recourir aux soins modernes. Cette dernière se disait atteinte d'une maladie surnaturelle ayant provoqué la complication obstétricale et le décès de l'enfant. Elle n'avait pas prévu de rechercher un professionnel de santé, mais a fait appel à un tradithérapeute avant de se rendre au CSCom.

« *Le djin me faisait courir partout ce qui a déplacé mon enfant [...] Quand j'ai saigné, j'ai utilisé des médicaments traditionnels, cela n'a servi à rien. [...] les médecins ne peuvent pas soigner ça...c'est uniquement les gens qui soignent la maladie « djinefroukelaw » (maladie du diable) qui peuvent soigner ça.* ». **Entrevue 43. Échappée belle. 35 ans. Bambara. Hémorragie (retro placentaire).**

Une femme s'est identifiée comme un obstacle à l'identification de la complication. Elle a affirmé avoir été elle-même la barrière qui a empêché le recours aux soins modernes.

« *Le travail a commencé à la maison c'était vers 0 heure ... ou plus tard dans la nuit. Moi je n'ai pas voulu réveiller tout le monde ... Mais moi-même j'ai*

pris du retard à la maison parce que j'ai passé toute la nuit comme ça ». **Entrevue 41. Échappée belle. 31 ans. Sarakolé. Hémorragie (retro placentaire).**

10.2. Perception de l'accessibilité

10.2.1. Proximité des centres de santé et moyen de transport

- ***Distance séparant le lieu de résidence des centres de soins.***

Les échappées belles rencontrées vivent à une distance moyenne de 60 kilomètres du centre de santé de référence (CSRéf) et 15 kilomètres des centres de santé de 1^{er} niveau (CSCoM). En réalité, 60% des échappées belles ont estimé que la distance était un facteur décourageant dans la recherche de soins. En effet, 12 femmes demeuraient à une distance qui variait entre 5 et 15 kilomètres du CSCoM le plus proche, tandis que trois échappées belles vivaient à plus de 90 kilomètres du CSRéf dont une à 110 kilomètres du centre de référence. Lors d'un entretien, le beau père d'une des femmes a confirmé que la distance qui sépare leur domicile des structures sanitaires constitue un facteur d'isolement en cas de maladie ou de complication.

« ce n'est pas un problème d'argent mais on est loin du centre. Là où on est il n'y a pas de centre. On doit quitter le village pour aller jusqu'à D. Ca fait loin du village ». **Entrevue 1. Échappée belle. +/- 20 ans. Peul. Anémie severe.**

« Oh oui c'est loin... Ca a pris du temps [pour y aller] parce que les ânes étaient lents et le trajet est très long ». **Entrevue 38. Échappée Belle. 16 ans. Sarakolé. Anémie sévère.**

« Nous on vit à plus de 18 kilomètres de Diéma. L'accès est difficile et la distance est longue. Sinon celles qui sont à Diéma sont plus chanceuses. Nous on est loin. Le temps d'attacher la charrette, y'en a qui peuvent accoucher en route. Accoucher à l'hôpital est la bonne solution mais c'est la distance et le

moyen de transport qui font que c'est difficile ». **Entrevue 14. Mari d'une ÉB. 38 ans. Peul.**

Deux matrones m'ont affirmé que les femmes qui vivent le plus loin sont généralement celles qui sont les plus démotivées par la distance mais surtout celles qui accumulent le plus de retard dans la recherche de soins. Selon elles, les femmes éloignées sont moins enclines à se rendre au centre en cas de maladie.

« On voit des femmes qui vivent à 30, 40, 50 kilomètres d'ici et qui viennent en CPN ici toutes les fois où c'est jour de foire seulement. Elles viennent toutes les fois ou c'est possible. Celles qui vivent si loin ne peuvent pas venir aussi souvent qu'elles veulent au centre ». **Matrone. 41 ans. Malinké.**

Par contre, la distance ne semblait pas être un facteur décourageant pour les six femmes qui vivent à proximité d'un CSCCom et qui ont mis moins d'une heure pour s'y rendre.

« On a marché pour aller au CSCCom [...] c'est quand il y a eu la complication que nous sommes allées au centre de M. [...] c'est juste à coté...On n'a pas marché longtemps. Chez nous c'est derrière ces maisons que tu vois [...] On a décidé que la matrone devrait m'examiner ». **Entrevue 17. Échappée belle. 40 ans. Peul. Hémorragie (placenta previa).**

- ***Disponibilité du transport et conditions routières.***

Une fois la décision de se rendre à la structure de santé prise, la disponibilité du transport semble être un élément décisif dans la recherche de soins. Les principaux moyens de déplacement des femmes étaient la moto, la charrette ou l'ambulance du CSRéf. Cinq femmes et plusieurs accompagnateurs ont évoqué la difficulté de trouver rapidement un moyen de transport en cas de complication. Quatre autres femmes ont été en mesure de se rendre au CSCCom en moto malgré leur état. Quatorze femmes se sont rendues au CSCCom en charrette et disent ne pas l'avoir trouvé dans l'heure qui a suivie la décision de se rendre au centre de soins.

« On est parti vers 'fadjeur' (heure de prière musulmane. 5h45 AM) mais il commençait déjà à faire jour. Le temps de trouver et d'attacher la charrette, s'apprêter, ça a pris un peu de temps. [Combien de temps ça a pris ? Plus que le temps d'une prière ?] Ca a prit plus de temps qu'une prière ». **Entrevue 24. Échappée belle. 16 ans. Peul. Eclampsie.**

« Il était 5 heures du matin, le coq venait de chanter. On était à dos de charrette, le temps qu'il [mon mari] vienne me chercher, ça a prit du temps. Le temps qu'on parte il était 8h ». **Entrevue 11. Échappée Belle. 24 ans. Bambara. Hémorragie (placenta previa).**

Si l'état des routes principales semble satisfaisant à certains endroits, le délabrement ou l'absence de voies praticables qui relient les villages aux axes principaux a entraîné, dans la majorité des cas, un retard dans la recherche des soins. Parfois, il a fallu prévoir plusieurs heures, c'est à dire entre 45 min et 4 heures, pour que les échappées belles se rendent au CSCom le plus proche. Dans les cas des femmes qui se sont rendues directement au CSRéf, le délai pour s'y rendre pouvait varier entre 3 et 12 heures.

Plusieurs personnes, notamment les personnes qui accompagnaient les échappées belles ont mentionné que l'hivernage et l'état impraticable de certaines voies d'accès pouvaient rendre difficile le recours aux soins. Par contre, seulement une personne a indiqué ce fait comme étant la raison de l'arrivée tardive de la parturiente au CSCom.

« ca a pris du temps...Le moment ou j'ai quitté B. [à 20h] et que je suis arrivé au village de ma femme, il faisait 21 heures. On est arrivé à D. à 3 heures du matin parce que l'accès est difficile...Nous étions en charrette et à cause de l'hivernage, la route n'était pas bonne. » **Entrevue 13. Mari d'une ÉB. 45 ans. Bambara.**

- ***Évacuation et indisponibilité du transport d'urgence.***

Une fois que la décision de se rendre au centre de 1^{er} niveau est prise et que la parturiente et ses proches parviennent à se rendre jusqu'au CSCom, il reste la question de trouver le moyen de transport qui conduira la malade au CSRef.

Le CSRef de Diéma dispose de deux ambulances fonctionnelles. Celles-ci sont supposées assurer le transport d'urgence des malades provenant des 21 aires de santé du cercle. En effet, à Diéma, il existe deux moyens pour une femme de se rendre au CSRef, la référence ou l'évacuation. La référence est recommandée à la patiente en vue d'une meilleure prise en charge, alors que l'évacuation ne concerne que le transport d'urgence.

Il semblerait que les ambulances ne sont pas toujours disponibles pour l'évacuation. Cinq femmes ayant été évacuées par un soignant du CSCom se sont plaintes de ne pas avoir pu disposer de l'ambulance et de ce fait, d'avoir eu des difficultés dans la recherche d'un moyen de déplacement.

« C'est l'ambulance qui a pris du retard...en fait il y avait un accident de la circulation sur la route de Bamako, donc toutes les ambulances avaient été réquisitionnées pour ça. Elle a quand même pris du temps à venir jusqu'à K. Quitter la maison pour aller au centre de K, ça n'a pas pris du temps, mais c'est se rendre à Diéma qui a été long ». **Entrevue 20. Échappée belle. 29 ans. Bambara. Hémorragie (post partum).**

Lorsqu'une femme est référée au lieu d'être évacuée, c'est à elle et aux membres de sa famille que revient la responsabilité de trouver le moyen de transport qui l'emmènera au CSRef.

« Mon beau frère a suggéré qu'on appelle l'ambulance mais le véhicule était en déplacement dans un autre village. Pour lui la charrette était un moyen de transport trop long. Malheureusement la charrette n'était pas disponible ». **Entrevue 38. Échappée Belle. 16 ans. Sarakolé. Anémie sévère.**

« La matrone n'en a pas parlé [l'ambulance]. Par contre elle a donné les papiers de référence. Puisqu'elle n'en a pas parlé, nous étions en route pour attendre sur le goudron et prendre un moyen de transport [...]. Puis mon état s'est aggravé, c'est nous même qui avons appelé la matrone afin qu'elle appelle l'ambulance pour qu'elle vienne me chercher ». **Entrevue 41. Échappée Belle. 41 ans. Sarakolé. Hémorragie (retro placentaire).**

10.3. Dépenses et coûts de santé

Dans huit cas, la pauvreté a été citée comme étant une barrière à la décision de recourir aux soins de santé. Trois peuls, une kasonké et quatre bambaras ont identifié directement le manque de moyens du mari comme étant l'élément qui a découragé leur recherche de soins. Aucune femme Sarakolé n'a clairement identifié le manque de revenus comme un obstacle au recours aux professionnels de santé.

« Quand je suis venue faire la consultation prénatale, on m'avait dit de venir accoucher à Diema. Mais mon mari disait qu'il n'avait pas d'argent. Remettons-nous à Dieu il disait. Le jour le travail a commencé avec des saignements nous sommes venues ici, au centre de F. J'ai versé tout le sang de mon corps. Je saignais tellement ». **Entrevue 25. Échappée belle. 28 ans. Peul. Hémorragie (retro placentaire).**

Les échappées belles et leur famille semblaient posséder peu de moyens et les priorités en matière de dépenses se dégagent rapidement en situation de précarité. Très peu de femmes ont considéré que leurs difficultés d'accouchement et de manière générale, leurs maladies, étaient une primauté.

« Moi je suis une broussarde seulement, je n'ai pas d'importance. Tant que je ne suis pas malade, je ne vais pas à l'hôpital ». **Entrevue 48. Belle sœur d'une ÉB. 48 ans. Sarakolé.**

- ***La mobilisation des ressources financières***

La mobilisation des ressources est un autre facteur qui a dissuadé les maris et découragé les femmes dans la décision de recourir aux soins modernes. En effet, les familles rencontrées semblent avoir peu de moyens et plusieurs femmes ont affirmé que l'immédiateté de l'urgence rend la mobilisation des ressources monétaires laborieuse. Il apparaîtrait que le temps de l'urgence obstétricale est difficilement compatible avec le temps nécessaire pour trouver l'argent qui va servir à payer le transport, les ordonnances ou le kit d'accouchement.

« Celui qui est pauvre n'a pas de choix...même si tu as envie de faire quelque chose. Si l'argent ne te suffit ou que ça te manque...tu fais comme tu peux et tu manque de choix ». **Entrevue 14. Échappée belle. 38 ans. Peul. Hémorragie (retro placentaire).**

Deux différentes formes de mobilisation de ressources mises en place par le mari ont pu être observées. Dans de nombreux cas, le conjoint aurait pris un crédit substantiel. Ne disposant pas de revenus en liquide, quatre maris ont dû prendre un crédit auprès d'amis.

« Mon mari s'est chargé des frais. Ce jour là il n'avait pas d'argent sur lui mais il a un ami ici avec lequel il est allé chercher la somme. Donc partant de là il a payé tous les frais ». **Entrevue 28. Échappée belle. 35 ans. Peul. Anémie sévère.**

D'autres ont emprunté de l'argent à la famille afin de subvenir aux dépenses de l'urgence obstétricale de leurs femmes. En saison des pluies par exemple, l'emprunt monétaire reste très difficile car les liquidités sont faibles pour certains agriculteurs. Il semble qu'il est difficile d'emprunter de l'argent à quelqu'un pendant cette période.

L'un des conjoints a dû vendre son bétail afin de disposer de revenus et rembourser les soins de sa femme.

« Mon mari était présent donc c'est lui qui a payé mes soins...Il a du vendre certains de ses moutons pour rembourser son crédit». **Entrevue 24. Échappée belle. 16 ans. Peul. Eclampsie.**

Un mari a dû mettre en gage une partie de leur récolte pour réunir les sommes nécessaires aux soins de santé de sa femme.

« Ma coépouse est restée avec moi pendant que lui est allé chercher crédit. C'est le problème d'argent qui nous a retardés, sinon on serait partis beaucoup plus tôt. Ce n'est pas une question de distance mais d'argent. Mon mari n'avait pas un sou en poche [...] Il a même vendu les récoltes». **Entrevue 25. Échappée belle. 28 ans. Peul. Anémie sévère.**

La majorité des femmes et quelques maris ont admis que lorsque le mal est sérieux et que la douleur devient intolérable, la gravité prime sur la pauvreté et efface généralement l'angoisse de devoir emprunter les fonds nécessaires aux relations familiales et au voisinage.

« Il va trouver l'argent...même s'il n'a pas d'argent, il va chercher crédit. [La famille est là pour ça] Même aujourd'hui il n'a pas d'argent sur lui pour subvenir à tous mes frais mais il va aller chercher crédit. C'est sûr». **Entrevue 14. Échappée belle. 38 ans. Peul. Hémorragie (retro placentaire).**

« Non... non. Il n'a pas fait de bruit. Même s'il n'a pas d'argent, je suis sa femme [...] s'il sait que je suis malade ou qu'un de mes enfants est malade, il fera son possible pour nous y conduire. Il ira prendre crédit certain. **Entrevue 25. Échappée belle. 28 ans. Peul. Hémorragie (retro placentaire).**

10.4. Perception de la qualité des soins et relations avec le centre de soins.

Au regard des entrevues menées avec les femmes, il a été question du type de rapports qu'elles entretiennent avec le système de santé moderne et les professionnels de santé. La question de l'influence de ce rapport sur le recours aux soins a été abordée selon les points suivants : la préparation de la grossesse à travers les CPN, la perception du système de santé, le rapport entre la femme et les professionnels de santé de la maternité, enfin la personnalisation de la relation de soins.

10.4.1. La préparation de la grossesse : les consultations prénatales.

Le tableau ci-dessous décrit l'historique obstétrical des échappées belles. Selon le Ministère de la Santé du Mali, le nombre idéal et effectif de CPN que doit effectuer une femme enceinte est compris entre trois et quatre.

Tableau VI : Historique obstétrical des échappées belles. (GESYRE. Fiche de partogramme)

Femmes	Age	Lieu accouchement	Caractéristiques maternelles (G) Gestité (P) Parité (V) enfant vivant	Consultations prénatales antérieures	Nombre de CPN pour grossesse à l'étude
1	28	CSRéf	G7 P6 V6	Oui	1
2	35	CSRéf	G7 P6 V6	Non	0
3	30	Domicile	G7 P6 V1	Non	0
4	23	CSRéf	G4 P3 V3	Oui	1
5	29	CSRéf	G4 P3 V3	Oui	> 1
6	33	CSRéf	G6 P5 V4	Oui	0
7	25	CSRéf	G5 P4 V3	Oui	> 1
8	35	CSRéf	G7 P6 V3	Non	1
9	16	Domicile	G1 P0 V0	Oui	> 1
10	16	CSRéf	G1 P0 V0	Oui	2
11	40	CSRéf	G7 P6 V6	Oui	> 2
12	38	Domicile	G9 P8 V5	Non	0
13	32	CSRéf	G12 P11 V7	Oui	0
14	20	CSRéf	G5 P4 V3	Non	0
15	20	Domicile	G2 P1 V1	Non	0
16	28	CSéf	G6 P5 V2	Oui	1
17	29	CSRéf	G5 P4 V2	Oui	1
18	16	Domicile	G1 P0 V0	Non	> 1
19	40	CSRéf	G9 P8 V4	Oui	> 1
20	31	CSRéf	G6 P5 V4	Oui	> 1
21	16	CSRéf	G1 P0 V0	Non	> 1

(CSRef de Diéma. Fiches de partogramme. Registre urgences obstétricales. 2009)

Seulement 14 femmes avaient effectué des consultations prénatales pour la grossesse à l'étude. Parmi ces dernières, neuf en ont effectué plus de deux. Tandis que 30% n'avait jamais eu de soins prénataux avant leur épisode de complication obstétricale.

Tableau VII. Historique de fréquentation de la structure sanitaire par les participantes du Focus Group.

Le tableau ci-dessous indique le nombre de femmes, parmi celles qui ont participé au focus group, avaient déjà fréquenté un centre de santé de la région et combien avaient déjà obtenu une assistance qualifiée à l'accouchement.

Répondant	Ethnie	Age	Statut matrimonial	Profession	Avait déjà fréquenté centre de santé	Dernier Accouchement au centre de santé
1	Peul	40	Mariée	Ménagère	Oui	Non
2	Sarakolé	40	Mariée	Ménagère	Oui	Oui
3	Sarakolé	30	Mariée	Ménagère	Oui	Non
4	Sarakolé	27	Mariée	Aide familiale	Oui	Non
5	Bambara	25	Mariée	Vendeuse	Non	Non
6	Bambara	30	Mariée	Vendeuse	Oui	Non
7	Bambara	29	Mariée	Aide familiale	Oui	Non

Sur les 13 professionnels de santé rencontrés au courant de l'étude, trois d'entre eux suggèrent que la différence ethnique permet d'expliquer la faible fréquentation des consultations prénatales. Un médecin chef de poste d'un CSCom et deux matrones prétendent que les Sarakolés sont moins enclins que les autres groupes ethniques, à se rendre aux CPN.

« Les autochtones qui sont la, les sarakolés : les Damba et les Sissoko. Tout ca la, ce sont des Sarakolés. Eux la sont trop compliqués et ne viennent pas... [Pourquoi ils ne viennent pas?] Les femmes des fonctionnaires viennent mais les autres non ». **Entrevue 15. Matrone de D. 33 ans. Bambara.**

« Un exemple, une femme enceinte était malade. Elle était couchée depuis quelques jours. Elle est partie rendre visite à sa maman qui l'a emmené ici et

je l'ai examiné. Elle était très fatiguée. Je lui ai fait une perfusion. Elle m'a demandé si la perfusion allait durer. Je lui ai dit que ça va prendre 3 heures de temps. Elle m'a proposé d'aller prévenir sa belle famille. La maman de la bonne dame, quand elle a envoyé quelqu'un prévenir la belle famille, la belle famille a envoyé deux gaillards pour la ramener à la maison. Le mari n'était pas content parce que c'était à lui dit il, de donner l'ordre de l'emmener aux centre [...] Moi j'ai appris des trucs ici, si on me disait ça auparavant j'allais dire c'est pas vrai [...] C'est pas facile... Les sarakolé, c'est des gens qui pensent que les femmes c'est fait pour faire des enfants et puis ça s'arrête là ».

Entrevue 51. Médecin. Chef de poste de L. 38 ans. Bambara.

« On manque trop de matériel et puis travailler dans la brousse c'est trop dur. Ca demande du courage. Il faut faire beaucoup de sensibilisation pour que certaines femmes comprennent ce que tu veux faire pour aider » [Quelles femmes?] ... (Rires) Certaines femmes... ».

Entrevue 46. Matrone de KM. 30 ans. Bambara.

Les dix autres professionnels de santé interrogés à ce propos n'ont pas considéré l'origine ethnique comme un élément qui explique la faible fréquentation des consultations prénatales.

- **Déroulement de la consultation prénatale**

Concernant le déroulement de la consultation prénatale, la majorité des femmes a indiqué avoir reçu une moustiquaire imprégnée, des vitamines et des comprimés pour maintenir le niveau de fer, sauf une échappée belle qui dit ne pas avoir eu de moustiquaire. La principale mesure de lutte contre le paludisme prévoit l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide. En l'absence de traitement, le paludisme peut entraîner rapidement le décès par les troubles circulatoires qu'il finit par provoquer.

« *Non non, on ne ma pas donné de moustiquaire* ». **Entrevue 4. Échappée belle. 28 ans. Sarakolé. Hémorragie (ante partum).**

Trois femmes ne sont pas allées à la consultation prénatale avant le 7^{ième} mois. Les autres femmes pensent y être allées entre le 5^{ième} et le 8^{ième} mois.

« *C'est juste que ce n'était pas encore le moment d'y aller c'est tout. Et puis vu que je n'avais pas eu de problème durant la grossesse... Si je ne suis pas malade, je n'ai pas de raison de venir avant les 7 mois. Si je tombe malade avant, je vais aux CPN quand même* ». **Entrevue 2. Échappée belle. 29 ans. Peul. Hémorragie (ante partum).**

En les interrogeant sur les informations obtenues sur les risques obstétricaux envisageables durant la grossesse, 60% des femmes ont affirmé n'avoir jamais reçu d'informations concernant ces risques éventuels. Par contre, deux femmes ont indiqué avoir reçu de l'information mais de n'en avoir rien retenu.

« *On ne ma pas informé pas sur ça...on m'a donné des comprimés quand même...mais dire que vous allez voir ce risque ci ou ce risque là, on ne m'a jamais donné cette information* ». **Entrevue 8. Échappée belle. 25 ans. Sarakolé. Hémorragie (retro placentaire).**

« *J'ai reçu des informations. [Quel genre d'information?] Ah des informations seulement... [On t'a dis quoi au juste ?] Non je ne m'en souviens pas.... La manière dont j'étais la, je ne m'en souviens pas* ». **Entrevue 44. Échappée belle. 30 ans. Sarakolé. Hémorragie (placenta previa).**

A ce propos, toutes les matrones se défendent de donner systématiquement l'information sur les complications obstétricales envisageables. Selon trois matrones, la faible connaissance des femmes concernant les complications obstétricales est due à des contraintes physiques et psychologiques liées au déplacement jusqu'au CSCom : la difficulté de transport, les coûts qui y sont associés, ainsi que le manque de soutien et de complaisance des maris.

« Je pense que c'est le moyen de transport qui pose problème. Ce n'est pas qu'elles ne veulent pas, mais les femmes de la brousse ont beaucoup de problèmes de déplacement. Elles viennent à charrette et ca c'est uniquement les jours de foire. Si elles n'ont pas de charrette, elles sont obligées d'emprunter celle de quelqu'un d'autre et ca c'est des frais ». **Entrevue 12. Matrone de D. 41 ans. Malinké.**

« Il faut du courage [pour travailler dans les maternités de brousse] parce que dans certains milieux, il y a des hommes qui n'acceptent même pas que les femmes [comme moi] travaillent...encore moins que les femmes aillent aux CPN... Il faut avoir le cœur bas ici. » **Entrevue 46. Matrone de KM. 30 ans. Bambara.**

« Il y a des hommes qui n'encouragent pas leurs femmes à venir » **Entrevue 12. Matrone de D. 41 ans. Malinké.**

D'autres matrones pensent au contraire, que les femmes décident délibérément de ne pas venir au CPN et lorsqu'elles viennent, qu'elles ne prêtent aucune attention malgré les avertissements et conseils qu'elles leur ont donné.

« Même lorsque tu veux leur donner des conseils elles te répondent qu'elles sont pressées et elles nous pressent. On leur en donne des informations. Surtout les femmes de la brousse, quand tu veux causer avec elles, elles n'ont pas le temps parce qu'elles vont à la foire ». **Entrevue 12. Matrone de D. 41 ans. Malinké.**

« Oui, oui, je leur donne des informations. Même pour le cas de S, c'est moi qui ai discuté avec son mari pour qu'elle vienne aux CPN. C'est moi-même qui leur donne ces informations [...] Y'en a qui font exprès d'accoucher à la maison, soit disant qu'elles ont peur des docteurs...Ca ne l'intéresse même pas de venir accoucher au centre. **Entrevue 46. Matrone de KM. 30 ans. Bambara.**

« [Les CPN?] ca c'est point d'interrogation parce qu'on a tout fait de notre mieux. [On donne toutes les informations qu'il faut]. On a fait les visites à domicile. Nous sommes allés jusque dans leur famille. On fait des ISC, on fait des émissions radiophoniques mais malgré tout ca, ils ne viennent pas. Mais ca va aller incha alla... » **Entrevue 15. Matrone de D. 33 ans. Bambara.**

10.4.2. Accueil au centre de soins

En ce qui concerne l'accueil au niveau du CSCom, 65% des échappées belles était contentes de la manière dont elles ont été accueillies et ont affirmé être ravies d'avoir été référées à temps et d'avoir reçu des soins. Par contre, deux femmes étaient insatisfaites de l'attitude de la matrone qui les a accueillies au moment de la complication pour deux raisons. L'une d'entre elles estimait que la matrone avait pris trop de temps avant de lui venir en aide et à de soulager sa douleur.

« *Quand une femme vient, ce qui est mieux c'est de ne pas la garder aussi longtemps quand elle a une complication. [...] Si ca dépasse les compétences, qu'on l'emmène à Diema. [...] Elle aurait du me donner un sérum parce que vraiment j'avais mal [...] C'est tout.* **Entrevue 34. Échappée belle. 23 ans. Sarakolé. Hémorragie (ante partum).**

L'autre reprochait à la matrone de ne pas lui avoir proposé de l'évacuer par ambulance. Selon elle, il aurait suffi que la soignante appelle au CSRéf afin que l'ambulance vienne la chercher au CSCom. La femme a estimé que la matrone manquait de sérieux dans son travail et qu'elle aurait pu lui éviter la peine de chercher un moyen de transport.

« *La matrone n'a pas parlé de l'ambulance. Puisqu'elle n'en a pas parlé, nous étions en route pour attendre sur le goudron et prendre un moyen de transport [...]. Puis mon état s'est aggravé, c'est nous mêmes qui avons appelé la matrone afin qu'elle appelle l'ambulance pour qu'elle vienne me chercher* ». **Entrevue 41. Échappée Belle. 41 ans. Sarakolé. Hémorragie (retro placentaire).**

Concernant l'accueil de l'échappée belle au CSRéf, la majorité des femmes se sont dites satisfaites de l'accueil et des soins reçus. Une d'entre elles n'a pas voulu se prononcer sur la qualité de l'accueil qu'elle a reçu.

« J'ai été bien accueillie à l'hôpital. Il y avait un monsieur du nom de YD qui était là et qui s'est bien occupé de moi. Dès mon arrivée, les médecins m'attendaient dehors et on m'a emmené directement à la salle d'opération ».

Entrevue 25. Échappée belle. 28 ans. Peul. Hémorragie (retro placentaire).

« Nous avons été bien accueillies...on ne nous a rien fait de mal ». **Entrevue 43. Échappée belle. Échappée belle. 35 ans Bambara. Hémorragie (retro placentaire).**

« C'est un homme qui nous a bien accueilli. Quand nous sommes arrivés, il m'a pris par la main et m'a consulté ». **Entrevue 34. Échappée belle. 23 ans. Sarakolé. Hémorragie (ante partum).**

10.4.3. Perception des soins de santé modernes.

Questionnées sur la qualité des soins offerts au CSCom et au CSRef, la majorité des échappées belles ont l'impression que la qualité des soins est satisfaisante. Certaines ont précisé que de leur point de vue et selon les expériences de leurs proches, la qualité des soins y est convenable, de manière générale.

« Les docteurs se sont bien occupés de moi... ». **Entrevue 25. Échappée belle. 20 ans. Kasonké. Hémorragie (retro placentaire).**

« Les médicaments ont bien servi parce que je suis guérie. On m'a donné du sang aussi. J'avais perdu l'appétit également. [Maintenant ça va mieux]. ». **Entrevue 17. Échappée belle. 40 ans. Peul. Hémorragie (placenta previa).**

« Après l'accouchement, j'étais enflée de partout. On m'a donné des médicaments et je suis guérie. Je suis très satisfaite. On m'avait déjà dit que

les docteurs soignaient bien ». **Entrevue 38. Échappée belle. 16 ans. Sarakolé. Anémie sévère.**

Vingt huit répondants dont dix huit femmes ont affirmé que les soins reçus étaient efficaces et leur ont permis de bien guérir. Quatre femmes ne se souviennent pas réellement des soins reçus mais affirment que lorsqu'elles ont repris connaissance, elles étaient satisfaites de la qualité des soins. Une femme a apporté un cadeau à l'un des soignants en guise de sa gratitude pour les soins prodigués à sa fille.

Cependant, quelques femmes ont manifesté leur mécontentement par rapport aux traitements et interventions qu'elles ont subis. Quatre femmes ont reconnu que l'éventualité d'une césarienne était un des éléments qui a influencé la décision de recourir aux soins d'un professionnel de la santé. Aucune des femmes qui ont été césarisées ne savait d'avance qu'elle allait subir une intervention chirurgicale. Parmi les sept femmes qui ont subi la césarienne, deux avaient peur d'être césarisées avant même de se rendre au CSCom et les cinq autres n'étaient pas en faveur de l'opération.

« Non, je n'étais vraiment pas pour cette opération... j'aurais aimé accoucher par moi-même ». **Entrevue 20. Échappée belle. 29 ans. Bambara. Anémie sévère.**

« Je n'étais pas pour l'opération. Chacun a son destin mais vraiment j'aurais aimé accoucher par moi-même ». **Entrevue 44. Échappée belle. 30 ans. Sarakolé. Hémorragie (placenta previa).**

Une autre femme s'est plainte que les soignants ne l'ont pas informé de ce qu'ils avaient prévu de lui faire subir comme traitement ou intervention. Elle a indiqué ne pas comprendre pourquoi les soignants n'ont pas pris la peine de lui expliquer ce qui allait ce passer.

« *Je ne savais même pas que j'allais être césarisée...jusqu'à ce que je me trouve au bloc* ». **Entrevue 41. Échappée belle. 31 ans. Sarakolé. Hémorragie (retro placentaire).**

10.4.4. Perception des soignants

- ***Rapport avec les professionnels de santé de la maternité.***

Dans les CSCom visités, les seuls professionnels de santé de la maternité étaient des matrones. Ces dernières sont formées pendant 2 ans dans un CSCom et par la suite dans un CSRef. Pendant les entretiens, toutes les échappées belles ont affirmé entretenir de bons rapports avec les soignants. Elles semblaient toutes être satisfaites de la manière dont elles avaient été traitées par les sages femmes et les autres soignants de la maternité au moment de la complication.

« *Oui, je suis très satisfaite [...] Si ce n'était pas eux, j'aurais probablement trouvé la mort* ». **Entrevue 8. Echappée belle. Sarakolé. 25 ans. Hémorragie (retro placentaire).**

« *Nous avons été bien accueillis. On a eu de la chance parce que la même sage femme qui lui avait donné rendez vous pour ses CPN était là ce jour là. Donc elle a pris soin d'elle. Elle l'a emmené dans la chambre d'accouchement et s'est occupée d'elle. L'enfant est mort né mais ma fille a survécu. Dieu merci* ». **Entrevue 39. Mère d'une ÉB. 45 ans. Sarakolé.**

Contrairement aux échappées belles, les femmes rencontrées pour mener le focus group ont toutes indiqué que leurs rapports avec les soignants de la maternité étaient médiocres. Sur les sept femmes avec lesquelles je me suis entretenue, six ont qualifié les matrones d'incompétentes, deux ont trouvé que leurs gestes faisaient mal et une a affirmé qu'elle lui avait manqué de respect à plusieurs reprises.

« *Elles ne connaissent pas leur travail...elles sont là seulement à te consulter et elles te font mal... quelle femme veut se faire consulter par une stagiaire*

qui ne connaît pas son travail ». **Focus Group Femme. #5. Femme au foyer. Sarakolé. 25 ans.**

Dans un cas, la femme a estimé que la présence d'activités annexes comme la télévision empêche les matrones de faire correctement leur travail.

« Et puis il y a la télévision la bas... une femme en travail peut arriver et les trouver en train de regarder la tv. Ce n'est pas bien. Au lieu de faire leur travail correctement elle se préoccupe du feuilleton à la télévision » **Focus Group Femme. #6. Femme au foyer. Bambara. 30 ans**

- Présence des proches au cours de l'accouchement

Plusieurs femmes n'ont pas apprécié que leurs proches ne puissent être à leurs côtés dans la salle d'accouchement. Deux échappées belles et sept accompagnatrices se sont plaintes du fait que les sages femmes leur ont interdit d'entrer dans la salle d'accouchement.

« Ils ont refusé que celles qui m'accompagnaient assistent à l'accouchement ». **Entrevue 50. Échappée belle. 35 ans. Sarakolé. Hémorragie (retro placentaire).**

« Non, elles n'ont pas voulu nous laisser entrer. » **Entrevue 7. Belle sœur d'une ÉB. 30 ans. Sarakolé.**

- Respect du secret médical

Une femme a insisté sur le fait que les soignantes de la maternité ne semblaient pas respecter le secret médical et pouvaient raconter ailleurs le déroulement d'une consultation prénatale ou d'un accouchement.

« Et puis tout ce qui se passe à la maternité, ce sont les [matrones] stagiaires qui vont raconter ça en ville....J'en ai rencontré deux au marché. Elles parlaient de moi. L'une racontait à l'autre ce qui m'était arrivé [...]. Elles lui ont dit que si elle n'allait pas accoucher au centre, il lui arriverait la même

chose que moi. Que son enfant allait pourrir dans son ventre.» Focus Group Femme. #3. Vendeuse. Sarakolé. 30 ans

Dans six cas, les femmes ont indiqué que l'attitude des soignantes de la maternité pouvait constituer un obstacle dans le recours à un accouchement assisté par du personnel médical. En effet, certaines échappées belles ont indiqué que l'attitude des jeunes soignantes de la maternité les décourage dans le recours à des soins modernes. Selon les femmes ayant participé au focus group, le manque de politesse des plus jeunes matrones les exaspère. Deux d'entre elles ont indiqué que les jeunes matrones ne respectaient pas le droit d'ainesse qui exige d'elles respect et considération envers les femmes d'âge mur.

« Elles sont très impolies et vraiment elles sont méchantes. Ces petites la ne sont même pas mariées et non pas d'enfant. Et c'est devant elle que je dois ouvrir les jambes pour accoucher. Ca c'est quel monde ca ». Focus Group. #2. Sarakolé. 38 ans.

- ***Personnalisation du rapport de soins.***

Parmi les six cas de femmes qui ont affirmé que le comportement des professionnels pouvait constituer un obstacle à la décision de recourir aux soins modernes, deux ont mentionné que personnaliser une relation avec un soignant était un élément encourageant dans la recherche de soins. L'une a affirmé que la soignante qui s'occupait habituellement de sa grossesse n'étant pas là pendant son accouchement, les autres matrones étaient incapables de lui venir en aide.

« J'ai commencé les CPN avec D, ici après je suis partie à Kita ou j'avais ma propre sage femme. J'ai fait des va et vient entre les docteurs mais personne n'a été capable de voir que l'enfant la est mort. On m'a demandé si j'avais fait les CPN. J'ai répondu que oui. Les médecins m'ont même dit que cela ne devait pas arriver. Il y a des sages femmes qui ne savent pas faire leur travail. L'enfant commençait à être décomposé. Il est resté 3 jours dans mon ventre.

Je l'ai quand même accouché. Focus Group. #2. Femme au foyer. 38 ans. Sarakolé.

Par contre, la mère d'une échappée belle m'a confié que si elle pouvait tomber systématiquement sur la même soignante, elles et ses filles seraient prédisposées à se rendre plus souvent au centre.

« On a eu de la chance parce que la même sage femme qui lui avait donné rendez vous pour ses CPN était là ce jour la donc elle a prit soin d'elle. Elle l'a emmené dans la chambre d'accouchement et s'est occupée d'elle. L'enfant est mort né mais Mariam a survécut. Dieu merci. [...] Si toutes les sages femmes étaient comme ça, je pense que nous toutes on irait accoucher au centre... ». Entrevue 39. Mère d'une ÉB. 45 ans. Sarakolé.

La même femme a pris l'initiative d'offrir un cadeau à la matrone qui s'est occupé de l'accouchement difficile de sa fille. Elle expliquait que ce cadeau va permettre de personnaliser la relation avec la matrone et de solliciter implicitement les services de celle-ci durant la prochaine visite au CSRef. Selon la mère de l'échappée belle, la matrone sera plus encline à bien s'occuper d'elle-même ou de sa fille.

« Je suis amie avec les docteurs...les anciens comme les nouveaux. Tout le monde me connaît tellement que j'y vais souvent. La dernière fois, [...] il ne voulait même pas que je sois dans la même chambre que les autres. [...] Après la complication de ma fille, j'ai emmené un petit tissu à M. pour la remercier. On ne sait jamais ». Entrevue 39. Mère d'une ÉB. 45 ans. Sarakolé.

10.6. Processus de prise de décision de recourir aux soins modernes.

Tableau VIII. Acteurs de la prise de décision de recourir aux soins pour chaque échappée belle.

Répondante	Ethnie	Age	Statut matrimonial	Prise de décision
1	Sarakolé	28	Mariée	Mari
2	sarakolé	35	Mariée	Beau frère
3	Sarakolé	30	Mariée	Beau frère
4	Sarakolé	23	Mariée	Mari
5	Bambara	29	Mariée	Beau père
6	Sarakolé	33	Mariée	Mari
7	Bambara	25	Mariée	Mari
8	Bambara	35	Mariée	Elle-même
9	Peul	16	Mariée	Parents
10	Sarakolé	16	Mariée	Belle mère
11	Peul	40	Mariée	Mari
12	Peul	35	Mariée	Mari
13	Peul	32	Mariée	Mari
14	Kasongué	20	En séparation	Mère et frère
15	Peul	20	Mariée	Père
16	Peul	28	Mariée	Mari
17	Peul	29	Mariée	Mari
18	Peul	16	Mariée	Parents
19	Sarakolé	40	Mariée	Père
20	Sarakolé	31	Mariée	Elle même
21	Sarakolé	16	Mariée	Mère et oncle

10.6.1. Acteurs de la prise de décision

En ce qui concerne la décision de rechercher des soins modernes une fois la complication obstétricale reconnue, elle a été prise par un homme dans 70% des cas. Dans neuf cas, il s'agissait exclusivement du mari de l'échappée belle, tandis que dans trois cas, il s'agissait soit du beau-père ou du beau-frère de la femme. Enfin, dans deux cas, c'est le père de l'échappée belle qui a pris la décision. Parmi ces hommes, six savaient que leurs femmes étaient enceintes et seulement trois étaient au courant du début du travail d'accouchement.

Par contre dans trois cas, c'est à une femme (présente au moment de la complication) que revenait la décision finale de recourir à un professionnel de la santé. Dans deux

cas, il s'agissait de la mère de l'échappée belle. Dans un autre cas, c'est plutôt à la belle mère que revenait cette décision en absence du mari.

« C'est moi sa belle mère qui ait pris cette décision. Mon fils n'était pas là. Des qu'elle est venue me voir pour me parler de ses maux de ventre, [...] ma coépouse et moi, nous l'avons conduite à l'hôpital ». **Entrevue 29. Belle mère échappée belle. 55 ans. Sarakolé.**

Par contre, trois femmes ont mentionné que la décision de se rendre au CSCCom venait d'elles-mêmes, même si la décision finale d'assurer les frais des soins revenait à un homme, en l'occurrence le mari ou un de ses proches. Il s'agissait de deux échappées belles d'origine bambara et une d'origine sarakolé. Elles n'étaient pas instruites mais avaient fait au moins deux CPN pour leur dernière grossesse.

« C'est moi-même qui ai demandé [à partir à l'hôpital]. Je l'ai dit à ma belle sœur pour qu'elle puisse prévenir le chef de famille et qui de droit [...] » **Entrevue 20. Échappée belle. 29 ans. Bambara. Hémorragie (post partum).**

« Pour cette fois ci, c'est moi qui ait prit cette décision...je suis venue de moi-même. Je n'ai pas demande la permission [...] mon mari n'est pas là, mais sa mère est la donc je me dois de l'informer». **Entrevue 32. Échappée belle. 33 ans. Sarakolé. Hémorragie (retro placentaire).**

Enfin, dans deux autres cas, ce sont les deux parents de la femme qui ont choisi de recourir à une assistance qualifiée.

« C'est nous deux qui avons pris la décision...c'est notre fille. Elle était venue chez nous pour accoucher de son enfant premier, puisque c'est la tradition ». **Entrevue 24. Mère échappée belle. 45 ans. Peul.**

Cinq femmes ont spécifiquement affirmé qu'elles n'ont pas participé à la prise de décision. Deux d'entre elles ont indiqué qu'elles n'avaient pas pour habitude de prendre de décisions à la maison, ou du moins pas ce genre de décision.

« Je ne suis pas intervenue dans la décision puisque mes parents étaient là et ensuite mon mari est venu. [...] On ne m'aurait pas écouté parce ce sont les hommes qui prennent ce genre de décision. On ne nous demande pas notre avis [...] d'ailleurs c'est lui-même qui inscrit les enfants à l'école. Moi je n'ai rien à dire dans ce genre de chose la. Entrevue 11. Échappée belle. 24 ans. Bambara. Hémorragie (placenta previa).

« Je n'ai pas l'habitude de faire ce genre de chose...de prendre une décision. Pourquoi le ferais-je ? ». Entrevue 2. Échappée belle. 29 ans. Peul. Hémorragie (ante partum).

Tandis qu'une femme a bien indiqué que sa décision ne comptait pas aux yeux des autres.

« Moi, je n'ai pas d'importance. Tant que je ne suis pas [vraiment] malade, on ne m'emmène pas à l'hôpital ». Entrevue 50. Échappée belle. 35 ans. Sarakolé. Hémorragie (retro placentaire).

Dans deux autres cas, les échappées belles ont affirmé qu'elles étaient physiquement incapables de prendre la décision de rechercher des soins.

« Je ne sais même pas qui a pris la décision parce que j'étais quasiment inconsciente. Je n'étais au courant de rien. J'avais trop de vertige quand on m'a emmené ici donc je ne sais pas qui a décidé de m'emmener [à l'hôpital] ». Entrevue 14. Échappée belle. 38 ans. Peul. Hémorragie (retro placentaire).

« J'avais mal au ventre et je saignais beaucoup [...] Je n'ai pas demandé à ce qu'on m'emmène à l'hôpital [...] Mon mari n'était pas là, ce sont les hommes qui ont demandé à ce qu'on me conduise à l'hôpital. Entrevue 44. Échappée belle. 30 ans. Sarakolé. Hémorragie (placenta previa).

10.6.2. Motifs de la prise de décision

Interrogés sur les motifs qui ont poussé à recourir aux soins de professionnels de la santé quatre hommes ont identifié la crainte d'être accusé qu'une femme meure en couche à la maison tandis que 18 femmes ont identifié la sévérité de la complication comme raison principale du recours aux soignants du CSCoM.

- ***Crainte de l'accusation d'être responsable d'un décès maternel.***

« C'est moi-même qui ait pris cette décision. Je sais qu'elle est fragile, j'ai eu peur qu'on trouve un accident à la maison, donc j'ai décidé qu'on l'emmènerait à l'hôpital au lieu de rester à la maison à attendre que ça empire. Si les gens savent que ta femme est malade et que tu ne l'as pas fait soigner, les gens vont mal parler de toi et tu n'auras pas un bon nom. Maintenant les Hommes sont fragiles. On n'est plus constitué de la même manière ». **Entrevue 16. Mari d'une ÉB. 70 ans. Bambara.**

« Si tu maries une femme et que tu n'en prends pas soin, qui va s'en occuper ? Quand une femme accouche c'est à son mari de s'occuper des frais. Quand le baptême arrive, c'est à lui de tous payer, afin que les gens mangent. Les hommes se préoccupent de leurs femmes ici. On ne laissera pas une femme mourir ici de maladie. Ça ne peut pas arriver. Les hommes s'occupent de leur femme ici. L'enfant d'autrui ne peut pas mourir chez nous ». **Entrevue 40. Beau père d'une ÉB. 78 ans. Bambara.**

« On ne va pas m'enseigner d'aller à l'hôpital quand il y a complication. On entend ça à la télé, on entend ça à la radio, quand un cas pareil arrive, il faut aller à l'hôpital ». **Entrevue 13. Mari d'une ÉB. 45 ans. Bambara.**

- ***La sévérité de la complication obstétricale***

Trois personnes ont spécifiquement affirmé que la décision de rechercher des soins était motivée par la gravité de la complication. Il semblerait que lorsque la complication prenait des proportions qui dépassaient largement le niveau de

connaissances des femmes elles-mêmes et de leurs proches, le chef de famille décidait de les faire transporter au CSCo le plus proche.

« Le matin du 3^{ème} jour de travail, la femme qui m'accompagnait est partie prévenir le chef de famille puisque j'avais saigné toute la nuit. C'est lui-même qui a demandé à ce qu'on m'emmène à l'hôpital ». **Entrevue 20. Échappée belle. 29 ans. Bambara. Hémorragie (post partum).**

« Je voulais voir si je pouvais accoucher de moi-même, [...] ca s'est compliqué, donc on est allé à l'hôpital ». **Entrevue 50. Échappée belle. 35 ans. Sarakolé. Hémorragie (retro placentaire).**

« C'est quand c'est compliqué, c'est là bas qu'on va [...] si j'avais accouché de moi-même, je ne serai même pas allée à l'hôpital hein ». **Entrevue 43. Échappée belle. 35 ans. Bambara. Hémorragie (retro placentaire).**

10.6.3. Déroulement de la prise de décision.

La prise de décision s'est déroulée en deux étapes. Dépendamment des cas, ces deux étapes peuvent être distinctes ou alors elles se produisent de manière rapprochée. Pour la grande majorité des cas, une fois que la complication obstétricale est reconnue, la prise de décision de recourir aux soins modernes s'est faite en présence de plusieurs membres de la famille.

« Les soins. C'est tout le monde qui a pris la décision pour qu'on l'emmène. Mais c'est le jeune frère qui a attaché l'âne à la charrette pour l'emmener avec l'enfant ». **Entrevue 8. Échappée belle. 25 ans. Bambara. Hémorragie (retro placentaire).**

Dans quasiment tous les cas, une personne a proposé de se rendre rapidement au CSCo le plus proche et les membres de la famille présents ont jugé la proposition appropriée en fonction de la gravité de la situation qui se produisait. Dans toutes les familles, c'est à la personne dépositaire de l'autorité que revient le dernier mot en ce qui concerne la décision d'hospitalisation. Il s'agira souvent d'un homme, sauf dans

trois cas où cette personne dépositaire de l'autorité était absente. Dans ces cas, c'est une femme, généralement la plus âgée, qui a pris la décision de partir au CSCom.

Dans les 14 cas où c'est strictement un homme qui a pris la décision de recourir aux soins modernes, ce dernier a toujours été informé par une intermédiaire. Cet intermédiaire est en réalité une des femmes qui était présentes au moment de la complication. Il s'agit généralement de femmes plus âgées qui aident la parturiente durant l'accouchement, soit la belle-mère ou la coépouse, la belle-sœur ou la mère de l'échappée belle. Dans un cas, c'est l'accoucheuse traditionnelle qui a assuré ce rôle d'intermédiaire et prévenu le mari que la femme devait se rendre de toute urgence au CSCom.

« Dans notre famille, quand les femmes entrent en travail, c'est aux vieilles d'aller prévenir le chef de famille...ici les jeunes femmes ne connaissent rien au travail [d'accouchement]. Ce sont les vieilles qui informent les hommes y compris le chef de famille afin de les emmener à l'hôpital [...] A. saignait déjà donc c'est moi-même qui ai pris la décision de prévenir le chef de famille».

Entrevue 22. Belle mère échappée belle. 46 ans. Bambara.

Une fois la complication reconnue, ce sont les femmes intermédiaires qui décident du moment propice où elles doivent prévenir le chef de famille ou la personne dépositaire de l'autorité de la complication. C'est la première étape du processus de prise de décision. Plusieurs échappées belles ont estimé que les vieilles femmes qui les entouraient peuvent influencer négativement ou retarder la décision de recourir aux soins. Certaines semblaient dire que les femmes intermédiaires ont mis trop de temps à prévenir le chef de famille.

« Accoucher à l'hôpital est la bonne solution parce que les vieilles femmes ne s'y connaissent absolument pas en matière de complications...en plus à l'hôpital, les médecins connaissent les complications et peuvent t'aider. Quand tu accouches à la maison, les vieilles femmes la tout ce qu'elle peut faire c'est

te donner de l'eau chaude ». **Entrevue 20. Échappée belle. 29 ans. Bambara.**

« Les docteurs connaissent tout...la position de l'enfant, les maladies que tu peux avoir. Si tu viens à l'hôpital, les docteurs peuvent te trouver des maladies que les vieilles femmes la ne connaissent pas. Quand tu viens à la maternité, les sages femmes et matrones savent de quoi il s'agit et peuvent t'aider ».

Entrevue 31. Belle sœur d'une ÉB. 21 ans. Bambara.

Par contre dans un autre cas, c'est l'intervention de la matrone qui a positivement influencé la décision de recourir à des soins modernes et son opinion a dominé par rapport aux choix des vieilles dames. Elle aurait insisté auprès du père de la femme afin qu'il la conduise rapidement au centre de soins.

« Les vieilles étaient là à l'entourer et la regarder alors qu'elles ne pouvaient rien faire pour elle. Je suis allée voir son père pour lui dire qu'eux autres prenaient du retard ici au lieu de l'emmener à B. Son père m'a écouté et a demandé à ce qu'on l'emmène à B. ». **Entrevue 46. Matrone de K. 30 ans.**

Bambara.

Quatre femmes ont semblé dire qu'elles ont participé au processus de prise de décision, c'est-à-dire qu'elles ont mentionné à leurs proches que l'accouchement se compliquait et qu'elles ont elle-même demandé à partir pour le CSCOM.

« C'est moi qui ai demandé à ce qu'on m'emmène à l'hôpital parce que si je ne le demande pas, qui le fera pour moi ? Si personne n'est au courant de la maladie, qui le saura, qui va le dire ? » **Entrevue 32. Échappée belle. 33 ans. Sarakolé.**

« Quand j'ai su qu'il n'y avait pas de moyens [pour que j'accouche moi-même], j'ai appelé une femme [...] on est parti au centre le lendemain [...] Au soir du 2ieme jour, je suis partie à l'hôpital sans en avertir le chef de famille et on nous a demandé de retourner à la maison. **Entrevue 20. Échappée belle. 29 ans. Bambara. Hémorragie (post partum).**

« Mon mari en question ne voulait pas que je parte. Il ne m'écoutait même pas [...] Mes parents étaient au courant des saignements... j'ai dit à mes parents qui m'ont emmené à l'hôpital ». **Entrevue 33. Échappée belle. 20 ans. Kasonké. Hémorragie (placenta previa).**

Une fois que les vieilles femmes ou les femmes accompagnatrices ont reconnu la complication et prévenu les chefs de famille, ce sont eux, en accord avec les autres personnes dépositaires de l'autorité qui décident si la parturiente doit être conduite au CSCoM. C'est la deuxième et dernière étape du processus de la prise de décision. Dans tous les cas où le chef de famille était présent, la personne ayant autorité sur la parturiente, qu'il s'agisse de son père, son mari ou son beau père, a indiqué que la décision de recourir aux soins de santé modernes a toujours été prise dans des délais brefs. Deux maris ont affirmé qu'ils ont immédiatement décidé de conduire leur femme en travail au CSCoM.

« Quand je suis revenu [du champ], elle avait accouché. L'accoucheuse a dit qu'elle a accouché mais le placenta ne sortait pas. J'ai décidé qu'on l'emmènerait à l'hôpital. C'est le matin qu'elle a commencé le travail mais elle ne me l'a pas dit » **Entrevue 16. Mari d'une Échappée belle. Bambara. 70 ans.**

« C'est moi-même qui a pris la décision de l'emmener au CSCoM de L. Quand je suis arrivé, j'ai vite appelé un de mes amis qui possède une moto pour qu'il vienne la chercher mais elle ne pouvait pas monter dessus. » **Entrevue 27. Mari d'une Échappée belle. Peul. 54 ans.**

Le père d'une échappée belle a indiqué que puisque son mari était absent, c'est à lui que revenait la décision d'emmener sa fille au CSCoM.

« Puisqu'elle était chez nous, c'est moi son père qui ait pris cette décision...c'est ma fille, c'était à moi de le faire [...] on n'a pas informé son mari avant parce que ça aurait pris du temps et il y avait urgence. S'il avait fallu envoyer une commission à son mari pour dire qu'on envoyé sa femme à

l'hôpital, ca aurait pris du temps. C'est ma fille et j'ai pris la décision de l'emmener à l'hôpital. On a envoyé une commission pour lui dire ce qui s'était passé ». **Entrevue 1. Père d'une Échappée belle. Peul. +/- 75 ans.**

80% des hommes ayant prit la décision de recourir aux soins modernes au moment de la complication ont affirmé l'avoir prise de manière rapide.

- **Négociation recours aux soins**

Deux échappées belles m'ont expliqué que le retard dans la prise de décision de faire appel à un professionnel de santé est essentiellement dû à la durée du processus de négociation qu'elles ont dû amorcer avec leur mari. Selon elles, leur conjoint aurait prétexté le manque de revenus pour justifier leur refus de se rendre au CSCoM. Il leur aurait donc demandé de ne pas consulter un professionnel de santé puisqu'ils n'avaient pas de quoi payer les frais. Leur mari estimait qu'un tel déplacement coûterait trop cher en termes de frais mais également en termes de temps et d'énergie. Dans le cas de la première femme, le conjoint a d'abord eu recours à des traitements traditionnels qui, semblerait il, n'ont pas fait effet.

*« Mon mari est allé chercher des médicaments en brousse. [...] Avant qu'il ne revienne, j'avais déjà commencé à saigner. Il est resté longtemps en brousse. Il est allé chercher des médicaments traditionnels pour voir si j'allais accoucher à la maison de moi même. Quand j'ai pas accouché maintenant avec tous ses médicaments traditionnels, on a demandé à ce qu'on m'emmène à l'hôpital ». [...] « Mon mari ne voulait pas aller. Il m'a dit : walaye je n'ai pas d'argent. Avant que je ne parte, il m'a dit de ne pas aller parce qu'on n'a pas d'argent. Mon mari ne voulait pas ». **Entrevue 43. Échappée belle. 35 ans. Bambara. Hémorragie (retro placentaire).***

Pour le deuxième cas, l'échappée belle estimait que le refus du mari de la conduire au CSCoM et de subvenir aux besoins de sa complication avait entravé la recherche de soins. En effet, son incapacité de disposer de moyens financiers l'aurait découragé dans sa décision de recourir à un professionnel de santé.

« Moi je n'ai pas d'argent, qu'est ce que je dois faire ? [...] le jour où le travail a commencé, ce sont mes parents qui ont décidé de m'emmener à l'hôpital parce que mon mari en question ne voulait pas que je parte. Il ne m'écoutait même pas. [...] Mon frère a tout pris en charge. Et il a emmené mon mari à la gendarmerie pour qu'il paie obligatoirement mes frais. Il a payé ». **Entrevue 33. Échappée Belle. 20 ans. Kasongué. Hémorragie (placenta previa).**

Par contre, seulement l'une d'entre elle a réussi à convaincre son mari de la conduire au CSCom.

« Après ça, j'ai dû convaincre mon mari en lui disant que l'homme qui nous a présenté et grâce auquel je l'ai épousé est encore vivant, je refuse de mourir devant lui. [...] Ca a prit du temps pour le convaincre [...]. J'ai bien dit à mon mari que même s'il n'a pas d'argent, qu'il aille prendre un crédit [...] je refuse de mourir devant lui. S'il n'a pas l'argent, qu'il aille donc voir Soso [l'homme qui a arrangé le mariage]... ». **Entrevue 43. Échappée belle. 35 ans. Bambara. Hémorragie (retro placentaire).**

Synthèses des résultats

1. Contexte socioculturel de l'expérience d'enfantement

Le sentiment de bravoure, l'attitude de discrétion autour de la grossesse et l'accouchement, le sentiment de honte, la détermination du sexe en fonction de la difficulté et la durée de l'accouchement, la préférence pour l'accouchement à domicile sont les principales croyances autour de l'enfantement évoquées par les échappées belles. La composition des ménages autour de la famille élargie du mari fait que les femmes semblent être en situation de vulnérabilité et d'isolement au moment de la grossesse et de l'accouchement. Il apparaît que l'absence d'emploi ne permet pas aux femmes de disposer de revenus qui leur sont propres. Pour certaines, la dépendance financière vis-à-vis du mari ou de la belle famille ne constitue pas un obstacle dans la décision de rechercher des soins, tandis que pour d'autres, elle peut constituer un frein et contribuer à limiter leur mobilité.

2. Perception de la complication obstétricale

La reconnaissance de la complication a été assez difficile pour les femmes et leurs proches. La présence de certains symptômes considérés comme inhabituels, a permis à la majorité des échappées belles de percevoir les signes de danger. Il semblerait que les signes de danger étaient plus manifestes pour l'éclampsie et les hémorragies que pour n'importe quelle autre complication. Pour la majorité des femmes, la providence, l'alimentation salée et la sorcellerie sont à l'origine de leur complication. L'idée selon laquelle la complication était une douleur passagère ou un symptôme momentané, a entraîné quelques échappées belles à dissimuler certaines manifestations de la complication. Pour un nombre important de femmes, la perception de la gravité de la complication dépendait de deux éléments importants : le caractère incapacitant de la maladie et le caractère sévère de l'épisode de maladie.

3. Perception de l'accessibilité

La distance séparant les villages des centres de santé, la condition passable des routes et la recherche de moyens de transport ont été identifiés par la majorité des femmes comme des éléments qui peuvent entraver la prise de décision de consulter un

professionnel de santé. Les quelques femmes vivant à proximité d'un centre de santé ont distingué d'autres facteurs ayant constitué un obstacle à la recherche de soins

4. Les dépenses et coûts de santé

La pauvreté semble être une grande barrière à la décision de recourir aux soins de santé. Les familles ont des moyens limités et la mobilisation des ressources est un facteur qui a découragé les femmes et leurs proches dans la décision de recourir aux soins modernes. En effet l'immédiateté de l'urgence rend la mobilisation des fonds complexe et le témoignage de certains participants montrent que le temps de l'urgence obstétricale est difficilement compatible avec le temps qui est nécessaire pour trouver les fonds qui peuvent couvrir l'ensemble des frais. Plusieurs hommes ont du prendre crédit pour assurer les frais d'hospitalisation de leurs femmes. D'autres ont du vendre leur bétail.

5. Perception de la qualité des soins.

Dans un premier temps, la qualité des soins prénataux offerts dans les centres de santé de 1^{ière} ligne, ne semblait pas satisfaire la grande majorité des femmes. Plusieurs d'entre elles ont affirmé que l'absence d'informations sur les complications obstétricales envisageables durant la grossesse et l'attitude autoritaire des matrones sont des éléments qui peuvent les décourager à consulter un professionnel de santé. Par contre la majorité des femmes a apprécié le fait de recevoir une moustiquaire imprégnée et des vitamines prénatales. Dans un deuxième temps, la qualité des soins offerts au moment de l'urgence obstétricale était très satisfaisante selon les échappées belles. La plupart d'entre elles ont insisté sur le fait que l'accueil des soignants à ce moment précis avait été chaleureux et que les soins reçus leur avaient sauvé la vie. Contrairement aux échappées belles, les femmes rencontrées durant le focus group ont qualifié la qualité des soins et de l'accueil d'exécration. La limitation des proches dans la salle d'accouchement, les pratiques agressives et l'attitude autoritaire des matrones sont les principales raisons pour lesquelles ces femmes ont une perception négative des soins offerts dans les centres de santé de 1^{ière} ligne.

6. Le processus de prise de décision de recours aux soins

Les hommes sont les principaux acteurs de la prise de décision de recourir aux soins. Rares sont les cas où la décision de se rendre au CSCom revenait exclusivement à une femme, voir une parturiente. Le processus de prise de décision de consulter se déroule en deux étapes et fait appel à deux types d'intervenants. Il y a d'abord les femmes âgées, présentes au moment de l'accouchement et qui jouent le rôle d'intermédiaire entre la parturiente et le monde extérieur. Il y a ensuite les hommes à qui revient généralement la décision finale concernant le recours aux soins obstétricaux d'urgence. Une fois la complication reconnue, ce sont les vieilles femmes qui décident du moment où il faut prévenir les hommes de la complication. Pour certaines échappées belles, passer par une personne intermédiaire a pu retarder la décision de se rendre au CSCom. Certaines semblaient dire que les vieilles femmes ont tardé à prévenir le chef de famille. Pour d'autres, l'intervention d'une intermédiaire a influencé positivement la prise de décision de recourir rapidement aux soins d'un professionnel. Il apparaît que la sévérité apparente de la complication obstétricale et la crainte d'être accusé du décès en couches d'une femme sont les principales raisons qui motivent les hommes à conduire rapidement les parturientes au CSCom.

Chapitre VI : Discussion

L'analyse des parcours thérapeutiques des échappées belles a permis de mettre en évidence les facteurs qui influencent la prise de décision d'aller consulter un professionnel de la santé, au moment de la complication obstétricale. La discussion des résultats est présentée selon les thèmes du cadre conceptuel de Thaddeus et Maine. Nous verrons par la suite les avantages du cadre conceptuel de Thaddeus et Maine au regard de nos objectifs et résultats de recherche, avant d'en aborder les limites en matière de processus de prise de décision de recours aux soins. Enfin, nous discuterons du processus décisionnel de recours aux soins au moment de l'épisode de complication obstétricale.

Influence des croyances et pratiques traditionnelles sur la décision du recourir aux soins modernes.

Des entretiens avec les échappées belles, il se dégage un attachement fort à des croyances culturelles associées à l'expérience d'enfantement. Ces croyances semblent influencer sur les connaissances et les perceptions des femmes concernant la grossesse, le travail d'accouchement et la décision de recours aux soins en cas d'urgence obstétricale. La discrétion absolue pendant la grossesse et l'accouchement, la préférence pour l'accouchement à domicile et le recours aux tradipraticiens (guérisseurs et accoucheuses traditionnelles) jouent à priori un rôle important dans le choix de consulter un professionnel de santé au moment de la complication obstétricale.

Les échappées belles avaient tendance à taire leur grossesse et à faire preuve d'une grande discrétion. Les femmes de l'étude ont affirmé qu'elles avaient préféré ne pas prévenir leur entourage en début de grossesse afin d'éviter les médisances et les ragots. Il s'agit d'un principe de précaution que les échappées belles étaient tenues de respecter. La croyance selon laquelle la grossesse est une période de grand risque motiverait les femmes à garder le secret concernant leur état. Au Sénégal, les résultats d'une étude qualitative menée par le Ministère de la Santé et USAID montrent que la discrétion qui entoure l'expérience d'enfantement est tributaire de la crainte vis-à-vis

de l'envoûtement. (Ministère de la santé et de la prévention médicale, USAID-Sénégal, & BASICS., 2005, page 11.) Dans la présente étude, ce type de comportement a eu une grande influence sur le délai dans la prise de décision de recourir aux soins car plusieurs familles n'étaient nullement au courant de la grossesse et ont été prises au dépourvu devant la gravité et l'urgence de l'épisode de complication. Dans 90% des cas, les proches ont tardé à recourir à une assistance médicale car ils n'étaient pas préparés à l'éventualité d'une complication au moment de l'accouchement. C'est également ce qu'ont conclu Béninguisse et Nikiéma en montrant que les comportements d'utilisation des services de la maternité sont tributaires de certaines croyances locales exerçant une forte influence sur le choix du recours à un médecin. Selon eux, il existe des pratiques à forte empreinte culturelle dont le système biomédical est en marge. Par exemple, la discrétion qui entoure traditionnellement le début de la grossesse est incompatible avec les recommandations biomédicales de précocité de la première consultation prénatale, prévue durant le premier trimestre de la grossesse (Beninguisse et al., 2004). Dans notre étude, nous constatons que la démarche thérapeutique des échappées belles n'était pas perçue de manière rationnelle mais comme un cheminement prenant source dans des pratiques coutumières. Il semble exister dans les communautés une persistance de pratiques familiales en matière d'enfantement et cela malgré la diffusion de la médecine moderne et l'adhésion progressive des populations aux traitements biomédicaux (Coulibaly, Keita, & Kuepie, 2008). La rémanence de ces pratiques locales est d'autant plus marquée chez les femmes car ces habitudes font partie du cadre rituel de l'éducation des parturientes. Au Mali, cette rémanence semble se traduire par la construction de mécanismes de protection contre d'éventuelles attaques de sorcellerie (Gage, 2007). La présente étude ne permet certainement pas d'établir un lien de causalité entre la discrétion entourant la grossesse et le retard dans la décision de consulter au moment de la complication. Cependant, il a été noté que cette attitude de surprotection ne favorisait pas une prise de décision rapide de recourir au moment de la complication obstétricale. Non seulement les échappées belles étaient gênées à l'idée de discuter de leur grossesse

avec leurs maris, mais aussi avec les femmes plus âgées de leur entourage, y compris leur belle-mère. L'absence de discussion au niveau des ménages sur les signes d'alerte pendant la grossesse peut non seulement ralentir le moment crucial où les proches doivent se mobiliser mais risque d'inhiber le processus de décision en faveur d'un recours aux soins adéquats (Clemmons & Coulibaly, 1999).

Aussi, toutes les échappées belles avaient clairement exprimé une préférence pour le domicile comme lieu d'accouchement. Aucune femme n'avait même envisagé de se rendre dans une structure de santé pour y accoucher. Pour la majorité d'entre elles, l'accouchement à domicile est considéré comme un évènement inévitable. Il s'agit presque d'un devoir social de santé, dans la perspective de parvenir à ce qu'elles nommaient une bonne « gestion du risque en santé maternelle » (Arborio, 2007). La notion de risque ici ne fait pas référence à sa définition strictement médicale mais plutôt à la prévention du danger dans sa dimension socioculturelle, populaire et surnaturelle (Arborio, 2007). La majorité des échappées belles ont indiqué qu'elles ne ressentaient pas un besoin particulier de se rendre au centre de soins au moment même de l'accouchement et qu'en absence de dangers visibles, elles avaient restées enfanter à leur domicile. Plusieurs études ont documenté ce phénomène (WHO et al., 2010), (Osubor, Fatusi, & Chiwuzie, 2006) et selon Jaffré, le choix de l'accouchement à domicile semble surtout être motivé par le fait que l'accouchement, contrairement à la grossesse, n'est pas considérée comme une maladie ou un état de santé fragilisé qui nécessite des mesures préventives particulières (Jaffré et al., 2009). Le confort du domicile constitue pour les échappées belles le lieu propice pour accueillir l'enfant dans la chaîne des générations, contrairement à la promiscuité de la salle d'accouchement du CSCom. Cette attitude a eu des répercussions majeures sur le déclenchement d'un processus de recours aux soins rapide car la préférence des échappées belles a agi comme un frein à la décision de consulter un professionnel au moment crucial de la complication obstétricale.

Pour la majorité des échappées belles de l'étude, le fait d'avoir été en consultations prénatales justifiait un accouchement à domicile. Selon elles, l'absence de maladies

ou de problèmes de santé durant la grossesse supposait que l'accouchement allait se dérouler sans la moindre difficulté. Dans une enquête menée au Mali par Smith et al, les résultats montrent que 71% des femmes interrogées ont effectué des consultations prénatales durant leur grossesse, or seulement la moitié s'est rendue dans un CSCom pour y enfanter (Smith, Dmytraczenko, Mensah, & Sidibé, 2004). Selon les échappées belles, en absence de difficultés détectées au moment de la consultation, la logique veut qu'elles restent dans l'intimité et le confort de leur foyer pour mettre l'enfant au monde. Dans la majorité des cas, elles considéraient que si les grossesses précédentes s'étaient bien déroulées et que la grossesse en cours n'avait présenté aucune difficulté, alors l'accouchement devait bien se passer. Plusieurs études menées en Afrique de l'Ouest notamment au Bénin (Filippi et al., 2000) et en Gambie (Cham et al., 2005) confirment nos résultats. Ces auteurs ont également conclu que l'absence de complication durant les grossesses antérieures induit en erreur les parturientes et retarde le moment où les femmes se rendent compte de la nécessité de recourir à des soins d'urgence. En utilisant l'issue des grossesses antérieures et les résultats en apparence rassurants de la consultation prénatale comme justification du domicile comme lieu d'accouchement, les échappées belles ont retardé le processus de prise de décision de consulter un soignant, mettant leur vie en danger.

Quelques échappées belles ont fait appel à une accoucheuse traditionnelle comme premier recours. Pour ces dernières, le recours à l'accoucheuse avait priorité sur le système de soins modernes car l'accoucheuse est considérée comme une experte en matière d'enfantement et reste plus accessible, autant d'un point de vue physique que financier. Pour les échappées belles et leurs familles, les accoucheuses traditionnelles étaient une option moins onéreuse que les services des sages-femmes à domicile (lorsqu'ils existent) ou les services obstétricaux du CSCom. Non seulement elles acceptaient un paiement en nature mais elles comprenaient également les exigences culturelles liées à l'accouchement, selon la perspective des femmes. Dans d'autres contextes, les services d'une accoucheuse coûtent une fortune (Brunet-Jailly & Pairault, 1993), tandis que les traitements qu'elles prodiguent peuvent être néfastes, conduisant parfois à des intoxications (Barry, 2000).

Lorsqu'il y a complication grave, l'entourage fait appel à certaines ressources et ne tente pas de les restreindre uniquement au recours à la médecine moderne. Les proches des échappées belles avaient d'abord tenté des remèdes maison préconisés par l'accoucheuse, pour enfin rejoindre la structure sanitaire quand les premiers traitements avaient échoués. Cette pratique ne favorisait nullement une prise de décision rapide de se rendre au CSCom. C'est ce qu'en concluent Barnes et Myntti en Haïti, dans une étude sur les trois retards où le recours à l'accoucheuse traditionnelle et au vaudou étaient les premières actions lors d'une hémorragie (Barnes-Josiah et al., 1998). Dans la présente enquête, le fait de consulter une accoucheuse avant de décider de se rendre au CSCom a ralenti considérablement le processus décisionnel, car celles-ci ne sont pas des expertes en matière de complications obstétricales et ne possèdent ni les connaissances, ni les aptitudes pour assister une femme souffrant d'une complication obstétricale (Asia & Rose, 2005). Bien que les accoucheuses traditionnelles aient eu un impact favorable sur la mortalité néonatale (A. T. Bang et al., 1999), leur influence sur la mortalité maternelle est contestée. Après trois décennies d'expériences et avec le soutien de plusieurs organisations mondiales dans le domaine de la santé, les données probantes concernant l'efficacité de leur formation sur la reconnaissance, la prise en charge de la complication obstétricale et la référence rapide vers les structures de santé sont limitées (Bullough et al., 2005).

Il faut reconnaître que dans certaines régions du monde, les accoucheuses restent une main-d'œuvre importante, en ce qui concerne les soins maternels. Parfois, elles constituent la seule alternative en matière de recours aux soins (Bergström & Goodburn, 2001). Selon Hancart Petit et autres, la médicalisation de la naissance tend progressivement vers la dépréciation du savoir faire des accoucheuses, voir même la disparition progressive de ces dernières dans certains milieux (Hancart Petit et al., 2011). Selon Ray et Salihu, les accoucheuses assurent une fonction socialement reconnue et la relation de confiance entre elles et les parturientes s'explique par une référence socioculturelle commune (Ray & Salihu, 2004). Carton et Zerbo affirment que contrairement aux professionnels de santé qui refusent souvent de s'adapter aux demandes des parturientes, les accoucheuses traditionnelles sont

d'autant plus disposées à modifier leurs pratiques et à apporter des changements dans leur manière d'assister les accouchements (Hancart Petit et al., 2011). Dans notre étude, une seule accoucheuse traditionnelle a été en mesure de référer l'échappée belle vers le CSCom, vue la gravité de son état de santé et la complexité de la complication obstétricale. Dans une étude sur la formation des accoucheuses menée en Afghanistan, Sauvegrain explique que dans certains contextes, les matrones (ou accoucheuses recyclées) apparaissent comme des actrices de soins dont il est difficile d'ignorer le rôle indispensable au moment de l'accouchement (Hancart Petit et al., 2011). Certaines parturientes ne souhaitent pas être référées en milieu hospitalier et préfèrent être référées à une *daya* (accoucheuse) (Hancart Petit et al., 2011). Parfois, l'éloignement des structures de soins et le coût financier des trajets n'incitent pas les populations à se rendre dans les centres de santé. Plusieurs études démontrent aujourd'hui que leurs rôles dans le fonctionnement des services de soins obstétricaux biomédicaux est justifié car elles sont capables de maintenir un lien indispensables entre les pratiques rituelles, propres à l'accouchement en milieu traditionnel et rural, et celles en cours en milieu médical (Kidney et al., 2009) (Hancart Petit et al., 2011). Dans des contextes socioéconomiques où les budgets alloués au secteur de la santé sont très limités et les institutions sanitaires sont insuffisantes pour accueillir toutes les parturientes, la formation des matrones apparaît comme une stratégie pertinente pour parer au manque de personnel médical qualifié, selon Sauvegrain (Hancart Petit et al., 2011). La pérennité de leur formation est assurée du fait qu'elles mettent régulièrement en pratique ce qu'elles ont appris.

Dans le contexte de notre étude, il est important d'observer que les croyances locales en matière d'enfantement affectent à la fois les règles relatives aux pouvoirs décisionnels au sein des familles et le sens attribué aux épisodes de maladies. Certaines croyances telles que la préférence de l'accouchement à domicile, le recours à une accoucheuse traditionnelle et l'attitude de discrétion au moment de l'accouchement ont joué un rôle majeur dans la prise de décision de consulter et par la même occasion, provoqué un délai tangible au moment de se rendre au CSCom.

L'identification de la complication obstétricale et son impact sur la décision de recours aux soins modernes.

L'utilisation et le recours aux services de santé sont le résultat d'un processus allant de la reconnaissance du besoin de santé à la satisfaction de ce dernier (Koné, 2002). L'identification du besoin est la première étape dans l'utilisation des services de soins obstétricaux. Les résultats de l'étude montrent que la méconnaissance du danger et de ses manifestations par les échappées belles a constitué un obstacle majeur dans le choix de rechercher des soins d'urgence. En effet, la majorité des échappées belles ne reconnaissait pas les symptômes d'une complication obstétricale, faute de connaissance sur le sujet, tandis que certains signes d'alarme ont été ignorés parce qu'ils étaient considérés comme ordinaires. Le processus de prise de décision de recours aux soins de santé moderne a été allongé par la faible perception du risque chez les femmes et l'inconscience des proches devant la sévérité de la complication.

Interrogées sur le type d'information reçue au moment des CPN concernant les complications obstétricales envisageables, aucune échappée belle n'avait retenu de renseignements sur le type de complication qui pouvait survenir durant ou après l'accouchement. Selon leur propos, elles n'avaient reçu aucune information concernant les complications obstétricales possibles. Qu'elles aient assisté ou pas au nombre effectif de consultations prénatales, les connaissances des échappées belles sur l'étiologie et la sévérité des complications n'ont pas été significatives dans la décision de consulter un professionnel de santé au moment de la complication. Faute d'information retenue sur les difficultés obstétricales qui peuvent survenir, les échappées belles n'ont pas été en mesure de recourir rapidement à un professionnel de santé. Dans une étude menée sur la qualité de base des prestations obstétricales et néonatales à Diéma, Zakary indique que 56% des mères d'enfants âgés de 0 à 23 mois et 70% des maris ne connaissent pas au moins 2 signes de danger pour la santé de la mère après l'accouchement (Zakari, 2010). Le fait que les femmes ne reçoivent pas d'éducation ou ne retiennent qu'un minimum d'informations concernant les difficultés de l'accouchement témoigne, à notre avis, de la faible qualité des

rencontres prénatales. Selon Stekelenburg, les problèmes de reconnaissance de la complication soulèvent la problématique de la communication entre les parturientes et les agents de santé (Stekelenburg, Kyanamina, Mukelabai, Wolffers, & van Roosmalen, 2004).

Les échappées belles ont leur propre conception de la gravité qui reste fondée sur la douleur immédiate (Y. Jaffré et al., 2009). Selon leur perception de l'épisode de complication obstétricale, tant qu'elles pouvaient supporter l'affliction, cela signifiait que la douleur allait éventuellement s'estomper et que l'accouchement allait finir par bien se dérouler. Dans la présente étude, la majorité des échappées belles ont affirmé qu'au moment de la complication, elles espéraient que la douleur s'estompe et que le mal finisse par disparaître car elles désiraient absolument accoucher sans aucune forme d'aide. Les femmes ont tardé à prévenir leur entourage au moment d'une complication obstétricale car elles restaient persuadées que la complication (qui ne paraissait pas en être une) était éphémère et provisoire. Cham a pu observer des comportements semblables en Gambie où certains phénomènes récurrents tels que la fièvre ou l'étourdissement étaient considérés comme anodins et ignorés par les parturientes et les personnes qui les assistaient (Cham et al., 2005). Attendre en souhaitant que la situation s'améliore et que la douleur disparaisse était un comportement fréquemment observé chez les femmes de l'étude. Cette attitude a créé un délai important dans la prise de décision de recourir aux soins modernes. La majorité des échappées belles avait une faible perception du risque car l'appréhension du risque est apparemment une expérience de groupe, c'est-à-dire que même si l'échappée belle avait perçu un problème au moment de l'accouchement, il était nécessaire que les femmes qui l'assistaient, reconnaissent également la présence du danger. Une étude menée au Mali par Arborio, montre que le rapport individuel face au risque n'a de sens que lorsque l'ensemble de la communauté admet la présence du risque (Arborio, 2007). Or dans notre étude ce type de comportement a provoqué un délai dans la prise de décision de consulter car les femmes qui entouraient les échappées belles n'étaient pas forcément plus averties que ces dernières en matière de complications obstétricales.

Position sociale de la femme : déterminant de la décision de la consulter.

Au regard des entrevues menées avec les échappées belles, on a pu constater que le statut social et économique de la femme influence la prise de décision de consulter un professionnel de santé. Les cas étudiés nous apprennent qu'au sein des familles, les femmes ne disposent d'aucune capacité économique. Le fait qu'elles ne soient pas scolarisées et qu'elles n'aient pas de revenu, indique qu'elles sont financièrement dépendantes du mari ou du chef de famille. Toutes les échappées belles ont affirmé qu'elles n'étaient pas autorisées à prendre de décisions concernant des sujets majeurs (les revenus du ménage, le nombre d'enfants, le lieu de l'accouchement et la scolarisation des enfants). Au Burkina Faso, Brazier et collaborateurs montrent que les moyens financiers étant souvent limités, l'absence de revenus propres empêche systématiquement les femmes de participer aux prises de décisions relatives à leur santé. Les résultats de cette enquête révèlent que ce sont les femmes elles-mêmes qui ont identifié cette barrière dans l'accès aux soins (Brazier et al., 2009). Dans notre étude, plusieurs échappées belles ont mentionné que l'impossibilité d'accéder à l'argent du ménage a considérablement ralenti le processus de recherche de soins. Ces échappées belles n'étaient pas instruites et n'avaient aucune parenté à l'extérieur du pays, capable de leur envoyer de l'argent sur une base régulière ou de les aider à avoir une source de revenus qui leur soit propre. Certaines échappées belles ont expliqué que pour recevoir des soins, il leur a fallu passer par un processus de négociation impliquant plusieurs personnes, notamment leur belle-mère, beaux-frères et époux. Cette pratique a retardé la prise de décision d'aller au CSCoM, car les démarches de négociation pour l'accès aux revenus nécessaires aux soins sont fastidieuses et ont souvent tendance à décourager les échappées belles. A contrario, d'autres échappées belles, ont affirmé que la disponibilité des ressources ne posait pas de problèmes au moment d'un épisode de maladie. La particularité de ces femmes est qu'elles étaient toutes de l'ethnie sarakolé. Les sarakolés constituent un peuple d'immigration et dans la région de Kayes, il est socialement reconnu que les familles sarakolés ont un

nombre important de leurs membres vivant à l'extérieur, notamment en France. Ces immigrés contribuent largement à subvenir aux dépenses familiales (Gubert, 2002). Dans les familles sarakolés rencontrées, quatre hommes sur cinq vivaient à l'extérieur et toutes les échappées belles dont les maris étaient hors du pays, ont affirmé que leurs frais de santé étaient à la charge de ces derniers. D'après ces femmes, l'absence de revenus propres n'a pas constitué en soi un obstacle au recours aux soins modernes, puisqu'elles pouvaient compter sur l'appui de leurs maris qui envoyaient l'argent depuis l'occident. Dans une enquête d'Azam et Gubert, on note que les femmes des immigrants sarakolés semblent bénéficier d'un statut socioéconomique particulier, voire privilégié par rapport à d'autres femmes du fait de l'absence de leur mari, parti faire fortune en Europe. (Azam & Gubert, 2005). Ce phénomène explique pourquoi la disponibilité des ressources est moins problématique du point de vue de certaines échappées belles particulièrement celui des sarakolés. Excepté la disponibilité et la mobilisation des ressources, il n'existe aucune différence de nature ethnique entre les échappées belles, concernant les délais dans l'accès aux soins obstétricaux d'urgence.

Les autres échappées belles de l'étude ont estimé que l'absence de moyens dont elles pouvaient disposer les a découragées dans la décision de se rendre au CSCoM. Les hommes et les personnes influentes de la belle-famille endossaient seuls la responsabilité du recours aux soins et la gestion des ressources, ce qui ne favorisait nullement l'accessibilité de la femme au monde extérieur. Cependant, très peu d'hommes restaient insensibles au sort de leur femmes dont la santé, surtout reproductive, est considérée comme une priorité (Samuelsen, 2004). Dans l'étude, deux cultivateurs dont les épouses étaient des échappées belles, ont explicitement abordé la question de l'absence d'autonomie des femmes. Ils ont indiqué que la pauvreté, l'absence d'emploi et la structure même de la société traditionnelle empêchent les femmes de prendre de manière individuelle des décisions. Du point de vue de certains hommes de la communauté, il est socialement mal vu qu'une femme meure en couches. En optant pour un recours rapide aux services de soins modernes au moment de la complication, les hommes s'efforcent de préserver leur image

sociale de protecteur, mais aussi leur position dominante en tant que chef de l'autorité (Gwako, 1997). Paradoxalement, dans un seul cas, le mari d'une des échappées belles a refusé de la conduire au CSCom et n'a pas pris en charge les frais de ses soins. Dans une étude menée au Burkina Faso, Bila explique que la réticence de certains hommes à fréquenter les centres de soins révèle une vulnérabilité financière ou sociale qui se manifeste surtout lorsque le mari se sent incapable d'assumer ses responsabilités physiques, matérielles et morales (Bila & Egrot, 2008). Plusieurs auteurs s'accordent à dire que l'éducation et l'évolution de la situation professionnelle du mari modifie le statut de la femme dans le foyer, ce qui induit un changement dans la position sociale de cette dernière et dans la gestion de sa grossesse (Faye, 2008). Plus un homme est instruit, plus il aura tendance à encourager l'utilisation des services de soins modernes. Lorsque ses moyens le lui permettront, il préconisera généralement une assistance qualifiée pour l'accouchement de sa femme (Faye, 2008).

La perception de l'accessibilité et son influence sur la prise de décision de recourir aux soins.

La perception de l'accessibilité fait ici référence aux trois éléments que sont la distance, le transport et le coût des soins. Dans notre étude, ce sont les trois dimensions de l'accessibilité qui ont influencé les échappées belles et leurs proches dans la décision de consulter un professionnel, mais elles n'ont pas constitué une barrière prépondérante à la décision de se rendre au CSCom. Devant la gravité et l'urgence de la complication, les barrières liées à l'accessibilité sont vite levées et les familles se sont rendues inévitablement dans la structure de soins.

En général, les échappées belles qui vivaient dans un rayon de moins de 15 kilomètres du CSCom le plus proche s'y sont rendues assez rapidement, tandis que pour celles qui vivaient à plus de 15 kilomètres, la distance fut effectivement vue comme un élément qui allongeait de manière systématique, le délai avant de se rendre au CSCom. Quelques femmes ont mentionné que même si la distance qui séparait le

domicile du CSCoM était très longue, les membres de la famille s'assuraient quand même de trouver le plus rapidement possible un moyen de déplacement. Dans la présente étude, la distance a eu une faible répercussion sur l'évidence de consulter un professionnel lorsque la complication était sévère. C'est ce qu'en a conclu Kowalewski, dans une enquête menée en Tanzanie. La distance a généralement peu d'incidences sur la sévérité et la gravité d'une complication (Kowalewski, Jahn, & Kimatta, 2000). Cependant, pour celles qui ont considéré que le CSCoM était trop loin, le recours aux professionnels de santé avait tendance à être retardé. Non seulement le processus de prise de décision avait pris plus de temps mais la recherche de moyens de déplacement avait été difficile. Dans d'autres contextes, la barrière géographique demeure encore un sérieux obstacle dans l'accès aux soins, même lorsque la réduction des coûts d'utilisation est instaurée. C'est le cas au Burkina Faso, où une étude de De Allegri et collaborateurs montre que les grandes distances qui séparent les communautés des établissements de santé, constituent l'une des barrières principales pour accéder aux soins, tant pour les femmes qui souhaitent utiliser le service de soins prénataux, que pour celles qui souhaitent accoucher dans une structure sanitaire (De Allegri et al.). En ce qui concerne le transport des échappées belles, la difficulté de trouver le plus rapidement possible un moyen de déplacement et la mauvaise condition des routes a également retardé les femmes qui se rendaient au CSCoM. En milieu rural de Diéma, le transport d'urgence par ambulance n'est pas disponible de manière systématique et les collectivités doivent s'organiser entre elles afin de mettre à la disposition de ceux qui n'en possèdent pas, un véhicule ou une charrette pour transporter les parturientes. Il est vrai que la disponibilité du transport d'urgence a préoccupé les familles, mais il est possible d'affirmer que la majorité des échappées belles ne l'ont pas considérée comme un obstacle incontournable au moment de la prise de décision. De manière générale, le problème de transport relaté par les femmes ou leurs accompagnants relevait surtout d'obstacles liés au deuxième retard. Certains auteurs comme Cham ont observé que la problématique du transport en cas d'urgence se manifeste plutôt après que la décision de recourir à un professionnel ait été prise (Cham et al., 2005). Autrement dit, la recherche de

transport n'a pas dissuadé les échappées belles et leurs accompagnateurs de se rendre au CSCom au moment de l'épisode de complication. En résumé, les longues distances et l'indisponibilité des moyens de transport ont prolongé le moment où la parturiente a reçu les soins appropriés, mais à aucun moment les familles n'ont hésité à se rendre au CSCom parce que la distance ou la disponibilité du transport les préoccupaient davantage que la santé des échappées belles.

De manière générale, toutes les échappées belles ont indiqué que les coûts liés à la médication ont influencé négativement la décision de se rendre au CSCom (Storeng et al., 2008). Selon la perspective des échappées belles, les coûts constituaient une barrière en soi à la décision de consulter et ces dernières ont déploré le fait que leur mari ne disposait pas forcément des sommes d'argent indispensables pour payer les soins au moment même de l'épisode de complication. En effet, le temps de l'urgence est totalement incompatible avec le temps qui est nécessaire pour régler tous les coûts liés à la complication, c'est-à-dire les frais d'ambulance ou l'achat du kit d'accouchement. En effet, une fois la décision de se rendre au CSCom prise, plusieurs maris ont dû prendre crédit auprès de la famille ou des membres de la communauté, prolongeant le moment avant que l'ambulance n'évacue la parturiente au CSRef. Selon les échappées belles, lorsqu'un épisode grave de maladie se produit, les membres de la famille et de la communauté n'ont pas d'autre choix que de trouver les ressources financières indispensables à la prise en charge. Une étude menée au Nigéria montre des résultats semblables. Selon Lawoyin et autres, le manque d'argent et le coût élevé des traitements avaient été les principales raisons pour lesquelles les hommes ont transporté très tardivement leur femme en consultation dans un centre de soins. Dans certains cas, les parturientes sont arrivées à la structure de santé plus 48 heures après le début du travail, faute d'argent. Plusieurs répondants de cette étude ont attribué les décès de leur conjointe à la pauvreté et à la mobilisation difficile des ressources financières. (Lawoyin, Lawoyin, & Adewole, 2007)

En cas d'urgence, ces barrières liées à l'accessibilité sont vite contournées, car en milieu rural où la solidarité est généralement considérée comme une obligation, la gestion populaire de l'épisode de complication obstétricale repose sur des supports de

confiance entre les membres de la communauté (G. Beninguisse, 2003) (Fawcus, Mbizvo, Lindmark, & Nystrom, 1996). La solidarité entre les membres de la communauté se manifeste surtout au moment de la mobilisation des fonds nécessaires pour payer les frais de santé ou alors au moment de la recherche de moyen de transport pour évacuer la parturiente. Les résultats de notre étude montrent que la participation de la communauté et la gestion collective de la complication obstétricale influencent positivement et atténuent la perception que les femmes ont de l'accessibilité des centres de soins.

Rendre le système de santé digne de confiance

Dans la présente étude, la manière dont les femmes et leur communauté perçoivent les soins offerts par les professionnels de santé influence systématiquement leur décision de consulter. Il semble que cette perception soit complexe et qu'elle diffère selon le type de soignant et selon le milieu où vit la parturiente.

Toutes les échappées belles venaient des villages voisins et avaient une attitude plutôt favorable à l'égard des professionnels. En effet, les échappées belles étaient satisfaites de l'accueil des soignants. Plusieurs d'entre elles ont insisté sur le fait que les soignants ont montré un accueil chaleureux au moment de leur arrivée à la structure de santé. Il faut noter ici que cette perception favorable des échappées belles faisait uniquement référence à l'accueil offert au moment de l'épisode de complication. La satisfaction des échappées belles concernant l'accueil et la qualité des soins était seulement liée au fait qu'elles avaient été sauvées de la mort. En dehors du contexte de l'urgence obstétricale, plusieurs ont indiqué avoir une mauvaise perception de la qualité des services au sein de la maternité. Certaines ont exprimé des critiques envers les matrones et les sages femmes. Dans une étude menée en Ouganda par Weeks et al, les résultats montrent que les parturientes avaient apprécié les soins reçus in extremis et demeuraient reconnaissantes envers les soignants. Cependant, certaines avaient signalé que les matrones étaient peu

compatissantes et autoritaires de nature (Weeks, Lavender, Nazziwa, & Mirembe, 2005). Dans notre étude, les échappées belles semblaient réticentes et inquiètes à l'idée de partager leurs mauvaises expériences avec les soignantes de la maternité. Elles ont avoué que certaines rencontres avec les matrones les ont longtemps découragées du système de santé. Les résultats de certaines études montrent que les femmes ont souvent des difficultés à rétablir la vérité sur la violence du comportement de certains agents de santé (Vasseur & Vidal, 2010). Cette appréhension tient apparemment à la peur qu'inspire la soignante parce qu'elle a accès à des zones interdites du corps, mais surtout parce que dans la perspective des femmes, elle détient suffisamment d'informations intimes sur les parturientes pour les utiliser à mauvais escient (A. Coulibaly, 2008), (Moussa, 2007).

Contrairement aux échappées belles, les participantes du focus group ayant vécu un épisode de complication soit à travers une expérience personnelle ou celle d'une proche ont vivement critiqué les soignantes de la maternité qu'elles considéraient incompetentes et hostiles. Plusieurs participantes du focus group vivant dans la ville de Diéma ont affirmé qu'elles préféraient enfanter à la maison, afin d'éviter l'attitude désagréable et souvent inamicale des matrones. Les discussions de groupe ont révélé que certaines femmes n'avaient pas confiance en les matrones. Pour expliquer ce phénomène d'éloignement entre soignant et soigné, Vasseur parle de distance sociale et de différences entre les comportements des soignantes et les attentes des femmes (Vasseur & Vidal, 2010). La matrone incarne d'une certaine façon le pouvoir administratif qui lui est conféré et l'exprime de façon ostentatoire. L'image dépréciée de la matrone a une influence négative sur la perception de la qualité des soins, ainsi que sur la décision de recours aux thérapies modernes.

En ce qui a trait à la qualité des traitements, toutes les échappées belles ont rapporté que les soins reçus ont répondu à leurs attentes. Toutes se sont dites satisfaites des résultats des interventions posées et le fait d'avoir retrouvé la santé n'a fait qu'améliorer la perception de la qualité du type de soins offerts en milieu sanitaire. Par contre, quelques échappées belles ont manifesté leur mécontentement par rapport aux traitements qu'elles ont subis, notamment la césarienne. Dans une enquête menée

sur les connaissances et attitudes des populations du Mali en matière de santé maternelle, 89% des femmes ont affirmé qu'elles conseilleraient volontiers à une amie enceinte d'accoucher dans un établissement de santé vu la qualité des soins qu'on y offre. Pourtant, seulement la moitié des femmes interrogées au moment de l'enquête a enfanté avec l'assistance d'une matrone (Smith et al., 2004). Dans notre étude, plusieurs femmes, y compris celles du focus group avaient clairement spécifié qu'elles appréhendaient la césarienne avant que la décision de consulter soit prise. Selon elles, les agents de santé auraient dû éviter de procéder à cette intervention, que plusieurs échappées belles considéraient barbare. Les conditions d'accouchements par césarienne jettent donc une grande incertitude quand à la volonté des femmes de consulter au moment de la complication. Dans certaines enquêtes, notamment au Nigéria et au Mali, des femmes n'ont pas voulu avoir recours aux professionnels de santé car elles voulaient éviter une épisiotomie (Mills & Bertrand, 2005). La peur de la césarienne était un obstacle à la prise de décision de consulter. La crainte de cette intervention permet de s'interroger sur la violence de certains actes médicaux qu'on pense indispensables mais qui angoissent celles qui en bénéficient. En fin de compte les échappées belles de l'étude estimaient que les soignants leur ont donné des soins de qualité et qu'elles n'auraient probablement pas survécu s'ils n'étaient pas intervenus.

Contribution et limites du cadre de Thaddeus et Maine.

Le modèle des trois retards de Thaddeus et Maine (Thaddeus & Maine, 1994) est un outil conceptuel incontournable pour identifier les facteurs associés aux délais qui surviennent dans l'accès et l'utilisation des soins de santé. En effet, le modèle décrit l'ensemble des obstacles qui peuvent se dresser entre la survenue d'une complication obstétricale et l'administration de soins d'urgence. Il recense donc à l'intérieur d'un espace temporel, une série de facteurs qui favorisent ou handicapent l'accessibilité et l'administration de soins adéquats. (Bailey et al., 2009). En partant du modèle de Thaddeus et Maine, la présente étude a examiné les facteurs socioéconomiques,

culturels et géographiques responsables de l'arrivée tardive des femmes au CSCom. Selon Miles et Huberman, le cadre conceptuel permet au chercheur de « *poser toutes les questions de recherche qui doivent présenter l'ensemble des facettes du domaine empirique qu'il veut explorer* » (Miles et Huberman cité dans Pourtois, 1993, page 133). L'objectif d'un cadre de recherche est donc de présenter une vision globale « *de la carte du territoire à explorer par le chercheur* » (Pourtois, 1993, page 134). Le cadre de Thaddeus et Maine a permis de saisir l'ampleur et le rôle des déterminants qui influencent systématiquement la décision de recourir aux professionnels de santé (Thaddeus & Maine, 1994).

Son élaboration basée sur une démarche exploratoire, a pu fournir une base conceptuelle et des points de repère pour rechercher les facteurs liés à l'accouchement à domicile, d'une part, et pour identifier les éléments socioculturels qui s'expriment comme des barrières au recours aux soins obstétricaux d'urgence, d'autre part. En ce qui concerne notre étude, le modèle a été utile pour élaborer des propositions de recherches provisoires et formuler les bonnes questions auxquelles les récits de vie des échappées belles ont répondu. Enfin, il admet l'analyse des points communs dans les expériences des femmes plutôt que d'insister sur les aspects uniques et particuliers de chaque cas.

Cependant, le modèle des trois retards est un modèle statique. Il ne fait pas référence à un processus dynamique de recours aux soins, mais s'intéresse plutôt à l'influence de divers déterminants sur l'utilisation des services de santé (Appiah Kubi, 2004). Afin de mieux saisir l'importance du premier retard et la répercussion du délai sur la survie maternelle, je devais reconstruire le processus de prise de décision pour chaque cas d'échappée belle. Sur ce point, le modèle conceptuel de Thaddeus et Maine (1994) comporte une lacune car il ne permet pas de décrire le déroulement à travers laquelle les femmes et leur entourage ont pris la décision de se rendre au CSCom. Au cours de l'étude, j'ai vu émerger des données sur le processus de prise de décision qui vont au-delà du cadre Thaddeus et Maine.

Le Processus de prise de décision de recourir aux soins modernes.

Le contexte de l'étude nous a montré que la culture malienne traditionnaliste affecte à la fois le sens attribué aux problématiques de santé et les règles relatives aux pouvoirs décisionnels. En effet, dans la présente étude, nous remarquons que le processus de prise de décision dans le recours aux soins s'est fait en plusieurs étapes et a fait appel à divers types d'acteurs. La prise de décision se faisait d'abord dans le milieu des femmes et ensuite dans celui des hommes qui sont les dépositaires de l'autorité. C'est généralement à eux que revenaient le dernier mot. Les résultats de cette étude montrent que le processus de recours aux soins des échappées belles était articulé en trois étapes fondamentales.

La première étape était celle de la prise de connaissance de la complication. En effet, à ce stade-ci de l'urgence obstétricale, les manifestations qui menacent la santé de la parturiente doivent être évaluées et une explication peut leur être attribuée (Dempsey, Dracup, & Moser, 2006). Dans les faits, à cette étape de représentation de la complication, ni les échappées belles, ni leurs proches n'étaient capables d'identifier la nature de la menace dans un espace temporel défini. Seulement quelques femmes avaient pris conscience des symptômes anormaux et en avaient évalué les causes possibles.

Dans un deuxième temps, le groupe de femmes qui entourait l'échappée belle avait développé des stratégies d'adaptation pour faire face à la complication et pour formuler ce que Leventhal appelle un plan d'action (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992). Ce plan d'action pouvait consister en deux choses. Soit l'échappée belle optait pour l'automédication. Soit elle ne faisait rien et attendait que la douleur s'estompe et éventuellement disparaisse. Plusieurs échappées belles ont fait le choix de ne rien faire dans un premier temps. Certaines ont utilisé une variété d'auto-traitements à base de remèdes naturels. Plusieurs ont consulté une vieille femme qui les encourageait à prendre un traitement traditionnel afin de calmer les symptômes. Dans notre contexte d'étude, puisque les femmes pensaient qu'attendre la disparition

des symptômes allait leur permettre d'accoucher dans le confort de leur domicile, elles imaginaient difficilement quels bénéfices elles pourraient tirer d'un accouchement pratiqué dans le CSCom. Les alternatives aux traitements modernes semblaient être hiérarchisées selon deux éléments: la probabilité d'accoucher « vite et sans problème » et la probabilité de soins à moindre coûts (Furuta & Mori, 2008). Pour une complication qui était perçue comme non grave, les alternatives thérapeutiques étaient souvent choisies sur la base du coût des soins et non sur leur efficacité immédiate. C'est-à-dire que les échappées belles avaient tendance à choisir un traitement pas cher, en attendant que la complication finisse par disparaître. Tandis que lorsque la complication était d'emblée perçue comme grave, les alternatives thérapeutiques devaient être classées et choisies en fonction de la probabilité de guérison, mettant moins l'accent sur les coûts mais plutôt sur l'efficacité du traitement (Furuta & Mori, 2008). Dans notre étude, les échappées belles et leur entourage estimaient que lorsque leur état de santé se détériorait, elles n'avaient plus d'autres choix que de se rendre aux CSCom car selon elles, les soins modernes garantissaient un traitement efficace, visible et durable contrairement aux traitements traditionnels.

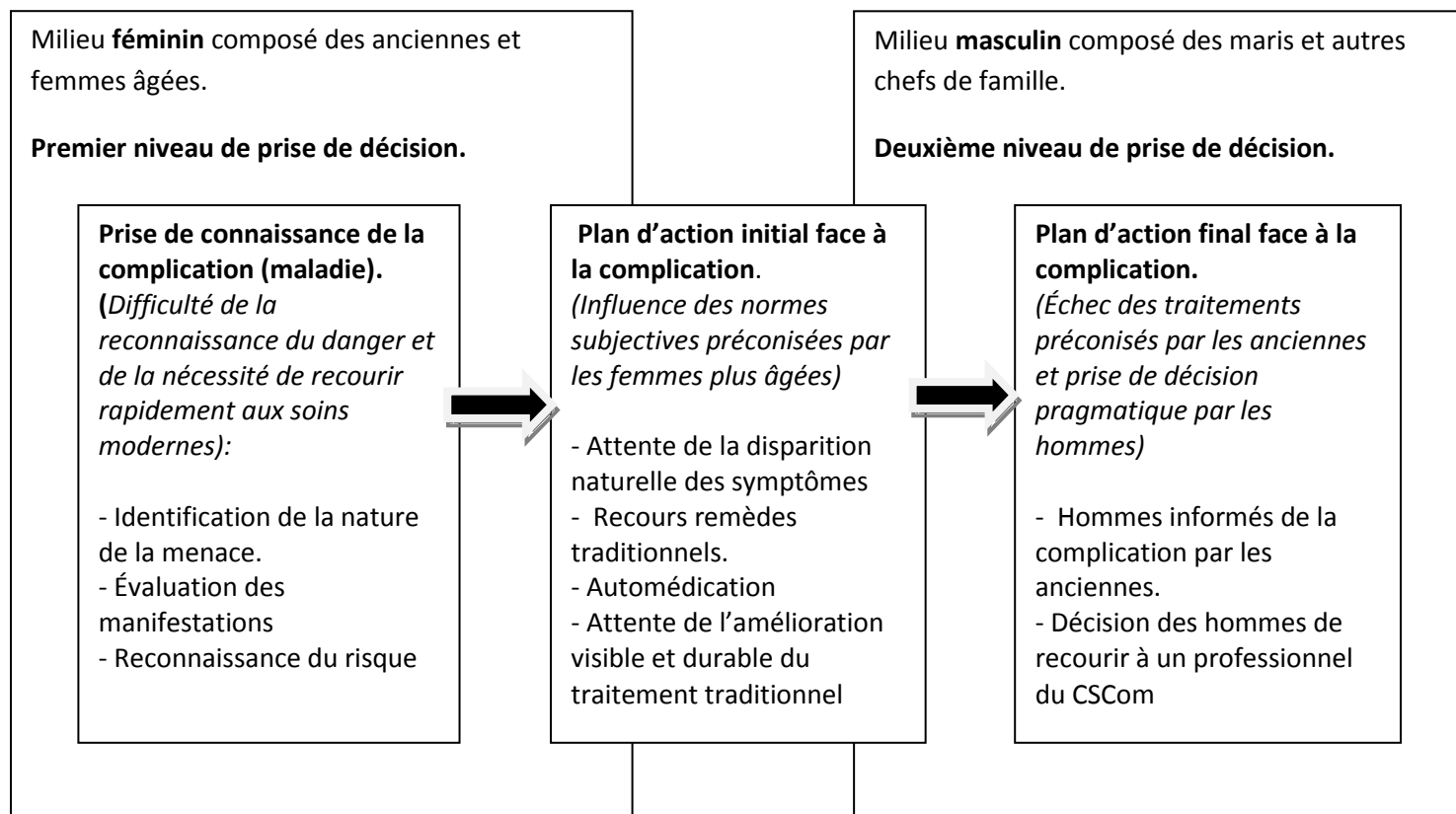
Qu'il s'agissait d'attendre que la douleur passe ou bien de consulter un guérisseur, l'action contre la complication était systématiquement proposée et mise en place par des femmes plus vieilles. Ces femmes plus âgées, en accord ou non avec la parturiente elle-même, proposaient régulièrement d'attendre que la douleur s'estompe. Dépendamment de l'âge, du statut social et du contexte socio-familial, la décision de passer directement à l'étape supérieure du processus décisionnel, (c'est-à-dire à l'étape où la décision de recourir aux soins modernes était envisagée) pouvait être prise plus ou moins rapidement. Puisque c'est aux vieilles femmes que revenait la responsabilité de prévenir le mari de la gravité de l'épisode de complication, elles seules décidaient du moment où la complication était suffisamment grave pour envisager une action tournée vers le système de soins.

Enfin, la troisième étape était une phase d'évaluation durant laquelle l'échappée belle et son entourage réévaluaient la complication et la réussite du plan d'action initial. Le

deuxième et dernier processus de prise de décision était amorcé puisque les actions précédentes n'avaient pas fourni les résultats attendus c'est-à-dire la guérison visible de l'échappée belle (Leventhal et al., 1992). Ce dernier processus de prise de décision concernait exclusivement le **milieu masculin**. Il s'agissait de la prise de décision la plus importante dans la mesure où d'une part, le recours aux soins modernes était inévitablement envisagé et d'autre part, la décision finale revenait souvent à un homme (Lawoyin et al., 2007). Dans une société traditionnelle et patriarcale comme celle dans laquelle l'étude a été menée, cela veut dire que la décision prise était généralement irrévocable (Abasiokong, 1981). Dans la majorité des cas de notre étude, dès que la complication obstétricale leur était annoncée, les hommes, notamment les chefs de familles, avaient tendance à emmener directement les femmes au CSCom.

En résumé, il semblerait qu'il existe deux temps à l'intérieur du premier délai. En effet, dans les trois étapes du processus de prise de décision du recours aux soins modernes, on a constaté qu'il y a une première prise de décision faite dans un milieu exclusivement féminin et une deuxième qui se fait au milieu des hommes et autres chefs de famille. Dans tous les cas d'échappées belles, un premier délai s'est créé au niveau de la première prise de décision car toutes les vieilles qui entouraient la parturiente ont tardé à reconnaître la complication, mais surtout tardé à prévenir les hommes et autres chefs de familles ayant le droit et l'autorité de transporter l'échappée belle au CSCom. Les anciennes sont considérées comme des expertes en matière d'enfantement et leurs expériences sont prises en référence. Cependant, elles ont une préférence marquée pour les traitements traditionnels (Cham et al., 2005). Du fait qu'elles connaissent peu les services de soins modernes et qu'elles ont le sentiment d'être en marge du système de santé (Roost, Altamirano, Liljestrang, & Essen, 2009), elles préconisent naturellement des alternatives thérapeutiques qui sont déconnectées des traitements biomédicaux, conduisant ainsi à un délai dans la décision de consulter un professionnel de santé.

Figure 6 : Schématisation du processus de prise de décision



Légende :

 : Délai ou Retard

Limites de l'étude.

Bien que des précautions aient été prises afin de réduire les biais durant toute la durée de la collecte, certaines limites de l'étude sont à relever. D'abord, il se pourrait qu'un biais de désirabilité se soit introduit durant les discussions de groupes ou les entrevues avec les échappées belles. Le biais de désirabilité représente cette tendance qu'ont certains répondants à donner les réponses qu'ils pensent être attendues, c'est-à-dire des réponses qu'ils pensent que le chercheur désire entendre (Edwards, 1957). En d'autres termes, les répondants essayent de donner une bonne impression en satisfaisant les attentes perçues et imaginées de celui qui mène l'enquête (Bazzano, Kirkwood, Tawiah-Agyemang, Owusu-Agyei, & Adongo, 2008). En effet, les discours des femmes ont pu être influencés par la manière dont elles percevaient mon rôle de chercheur. Parfois, des matrones ou des chefs de poste nous accompagnaient et nous présentaient à la communauté. Bien que j'aie systématiquement expliqué que je ne travaillais pas pour le système de santé et que l'objet de mon travail était plutôt de comprendre leurs expériences d'accouchement et de recherche de soins, il se pourrait tout à fait que l'étude ait été associée à une enquête de nature évaluative. Durant la collecte de données, des mesures ont été prises pour réduire cet effet. Aucune des discussions de groupe n'a eu lieu dans un établissement de soins de santé et la majorité des entretiens individuels a eu lieu au domicile des femmes. Aucun soignant n'a assisté aux entretiens et l'enregistreuse était placée de sorte à ce qu'elle ne dérange pas la participante. Ainsi les informatrices clés ont pu discuter librement du déroulement de la complication et la qualité des services offerts en milieu de santé. Il est tout à fait possible que les effets du biais de désirabilité aient été plus présents lorsqu'il était question des rapports entre soignants et soignées et des appréhensions que les femmes avaient sur le personnel médical. En effet, si certaines femmes me percevaient comme un agent de santé publique, on ne peut pas exclure la possibilité qu'elles aient donné des réponses qu'elles croyaient que nous voulions entendre. Aussi, puisque l'étude s'est faite de manière rétrospective, il est fort probable qu'un biais de mémoire, autrement dit un biais de rappel se soit produit (Hammersley,

1981). La collecte de données ayant eu lieu du mois d'octobre au mois de novembre 2009, seules les femmes ayant eu un épisode de complication durant l'année 2009, allant de janvier à septembre ont été sélectionnées, afin de minimiser les erreurs dans la précision de certains détails ou l'exhaustivité de leurs expériences. Au niveau de la sélection des échappées belles, seules les femmes qui sont passées par le système de santé, c'est-à-dire le CSCom et le CSRef, ont été recrutées. Il aurait été intéressant d'étudier également le parcours de celles qui ont été partiellement en contact avec le système de soins, c'est-à-dire qui sont passées uniquement par le CSCom ou bien le CSRef et qui ont quand même survécu à un épisode de complication obstétricale.

Il se pourrait qu'il y ait eu un biais dans l'interprétation des résultats de recherche compte tenu de ma familiarité avec le contexte culturel et social. En tant que jeune femme africaine, sans expérience d'enfantement et empathique au sort des femmes, il est fort probable que les entretiens et les observations aient été imprégnés de différenciation sociale, culturelle et cognitive, mais aussi de différences dans les attentes des participantes et du chercheur. Cette barrière a été contournée par le choix d'une approche émic et réflexive, durant la collecte de données (Vatz Laaroussi, 2007) et la décision de trianguler les résultats en utilisant plusieurs méthodes et sources d'informations (Pope & Mays, 2006). Faire de la recherche qualitative, consiste non seulement à renforcer les connaissances sur le social observé, mais surtout à offrir un droit de parole à ceux qui souffrent de leur invisibilité et du manque d'attention dont ils font l'objet (Vatz Laaroussi, 2007, page 11). Quelle que soit la place du chercheur par rapport à son objet d'étude, la description et l'interprétation des faits qu'il étudie requièrent de sa part vigilance méthodologique et épistémologique (Strauss & Corbin, 2004). En effet, la présence du chercheur peut inconsciemment altérer la perception et la représentation que les participants ont de leurs propres pratiques et croyances culturelles, ce qui pourraient influencer le discours des informateurs (Hammersley, 1981). Il est fort probable que ma présence durant l'observation des prestations ou consultations ait provoqué des changements d'attitude ou de comportement aussi bien au niveau des professionnels de santé que des patientes.

La principale difficulté que j'ai rencontrée durant les entretiens réside dans le fait que certaines femmes acceptaient difficilement de parler de ce qu'elles pensaient, mais surtout de ce qu'elles ressentait personnellement car elles n'étaient vraisemblablement pas habituées à le faire (Lutz-Fuchs, 1994). Plusieurs femmes ont été surprises par la nature même des objectifs de recherche qui consistaient à comprendre leur expérience d'accouchement difficile et à saisir les obstacles de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence tels que vécus par les femmes elles mêmes. Parler de ce qu'elles pensaient sur la manière dont la décision de recourir aux soins a été prise, semblait tout nouveau pour les femmes car cela revenait à parler d'opinion, d'affectivité et de position. Or, il s'agit de domaines de la vie qui sont traditionnellement refoulés (Lutz-Fuchs, 1994). L'éducation de ces femmes repose sur le principe de la maîtrise de soi et du contrôle absolu de leurs émotions (Kandiyoti, 1988). Il était parfois difficile d'entrer dans le vif des sujets abordés et d'approfondir certains éléments de réponse. Enfin, la barrière linguistique a constitué un obstacle important au cours de nombreuses séances d'observations. L'interprète assurait directement la traduction au moment des entrevues mais elle n'était pas systématiquement présente durant les observations. La plupart des conversations entre les patientes et le personnel de santé ou entre les soignants eux même étaient en langues locales, soit le bambara ou le sarakolé. Par conséquent, une grande partie des observations des interactions entre patientes et prestataires des soins fut limitée au langage corporel. De toute évidence, cela a posé des difficultés de compréhension à bien des égards. Je fus donc obligé de porter une attention particulière aux signes non verbaux. Cela a permis de trianguler l'information verbale et non verbale (Pope & Mays, 2006).

Une dernière limite relative au modèle décisionnel présenté plus haut doit être soulevée. La schématisation du processus de prise de décision que nous avons tenté montre que le processus de prise de décision de consulter se fait en plusieurs temps et crée donc plusieurs délais dans la recherche de soins d'urgence. Dans tous les cas d'échappées belles, un premier délai s'était créé car les vieilles matriarches qui entouraient la parturiente tardaient à reconnaître la complication, mais surtout

tardaient à prévenir les chefs de familles ayant le droit et l'autorité de transporter l'échappée belle au CSCom. Les anciennes sont considérées comme des expertes en matière d'enfantement. Cependant, elles ont une préférence marquée pour les traitements traditionnels et préconisent naturellement des thérapeutiques traditionnelles incompatibles avec la gravité de la complication et par conséquent déconnectées des traitements biomédicaux.

Nous avons été en mesure de reconstruire les différentes étapes du processus de prise de décision en fonction des propos recueillis auprès des participants et des interprétations des échappées belles qui ont survécu de justesse à une fin tragique. Cependant, je ne peux affirmer avec certitude que le modèle décisionnel quant à l'utilisation tardive ou inexistante des services d'urgence en cas de complications obstétricales serait identique pour les parturientes décédées. Il aurait été fort intéressant de comparer le modèle décisionnel des échappées belles avec celui des parturientes décédées afin d'examiner d'une part, si on retrouve les mêmes acteurs et si leurs actions provoquent les mêmes délais. D'autre part afin de voir si les délais sont provoqués par les mêmes raisons.

Chapitre VII : Conclusion et Recommandations

12. Conclusion

12.1. Recommandations

Les entrevues réalisées avec 21 échappées belles ont permis de mettre en avant un certain nombre de facteurs responsables de l'arrivée tardive des femmes au CSCoM, d'une part, et de la sous utilisation des services de santé, notamment les services obstétricaux, d'autre part. Plusieurs éléments ont été mis en relief lors de la discussion et ont donné lieu à des recommandations que nous présentons ici.

Quel que soit leur statut socioéconomique, les femmes vivant en milieu rural sont certainement celles pour lesquelles de plus grands efforts de respect des cultures concernant l'accouchement et l'éducation concernant les soins et les complications obstétricales doivent être faits (De Bernis, 2003). Par la qualité de l'accueil, l'efficacité des soins offerts et le professionnalisme de leurs représentants, les services de santé doivent convaincre ces femmes des bénéfices qu'elles peuvent attendre de leur utilisation (Roost, Johnsdotter, Liljestrand, & Essen, 2004). La dynamique des relations entre soignants et soignées doit être revue de sorte à renforcer le respect et la confiance durant les rencontres thérapeutiques. Nombreuses sont les échappées belles qui ont mentionné leurs préoccupations face à la dureté et l'aspect très court de la rencontre entre soignante et patient, notamment au moment de la consultation prénatale.

C'est au moment de la consultation prénatale que les femmes sont supposées acquérir certaines informations concernant les étapes de la grossesse et les dangers particuliers qu'elle comporte. Cependant, le déroulement des consultations prénatales soulève de sérieuses préoccupations dans la mesure où les femmes sont manifestement ignorantes des préparations du plan d'accouchement, des signes de danger possibles au moment de la grossesse ou de l'accouchement (Zakari, 2010). Cette méconnaissance renvoie aux contenus des messages transmis par les professionnels de santé de la maternité, à leur adaptation à toutes les populations de femmes, à leur adéquation au contexte culturel, afin à leur intégration facile aux connaissances déjà acquises par les parturientes en matière d'enfantement (Van Dormael et al., 2008). De

manière générale, les activités offertes au moment des consultations prénatales doivent être révisées et uniformisées dans l'ensemble de la région (Coulibaly et al., 2007). Nous pensons qu'à partir des résultats de programmes de sensibilisation du public, il faudrait impérativement chercher à comprendre, d'une part, à quel niveau se situent les problèmes de communication sur la santé. D'autre part, il est nécessaire de préciser les objectifs à atteindre lors de la mise en place de campagnes de renforcement des capacités des soignants en matière de sensibilisation et de transfert d'information (Van Dormael et al., 2008). Pour cela, il faudrait évaluer la teneur des messages de sensibilisation, y compris la langue de communication, la qualité de l'accueil et celle du personnel chargé de la communication, en prenant compte l'importance des caractéristiques de la population qui reçoit ces messages (Cantrelle & Locoh, 1990). Dans une étude sur les stratégies de lutte contre la mortalité maternelle dans les pays en développement, De Bernis indique que plusieurs pays à l'exemple de la Bolivie, ont mis en place des stratégies d'éducation et de sensibilisation des femmes les plus pauvres sur la nécessité d'intégrer les activités préventives et les soins offerts par les services de maternité (De Bernis, 2003). A travers une initiative appelée « l'Accouchement comme à la maison », la Bolivie a développé un vaste programme de sensibilisation, à l'échelle nationale, autour de quatre activités fondamentales : le développement des connaissances en matière de préparation de plans d'accouchement et de plans d'urgences (Roost et al., 2009), le renforcement des liens entre les hommes ou personnes influentes de la famille et les soignants, et enfin l'amélioration de la qualité des soins offerts par la confrontation entre la perception de la qualité selon la communauté et selon les professionnels de santé (De Bernis, 2003).

Aussi, le rôle de l'éducation comme facteur de santé est décidément un élément sur lequel les interventions doivent plus mettre l'accent. En effet, l'identification de la complication obstétricale et la reconnaissance de sa gravité est un problème constaté de manière unanime chez toutes les échappées belles. Caldwell estime que l'éducation des femmes est un indicateur de changement dans divers domaines de la vie, que se soit pour elles-mêmes ou pour la communauté qui les entoure (Caldwell,

1993). L'effet de l'éducation maternelle sur la santé reproductive ne doit pas simplement servir à transmettre des connaissances directes sur les complications obstétricales ou sur les signes de danger pendant la grossesse, mais doit surtout donner aux femmes les moyens de relever leur statut et d'accroître progressivement leur pouvoir de décision, du moins en matière d'enfantement et de santé reproductive. L'éducation et la sensibilisation des femmes peut non seulement accroître leur autonomie de pensée et de choix, mais peut certainement diminuer l'emprise traditionnelle des plus vieilles sur les plus jeunes parturientes. La dépendance des échappées belles à leur entourage a été remarquée et cette subordination reste problématique dans la mesure où la recherche systématique du consentement des personnes dépositaires de l'autorité peut retarder le moment où la femme reçoit des soins. Les femmes ménopausées sont considérées comme des expertes en matière de grossesse et d'accouchement, en particulier dans les zones rurales. Lorsqu'elles sont consultées, elles décident habituellement de ce qui doit être fait et leurs conseils sont pris en considération (Cham et al., 2005). Sachant que les anciennes semblent pouvoir orienter le recours thérapeutique vers tel ou tel autre type de soins et que les paroles des femmes âgées ne sont guère contestées dans les sociétés africaines (Kruk et al., 2010), des interventions visant à sensibiliser les personnes influentes des familles, précisément les belles mères, doivent être sérieusement envisagées. Certaines échappées belles ont évoqué l'impact négatif du discours et des conseils des vieilles femmes sur la prise de décision de consulter un professionnel, au moment de la complication. Une chose reste certaine, ces femmes plus âgées doivent faire partie intégrante d'un programme de sensibilisation et de prise de conscience de la nécessité du recours aux soins modernes.

Des solutions novatrices et efficaces en vue de réduire les taux de mortalité maternelle dans les pays africains doivent inclure la participation active de toutes les parties prenantes.

Les hommes, au même titre que les femmes doivent être intégrés dans un programme communautaire de prise de conscience et de promotion du recours systématique aux soins de santé modernes (Lawoyin et al., 2007). Dans notre étude, il a été remarqué que dans 80% des cas, les hommes prenaient plus vite la décision de consulter un professionnel de santé en cas de complication. La perception des hommes concernant la létalité des urgences obstétricales est intéressante dans la mesure où leur pragmatisme au moment de l'urgence compense leur ignorance en matière de complication obstétricale. Des efforts doivent donc être déployés pour améliorer les attitudes et les connaissances des hommes de manière à les rendre encore plus actifs et plus favorables à la prévention de la mortalité maternelle.

Au regard de tout ce qu'on a tenté de mettre en évidence, nous pensons que l'ingérence d'un nombre trop nombreux d'intervenants, dans la prise en charge de la complication provoque un délai dans la décision de recourir aux soins. En faisant la promotion de remèdes traditionnels ou bien en retardant le moment où les hommes prennent connaissance de l'épisode de complication, les vieilles femmes participent à retarder le processus de prise de décision de consulter un professionnel de santé. Tandis que les hommes manquent de vigilance quand au déroulement et au délai respectable qui doit être alloué à un accouchement.

12.2. Conclusion

Les complications obstétricales demeurent une des principales causes d'incapacité et de décès pour les femmes dans les pays au sud du Sahara. Notre étude a tenté de montrer que comprendre l'utilisation tardive des soins obstétricaux d'urgence au moment de la complication constitue non seulement un enjeu de santé publique crucial mais surtout une étape nécessaire au développement de meilleures stratégies relative à la santé maternelle.

Les entrevues réalisées avec les échappées belles et les intervenants « périphériques » présents au moment de l'accouchement, nous ont permis d'explorer plusieurs aspects du premier retard, c'est-à-dire plusieurs facteurs qui influencent la décision de recourir aux soins de santé.

Des facteurs exogènes liés à l'accessibilité physique et financière, accompagnés de facteurs endogènes tels que la perception du risque, la banalisation de signes de danger, la perception de la qualité des soins et celle de la compétence des soignants influencent de manière systématique le choix de recourir aux soins d'urgence. Le temps de l'urgence obstétricale était incompatible avec le temps nécessaire pour trouver les fonds indispensables au transport et aux soins médicaux. L'accessibilité physique et financière seraient donc un problème majeur au moment de la prise de décision de consulter. Aussi, la pratique de la césarienne et l'attitude autoritaire des matrones étaient les principales raisons pour lesquelles les femmes avaient une perception négative du système de soins. La gestion collective de l'urgence obstétricale faisait appel à plusieurs intervenants, ce qui retardait la décision de consulter. Les résultats de cette recherche montrent que la culture locale affecte à la fois les règles relatives aux pouvoirs décisionnels au sein des familles et le sens attribué aux problématiques de santé.

L'étude de ces facteurs aura permis de mieux saisir le contexte décisionnel qui entoure la prise de décision de consulter un professionnel de santé au moment de la complication obstétricale et éventuellement d'en tirer des recommandations pertinentes. Les communautés doivent mettre à la disposition des femmes en situation d'urgence obstétricale des fonds pour assurer les coûts immédiats de la complication. La dynamique des relations entre soignants et soignées devrait être revue de sorte à renforcer la confiance durant les rencontres thérapeutiques. L'effet de l'éducation maternelle sur la santé reproductive doit servir à transmettre des connaissances sur les complications obstétricales et à donner aux femmes les moyens d'accroître progressivement leur pouvoir de décision en matière d'enfantement et de santé reproductive.

Bibliographie

- Abasiokong, E. M. (1981). Familism and hospital admission in rural Nigeria—a case study. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 15(1), 45-50. doi: 10.1016/0160-7987(81)90008-9
- Adjamagbo, A. (2003). *Crise et changement de comportement de fécondité et de planification familiale en milieu rural ivoirien*. Paper presented at the Crise, Fécondité et Planification familiale (CICRED), Mexico. <http://basepub.dauphine.fr/bitstream/handle/123456789/4575/2002-07.pdf?sequence=1>
- Appiah Kubi, K. (2004). Access and utilisation of safe motherhood services of expecting mothers in Ghana. *Policy & Politics*, 32, 387-407. doi: 10.1332/0305573041223744
- Arborio, S. (2007). "Safe motherhood initiative: from control to trust." Anthropologic analysis of risk in Mali (West Africa). *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 36(8). doi: S0368-2315(07)00249-9 [pii]10.1016/j.jgyn.2007.06.011
- Asia, K. H., & Rose, M. (2005). Recognition of High Risk Pregnancies and Referral Practices among Traditional Birth Attendants in Mkuranga District, Coast Region, Tanzania.
- Audibert, M., & Roodenbeke, E. (2004). Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali: Analyse de la situation et perspectives. (D. d. d. humain, Trans.) (pp. 128): Banque Mondiale. Région Afrique. .
- Azam, J., & Gubert, F. (2005). Those in Kayes: The Impact of Remittances on Their Recipients in Africa. *Revue économique*, 56(6), 1331-1358.
- Bailey, P., Lobis, S., Fortney, J., Maine, D., Family Health International (Organization), Joseph L. Mailman School of Public Health. Averting Maternal Death and Disability., . . . World Health Organization. (2009). *Monitoring emergency obstetric care : a handbook*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Ballo, M. (2009). Migration au Mali: Profil 2009. (pp. 136). Geneva: Organisation internationale pour les migrations
- Bang, A. T., Bang, R. A., Baitule, S. B., Reddy, M. H., & Deshmukh, M. D. (1999). Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India. *The Lancet*, 354(9194), 1955-1961. doi: 10.1016/s0140-6736(99)03046-9
- Bang, R. A., Bang, A. T., Reddy, M. H., Deshmukh, M. D., Baitule, S. B., & Filippi, V. (2004). Maternal morbidity during labour and the puerperium in rural homes and the need for medical attention: A prospective observational study in Gadchiroli, India. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(3), 231-238. doi: 10.1111/j.1471-0528.2004.00063.x
- Barnes-Josiah, D., Myntti, C., & Augustin, A. (1998). The 'three delays' as a framework for examining maternal mortality in Haiti. *Soc Sci Med*, 46, 981 - 993.
- Barry, M. (2000). Perceptions médicales et populaires dans la prévention des difficultés maternelles en milieu rural peul guinéen *African Studies Review*, 43(3).
- Bazzano, A. N., Kirkwood, B. R., Tawiah-Agyemang, C., Owusu-Agyei, S., & Adongo, P. B. (2008). Beyond symptom recognition: care-seeking for ill newborns in rural Ghana. *Tropical Medicine & International Health*, 13(1), 123-128. doi: 10.1111/j.1365-3156.2007.01981.x

- Beninguisse, G. (2003). *Entre tradition et modernité : fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*. Louvain-la-Neuve: Bruylant-Academia s.a.
- Beninguisse, G., Nikiéma, B., Fournier, P., & Haddad, S. (2004). L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique. *African Population Studies* 19.
- Berg, C., Lewis, G., & Organisation mondiale de la santé. Département santé et recherche génésiques. (2004). *Au-delà des nombres : examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Bergström, S., & Goodburn, E. (2001). The role of traditional birth attendants in the reduction of maternal mortality: ITGPress.
- Bhalotra, S., & Uma Aponte, M. (2010). The dynamics of women's labour supply in developing countries: IZA Bonn.
- Bierlich, B. (2000). Injections and the fear of death: an essay on the limits of biomedicine among the Dagomba of northern Ghana. *Social Science & Medicine*, 50(5), 703-713. doi: 10.1016/s0277-9536(99)00322-6
- Bila, B., & Egrot, M. (2008). Accès au traitement du sida au Burkina Faso : les hommes vulnérables ? : HAL - CCSD.
- Blanchet Garneau, A. (2007). *Facteurs influençant la décision de consulter les professionnels de a santé lors de complications obstétricales dans le cercle de Niore, au Mali* Maitrise Université de Laval Québec
- Boutin, G. (2007). *L'entretien de groupe en recherche et formation*. Montréal: Éditions nouvelles.
- Brazier, E., Andrzejewski, C., Perkins, M. E., Themmen, E. M., Knight, R. J., & Bassane, B. (2009). Improving poor women's access to maternity care: Findings from a primary care intervention in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 69(5), 682-690. doi: DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.06.023
- Brunet-Jailly, J., & Pairault, C. (1993). *Se soigner au Mali : une contribution des sciences sociales: douze expériences de terrain*. Paris: Karthala : Editions de l'ORSTOM.
- Bullough, C., Meda, N., Makowiecka, K., Ronsmans, C., Achadi, E. L., & Hussein, J. (2005). REVIEW: Current strategies for the reduction of maternal mortality. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112(9), 1180-1188. doi: 10.1111/j.1471-0528.2005.00718.x
- Caldwell, J. C. (1993). Health transition: The cultural, social and behavioural determinants of health in the Third World. *Social Science & Medicine*, 36(2), 125-135. doi: Doi: 10.1016/0277-9536(93)90204-h
- Campbell, O. M. R., & Graham, W. J. (2006). Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *The Lancet*, 368(9543), 1284-1299. doi: Doi: 10.1016/s0140-6736(06)69381-1
- Cantrelle, P., & Locoh, T. (1990). *Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'ouest*. Paris: Centre français sur la population et le développement. .
- Cham, M., Sundby, J., & Vangen, S. (2005). Maternal mortality in rural Gambia. A qualitative study on access to emergency obstetric care. *Reprod Health*, 2, 3.
- Chandrasekhar, S., Gebreselassie, T., & Jayaraman, A. (2011). Maternal Health Care Seeking Behavior in a Post-Conflict HIPC: The Case of Rwanda. *Population Research and Policy Review*, 30(1), 25-41. doi: 10.1007/s11113-010-9175-0

- Chawla, M., & Ellis, R. P. (2000). The impact of financing and quality changes on health care demand in Niger. *Health Policy and Planning*, 15(1), 76-84. doi: 10.1093/heapol/15.1.76
- CIA. (2010, September 2010). The World Factbook, from <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ml.html>
- Clemmons, L., & Coulibaly, Y. (1999). Cultural Resources and Maternal Health in Mali. (I. Knowledge, Trans.) (Vol. 12, pp. 5): World Bank.
- Colbourn, T., Costello, A., & Pagel, C. (2010). Maternal mortality for 181 countries, 1980?2008. *The Lancet*, 376(9750), 1390.
- Comeau, Y. (1994). *L'analyse des données qualitatives* (Cahier du CRISES ed.). Montréal
- Coulibaly, A. (2008). *Analyse de l'importance des trois retards chez les femmes décédées suite aux complications obstétricales dans le district sanitaire de Diéma (Mali) de 2007 à 2008*. . Master Université de Ouagadougou Ouagadougou.
- Coulibaly, I., Keita, B., & Kuepie, M. (2008). *Les déterminants du recours thérapeutique au Mali: entre facteurs socioculturels, économiques et accessibilité géographique* Paper presented at the Démographie et Cultures. Colloque de l'AIDELF, Québec. <http://www.erudit.org/livre/aidelf/2008/001503co.pdf>
- Coulibaly, S., Desplats, D., Kone, Y., Nimaga, K., Dugas, S., Farnarier, G., . . . Van Dormael, M. (2007). Une médecine rurale de proximité: l'expérience des médecins de campagne au Mali. *Educ Health*, 20, 47.
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1992). *Doing qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- D'Ambruso, L., Abbey, M., & Hussein, J. (2005). Please understand when I cry out in pain: women's accounts of maternity services during labour and delivery in Ghana. *BMC Public Health*, 5(1), 140.
- Daum, C. (1995). *Les migrants, partenaires de la coopération internationale*.
- De Allegri, M., Ridde, V., Louis, V. R., Sarker, M., Tiendrebéogo, J., Yé, M., . . . Jahn, A. Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees: A case study from rural Burkina Faso. *Health Policy, In Press, Corrected Proof*. doi: DOI: 10.1016/j.healthpol.2010.10.010
- De Bernis, L. (2003). La mortalité maternelle dans les pays en développement: quelles stratégies adopter? *Médecine tropicale*(63), 9.
- Dempsey, S. J., Dracup, K., & Moser, D. K. (2006). Women's decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 24(6), 444-456. doi: Doi: 10.1016/s0147-9563(95)80022-0
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1998). *Collecting and interpreting qualitative materials*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2003). *The landscape of qualitative research : theories and issues* (2nd ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- DeRose, L., & Ezeh, A. (2010). Decision-Making Patterns and Contraceptive Use: Evidence from Uganda. *Population Research and Policy Review*, 29(3), 423-439. doi: 10.1007/s11113-009-9151-8
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal: McGraw-Hill.
- Diarra, A. (2004). La production de la violence au fil des décisions dans quelques services publics de santé maternelle au Mali. . *Le bulletin de l'APAD* 25.
- DRS, D. R. d. S. d. K. (2009). Rapport d'activité Année 2009 Cercle de Diéma (pp. 20): Direction Régionale de Kayes

- DRS Kayes, D. R. d. S. d. K. (2009). Rapport d'activités de la région de Kayes (pp. 30). Kayes DRS.
- Ducanis, A. J., & Golin, A. K. (1979). *The interdisciplinary health care team : a handbook*. Germantown, Md.: Aspen Systems Corp.
- Edwards, A. L. (1957). *The social desirability variable in personality assessment and research*. New York: Dryden Press.
- Fawcus, S., Mbizvo, M., Lindmark, G., & Nystrom, L. (1996). A Community-based Investigation of Avoidable Factors for Maternal Mortality in Zimbabwe. *Studies in Family Planning*, 27(6), 319-327.
- Faye, L. (2008). Devenir mère au Sénégal: des expériences de maternité entre inégalités sociales et défaillances des services de santé. . *Cahiers Santé*, 18(3).
- Filippi, V., Brugha, R., Browne, E., Gohou, V., Bacci, A., De Brouwere, V., . . . Ronsmans, C. (2004). Obstetric audit in resource-poor settings: lessons from a multi-country project auditing 'near miss' obstetrical emergencies. *Health Policy Plan*, 19(1), 57-66.
- Filippi, V., Richard, F., Lange, I., & Ouattara, F. (2009). Identifying barriers from home to the appropriate hospital through near-miss audits in developing countries. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 23, 389 - 400.
- Filippi, V., Ronsmans, C., Gandaho, T., Graham, W., Alihonou, E., & Santos, P. (2000). Women's reports of severe (near-miss) obstetric complications in Benin. *Stud Fam Plann*, 31(4), 309-324.
- Filippi, V., Ronsmans, C., Gohou, V., Goufodji, S., Lardi, M., Sahel, A., . . . de Brouwere, V. (2005). Maternity wards or emergency obstetric rooms? Incidence of near-miss events in African hospitals. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 84, 11 - 16.
- Fournier, P., Dumont, A., Tourigny, C., Dunkley, G., & Dramé, S. (2009). Improved access to comprehensive emergency obstetric care and its effect on institutional maternal mortality in rural Mali. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 30-38.
- Fournier, P., Dumont, A., & Tourigny, C. (2008). Causes et effets du premier retard sur la létalité des urgences obstétricales dans la région de Kayes. Mali (pp. 29): Unité de santé internationale. CHUM Centre de recherche
- Fransen, L. (2003). The impact of inequality on the health of mothers. *Midwifery*, 19(2), 79-81. doi: Doi: 10.1016/s0266-6138(03)00005-6
- Furuta, M., & Mori, R. (2008). Factors Affecting Women's Health-Related Behaviors and Safe Motherhood: A Qualitative Study From a Refugee Camp in Eastern Sudan. *Health Care For Women International*, 29, 884-905. doi: 10.1080/07399330802269600
- Gage, A. J. (2007). Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali. *Social Science & Medicine*, 65(8), 1666-1682. doi: DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.06.001
- Gilbert, É. (2004). Martine Audibert, Jacky Mathonnat, Éric de Roodenbeke (sous la dir.), Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu. *Tiers-Monde*, 711-711.
- Gubert, F. (2002). Do Migrants Insure Those who Stay Behind? Evidence from the Kayes Area (Western Mali). *Oxford Development Studies*, 30(3), 267-287. doi: 10.1080/1360081022000012699
- Gueye, M. (1996, 2001). *Approches interculturelles en santé mentale. 1er congrès de pédopsychiatrie d'Afrique de l'Ouest francophone, Dakar 1996 2, L'Afrique, l'Europe, le Québec*. Paper presented at the Congrès de pédopsychiatrie d'Afrique de l'Ouest, francophone, Namur.

- Gwako, E. L. (1997). Conjugal power in rural Kenya families: its influence on women's decisions about family size and family planning practices. *Sex Roles, 36*(3-4), 127-147.
- Haddad, S., & Fournier, P. (1995a). Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre. *Social Science & Medicine, 40*(6), 743-753. doi: Doi: 10.1016/0277-9536(94)00134-f
- Haddad, S., & Fournier, P. (1995b). Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre. *Social Science & Medicine, 40*(6), 743-753. doi: 10.1016/0277-9536(94)00134-f
- Haddad, S., Fournier, P., Machouf, N., & Yatar, F. (1998). What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary health care services in Guinea. *Social Science & Medicine, 47*(3), 381-394. doi: Doi: 10.1016/s0277-9536(98)00075-6
- Hamel, J., Dufour, S., & Fortin, D. (1993). *Case study methods*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.
- Hammersley, M. (1981). Using qualitative methods. *Soc Sci Inf Stud, 1*, 209 - 220.
- Hancart Petitot, P., Carton, M., Hackett, J. L., Koller, P., Lavra, P., Nikles, B., . . . Zerbo, R. (2011). *L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines* (Faustroll Descartes ed.). Paris: WHEP.
- Heller, P. L., Chalfant, H. P., Quesada, G. M., & Rivera-Worley, M. d. C. (1981). Class, familism and utilization of health services in Durango, Mexico: A replication. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Sociology, 15*(5), 539-541. doi: Doi: 10.1016/0271-7123(81)90076-6
- INSD, BM, Macro, O., USAID, UNICEF, & UNFPA. (2003). Enquête Démographique et de Santé Burkina Faso (pp. 349). Ouagadougou: INSD,BM,ORC Macro,USAID,UNICEF,UNFPA.
- INSTAT. (2009). Région de Kayes Institut National de Statistique. from <http://instat.gov.ml/documentation/kayes.pdf>
- Islam, M., & Yoshida, S. (2009). Women are still deprived of access to lifesaving essential and emergency obstetric care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 106*(2), 120-124. doi: DOI: 10.1016/j.ijgo.2009.03.022
- Jaffré, Y., Diallo, Y., Vasseur, P., & Grenier-Torres, C. (2009). *La bataille des femmes : analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'ouest*. (Faustroll ed.). Paris Descartes
- Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J. (2003). *Une médecine inhospitalière texte imprimé les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris: Karthala.
- Janzen, J. (2002). *The Social Fabric of Health: An Introduction to Medical Anthropology*. (McGraw-Hill ed.): Boston, Mass.
- Janzen, J. M. (1978). *The quest for therapy in Lower Zaire*. Berkeley: University of California Press.
- Jegede, A. S. (1998). *African culture and health*.
- Joud, D. O. E., & Bouvier-Colle, M. H. (2002). [Dystocia: frequency and risk factors in seven areas in West Africa]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 31*(1), 51-62.
- Kandiyoti, D. (1988). Bargaining with Patriarchy. *Gender and Society, 2*(3), 274-290.
- Khan, K. S., Wojdyla, D., Say, L., Gülmezoglu, A. M., & Van Look, P. F. A. (2006). WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *The Lancet, 367*(9516), 1066-1074. doi: Doi: 10.1016/s0140-6736(06)68397-9

- Kidney, E., Winter, H., Khan, K., Gulmezoglu, A. M., Meads, C., Deeks, J., & MacArthur, C. (2009). Systematic review of effect of community-level interventions to reduce maternal mortality. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(1), 2.
- Koné, A. J. (2002). *Déterminants sociaux de l'utilisation des services de santé maternelle par les femmes ivoiriennes défavorisées*. Montréal: Université de Montréal.
- Kowalewski, M., Jahn, A., & Kimatta, S. S. (2000). Why Do At-Risk Mothers Fail to Reach Referral Level? Barriers beyond Distance and Cost. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive*, 4(1), 100-109.
- Krasovec, K. (2004). Auxiliary technologies related to transport and communication for obstetric emergencies. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 85(Supplement 1), S14-S23. doi: DOI: 10.1016/j.ijgo.2004.02.007
- Kruk, M. E., Paczkowski, M. M., Tegegn, A., Tessema, F., Hadley, C., Asefa, M., & Galea, S. (2010). Women's preferences for obstetric care in rural Ethiopia: a population-based discrete choice experiment in a region with low rates of facility delivery. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(11), 984-988. doi: 10.1136/jech.2009.087973
- Labossière, F. (2006). *Le système de référence-évacuation pour les urgences obstétricales dans la Région de Kayes (Mali) : L'élaboration et l'opérationnalisation d'un modèle logique pour une analyse d'implantation*. Maitrise Université de Montréal Montreal
- Lawoyin, T., Lawoyin, O., & Adewole, D. (2007). Mens Perception of Maternal Mortality in Nigeria. *Journal of Public Health Policy*, 28, 299-318. doi: 10.1057/palgrave.jphp.3200143
- Lessard-Hébert, M., Boutin, G., & Goyette, G. (1997). *La recherche qualitative : fondements et pratiques*. Bruxelles: De Boeck université.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143-163. doi: 10.1007/bf01173486
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif.: Sage Publications.
- Lutz-Fuchs, D. (1994). *Psychothérapies de femmes africaines, Mali*. Paris: Editions l'Harmattan.
- Macintyre, K., & Hotchkiss, D. R. (1999). Referral revisited: community financing schemes and emergency transport in rural Africa. *Social Science & Medicine*, 49(11), 1473-1487. doi: Doi: 10.1016/s0277-9536(99)00201-4
- Makinwa-Adebusoye, P. (1992). Sexual Behavior, Reproductive Knowledge and Contraceptive Use Among Young Urban Nigerians. *International Family Planning Perspectives*, 18(2), 66-70.
- Maly, R. C., Umezawa, Y., Ratliff, C. T., & Leake, B. (2006). Racial/ethnic group differences in treatment decision-making and treatment received among older breast carcinoma patients. *Cancer*, 106(4), 957-965. doi: 10.1002/cncr.21680
- Manuh, T. (1998). La femme dans le développement de l'Afrique. Surmonter les obstacles, pousser au progrès. *Afrique Relance. Nations Unies*. (11), 8.
- Martin, P., Martin, S., & Weil, P. (2002). Best Practice Options: Mali. *International Migration*, 40(3), 87-102. doi: 10.1111/1468-2435.00200
- Mayer, R. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville, Québec: G. Morin.
- Mayer, R., & Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville, Québec: G. Morin.

- McCarthy, J., & Maine, D. (1992). A Framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality. *Studies in Family Planning*, 23(1), 23-33.
- Meuwissen, L. E. (2002). Problems of cost recovery implementation in district health care: a case study from Niger. *Health Policy and Planning*, 17(3), 304-313. doi: 10.1093/heapol/17.3.304
- Midhet, F. (1996). *Contextual determinants of maternal mortality in rural districts of Pakistan*. Thesis (Dr PH), Johns Hopkins University, 1996.
- Mills, S., & Bertrand, J. T. (2005). Use of Health Professionals for Obstetric Care in Northern Ghana. *Studies in Family Planning*, 36(1), 45-56. doi: 10.1111/j.1728-4465.2005.00040.x
- Ministère de la santé et de la prévention médicale, USAID-Sénégal, & BASICS. (2005). Soins essentiels aux nouveaux nés. Manuel techniques de base. (D. d. l. s. d. l. reproduction, Trans.) (pp. 144). Dakar: USAID. BASICS.
- Moussa, H. (2007). Devoir de soigner et droit d'exercer la violence: ethnographie des consultations de planification familiale à Niamey/Niger. In A. e.-a. p. l. a. d. c. s. e. d. développement (Ed.), *Bulletin de l'APAD* (Vol. Le bulletin de l'APAD, n° 25, La Violence endémique en Afrique). Marseille: APAD.
- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris: Colin.
- Nikièma, B., Haddad, S., & Potvin, L. (2008). Women Bargaining to Seek Healthcare: Norms, Domestic Practices, and Implications in Rural Burkina Faso. *World Development*, 36(4), 608-624. doi: DOI: 10.1016/j.worlddev.2007.04.019
- Obadia, L. (2003). *L'ethnographie comme dialogue : immersion et interaction dans l'enquête de terrain*. Paris: PubliSud.
- Okolocha, C., Chiwuzie, J., Braimoh, S., Unuigbo, J., & Olumeko, P. (1998). Socio-cultural factors in maternal morbidity and mortality: a study of a semi-urban community in southern Nigeria. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(5), 293-297. doi: 10.1136/jech.52.5.293
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-La-Neuve: Academia-Bruylant.
- Olivier de Sardan, J., Moumouni, A., & Souley, A. (2006). "L'accouchement c'est la guerre". De quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien. *Bulletin de l'APAD*, 17.
- OMS, FUNUAP, UNICEF, & BM. (1999). Réduire la mortalité maternelle (pp. 49). Genève: OMS.
- OMS, Kohn, R., & White, K. (1976). *Health care : an international study : report of the World Health Organization, International Collaborative Study of Medical Care Utilization*. London ; Toronto: Oxford University Press.
- Osubor, K., Fatusi, A., & Chiwuzie, J. (2006). Maternal Health-Seeking Behavior and Associated Factors in a Rural Nigerian Community. *Maternal and Child Health Journal*, 10(2), 159-169. doi: 10.1007/s10995-005-0037-z
- Paillé, P. (2006). *La méthodologie qualitative : postures de recherche et travail de terrain*. Paris: Armand Colin.
- Piette, A. (1996). *Ethnographie de l'action : l'observation des détails*. Paris: Éditions Métailié.
- Pires, A. P. (2007). Échantillonnage et recherche qualitative essai théorique et méthodologique, from <http://dx.doi.org/doi:10.1522/030022877>

- Pope, C., & Mays, N. (2006). *Qualitative research in health care* (3rd ed.). Malden, Mass.: Blackwell Pub./BMJ Books.
- Population Reference Bureau. (2007). World Population Data Sheet (pp. 60). Washington: Population Reference Bureau.
- Population Reference Bureau. (2008). Family Planning Worlwidle 2008 Data sheet (pp. 16). Washington Population Reference Bureau.
- Poupart, J., Deslauriers, J., Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives, & Conseil québécois de la recherche sociale. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques : rapport*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Pourtois, J. (1993). Huberman et Miles: Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes. *Revue française de pédagogie*, 132-134.
- Pruhal, A., Bouvier-Colle, M. H., de Bernis, L., & Bréart, G. (2000). Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: incidence and case fatality rates: World Health Organization.
- Pruhal, A., De Bernis, L., & Ould El Joud, D. (2002). Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique sub-saharienne. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 31(1), 10.
- Ray, A. M., & Salihu, H. (2004). The impact of maternal mortality interventions using traditional birth attendants and village midwives. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 24(1), 5 - 11.
- République française. (2010). Le Mali: présentation générale, from <http://www.ambafrance-ml.org/spip.php?article289>
- Ridde, V., Nougara, A., & Haddad, S. (2004). Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso. *Santé, Société et Solidarité*, 199-210.
- Ronsmans, C. (2009). Severe acute maternal morbidity in low-income countries. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 23(3), 305-316. doi: DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2009.01.001
- Ronsmans, C., & Graham, W. J. (2006). Maternal mortality: who, when, where, and why. *The Lancet*, 368(9542), 1189-1200. doi: Doi: 10.1016/s0140-6736(06)69380-x
- Roost, M., Altamirano, V., Liljestrand, J., & Essen, B. (2009). Priorities in emergency obstetric care in Bolivia: Maternal mortality and near-miss morbidity in metropolitan La Paz. *BJOG*.
- Roost, M., Johnsdotter, S., Liljestrand, J., & Essen, B. (2004). A qualitative study of conceptions and attitudes regarding maternal mortality among traditional birth attendants in rural Guatemala. *BJOG*, 111, 1372 - 1377.
- Safemotherhood, W. R. A. f. (2009). Global Maternal Mortality Fact Sheet (NGO Networks for Health ed., pp. 62): NGO Networks for Health.
- Saizonou, J., Godin, I., Ouendo, E. M., Zerbo, R., & Dujardin, B. (2006). La qualité de prise en charge des urgences obstétricales dans les maternités de référence au Bénin: Le point de vue des «Echappées Belles» et leurs attentes. *Tropical Medicine & International Health*, 11(5), 672-680. doi: 10.1111/j.1365-3156.2006.01602.x
- Samuelsen, H. (2004). Therapeutic itineraries: the medical field in rural Burkina Faso. *Anthropology & Medicine*, 11(1), 27 - 41.
- Savage, J. (2000). Ethnography and health care. *BMJ*, 321(7273), 1400-1402. doi: 10.1136/bmj.321.7273.1400

- Say, L., Pattinson, R., & Gulmezoglu, A. M. (2004). WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reproductive Health, 1*(1), 3.
- Sibley, L., Sipe, T. A., & Koblinsky, M. (2004). Does traditional birth attendant training improve referral of women with obstetric complications: a review of the evidence. *Social Science & Medicine, 59*(8), 1757-1768. doi: DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.02.009
- Silverman, D. (2005). *Doing qualitative research : a practical handbook* (2nd ed.). London ; Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Smith, K., Dmytraczenko, T., Mensah, B., & Sidibé, O. (2004). Knowledge, attitudes, and practices related to maternal health in Bla, Mali: results of a baseline survey. In U. PHRplus (Ed.). Washington: The Partners for Health Reformplus Project, USAID.
- Soors, W., Waelkens, M. P., & Criel, B. (2008). La micro-assurance santé en Afrique subsaharienne: une opportunité pour améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence? : ITGPress.
- Stekelenburg, J., Kyanamina, S., Mukelabai, M., Wolffers, I., & van Roosmalen, J. (2004). Waiting too long: Low use of maternal health services in Kalabo, Zambia. *Trop Med Int Health, 9*, 390 - 398.
- Storeng, K. T., Baggaley, R. F., Ganaba, R., Ouattara, F., Akoum, M. S., & Filippi, V. (2008). Paying the price: the cost and consequences of emergency obstetric care in Burkina Faso. *Soc Sci Med, 66*(3), 545-557. doi: S0277-9536(07)00530-8 [pii]10.1016/j.socscimed.2007.10.001
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (2004). *Les fondements de la recherche qualitative : techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*. Fribourg: Academic Press Fribourg.
- Subtil, D., Sommé, A., Ardiet, E., & Depret-Mosser, S. (2005). Hémorragies du post-partum : fréquence, conséquences en termes de santé et facteurs de risque avant l'accouchement. *La Revue Sage-Femme, 4*(1), 36-43. doi: Doi: 10.1016/s1637-4088(05)86215-7
- Thaddeus, S., & Maine, D. (1994). Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med, 38*, 1091 - 1110.
- Thaddeus, S., & Nangalia, R. (2004). Perceptions matter: barriers to treatment of postpartum hemorrhage. *Journal of Midwifery & Women's Health, 49*(4), 293-297. doi: DOI: 10.1016/j.jmwh.2004.04.010
- Touré, B. (2005). Identification des dysfonctionnements dans la prise en charge de la morbidité maternelle grave à Abidjan (Côte d'Ivoire) *Santé Publique, 17*(1), 9.
- UNFPA. (2004). Trousse d'Outils de l'Administrateur de Programme pour la Planification, le Suivi et l'Évaluation. Partie II: Indicateurs pour la réduction de la mortalité maternelle. (D. d. l. a. technique, Trans.). In UNFPA (Ed.), (pp. 19). New York: UNFPA.
- UNFPA, Singh, S., Darroch, J., Ashford, L., & Vlassoff, M. (2009). Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health (pp. 40). Washington UNFPA.
- Université de Sherbrooke. (2010). Perspective Monde from <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=MLI&codeTheme=1&codeStat=EN.POP.DNST>
- USAID. (2002). PROGRAM, PERFORMANCE AND PROSPECTS: The Global Health Pillar (pp. 18): USAID.

- Van Dormael, M., Dugas, S., Kone, Y., Coulibaly, S., Sy, M., Marchal, B., & Desplats, D. (2008). Appropriate training and retention of community doctors in rural areas: a case study from Mali. *Human Resources for Health*, 6(1), 25.
- Vasseur, P., & Vidal, L. (2010). Le soignant en son miroir. Accompagnement anthropologique d'une intervention en santé maternelle au Sénégal. *Autrepart*, 3(55).
- Vatz Laaroussi, M. (2007). La recherche qualitative interculturelle : Une recherche engagée? *Recherches Qualitatives* (4), 12.
- Waddington, C. J., & Enyimayew, K. A. (1989). A price to pay: The impact of user charges in ashanti-akim district, Ghana. *The International Journal of Health Planning and Management*, 4(1), 17-47. doi: 10.1002/hpm.4740040104
- Wagle, R., Sabroe, S., & Nielsen, B. (2004). Socioeconomic and physical distance to the maternity hospital as predictors for place of delivery: An observational study from Nepal. *BMC Pregnancy Childbirth*, 4, 8.
- Weeks, A., Lavender, T., Nazziwa, E., & Mirembe, F. (2005). Personal accounts of 'near-miss' maternal mortalities in Kampala, Uganda. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112(9), 1302-1307. doi: 10.1111/j.1471-0528.2005.00703.x
- WHO. (2004). *Beyond the numbers : reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*. Geneva: Dept. of Reproductive Health and Research, World Health Organization.
- WHO. (2005). Rapport sur la santé dans le monde, 2005 - donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. In WHO (Ed.). Washington: WHO.
- WHO. (2008). La santé maternelle en dix points: Principaux faits et chiffres from http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/maternal_health_facts/fr/index_8.html
- WHO. (2010). Principaux faits sur la fistule obstétrique, from http://www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/fr/index.html
- WHO, UNFPA, & World Bank. (2010). Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank (pp. 55). Geneva: WHO.
- WHO, U., UNICEF, World Bank. . (1999). Reduction of maternal mortality: a joint WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank statement. In OMS (Ed.), (WHO ed., pp. 50). Geneva: WHO, UNFPA, UNICEF, WORLDBANK.
- Wittel, A. (2000). Ethnography on the Move: From Field to Net to Internet. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(21), 9.
- World Bank. (2008). La population africaine devrait doubler d'ici à 2036. , from <http://appablog.wordpress.com/2008/07/17/demographie-banque-mondiale-la-population-de-lafrique-subsaaharienne-devrait-doubler-dici-a-2036/>
- World Bank, & Unit., S. P. (2001). Orphans and Other Vulnerable Children: What Role for Social Protection? In S. P. D. P. Series (Ed.), (pp. 54). Washington World Bank.
- Young, J. C. (1981). Non-use of physicians: Methodological approaches, policy implications, and the utility of decision models. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 15(4), 499-507. doi: Doi: 10.1016/0160-7987(81)90024-7
- Zakari, S. (2010). *Évaluation de la qualité de base au niveau communautaire des prestations obstétricales et néonatales essentielles dans le cercle de Diéma*. Étude d'évaluation USAID. République du Mali. Kayes.

Annexes

Annexe 1 : Grille d’entrevue pour les échappées belles et leur entourage féminin.

Caractéristiques sociodémographiques de la femme échappée belle.

- Nom
- Age
- Niveau de scolarité
- Situation matrimoniale
- Ethnie
- Parité - Gestité
- Nombre d’enfants vivants
- Profession
- Distance domicile par rapport au CSC om/ au CSRef (s’il y a lieu)
- Complication(s) identifiée(s) lors de la grossesse :

Questions principales	Questions complémentaires
<u>Grossesse</u> Pouvez vous me raconter l’histoire de votre grossesse du début jusqu’au jour de l’accouchement?	<i>Quand avez-vous pris connaissance de votre grossesse?</i>
<u>Anticipation du risque</u> Racontez-moi comment se sont déroulées les consultations prénatales?	<i>Aviez-vous été informé du travail d’accouchement auparavant? Aviez-vous été informé des risques obstétricaux envisageables?</i>
<u>Reconnaissance de la complication</u> Racontez-moi les difficultés que vous avez eu durant le travail.	<i>Quel genre de problèmes avez-vous eu durant l’accouchement?</i>
<u>Perception qualité des soins</u> Pour vous c’est quoi un bon accouchement? Est ce que cela été une bonne expérience d’accoucher a la maternité?	<i>Êtes-vous satisfaite des soins que vous avez reçus?</i>
<u>Décision de consulter</u> Qui a pris la décision de vous conduire au centre de santé? Pourquoi c’est cette personne qui a pris la décision ?	<i>Comment avez-vous participé à la décision de recourir aux soins?</i>
<u>Rapport avec soignants</u> Comment le personnel soignant vous a-t-il traité?	<i>Le personnel soignant a il été respectueux et/ou attentionné?</i>

Annexe 2 : Grille d'entrevue pour les soignants du CSCCom et CSRef.

Caractéristiques sociodémographiques de la/du répondant(e)

- Nom
- Age
- Ethnie
- Statut marital
- Nombre d'enfant
- Lieu de naissance des enfants
- Niveau d'instruction
- Profession
- Date d'exercice des fonctions au CSC om

<p><u>Trajectoire professionnel</u> Racontez moi une journée typique de travail à la maternité (depuis votre arrivée jusqu'à votre départ)</p>	<p><i>Pouvez-vous me décrire votre trajectoire professionnelle?</i></p>
<p><u>Perception des services de soins</u> Comment trouvez-vous l'organisation de la maternité?</p>	<p><i>Croyez que les services de la maternité sont adaptés aux besoins des femmes ?</i></p>
<p><u>Consultations prénatales</u> L'échappée belle est t elle venue en consultation prénatale?</p>	<p><i>L'échappée belle a-t-elle été informée des risques obstétricaux envisageables?</i></p>
<p><u>Arrivée au CSCCom/ CSRéf</u> Décrivez-moi l'état de la parturiente à l'arrivée au CSCCom.</p>	
<p><u>Décision de référer</u> (CSCCom uniquement) Parlez-moi de la décision d'évacuer la parturiente au CSRéf? Décrivez-moi votre rôle dans l'initiative de référer la femme au CSRéf (Est ce que c'est VOUS qui avez décidé de référer la femme au CSRef?)</p>	<p><i>Qui a pris la décision d'évacuer la femme au CSRéf?</i> <i>Quelles étaient les motifs de la référence au CSRéf?</i></p>



Direction Régionale de la Santé de Kayes (Mali)

Faculté de Médecine
Unité de Santé Internationale

Formulaire de consentement. Échappées Belles.

Titre du projet de recherche

Causes et effets du premier retard sur la létalité des urgences obstétricales dans la région de Kayes (Mali).

Organisme subventionnaire

Initiative de Recherche en Santé Mondiale (Instituts de Recherche en Santé du Canada, Centre de Recherches en Développement International et Agence Canadienne de Développement International)

Chercheur principale

Dr Pierre Fournier (Université de Montréal)

Co-chercheurs

Dr Alexandre Dumont (Université de Montréal)

Dr Mamadou Traoré (Université de Bamako. Mali)

Dr Mamadou Namory Traoré (Directeur National Adjoint-Direction Nationale de la Santé. Mali)

Dr Koman Sossoko (Directeur Régionale de la Santé de Kayes. Mali)

Dr Geoff Dunkley (Médecin de santé publique)

Igor Karp (Université de Montréal)

INFORMATIONS

Cher participant,

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche sur la mortalité maternelle dans votre région. Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Le présent document peut contenir des termes que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugez utiles à l'enquêteur.

Nature du projet de recherche et objectifs.

La mortalité maternelle et néonatale constituent d'être très élevées au Mali et dans la région de Kayes et ce, malgré les nombreux programmes mis en place (système de

référence-évacuation et gratuité de la césarienne). Malgré ces programmes qui facilitent l'accès aux services de santé et aux soins appropriés, plusieurs femmes avec des complications obstétricales arrivent tardivement au centre de santé, ce qui met leur vie et celle de leur enfant en péril.

Par cette étude, nous désirons mieux comprendre les raisons pour lesquelles les femmes qui présentent une complication durant la grossesse, l'accouchement ou après l'accouchement tardent à aller consulter en centre de santé. Plusieurs facteurs semblent entrer en ligne de compte.

Participation à l'étude

Nous vous demandons de répondre à différentes questions, afin de partager avec l'enquêteur les événements qui se sont déroulés durant la grossesse, l'accouchement et après l'accouchement. Votre participation est tout à fait volontaire et vous êtes totalement libre de participer ou non au présent projet de recherche. Si vous acceptez, vous êtes libres de refuser de répondre à toute question.

Bénéfices

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans le domaine de la mortalité et la morbidité maternelle.

Risques et inconvénients

Il n'y a aucun risque et inconvénient de nature physique reliés à votre participation. Les questions de l'enquêteur pourraient vous faire revivre des moments difficiles survenus lors de la grossesse ou de l'accouchement.

Confidentialité

Les informations que vous fournirez demeureront confidentielles et ne seront diffusées à quiconque. Les questionnaires seront collectés et entreposés dans un bureau de la Direction régionale de Kayes durant toute la durée de l'étude, soit trois années. Ils seront détruits à la fin de l'étude. Les données seront entrées dans une base de données informatiques et seront conservés de façon sécuritaire et protégée par un mot de passe. Seules l'équipe de recherche y aura accès.

Vos informations personnelles seront gardées confidentielles dans un classeur ou un ordinateur et seul le chercheur principal y aura accès. L'enquêteur pourrait vous contacter de nouveau, seulement s'il est nécessaire pour collecter des informations supplémentaires. Votre entrevue sera enregistrée afin de nous permettre de mieux analyser en détail le contenu de notre conversation. Une copie sera fournie au participant et une autre sera gardée par l'équipe de référence.

Cette étude a reçu deux approbations éthiques, celle du CHUM en janvier 2008, renouvelée tous les ans et celle de la Faculté de Médecine de l'Université de Bamako en Mai 2008

Déclaration du participant

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer de ce projet en tout temps.

Nom du sujet :

Qualité du répondant (lien avec la femme) :

Date :

Signature du participant :

Nom du Témoin :

Consentement supplémentaire en cas de personne mineur

Nom du père ou du mari : _____

Date : _____

Signature : _____

Je certifie avoir expliqué au participant les objectifs de l'étude et j'accepte de garder confidentiel l'identité de tous participants recrutés.

Nom du recruteur :

Signature du recruteur :
