

**Burkina Faso**

Unité-Progrès-Justice  
-----

Ministère des Enseignements Secondaire, Supérieur et de la Recherche  
Scientifique (MESSRS)  
-----

Université de Ouagadougou  
Unité de Formation et de Recherche en Sciences Humaines (UFR-SH)  
-----

Département de Sociologie

## Mémoire de maîtrise

### **Thème :**

**Les évacuations sanitaires des femmes enceintes à la  
maternité du CSPS du secteur 28 de Ouagadougou  
(District sanitaire du secteur 30, Ouagadougou,  
Burkina Faso)**

**Présenté et soutenu le 28 Février 2006 par :**

Ouédraogo Ramatou

**Sous la direction de :**

Dr Soubeiga K. André, Maître-assistant, Université de Ouagadougou

Dr Ouattara Fatoumata, Ingénieur de recherche à l'IRD

Année académique 2005-2006

# SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>I</b>
<b>DEDICACE</b> .....	<b>III</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>IV</b>
<b>SIGLES ET ACRONYMES</b> .....	<b>VI</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
<b>PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE</b> .....	<b>4</b>
<b>CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE</b> .....	<b>5</b>
I Enoncé du problème .....	5
II Revue de littérature.....	8
III Problématique de recherche .....	17
IV Intérêt de la recherche .....	18
V Objectifs de l'étude .....	19
VI Hypothèses de recherche.....	19
VII Définition des concepts.....	20
<b>CHAPITRE II : METHODOLOGIE</b> .....	<b>24</b>
I Présentation de la zone d'étude.....	24
II La population de l'étude .....	29
III La collecte des données.....	29
IV L'analyse des données .....	33
V Les difficultés et les limites de l'étude.....	34
<b>CHAPITRE I : DE LA GROSSESSE AU RECOURS A LA MATERNITE</b> .....	<b>38</b>
I La grossesse et sa prise en charge.....	38
II Les raisons du recours à la maternité.....	49
<b>CHAPITRE II : DE L'ACCUEIL A L'EVACUATION</b> .....	<b>55</b>
I L'accueil et la prise en charge dans la structure de départ.....	55
II Les motifs d'évacuation.....	57
III Le processus de prise de la décision d'évacuation.....	68
IV Les perceptions des évacuations par les usagers et les agents de santé .....	82
V Les préparatifs de l'évacuation.....	93

<b>CHAPITRE III : ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE DANS LES STRUCTURES</b>	
<b>D'ACCUEIL .....</b>	<b>103</b>
I Au CHUYO .....	103
II Au CMA du secteur 30 .....	107
III La concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic .....	109
IV La contre-référence .....	110
<b>CHAPITRE IV : COÛT ET APPRECIATION DU PARCOURS PAR LES ACTEURS</b>	
<b>.....</b>	<b>113</b>
I Le coût de l'évacuation.....	113
II Les opinions sur le parcours et les rapports entre les agents de santé et les usagers au cours de l'évacuation.....	119
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>126</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>130</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>i</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>ix</b>

## **DEDICACE**

**A mon père et à ma mère**, si loin de moi, mais proches par la pensée ; que Allah le tout puissant fasse que je puisse toujours bénéficier de vos bénédictions et conseils.

**A mon grand frère Lassine** qui a toujours su garder confiance en moi.

**A mes frères et sœurs** : Kalizeta, Moumouni, Djeneba, Maman, Yacou, Adama, Harouna et Sali ; merci pour votre soutien.

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à transmettre nos sincères remerciements :

A notre directeur de mémoire Mr André K. Soubeiga pour la confiance qu'il a eu en nous, en acceptant de nous proposer pour cette recherche et pour l'attention qu'il a porté notre travail tout au long de son déroulement.

A Mme Fatoumata Ouattara, pour la très grande attention qu'elle a porté à notre travail tout le long de sa conception. Nous lui disons merci pour ses conseils et ses remarques, merci pour tout le matériel qu'elle a bien voulu mettre à notre disposition pour faciliter la réalisation de notre travail. Puisse Dieu vous apporter beaucoup de bonheur.

Au programme AQUASOU pour l'appui financier et technique dont nous avons bénéficié dans le cadre de nos recherches ; à travers ce programme, nous remercions particulièrement Mr Marc-Eric Gruénais, directeur de l'unité de recherche 002 de l'IRD « Acteurs et Systèmes de Santé en Afrique (ASSA) » (IRD-Marseille) pour ses critiques et pour ses conseils.

A Mr Jean-Pierre Guengant, représentant de l'IRD au Burkina Faso, pour l'appui technique et logistique dont nous avons bénéficié dans l'élaboration de ce travail.

A Mme Nébié Séraphine, responsable de la maternité du CSPS du secteur 28 et à toute son équipe (sage-femmes, accoucheuses auxiliaires, filles de salle et élèves stagiaires) pour leur collaboration pendant la durée de notre séjour dans leurs locaux.

A toute l'équipe du service de gynécologie-obstétrique du CMA du secteur 30 pour leur collaboration durant notre séjour dans leurs locaux.

Au personnel de santé du service de Gynécologie-obstétrique du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo pour leur collaboration. A travers ce service, nous tenons à témoigner notre gratitude à l'endroit du professeur Lankoandé Jean, chef du service, pour sa disponibilité et ses conseils ; aux docteurs Ouédraogo Boukari et Dicko Abdourahamane pour leurs appuis techniques et conseils tout le long de notre séjour dans ce service.

Aux familles Sawadogo, Barry, Belem, Kiba et Bako qui ont fait de nous leur fille, nous ont prodigué des conseils et encouragements et ont été présentes à chaque fois que nous avons eu besoin d'elles. A travers ces familles, nous tenons à remercier particulièrement madame Sawadogo, madame Barry et la grande sœur Emilienne pour leurs appuis en tout genre. Puisse Dieu apporter joie et bonheur dans vos foyers.

A nos copines Ange et Fatou et nos nièces Awa et Solange qui ont toujours su nous témoigner de leur soutien et de leur réconfort.

A toi Tiemtoré Dieudonné pour le temps que tu as consacré à ce document tout le long de sa conception. Ce travail est également le tien.

A Sylvie, Eric et Thomas pour leurs conseils et critiques qui ont été bénéfiques à la réalisation de ce travail.

A tous nos amis et à toutes ces personnes, qui d'une manière ou d'une autre ont été d'un soutien et d'un apport dans la réalisation de ce travail et durant notre cursus universitaire.

## **SIGLES ET ACRONYMES**

**AQUASOU** : Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence.

**AMA** : Agence des Musulmans d'Afrique

**AMIU** : Aspiration Manuelle Intra-Utérine

**CCC** : Communication pour le Changement de Comportement

**CHUYO** : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo

**CHN** : Centre Hospitalier National

**CHR** : Centre Hospitalier Régional

**CM** : Centre Médical

**CMA** : Centre Médical avec Antenne chirurgicale

**CPN** : Consultation Pré-Natale

**CSPS** : Centre de Santé et de Promotion Sociale

**ENSP** : Ecole Nationale de Santé Publique

**FNUAP** : Fonds des Nations Unies pour la Population

**HTA** : Hyper-Tension Artérielle

**ICP** : Infirmier Chef de Poste

**INSD** : Institut National de la Statistique et de la Démographie

**IRD** : Institut de Recherche pour le Développement

**IST** : Infection Sexuellement Transmissible

**MAE-F** : Ministère des Affaires Etrangères -Français

**MEG** : Médicaments Essentiels Génériques

**MSR** : Maternité Sans Risque

**OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PSP** : Poste de Santé Primaire

**SAGO** : Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique

**SIAO** : Salon Internationale de l'Artisanat de Ouagadougou

**SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

**SMI** : Santé Maternelle et Infantile

**SSP** : Soins de Santé Primaire

**UNICEF** : Fond des Nations Unies pour l'Enfance

**ZACA** : Zone d'Activité Commerciale et Administrative



SR est une jeune fille de 16 ans. Elle a été contrainte par son père à quitter la demeure familiale<sup>1</sup> à la suite d'une grossesse dont elle ignore l'auteur. Elle s'est alors retrouvée chez sa tante. Selon elle, sa grossesse s'est déroulée sans trop de difficultés. C'est vers le 9<sup>e</sup> mois de sa grossesse qu'elle a effectué sa première et unique consultation prénatale (CPN). SR raconte qu'elle a commencé à ressentir des douleurs au bas-ventre au soir d'un samedi. Elle a informé sa tante qui lui a demandé d'attendre le dimanche pour se rendre à la maternité. Le dimanche à 5h du matin, la poche des eaux de SR s'est rompue. Au lever du jour, au lieu de conduire SR à la maternité comme prévu, la tante est partie de la concession et n'est revenue qu'à la fin de la journée. A son retour, elle apprend que les douleurs de sa nièce sont plus intenses et elle décide alors de la conduire à la maternité du CSPS du secteur 28 (à environ 2 kilomètres de leur domicile). SR et sa tante prennent la route à pied, mais elles rebroussent chemin à cause d'une pluie qui se préparait. Elles reprendront la route plus tard dans la nuit. SR raconte qu'elle avait des difficultés pour marcher et qu'elle a fini par s'asseoir. Comme elle n'arrivait plus à se relever, un homme, qui passait par là, a appelé un taxi et a remis à la tante 1000FCFA pour la course. Quand elles sont parvenues à la maternité, SR a été reçue dans la salle d'accouchement. Les agents de santé lui ont annoncé qu'elle était en travail et l'ont sermonnée sur le fait qu'elle ne soit pas venue plus tôt. Elle a reçu, ensuite, la consigne d'attendre dans la salle d'attente. SR est restée dans cette attente jusqu'au lendemain (lundi). Elle entrait, à intervalles réguliers, dans la salle d'accouchement, pour le toucher vaginal. Les agents de santé auraient fait appel, à un moment donné, à la tante pour lui annoncer que SR refusait le toucher vaginal. La tante a réprimandé SR et est retournée dans la salle d'attente. L'attente s'est poursuivie toute la journée avec, par moment, des interventions de la tante pour emmener SR à obéir aux ordres des agents de santé. C'est vers 17h que les agents de santé ont annoncé à la tante la décision d'évacuer la jeune fille vers un autre centre. La tante s'est opposée à la décision d'où l'instauration d'une négociation entre les agents de santé et elle. L'accompagnante a essayé, au cours de la négociation, de faire changer d'avis les agents de santé tandis que ceux-ci tentaient de lui faire admettre la nécessité de l'évacuation. C'est vers 18h que la tante a fini par accepter la décision des soignants. Ces derniers ont fait appel à une ambulance qui est arrivée quelque temps après pour effectuer l'évacuation. SR a été admise le même jour à 18h30 dans la structure d'accueil et a subi une césarienne sept heures plus tard. SR et son bébé ont par la suite été transférés en post-opérés. Elle a quitté la maternité cinq jours après la césarienne avec son enfant.

---

<sup>1</sup> Dans la tradition moaga, lorsqu'une jeune fille qui n'est pas encore mariée prend une grossesse, la coutume exige à ce qu'elle quitte la demeure familiale pour se réfugier chez sa tante jusqu'à l'accouchement.

# INTRODUCTION

La réduction de la mortalité maternelle est aujourd'hui l'une des composantes essentielles des politiques en matière de santé au Burkina Faso. Une des solutions pour parvenir à cet objectif est de veiller à une amélioration de la qualité et de l'accès des femmes aux soins obstétricaux pendant la grossesse et l'accouchement. L'instauration d'un système de référence tente de parer aux difficultés de prise en charge des femmes enceintes au niveau des structures sanitaires de premières lignes et permet ainsi d'accéder à des soins de qualité. Cependant, le système dans son fonctionnement est confronté à de multiples obstacles qui ont un effet sur son rendement. La présence d'acteurs différents, avec chacun leurs logiques, rend problématique l'acceptation de l'évacuation. C'est ainsi que certaines femmes et/ou leurs accompagnants refusent souvent la décision d'évacuation ou ne l'acceptent qu'après des négociations, ou encore l'acceptent, mais ne vont pas dans les structures de référence.

La prise en compte de la question des évacuations dans une optique socio-anthropologique nous semble donc nécessaire afin de saisir les modalités d'évacuation et les interrelations entre les différents acteurs.

Cette étude s'inscrit dans le volet socio-anthropologique du Programme d'Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence dans les pays en développement (AQUASOU)<sup>2</sup>. Le programme a pour objectif de contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales à travers une amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux. Le programme a été instauré dans les 17 pays de la SAGO (Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique). La composante II du programme (il en compte quatre) qui a pour but essentiel d'améliorer l'accessibilité socio-culturelle, financière et géographique aux soins obstétricaux dans quelques

---

<sup>2</sup> Projet FSP 2001-149 (MAE-F), 2003-2005

maternités pilotes, se déroulera dans quatre de ces 17 pays : le Burkina Faso, le Cameroun, le Sénégal et le Bénin. Au Burkina Faso, c'est le district sanitaire du secteur 30 de Ouagadougou qui a été choisi comme site du projet.

Nos recherches se sont effectuées dans deux maternités dudit district (la maternité du CSPS du secteur 28 et celle du CMA du secteur 30) et au sein de la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO).

Notre travail sera présenté en deux parties. La première partie sera consacrée à la construction de notre objet d'étude et à la présentation de la méthodologie utilisée. Dans la deuxième partie, nous présenterons les résultats de nos recherches sur le terrain.

**PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET  
METHODOLOGIE**

# CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE

## I- Enoncé du problème

La question de la santé maternelle est, de nos jours, au centre des préoccupations des politiques sanitaires dans le monde et particulièrement dans les pays en développement (Ouédraogo, 2005). L'OMS estime que chaque année, 500.000 femmes meurent dans le monde pendant leur grossesse ou lors de l'accouchement. Le ratio de mortalité maternelle est de moins de 10 pour 100.000 naissances vivantes dans les pays développés tandis qu'il varie de 500 à 2000 pour 100.000 naissances vivantes dans les pays en voie de développement. Cette situation s'explique par le fait que, dans la plupart des pays en développement, l'accessibilité aux soins obstétricaux en général et aux soins obstétricaux d'urgence en particulier reste préoccupante. Il a été reconnu à la conférence régionale sur la maternité sans risque tenue à Niamey (Niger) en 1989 que « un nombre élevé de ces femmes meurent misérablement, dans de grandes douleurs, faute de services de santé appropriés vers lesquels elles auraient pu être dirigées préventivement ou en urgence »<sup>3</sup>.

La prise de conscience de la gravité de cette situation a conduit les institutions internationales à s'élever contre ce drame. C'est ainsi qu'en 1987 trois organismes internationaux que sont l'OMS, la Banque Mondiale et le FNUAP se sont associés pour organiser une conférence internationale sur la Maternité Sans Risque (MSR) à Nairobi (Kenya). L'objectif de cette conférence était de définir des stratégies pour réduire le taux de mortalité maternelle de près de la moitié à

---

<sup>3</sup>République du Niger (Niamey) 1989, Conférence régionale sur la maternité sans risque pour l'Afrique Francophone au sud du Sahara, Rapport final, p : 14 (Allocution de Mr Stanislas Adotevi, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique)

l'an 2000<sup>4</sup>. La conférence de Nairobi a donné suite à une série de rencontres et initiatives régionales parmi lesquelles la Conférence Régionale pour l'Afrique Francophone au Sud du Sahara sur la Maternité Sans Risque en 1989. Elle a été organisée du fait de la faible participation des états francophones à la première conférence. Cette conférence qui s'est tenue à Niamey (Niger) a lancé un appel exhortant chaque pays à élaborer un plan d'action pour la lutte contre la mortalité maternelle (République du Niger, 1989). L'un des objectifs du millénaire pour le développement (OMD), fixés en septembre 2000 lors de l'une des plus grandes réunions des chefs des Etats membres des Nations Unies, consistait à œuvrer pour une réduction de 3 /4 du taux de mortalité maternelle d'ici l'an 2015.

Depuis ces rencontres et conférences, une plus grande attention est accordée à la question de la mortalité maternelle dans les différents pays et surtout dans ceux en développement. Des politiques et des stratégies sont adoptées par les Etats en vue de parvenir aux objectifs des conférences.

Cependant, en dépit des conférences et des réunions sur le thème de la mortalité maternelle, la situation n'est pas encore brillante. Même si elle s'est légèrement améliorée, il reste que la réduction de la mortalité maternelle demeure toujours un défi pour les pays en développement. L'accès aux soins au cours de la grossesse et de l'accouchement reste un problème pour les femmes, ce qui contribue à mettre en péril la vie de milliers d'entre elles. Ces décès maternels au cours de la grossesse et de l'accouchement ont pour causes directes l'éclampsie, les hémorragies, les dystocies, l'anémie et les infections, qui pour leur part sont liées à l'insuffisance de la couverture sanitaire, au manque de personnel qualifié, aux transferts tardifs ou à l'inaccessibilité des centres de référence.

---

<sup>4</sup> Ministère de la santé, 1998 (septembre), Stratégie nationale pour une maternité sans risque 1998-2000, Burkina Faso

Le Burkina Faso à l'instar des autres pays en développement ne connaît pas une meilleure situation. Le pays connaît en effet l'un des ratios de mortalité maternelle les plus élevés en Afrique. Ce ratio était estimé en 1986 à 610 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (Ministère de la santé, 1998). Les estimations de l'OMS et de l'UNICEF en 1990 donnent des ratios plus élevés de 910 pour 100.000 naissances vivantes. Les données de l'INSD, en 1991 font état d'un ratio de 566 pour 100.000 naissances vivante. En 1998, il serait passé à 484 décès pour 100.000 naissances vivantes selon l'enquête démographique et de santé (EDS, 1998-1999). Malgré cette légère baisse, la question de la mortalité maternelle demeure toujours un important problème de santé publique au Burkina Faso. L'accès aux soins obstétricaux d'urgence s'avère problématique pour les femmes enceintes du pays. Dans sa politique nationale de santé, l'Etat s'est fixé pour objectif de réduire le taux de mortalité maternelle et infantile. C'est dans ce sens qu'il a développé des mesures pour rendre plus fonctionnel le système de référence et de contre-référence dans le système de santé. Cette organisation devrait permettre de résoudre les difficultés d'accessibilité aux soins obstétricaux d'urgence chez les femmes qui ne peuvent pas être prises en charge dans les formations sanitaires de premier échelon. Le système de référence apparaissait, en ce moment, comme un des moyens et non des moindres pour réduire le ratio de mortalité maternelle et néonatale.

Cependant, la situation nationale des évacuations fait état d'une défaillance dans le fonctionnement du système de référence et d'évacuations tardives avec pour conséquence, un fort taux de décès maternel dans les structures de référence imputables aux évacuations tardives (Ouédraogo, 2005). Dans le district sanitaire du secteur 30, il est question d'une faiblesse du taux de référence (3, 48)<sup>5</sup>, d'un non respect du circuit de référence par les acteurs et d'un dysfonctionnement du système (faible taux de contre-référence, évacuation sans

---

<sup>5</sup> Ce taux a connu une évolution depuis l'ouverture du bloc opératoire du CMA du secteur 30 en août 2003 et l'instauration d'un service continu 24h/24 depuis octobre 2004.

fiche...)<sup>6</sup>. On peut bien, dans ce contexte, se poser des questions sur ce qui se passe dans le fonctionnement du système de référence qui, en principe, ne devait pas avoir de difficultés pour atteindre ces objectifs. Qu'est-ce qui explique les évacuations tardives ?

Avant tout propos, il nous paraît opportun d'examiner les différents aspects de la question à travers la littérature.

## **II- Revue de littérature**

Le domaine de la santé maternelle a fait l'objet de plusieurs études. Celles-ci ont été effectuées aussi bien par des professionnels de santé que par des chercheurs en sciences sociales. Compte tenu de leur abondance, nous avons choisi celles qui se rapprochent de notre sujet et nous les présentons ici à travers une distinction thématique.

### **II.1- Du système de santé au système de référence**

Les services de santé dans bien des pays africains sont organisés selon une structure pyramidale en vue de couvrir les zones urbaines et rurales. Cette organisation répond d'une part au besoin de décentralisation de ces services de santé en vue de les rendre accessibles à toutes les populations aussi reculées soient-elles (Bossyns, 1994). Elle s'inscrit d'autre part dans un principe de rationalisation des soins puisqu'il n'est pas possible, pour une question de coût et d'efficacité du système, de disposer de personnels spécialisés et d'un certain type de matériels (bloc opératoire par exemple) dans chaque structure de base (*Ibid.*). De ce fait, l'offre de soins et le plateau technique deviennent plus performants et le personnel beaucoup plus qualifié à mesure qu'on monte dans la pyramide sanitaire (Gobatto, 1999). Dans ce système de santé pyramidal, les

---

<sup>6</sup> OUEDRAOGO H.C.T. *et al.*, 2003 (janvier), Etude sur l'offre de santé dans les secteurs 28 et 29 du district sanitaire du secteur 30 de Ouagadougou.



différents éléments sont organisés en complémentarité les uns avec les autres et entretiennent les interrelations nécessaires pour proposer des soins de santé optimaux aux populations (Barro, 2003). Chaque agent de santé doit théoriquement coordonner ses activités en fonction des autres soignants de la pyramide.

La base de la pyramide, qui est le premier niveau de contact de la communauté avec le système de santé, est constituée de petites structures sanitaires (dispensaires, centres de santé, postes de santé primaires). Après la base, vient le niveau intermédiaire qui est composé des centres médicaux (CM) et des centres hospitaliers régionaux (CHR) et qui apparaît comme le niveau de référence pour les structures sanitaires de base. Le sommet, quant à lui, est représenté par les centres hospitaliers nationaux et constitue le dernier niveau de soins dans la pyramide sanitaire.

L'offre de soins n'étant pas la même au niveau des différentes strates de la pyramide sanitaire, des stratégies sont mises en place pour pallier l'insuffisance de la prise en charge au niveau des formations sanitaires de base et pour veiller à une continuité des soins. L'une de ces stratégies consiste en l'instauration d'un système de référence.

## **II.2- Le système de référence : son rôle et sa situation**

Le système de référence peut être défini comme un ensemble de dispositions prises, dans le mécanisme de prise en charge des patients dans un système de santé, afin d'adresser un malade d'un échelon inférieur à un échelon supérieur pour une meilleure prise en charge médicale (Thieba *et al.*, 2003). Composante essentielle des soins de santé primaire, le système de référence joue une fonction d'appui aux formations sanitaires de faible niveau de compétence. Pour Bossyns P. (1994 :16) « l'origine, voire l'obligation d'avoir un système de référence,

surtout en ce qui concerne un district sanitaire peut être résumée par la platitude que tout le monde ne peut pas disposer d'un hôpital dans son jardin. Dès lors que le système ne peut pas organiser tous les soins tout près de la population, il est obligé de s'organiser afin de parvenir à parer aux éventualités d'un besoin en soins plus performants ». Fendal ajoute que dans les pays à faibles ressources, le système de référence est la seule voie pour fournir un service de santé à un niveau modeste pour tout le peuple et encore pour produire en même temps les standards les plus élevés pour tous dans un besoin urgent (Ouédraogo, 2002). Le système de référence a été instauré à ses débuts pour servir de complément au principe des soins de santé primaires (SSP) qui consiste à traiter les gens à un premier niveau aussi près que possible de leur habitation avec toute la compétence nécessaire (De Brouwere & Jahn, 2001). Le système de référence permet donc aux populations d'accéder aux soins qui ne sont pas susceptibles d'être administrés à la base et de prendre en charge certaines complications survenant dans des contextes d'urgence.

Dans le domaine de la santé maternelle et infantile l'importance du système de référence n'est plus à démontrer. La fonction d'appui de la référence est de toute importance pour la grossesse et l'accouchement puisqu'une série de complications, potentiellement vitales pour la mère, nécessitent une prise en charge et des compétences qui sont seulement disponibles aux plus hauts échelons de la pyramide (OMS, 1992). L'évacuation en cas de complications constitue, selon Olivier de Sardan *et al.* (1999), le principal moyen pour réduire la mortalité et la morbidité maternelle dans les campagnes. Cette importance du système dans la prise en charge des urgences et surtout les urgences obstétricales a conduit les différents pays à l'introduire dans leur système de santé. Il est cependant confronté à de nombreuses difficultés qui entravent son bon fonctionnement. Bossyns P. (1994), dans ses travaux sur le système de référence au Niger a, en effet, montré que le fonctionnement du système était influencé par une multitude de facteurs. Ce sont notamment les facteurs d'ordre humain

(personnel de santé et usagers), économique, géographique et matériel. Ces différents facteurs agissent sur les références et les évacuations contribuant, de ce fait, à rendre le système de référence moins performant. Ouédraogo I.B. (1989 : 42) dans son étude sur les facteurs de mortalité maternelle au Burkina Faso faisait ressortir que « la majorité des décès maternels dans les structures de référence est constituée par les patientes évacuées ». Ainsi, l'évacuation qui, en théorie, devrait permettre à la femme enceinte d'avoir accès à des soins plus performants et de sauver sa vie, n'atteint pas toujours dans la pratique ses objectifs. Cet état de fait est imputable, selon les différents auteurs, aux évacuations tardives et aux retards dans la prise en charge des patientes au niveau des structures de référence.

- **Les évacuations tardives**

Pour Sépou A. *et al.* (2000), une évacuation est jugée tardive lorsque le diagnostic évaluant la gravité est erroné et quand les possibilités d'une bonne prise en charge de la patiente sont dépassées. Les évacuations tardives ont plusieurs causes.

### **Les longs séjours dans les structures de base**

Les évacuations ont lieu après que les patientes aient effectué de longs séjours dans les structures de soins. Ouédraogo I.B. (1989) a fait état d'une durée de séjour allant de 4 heures à plus de 48 heures dans les maternités qui réfèrent au CHUYO, tandis que Ouédraogo P.A.B. (2002), dans le cadre des maternités de base de la ville de Ouagadougou (Burkina Faso), enregistre des séjours allant parfois jusqu'à 11 jours. Les raisons avancées pour expliquer ces longs séjours sont diverses. Pour certains auteurs, elles seraient imputables aux prises de décision tardives par les agents de santé. Ouédraogo P.A.B. (2002) les explique

par un manque de compétence des agents de santé ainsi qu'une mauvaise surveillance des patientes. Ces situations aboutissent à un retard dans la prise de la décision d'évacuation.

Pour Gruénais M.E. *et al.* (2001) ce ne serait pas la compétence mais plutôt une autre situation qui conduit les agents de santé à référer tardivement les patientes. Effectués dans l'ouest du Cameroun, leurs travaux ont montré que certains agents de santé avaient tendance à « *confisquer* » (p : 105) les patientes car ils entrevoient tous les avantages (économiques et sociaux) qu'ils peuvent tirer des parturientes s'ils les aident jusqu'à la dernière minute. Ils vont par conséquent au-delà de leur compétence et n'hésitent pas à garder dans leur formation sanitaire des femmes à haut risque obstétrical pour ne les référer qu'à des moments où leur état sanitaire s'avère très critique. Les travaux de Sepou A. *et al.* (2000) abondent dans le même sens. Ils évoquent comme raison aux retards dans les prises de décision d'évacuation par les agents de santé de Bangui (Centrafrique), le clientélisme. Ces agents de santé considèrent les patientes à leur charge comme des clientes qu'il faut garder à tout prix.

Diarra A. (2001 : 30), pour sa part, attribue la prise de décision tardive aux perceptions que les agents de santé ont de l'évacuation d'une patiente. Cet auteur a montré dans son étude effectuée dans trois structures de soins à Bamako (Mali) et dans ses environs que la référence n'était pas toujours perçue par les agents de santé comme un fait normal dans l'acte de soins. Ils considèrent très souvent la référence comme un « *aveu d'incompétence* » aux yeux de leurs collègues (surtout ceux du niveau supérieur) et des patients. Cela conduit les agents de santé à référer tardivement ou à ne pas référer les patientes.

Cependant, même si les agents de santé sont les principaux acteurs dans la prise de décision d'évacuation, la responsabilité des longs séjours ne leur revient pas uniquement. Une appréhension conséquente du mécanisme des évacuations tardives nécessiterait une analyse des autres facteurs qui l'influencent. En effet, Goma B. (2001 : 61), en Centrafrique, faisait ressortir que « les évacuations qui

se passent mal peuvent mettre en jeu une série d'évènements qui contribuent à disculper les personnels de santé ». La décision d'évacuation au niveau des agents de santé peut être prise dans les meilleurs délais, mais plusieurs facteurs émanant des patientes et de leurs familles vont contribuer à retarder l'évacuation. Il cite comme facteur le manque de moyens financiers. L'état de dénuement des populations impose, selon lui, de longs temps pour collecter la somme nécessaire à l'évacuation et à la prise en charge au niveau supérieur. Les frais de transport en ambulance comme en taxi doivent être payés avant l'évacuation.

En ce qui concerne la responsabilité des usagers dans les longs séjours, Diarra A. (2001) évoque, quant à elle, les perceptions que ceux-ci ont des évacuations. L'assimilation de l'évacuation à la mort et à la césarienne conduit les femmes et leur entourage à mettre du temps avant d'accepter la décision d'évacuation.

### **Les recours tardifs aux structures de santé par les femmes**

L'un des facteurs qui contribuent aux évacuations tardives serait le recours tardif aux structures de santé par les femmes. Dans le processus de prise de décision de recourir aux structures de soins par les usagers, la qualité perçue des soins, la sévérité perçue de l'affection, et les concepts étiologiques locaux jouent des rôles décisifs (Brouwere et Jahn, 2001). Certaines patientes hésitent à recourir à la maternité « pour une grande part à cause de l'attitude et du très peu de compétences relationnelles du personnel de santé » (*Ibid.* :244). Les femmes ont des structures sanitaires, l'image de lieux où l'on est mal accueilli et mal pris en charge. Ces différentes perceptions qu'elles ont de la prise en charge dans les structures sanitaires vont par conséquent les conduire à mettre du temps avant de recourir à ces structures. Vidal L. *et al.* (2003) au Sénégal, évoquent de leur côté, la méconnaissance par les femmes des signes de gravité en cours de grossesse ou en début de travail, nécessitant un recours rapide aux structures de

soins. Cette méconnaissance des signes de danger (signes qui pourtant devaient leur être enseignés au cours des CPN) va conduire les patientes à ne recourir aux services de santé que dans un état d'extrême gravité.

Les représentations sociales qui entourent la grossesse et l'accouchement jouent également un rôle dans le recours tardif des femmes aux structures de soins. En effet, la femme au moment de l'accouchement doit montrer sa bravoure par sa capacité à supporter la douleur de l'accouchement (Ouattara, 1999). Dans son étude sur les accouchements à domicile au Burkina Faso, Zongo S. (2005 : 61) a fait ressortir que « les va et vient incessants entre la maternité et le domicile pour l'accouchement ou pour tout autre motif sont perçus par l'entourage de la femme comme une peur de l'accouchement, une incapacité pour la femme à supporter les douleurs ». Dans des contextes pareils, la tendance consistera à supporter aussi longtemps que possible la douleur à la maison, au point que certaines femmes finissent par accoucher à domicile.

### **La mauvaise organisation du système de référence et évacuation**

De l'avis de certains auteurs, c'est une mauvaise organisation du système de référence et évacuation qui serait à la base des évacuations tardives. Souvent, les agents de santé des structures de base n'ont pas accès aux moyens de communication ni aux moyens de transport pour les évacuations (De Brouwere & Jahn, 2001). La recherche d'un moyen de transport pour évacuer et l'impossibilité de joindre par téléphone les ambulances des structures de référence contribuent à retarder les évacuations. Les travaux de Nguembi E. *et al.* (2002) en Centrafrique évoquent, pour leur part, les frais du transport à la charge des patientes et leurs familles ainsi que l'obligation de paiement de ces frais avant l'évacuation. Ils pensent que les parents des patientes éprouvent, très souvent, des difficultés à rassembler les moyens financiers indispensables à l'évacuation. Leur demander, dans ce contexte, de payer les frais de transport et

de surcroît avant l'évacuation ne peut que retarder celle-ci. Olivier de Sardan J.-P. *et al.* (1999), quant à eux, remettent en cause le suivi de l'échelonnement de la pyramide sanitaire en situation d'évacuation dans le milieu rural nigérien. L'obligation de passer par les échelons intermédiaires constitue, de leur point de vue, un facteur qui retarde la prise en charge des patientes. Ils estiment que les échelons intermédiaires n'ont souvent guère de moyens et de compétences à leur disposition que les structures de base qui réfèrent les patientes. Or, le passage obligé par l'échelon intermédiaire impose souvent des parcours de plusieurs dizaines de kilomètres avec les conséquences que cela comporte en terme de délais et de coûts, avant de parvenir au dernier niveau de la pyramide sanitaire.

### **Les distances et l'accessibilité géographique des structures de référence**

Les parcours de longues distances ainsi que l'inaccessibilité géographique des centres de référence (surtout dans le cas des évacuations en provenance des zones rurales) contribuent à rendre long les temps d'évacuation et à aggraver l'état sanitaire des patientes. Sépou A. *et al.* (2000) ont montré que les évacuées qui décèdent le plus sont celles pour qui la distance parcourue a été longue. Les pertes de temps par le transport, selon Ouédraogo I.B. (1989), se situent essentiellement sur les parcours village-centre médical. Le manque de moyens de transport et le mauvais état des routes (surtout en saisons pluvieuses) rendent difficiles l'évacuation des patientes. Il est très courant que les évacuations dans ces cas de figure s'effectuent à vélo ou avec des charrettes sur des routes très souvent impraticables. Les patientes parviennent dans un état sanitaire aggravé dans les structures de références.

Plusieurs raisons concourent donc à retarder l'évacuation des patientes. Cependant ces retards des évacuations ne sont pas les seules causes de décès des patientes évacuées. L'évacuation en elle-même peut se dérouler dans les délais, mais des retards dans la prise en charge au niveau des structures de référence



peuvent contribuer, selon certains auteurs, à aggraver l'état des patientes et même à causer leur décès.

- **Les retards de prise en charge au niveau des structures de référence**

Le décès de certaines patientes évacuées est très souvent la conséquence de longues attentes avant la prise en charge dans les structures de référence. Pour Ouédraogo P.A.B. (2002) le retard dans la prise en charge immédiate des patientes est dû à la surcharge de travail, soit parce que la structure reçoit en même temps plusieurs patientes et ne dispose plus de place pour en accueillir, soit parce qu'il y a un manque de personnels de santé. Gruénais M.-E. *et al.* (2001) évoquent plutôt l'absence des personnels qualifiés (notamment les médecins, chirurgiens, anesthésistes...) pour une prise en charge donnée à l'admission des patientes. Une attente, de ce fait, s'impose le temps de joindre ces agents de santé.

D'autres auteurs l'expliquent par le mauvais fonctionnement des systèmes de prise en charge des urgences. Le principe de recouvrement des coûts tel qu'il est appliqué par les personnels de santé dans des centres de santé centrafricains retarde la prise en charge des urgences obstétricales (Goma. 2001). Ce principe consiste à payer avant d'être prise en charge. Cela fait que la prise en charge n'est plus liée au tableau clinique que présente la patiente à son admission, mais plutôt à sa capacité de disposer immédiatement de la somme d'argent nécessaire. Lorsque les familles ne disposent pas sur place des moyens financiers, elles seront dans l'obligation d'aller à la quête de ceux-ci. Or, le temps que prend la collecte de l'argent nécessaire au paiement des soins retarde d'une manière considérable la prise en charge et augmente les risques encourus par la patiente et son enfant.



Une évacuation qui se solde par un décès de la femme ou de son enfant est donc le résultat d'une multitude de facteurs. Ces facteurs peuvent agir individuellement ou interagir au moment de l'évacuation.

### **III- Problématique de recherche**

L'analyse des différents travaux montre que les références et évacuations sont très importantes en matière de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. Elles sont tout de même influencées par une série de facteurs contribuant à les rendre moins performantes. Cela engendre de ce fait un certains nombres de conséquences sur la qualité des références et évacuations. Les différents auteurs, dans le souci d'appréhender les facteurs qui entravent le bon déroulement des évacuations, ont fait état des questions inhérentes aux agents de santé et aux populations, à la distance et à l'accessibilité géographique (en ce qui concerne les évacuations en provenance des zones rurales). Ils ont aussi évoqué la mauvaise organisation du système de référence et évacuation. Cependant, ces études bien que significatives présentent tout de même des limites. Bon nombre de ces études se sont déroulées uniquement au niveau des structures de référence. Cela ne permet pas de saisir toute la complexité des situations d'évacuation et de comprendre du même coup la manière dont les différents facteurs sus cités agissent dans ces situations. Les études qui s'en rapprochent au niveau du Burkina Faso restent à approfondir parce qu'elles ont essentiellement été effectuées par des spécialistes en santé publique ou par des agents de santé. Ces études présentent une description générale de ce qu'est l'évacuation et des facteurs qui l'entravent. Nous estimons qu'une analyse qualitative de l'ensemble du processus d'évacuation, partant des structures de base où sont prises les décisions, s'impose afin de mieux cerner la question des évacuations et ses déterminants.

La réflexion va porter de façon spécifique sur la question suivante :

Quelles sont les conduites des différents acteurs impliqués dans les situations d'évacuation lors de celles-ci ?

La question se prolonge par des interrogations qui se rapportent à elle :

- \* Quelles sont les motivations qui sous-tendent ces conduites et quelles sont leurs incidences sur le déroulement des évacuations?
- \* Comment le système de référence et évacuation dans son fonctionnement assure-t-il le transport des patientes évacuées ?
- \* Comment s'effectue la prise en charge médicale des patientes dans les situations d'évacuation ?

#### **IV- Intérêt de la recherche**

Inscrite dans une dynamique de recherche socio-anthropologique, la présente étude tente de contribuer à la compréhension de la question des références et évacuations des femmes enceintes à travers une analyse des situations d'évacuation et des conduites des différents acteurs au cours de celles-ci.

L'étude servira aussi de complément à l'enquête menée sur les évacuations sanitaires dans le district sanitaire du secteur 30 dans le cadre de l'analyse situationnelle du district<sup>7</sup>. Cette analyse effectuée en 2003 au compte du programme AQUASOU avait fait l'état des lieux de l'offre des soins obstétricaux dans le district et s'était intéressée à la question des évacuations sanitaires des femmes enceintes. Elle n'était cependant pas parvenue à déterminer l'attitude des acteurs en situation d'évacuation et l'issue des évacuations. La présente étude permettra d'analyser les situations d'évacuation afin d'y saisir les conduites des différents acteurs impliqués ainsi que l'issue des évacuations.

---

<sup>7</sup> Programme AQUASOU (Projet FSP 2001-149), 2003, Analyse situationnelle du secteur 30 Ouagadougou

## **V- Objectifs de l'étude**

Cette étude vise à appréhender la question des références et évacuations à travers une analyse qualitative des situations d'évacuation des femmes enceintes.

Elle a également pour objectif, dans un premier temps, de décrire les situations d'évacuation et d'identifier les facteurs qui les influencent. Elle vise dans un second temps à déterminer les conduites des acteurs impliqués et l'impact de celles-ci sur le déroulement des évacuations. Par ailleurs, nous essayerons de voir comment s'effectue la prise en charge des patientes évacuées dans les différentes structures par lesquelles elles sont passées. Tout cela nécessitera au préalable une identification des acteurs impliqués.

## **VI- Hypothèses de recherche**

### **Hypothèse principale**

Les situations d'évacuation laissent apparaître une série de conduites de la part des acteurs présents qui ont une incidence sur le déroulement des évacuations et sur leur issue.

### **Hypothèses secondaires**

- Les différentes perceptions que les agents de santé et les usagers ont des évacuations et la situation financière des accompagnants contribuent à retarder ou à accélérer la prise de décision d'évacuation.
- Les contraintes propres au fonctionnement du système de référence et évacuation retardent le processus d'évacuation des femmes enceintes.
- La rapidité de la prise en charge médicale des patientes en situation d'évacuation est fonction de l'état que présentent ces patientes à l'admission, des moyens financiers dont disposent les accompagnants et

de la nature des systèmes de prise en charge mis en place dans les différentes structures d'accueil.

## VII- Définition des concepts

**Référence/ évacuation** : ces deux termes sont très souvent utilisés l'un pour l'autre aussi bien dans le domaine de la santé que celui de la recherche. Les différents professionnels de la santé ne font très souvent pas la différence entre ces termes lorsqu'ils les emploient. Cependant référence et évacuation, même s'ils désignent tous les deux « tout mouvement vers le haut de la pyramide sanitaire d'individus en quête de soins » (De Brouwere & Jahn, 2001 : 241), présentent des différences en fonction du contexte et de la manière dont est effectué ce mouvement.

En effet, la référence est utilisée pour désigner l'envoi d'une patiente à un échelon supérieur pour une consultation spécialisée ou une recommandation d'accouchement en milieu hospitalier en dehors d'une urgence. Il s'agit d'une situation à « *froid* » où le pronostic vital de la patiente n'est pas en jeu. La pathologie est certes présente, mais se trouve à l'état embryonnaire et ne constitue pas en ce moment un risque (Vidal *et al.*, 2003). C'est-à-dire que l'agent de santé, lorsqu'il reçoit la patiente aux cours d'une consultation ou lors des CPN, constate des facteurs de risque dont la prise en charge ne peut s'effectuer à son niveau et donne par conséquent son avis à la patiente pour se faire soigner à un échelon supérieur, que ce conseil soit suivi ou non (De Brouwere & Jahn, 2001). Cette référence peut être interne, c'est-à-dire qu'elle s'effectue d'un service à un autre au sein de la formation sanitaire ou entre les différents agents de la formation sanitaire en fonction de leur niveau de formation. Elle peut aussi être externe. La patiente, dans ce cas, ne reste pas dans la structure, mais reçoit la consigne d'aller vers une autre structure située plus haut dans la pyramide sanitaire. La référence s'effectue donc dans un

contexte de non urgence<sup>8</sup>. Cependant le terme est très souvent utilisé dans la littérature ou dans le jargon hospitalier pour désigner l'évacuation sanitaire.

Or, l'évacuation sanitaire entre dans le champ des pathologies d'urgence. Elle désigne le transfert d'un patient d'une structure sanitaire à une autre dans un contexte d'urgence. C'est ce que De Brouwere V. et Jahn A. (2001) ont nommé « référence urgente » pour indiquer que celle-ci s'effectue dans un contexte différent de celle de la référence en elle-même. L'évacuation est une situation « à chaud » où le pronostic vital de la patiente est en jeu et où il convient de lever l'obstacle médical en un minimum de temps et en priorité par rapport aux évènements en cours (Vidal *et al.*,2003). Elle a lieu lorsque les moyens existants dans le centre de santé où la patiente est consultée ne permettent pas de la prendre en charge médicalement sur place. La situation d'urgence prévaut dans ces moments-là et le transfert par conséquent doit se faire rapidement et dans des conditions médicalisées (transfert avec ambulance équipée et agent de santé à bord afin de prodiguer à la patiente les soins adaptés pendant le transport et ce, jusqu'à l'arrivée de l'évacuée dans la structure de référence) (Ouédraogo, 2005). Le concept qui sied à notre étude est donc l'évacuation puisqu'elle s'intéresse aux patientes qui présentent des complications nécessitant un transfert d'urgence vers les structures de référence.

**La situation d'évacuation** : la situation désigne l'ensemble des conditions dans lesquelles une personne se trouve. La situation d'évacuation dans notre contexte fait référence au processus de l'évacuation des femmes enceintes. Cette situation d'évacuation prend en compte l'instant où la patiente, qui sera évacuée, entre en contact avec le système de santé jusqu'à l'instant où elle en ressort.

---

<sup>8</sup> L'urgence dans le contexte de la santé peut être définie comme une situation pathologique grave qui risque de mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel, si elle n'est pas traitée dans les délais les plus brefs. L'urgence en obstétrique quant à elle peut se définir comme toute pathologie gravissime survenant chez une femme enceinte, pendant la grossesse, pendant le travail ou dans les suites de couches, menaçant immédiatement la vie de la mère ou celle du produit de conception et nécessitant une intervention rapide médicale ou chirurgicale. (Ouédraogo, 2002)

**Perceptions :** percevoir c'est éprouver une sensation, être en contact direct avec une réalité tangible. Cela suppose l'existence de cette réalité et qu'elle est objective. La perception pour Perreti-watel P. cité par Zongo S. (2005) renvoie à une appréhension directe d'un objet concret. Bergeron J.L. *et al.* (1979), quant à eux, définissent la perception comme étant le processus par lequel l'individu organise et interprète ses impressions sensorielles de façon à donner un sens à son environnement. Elle implique une interaction dynamique entre l'individu et la réalité objective et est fortement influencée par les caractéristiques de celui qui perçoit. Les individus étant donc différents les uns des autres, il n'est pas surprenant que leurs perceptions diffèrent très souvent.

Cette notion en sociologie est très souvent ramenée à celle de la représentation. Ce sont deux notions qui se recoupent très souvent mais cette confusion de l'avis de Perreti-watel est souvent problématique car elle ne convient pas à toutes les situations. La représentation sociale est une manière d'interpréter la réalité et qui est propre à une entité donnée. C'est un savoir du sens commun, une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, construite pour et par la pratique. Elle a une visée pratique d'organisation, de maîtrise de l'environnement et d'orientation des conduites de la société dans laquelle elle est en cours (Jodelet, 1989).

Peretti-watel montre que tandis que la perception suppose une existence réelle de l'objet et une distinction entre le réel et l'imaginaire, l'objet de la représentation est plus ou moins concret et permet d'éviter la distinction entre le réel et l'imaginaire. En outre la représentation renvoie à l'idée d'une communauté, donc homogénéité, tandis que la perception est beaucoup plus individuelle et fait appelle à l'idée d'hétérogénéité.

Du moment où nous n'avons pas affaire, dans notre étude, à un groupe homogène avec des valeurs propres à lui, mais plutôt à un groupe hétérogène, nous pensons que le concept approprié est celui de la perception sociale. La

perception dans le cas de notre étude va donc désigner la manière dont les acteurs impliqués dans la situation d'évacuation interprètent le fait d'évacuer ou d'être évacué. Les réactions et conduites de ces acteurs dans la situation d'évacuation seront donc fonction de la manière dont ceux-ci percevront le fait d'évacuer ou d'être évacué.

## CHAPITRE II : METHODOLOGIE

### I- Présentation de la zone d'étude

#### I.1- Le district sanitaire du secteur 30

Le district sanitaire du secteur 30 de Ouagadougou est l'un des 53 districts sanitaires que totalise le Burkina Faso. Situé dans la région sanitaire de centre, il est l'un des quatre districts que compte cette région. D'une superficie de 1534 km<sup>2</sup>, le district sanitaire du secteur 30 est limité :

- Au nord par le district sanitaire de Kossodo
- A l'ouest par le district sanitaire de Pissy,
- A l'est par le district sanitaire de Ziniaré et de Zorgho,
- Au sud par le district sanitaire de Kombissiri,
- Et au sud-ouest par le district sanitaire de Saponé

Sur le plan administratif et territorial, le district sanitaire du secteur 30 regroupe un des cinq arrondissements de Ouagadougou, celui de Bogodogo (avec les secteurs 14, 15, 28, 29, 30 et les villages de Yamtenga et Balkuy) ainsi que les départements de Saaba (24 villages), de Komsilga (35 villages) et de Koubri (23 villages).

Avec 425.093 habitants en 2002, la population du district sanitaire du secteur est estimée à 470.292 habitants en 2005<sup>9</sup>. Cette forte croissance de la population s'explique par l'occupation effective des habitations de "Ouaga 2000" avec son prolongement dans le département de Komsilga, l'implantation de la trame d'accueil du projet ZACA (Zone d'Activité Commerciale et Administrative) dans la zone, l'attraction des populations par le lotissement de la commune de

---

<sup>9</sup> INSD, Projection de population des districts de la région sanitaire de Ouagadougou période 2000-2005



Bogodogo, l'arrivée des populations déplacées de la Côte d'Ivoire. C'est une population constituée de plusieurs groupes ethniques notamment les Mossi (qui représentent la majorité), les Bissa, les Samo, les Peulh, les Gourounsi, ...<sup>10</sup>.

Sur le plan économique, les principales activités exercées par les populations de la zone sont entre autre le commerce, l'agriculture et l'élevage (surtout dans sa zone rurale), l'artisanat, l'industrie (avec quelques unités de production telles que la fabrique d'eau minérale de Koubri, etc.).

Le district sanitaire du secteur 30 a à son actif des structures sanitaires relevant aussi bien du domaine public que privé. Concernant le secteur public, on compte un CMA, vingt quatre CSPPS, cinq dispensaires et quatre CM. Pour ce qui est du domaine privé, on enregistre trois cabinets d'accouchement, quarante deux cabinets de soins infirmiers et treize cliniques, polycliniques et cabinets privés de soins médicaux.

Dans ce district, notre étude a concerné spécifiquement le CSPPS de Dassasgho et le CMA du secteur 30.

### **Le CSPPS de Dassasgho (secteur 28)**

Le CSPPS de Dassasgho est situé au secteur 28 dans la commune de Bogodogo et dans la partie urbaine du district sanitaire du secteur 30. Il est distant de huit kilomètres du chef lieu du district. Il est limité au nord par le CSPPS de Walyaghin relevant du district de Kossodo, au sud par le CSPPS du Juvénat fille de Saint Camille, à l'est par le CSPPS de la trame d'accueil et à l'ouest par le dispensaire de la croix rouge relevant aussi du district sanitaire de Kossodo. En fonction de sa spécificité urbaine, le CSPPS de Dassasgho est accessible dans son aire de responsabilité. Sur le plan démographique, le CSPPS couvre une population d'environ 90915 habitants. Il partage cette population avec les

---

<sup>10</sup> Ministère de la santé, 2005, Plan d'action 2005 du district sanitaire du secteur 30, Burkina Faso

formations sanitaires de la trame d'accueil, AMA (Agence des Musulmans d'Afrique) et Juvénat fille de Saint Camille<sup>11</sup>.

Les principales activités économiques de cette population sont le petit commerce (les super-marchés, les boutiques et le marché de Dassasgho) et les activités du secteur informel (soudure, menuiserie, maçonnerie, mécanique, ...).

Le CSPS dispose d'une maternité, d'un dispensaire/SMI (Santé Maternelle et Infantile) et d'un dépôt MEG (Médicaments Essentiels Génériques) .

La maternité du CSPS du secteur 28 est composée d'une salle d'accouchement avec trois tables, d'une salle d'attente, de deux salles de suites de couches (avec chacune quatre lits) et une salle d'hospitalisation. Elle offre des prestations de service telles que les accouchements, les consultations de femmes enceintes et de nourrissons, les hospitalisations de femmes enceintes, les consultations post-natales. Le personnel est constitué de trois sages-femmes, quatre accoucheuses auxiliaires, et cinq filles de salle. Il existe avec les autres unités du CSPS (Planification familiale, nourrisson, consultations prénatales, etc.), une rotation du personnel tous les trois mois. Les permanences et gardes sont presque toutes assurées par les accoucheuses auxiliaires et les filles de salle réparties en équipe. Sur les 4091 grossesses attendues dans l'année 2004, il y a eu 1880 accouchements au cours des trois premiers trimestres de cette année. Entre avril et juillet 2005 (période de l'enquête), la maternité a enregistré 493 accouchements dont 466 au sein de la maternité et 27 à domicile. Durant la même période, il y a eu cinquante cinq cas d'évacuation dont dix-sept vers la maternité du CMA du secteur 30 de Ouagadougou et trente huit vers celle du CHUYO.

### **La maternité du CMA du secteur 30 de Ouagadougou**

Le CMA du secteur 30, encore appelé hôpital de district, constitue le niveau de référence des formations sanitaires du district du secteur 30. Situé dans le

---

<sup>11</sup> Ministère de la santé, 2005 (octobre), Micro plan d'action 2005 du CSPS de Dassasgho, Burkina Faso

secteur 30 de la ville de Ouagadougou, il a été construit en 1996 grâce à un financement de la coopération italienne. Il possède les unités spécialisées suivantes : maternité (gynéco-obstétrique), pédiatrie, ORL, ophtalmologie, cardiologie, santé mentale, radiologie et service de médecine générale.<sup>12</sup>

La maternité, fonctionnelle depuis le mois de novembre 2001, apparaît comme le principal centre de référence des maternités du district. Elle réalise entre autre des accouchements, prend en charge les grossesses pathologiques et accueille les patientes évacuées. Sur le plan technique, elle dispose d'une salle d'accouchement, d'un bloc opératoire (fonctionnel depuis le 1<sup>er</sup> août 2003), d'une salle d'observation, d'une salle d'attente, d'une salle d'AMIU (Aspiration manuelle intra-utérine) et des suites de couches qui remplissent aussi la fonction d'unité de post-opéré. Sa capacité d'hospitalisation est de vingt trois lits.

Le personnel est composé de trois gynécologues, seize sages-femmes et maïeuticiens d'état, neuf accoucheuses auxiliaires ainsi que des filles de salle. Les permanences et les gardes permettent d'assurer un service continu dans les différentes unités de soins de la maternité.

## **I.2- La maternité du CHUYO**

Le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO), du nom du premier médecin du pays, est l'un des trois centres hospitaliers nationaux que connaît le Burkina Faso. A la fois sommet de la pyramide sanitaire et plus grand centre de référence, le CHUYO a été inauguré en décembre 1961. Il est situé dans la partie nord-est de la ville de Ouagadougou. Ses principales missions sont les prestations des soins curatifs, préventifs et réadaptatifs, la participation à la

---

<sup>12</sup> Ministère de la santé, 2005, Plan d'action 2005 District sanitaire du secteur 30

formation du personnel médical et l'enseignement des sciences de la santé, la prise en charge des malades évacués etc.<sup>13</sup>

Pour accomplir sa mission, le CHUYO dispose de plusieurs services parmi lesquels nous pouvons lister les urgences médicales, la maternité, la pédiatrie, l'ORL, la cardiologie,...

La maternité (ou le service de gynécologie et d'obstétrique) est située du côté sud-ouest du CHUYO. Elle constitue le dernier niveau de référence pour les maternités de la ville de Ouagadougou et celles des provinces voisines. Le service reçoit en moyenne 6000 à 7000 patientes par an et 40 à 50% de ces admissions sont des évacuations (Ouédraogo, 2005). Avec une capacité d'hospitalisation de 80 lits, la maternité offre les services que sont les accouchements, les interventions chirurgicales, les soins après avortements, les soins curatifs des patientes hospitalisées, la contraception et la planification familiale ainsi que les consultations externes.

Sur le plan organisationnel le service comprend plusieurs unités de soins dont la salle d'accouchement, le bloc opératoire, l'unité d'aspiration manuelle intra-utérine, l'unité de soins intensifs, l'unité de réanimation, l'unité de post-opéré, l'unité de grossesses pathologiques, l'unité des suites de couches, l'unité de planification familiale, le dépôt de kit.... Les soins sont assurés de façon continue, c'est-à-dire 24h sur 24h.

Le personnel soignant est composé de dix gynécologues et obstétriciens, un médecin anesthésiste réanimateur, deux aides anesthésistes, un aide opérateur, vingt six sages-femmes et maïeuticiens d'état, dix infirmiers, vingt cinq filles et garçons de salle, des stagiaires en médecine, des élèves de l'ENSP ainsi que des médecins en formation de gynécologie et d'obstétrique. L'ensemble du personnel est organisé en équipe pour assurer les permanences et gardes.

---

<sup>13</sup> Ministère de la santé, 2003 (avril) CHNYO : Comité de pilotage du projet d'établissement 2003-2007

## **II- La population de l'étude**

La population de notre étude est composée :

- **des femmes enceintes** qui ont été évacuées ;
- **de leurs accompagnants** : il s'agit des personnes (parents, voisins, amis) qui étaient présentes tout le long du processus d'évacuation ;
- **des agents de santé de la structure de départ** : la maternité du CSPS du secteur 28 ;
- **des agents des structures d'accueil** : la maternité du CMA du secteur 30 et la maternité du CHUYO.

## **III- La collecte des données**

### **III.1- La nature de l'étude**

Il ne s'agit pas, dans le cadre de cette étude, de produire des données statistiques sur les évacuations sanitaires. Notre but est de faire une analyse qualitative afin de mieux saisir les différentes perceptions ainsi que les conduites des acteurs en situation d'évacuation. Ce qui nous importe, ce n'est donc pas la quantité des personnes à interroger, mais la diversité des points de vue et discours qui renvoient à une hétérogénéité des acteurs. Nous avons pour ce faire, procédé au recueil des informations dans leur diversité et ce jusqu'à saturation.

### **III.2- Les outils de la collecte des données**

Les données de notre étude ont été recueillies à partir d'entretiens et d'observation.

- **Les entretiens**

Nous avons effectué à la fois des entretiens individuels et des discussions informelles.

### **Les entretiens individuels**

Ils ont cet avantage de permettre une interaction entre le chercheur et ses interlocuteurs. « Il s'instaure ainsi au moment de l'entretien un véritable échange au cours duquel l'enquêté exprime ses idées, son point de vue, ses perceptions d'une situation ou d'un événement, tandis que par ses questions ouvertes et ses réactions, le chercheur facilite cette expression, évite qu'elle s'éloigne des objectifs de la recherche » (Quivy & Van Campenhoudt, 1995 : 194). Nous avons mené les entretiens à partir de guides d'entretien spécifiques à chaque catégorie de nos enquêtés (cf. annexe). Les guides d'entretien comportaient des questions ouvertes élaborées à partir de thèmes. Ces différentes questions au cours de nos entretiens n'ont pas toutes été formulées dans l'ordre. Certaines questions de relance ont aussi été suscitées par le discours de nos enquêtés ce qui fait qu'elles ne figurent pas sur nos guides d'entretien (cf. annexe). Les entretiens ont été conduits en langue mooré (dans la majorité) et en français. Tous ont été enregistrés et transcrits dans leur intégralité. La durée moyenne de nos entretiens était d'environ soixante minutes. Nous avons réalisé quarante huit entretiens individuels soit vingt avec les femmes évacuées, dix-neuf avec leurs accompagnants, et neuf avec les agents de santé des différentes structures sanitaires concernées par l'étude.

Les femmes évacuées, avec lesquelles nous nous sommes entretenue, avaient un âge compris entre seize et trente quatre ans. Onze, parmi elles, avaient un niveau scolaire d'au moins deux ans (CP2), les neuf autres n'ont pas été scolarisées. Dix étaient des primigestes tandis que les dix autres avaient été enceintes plus d'une fois, même si toutes n'ont pas des enfants. Elles résident, pour la plupart, dans les secteurs 27 et 28.

Le tableau ci-dessous présente les données relatives aux activités que mènent ces femmes :

Profession	effectif
Ménagère	8
Vendeuse	7
Institutrice	1
Secrétaire	1
Comptable	1
Couturière	1
Coiffeuse	1
Total	20

### **Les discussions informelles**

Elles se déroulaient le plus souvent lors de nos observations dans les différents centres de santé. Nous sommes parvenue, par leur biais, à recueillir des informations à des moments où l'entretien ne pouvait s'effectuer (cadre pas propice, réticence face aux entretiens). Ces discussions nous ont donc permis de recueillir les discours des enquêtés réticents vis-à-vis des entretiens et ceux des femmes et de leurs accompagnants que nous avons perdus de vue par la suite pour diverses raisons.

- **L'observation directe**

L'observation directe permet de capter les comportements des différents acteurs au moment où ils se produisent sans avoir à passer par une tierce personne ou par des documents. Notre présence dans la salle d'attente de la salle d'accouchement nous a permis, à partir de notre grille d'observation

préalablement élaborée, d'observer les rapports usagers-agents de santé et les attitudes et comportements des uns et des autres en situation d'évacuation. Cela a eu l'avantage également de nous permettre d'entendre des discours auxquels nous n'aurions certainement pas eu accès au cours des entretiens. Les situations d'entretiens avec les différents acteurs nous ont permis d'observer leurs langages gestuels et de les mettre en rapport avec les discours produits.

### **III.3- Le déroulement de l'étude et les stratégies d'enquête**

Notre enquête de terrain s'est déroulée de la période du 12 avril au 31 juillet 2005. Elle a consisté essentiellement à observer et à identifier les personnes qui remplissent les critères de notre population d'étude et à recueillir leurs discours. Nous avons été, presque tous les jours, à la maternité tout le long de la période de notre enquête. Lorsqu'il se présentait un cas d'évacuation durant notre présence, nous identifions les concernés (la patiente et ses accompagnants et les agents de santé ayant décidé l'évacuation) et nous les suivions dans la structure de référence. Lorsque l'évacuation avait lieu en notre absence, nous identifions les femmes évacuées à partir du cahier des évacuations (les évacuations effectuées y sont enregistrées au jour le jour par les agents de santé). Si des évacuations avaient effectivement eu lieu, nous nous rendions dans la structure d'accueil mentionnée sur le cahier. Une fois sur place, le registre des admissions de la structure concernée nous permettait d'obtenir des informations sur la patiente et sur ce qu'il était advenue d'elle (admise ou non, heure d'admission, motif d'évacuation, diagnostic...). A l'issue de cette étape, nous procédions à la recherche de cette dernière en fonction des informations dont nous disposions. Par exemple :

- s'il s'agit d'une patiente ayant accouché, nous orientons nos recherches vers les suites de couches ;



- s'il s'agit d'une patiente ayant été césarisée, c'est vers l'unité de post-opérées que nous la recherchions.

Lorsque nous retrouvions la patiente et ses accompagnants, nous leur exposions la raison de notre présence. Ensuite nous menions des discussions informelles et prenions rendez-vous pour des entretiens à domicile, le cadre ne seyant très souvent pas à sa réalisation sur place. Cependant lorsque l'identification du domicile de certains enquêtés venait à s'avérer difficile, nous réalisions les entretiens au sein des formations sanitaires en prenant le soin de nous isoler des regards des uns et des autres. Cela se faisait lorsque l'état de santé de la patiente nous le permettait.

C'est ainsi que durant la période de notre enquête, sur les cinquante cinq cas d'évacuation que nous avons enregistrés, quarante neuf de ces patientes ont été admises dans les deux structures d'accueil. Sur ces quarante neuf patientes nous avons retrouvé trente et nous avons effectué des entretiens avec vingt d'entre elles et leurs accompagnants dont quatorze à leur domicile et six au niveau des formations sanitaires d'accueil.

Les entretiens avec les agents de santé quant à eux ont été réalisés dans les différentes formations sanitaires selon leur disponibilité. En plus de ces entretiens, nous discutons avec les agents ayant pris la décision d'évacuation et ceux ayant reçu les patientes au niveau des structures de référence, lorsque nous parvenions à les identifier.

#### **IV- L'analyse des données**

Tous les entretiens ont été enregistrés et transcrits intégralement. De même, les observations et les discussions informelles que nous avons effectuées ont fait l'objet de rapports. Par la suite, nous avons regroupé les entretiens transcrits et les rapports en fonction des acteurs et en fonction des thèmes qui émergeaient à leur lecture. Ces différents thèmes ont enfin été analysés afin de produire un

discours d'ensemble qui laisse apparaître leurs convergences et leurs divergences.

## **V- Les difficultés et les limites de l'étude**

### **V.1- Les difficultés de l'étude**

Notre étude ne s'est pas effectuée sans obstacles. En effet, nous avons été confrontés à certains moments de son déroulement à des difficultés qui par ailleurs ne sont pas sans effet sur la qualité de notre travail. Ces difficultés ont été de plusieurs ordres aussi bien du côté des femmes et de leurs accompagnants que des agents de santé.

#### **Du côté des femmes et de leurs accompagnants**

Tout d'abord, il s'est posé au cours de notre enquête des difficultés pour localiser les femmes et leurs accompagnants dans les formations sanitaires et à leur domicile. La plupart des évacuations ayant eu lieu en notre absence, nous n'avons pas réussi à retrouver certaines de ces femmes évacuées. Les raisons sont qu'elles avaient déjà quitté les structures d'accueil avant notre arrivée, qu'elles n'étaient pas dans les unités où elles étaient sensées être ou que l'évacuation n'avait pas été mentionnée à temps sur le cahier des évacuations. Pour ce qui est des domiciles, les fausses indications ainsi que les faux contacts ne nous ont pas permis de retrouver un bon nombre de femmes. C'est ainsi que sur les quarante neuf patientes ayant rejoint les structures d'accueil, nous n'avons retrouvé que trente et n'avons pu effectuer les entretiens qu'avec vingt. Nous avons ensuite été confrontée à des refus catégoriques de la part des femmes ou de leurs accompagnants à se soumettre aux entretiens et aussi à un manque de disponibilité de leur part.

En outre, les usagers, malgré nos tentatives d'explication de notre statut d'étudiante en sociologie, nous ont très souvent assimilée aux personnels soignants. Cette situation, à n'en pas douter, a eu des répercussions sur leurs discours au cours de nos entretiens.

Enfin, nous avons été contrainte par moments à réaliser des entretiens au sein des formations sanitaires soit parce que les enquêtés avaient du mal à nous indiquer leur domicile, soit qu'ils ne voulaient pas le faire. L'effet du cadre a joué à ce moment sur la qualité de ces entretiens.

### **Du côté des agents de santé**

En ce qui concerne les agents de santé, nous avons rencontré à leur niveau essentiellement deux difficultés : le manque de collaboration et la méfiance.

Au départ de notre enquête, nous avons sollicité la collaboration des agents de santé pour parvenir à identifier toutes les femmes qui ont été évacuées. Ils devaient donc prendre les coordonnées des patientes lorsque nous étions absente au moment de l'évacuation. Cela n'a jamais été fait et comme conséquence nous n'avons pas pu entrer en contact avec plusieurs de ces femmes, surtout celles qui n'ont pas rejoint les structures de référence. En plus de ce fait, certaines évacuations n'étaient pas enregistrées comme elles se le devaient dans le cahier des évacuations de la maternité ce qui fait que nous ignorions dans ces moments-là qu'il y en avait eu.

Leur méfiance, quant à elle, s'est manifestée tout au long de nos observations dans les structures sanitaires et a eu en fin de compte un effet sur nos entretiens. Lorsqu'ils ne refusaient pas notre requête pour la réalisation des entretiens, ils fournissaient le moins d'informations possibles au cours de ces entretiens, de peur selon eux de donner des informations susceptibles de les compromettre vis-à-vis de leurs supérieurs.

Même si elles ont joué sur le déroulement de notre enquête et dans une certaine mesure sur nos résultats, ces difficultés ont eu l'avantage de nous apprendre bien

de choses dans le domaine de la recherche de terrain. En effet, elles nous ont fait comprendre que la relation du chercheur avec ses enquêtés est une relation basée sur la méfiance et que par conséquent le terrain n'était jamais une chose acquise à l'avance. Le terrain constitue à chaque fois une nouvelle expérience pour le chercheur et ce dernier se doit de mettre en place des stratégies pour arriver à vaincre cette méfiance afin d'aboutir à son objectif qui est de recueillir des données.

## **V.2- Les limites de l'étude**

Les limites de notre étude sont essentiellement liées à notre population d'étude. En effet, nous ambitionnions de rencontrer toutes les femmes qui avaient été évacuées et particulièrement celles qui n'ont pas rejoint les structures de référence. Cela avait pour but de comprendre les raisons de ce non respect de la référence. Cependant, notre absence au moment des évacuations ainsi que le manque de collaboration de la part des agents de santé de la maternité ne nous ont pas permis de retrouver ces femmes et de recueillir leurs discours. Nous avons donc été obligée de mener notre étude sans cette frange de notre population d'étude. Nous pensons qu'une autre étude pourrait s'y intéresser de manière spécifique afin de produire des données là-dessus.

Se rapportant à un contexte spécifique, cette étude ne doit pas être généralisée aux évacuations sanitaires dans tous les systèmes de santé. Elle doit être, à chaque fois afin de faciliter sa compréhension, ramenée à son contexte d'étude.

**DEUXIEME PARTIE : GROSSESSE ET  
SITUATIONS D'EVACUATION**

# CHAPITRE I : DE LA GROSSESSE AU RECOURS A LA MATERNITE

## I- La grossesse et sa prise en charge

### I.1- Les perceptions autour de la grossesse

Plusieurs termes sont utilisés pour désigner la grossesse dans les différentes langues du Burkina Faso. En mooré par exemple les termes utilisés sont « *puuga* » (ventre), « *ziibo* » (charge). La femme enceinte est désignée par l'expression « *paaga ni puuga* » ou encore « *ziiba soaba* ».

La grossesse est perçue de plusieurs manières par les acteurs en présence. Les agents de santé ont une perception de la grossesse qui renvoie à un simple événement biologique comparable à une expérience de maladie. Elle est considérée comme la présence d'un « *corps étranger* » dans l'organisme de la femme avec les conséquences que cela peut entraîner sur le plan sanitaire (les malaises par exemple). Les usagers, pour leur part, perçoivent d'une toute autre manière la grossesse. En effet, elle est perçue à leur niveau non pas comme une maladie, mais comme un état normal et valorisant (Zongo, 2005) sur le plan social. La grossesse constitue un rite de passage qui permet à la femme de confirmer sa féminité et son statut marital de par sa capacité à procréer. Dans ces conditions, la grossesse n'aura de la valeur chez une femme que lorsque celle-ci est mariée. C'est ainsi qu'une grossesse hors du mariage sera mal vue par la communauté au sein de laquelle vit la femme. Dans la société moaga par exemple, cette situation peut conduire les parents de la fille à la renvoyer de la famille et elle ne pourra la réintégrer qu'après l'accouchement et l'accomplissement de certains rites.

En plus d'être valorisante pour la femme, la grossesse est également perçue par nos informateurs comme un événement à l'issue incertaine qui devra faire l'objet d'une surveillance continue jusqu'à l'accouchement. Considérée en ce moment comme un être fragile, l'entourage (conjoint, parents, beaux-parents, voisins et amis) avoue être aux petits soins envers la femme enceinte. La plupart des femmes affirment avoir constaté un changement d'attitudes des personnes qui les entouraient au moment de leur grossesse. Une de nos enquêtées évoque ici, par exemple, ses rapports avec son conjoint au cours de sa grossesse :

« En tout cas c'était l'entente parfaite. Il s'est bien occupé de moi. Je peux dire que son comportement avant la grossesse et au moment de la grossesse n'a pas été le même. Quand je lui demandais quelque chose, il faisait tout pour me l'apporter. Jusqu'à ce que j'accouche, on ne s'est pas querellé. » (Extrait entretien en Mooré avec K.J., 26 ans, une femme évacuée au CHUYO)

Les raisons évoquées pour justifier ces changements d'attitudes vis-à-vis de la femme enceinte sont selon le conjoint d'une enquêtée:

« Une femme enceinte en tout cas mérite de l'attention. Tu dois bien t'occuper d'elle, veiller à ne pas l'angoisser, pour que l'enfant qui est à l'intérieur soit en bonne santé car, si la mère est angoissée, l'enfant qui se trouve à l'intérieur (rire) sera lui aussi angoissé. Mais si tu fais en sorte qu'elle soit tout le temps heureuse, que rien ne lui manque, tout ce qu'elle demande, tu fais tout pour lui trouver ça, en fait, ce n'est pas la mère qui veut, c'est celui qui est à l'intérieur qui veut. En tout cas, du début de sa grossesse jusqu'à ce qu'elle accouche, la voilà assise elle-même, elle n'a pas été malheureuse. Je me suis bien occupé d'elle » (Extrait entretien en Mooré avec K.K., 35 ans, ouvrier, conjoint d'une femme évacuée au CHUYO)

Il faut donc œuvrer au maintien d'un bon état d'esprit chez la femme enceinte en évitant au maximum les disputes et en veillant à la satisfaction de ses désirs. Ceci constitue, selon eux, une manière particulière de manifester d'une part son attention et son attachement au bébé à naître. D'autre part, il s'agit de permettre à la femme enceinte de mener la grossesse à terme et d'éviter les complications à l'accouchement.

Comment s'effectue la prise en charge de cet événement qu'est la grossesse ?

## **I.2- La prise en charge de la grossesse**

La prise en charge de la grossesse n'est pas uniquement le fait de la femme enceinte. L'entourage de celle-ci (parents, voisins, amis et collègues) contribue à mettre en place tout un système préventif pour essayer de limiter les risques de complications de la grossesse ou de l'accouchement.

### **I.2.1- Le suivi médical**

Bien souvent, le recours au centre de santé pendant la grossesse ne s'effectue que lorsque la femme est malade (paludisme ou complications de la grossesse à travers les douleurs pelviennes, les saignements, les oedèmes etc.). Au delà de cet aspect, le principal suivi médical au cours de la grossesse demeure le recours aux consultations prénatales (CPN) communément appelées « *pesées* » à la fois par les agents de santé et par les usagers. Elles constituent le pilier de la gestion médicale de la grossesse. Dans un système de santé, les soins prénatals ont pour objectifs de prévenir, de dépister précocement et de prendre en charge les complications pouvant affecter la santé de la mère et de l'enfant à naître, mais aussi d'accompagner la femme et ses proches pendant la grossesse (Pruhal *et al.*, 2002). Elles ont également pour but de référer les grossesses dites « *à risque* » dont la prise en charge ou l'accouchement ne peut s'effectuer que dans les centres de référence. Même si elles n'ont pas une même compréhension de ces objectifs, les femmes ont une bonne appréciation des CPN. Elles sont considérées par celles-ci comme le moyen par excellence pour une bonne prise en charge de la grossesse ( Zongo, 2005).

Toutes les femmes que nous avons rencontrées au cours de notre étude disent avoir suivi leurs CPN. Le nombre de CPN par femme varie de un à quatre. En effet parmi les femmes que nous avons enquêtées, une seule a effectué une CPN. Les autres en ont effectué trois ou quatre.



L'initiative de recourir aux CPN est très souvent prise par la femme enceinte elle-même, mais il demeure que son effectivité n'est possible, très souvent, qu'avec l'accord des proches qui sont le conjoint et quelques fois les beaux-parents ou parents. C'est le conjoint qui autorise, la plupart du temps, le recours au centre de santé, d'autant plus que c'est lui qui assure les dépenses. Cet état de fait serait à la base chez certaines femmes de CPN tardives. Le cas échéant, elles ne pourront pas y avoir recours soit parce que le mari manque de moyens ou soit qu'il ne perçoit pas la nécessité d'y aller.

Concernant la CPN proprement dite, les femmes la décrivent de la façon suivante:

« Quand tu arrives, on te demande d'étaler un pagne sur la table pour te coucher. Quand tu te couches, on regarde ton visage, tes yeux, on regarde tes seins, on regarde ton ventre. Après ça maintenant, elles portent un gant et elles mettent leur main à l'intérieur pour voir. »  
(Extrait entretien en Mooré avec S.R., 16 ans, une femme évacuée au CHUYO)

En plus de cette consultation physique, des examens complémentaires sont demandés, notamment ceux de l'urine, du sang, des selles et quelques fois une échographie.

A la question de savoir si des informations leur sont fournies sur leur état après ces examens, la réponse suivante est très souvent ressortie :

« On ne nous dit rien. » (Extrait entretien en Mooré avec S.R., 16 ans, une femme évacuée au CHUYO)

Les femmes ne bénéficient la plupart du temps d'aucune information sur leur état. C'est dire qu'il y aurait un manque de communication entre les agents de santé et les femmes au cours des CPN. Les agents de santé se contenteraient donc d'examiner les femmes enceintes sans leur communiquer les résultats des examens. Or les CPN visent à recevoir les femmes, à identifier leurs éventuels problèmes et les leur communiquer avec toutes les explications possibles, avec des conseils. Les femmes, de leur côté, pour diverses raisons (crainte des réprimandes, etc.) ne posent pas les questions pour obtenir les informations qu'elles aimeraient avoir. Le contenu de ces CPN s'apparente, en fin de compte,

à l'accomplissement de tâches à la chaîne (Ouattara, 2000), sans aucun souci de communication.

Après la consultation et les examens, des médicaments sont prescrits aux femmes enceintes avec quelques fois des instructions sur le régime alimentaire et sur les travaux domestiques. C'est ainsi qu'il sera demandé à certaines femmes de ne plus manger du sel, du sucre...et à d'autres une abstention dans l'exercice de certains travaux domestiques. Ces CPN sont aussi le lieu de causeries qu'on présente très souvent sous le terme de CCC (Communication pour le Changement de comportement). Ces causeries visent à fournir aux femmes enceintes des informations sur l'allaitement, la planification familiale, les IST/SIDA etc.

Le suivi des prescriptions médicales et des instructions serait effectif selon les usagers. Certains conjoints avouent même obliger leurs femmes enceintes à les appliquer.

« Elle a fait toutes ses pesées et tous les produits qui devaient être pris ont été pris. Elle a suivi toutes les instructions à la lettre. C'est dans mes habitudes comme ça. Je lui fais suivre les instructions, même si elle ne le veut pas. » (Extrait entretien en Mooré avec K.O., 38 ans, commerçant, conjoint d'une femme évacuée au CHUYO)

Les raisons qui sous-tendent le suivi de ces prescriptions sont tout d'abord le souci de maintenir en bonne santé la femme et le fœtus, la crainte des complications de la grossesse pouvant conduire à une fausse couche, ou la peur des complications lors de l'accouchement.

« C'est pour avoir la santé. On ne savait pas pour quelles raisons on nous demandait tout ça, donc on s'efforçait de suivre pour ne pas avoir de problèmes. Quand tu ne connais pas quelque chose et quelqu'un qui est censé connaître cette chose vient te donner des instructions, tu ne peux que t'efforcer de suivre. » (Extrait entretien en Mooré avec Y.F., 23 ans, femme évacuée)

La crainte des dépenses, en cas de complication de la grossesse ou de l'accouchement, peut être aussi une des raisons du suivi de ces instructions. Les usagers voient dans le suivi des instructions un moyen de réduction de leurs dépenses au cours de la grossesse et lors de l'accouchement.

« J'avais peur que ce ne soit l'opération. Je ne voulais pas que ce soit ça, donc elle suivait tout ce qu'on lui avait dit, ce qui fait que je ne m'attendais même pas à ce que ce soit l'opération. » (Extrait entretien en Français avec S. A., 26 ans, mécanicien, conjoint d'une femme évacuée.)

En plus du suivi médical, la femme enceinte et son entourage mettent en place un autre système de suivi de la grossesse. Ce système même s'il n'a très souvent rien à voir avec celui médical, occupe tout de même une place de choix dans le bon déroulement de la grossesse.

### **I.2.2- Le suivi social**

Un certain nombre de prescriptions et d'interdictions sont mises en place par l'entourage de la femme afin de veiller au bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Ce sont des prescriptions sur le plan alimentaire, la conduite et l'exécution de rites.

#### **Sur le plan alimentaire**

La femme enceinte est soumise à un régime alimentaire tout au long de sa grossesse. Pour ce faire, elle devra éviter de manger certains aliments.

« Une femme enceinte ne doit pas manger n'importe comment. Elle ne doit pas manger les choses sucrées par exemple. Moi j'ai parlé avec celle-là en vain. Elle passait tout son temps à manger les mangues, les gâteaux. Quand je lui parlais, elle ne m'écoutait pas. Quand tu manges ces choses-là ça fait grossir l'enfant dans le ventre et ça rend ton accouchement difficile. Il faut forcément t'opérer. » (Extrait entretien en Mooré avec O.M., 32 ans, belle-mère d'une femme évacuée)

Il existe un rapport entre le régime alimentaire de la femme enceinte et la taille du fœtus. Selon les représentations populaires, certains aliments, lorsqu'ils sont consommés par la femme enceinte, font grossir le fœtus. Tous pensent aussi que les gros fœtus rendent les accouchements difficiles. Pour éviter par conséquent un accouchement difficile qui exigerait une césarienne, les personnes de l'entourage de la femme lui recommanderont un régime alimentaire qui va dans ce sens. Les aliments supposés avoir un effet sur la taille du fœtus sont certains fruits (mangues, bananes, oranges...), les aliments contenant du sucre, du sel, la

viande, les œufs, le poisson, l'eau fraîche... Ces interdits alimentaires répondent à une certaine logique même si celle-ci n'est pas toujours perceptible. En effet, elles rejoignent par moments certains aliments (sel par exemple) déconseillés par les agents de santé. Ils découlent parfois d'expériences personnelles des femmes. Une femme à qui les agents de santé ont demandé de ne plus manger du sel pour des problèmes d'œdèmes par exemple, suggèrera ce même régime à une autre et ainsi de suite. En fin de compte, les propos comme « *une femme enceinte ne doit pas manger du sel* » finissent par s'installer dans les habitudes. En outre, on s'aperçoit que bon nombre des aliments déconseillés aux femmes se révèlent être les plus coûteux. Ce qui amène Barry M.C (1996) à affirmer que c'est par souci de prévenir chez les femmes enceintes toute envie de consommer ces produits coûteux que l'entourage s'attèle à les proscrire.

Cependant, ce régime alimentaire imposé à la femme enceinte n'est pas partagé par les agents de santé. Ils estiment plutôt que leur observation ont des conséquences graves sur la santé de la femme et celui du fœtus (Barry, 1996). En effet, ces aliments jouent un rôle important dans le maintien de la santé de la femme enceinte. Demander donc à une femme enceinte de ne pas manger ces aliments revient à coup sûr à l'exposer à des risques d'anémie et de malnutrition, du reste très dangereux pour la femme enceinte.

Non seulement la femme enceinte ne doit pas manger comme elle veut, mais elle est tenue aussi d'adopter une ligne de conduite au cours de la grossesse.

### **Sur le plan de la conduite**

La femme enceinte ne doit pas se conduire de la même manière que celles qui ne le sont pas. C'est ainsi qu'elle devra éviter le port des habits serrés qui sont censés déranger l'épanouissement du fœtus. Quant aux travaux domestiques, les instructions les concernant sont quelques fois à l'opposé de celles des agents de santé. En effet, ces derniers préconisent dans le suivi de certaines grossesses une abstention dans l'exercice des travaux ou de certains travaux domestiques. Or,

l'oisiveté de la femme enceinte est perçue d'une toute autre manière par les membres de l'entourage de celle-ci. Elle est génératrice, selon eux, de difficultés lors de l'accouchement. La femme enceinte se doit donc d'éviter l'oisiveté en travaillant (même si c'est pas comme celles qui ne sont pas enceintes) et en se reposant le moins possible.

« Nous en tout cas nous avons été mariées et nous avons eu des enfants. Quand tu étais enceinte, tes belles-mères te demandaient tout le temps de ne pas trop te coucher, de te lever pour marcher et aussi de travailler un peu, un peu afin que l'enfant se remue dans le ventre pour qu'au jour de l'accouchement il ne dorme pas. Car s'il dort, ça rend l'accouchement difficile. C'est ce que nos mamans nous ont appris. Si tu dors beaucoup au cours de ta grossesse, à l'accouchement, l'enfant aussi va dormir et va prendre ainsi tout son temps avant de sortir. » (Extrait entretien en Mooré avec O.M., 32 ans, belle-mère d'une femme évacuée au CMA du secteur 30)

Il faut être constamment en mouvement pour éviter que l'enfant ne s'endorme dans le ventre et que cela ne complique l'accouchement.

La femme enceinte en se couchant ou en s'asseyant doit adopter des positions de sorte à ne pas affecter la santé du fœtus.

« Quand la grossesse est presque à terme, quand tu te couches sur un côté et ce côté s'épuise et que tu veux te retourner sur l'autre côté, tu dois te lever, t'asseoir d'abord avant de te retourner. Il paraît que si tu te retournes brusquement sans faire ça, à l'accouchement, l'enfant se présente sous une position transversale. » (Extrait entretien en Mooré avec D.H., 34 ans, une femme évacuée au CHUYO)

Elle doit également éviter les disputes avec son entourage (surtout avec son conjoint)

« Quand tu te disputes avec ton mari au cours de ta grossesse, tu accouches difficilement tant que tu ne l'avoues pas. Aussi, quand tu maltraites les enfants au cours de ta grossesse, tu accouches difficilement. Il faut qu'on appelle les enfants et que ces derniers te frappent pour que tu puisses accoucher. Quand tu es enceinte, tu ne dois pas faire la bagarre, tu ne dois pas te quereller avec les gens sinon, tu accouches difficilement. Quand les gens t'insultent et t'angoissent au moment de ta grossesse, ça rend ton accouchement difficile. Tant que tu n'avoues pas ce qui s'est passé, tu ne peux pas accoucher. Comme certaines refusent de le faire, les docteurs sont obligés de les évacuer à Yalgado pour qu'on les opère. » (Extrait entretien en Mooré avec S.R., 16 ans, femme évacuée au CHUYO)

Les disputes au cours de la grossesse agissent sur celle-ci de deux manières. D'un côté, elles peuvent jouer sur le déroulement de la grossesse et occasionner un avortement. De l'autre, une femme qui a eu beaucoup de disputes au cours de

sa grossesse aura du mal à accoucher si elle parvient à mener sa grossesse à terme. Dans certaines circonstances, seul un aveu de sa part pourrait la libérer. Il faut donc être en parfaite harmonie avec tout le monde. L'entourage de la femme, pour sa part, devra veiller au maintien de cette harmonie. Quelques fois, toutes ces précautions sont jugées insuffisantes pour assurer la prise en charge de la grossesse, d'où le recours aux rites.

### **Les rites**

Pour veiller au bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement, certains de nos enquêtés ont déclaré être passés par des rites. Ces rites se présentent sous plusieurs formes. Il peut s'agir d'accomplissement d'actes relevant de la tradition chez certains.

« Quand la femme est enceinte, on désigne quelqu'un, la grande sœur du mari par exemple, qui se lève tôt le matin avec de l'eau dans un récipient qu'elle déverse sur le ventre de la femme. C'est tout ce qu'on fait. » (Extrait entretien en Mooré avec T.E., 28 ans, belle-sœur d'une femme évacuée)

Ce geste, selon cette informatrice, permet d'une part d'officialiser la grossesse de la femme, et d'autre part de mettre la femme enceinte à l'abri des complications de la grossesse et de l'accouchement.

Tout comme il peut être question, chez d'autres, de faire des sacrifices divers. Olivier de Sardan J.-P. *et al.* (2001) évoquent cet aspect de la prise en charge de la grossesse dans le milieu rural zarma au Niger. Dans cette société cette forme de prise en charge de la grossesse passe par la consultation d'un « *zimma* » (prêtre des génies de possession) et ce dernier moyennant de l'argent et un poulet ou un bouc à sacrifier, va passer un pacte auprès d'un génie afin que la femme et sa grossesse soient protégées. La satisfaction de ces différents rites est supposée assurer un bon déroulement à la grossesse et à l'accouchement. Cependant, ces formes de prise en charge de la grossesse ont tendance de nos jours à disparaître. Une grande majorité de nos informateurs ont déclaré ne pas recourir à ces formes de prise en charge. Les raisons de ce non recours, selon un

de nos enquêtés, est la disparition des générations détentrices de ce savoir et leur méconnaissance par la nouvelle génération.

« Dans la tradition, lorsqu'une femme tombe enceinte, il y a des choses qu'on fait pour que l'accouchement soit facile. Mais ce sont nos vieux parents qui avaient ces secrets-là et nous, nous étions des enfants en ce moment. Comme nous étions des enfants, ils sont partis sans que nous ayons eu le secret de ces choses à faire, de ces médicaments. Sinon, ils avaient des choses et lorsqu'on faisait ces médicaments, le déroulement de la grossesse jusqu'à l'accouchement se passe sans problème. Ils avaient des médicaments, mais (rire) nous sommes venus à Ouagadougou et nous sommes restés longtemps de sorte qu'on n'a pas eu ces médicaments » (Extrait entretien en Mooré avec K.K., 35 ans, ouvrier, conjoint d'une femme évacuée)

Cet abandon progressif de ces aspects sociaux de la prise en charge de la grossesse serait, de l'avis de certains de nos enquêtés, la cause des difficultés que rencontrent aujourd'hui de nombreuses femmes au cours de leur grossesse et à l'accouchement et aussi pour certaines des difficultés à enfanter.

Même si elles disent ne pas toujours y croire, les femmes enceintes essaient de se soumettre aux différentes instructions qui leur sont données dans le cadre du suivi social de la grossesse. Certaines choisiraient de suivre celles qu'elles trouvent réalistes et d'abandonner celles qui ne le sont pas. Lorsque la femme enceinte ne suit pas les instructions des proches, elle se verra rappeler sa désobéissance si elle rencontre des difficultés au cours de la grossesse ou de l'accouchement. Toutefois, le constat est que bon nombre de ces stratégies de suivi de la grossesse sur le plan social ont tendance à être délaissées au profit du suivi moderne que sont les CPN.

En définitive, qu'elles soient médicales ou sociales, le but ultime des stratégies mises en place par les uns et les autres dans le suivi de la grossesse est d'œuvrer au bien-être de la mère et du fœtus tout au long de la grossesse et aussi d'assurer à l'accouchement une issue heureuse.

### **I.3- Les notions de « *grossesse facile* » et « *grossesse difficile* »**

La notion de « *grossesse facile* » et « *grossesse difficile* » est fonction du déroulement de celle-ci. La grossesse est dite « *facile* » chez la femme enceinte



et son entourage, lorsque la femme, après les malaises de début de grossesse<sup>14</sup>, ne rencontre pas beaucoup de difficultés sur le plan sanitaire et par ricochet sur le plan économique.

« En tout cas, la grossesse s'est bien passée, ça ne m'a pas fait mal, ça n'a rien fait. C'était facile en tout cas » (Extrait entretien en Mooré avec K.A, 18 ans, une femme évacuée au CHUYO)

C'est ainsi qu'une femme, qui au cours de sa grossesse ne va au centre de santé que pour ses CPN, jugera sa grossesse de « facile ». Par contre, une femme, qui tout au long de sa grossesse a été malade, parlera d'une « grossesse difficile ». La notion de « grossesse difficile » est attribuée en ce moment au fait qu'elle a été tout le temps malade, aux constants recours au centre de santé ainsi qu'aux nombreuses dépenses effectuées pour les soins.

Q : Pouvez-vous me raconter le déroulement de sa grossesse ?

R : La grossesse-là en tout cas, c'était difficile, c'était vraiment la limite des problèmes.

Q : Qu'est ce qui s'est passé ?

R : C'était vraiment fatigant pour elle. Tu prends une grossesse et finalement tu te cherches.

Q : Quels genres de problèmes elle a rencontré ?

R : La grossesse là même était une grossesse qui faisait mal, c'était une grossesse à problème. Il y avait tout le temps des ordonnances. Ils ont acheté les médicaments et finalement ils en avaient marre même. (Extrait entretien en Mooré avec O.C, 25 ans, amie d'une femme évacuée au CHUYO)

Le jugement de « facile » et « difficile » est fait en rapport avec les grossesses précédentes chez les multipares et à partir de l'expérience des proches chez les primipares. Cela fait ressortir le caractère de singularité attribué aux femmes et aux grossesses. En effet, les femmes ne vivent pas de la même manière les grossesses. Certaines vont porter leur grossesse à terme sans rencontrer de problèmes de santé, tandis que d'autres vont passer tous les neuf mois dans la maladie. Il y a aussi l'idée selon laquelle les grossesses ne seraient pas les mêmes. Une première grossesse peut être difficile et la seconde facile ou vice versa. Tous s'accordent, cependant, pour reconnaître que toute grossesse en soi

---

<sup>14</sup> Les malaises en début de grossesse sont perçus comme un fait normal dans le déroulement d'une grossesse.



est difficile voire périlleuse (Zongo, 2005) car il s'agit d'un périple à l'issue incertaine.

Lorsque la femme arrive à mener à terme sa grossesse, elle a gagné une partie de la bataille et en ce moment survient un autre adversaire de taille qui est l'accouchement. Mais en dehors de l'accouchement, d'autres raisons peuvent aussi entraîner le recours à la maternité.

## **II- Les raisons du recours à la maternité**

Les raisons qui poussent les femmes enceintes à recourir à la maternité sont l'accouchement ou les complications en cours de grossesse.

### **II.1- L'accouchement : attitudes et comportements en début de travail**

Lorsque la femme enceinte parvient à mener sa grossesse à terme, il survient le moment tant redouté de l'accouchement. L'accouchement est un événement qui fait l'objet de différentes représentations dans les sociétés africaines. Pour nos enquêtés, il est perçu comme un événement à l'issue incertaine, une période de danger pour la femme et le bébé ; ce qui explique sa prise en compte tout au long de la prise en charge de la grossesse.

Plusieurs signes annoncent le début de travail chez les femmes enceintes. Il peut se manifester, selon les femmes, par des douleurs au bas-ventre, au ventre ou au dos, par la rupture de la poche des eaux, par des contractions ou encore par des saignements.

« Mes douleurs ont commencé un vendredi. Ce jour-là, j'ai fait une grande lessive et j'ai préparé ma sauce en attendant le soir pour préparer le riz pour les enfants. J'avais mal au bas-ventre, mais je ne savais pas que c'était l'accouchement. Les pesées étaient finies et je savais qu'à tout moment ça pouvait commencer. Mais j'ai pensé que c'était des douleurs passagères parce qu'à l'approche de l'accouchement, j'avais ce genre de douleurs » (Extrait entretien en Mooré avec K.J., 26 ans, une femme évacuée au CHUYO)

« Bon, le début, y a eu, j'ai eu d'abord la perte des eaux, mais je ne sentais aucun mal » (Extrait entretien en Français avec O.M., 25 ans, une femme évacuée au CMA du secteur 30)

« ça a commencé, le samedi exactement avec des petites contractions. Je sais que c'est le samedi matin quand je me suis levée que les contractions ont commencé. Et quand je suis partie uriner, j'ai senti un peu du sang (Extrait entretien en Français avec Z.A., 28 ans, une femme évacuée au CMA du secteur 30)

Les femmes enceintes qui ont eu des signes similaires tout le long de leur grossesse ont du mal à reconnaître à travers ceux-ci un début de travail. C'est la persistance et l'intensité des signes qui va les emmener à comprendre qu'il s'agit d'un travail.

« ça a commencé le 9. Dans la nuit comme ça, j'avais mal au ventre, mais je croyais que c'était comme d'habitude, que ça allait passer. Je me lève le matin et ça ne passe pas. J'avais un peu mal. Le 10 ça allait maintenant. Toute la journée du 10 je n'ai pas eu mal. C'est le soir que ça a repris encore et ça a continué jusqu'au lendemain. J'ai ramassé mes habits vers 13h pour aller les laver et mon mari m'a dit de laisser qu'il va laver. Il a lavé mes habits. Jusqu'à 13h, ça n'allait toujours pas. J'ai dit que je vais aller montrer pour voir ce qui se passe. Effectivement, on est parti et on dit que c'est le travail qui a commencé, » (Extrait entretien en Français avec S.Z., 22 ans, une femme évacuée au CMA du secteur 30)

Dès qu'elle constate ces différents signes, la femme enceinte adopte deux sortes d'attitudes. Soit elle décide d'informer immédiatement ses proches. Cette attitude s'observe la plupart du temps chez les primigestes. Quand elle vit dans une grande famille, la femme enceinte annonce la nouvelle à son mari et ce dernier se charge d'informer les autres membres de la famille. Certaines femmes, au lieu de leur mari, préfèrent informer directement leur belle-mère, ou leur belle-sœur.

Soit elle décide d'« attendre un peu » avant de les informer. Elle supporte en ce moment les douleurs en silence et fait tout pour dissimuler sa souffrance afin qu'on ne la remarque pas. Celles qui agissent ainsi le font parce que selon elles « *il ne faut pas alarmer les proches quand on n'a pas la certitude qu'il s'agit d'un accouchement* ». En outre, aller à la maternité et revenir sans avoir accouché est jugé honteux par les femmes.

« Elle a refusé comme quoi, elle ne veut aller et puis on va aller lui dire que ce n'est pas l'accouchement. Qu'elle aura honte à son retour à la maison. Donc elle ne voulait rien nous dire et elle a demandé à ce qu'on attende » (Extrait entretien en Mooré avec O.I., 31ans, commerçant, conjoint d'une femme évacuée au CHUYO)

Le souci d'éviter les fausses alertes, génératrices de situations embarrassantes pour elles, va conduire les femmes à se taire le temps d'acquérir la certitude qu'il s'agit bien de l'accouchement.

Les représentations qui entourent l'accouchement y sont également pour quelque chose. En effet, l'accouchement dans les conceptions populaires doit être un événement de stricte discrétion. Il est une épreuve pendant laquelle une femme doit montrer son courage par sa capacité à endurer la douleur (Ouattara, 1999). Supporter donc la douleur aussi longtemps que possible est la règle chez « *la femme digne de ce nom* ».

A partir de l'instant où ils sont informés, les membres de l'entourage réagissent dans le sens de la conduite à tenir. Certains vont opter pour un départ immédiat dans une structure de santé. Ce comportement est motivé par la conscience des conséquences pouvant résulter d'une attente prolongée à la maison.

« Comme c'est sa première fois, tu ne peux pas la garder longtemps à la maison. Si tu la retiens à la maison que c'est toi qui connais et puis elle accouche dans ta main ; si tout se passe bien c'est ta chance, mais si tout se passe mal, tu seras contrainte de te réfugier au commissariat parce que ni les docteurs, ni les parents de la fille ne vont te laisser. Mais si tu vas tôt chez ceux qui connaissent, ils pourront gérer. C'est pas mieux ? Tu vas lui dire, faut attendre, ce n'est pas arrivé, ce n'est pas encore arrivé et quand l'accouchement va survenir, tu ne sauras plus comment faire » (Extrait entretien en Mooré avec T.L., 40 ans, belle-mère d'une femme évacuée au CHUYO)

La peur de voir la femme accoucher à domicile ainsi que, le souci de la survenue de complications lors de l'accouchement vont pousser l'entourage à conduire la parturiente à la maternité dès qu'elle leur annonce ses douleurs.

D'autres par contre, vont opter pour l'attente à la maison avant de recourir à la formation sanitaire. Ils justifient ce comportement par le fait qu'ils n'auraient pas « *l'envie d'aller traîner à la maternité* ». Certaines accompagnantes considèrent l'attente à la maternité comme une perte de temps qu'elles pourraient utiliser à d'autres fins (les travaux ménagers, le commerce).

« Il y a d'autres qui ne veulent pas venir traîner en maternité. Parfois, pour avoir l'accompagnante pour l'accompagner, c'est très dur. Souvent on entend : « Vous ne pouvez pas la laisser elle va partir parce que moi j'ai laissé ma famille, c'est ma voisine. Je n'ai pas

de riz, de bonnes<sup>15</sup> à la maison. » Elle lutte pour qu'elles repartent à la maison. Donc, dans ce cas-là, qu'est-ce qu'elle a pu dire à la femme à la maison pour qu'elle soit restée » (Extrait entretien en Français avec S.J., une accoucheuse auxiliaire)

Au cours de nos observations dans la salle d'attente de la maternité, il nous est arrivé de voir des accompagnantes laisser seules leurs femmes en travail ou les confier aux accompagnantes d'autres femmes en travail pour aller vaquer à leurs occupations.

Il y a des usagers qui pensent aussi que le fait d'attendre longtemps à la maternité peut amener les agents de santé à les évacuer. Pour éviter cela, ils optent de patienter à la maison avant de se rendre à la maternité

« Ce n'est pas facile hein. Quand tu arrives et que le travail n'est qu'à son début, tu souffres et tu traînes beaucoup. Si tu ne fais pas attention, on risque même de te faire aller ailleurs. C'est préférable de traîner à la maison avant de venir, comme ça quand tu arrives, tu accouches très rapidement et ça t'évite les problèmes. » (Discussion en Mooré entre deux accompagnantes au cours de nos observations)

L'idéal pour les usagers serait d'accoucher dès l'admission à la maternité ou le cas échéant peu de temps après celle-ci. Si le travail doit être long, ils préfèrent que l'attente avant l'accouchement se passe chez eux à domicile. Ils ne recourent à la maternité que lorsqu'ils jugeront le travail avancé. C'est l'intensité de la douleur en ce moment et d'autres signes (rupture de la poche des eaux, vomissements) qui vont déterminer l'avancée du travail. En effet, lorsque les douleurs deviennent plus fortes et les contractions plus rapprochées, la parturiente et son entourage vont estimer que le travail est avancé. Il faut noter que les cas d'accouchement à domicile surviennent au cours de ce genre d'attente car à force d'attendre à la maison le moment propice pour recourir à la maternité, l'accouchement en fin de compte surprend tout le monde. De même les complications que rencontrent certaines parturientes lorsqu'elles arrivent à la maternité sont consécutives à ces attentes.

La prise de décision de recourir au centre de santé peut être spontanée comme elle peut donner lieu à des tractations entre les différents membres de la famille

---

<sup>15</sup> Les bonnes sont les filles que certaines femmes recrutent pour les aider dans les travaux ménagers.

ou entre la parturiente et ces derniers. Dans ces situations de tractations, certains sont favorables au départ immédiat tandis que d'autres préconisent l'attente.

« Non, je n'étais pas là, mais elle a informé ma mère. Cette dernière lui a demandé de se préparer afin que je puisse l'amener quand je vais venir. Elle a refusé, que ça ne fait pas mal comme ça, que ça ne doit pas être l'accouchement. Quand moi je suis arrivé et elle m'a dit qu'elle avait mal au bas-ventre, j'ai su immédiatement que c'était l'accouchement. Je lui ai dit de se lever, on va partir parce que quand il fait tard, les choses se compliquent. On est resté dans les tiraillements jusqu'à 3h du matin. À 3h du matin maintenant elle a commencé à avoir beaucoup mal et moi je suis allé chercher un taxi afin de la conduire à la maternité. » (Extrait entretien en Mooré avec O.I. , 31 ans, commerçant, conjoint d'une femme évacuée au CHUYO)

« J'ai commencé à avoir des douleurs au niveau du ventre même. Bon, j'avais décidé, on avait décidé de se rendre à la maternité et la belle-sœur m'a fait comprendre qu'il fallait patienter. » (Extrait entretien en Français avec O.M. , 25 ans, une femme évacuée au CMA du secteur 30)

Ces tractations peuvent durer des heures (c'est ce qui s'est passé dans le cas de la conjointe de O.I. , l'enquêté sus cité), comme elles peuvent être brèves.

En dehors de l'accouchement, une autre raison du recours à la maternité en cours de grossesse est la survenue de complications au cours de celle-ci.

## **II.2- Les complications en cours de grossesse nécessitant le recours à la maternité**

Au cours de la grossesse, des complications peuvent survenir nécessitant un recours en urgence à la maternité. Ces complications sont de plusieurs ordres. Il peut s'agir d'une rupture de la poche des eaux avant le terme de la grossesse comme dans le cas de cette enquêtée :

« Je me suis réveillée le matin. Je suis sortie et me suis assise sur la chaise au-dehors pour manger. Quand j'ai fini de manger, j'ai commencé à avoir mal au bas-ventre. Je suis entrée dans la chambre pour essayer de me coucher. J'ai eu envie d'aller aux toilettes. J'y suis allée et quand je me suis accroupie, je n'ai pas pu me soulager. Je suis revenue dans la chambre. Je me suis accroupie et j'ai appelé mon frère pour lui dire que j'avais mal au ventre et qu'il fallait qu'il m'emmène au dispensaire. Le temps qu'il arrive, j'ai senti de l'eau qui coulait entre mes jambes. Ça coulait, ça coulait, ça a beaucoup coulé. Il est allé chercher le taxi qui nous a amené à la maternité du 28. » (Extrait entretien en Mooré avec K.A., 23 ans, une femme évacuée au CHUYO)

Tout comme il peut être question de saignements suivis de fortes contractions ou l'un des deux.

La réaction des femmes face à la situation est fonction du type de pathologie et des perceptions qu'elles ont de la gravité de la situation. Les cas de saignements, le plus souvent, ne font pas l'objet d'attente avant de recourir au centre de santé. Cependant, lorsque la femme les assimile à de « *petits saignements* », la tendance est à « *attendre pour voir si ça va s'arrêter ou pas* ». C'est ce qui fait que certaines femmes parviennent dans les structures de soins dans de mauvais états sanitaires.

Lorsque la femme enceinte est sujette à des malaises au cours de sa grossesse, elle a du mal à faire la différence entre ses malaises habituels et ceux du moment. L'évolution de son état, par la suite, lui permettra de les dissocier. Il faut noter également que bon nombre de femmes enceintes n'ont pas une connaissance des signes de gravité en cours de grossesse devant les inciter à recourir rapidement aux centres de santé. Ces signes pourtant, devaient leur être enseignés au cours des CPN, mais ce n'est pas toujours chose faite.

Pour ce qui est de l'entourage des femmes, leur réaction en ce qui concerne la conduite à adopter dans ces genres de situation est, dans la majorité des cas, spontanée. Le recours au centre de santé est quasi-immédiat parce que conscient de l'urgence et de la gravité de la situation.

Quand la décision de recourir à la maternité est prise, elle est mise en exécution. Le souci des uns et des autres en ce moment est de parvenir à la résolution des raisons de ce recours. Cependant, que se passe-t-il une fois à la maternité ? Les personnels de santé de la maternité périphérique parviennent-ils, à chaque fois, à satisfaire les usagers ?

## CHAPITRE II : DE L'ACCUEIL A L'EVACUATION

### I- L'accueil et la prise en charge dans la structure de départ

Lorsque les femmes enceintes arrivent à la maternité pour l'accouchement ou pour une urgence suite à des complications de la grossesse, l'accueil qui leur est réservé diffère de celui des patientes venues pour d'autres motifs. Souley A. (2003), dans une enquête réalisée dans cinq capitales ouest-africaines (Dakar, Abidjan, Conakry, Bamako et Niamey), a fait un constat similaire. Lorsque les femmes en travail arrivent dans les centres de santé pour accouchement, elles sont conduites directement dans la salle d'accouchement. Toutes nos enquêtées ont déclaré avoir été admises directement dans la salle d'accouchement, compte tenu du caractère urgent de leur situation<sup>16</sup>. Les accompagnants quant à eux attendent dans la salle d'attente.

Une fois à l'intérieur, l'interaction suivante s'y déroule selon les agents de santé :

« À mon niveau, quand elles arrivent, c'est d'abord les salutations d'usage. Ensuite, elle explique son mal. Si elle dit qu'elle a des douleurs pelviennes, qu'elle est à terme - puisqu'on lui pose des questions – si elle vient voir si c'est le travail, on l'installe et on l'examine. Moi particulièrement, si je dois faire le dossier, je note son heure d'arrivée et la date et je note les coordonnées que j'ai prises, sur le dossier. » (Extrait entretien en Français avec S.J., accoucheuse auxiliaire).

Les femmes évoquent celle-ci :

« On m'a demandé ce qui n'allait pas et quand j'ai répondu, ils m'ont fait coucher et ils ont mis leurs gants pour me consulter. Ils m'ont demandé que ma grossesse est à combien de

---

<sup>16</sup> L'accès à la salle d'accouchement se fait habituellement par ordre d'arrivée quand il s'agit de celles venues en consultation. Elles patientent dans la salle d'attente et attendent leur tour pour être reçues dans la salle d'accouchement.

mois. J'ai répondu que c'était 9 mois. » (Extrait entretien en Mooré avec S.R., 16 ans, une femme évacuée au CHUYO)

La patiente serait accueillie et examinée dès que celle-ci franchit le seuil de la salle d'accouchement. Après l'accueil et la consultation, il s'en suit un échange d'information entre les agents de santé et les usagers selon nos enquêtes.

« On l'informe sur son état et s'il y a lieu de prescrire quelque chose, on prescrit. Si n'y a pas lieu de prescrire aussi, on ne prescrit pas. Si la femme arrive avec des douleurs pelviennes sur 9 mois de grossesse, tu l'examines et tu trouves qu'elle est en travail, tu la rassures que c'est un travail et tu surveilles le travail. » (Extrait entretien en Français avec T.E., accoucheuse auxiliaire)

« Si c'est le travail, on suit le travail et je lui précise si le travail vient de commencer ou si elle est avancée. À certaines je demande si elles ont amené leurs habits. Sinon, je demande si elles habitent trop loin, si elle a le rectum plein, je peux lui suggérer de repartir faire un lavement et apprêter le matériel pour revenir. Mais au cas où, au toucher je vois que le col est très bien, je lui dis que c'est le travail, mais vous n'êtes pas très avancée. On ne sait pas parce que le plus souvent, avec les cols très fin, ça part rapidement. » (Extrait entretien en Français avec S.J., accoucheuse auxiliaire)

« Après ça, ils ont dit que c'est l'accouchement, mais que le moment n'est pas encore arrivé, et il m'ont demandé de sortir patienter dans la salle d'attente » (Extrait entretien en Mooré avec S.R., 16 ans, une femme évacuée au CHUYO)

Les agents de santé informeraient les patientes sur leur état et sur la conduite à tenir. Cette même information est par la suite transmise aux accompagnants. L'issue de l'accueil et de la prise en charge peut donner lieu à deux cas de figure suivant que la patiente est à terme ou non.

- Quand il s'agit d'une grossesse à terme, l'agent de santé pose son diagnostic au cours de l'examen. S'il est diagnostiqué un travail, la femme enceinte, en fonction de ce que l'agent de santé aura constaté à l'examen, sera gardée pour un suivi du travail ou évacuée.

- Dans le cas d'une grossesse non à terme, l'agent de santé, en fonction du diagnostic qu'il aura posé, décidera si la prise en charge peut s'effectuer sur place ou s'il faut au contraire recourir à un centre plus performant.

Qu'est-ce qui peut conduire un agent de santé à évacuer une femme enceinte venue vers lui pour être prise en charge ?



## **II- Les motifs d'évacuation**

Dans cette maternité urbaine, les motifs qui conduisent à l'évacuation des femmes enceintes sont multiples. Il faut noter que les agents de santé en fonction de leur statut et de leur expérience (ancien ou nouveau) n'ont pas toujours les mêmes motifs d'évacuation. L'accoucheuse peut, face à une pathologie donnée, décider par rapport à sa compétence d'évacuer, tandis que la sage-femme, qui a une formation beaucoup plus qualifiée, ne verra pas la nécessité de cette évacuation. De même, l'expérience professionnelle peut faire que les agents de santé n'aient pas les mêmes motifs d'évacuation.

Certaines évacuations sont décidées immédiatement après l'examen de la femme à son admission et d'autres après qu'elle ait effectué un temps de séjour donné.

### **II.1- Les situations d'évacuation immédiate**

La décision d'évacuation est prise juste après que le personnel de santé ait reçu et examiné la patiente à son admission. La durée du séjour dans la structure, dans ces cas, peut s'évaluer en nombre de minutes, mais d'autres facteurs (que nous évoquerons dans les autres parties de ce chapitre) peuvent contribuer à la rendre longue (on ne parlera plus de minute mais d'heure en ce moment). Les motifs d'évacuations immédiates sont perçus de différentes manières par les acteurs en présence.

#### **Les agents de santé**

Plusieurs motifs conduisent les agents de santé à référer une patiente dès son arrivée dans la structure de santé. Le personnel qui reçoit la patiente en consultation l'examine et juste après cet examen, décide en fonction de ses compétences et des moyens dont dispose la structure qu'elle ne peut pas être prise en charge sur place et qu'il faut l'évacuer.

« À notre niveau ici, si la femme vient, à l'examen on voit qu'au niveau du bassin, ça ne va pas et que le fœtus est gros, c'est-à-dire si le bassin est rétréci, ça ne peut pas passer. Si tu

reçois une femme et que le cordon est devancé, il faut faire vite et l'envoyer ». (Extrait entretien en Français avec S.J. , une accoucheuse auxiliaire)

Les motifs d'évacuation immédiate que nous avons enregistrés au cours de notre étude sont divers. Il y a eu vingt neuf motifs d'évacuation immédiate sur les cinquante cinq cas d'évacuation dont neuf cas pour dystocies mécaniques, huit pour avortement, quatre pour hémorragies, quatre pour HTA, deux pour souffrance fœtale, un cas pour « *refus du toucher* » et un cas pour problème cardiaque.

- Les dystocies mécaniques<sup>17</sup> selon les agents de santé, sont des cas qui ne peuvent pas être « *gérés* » dans leur structure si ce n'est dans une structure disposant d'un bloc opératoire. Elles regroupent les cas de présentations transversales, de procidences de la main ou du cordon, de disproportions foeto-pelviennes (gros fœtus, bassin limite ou rétréci), les utérus cicatriciels et les séquelles d'excision. Il faut donc forcément, selon le personnel de santé, référer ces femmes pour une césarienne puisqu'elles ne peuvent pas accoucher par voie basse.

« Il y a des cas qu'il faut évacuer immédiatement. Par exemple, une fois, une femme est descendue d'un taxi, la main du bébé dehors. Moi je l'ai évacuée. Ça là c'est une intervention, il n'y a même pas à discuter. Et quand tu vois que la présentation est transversale, il ne faut pas attendre. C'est au niveau hospitalier qu'ils vont gérer. » (Propos S J., accoucheuse auxiliaire)

« Il y a des cas qu'on ne doit pas garder longtemps. (...), un bassin limite par exemple, on n'a pas besoin de la garder parce que on sait que de toutes les façons, elle ne pourra pas accoucher. Une position, une présentation transverse par exemple, on ne peut pas la garder parce qu'on sait qu'elle ne peut accoucher que par césarienne. » (Propos de N S., sage-femme d'état.)

- Les cas d'avortements référés immédiatement sont les avortements accompagnés de saignements et les avortements incomplets (avortements avec reste de débris dans l'utérus nécessitant une aspiration)

« J'ai référé une dame vers 11h pour avortement incomplet au CMA. Elle était venue pour une consultation. Je l'ai regardée et j'ai trouvé qu'elle saignait. Le col était toujours fermé, mais il y avait des débris à l'intérieur.. Je l'ai donc référée au CMA pour une échographie et s'il y a lieu, on lui fera une aspiration » (propos S J., une accoucheuse auxiliaire)

---

<sup>17</sup> Elles sont en rapport avec des anomalies du bassin ou du fœtus (Lompo, 1993)

- Les hémorragies : ce sont les cas de saignements en cours de grossesse et ceux en début de travail. Le personnel qui reçoit, juge à partir de l'abondance des saignements, qu'il faut évacuer la femme.

« Un décollement prématuré par exemple, elle va saigner, un placenta praevia, il y a des cas qu'on ne peut pas garder. » (Propos N S., sage-femme d'état)

- Les hypertensions artérielles (HTA) : elles constituent un motif de référence immédiate de la femme enceinte selon le personnel de santé. Lorsque la femme enceinte présente à l'examen une tension artérielle élevée (une tension de 14/10 ou 15/10, accompagnée très souvent d'œdèmes et d'une pâleur) elle est évacuée dans l'immédiat afin de prévenir les crises d'éclampsie qui mettent en danger la vie de la femme et celle du fœtus.

- Les souffrances fœtales : ce sont les situations où la vie du fœtus est jugée être en danger. À l'examen, le personnel qui reçoit la femme constate soit, que le liquide de la femme est teinté, soit que les bruits du cœur (BDC) du fœtus ne sont pas normaux (pas bien perçus ou trop rapides<sup>18</sup>). Il diagnostique une souffrance fœtale qui, de ce fait, nécessite une prise en charge rapide, mais la femme n'ayant pas atteint une dilatation complète pour accoucher dans l'immédiat, il faut l'évacuer pour une césarienne afin de sauver le bébé.

- Nous avons enregistré aussi des motifs pour « non-collaboration ». Dans ces genres de situations ce n'est pas l'état sanitaire de la patiente qui justifie la référence, mais plutôt sa conduite à l'égard des soignants. Le personnel de santé évoque le cas de femmes qui refusent de se laisser examiner, chose qui complique, de leur point de vue, la prise en charge. La solution face à ces cas de figure est l'évacuation.

« Le jour où moi j'ai évacué pour non-collaboration, j'ai soupçonné une IVG (Interruption Volontaire de la Grossesse) chez une jeune fille qui était accompagnée par son oncle. Je n'ai

---

<sup>18</sup> On juge, sur le plan médical, qu'il y a souffrance fœtale lorsque les BDC (bruits du cœur) du fœtus sont inférieurs à 120 battements par minute ou lorsqu'ils sont supérieurs à 160 battements par minute.

pas cherché à faire comprendre à l'oncle parce que je sais pas si l'oncle est au courant qu'elle est enceinte, ou pas. La fille a refusé un TV (touché vaginal) catégoriquement parce que c'est très douloureux. Comme je n'avais pas d'autres moyens que de faire un TV pour confirmer, j'ai préféré l'évacuer » (propos T. E., accoucheuse auxiliaire)

Ce sont très souvent des cas qui ne nécessitent pas une évacuation. Il peut arriver dans certains cas d'avortement, notamment les cas de soupçon d'interruption volontaire de la grossesse (IVG), que le jugement de valeur que l'agent de santé porte sur cet acte, allié à la conduite de la patiente, fasse qu'il ne prenne pas le temps nécessaire pour venir à bout de la « *non-collaboration* ». L'agent de santé, parce qu'il n'approuve pas la conduite de la patiente, n'éprouve aucune envie de l'aider. L'évacuation devient, dans ces moments, un moyen de se départir des cas jugés embêtants (Goma, 2002). Le personnel qui ne cache pas son mécontentement à l'endroit de ce type de patientes, utilise donc l'évacuation pour se débarrasser des clientes jugées difficiles.

Les usagers, pour leur part, se représentent des motifs qui peuvent conduire à l'évacuation d'une femme enceinte. Ces motifs rejoignent par moments ceux évoqués par les agents de santé. Ils sont élaborés sur la base d'observations, d'expériences vécues ou entendues, et de représentations.

### **Les usagers**

De l'avis des usagers, plusieurs raisons peuvent conduire le personnel de santé à évacuer une femme à son admission. Certaines raisons ressortent du personnel soignant ou de la structure sanitaire elle-même, d'autres raisons de la femme, du fœtus ou de Dieu.

- Le personnel soignant : c'est l'incompétence, selon les usagers, qui conduit le personnel soignant à évacuer une femme enceinte, dès qu'il finit de l'examiner. Lorsqu'il n'a pas la compétence requise pour prendre en charge une patiente, l'agent de santé va préférer l'envoyer « *chez ceux qui connaissent mieux que lui* ».

« C'est parce qu'ils ne peuvent pas. Ils n'ont pas assez de connaissances et comme Yalgado est le sommet de la connaissance, là où on trouve la solution à tout, ils sont obligés de vous faire partir là-bas. S'ils voient en tout cas qu'ils ne peuvent pas, ils te demandent de partir » (Extrait entretien en Mooré avec S.O., 48 ans, tante d'une femme évacuée au CHUYO)

Pour eux, le système de santé est échelonné de telle sorte que les moins compétents sont à la base et les plus compétents au sommet. Lorsque les moins compétents reçoivent des cas qu'ils ne peuvent pas gérer, ils sont tenus de les envoyer vers ceux qui sont beaucoup plus compétents.

- Les usagers pensent aussi que le manque de matériel dans la structure de santé conduit aux évacuations. Le personnel de santé dispose dans ces conditions des compétences requises pour prendre en charge la femme, mais c'est le manque de matériel adéquat pour faire le travail, le « *Tuum Téédo* » en mooré, qui l'amène à évacuer la femme vers le sommet qui selon eux dispose de tout le nécessaire pour s'occuper de la femme.

« La maternité ici n'a pas tout le matériel pour travailler. S'ils s'aperçoivent que l'enfant est mal couché par exemple et qu'il faut un matériel beaucoup plus performant pour faire l'accouchement, ils vont vous demander de continuer devant. Ils disent que souvent, eux ils veulent tenter de faire quelque chose pour nous aider, que mais s'ils le font et que ça ne marche pas, ceux de devant vont leur en vouloir. » (Extrait entretien en Mooré avec T.G., 38 ans, cultivateur, conjoint d'une femme évacuée au CMA du secteur 30)

- Ils évoquent les motifs liés à la femme elle-même. Ils pensent que les femmes de petite taille et celles avec les bassins rétrécis ne peuvent pas accoucher d'elles-mêmes si ce n'est par césarienne. La maternité n'étant pas à mesure de faire des césariennes, il faut les envoyer là où on peut le faire.

En plus de cela, il y a celles qui présentent à l'admission, selon eux, des signes d'urgence, notamment les cas de saignements. Ils estiment que les femmes qui saignent abondamment à l'admission doivent être évacuées sans attendre vers les structures qui disposent de sang pour une transfusion sanguine.

- Le motif d'évacuation peut être également lié à la position et à la forme de l'enfant. Les usagers pensent que lorsque l'enfant est « *mal couché* » cela rend impossible l'accouchement. De la même manière, un gros fœtus ou un fœtus

dont une partie du corps est grosse ne peut pas sortir seul. Il faut donc évacuer la femme rapidement afin qu'on puisse l'aider à accoucher.

« Tu peux arriver et c'est toi-même qui ne peux pas accoucher seule.

Qu'est ce qui peut faire qu'une femme ne puisse pas accoucher seule ?

C'est quand l'enfant est gros, ou bien quand une partie de son corps est grosse » (Extrait entretien en Mooré avec S R. , 16 ans, une femme évacuée au CHUYO).

- L'appartenance aux religions (notamment musulmane et chrétienne) conduit les usagers à associer l'évacuation et la volonté divine. Pour les usagers, c'est Dieu qui décide de tout et quand ce dernier décide que l'on doit t'évacuer, personne n'y peut rien. Dans ces circonstances, ni le personnel de santé, ni la femme, ni le fœtus ne sont en cause.

« Ce n'est pas un plaisir pour eux de demander à quelqu'un de continuer, mais quand Dieu le décide, ce n'est la faute à personne, il faut continuer seulement. » (Extrait entretien en Mooré avec K A., 40 ans, Belle-mère d'une femme évacuée au CHUYO)

## **II.2- Les situations d'évacuation après attente**

Dans ce contexte, la patiente est évacuée après avoir séjourné un certain temps à la maternité. Au cours de notre étude, il y a eu vingt six cas d'évacuations après attente. Le temps de cette attente varie d'un minimum de 3h à un maximum d'environ 72h. La femme à l'arrivée, quand elle est examinée, ne présente aucun signe de gravité nécessitant une évacuation. Le personnel de santé se juge apte à la prendre en charge et décide de la garder dans la structure afin de suivre l'évolution de son état. La patiente peut ainsi passer entre les mains de plusieurs équipes de sorte que ce n'est pas toujours l'agent de santé l'ayant reçu à son admission qui prend la décision de l'évacuer.

### **Les agents de santé**

Les motifs avancés dans ces situations d'évacuation par les agents de santé sont de six ordres comme en situations d'évacuations immédiates.

- Les dystocies constituent les motifs les plus rencontrés dans ces cas. Nous en avons enregistré quatorze. Ce sont en majorité des cas de dystocies dynamiques<sup>19</sup>. Les agents de santé, après avoir surveillé l'évolution du travail de la femme, jugent à un moment donné que celui-ci n'avance pas, que la dilatation reste stationnaire et qu'il faut par conséquent évacuer la femme. Il faut noter que les problèmes rencontrés lors des évacuations du côté des accompagnants, en ce qui concerne l'acceptation de la décision d'évacuation, surviennent pour la plupart, dans ces situations. En effet, lorsque la patiente et sa famille ont une expérience des accouchements qui « *durent* », elles ne perçoivent pas la nécessité de la décision d'évacuation lorsque celle-ci leur est soumise ; d'où les cas de refus d'être évacué.

En plus des dystocies dynamiques, il y a eu aussi, deux cas de dystocie mécanique. Ces patientes qui auraient dues être évacuées dès leur admission sont gardées pendant des heures, voire même des jours avant d'être évacuées. Cela contribue à compliquer leurs états sanitaires. Les raisons qui expliqueraient ces situations sont que les agents de santé, très souvent, ne prennent pas le temps nécessaire pour consulter la parturiente à son arrivée, ou bien ne disposent pas des compétences requises pour reconnaître certains signes propres à ces cas. Ils élaborent dans ces conditions leurs diagnostics, et décident de garder la patiente. C'est en fonction de l'évolution de l'état de la patiente qu'ils vont s'apercevoir de leur erreur et prendre la décision d'évacuer.

« (...) En fait, c'est parce que le diagnostic a été mal posé au départ, sinon elle aurait dû être référée depuis hier. Avec un bassin limite le travail ne peut pas avancer et il faut référer pour une éventuelle césarienne » (propos de N.S., sage-femme d'état par rapport au cas d'une patiente)

- Les avortements (quatre cas enregistrés) constituent, après les dystocies, les motifs d'évacuation les plus rencontrés. Ce sont des cas d'avortement, au départ sans problème, qui par la suite s'accompagnent de saignements.

---

<sup>19</sup> Les dystocies dynamiques se caractérisent par des troubles de la contractilité utérine et des anomalies de la dilatation du col de l'utérus chez la femme en travail (Lompo., 1993)



- Les souffrances fœtales (quatre cas enregistrés): les agents de santé, à travers les BDC (Bruits Du Cœur) du fœtus et le stade d'avancement du travail, diagnostiquent une souffrance fœtale nécessitant une évacuation pour prise en charge rapide.

« Quand la femme vient, tu commences à suivre la femme et entre temps, en écoutant les BDC, tu vois qu'il y a un ralentissement des BDC ou bien y a une accélération, il faut évacuer. » (Extrait entretien en Français avec S.J. , accoucheuse auxiliaire)

- Les hémorragies (trois cas enregistrés) : ce sont toutes des hémorragies de la délivrance. Après l'accouchement, les saignements s'accroissent et l'agent de santé après des tentatives vaines pour les stopper, décide d'évacuer la femme.

« Et puis quand après les accouchements, il y a des femmes qui saignent, les hémorragies. Cela peut être une déchirure du col, il faut dans ce cas aussi évacuer la femme pour qu'on répare le col. Des fois, tu peux explorer tout, mais certaines femmes n'ont pas une bonne coagulation de sang, tu peux croire que dans ce cas, c'est une déchirure du col alors que non. On a déjà eu un cas comme ça. On pensait à une déchirure, et ce n'était pas ça. Mais on a eu peur parce qu'elle saignait beaucoup. Donc, dans les hémorragies aussi, il faut évacuer » (*Ibid.*)

Ces situations d'hémorragies sont très complexes car les agents de santé ont un problème pour savoir à quel moment les « *simples* » saignements se transforment en hémorragies. Il arrive donc qu'ils banalisent certaines hémorragies en les confondant avec des saignements. C'est dans ces genres de situations que surviennent les désaccords entre les agents de santé et les usagers. En effet, conscients de la peur que suscite chez les usagers la vue du sang, ils ne prennent pas le temps de les écouter lorsque ceux-ci leur font part de leurs inquiétudes dans les situations de saignements.

« Quand le sang a commencé à couler, j'ai appelé tous les docteurs. Ma tante voulait entrer et ils ont refusé qu'elle n'entre. Une des docteurs est venue me dire que si je n'arrête pas les appels, elle va me taper, que moi je connais quoi, que de rester tranquille. J'ai donc cessé d'appeler les infirmières. J'appelais maintenant ma tante pour qu'elle vienne m'aider et on lui a dit de ne pas rentrer. Je me dis qu'au moment où je les appelais, elles devaient venir m'écouter pour que je leur dise ce que je leur explique ce qui ne va pas. Mais comme ils m'ont mal parlé, j'ai arrêté de les appeler. La femme est venue me toucher après et elle a vu que c'était grave. Elle a commencé à m'appeler et ça a trouvé que moi j'étais déjà loin... » (Extrait entretien en Français avec N.R., 22 ans, une femme évacuée)

Les agents de santé n'en prennent conscience que lorsque la situation devient critique.



- Les hypertensions artérielles (un cas enregistré) : le personnel de santé, à un moment de l'avancée du travail de la femme, constate une montée de la tension de celle-ci. Pour prévenir les éventuelles crises d'éclampsie, il décide d'évacuer la femme.

« Dans les hypertensions aussi il faut évacuer parce que si une femme est hypertendue comme ça, même si elle n'a pas d'œdèmes, moi je peux pas, car elle risque de piquer une crise d'éclampsie et dans ça, elle perd sa vie et elle perd son enfant. Si la tension monte, même s'il n'y a pas les autres signes, nous, on ne peut pas gérer ça. » (Extrait entretien en Français avec S.J., accoucheuse auxiliaire)

- La « non-collaboration » : tout comme pour la référence immédiate, il arrive que les agents de santé évacuent pour « non-collaboration ». Ce sont des femmes qui ont été suivies durant des heures par les agents de santé et à un stade donné de leur état, ils jugent qu'elles ne collaborent pas et qu'il faut les évacuer. Ces patientes sont considérées comme non coopérantes sur la base qu'elles refusent de pousser ou qu'elles n'obéissent pas à ce qu'on leur demande de faire. Les agents de santé qui ont à leur charge ces femmes, décident alors de les évacuer, pour, disent-ils, éviter de se « créer des problèmes ». Il faut noter que cette non-collaboration évoquée par les agents de santé n'est pas toujours avérée. Elle incombe quelques fois au personnel de santé qui, par certains agissements, amène la femme à ne plus vouloir ou pouvoir coopérer.

« (...) Ils m'ont appelée et quand je suis arrivée, on m'a dit seulement de me coucher sur le dos. Quand je me suis couchée, j'avais les problèmes de dos, donc je ne pouvais pas supporter, j'ai donc commencé à pleurer. On a appelé ma maman et elle est rentrée. Elles ont dit aussi de faire rentrer mon mari. J'ai dit que ce n'était pas la peine, mais elles ont refusé. Quand mon mari est rentré, on m'a pris les pieds comme ça, donc je ne supportais pas, et j'ai finalement refusé de me coucher » (Extrait entretien en Français avec O.M., 24 ans, une femme évacuée au CHUYO)

Il est aussi demandé par moments aux femmes de pousser alors que ce n'est pas encore le moment, ce qui fait que la femme perd ses forces et n'a plus la force nécessaire pour pousser.

« on m'a rappelée et je suis montée sur la table d'accouchement. Ils m'ont dit que si je sentais vraiment les contractions, si j'avais mal, de pousser que l'enfant allait sortir. J'ai tenté à plusieurs reprises, mais l'enfant ne sortait pas. J'ai fait près d'une heure de temps sur la table. Je poussais et ça ne sortait pas. Et par la suite, ils ont décidé de nous évacuer. » (Extrait entretien en Français avec O.M., 25 ans, une femme évacuée au CMA du secteur 30)

Elles seront donc évacuées pour « *épuisement maternel* », « *refus de pousser* », « *mauvais effort expulsif* » (Goma, 2002). Ceux qui décident d'évacuer ces types de cas, très souvent, n'inscrivent pas sur la fiche de référence le véritable motif qui les a conduit à évacuer la femme. Ils dissimulent le véritable motif et inscrivent autre chose sur la fiche de référence, par exemple « dystocie dynamique » au lieu de « *refus de pousser* ». Sur les fiches d'évacuation des deux patientes ci-dessus citées il a été inscrit « *dystocie dynamique* ».

### **Les usagers**

Les usagers, pour leur part, se représentent un certain nombre de motifs pouvant conduire à l'évacuation d'une femme enceinte, qu'elle soit en travail ou pas. Le motif peut être lié à la compétence du personnel de santé, comme elle peut venir d'autres facteurs.

- Pour eux quand l'agent de santé reçoit la patiente, il déploie toutes ses connaissances pour la prise en charge de celle-ci. Lorsque les connaissances de l'agent de santé s'épuisent alors que le problème de la femme n'est toujours pas résolu, il se trouve dans l'obligation de l'évacuer vers le niveau supérieur.

« Les sages-femmes ont chacune des connaissances dans le domaine de l'accouchement. Elles peuvent s'apercevoir à un moment donné que ça dépasse leur compétence(...). Moi je pense qu'elles ont aussi leurs patrons qui leur donnent des instructions comme quoi « si vous vous retrouvez devant un cas que vous ne pouvez pas gérer, il faut faire partir la femme au niveau supérieur ». C'est quand leurs compétences prennent fin alors que l'accouchement n'a pas encore eu lieu qu'elles demandent à la femme de continuer devant. C'était le cas pour ma femme.(rire) » (Extrait entretien en Mooré avec K.O., 38 ans, commerçant, conjoint d'une femme évacuée au CHUYO.)

- Les usagers pensent également que le motif d'évacuation peut venir de la femme. Ce sont les cas d'« *accouchements difficiles* » qui résulteraient pour la plupart du non-respect des consignes au cours de la grossesse. L'accouchement devient en ce moment difficile car la femme s'épuise au fil du travail (puisqu'elle passe des jours dans la douleur) et n'arrive plus à fournir l'effort

physique nécessaire pour pousser. Il faut donc recourir à tout prix à la césarienne pour sauver la vie de la femme et celle de son enfant.

« Il y a des femmes aussi qui, au cours de leur grossesse, passent tout le temps à dormir, elles ne veulent même plus travailler. Elles passent tout le temps à manger les choses sucrées, à manger tout ce qu'elles veulent. Quand c'est comme ça, elles accouchent difficilement et dans la majorité des cas, on est obligé de les évacuer à Yalgado. Moi j'ai connu deux cas comme ça. Elles passaient tout le temps à boire les yaourts et consort. Nous, on a parlé en vain et à l'accouchement, elles n'avaient plus la force pour pousser et en plus elles avaient l'hypertension. Il a fallu les opérer. En plus de cela aussi, il y a des choses dans la tradition que les gens ont tendance à négliger alors que ça aussi ça joue sur la grossesse et l'accouchement de la femme. Il faut donc faire des investigations à chaque fois pour ne pas transgresser certains interdits et veiller aussi à faire les sacrifices qu'il faut pour que tout se passe bien. » (Extrait entretien en Mooré avec O.I., 31 ans, commerçant, conjoint à une femme évacuée)

L'accouchement difficile serait la conséquence du non-respect des instructions par la femme au cours de sa grossesse et de la « *négligence* » de certains aspects de la « *tradition* » par sa famille. Il faut donc veiller au respect de ces instructions ainsi qu'au suivi de ces aspects de la tradition pour espérer accoucher facilement.

- La question de la singularité qui entoure la grossesse et l'accouchement est utilisée par les usagers pour justifier les évacuations. Les accouchements ne sont pas les mêmes selon eux. L'accouchement « *facile* » ou « *difficile* » est fonction des grossesses et aussi de la volonté divine.

On remarque que certains des motifs évoqués par les usagers rejoignent ceux des agents de santé. Les motifs d'évacuation dans l'une où l'autre des situations ci-dessus évoquées ne sont pas exclusifs. Ils sont imbriqués les uns dans les autres, ce qui fait qu'on retrouve en situation d'évacuation après attente, des motifs qui devraient figurer en situation d'évacuation immédiate et vice-versa. Ces motifs d'évacuation jouent également un rôle dans l'acceptation de la décision par les usagers. En effet, lorsque les usagers sont conscients du bien-fondé du motif de l'évacuation (forte hémorragie par exemple), l'acceptation de la décision ne fait l'objet d'aucune hésitation. Par contre, lorsqu'ils ne le perçoivent pas, l'acceptation de la décision devient difficile.

Comment procèdent les différents acteurs pour prendre la décision d'évacuation ?

### **III- Le processus de prise de la décision d'évacuation**

La prise de décision d'évacuation est un élément capital dans la prise en charge de la femme enceinte car, c'est d'elle que dépend une bonne évacuation de la femme. Elle est, bien qu'on ne le perçoive pas assez souvent, un acte complexe mettant en jeu plusieurs facteurs, tant au niveau des usagers que des agents de santé

#### **III.1- Les agents de santé**

La prise de décision d'évacuation a pour point de départ les signes cliniques présentés par la patiente. Lorsque l'agent de santé doit prendre la décision d'évacuer, plusieurs éléments interviennent pour influencer sa prise de décision. La compétence est un facteur qui permet à l'agent de santé d'établir un diagnostic à partir des signes que présente la patiente. Cette compétence lui permet également d'établir un pronostic, c'est-à-dire évaluer si les signes que présente la patiente peuvent mettre sa vie en danger, s'il faut l'évacuer ou pas. Tout cela nécessite au préalable que l'agent de santé dispose de la compétence nécessaire afin de prendre la décision qui s'impose et dans les délais qu'il faut. Le problème qui se pose est que les agents de santé qui réfèrent, par manque de compétences (parce qu'ils n'ont pas été bien formés ou n'ont pas reçu la formation adéquate) ou par manque de moyens matériels dans la structure, se retrouvent dans l'incapacité de poser un diagnostic correct. Ce sont la plupart du temps des agents qui ne sont pas habilités à prendre les décisions d'évacuation qui les prennent pourtant. A la maternité du CSPS du secteur 28, les accoucheuses auxiliaires sont celles qui évacuent le plus alors que cette tâche, dans les normes, devrait être dévolue aux sages-femmes. Etant donné que ces

accoucheuses n'ont pas reçu la formation adéquate en la matière, la prise de décision à leur niveau ne peut qu'être problématique.

En plus de cela, l'agent de santé tient aussi compte des usagers dont il assure la prise en charge. Le souci de vouloir épargner des dépenses à la patiente et à sa famille, afin de s'attirer leur reconnaissance, ou de vouloir aider une patiente qu'il connaît, peut l'amener à garder par dévers lui une patiente qui présente tous les signes d'une éventuelle évacuation.

« Je suis entrée et avec notre patron, on s'est vu. On va essayer de vous aider. Vous allez acheter le médicament dont je vous avais parlé et on va lui faire une piqûre. Après ça, on va prier Dieu pour que tout se passe bien. Si après ça ne va toujours pas, vous irez à Yalgado »  
(Propos en Mooré d'une accoucheuse auxiliaire à la belle-mère d'une femme en travail »

La parturiente en question avait passé toute la nuit en travail et n'avait toujours pas accouché au moment où se déroulait cet échange (08h03). Elle a été évacuée à 09h 20 en l'absence de sa belle-mère qui était allée chercher de l'argent à la maison et informer le conjoint.

La peur du supérieur hiérarchique influence aussi la prise de décision d'évacuation. Le personnel de santé, par crainte des éventuelles réprimandes en cas d'évacuation tardive, va préférer évacuer rapidement. De la même manière, la crainte des plaintes provenant du niveau supérieur, va conduire l'agent de santé à hésiter avant d'évacuer ou à s'abstenir même.

Par conséquent, l'agent de santé dans la prise de décision d'évacuation finit par se retrouver dans une situation d'incertitude qu'il lui faut analyser en urgence et trancher. Isabelle Gobatto (1999) évoque une gestion individuelle de l'incertitude. Cette incertitude est gérée de deux façons : soit il décide immédiatement qu'il ne peut rien faire et qu'il faut évacuer. Il doit dans ce cas informer la patiente et sa famille de la situation (chose qui joue sur son image aux yeux des usagers) ; soit il décide de garder la patiente pour « voir », quitte à la référer s'il n'y a pas d'amélioration (chose qui contribue à aggraver l'état de la patiente).

La prise de décision peut se faire individuellement, comme elle peut se faire collectivement.

### **La prise de décision individuelle**

Elle survient dans la majorité des cas lors des permanences et gardes. Dans les structures sanitaires, les responsables sont les seuls habilités, selon les normes, à prendre les décisions d'évacuation (médecin, interne, sage-femme). Le personnel soignant au niveau de la maternité du CSPS du 28 étant composé de sages-femmes et d'accoucheuses auxiliaires, la prise de décision d'évacuation revient donc aux sages-femmes. Dans les faits pourtant, sages-femmes comme accoucheuses auxiliaires réfèrent. De plus, la plupart du temps, les permanences et gardes sont tenues par les accoucheuses. Lorsque ces accoucheuses se retrouvent face à des cas qu'elles ne peuvent pas gérer, elles sont amenées très souvent à prendre la décision d'évacuer.

« Quand les responsables sont à côté, ce sont elles qui décident. Les responsables sont les sages-femmes. Si elles ne sont pas là, et qu'un cas se présente à moi dont je ne suis pas à la hauteur, si ça me dépasse, moi je décide d'évacuer et je mets mon nom sur la fiche de référence parce que c'est mieux de référer et que l'on t'insulte que tu ne vauds rien, que de douter et laisser la femme perdre sa vie.» (Extrait entretien en Français avec S.J., une accoucheuse auxiliaire)

Cependant, n'ayant pas reçu la formation requise en matière de diagnostic, cela pose un problème dans la bonne exécution de cette évacuation. Certaines dans ces situations vont préférer évacuer la patiente et assumer les éventuelles réprimandes du niveau supérieur. Lorsque le motif est justifié, il ne se pose pas de problème, mais lorsque ce n'est pas le cas, l'évacuation occasionne un supplément de travail aux structures de référence, qui du reste, sont déjà submergées. Du côté des usagers, cela occasionne des dépenses supplémentaires, des risques de complications de l'état de la patiente au cours du transport et contribue à donner une mauvaise image à l'évacuation (image qui va jouer lors d'une prochaine évacuation).

D'autres par contre n'évacueront pas la patiente par crainte des réprimandes, chose qui n'est pas sans conséquence sur l'état des patientes.

### **La prise de décision collective**

Elle a lieu pour la plupart, dans la matinée c'est-à-dire entre 8h et 12h30. Ce sont les moments où toute l'équipe se retrouve au complet : sages-femmes, accoucheuses auxiliaires, élèves stagiaires. La prise de décision en ce moment est collective et donne lieu à une concertation entre les différents soignants présents. Un exemple de prise de décision collective peut donner la séquence suivante : l'accoucheuse examine la patiente et pose son diagnostic. Elle fait ensuite appel aux autres accoucheuses dans la salle d'accouchement pour confirmer ou infirmer ce diagnostic.

« Si nous sommes nombreux en tout cas, on se concerte entre nous. Souvent, plusieurs personnes peuvent venir confirmer l'état de la patiente avant de partir. » (Extrait entretien en Français avec T.E., accoucheuse auxiliaire)

Lorsque les accoucheuses finissent de se concerter, elles font appel aux sages-femmes qui, à leur tour, posent leur diagnostic et décident de la conduite à tenir. Il peut ainsi arriver qu'il y ait une divergence au niveau des diagnostics et pronostics des uns et des autres. Cette divergence peut survenir chez des agents du même corps comme elle peut survenir entre des agents de corps différents. Dans ces circonstances certains sont favorables à l'évacuation, tandis que d'autres proposent « *d'attendre un peu pour voir* » ou de ne pas évacuer du tout. Mais le plus souvent, ceux qui sont favorables à l'évacuation finissent par vaincre la réticence de ceux qui ne le sont pas.

« Oui, parfois, si on est nombreuses dans la salle comme ça, certaines disent d'évacuer, d'autres estiment qu'il faut essayer pour voir. Le plus souvent, dans de pareils cas, ceux qui proposent d'attendre finissent par se laisser convaincre par les autres pour ne pas après avoir des problèmes. » (Extrait entretien en Français avec S.J., accoucheuses auxiliaire)



Personne ne voulant assumer la responsabilité du retard ou du refus de l'évacuation, les agents réticents se conforment aux idées des autres même s'ils ne les partagent pas.

« Ah ! Tu vois, je l'avais dit. J'avais dit que si ça c'était en brousse, moi j'allais rompre la poche des eaux et elle allait accoucher. Je ne voulais pas la référer, mais comme j'étais seule à le vouloir, j'ai eu peur de me retrouver seule en cas de problème » (Propos d'une sage-femme au cour de nos observations)

Lorsqu'elle survient entre des agents de corps différents, on s'en remet à la décision des supérieurs. Les sages-femmes en tant que supérieurs, prennent la décision finale.

« Pour trancher, bon, le plus souvent, les discussions c'est dans la journée. C'est quand les supérieures sont là qu'on essaie de discuter. Toi en tant que accoucheuse, tu peux dire que je vais évacuer la femme. Tu appelles la sage-femme, tu lui expliques le problème. Elle examine, elle peut prendre la décision pour dire qu'il ne faut pas évacuer, qu'il faut faire ceci ou cela. » (Extrait entretien en Français avec mme C, accoucheuse auxiliaire)

Cette décision peut rejoindre celle des accoucheuses comme elle peut aller à son encontre.

Certaines accoucheuses au cours de leur garde ou permanence, lorsqu'elles sont seules face à des cas qu'elles n'arrivent pas à gérer, essaient de joindre au téléphone les sages-femmes, quand elles ont la possibilité de le faire. À défaut, elles attendent le lendemain pour soumettre les cas et les laisser à leur appréciation.

« Généralement, il y a beaucoup d'accoucheuses qui prennent la garde et des fois, elles nous appellent à la maison pour savoir quelle conduite il faut tenir ou bien, quand nous venons le matin, elles nous présentent des cas qu'elles n'arrivent pas à maîtriser et quand on les examine, on juge, on voit si nous pouvons gérer ou bien s'il faut référer à un échelon supérieur. Si nous pouvons gérer, nous les prenons en charge et c'est l'accouchement, ou bien on prend la malade ici à notre niveau. » (Extrait entretien en Français avec N.S., sage-femme d'Etat)

Il faut noter par ailleurs que les cas d'évacuations tardives surviennent dans ces genres d'attente. En effet, l'accoucheuse, parce qu'elle doute de son diagnostic ou par peur d'éventuelles réprimandes, préfère s'abstenir d'évacuer.



La prise de décision d'évacuation qu'elle soit individuelle ou collective n'est pas une tâche facile car elle fait appel à la fois à la rationalité et à la subjectivité de l'agent de santé. Il doit donc arriver à puiser dans l'une et/ou dans l'autre pour aboutir à une décision profitable à tout le monde, lui-même y compris.

### **III.2- Les usagers**

Les agents de santé, après avoir pris de leur côté la décision d'évacuer, la soumettent à la patiente et à ses accompagnants pour que ceux-ci, à leur tour, décident à leur niveau. Cette prise de décision du côté des usagers est liée à la fois, à la perception qu'ils ont de l'état de la patiente, aux moyens financiers dont ils disposent et au respect de la hiérarchie décisionnelle.

#### **L'état de la patiente**

L'état de la patiente joue un très grand rôle dans la prise de décision d'évacuation chez les usagers. En effet, lorsque la femme à vue d'œil ne présente aucun signe de gravité, ils ont du mal à accepter la décision qui leur est soumise.

« ça dépend de l'état de la femme souvent. Par exemple une femme est là, elle se lève, elle rentre. Vous, vous sortez pour les informer « voilà, vous allez aller à Yalgado ». Souvent ils ne sont pas chauds. Mais si la femme est dans un état grave, ils n'hésitent pas, ils sont d'accord. Mais quand ils voient que chez la femme ça va, ils se disent que voilà, peut-être qu'on peut toujours faire quelque chose, qu'il faut la laisser un peu pour voir. » (Extrait entretien en Français avec T.E., une accoucheuse auxiliaire)

La représentation que les usagers ont de l'accouchement ainsi que la notion de singularité accordée aux accouchements y jouent un rôle considérable. Pour eux, les accouchements ne sont pas les mêmes. Certains accouchements sont rapides tandis que d'autres traînent. Tout est donc fonction des enfants. Cependant, un travail qui dure est source d'inquiétude pour tous. Un travail normal ne doit pas excéder un jour (Olivier de Sardan *et al.*, 1999). Plus le travail dure, plus il suscite de l'inquiétude. C'est ainsi que les accompagnants d'une femme dont les

précédents accouchements ont été rapides, n'auront aucun mal à prendre la décision d'évacuation lorsque celle-ci leur sera soumise. Ils perçoivent la nécessité de l'évacuation car ils se disent qu'il y a sûrement un problème et que cela peut avoir des conséquences sur la santé de la femme et de son enfant.

« Si ça avait continué comme ça, si le travail avait continué à traîner sans qu'elles n'aient pris la décision de nous faire partir à Yalgado, moi je serais entré le leur demander, parce que quand vous traînez comme ça avant de partir, ça peut amener d'autres problèmes quand vous serez à Yalgado. Dans ces genres de situations, on peut faire l'opération trouver que l'enfant est déjà mort même. C'est juste au moment où je voulais entrer pour leur demander de nous faire partir que la décision est tombée. Ce qui fait que j'étais déjà préparé à ça au moment où on me l'a annoncé. J'étais déjà prêt et j'ai approuvé la décision car je savais que c'est ça qui allait être la solution à nos problèmes. J'ai déjà vu certains qui sont partis à un moment où la femme était suffisamment fatiguée. Dans ces cas-là, on peut aller trouver que l'enfant est déjà mort même et ça fait en ce moment beaucoup de perte. Comme j'avais l'expérience, je savais qu'il nous fallait partir. » (Extrait entretien en Mooré avec K.O., 38 ans, commerçant, conjoint d'une femme évacuée au CHUYO)

La décision d'évacuation sera donc accueillie avec soulagement. Lorsque celle-ci tarde à tomber, certains parents n'hésitent pas à la réclamer. Les refus ou les prises de décisions tardives dans ces cas seront liés à d'autres facteurs. Par contre, la famille d'une parturiente qui habituellement met des jours avant d'accoucher, aura du mal à accepter la décision d'évacuation.

« Ils ne voulaient pas aller. Ils ont négocié avec nous pour qu'on les laisse ici. Il y a un vieux qui disait que si nous on la laisse ici, elle va finir par accoucher, qu'il suffit de lui laisser le temps seulement parce que ses accouchements traînent comme ça. Que pour son précédent accouchement, elle est restée en travail du matin jusqu'à tard dans la nuit avant d'accoucher. Il disait de la laisser que ça va être la même chose cette fois-ci. » (Propos en Français d'une accoucheuse auxiliaire au cours d'une de nos observations)

Lorsque les précédents accouchements de la femme ont été longs, les proches ne verront pas la nécessité de l'évacuation et tenteront de faire changer d'avis les agents de santé afin qu'on les garde ou refuseront purement et simplement la décision. Tout est donc fonction du « *comment* » les usagers perçoivent l'état de la femme au moment où les agents de santé leur soumettent la décision.

## **Les moyens financiers**

La situation financière des familles a aussi une influence sur la prise de décision. Elle détermine en effet la décision qui sera prise (décision acceptée ou refusée) et la manière dont celle-ci sera prise (rapidité ou lenteur).

« Si tu n'as rien sur toi et tu ne sais pas non plus où en trouver, tu vas refuser de partir. Tu vas demander à rester là-bas et prier Dieu pour qu'elle accouche. » (Extrait entretien en Mooré avec C.J., 26 ans, cultivateur, conjoint d'une femme évacuée au CMA du secteur 30)

Une famille qui dispose de moyens financiers ne mettra pas autant de temps qu'une autre qui n'en a pas pour prendre la décision. Lorsque les membres de la famille demandent à aller se concerter avant de revenir, c'est pour aller réunir les moyens financiers nécessaires à l'évacuation et à la prise en charge de la patiente au niveau supérieur qui selon eux, est le lieu des grandes dépenses.

## **Le respect de la hiérarchie décisionnelle**

Il arrive que des accompagnants, après que les agents de santé leur aient soumis la décision, se concertent sur place ou bien repartent chez eux pour le faire. Ceci a pour but de laisser aux membres influents de la famille le soin de prendre la décision ou encore de demander l'accord du mari ou du chef de famille qui quelques fois est absent au moment où la décision d'évacuation est soumise.

« J'ai pris la route à pied pour aller informer les gens à la maison. Comme je n'étais pas sûre de trouver mon fils à la maison, j'ai demandé à un jeune homme, sur la route, de me devancer à la maison pour annoncer la nouvelle. Lui, il est parti et moi j'ai continué à pied. Je marchais aveuglement et c'est à peine si je répondais aux bonjours des gens sur la route. Arrivée à la maison, j'ai trouvé que le mari avait déjà été informé. Je lui ai dit « Ah, on nous demande de continuer devant. J'ai demandé à venir vous informer avant qu'on ne parte. » (Extrait entretien en Mooré avec K.A., 40 ans, accompagnante d'une femme évacuée au CHUYO)

« Quand nous devons évacuer une femme, les parents le plus souvent ne sont pas préparés. Ils veulent se retirer pour se concerter (...). Nous voulons l'évacuer, mais il vaut mieux qu'ils partent à la maison pour se voir avant de venir, ils vont aller se consulter avec le mari, peut-être qu'il n'est même pas là, il est à la maison. Ils vont aller se concerter, informer le mari, informer le chef de famille et essayer de voir comment ils peuvent avoir l'argent, aller emprunter avant de venir. Le plus souvent l'agent de santé peut identifier un problème, il fait rapidement son billet d'évacuation et il sort leur dire : ah, nous allons évacuer la femme à l'échelon supérieur. Ils vont dire ah !, deux ou trois personnes vont dire qu'on arrive. Ils vont retourner à la maison, ils vont se concerter avant de revenir. » (Extrait entretien en Français avec S.M., maïeuticien d'Etat)

C'est à l'issue de cette concertation que la décision d'accepter ou de refuser l'évacuation de la patiente est prise. Cette prise de décision collective, dans la majorité des cas, met du temps surtout dans les situations où les accompagnants repartent chez eux pour la prendre.

La prise de décision d'évacuation, chez les agents de santé, tout comme chez les usagers, est influencée par plusieurs facteurs. Ces facteurs, pour autant qu'ils sont significatifs, ne sont pas exclusifs. Ils inter-agissent pour avoir un effet final sur la prise de décision.

Dans la situation de prise de décision d'évacuation, il survient un moment de « tête-à-tête » entre les usagers et les agents de santé pour confronter les décisions prises.

### **III.3- Le « tête-à-tête » agents de santé et usagers**

Il peut survenir juste au moment où les agents de santé annoncent aux usagers la décision d'évacuer ou après la concertation entre les usagers. La décision d'évacuation, lorsqu'elle est soumise, n'est pas toujours acceptée d'office. C'est quelques fois une situation d'intenses négociations où chaque partie déploie sa force argumentaire pour tenter de convaincre l'autre.

La décision d'évacuation, lorsqu'elle est annoncée par les agents de santé, est soit acceptée ou refusée

- **L'acceptation de la décision**

La décision d'évacuation peut-être acceptée immédiatement ou bien après négociation.

#### **L'acceptation immédiate**

Elle est motivée par une multitude de facteurs. Lorsque la famille de la patiente dispose de moyens financiers pour honorer les dépenses au cours de

l'évacuation, elle accepte plus facilement la décision d'évacuation. En plus de cela, la conscience de l'urgence de la situation amène les usagers à accepter facilement la décision d'évacuation

« Han !, tu vas t'arrêter pour essayer de discuter et après ça va devenir un autre problème encore et en ce moment ce ne sera plus la peine pour toi de partir. Tu vas seulement aller enterrer ta femme. Dans ça là on ne discute pas hein, on s'exécute rapidement pour ne pas perdre du temps. » (Extrait entretien en Mooré avec C.J., 26 ans, cultivateur, conjoint d'une femme évacuée au CMA du secteur 30)

Ils évaluent les conséquences que pourrait avoir une perte de temps sur l'état sanitaire de leur patiente et agissent en fonction de cela. Certains usagers ne tiennent pas compte de la hiérarchie car ils sont conscients de l'urgence que revêt la situation. La décision est alors prise sans concertation.

### **L'acceptation après négociation**

La décision d'évacuation, dans ces moments, n'est acceptée qu'après la négociation entre agents de santé et usagers. Ces négociations selon certains agents de santé sont parfois « *très dures* ».

« Des négociations même et souvent très dures. Il faut négocier dur ». (Extrait entretien en Français avec T.E., accoucheuse auxiliaire)

« *Dur* » parce que l'agent de santé doit savoir maîtriser ses émotions pour ne pas se laisser « *émouvoir* » et « *dur* » aussi parce qu'il doit se montrer ferme dans les propos qu'il avance pour se faire comprendre et accepter.

La durée de ces négociations est indéterminée.

« Bon, ça peut prendre une heure, deux heures. Souvent, en quelques minutes seulement, tu leur fais comprendre et puis ils prennent leur décision de partir. » (Extrait entretien en Français avec T.E., accoucheuse auxiliaire)

Tout dépend donc de qui on a en face de soi et des arguments dont on dispose.

Le plus souvent, les accompagnants ou la patiente elle-même, négocient pour faire changer d'avis les agents de santé. Plusieurs arguments sont utilisés par ces derniers. Ce sont :

- le manque de moyens :

« J'ai essayé de négocier avec elle afin qu'on la laisse accoucher là-bas car je n'avais pas les moyens de Yalgado. Je leur ai expliqué la situation de la fille et la mienne aussi, mais elle a refusé. » (Extrait entretien en Mooré avec S.O., 48 ans, tante d'une femme évacuée au CHUYO)

Le recours aux maternités périphériques est le plus souvent guidé par la conviction d'obtenir des soins à des coûts relativement abordables. L'échelon supérieur est représenté comme le lieu où on effectue d'énormes dépenses, le lieu où toute prise en charge est synonyme de dépenses. Y aller avec son malade, alors qu'on n'a pas les moyens, c'est l'exposer au risque de perdre la vie. C'est la raison pour laquelle ils tentent d'exposer leurs situations financières aux agents de santé afin de les faire fléchir et les garder dans la structure.

- L'état physique de la patiente : la question de l'état physique de la patiente est utilisée dans la situation de négociation pour convaincre les agents de santé. Les usagers sont convaincus quelques fois que l'état de la patiente ne nécessite pas une évacuation. Quand c'est ainsi, ils ont du mal à accepter l'évacuation.

Les situations d'évacuation immédiate de la patiente à son admission font elles aussi l'objet de négociation. Les usagers, dans ces situations, négocient pour que les agents de santé « *essaient de faire quelque chose d'abord* ». En effet lorsque l'agent de santé soumet la décision d'évacuation peu de temps après l'admission de la femme, ces derniers pensent qu'il ne veut pas les aider. Pour les usagers, lorsque l'agent de santé reçoit la femme, il doit tenter de la soigner d'abord, avant de décider de l'évacuer, mais pas immédiatement à l'admission.

« Il faut au moins qu'ils essaient de faire quelque chose pour la femme avant de décider de l'évacuer. Si tu essaies et tu n'arrives pas avant de demander à la personne de continuer, on peut te comprendre et accepter facilement la décision. Quand toi tu comptes sur eux et que eux au lieu de te regarder, d'essayer de te soigner, ils se contentent de te poser des questions pour à la fin te dire qu'ils ne peuvent rien faire pour toi et qu'il te faut continuer, ça frustrer. Ce n'est pas bien » (Extrait entretien en Mooré avec C.A., 42 ans, mécanicien, conjoint d'une femme évacuée au CHUYO)

Essayer donc de « *faire quelque chose* » avant d'évacuer serait le devoir de l'agent de santé. Lorsque l'usager pense que le soignant a fait de son mieux et que c'est parce qu'il ne peut plus rien faire d'autre qu'il évacue, il accepte mieux la décision.

- La structure d'accueil : le motif de négociation des usagers porte quelques fois sur la structure d'accueil elle-même. Parce qu'ils ont une mauvaise expérience de l'endroit où on les envoie ou par crainte du dépaysement, ces personnes hésitent à accepter l'évacuation. Ils négocient dans ces cas de figure pour obtenir un changement du lieu de destination.

- La peur de l'évacuation : certains usagers négocient parce qu'ils ont peur de l'évacuation. Ils en ont tellement peur qu'ils tentent de faire fléchir les agents de santé. Il y a des patientes qui passent même par les larmes pour émouvoir les agents de santé et avoir gain de cause.

« Ma femme les a suppliés pour qu'on la laisse accoucher là-bas, mais elles ont refusé. Elle a même pleuré pour leur faire savoir qu'elle ne voulait pas aller à Yalgado, mais ça n'a rien changé. J'ai eu de la peine pour elle et je lui ai finalement demandé de venir on va partir et de tout laisser entre les mains de Dieu. » (Propos en Mooré du conjoint d'une femme évacuée lors de nos observations)

L'issue de cette négociation est presque toujours en faveur des agents de santé. Nous avons tout de même enregistré un cas où la patiente dit avoir réussi à convaincre les agents de santé.

« Quand je suis arrivée, elles m'ont demandée, quand elles ont vu la cicatrice, si j'ai déjà fait une opération. J'ai répondu oui. Elles ont dit, moi, je leur ai fait savoir qu'après l'opération, j'ai accouché 3 fois moi-même. Je leur ai demandé de m'aider, de me laisser là-bas et si, à la fin, je n'arrive pas à accoucher, elles peuvent me demander en ce moment de partir.

Elles voulaient que vous partiez à Yalgado quand vous êtes arrivés ?

Oui. Mais j'ai négocié. Elles ne voulaient même pas accepter. J'ai réussi à les convaincre et elles m'ont finalement laissée là-bas ». (Extrait entretien en Mooré avec D.H., 34 ans, une femme évacuée au CHUYO)

Les agents de santé, dans le cas de cette femme, ont fini par céder et à la garder chez eux, même si elle a été évacuée par la suite. Dans la majorité des cas, les agents de santé disent ne jamais céder aux négociations des femmes et de leurs familles.

« Quand moi je suis seule, moi je t'évacue hein ! Ah oui, parce que j'ai moi-même accouché normalement et après j'ai eu une césarienne. Mais quand je devais accoucher par la suite, je suis partie à Yalgado pour le faire. J'ai accouché par voie basse, mais je savais qu'en cas de problèmes, je serais prise rapidement en charge plutôt que de rester dans un centre, dans un CSPS, et après on va devoir t'évacuer parce qu'il y a un problème. Peut-être que d'ici qu'on t'évacue, tu vas perdre ta vie. Donc, si toi-même tu es conscient de ton problème, si tu vois un cas comme ça, tu ne vas pas laisser en tout cas. Tu fais partir la femme rapidement. » (Extrait entretien en Français avec S.J., une accoucheuse auxiliaire)

La conscience des complications et des désagréments qui pourront survenir sont les raisons qui poussent les agents de santé à rester sur leur position.

Malgré les arguments qui sont avancés, les usagers finissent presque toujours par accepter la décision d'évacuation. Certains le font parce qu'ils ont été convaincus de la nécessité de l'évacuation et cela à travers les explications qui leur ont été fournies par les agents de santé. D'autres par contre cèdent parce qu'ils considèrent qu'ils n'ont pas le choix. Il faut noter cependant que quelques fois, les usagers font semblant d'accepter la décision et dès qu'ils quittent la maternité, ils changent de destination ou ne se rendent pas du tout à la structure de référence. Ces cas se rencontrent dans les situations où l'évacuation est faite en taxi ou avec d'autres moyens que l'ambulance. C'est ainsi que nous avons enregistré au cours de notre étude, six cas d'évacuées soit 10, 91% qui n'ont pas rejoint la structure de référence. Les agents de santé tentent d'expliquer les raisons de ces changements de destination. Pour eux, certains usagers changent de structures ou ne suivent pas la référence parce qu'ils doutent de la compétence des agents qui les évacuent.

« Parfois, tu évacues, ils prennent la femme et ils partent dans un autre centre car ils pensent que c'est vous qui ne connaissez pas votre travail.

Ils doutent de vos compétences ?

Une fois, un homme nous a dit que sa femme a accouché plusieurs fois, que c'est pas aujourd'hui qu'elle ne peut pas accoucher. Nous on dit certes, mais c'est pas toutes les fois



que ça va être pareil. Il peut avoir une anomalie quelque part. Il a accepté de partir et quand il est sorti d'ici, il a ramené sa femme à la maison, il y a eu complication et ils sont partis à Yalgado et ils ont fait une césarienne. C'est la femme qui m'a raconté ça quand elle venait pour les pesées. » (Extrait entretien en Français avec S.J., une accoucheuse auxiliaire)

« (...) Tu réfères, tu fais le billet, elle quitte ici, elle va par exemple à la maternité du secteur 27 ou bien elle retourne à Saint Camille croyant que c'est celles qui sont ici qui ne sont pas compétentes. » (Extrait entretien en Français avec Mme C, une accoucheuse auxiliaire)

Les usagers, dans ces cas de figures, prennent la fiche de référence et repartent chez eux (lorsque la patiente à vue d'œil ne présente pas de signes d'urgence). C'est lorsqu'à domicile l'état de la patiente s'aggrave qu'ils finissent par rejoindre la structure de référence. D'autres par contre se dirigent vers d'autres centres périphériques où ils espèrent obtenir une meilleure prise en charge à moindre coût. Arrivés dans ces centres, les agents santé qui s'y trouvent vont à leur tour, après consultation de la fiche de référence, les renvoyer vers la structure mentionnée sur la fiche. Ils évoquent aussi des cas où les patientes et leur famille déchirent la fiche de référence à la sortie de la maternité, pour pouvoir se rendre dans une autre maternité.

- **Le refus de la décision**

Les cas de refus catégoriques, sur place, de la décision d'évacuation sont très rares, voire inexistants. Très souvent, les agents de santé parviennent à convaincre ceux qui au début refusaient la décision, ce qui fait qu'ils finissent par accepter de partir même si c'est pour changer de destination ou d'avis par la suite. Ils disent ne pas avoir rencontré de refus catégorique. En fait, l'utilisateur est toujours contraint de partir car, qu'il accepte ou non, il est tenu de quitter le centre parce qu'il ne pourra plus y être gardé.

Ces différentes attitudes des acteurs que l'on remarque au cours du processus de prise de la décision d'évacuation ne sont pas fortuites. Elles sont beaucoup liées aux perceptions que les différents acteurs ont de l'évacuation. Quelles peuvent être ces perceptions ?

## IV- Les perceptions des évacuations par les usagers et les agents de santé

« Quand j'étais à Saint Camille, on a eu un cas d'évacuation comme ça. Nous on était à l'intérieur avec la femme et on parlait. La responsable m'a demandée de commencer à me préparer parce qu'on allait évacuer la femme à Yalgado, son travail n'avancait plus et il commençait à avoir souffrance fœtale. Elle me demande donc de sortir informer les accompagnantes que la femme va être évacuée à Yalgado. Quand je suis sortie dans la salle d'attente, j'ai croisé l'accompagnante qui m'a demandée le lieu où se trouvent les WC (rire). Il se trouve qu'elle était à la porte de la salle d'accouchement et elle a entendu le mot Yalgado de la bouche de la responsable et c'est de peur qu'elle a piqué cette diarrhée. Elle est allée 2 fois au WC avant que l'ambulance ne quitte la maternité et en cours de route aussi elle a demandé à ce qu'on s'arrête afin qu'elle puisse se soulager. Une diarrhée sur place. » (Extrait d'entretien en Français avec S.J., accoucheuse auxiliaire)

Cette situation n'en est qu'une parmi tant d'autres. Il est très courant de voir des gens pleurer, piquer des crises de nerf, etc, à l'annonce de la décision d'évacuation. Le constat est que l'évacuation crée une peur chez les différents acteurs impliqués et particulièrement chez les usagers. En effet, la plupart des usagers disent avoir « *paniqué* » ou « *eu peur* » dès l'instant où les agents de santé leur ont fait part de la décision d'évacuer. Une de nos enquêtées tenait les propos suivants :

« Moi-même j'étais plus paniquée que tout le monde, puisque tout le monde me regardait. Tout le monde me regardait comme ça. Je sais pas moi. Chacune des femmes qui étaient là-bas vient me donner son encouragement et autre. Je dis haï ya ! Ça là ce n'est pas une mince affaire d'eh !. » (Extrait entretien en Français avec Z.A., 27 ans, une femme évacuée au CMA du secteur 30)

Tristesse et désespoir se lisent sur tous les visages en situation d'évacuation. Mais pourquoi cela ? Pourquoi cette peur d'un acte qui pourtant, fait partie des actes de soins dans un système de santé ? Il faut noter que comme le souligne Aissa Diarra (2001) dans son étude sur les références au Mali, la référence n'est pas toujours pensée comme un fait normal de l'acte de soins. Usagers comme agents de santé mettent tout en œuvre pour l'éviter et n'en font recours qu'en dernier ressort, sinon même par dépit. A l'issue de notre enquête de terrain, il est

ressorti que cette peur de l'évacuation n'est pas le fait du hasard. Elle résulte de la conjugaison d'une multitude de facteurs liée aux perceptions que les uns et les autres ont de l'évacuation. L'évacuation fait l'objet de diverses perceptions qui contribuent à lui forger une mauvaise image.

#### **IV.1- Les usagers**

L'évacuation est perçue de différentes manières par les femmes enceintes et leurs entourages. Elle est associée à une incompétence, aux dépenses, à la césarienne et à la mort.

##### **Evacuation comme aveu d'incompétence ?**

Les usagers à l'unanimité s'accordent pour considérer l'évacuation comme une incompétence des agents de santé. Ceux-ci évacuent parce qu'ils n'ont pas les compétences requises pour prendre en charge la patiente. Cependant, il faut noter que cette incompétence très souvent attribuée aux agents de santé dans les situations d'évacuation revêt une toute autre réalité dans les faits. En effet, il arrive que ceux-ci disposent des compétences requises pour prendre en charge la patiente, mais qu'une limite technique de la maternité en tant que structure (absence de moyens matériels) les obligent à évacuer la patiente. Les agents de santé, dans ces contextes, n'évacuent pas parce qu'ils sont incompétents mais parce qu'ils sont impuissants vis-à-vis de la situation. Certains usagers arrivent tout de même à faire la part des choses entre ces deux situations. Une patiente qui saigne abondamment par exemple sait qu'elle est évacuée parce que la maternité du CSPS ne dispose pas d'une banque de sang pour une éventuelle transfusion sanguine.

L'« *incompétence* » des agents de santé mise à part, les patientes, de leurs côtés, perçoivent le fait d'être évacué comme une incompétence venant d'elles, surtout celles qui sont en travail. Cette perception provient des représentations qu'elles se font de l'accouchement. En effet, dans la société moaga par exemple,

l'accouchement doit s'effectuer discrètement. L'idéal pour bon nombre de femme est d'accoucher dans la discrétion (Olivier de Sardan *et al.*, 1999). La tendance consiste donc à supporter la douleur en silence et de n'aller à la maternité qu'au moment où l'on considère le travail très avancé, de sorte à accoucher si possible dès son admission ou quelques temps après. Cela permet de créer une surprise générale qui équivaut à l'obtention de l'admiration de tous et surtout des coépouses. Etre évacuée revient à rendre publique l'événement et à le rendre singulier. La femme se considère, dans ces conditions, comme différente des autres femmes, comme une « *incapable* ». Elle mettra donc tout en œuvre afin de ne pas être évacuée, juste pour ressembler aux autres.

L'évacuation contribue à créer, chez la femme évacuée, un sentiment de culpabilité dans le sens où elle se considère comme celle qui a occasionné le plus de dépenses au conjoint. La rivalité qui règne dans les ménages polygames amène les femmes à rechercher l'admiration du mari en lui occasionnant, par exemple, le moins de dépenses possible lors de leur accouchement. Etant donné que les autres femmes ont accouché sans problèmes et qu'elles n'ont pas eu besoin de passer par l'évacuation, il faut être en conformité avec elles en évitant les évacuations qui occasionnent les dépenses.

### **Evacuation synonyme de dépenses**

L'évacuation est le plus souvent associée à de grandes dépenses chez les usagers. Le coût élevé des soins associé à un état de dénuement d'une grande couche de la population contribue à créer cette peur de l'évacuation. Pour eux, les dépenses s'imposent tout au long du processus d'évacuation. Il faut payer pour le transport, les soins, les médicaments, l'hospitalisation. Le coût médian d'une évacuation sanitaire, tous frais compris (transport et soins de santé) s'élève à 30.500FCFA - montant supérieur au salaire minimum interprofessionnel burkinabé - (Sondo, Koné & Tessa, 1997). Il peut quelque

fois aller au-delà de 100.000FCFA (en cas de césarienne). Mobiliser cette somme dans un délai aussi court, s'avère difficile dans la mesure où l'accouchement est très rarement préparé par les femmes et leurs familles.

« Il y a la peur des dépenses parce que quand on ne s'est pas préparé, ça fait encore plus élevé quand on doit opérer. Ici, par exemple nous avons le système partage des coûts<sup>20</sup> qui améliore les conditions mais si tu n'habites pas le district ou bien tu dois aller à l'hôpital où tu dois dépenser un peu plus et comme au Burkina on ne prévoit jamais, la grossesse, on la gère pendant 9 mois, mais on ne prévoit pas durant les 9 mois. On ne prévoit que le jour où la femme est en travail et ça devient un problème. » (Extrait entretien en Français avec A J., sage femme d'état)

Même si quelques uns arrivent à préparer l'accouchement, c'est approximativement le montant nécessaire à la prise en charge avec une petite marge qui est prévue. La possibilité de la survenue d'une complication nécessitant une évacuation n'est pas envisagée par les usagers le plus souvent. C'est au moment où l'évacuation est décidée que les gens iront à la recherche de l'argent nécessaire à l'évacuation et à la prise en charge de la patiente dans les structures de référence.

Il faut noter aussi que les structures de référence ne bénéficient pas d'une bonne réputation en ce qui concerne le coût de la prise en charge. Le niveau supérieur est considéré comme le lieu où on dépense beaucoup et pour tout.

« Quand tu arrives avec ton malade comme ça et on te demande de partir à Yalgado, de continuer à Yalgado, si tu as déjà fait Yalgado, tu sais comment ça se passe là-bas. Côté argent, ça sera un problème pour toi. Tout coûte cher et il faut tout payer. » (Extrait entretien en Mooré avec C.S., 36 ans, chauffeur, frère d'une femme évacuée au CHUYO)

C'est ce coût élevé de la prise en charge qui explique le recours massif aux maternités périphériques. Le coût des soins dans les maternités périphériques, pour les usagers, est relativement abordable contrairement à celui des structures

---

<sup>20</sup> Le système de partage des coûts est une initiative qui a été instaurée depuis le 5 janvier 2005 dans le district sanitaire du secteur 30 avec l'appui du programme AQUASOU. Il apparaît comme une alternative de financement des soins obstétricaux et chirurgicaux d'urgence afin de les rendre plus accessibles aux femmes résidant dans le district. Le partage des coûts concerne un paquet de soins et services (transport en ambulance, intervention chirurgicale en urgence, les soins post-opératoires pour la mère et pour l'enfant) dont le montant est estimé à 74000fcfa. Ce coût est partagé entre quatre acteurs que sont le ministère de la santé (21000FCFA), collectivités locales (Mairie et haut-commissariat) (20000FCFA), COGES (structures confessionnelles) (8000 FCFA), patiente et famille (25000FCFA) ; ce qui permet de réduire la part des familles. (Ministère de la santé, 2005)

de référence. Pour un accouchement dans les maternités périphériques par exemple, les usagers se disent qu'ils auront à dépenser seulement pour les gants (le kit d'accouchement coûte 4000FCFA à la maternité du CSPS du secteur 28,) pour les frais de séjour (3.500FCFA à payer à la caisse à la sortie) et pour les produits de la mère et de l'enfant. Dans les structures de référence par contre, ils se voient entrain d'honorer des ordonnances à chaque instant et à payer pour chaque acte posé. Ils voient aussi le spectre de la césarienne et les dépenses qu'elle impose. Quand on est évacué, c'est démuni et endetté que l'on ressort de ces structures.

« (...), et puis au niveau des moyens aussi, parce que à l'hôpital c'est pas facile. Moi-même, en fin de compte, j'ai dépensé tout ce que j'avais économisé. Actuellement l'enfant même, on n'a pas fait le baptême alors qu'on a fait un mariage. On n'a pas pu faire son baptême parce que j'ai trop dépensé, jusqu'à dépenser tout ce que j'avais. J'ai un grand frère en Italie qui m'a soutenu avec western Union, 50.000FCFA. Sinon, j'avais garanti ma pièce même. J'étais tellement, tellement découragé. » (Extrait entretien en Français avec S.A., 26 ans, mécanicien, conjoint d'une femme évacuée au CHUYO)

Tout est donc à refaire sur le plan financier après l'évacuation. Cependant, même si la majorité de nos enquêtés partage cette manière de voir les choses, elle n'est pas unanime. Certains usagers ne craignent pas trop ces dépenses soit parce qu'ils disposent des ressources nécessaires, soit parce qu'ils savent où en trouver. Leur peur de l'évacuation va alors se situer à d'autres niveaux.

Aux dépenses vient s'ajouter une autre image de l'évacuation.

### **Evacuation synonyme de césarienne**

Les patientes et leurs familles associent très souvent l'évacuation à la césarienne surtout quand il s'agit d'une femme en travail. Pour eux, quand on évacue une femme en travail c'est qu'il n'y a plus aucune possibilité pour elle d'accoucher si ce n'est par la césarienne.

« Beaucoup de gens pensent que aller à Yalgado, c'est forcément une césarienne. » (Extrait entretien en Français avec S.J.s, accoucheuse auxiliaire)

Pour les usagers, quand on évacue une femme en travail c'est qu'il n'y a aucun espoir pour que cette dernière accouche par la voie basse. La césarienne reste, en ce moment, l'ultime recours pour lui permettre d'accoucher. Cette perception que les usagers ont de l'évacuation résulte d'expériences vécues ou entendues. Il faut noter aussi que les agents de santé contribuent à forger cette image chez les usagers. Il est très courant de les entendre tenir des propos du genre « *il faut aller à Yalgado, ça là si c'est pas césarienne on ne peut rien faire* ». La crainte qu'ils ont de la césarienne va se transposer sur l'évacuation, puisque celle-ci se termine par la césarienne. Cette crainte de la césarienne est liée à l'association de plusieurs facteurs aussi bien économiques que sociaux.

La césarienne est considérée par les usagers comme un acte coûteux qui les oblige très souvent à s'endetter. Dans les structures sanitaires de référence, le coût minimum d'une césarienne atteint 77.000FCFA (le transport inclus) et peut même aller au-delà de 100.000FCFA (AQUASOU, 2003). Le manque de moyens pour faire face à des dépenses d'une telle envergure, va conduire ces usagers à craindre la césarienne.

La césarienne est également perçue comme un acte susceptible d'ôter la vie à la parturiente.

« Le mot césarienne, opération ça fait peur parce que dans le temps, quand on opérât, les gens ne s'en sortaient pas, donc les gens ont toujours cette idée en place. Ils ne savent pas que la santé évolue et tout est amélioré » (Extrait entretien en Français avec A.J., sage femme d'état)

Cette perception de la césarienne serait liée à l'image que les gens ont gardé des interventions chirurgicales dans le passé. En effet, il est ressorti que les gens mourraient beaucoup au cours de celles-ci ou après. Cela était dû au faible niveau de développement de la médecine à cette époque. Les usagers ont donc gardé en tête cette mauvaise image de l'intervention. Ils s'imaginent que toutes sortes d'accidents peuvent survenir au cours de l'intervention et occasionner la



mort de la parturiente (coupure d'électricité, effet de l'anesthésie, erreur du chirurgien, hémorragie...).

« J'avais peur qu'il y ait une coupure de courant au moment de l'opération et que je ne meure » (Extrait entretien en Mooré avec S.R., 16 ans, une femme évacuée au CHUYO)

La césarienne est enfin considérée comme une chose qui fragilise la femme et joue par conséquent sur son aptitude à travailler et à procréer. On considère généralement qu'une femme ayant subi une césarienne n'est plus apte à procréer ni à travailler (Dozon et Fassin, 2001). Pour eux, après une césarienne, la femme n'a plus la possibilité d'accoucher si ce n'est par la césarienne. Ils pensent également que l'intervention chirurgicale que subit la femme peut endommager certains organes du système reproductif et rendre la femme stérile.

« J'étais pas d'accord pour l'opération parce qu'il y a d'autres opérations, tu peux faire l'opération, eux ils ont fini leur travail, il n'y a pas de problème. Et la femme ? Si elle est touchée ? C'est son premier enfant, elle peut ne plus accoucher. Et si le deuxième enfant c'est l'opération ? Mais c'est pas la peine, on préfère laisser. Deuxième enfant, opération, troisième enfant, opération, tout sera opération. » (Extrait entretien en Français avec S.A., 26 ans, mécanicien, conjoint d'une femme évacuée au CMA du secteur 30)

La femme césarisée est aussi considérée comme une femme qui n'est plus apte à travailler.

« Tu sais, à la fin, elle sera fatiguée, elle ne pourra même plus faire les travaux que tu auras besoin qu'elle fasse. C'est pas à Ouaga ici seulement qu'on va vivre. Si ça ne va pas, on pourrait retourner au village pour cultiver. Si elle ne peut pas cultiver, et que c'est ta femme ; moi dans ma vie, je ne préférerais pas épouser deux femmes ou bien trois femmes. C'est un truc que je ne voudrais pas que le bon Dieu fasse que ça m'arrive. ». (*Ibid.*)

Devenue fragile sur le plan physique et dans sa capacité à procréer, la femme aura du mal, dans ces conditions, à prétendre au statut de femme dans son foyer. Cela peut conduire le mari à rechercher une autre épouse. Il peut aussi arriver qu'une femme soit répudiée par son mari et contrainte de retourner chez ses parents à l'issue d'une césarienne (Dozon et Fassin, 2001).



## Evacuation synonyme d'une imminence de la mort

Selon certains de nos informateurs, les évacuations des femmes enceintes autrefois se soldaient pour la plupart par le décès de la patiente. Ce décès pouvait survenir au cours du transport, à l'admission dans la structure d'accueil ou au cours du séjour dans la structure d'accueil. Cette situation était imputable à des facteurs tels que le recours tardif aux centres de santé, les mauvaises conditions de transport, les évacuations tardives, les retards de prise en charge au niveau de la structure de référence etc. Cette image de l'évacuation associée aux mauvaises expériences (décès) individuelles à la suite d'évacuations font que lorsqu'on parle d'évacuation les gens voient planer le spectre de la mort. L'évacuation atteste aussi, chez les usagers, une gravité de la situation. Lorsque l'agent de santé qui est supposé pouvoir tout gérer en matière de santé, avoue son incapacité à prendre en charge la patiente, cela témoigne chez les usagers d'un état de gravité extrême de l'état de la patiente.

« Mais nous sommes en Afrique. Quand tu vas dans un petit centre, tu te dis que tu vas trouver du personnel qualifié qui va te prendre en charge et quand tu arrives, ce personnel qualifié te dit non, nous ne pouvons pas, il faut aller à un niveau supérieur, on se dit que c'est grave. » (Extrait entretien en Français avec A.J., sage femme d'état)

« C'est parce que je me suis dit que quand on t'emmène à Yalgado, c'est que c'est très grave. Ta maladie est vraiment grave. » (Extrait entretien en Mooré avec S.R., 16 ans, une femme évacuée au CHUYO)

Ils s'imaginent que c'est pour ne pas les voir mourir chez eux que les agents de santé décident de les évacuer, d'où ces questions très souvent posées aux agents de santé au moment des évacuations : « *elle ne va pas mourir ?* », « *est-ce que je vais mourir ?* ». Une incertitude totale règne, en cas d'évacuation, sur le devenir de la patiente.

La réputation de la structure de référence contribue aussi à bâtir cette image de « *évacuation synonyme de la mort* ». En effet, une structure comme le CHUYO jouit d'une mauvaise réputation. Elle est considérée comme un « *mouroir* ». Les

gens se disent que lorsqu'ils vont au CHUYO avec leur malade, ils ont peu de chance de ressortir avec lui vivant.

« Les gens ont peur de continuer devant et surtout quand il s'agit d'aller à Yalgado parce que les gens y meurent beaucoup. Dès que tu rentres avec ton malade, tu croises certains qui ressortent avec leur mort et tu te demandes en ce moment si tu ne seras pas sous peu dans la même situation. Tu ne sais pas si tu vas ressortir de là-bas avec un sourire ou en pleurs. C'est ce qui fait que les gens ne veulent pas y aller. » (Extrait entretien en Mooré avec O.I., 31 ans, commerçant, conjoint d'une femme évacuée au CHUYO)

La-dessus, les agents de santé tentent de donner une explication à cette image que les usagers ont du CHUYO :

« La référence supérieure parfois est surchargée. Donc cette surcharge peut être à l'origine de, soit un manque de place, soit un manque d'autre chose. Donc il y a tout un rapport de prise en charge qui intervient pour qu'il y ait ce qu'on appelle de fausses informations et ce sont ces fausses informations qui sont à l'origine de cette peur-là. Si vous allez à Yalgado, c'est comme ça, si vous allez par exemple au niveau supérieur, c'est un mouiroir. Mais ça aussi ça s'explique. Si la patiente vient en retard, c'est tous les cas difficiles qui arrivent soit dans un état comateux, donc celles qui arrivent décèdent et la personne qui vient sera en contact avec tout ce monde. C'est ce qui fait qu'ils auront de faux préjugés par rapport au niveau supérieur. Ils vont dire c'est un mouiroir, dès qu'on arrive là-bas c'est pour mourir » (Extrait entretien en Français avec O.B., médecin)

Ce serait la combinaison de plusieurs circonstances qui contribue à donner à une structure comme le CHUYO son statut de « mouiroir ».

Les différentes perceptions autour de l'évacuation ont donc contribué à lui donner une mauvaise image qui fait qu'elle est crainte par les patientes et leurs familles. Les agents de santé de leur côté ont leurs perceptions des évacuations.

## **IV.2- Les agents de santé**

### **Evacuation comme aveu d'incompétence ?**

Les agents de santé pour leur part, perçoivent le fait d'évacuer une patiente comme une exposition aux yeux de tous de leur incapacité. L'agent de santé, en évacuant une patiente, « *perd la face* » aux yeux des usagers et de ses collègues (surtout ceux de la structure d'accueil).

Dans les rapports agents de santé-usagers, l'agent de santé apparaît aux yeux des usagers comme le « *maître de la santé* », « *celui qui connaît tout* » en matière de santé et qui est susceptible de tout résoudre dans ce domaine. Dire à une patiente et à sa famille qu'on ne peut plus rien et qu'il faut qu'ils aillent dans une autre structure, revient pour l'agent de santé à porter un coup à cette image et du même coup à baisser dans l'estime de ces gens.

Pour ce qui est des agents de santé entre eux, le fait d'évacuer n'est pas non plus bien perçu. Pour certains d'entre eux, référer correspond à un aveu d'incompétence aux yeux des collègues (Diarra, 2001), surtout quand le diagnostic n'est pas juste ou quand le motif ne vaut pas la peine d'être évacué. L'agent de santé, face à ses collègues et à ses patients, se retrouve dans une situation délicate et comme conséquence, il hésitera dans sa prise de décision ou s'abstiendra d'évacuer.

### **Evacuation comme moyen pour se faire obéir des patients**

Conscients de la peur que l'évacuation suscite chez les usagers, certains agents de santé n'hésitent souvent pas à brandir la décision d'évacuation comme une arme pour obtenir une collaboration de leur part. Au cours de nos observations, il nous est arrivé d'entendre une accoucheuse tenir les propos suivants :

« Madame venez parler à votre fille pour qu'elle pousse sinon vous allez sortir chercher un taxi pour l'emmener à Yalgado ! ».

L'accompagnante ce jour-là est entrée dans la salle d'accouchement et nous l'avons entendue donner des coups à la parturiente et la réprimander. La stratégie marche presque toujours car ne voulant pas être évacués, les usagers s'empressent d'obéir pour ne pas voir la menace se transformer en une réalité. Ceux qui, selon eux, restent sourds à cette menace finissent par être évacués même si l'état de la patiente ne le nécessite pas.

Malgré sa mauvaise image et la peur qu'elle suscite, l'importance de l'évacuation est admise par tous les acteurs.

### IV.3- L'importance de l'évacuation

Usagers et agents de santé s'accordent pour reconnaître en l'évacuation un moyen pour une prise en charge meilleure de la femme enceinte. Pour les usagers, l'évacuation est une « *bonne chose* ».

« C'est une bonne chose parce que si tu ne peux pas accoucher et on te laisse là-bas, ça peut créer des problèmes après. En tout cas, ça permet de sauver la femme et son enfant. »  
(Extrait entretien en Français avec Z.A., 27 ans, une femme évacuée au CMA du secteur 30)

Certains usagers trouvent que l'évacuation est un moyen d'accéder à une meilleure prise en charge du moment où les structures de base ne disposent pas de toutes les compétences requises pour cette bonne prise en charge. Cela pousse certains à réclamer l'évacuation même si la nécessité de le faire n'est pas perçue par les agents de santé.

« il y a une femme qui est venue ici à un doigt. Le travail n'avait pas réellement commencé. Nous lui avons dit « faut partir, quand les douleurs vont commencer, tu vas revenir. » Elle a refusé, comme quoi elle habite loin et que si elle part dans la nuit comme ça, il y a beaucoup de bandits vers chez eux. Elle a fait presque trois jours ici. Mais, son mari est rentré nous dire que, entre temps nous on touche et c'est la même chose. Nous on dit à la femme « c'est un faux travail que tu es entrain de faire, il faut partir. » Elle a refusé. Son mari est venu nous dire qu'on a qu'à faire un billet lui il va emmener sa femme à Yalgado, qu'elle a trop traîné. On a essayé de lui expliquer, il ne voulait pas comprendre. Nous on dit bon, « nous on ne peut pas te faire le billet. Si vous voulez partir à Yalgado, vous pouvez partir à Yalgado, mais ce n'est pas nous qui vous envoyions à Yalgado parce que nous savons que le problème de votre femme-là, c'est parce qu'elle est venue vite » » (Extrait entretien en Français avec S.J., une accoucheuse auxiliaire)

Les agents de santé, pour leur part, voient en l'évacuation un moyen qui participe à la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

« C'est bon, parce que ça ne met pas la vie de la femme et de l'enfant en danger. Je préfère évacuer une femme qui va aller accoucher en bonne santé, la femme en bonne santé, l'enfant en bonne santé que d'évacuer une femme tardivement, qui va arriver trouver que c'est des problèmes. Ça participe à la réduction de la mortalité mère et infantile. » (Extrait entretien en Français avec T.E., accoucheuse auxiliaire).

Elle est aussi perçue comme un moyen qui permet de combler le déficit du niveau de formation des agents de santé. Les informations et les remarques contenues dans les contre-références, permettent aux agents de santé des structures de base d'apporter un plus à leur formation. Ils sauront par exemple

que faire lorsqu'ils seront confrontés à des cas similaires à ceux qu'ils ont eu à évacuer.

Lorsque la décision d'évacuation est prise, agents de santé et usagers s'activent pour veiller à son exécution.

## **V- Les préparatifs de l'évacuation**

La situation d'évacuation fait appel à toute une série d'organisation pour veiller à son bon déroulement.

### **V.1- L'information**

Les agents de santé, après avoir posé le diagnostic et pris la décision d'évacuer la femme, commencent par passer l'information à la patiente et à ses accompagnants. Il s'agit d'une situation où il faut expliquer et mettre en confiance les concernés.

« On les informe, on les prépare psychologiquement, on leur dit, c'est ce que je fais habituellement « préparez-vous, ce n'est pas grave, c'est parce que ici ça ne va pas fort ; on va vous envoyer à l'hôpital, mais rassurez-vous, ça va bien se passer ». On les met en confiance d'abord avant de les envoyer. » (Extrait entretien en Français avec N.S., sage-femme d'état)

Si la décision d'évacuation est communiquée, les explications en ce qui concerne les justificatifs ne sont pas toujours faites par le personnel de santé. De ce fait certains usagers se plaignent de n'avoir pas reçu d'explications sur le motif de l'évacuation.

« Les docteurs vous ont-ils dit pourquoi il vous fallait aller à Yalgado ?

Non, ils nous ont rien dit. Je ne sais pas s'ils ont dit quelque chose à mon mari quand il est revenu après. Ils ont simplement fait un papier et ils nous ont dit de partir avec ça à Yalgado ». (Extrait entretien en Mooré avec K.A., 18 ans, femme évacuée au CHUYO)

Certains accompagnants parlent même de mensonge à leur égard. Ils pensent qu'au lieu de leur expliquer sincèrement la situation, les agents de santé se

contentent souvent de leur « *raconter toutes sortes de choses* » pour les inciter à partir.

« (...)On est venu, en ce moment c'était madame quoi même qui était de garde, j'ai oublié son nom-là. En même temps, j'ai appelé ma tante et elle est venue. Quand elle est arrivée, elle est rentrée pour demander comment ça se passe. Ils n'ont même pas voulu dire quelque chose à la femme qui est venue avec elle là. C'est ma tante qui est rentrée demander et la sage-femme a tout expliqué à ma tante. Après, la sage-femme m'a appelé pour me dire que l'enfant est bien positionné, qu'il n'y a pas de problème, mais leur problème, si l'enfant naît ici, il n'y a pas l'appareil pour le réanimer, elles n'ont pas l'appareil pour faire sortir les saletés, que sinon, il n'y a pas de problème. Je dis tante sincèrement, si vous dites la vérité ça vaut mieux quoi. Elle me dit non, qu'il n'y a pas de problème, que c'est pas l'opération. Quand elle m'a dit ça déjà, j'ai fréquenté la cour, je sais comment ça se passe ici. Donc j'ai su qu'elle ne voulait pas me dire la vérité. Alors que moi, c'est moi-même le propriétaire, si vous ne me dites pas la vérité, je sais pas comment je vais dire ça. » (Extrait entretien en Français avec S.A., 26 ans, conjoint d'une femme évacuée au CHUYO)

Les agents santé tentent de justifier ces cas de figure. Selon eux, on n'explique pas toujours le motif d'évacuation à la femme pour éviter de susciter la peur et aggraver son état sanitaire. Ils s'attellent plutôt à la mettre en confiance afin d'atténuer la crainte que l'annonce de la décision d'évacuation suscite. Mais quand ils jugent que la femme est forte et qu'il n'y a pas un risque de l'inquiéter encore plus, les agents de santé disent lui fournir tous les détails sur son état et sur les raisons de l'évacuation. Pour ce qui est des accompagnants, ce serait, selon eux, un souci de déontologie qui les amèneraient quelques fois à ne pas donner les informations réelles sur l'état et le motif d'évacuation de la femme.

« Si l'état de la femme nécessite une évacuation, on informe d'abord les parents qu'on va évacuer la femme. S'il y a nécessité d'informer pourquoi on veut évacuer la femme, si en tout cas ça n'enfreint pas, il y a certains secrets professionnels qu'on doit garder. Si ça enfreint aux secrets professionnels, bon, on leur dit seulement, on va les évacuer. On peut peut-être inventer quelque chose comme ça qui n'est pas la réalité en informant les proches » (Extrait entretien en Français avec T.E., une accoucheuse auxiliaire)

Il se cache très souvent derrière ce « *souci de déontologie* » la problématique du déficit de communication entre usagers et agents de santé dans les rapports soignants-soignés en milieu hospitalier. En effet, les agents de santé pour des raisons diverses ne prennent très souvent pas le temps de communiquer avec les usagers, de leur donner des informations sur leur état de santé, sur le motif de l'évacuation et sur le but de cette évacuation. Les usagers de leur côté, très

souvent par crainte d'être rabroués par les agents de santé, ne prennent pas la peine de poser des questions, de rechercher les informations qu'ils désirent. Il s'instaure par conséquent un manque en information qui n'est pas sans effet sur le déroulement de l'évacuation.

La manière standard d'informer et d'expliquer sont les suivantes : « *nous n'allons plus pouvoir* » (ou bien, « *ne pouvons pas* » ), « *il faut continuer chez ceux de devant, eux ils ont tout ce qu'il faut pour s'occuper de vous* ». Il faut noter que la manière d'informer et l'explication donnée du motif de l'évacuation aux usagers jouent sur la prise de décision à leur niveau. Comme le disait un agent de santé, c'est un « *couteau à double tranchant qu'il faut savoir manipuler* ». En effet, lorsque l'agent de santé à travers son explication leur fait percevoir que l'état de la patiente n'est pas grave (par souci d'atténuer leur panique), ils ne voudront plus accepter la décision. Lorsque cet agent de santé donne aussi toutes les informations sur l'état de la patiente et que ceux-ci perçoivent une gravité, il s'instaure une inquiétude et un désespoir du côté de la patiente et de sa famille. C'est ce qui conduit certains agents de santé à taire des informations et à « *inventer* » autre chose, lorsqu'ils savent que la vraie information aura une incidence sur le déroulement de l'évacuation.

## **V.2- La fiche de référence<sup>21</sup>**

La fiche de référence est une fiche sur laquelle sont portées toutes les informations concernant la patiente référée. Elle permet ainsi aux personnels de la structure d'accueil d'avoir toutes les informations nécessaires à une bonne prise en charge de la patiente qui leur est transférée. Elle porte le nom et la signature de l'agent qui réfère ainsi que son statut. L'agent de santé, en charge de la patiente, après avoir pris la décision d'évacuer cette dernière, remplit la fiche qu'il remet ensuite aux accompagnants. Il arrive que la patiente soit

---

<sup>21</sup> Cf. annexes pour exemple de fiche de référence.



évacuée sans une fiche de référence. C'est ce que Aïssa Diarra (2002) dans son étude sur les références au Mali qualifiait de « référence verbale ». Ces cas, de l'avis des agents de santé des structures de référence, compliquent la prise en charge de la femme du moment où ils ignorent le motif de l'évacuation ainsi que le traitement effectué avant l'évacuation.

Les patientes, de leur côté, nomment cette fiche de référence « *le papier* ». Ce papier, comme elles le disent, rime toujours avec évacuation. Quand on parle d'évacuation, il y a forcément le « *papier* » qui suit. Certaines patientes pensent que la fiche de référence leur donne des avantages par rapport à celles qui n'en ont pas (venues d'elles-mêmes ou évacuées sans fiche<sup>22</sup>). Elle constitue à la fois un laisser-passer et leur assure une prise en charge rapide.

« A la porte-là, puisque c'est moi qui tenais mon carnet et puis le papier du CSPS-là, il y a une qui m'a dit que, je me suis adossée au poteau parce que j'avais des contractions, il y a une femme, je crois que c'est une infirmière, elle m'a attrapée, elle m'a dit de ne pas m'arrêter, de venir. Donc, directement, je suis rentrée. On dirait, des cas spécifiques comme ça, tu viens avec un papier, on te laisse pas traîner dans la salle d'attente. » (Extrait entretien en Français avec Z.A., 27 ans, une femme évacuée au CMA du secteur 30)

La fiche de référence apparaît donc à leur yeux comme un moyen susceptible de leur éviter les longues attentes dans la salle d'attente avant d'accéder à une prise en charge.

### **V.3- Le choix de la structure d'accueil.**

Dans la logique de fonctionnement du système de référence au Burkina Faso, les CSPS doivent évacuer vers le CMA, qui à son tour, évacue au CHR ou CHN. Le CSPS du secteur 28, dans cette logique donc, est astreint à évacuer ses malades au CMA du secteur 30. Cependant, sur les cinquante cinq femmes évacuées que nous avons recensées au cours de notre étude, trente huit ont été évacuées au CHUYO, soit 69,09 % et dix-sept au CMA du 30, soit 30,90 %. Qu'est-ce qui

---

<sup>22</sup> Il arrive que certaines patientes soient évacuées sans fiche de référence. Cela serait dû à un manque de fiche (rupture du stock) ou à une omission consécutive à l'urgence que revêt la situation d'évacuation.



motive le choix de l'une ou de l'autre de ces structures et pourquoi cette prédominance des évacuations vers le CHUYO ?

### **Pourquoi Yalgado ?**

Le choix du CHUYO s'explique par plusieurs facteurs aussi bien du côté des agents de santé, que de celui des usagers.

Les agents de santé pour choisir la structure de référence tiennent compte de la distance CSPS-CMA et CSPS-CHUYO, distance alliée à l'état de la patiente. Ils jugent le CHUYO proche du CSPA, contrairement au CMA du 30. Evacuer à Yalgado permet de réduire le temps d'évacuation afin d'assurer à la patiente une prise en charge rapide et réduire les risques de complications.

En plus de ce facteur, ils pensent que le CMA ne remplit pas toujours les conditions requises pour la prise en charge de la patiente qui y est évacuée (absence d'une banque de sang, bloc opératoire souvent en panne, incompétence des agents face à certaines pathologies). Il se retrouve, par conséquent, dans l'obligation d'évacuer à nouveau la patiente vers le CHUYO, ce qui contribue à aggraver son état. Les agents de santé du CSPA préfèrent donc évacuer directement au CHUYO qui, en plus d'être proche du CSPA, constitue le dernier recours de la pyramide sanitaire.

« Le CMA aussi réfère à Yalgado. Mais comme maintenant il y a le problème de coût qui se pose, on essaie d'expliquer clairement ce qui se passe au CMA. Donc les gens acceptent. Mais avant ça, en tout cas, moi je ne proposais pas à une femme retourner au CMA parce que je sais pas ce qui va se passer après. Je préférais référer à côté, à l'hôpital, le dernier recours, que d'envoyer au CMA et après on va dire qu'il faut repartir à l'hôpital. Ça fait double dépense et on perd du temps. Le temps d'évacuer au CMA, elle arrive au CMA, il faut attendre les médecins et consorts qui vont faire leur diagnostic, faire une référence encore pour l'hôpital. Ça prend un peu de temps. » (Extrait entretien en Français avec C., une accoucheuse auxiliaire)

Les usagers, quant à eux, choisissent le CHUYO en raison de sa proximité et aussi du fait qu'il remplit toutes les conditions pour une bonne prise en charge des patientes, par rapport au CMA.

« Ce sont eux qui nous ont demandé de partir à Yalgado. Mais si c'était à choisir j'aurais fait de même parce que si on nous demandait de partir vers le SIAO-là par exemple, ça allait être une perte de temps à cause de la distance et aussi, ce n'était pas sûr qu'on trouve du sang là-bas alors qu'elle saignait beaucoup. C'est mieux donc d'aller là où toutes les conditions seront réunies. » (Extrait entretien en Mooré avec O.I., 31 ans, commerçant, conjoint d'une femme évacuée au CHUYO)

Il y a également le facteur coût du transport. Selon les usagers, le coût du transport d'une évacuation vers le CHUYO, revient moins cher par rapport à une évacuation vers le CMA. Le choix de Yalgado par les usagers est aussi guidé par la familiarité qu'ils ont de ce lieu. Il faut noter aussi que la méconnaissance du CMA ainsi que des avantages offerts par le système de partage des coûts qui y est instauré constituent une des raisons du non recours à cette structure.

### **Pourquoi Le CMA ?**

L'instauration du système de partage des coûts, dans le cadre de la réalisation du programme AQUASOU, constitue la principale raison de son choix par les agents de santé. Leur choix du CMA est guidé par la conscience qu'ils ont des avantages que ce système procure aux usagers. Ces agents, par souci de venir en aide aux usagers, les évacuent au CMA pour leur permettre de bénéficier de ces avantages financiers. Il y a aussi des agents qui évacuent au CMA uniquement par respect de la logique du système d'évacuation.

Pour ce qui est des usagers, leur choix du CMA est très souvent lié aux informations reçues auprès des agents de santé sur le système de partage des coûts qui y est instauré. Par ailleurs, leur choix est souvent la résultante d'une mauvaise expérience vécue ou des mauvaises informations reçues sur le CHUYO par quelques uns.

« Quand ils sont arrivés, les docteurs après avoir regardé la femme ont fait savoir à ses accompagnants qu'elle ne pouvait pas accoucher ici et qu'il fallait l'amener à Yalgado. Le beau-père de la femme a fait savoir aux docteurs qu'il aimerait qu'on les envoie n'importe où sauf à Yalgado. Il a même insisté pour qu'on les envoie à l'hôpital qui se trouve vers le SIAO (parlant du CMA) » (propos en Mooré d'un accompagnant au cours de nos observations à la maternité du secteur 28)

Nous avons constaté au cours de cette étude que la plupart des usagers avant l'évacuation n'avaient aucune information (situation géographique, nom de la

structure) sur le CMA. C'est au moment où l'évacuation a été décidée qu'ils ont reçu les informations sur le centre médical.

Dans la majorité des cas d'évacuation, la structure de référence a été imposée aux usagers. Cependant, certains agents de santé leur laissent tout de même l'opportunité de choisir la structure de référence. Les agents de santé, dans le choix de la structure de référence, tiennent également compte du choix des usagers. Ce qui fait qu'il arrive des moments où le personnel de santé qui décide l'évacuation se plie à la volonté des usagers en ce qui concerne la destination.

« (...) Donc si on ne leur laisse pas le choix, elles vont rentrer chez elles, elles ne vont pas partir. Elles sont capables de déchirer les papiers et puis aller dans une autre maternité. Il vaut mieux les diriger et respecter leur choix sinon, elles vont faire ce qu'elles veulent quand elles vont sortir. » ( Extrait entretien en Français avec N.S., sage-femme d'état)

Le personnel de santé peut décider d'évacuer la patiente dans l'un ou l'autre des centres de référence et cette dernière et ses accompagnants, au lieu d'y aller, changent de destination. La solution serait donc de leur faire la proposition et les laisser choisir.

#### **V.4- Le choix du moyen de transport**

Compte tenu de l'absence sur place d'un moyen de transport pour les évacuations, divers moyens de transport sont utilisés pour évacuer les femmes. La majorité des évacuations est effectuée en taxi. Les évacuations en ambulance sont peu nombreuses pour des raisons liées au manque de moyen de communication (surtout en ce qui concerne les évacuations nocturnes), l'indisponibilité de l'ambulance du CMA. Le seul recours reste alors le taxi et les moyens de déplacements personnels (voitures privées et motos). Ouédraogo P.A.B. (2002) a noté dans son étude sur les références au Burkina Faso que 36,9 % des patientes étaient évacuées avec des moyens personnels (taxis et véhicules personnels). Elle a également évoqué d'autres auteurs, notamment Nkyekyer K au Ghana qui a enregistré un taux de 59,3% en taxi ainsi que

Nacoulma en Côte d'Ivoire qui, de son côté, a enregistré un taux de 90,10% en moyens personnels. Il s'agit de moyens non-médicalisés ne présentant aucun confort pour la patiente au cours du transport. Les temps longs d'évacuation ainsi que les cas de patientes ne rejoignant pas les structures où elles ont été évacuées surviennent dans ces types d'évacuation. Les patientes, quelques fois au lieu de rejoindre directement la structure de référence, préfèrent repartir chez elles. Certaines patientes (notamment celles qui sont en travail) repartent chez elles pour « *attendre un peu avant de partir* » parce qu'elles se disent que le moment de l'accouchement n'est pas arrivé. Nous avons rencontré une patiente qui après avoir quitté la maternité avec sa fiche de référence à 2 heures du matin, n'a rejoint la structure de référence qu'à 10 heures. Elle a préféré selon elle repartir attendre à la maison le temps que le travail soit avancé avant de rejoindre la structure. D'autres ne rejoignent pas la structure de référence. Elles changent de destination en allant dans d'autres maternités périphériques ou dans les structures sanitaires privées.

Il faut noter que les agents de santé, en cas d'évacuation, songent automatiquement au taxi ou proposent aux usagers de choisir entre l'ambulance et les autres moyens d'évacuation. Quand ces derniers ont l'opportunité de choisir, la plupart préfèrent les autres moyens d'évacuation pour diverses raisons. Certains se représentent d'une manière négative l'évacuation en ambulance.

« Il y a certaines malades, même si l'ambulance vient, elles refusent de rentrer dans l'ambulance parce qu'elles ont déjà à l'idée que rentrer dans l'ambulance, c'est grave quoi »  
(Extrait entretien en Français avec T. E., accoucheuse auxiliaire)

Ils pensent également que l'évacuation en ambulance est coûteuse tandis qu'en taxi, le coût est relativement supportable.

« L'ambulance aussi coûte chère que le taxi. La course peut coûter 5000f alors qu'avec le taxi tu auras à payer environ 1500f. L'ambulance, ce n'est pas facile, ça fait dépenser. Ils vont vous demander de mettre l'essence en quantité alors que la distance qu'il y aura à faire ne sera pas si grande que ça. C'est pour cela que moi j'ai préféré le taxi. » (Extrait entretien en Mooré avec K.O, 38 ans, commerçant, conjoint d'une femme évacuée au CHUYO)

Le coût de l'évacuation en ambulance au sein de la ville de Ouagadougou est de 1500FCFA. Ce coût est souvent ignoré des usagers d'où leur réticence vis-à-vis de l'ambulance.

Le recours au taxi ou à d'autres moyens d'évacuation permet d'évacuer rapidement alors qu'avec l'ambulance, l'attente s'impose.

Par ailleurs, nous avons constaté au cours de notre étude que les patientes évacuées ne bénéficiaient d'aucune assistance médicale au cours de l'évacuation, que celle-ci soit effectuée en ambulance ou avec des moyens de transport personnels. Certains usagers se plaignent de cette situation qui, selon eux, n'est pas sans danger pour la patiente.

« (...), dans l'ambulance, il n'y a pas quelqu'un qui peut prendre ses responsabilités. Il n'y a pas de personnel qui peut prendre ses responsabilités, si en cours de route il y a quelque chose. Ça c'est dangereux pour la femme. Voilà pourquoi j'ai demandé à ce qu'une d'entre elles, entre dans l'ambulance pour qu'on parte. Comme elles ont refusé, je ne peux pas les forcer. Je pense que c'est à leur niveau maintenant d'organiser les choses. » (Extrait entretien en Français avec K.P, 23 ans, militaire, conjoint d'une femme évacuée au CHUYO)

Les usagers pensent qu'une évacuation devrait s'effectuer avec un agent de santé à bord du moyen de transport afin de pouvoir résoudre les éventuelles complications susceptibles d'apparaître au cours du voyage. Les agents de santé donnent comme justification, l'absence sur place d'une ambulance.

« Bon, si c'est une ambulance, dans les structures où il y a les ambulances qui reviennent dans les centres, un agent de santé suit. Si par exemple on avait une ambulance ici, quand on évacue un malade, immédiatement, un agent de santé suit. Mais comme c'est avec un taxi, si tu pars, le taxi-là va chercher sa clientèle, est-ce qu'il peut venir te déposer ?. Donc c'est dur quoi. » (Extrait entretien en Français avec S.J., une accoucheuse auxiliaire)

Il y a aussi, selon eux, l'impossibilité de laisser la maternité sans agent de santé, lorsqu'on s'y trouve seul au moment de l'évacuation.

« Si tu te trouves seule dans la maternité et tu dois envoyer une femme au CMA, si tu es seule, tu ne peux pas laisser la maternité et puis aller. Tu la laisses aux mains du chauffeur et des accompagnants. » (Extrait entretien en Français avec A.J., une sage-femme)

Cet argument est certes valable, mais les situations où un agent de santé se retrouve seul au cours du service sont rares. Toutes les fois où nous avons été à la maternité du secteur 28, il y avait au moins deux agents de santé.

Il faut noter aussi qu'il n'existe aucun échange d'informations entre la maternité du secteur 28 et les structures d'accueil avant l'évacuation. La patiente est donc reçue dans un contexte de surprise dans la structure d'accueil.

C'est après un processus qui passe par la prise de la décision d'évacuation et son organisation, que la patiente sera acheminée vers la structure d'accueil. Aussi faut-il compter avec les différents aléas qui parsèment le trajet (changement de destination,...), avant que la patiente ne parvienne dans la structure d'accueil pour bénéficier de la prise en charge escomptée. Qu'advient-il de la patiente une fois dans la structure de référence ?

# CHAPITRE III : ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE

## DANS LES STRUCTURES D'ACCUEIL

### I- Au CHUYO

#### I.1- L'accueil

Lorsque l'évacuation est faite avec des moyens de transport personnels (motos, voitures privées), il se pose par moments des difficultés d'accès à l'enceinte de l'hôpital, surtout pour les accompagnants.

« Quand on est arrivé à la porte, ils nous avaient bloqué. J'ai demandé à ce qu'on la laisse entrer parce que c'est une femme en travail. Donc on nous a libéré et on est rentré. » (Extrait entretien en Français avec D.E., surveillant, conjoint d'une femme évacuée au CHUYO)

L'accès à l'enceinte du CHUYO est soumis à des horaires que les visiteurs sont tenus de respecter. Lorsque les heures de visite s'achèvent, l'accès au centre devient difficile. En cas d'évacuation avec des moyens de transport personnels, il y a une nécessité d'explication entre portiers et usagers ce qui contribue à retarder la prise en charge de la patiente. Par contre en ambulance, l'accès y est plutôt facile.

Une fois à la maternité, la patiente est conduite dans la salle d'accouchement par l'ambulancier, ou par les accompagnants, et quelques fois par les brancardiers si l'état de la patiente le nécessite. La plupart du temps, la patiente est installée sur la table d'accouchement par ceux qui l'ont conduite.

« Je l'ai transportée et quand je suis rentré dans la salle d'accouchement, j'ai croisé une femme qui m'a montré le docteur et je me suis dirigé vers lui. Lui il m'a dit de la faire coucher sur une des tables, qu'ils arrivent. Arrivé à la table, je n'avais même plus la force pour la déposer. Je leur ai demandé de m'aider et ils m'ont dit de la déposer seulement. J'ai fait de mon mieux et je l'ai déposée sur la table car je sais que quand tu es submergé par le travail, tu t'énerve facilement. Donc pour ne pas les énerver, j'ai fait de mon mieux et j'ai réussi à la déposer. » (Extrait entretien en Mooré avec O.I., 31 ans, commerçant, conjoint d'une femme évacuée au CHUYO)

Les agents de santé se contentent, bien souvent, d'indiquer une place et d'attendre que l'installation soit effectuée. Après quoi, ils demandent aux accompagnants de se retirer. De ce fait, la séparation d'avec les accompagnants est faite dès l'admission. Les accompagnants n'ont la possibilité de revoir leur malade qu'une fois la prise en charge terminée. Certains accompagnants ont du mal à se soumettre à cette règle puisque, dans les sociétés africaines, les parents ont, selon eux, le devoir d'assister leur malade. Pour cela, il n'est pas indiqué de laisser seule une personne se trouvant dans la souffrance. Une autre raison qui explique cette difficulté à se plier à la séparation d'avec la malade est la crainte de voir celle-ci délaissée par les agents de santé en leur absence.

« Quand on m'a demandé de sortir, je ne voulais pas le faire et quand je l'ai fait, je suis revenu quelques minutes après, en cachette, et j'ai vu qu'ils étaient entrain de s'occuper d'elle. Je ne voulais pas sortir parce que souvent, ils te demandent ça et quand tu as le dos tourné, ils ne s'occupent pas de ton malade, mais quand j'ai vu que ce n'était pas le cas, je suis sorti, pour attendre. » (Extrait entretien en Mooré avec O.I., 31 ans, commerçant, conjoint d'une femme évacuée au CHUYO)

Lorsque les accompagnants achèvent l'installation de la patiente et quittent la salle d'accouchement, la prise en charge commence.

## **I.2- La prise en charge**

L'évacuation est toujours vécue, autant par les agents de santé que par les accompagnants, comme une situation d'urgence. Elle est donc associée au « *sauvetage* » maternel ou fœtal, voire les deux (Vidal *et al.*, 2003 : 19). Elle nécessite, de ce fait, une prise en charge immédiate.

La prise en charge est immédiate selon les agents de santé que nous avons rencontrés, car il existe des circonstances où les informations qui figurent sur la fiche de référence des malades ne concordent pas avec leur état réel. Il faut voir immédiatement dans quel état se trouve la patiente pour établir un nouveau diagnostic et réduire les risques de complications.

« Le plus souvent quand on emmène une femme et qu'on l'introduit en salle, vous aurez toujours un agent de santé qui va suivre pour aller voir ce qui se passe, parce que ils peuvent



mettre accouchement dystocique, en fait, le diagnostic qu'on vous donne peut ne pas être ça. Par exemple, on met accouchement dystocique ou bien un autre diagnostic et en cours d'évacuation la femme a une rupture utérine, et toi tu es assis, tu crois que c'est un accouchement dystocique ou un truc comme ça. Il faut que l'urgence soit la même chez toutes les femmes. Quand une femme arrive, que ça soit marqué : évacuée pour telle ou telle cause, il faut que l'urgence soit la même pour toutes les femmes. C'est-à-dire que la prise en charge soit rapide et qu'on établisse rapidement le diagnostic et on commence les premiers soins. En tout cas à Yalgado ici, c'est ce que nous faisons. » (Extrait entretien en Français avec S.M., maïeuticien d'état)

La plupart des patientes que nous avons rencontrées ont, elles aussi, confirmé cette prise en charge immédiate. Néanmoins, nous avons rencontré des patientes qui disent avoir attendu quelques temps avant d'être prises en charge.

« Quand nous sommes arrivés, je me suis couchée longtemps. A notre arrivée, ils ont pris le carnet, ils m'ont montrée une chambre et ils m'ont dit d'aller étaler un pagne pour les attendre. Quand je me suis couchée là-bas, ça a duré avant que la fille ne vienne me voir.

À peu près combien de temps ?

En tout cas, ça ne valait pas une heure, mais comme j'avais mal, je trouvais que c'était long. Elle est venue et m'a regardée. Elle aussi m'a fait savoir que c'est l'accouchement, mais que ce n'est pas encore arrivé, puis elle est repartie. » (Extrait entretien en Mooré avec K.J., 26 ans, une femme évacuée)

Il peut donc arriver que des patientes après leur admission ne soient pas immédiatement prises en charge. Pour les agents de santé, ces cas isolés d'attente seraient dus à des situations de « *débordement* » qu'ils rencontrent par moments dans la salle d'accouchement.

« Il arrive des fois que ça cloche un peu compte tenu du nombre de femmes que nous recevons ici et aussi le nombre de personnel qui se trouve.

C'est à dire des situations où toutes les tables sont occupées par exemple ?

Il arrive des fois que toutes les tables soient occupées, mais ça n'empêche pas, non, le fait que toutes les tables soient occupées, je crois que ça ne doit pas les empêcher de prendre en charge la femme. Si tu es conscient en tout cas, même si elle est couchée à même le sol, on doit être à mesure de faire quelque chose pour elle. Mais il arrive des fois que par exemple, je prends un exemple, que le chirurgien soit au bloc et que, le plus souvent nous avons trois sages-femmes en salle la nuit comme ça, et que y a une sage-femme qui est en salle d'intervention avec le chirurgien pour récupérer le bébé et que les deux sages-femmes sont entrain de faire un accouchement, il arrive le plus souvent, en tout cas ça arrive qu'on nous emmène une urgence. Le plus souvent, l'ambulancier peut installer la femme et puis (silence) comment dirais-je, il peut installer la femme et puis repartir avant qu'on ne l'examine. » (Extrait entretien en Français avec S.M., maïeuticien d'état)

Ces situations d'attente sont rares puisque parmi nos enquêtés, seulement deux sur les trente huit femmes évacuées au CHUYO ont déclaré avoir attendu avant d'être prises en charge.

Il faut noter aussi que, la rapidité de la prise en charge peut être fonction de l'état que présente la femme à son admission et du motif inscrit sur la fiche de référence. Par exemple, une femme qui entre dans la salle d'accouchement d'elle-même ne sera pas prise en charge aussi rapidement qu'une autre qui y est transportée dans un état d'inconscience ou avec une hémorragie.

« Le plus souvent, quand elles arrivent et qu'on vous tend déjà même le billet d'évacuation et que vous voyez rupture utérine, il va de soi qu'on se mobilise. C'est-à-dire qu'une fois que nous recevons une femme qui se trouve dans un état d'urgence, nous l'installons rapidement et nous faisons rapidement un examen. Nous l'examinons rapidement, et je pense que toute l'équipe est mobilisée hein. Et si c'est une césarienne, une intervention que nous devons faire, le plus souvent ça ne traîne pas. » (Extrait entretien en Français avec S.M., maïeuticien d'état)

Lorsque les agents de santé se retrouvent au chevet de la patiente, ils procèdent à l'examen de celle-ci, posent leur diagnostic et décident du traitement à administrer.

« (...) pendant ce temps on examine la patiente, on fait l'état de la situation, on prescrit ce qu'il faut prescrire pour la prise en charge. Donc en ce moment, s'il y a lieu de recourir aux accompagnants, on le fait. On les appelle, ils viennent, on leur dit, voilà ce qu'il faut faire » (Extrait entretien en Français avec O.L., médecin)

A l'issue de cela, ils font recours aux accompagnants afin que ceux-ci apportent le nécessaire à l'administration du traitement. L'effectivité de la prise en charge dépend aussi de la réaction des accompagnants dans ces moments. Il arrive donc que certains accompagnants par manque d'argent mettent du temps avant de rapporter ce nécessaire, ce qui joue sur l'état de la patiente. Mais à en croire les agents de santé, ces types de situations d'attente commencent à se faire rares grâce à la mise en place progressive d'un système de soins sans pré-paiement. Ce système selon eux permet de prodiguer les premiers soins aux patientes sans attendre que les accompagnants honorent les ordonnances avant toute prise en charge.

« Oui, dès qu'elle arrive, surtout qu'actuellement, nous avons une disponibilité de kits auxquels on peut avoir accès sans pré-paiement c'est-à-dire une femme qui arrive et que vous devez prendre une voie veineuse, que vous devez l'amener au bloc rapidement, vous faites le bon, vous prenez directement le kit sans attendre que les parents payent. Le plus souvent, on appelle un parent qui est à côté et qui vient se présenter et on prend rapidement le kit. Mais il arrive des moments où on attend même pas. Le parent peut venir se présenter après. Donc, ça fait que la prise en charge au niveau des urgences connaît une nette amélioration. » (Extrait entretien en Français avec S.M., maïeuticien d'état)

C'est une fois l'urgence levée, que la contribution des accompagnants pour les soins est demandée. Après la prise en charge à l'admission, la patiente en fonction de son état peut être hospitalisée comme elle peut être libérée.

## **II- Au CMA du secteur 30**

### **I.1- L'accueil**

Il ne se pose pas un problème d'accessibilité à l'enceinte du CMA contrairement au CHUYO. A la maternité, la patiente est conduite dans la salle d'accouchement où elle est installée. Après l'examen, la patiente a la possibilité de ressortir dans la salle d'attente quand son état le permet.

« Une fois que la femme arrive, on l'installe et on l'examine immédiatement. On fait tout, on explique à la femme et puis on sort, on explique aux accompagnants ce qu'il y a. S'il n'y a pas de problèmes, on les explique « elle va sortir attendre et au bout de telle heure-là, elle va rentrer on va l'examiner. On a des heures où on doit l'appeler pour examiner ». On leur explique et dès qu'il y a un problème, on a un médecin de garde qui est là, on fait appel à ce médecin qui va la prendre en charge. » (Extrait entretien en Français avec S.P., une sage-femme d'état)

Contrairement au CHUYO, les accompagnants ont la possibilité au CMA de rester au chevet de leur patiente dans la salle d'attente lorsque l'état de celle-ci lui permet d'y ressortir. Il n'y a donc pas de séparation en tant que telle entre la patiente et ses accompagnants.

## II.2- La prise en charge

La prise en charge dans la majorité des cas s'effectue immédiatement selon les agents. Le point sur l'état de la patiente est fait et des ordonnances ou des bons sont remis aux accompagnants pour l'achat du nécessaire à la prise en charge. Cependant, tout comme au CHUYO, il arrive que certaines patientes attendent avant d'être prises en charge. Deux de nos enquêtées ont déclaré avoir attendu avant d'être prise en charge.

« Elles n'ont rien fait quand je suis arrivée, elles m'ont dit d'attendre seulement. Je suis partie à 23h et c'est vers 7h qu'elles ont pu placer la perfusion pour les douleurs » (Extrait entretien en Français avec Z.A., 27 ans, une femme évacuée au CMA du secteur 30)

Les raisons avancées par les agents de santé pour expliquer ces attentes sont les mêmes que celles évoquées dans le cas du CHUYO, c'est-à-dire le « débordement ».

Pour ce qui est de la prise en charge proprement dite, elle est beaucoup facilitée par l'existence d'un système de prise en charge sans pré-paiement. Ce système permet de lever l'urgence avant que le paiement ne s'effectue. Il permet de réduire les retards de prise en charge liés à l'absence de moyens financiers chez les usagers à l'admission. La prise en charge est aussi facilitée par l'existence du système de partage de coût en cas de césarienne.

A l'issue de la prise en charge des patientes évacuées au cours de notre enquête de terrain, il n'y a eu aucun cas de décès maternel. Les agents de santé sont parvenus à résoudre les difficultés qui avaient conduit ces femmes dans leurs structures<sup>23</sup>. Nous avons malheureusement enregistré deux cas de décès d'enfants : un cas de mort-né et un cas de prématuré, décédé le lendemain de sa naissance.

---

<sup>23</sup> L'issue de la prise en charge des patientes évacuées a donné ceci : vingt cinq femmes ont accouché par voie basse, onze ont été césarisées, chez neuf, il a été effectué une AMIU, une a reçu une transfusion sanguine et les trois autres ont reçu chacune, des traitements spécifique à leur cas.

### III- La concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic

Lorsque les agents de santé reçoivent les patientes, ils posent à la suite de l'examen physique et souvent à la suite d'examens complémentaires (laboratoire, radiologie) un diagnostic afin de procéder à la prise en charge. Ces diagnostics peuvent être en concordance avec les motifs d'évacuation, tout comme ils peuvent ne pas l'être. Les agents de santé des structures d'accueil évoquent une non concordance entre les motifs d'évacuation et leurs diagnostics dans bon nombre de cas d'évacuation.

« Il y a très souvent des hiatus assez importants entre, effectivement le diagnostic qui est retenu au niveau de notre structure et le diagnostic initial au niveau des formations sanitaires. Euh, malheureusement, il y a très souvent quand même des discordances assez flagrantes qui font ressortir finalement des références qui ne sont pas adéquates, qui ne devraient pas avoir lieu. Il y a des références, non justifiées parfois » (Extrait entretien en Français avec O.L., médecin)

Soit c'est le diagnostic posé par les agents qui réfèrent qui est erroné, soit c'est le motif d'évacuation qui n'y est pas. Certains agents de santé des structures de références n'hésitent pas à parler dans ces situations « *de références qui n'en valent pas la peine* ». D'autres vont jusqu'à traiter les agents qui réfèrent les patientes de « *paresseux* »

« Souvent les gens qui sont dans les périphéries sont pressés, ou bien veulent se débarrasser des femmes pour ne rien faire. Sinon, il y a des évacuations qui n'en valent pas la peine et qu'on réfère ici alors qu'ils peuvent les prendre en charge là-bas ». (Extrait entretien en Français S.P., une sage-femme)

La non-concordance entre les motifs d'évacuation et les diagnostics dans la structure de référence serait imputable, de l'avis des agents de santé, au manque de formation ou au faible niveau de formation des agents qui réfèrent.

« Cela est lié sans doute à un déficit de formation des agents au niveau des périphéries, ou à un déficit de supervision continue » (Extrait entretien en Français avec O.L., médecin)

Même si la non-concordance au niveau des motifs est jugée par moments frustrante par les agents des structures d'accueil (parce qu'elles occasionnent un travail supplémentaire), à l'unanimité, ils trouvent que « *mieux vaut évacuer*

*quand on a des doutes que de garder la patiente et engendrer des difficultés par la suite* ». L'essentiel pour eux, c'est de parvenir à sauver la vie de la patiente et du bébé.

De leur côté, les usagers parlent aussi de discordance entre ce qu'ils s'imaginaient ou ce qu'on leur aurait dit et ce qui s'est passé dans la structure de référence. C'est ainsi que certains sont surpris que l'accouchement s'effectue normalement alors qu'ils s'attendaient à une césarienne tandis que chez d'autres c'est tout le contraire.

« Quand je suis revenue à la maison, j'ai dit que c'est pas à chaque fois qu'on te dit, va à l'hôpital, ça sera une opération, que c'est vrai. C'est pas à chaque fois qu'on te demande d'aller à Yalgado que ça signifie opération. Quand nous sommes arrivées et elle est montée sur la table-là, elle n'est même plus descendue. C'est seulement après l'accouchement qu'elle l'a fait. » (Extrait entretien en Mooré avec T.L., 40 ans, belle-mère d'une femme évacuée.)

#### **IV- La contre-référence<sup>24</sup>**

A l'issue de la prise en charge de la patiente, la structure d'accueil fait le point sur la prise en charge de la patiente et informe la structure référente sur ce qui a été fait : c'est la contre-référence. Il s'agit d'une fiche établie dans la structure d'accueil et portant des informations susceptibles de renseigner ceux qui ont évacué la patiente sur le devenir de celle-ci.

« L'information de retour va permettre de se juger soi-même et en fonction d'un certain nombre d'éléments, on saura que à tel cas, il faut pas faire comme ça, à tel cas il ne faut pas faire comme ça, il faut faire ça dans ce contexte parce que dans la contre-référence, il y a toutes les informations, le traitement, l'évolution, qu'est-ce qu'il faut faire et tout dans le document qui puisse lui donner les éléments nécessaires pour la qualité des soins. » (Extrait entretien en Français avec O.B., médecin )

La contre référence a pour but d'informer et de former les agents des structures qui réfèrent. Informer dans le sens de fournir à la structure qui a évacué la patiente des informations sur ce qu'elle est devenue et sur la prise en charge qui a été effectuée. Former dans le sens où la contre-référence permet aux agents de santé de l'échelon inférieur de s'auto évaluer afin de ne plus commettre les

---

<sup>24</sup> Cf. annexes pour exemple d'une fiche de contre-référence

mêmes erreurs au niveau des diagnostics (Ouédraogo, 2002) et aussi de « *savoir quoi faire* » lorsqu'ils seront en présence de cas similaires.

Cette contre-référence rencontre dans son application des difficultés de plusieurs ordres. La question de sa régularité est la plus évoquée par les agents de santé des structures de base. Soit elle n'est pas transmise à chaque fois, soit elle est transmise, mais avec un retard considérable.

« Les structures nous envoient elles aussi des contre-références, mais tardivement souvent. Souvent ça met du temps. Ça peut venir et trouver que tu avais déjà oublié ce qui s'était passé, mais si on pouvait envoyer la contre-référence immédiatement, ça allait nous plaire. »  
(Extrait entretien en Français avec T.E., une accoucheuse auxiliaire)

Pour les agents de santé des structures d'accueil, la contre-référence n'est pas transmise comme il se doit parce qu'ils rencontrent, à leur niveau, un certain nombre de difficultés qui handicapent la rédaction et la transmission des contre-références

« On a des difficultés à plusieurs niveaux parce qu'en matière même de bureautique, il n'y a rien pour ça. Il n'y a rien qui soit prévu pour, même dans l'organisation du service, la contre-référence n'est pas organisée, parce que chacun se démerde pour faire la contre-référence. Les autres difficultés sont liées au temps d'abord, puisqu'on est pas disponible. La deuxième difficulté c'est la difficulté de la rédaction même du rapport de la contre-référence. Parce que c'est un document qui est officiel, donc il faut donner les informations justes à ceux qui sont au niveau inférieur. Donc ça veut dire que c'est un document qu'il faut mûrement réfléchir et qu'il faut la disponibilité pour le faire. L'autre niveau c'est la difficulté de transmission, à qui donner la contre-référence pour qu'il fasse retourner de l'autre côté. Ça aussi ça a été un des facteurs les plus durs à gérer parce que vous pouvez rédiger, mais ça va faire un mois dans les collimateurs parce qu'il n'y a personne pour envoyer. Faut-il remettre à la malade, ou par téléphone, ou par quoi ? On ne sait pas. »  
(Extrait entretien en Français avec O.B., médecin)

« C'est un peu compliqué parce que il a été demandé aux gens qui s'occupent des suites de couches qu'après chaque visite, toutes les femmes qui ont été référées au CMA, à la maternité et qui ont accouchées, qu'après, chaque visite, si ces femmes là doivent sortir que leur fiche nous soit remise et celle qui ont été opérées, qu'à la sortie que leur fiche nous soit remise. Mais c'est pas fait, je suis obligée d'aller chaque fois fouiller pour retrouver les femmes qui ont été référées des CSPS et qui ont été opérées ou qui ont accouchées. D'abord pour les accouchements normaux, ça va parce que de temps en temps on me donne mais ça me retarde parce que au niveau des césariennes, c'est moi qui suis obligée d'aller chaque fois fouiller et je perds des femmes parce que quand y a beaucoup de fiches, je n'arrive pas à tout retrouver donc, c'est pas toutes les femmes, je le sens qui ont été référées ici à qui j'ai fait la contre référence parce que il y a des perdus de vue dans les fiches et c'est pas souvent un travail facile à faire. » (Extrait entretien en Français avec A.J., une sage-femme)



Le CHUYO est une structure qui reçoit des patientes venant de partout. La transmission des contre-références pose un problème puisqu'il n'y a pas, sur place, un système pour transmettre celles-ci. Ce sont les ambulanciers des différentes structures qui, quelques fois, les transmettent. Dans le cas du CMA du secteur 30 de Ouagadougou, les contre-références, après leur rédaction, sont mises dans les casiers des différents CSPS (ces casiers se trouvent au sein du CMA) en guise de courrier. Ce sont les infirmiers chefs de poste (ICP) de ces CSPS qui sont chargés de les récupérer lors de leurs passages dans la structure. Or les ICP ne sont pas très réguliers au CMA et aussi, certains ICP retirent les fiches, mais oublient de les remettre à leur maternité.

Le problème de la contre-référence serait donc lié à un mauvais fonctionnement du système de référence et contre-référence. Les agents de santé préconisent comme solution la nomination d'agents qui auraient pour tâche uniquement la rédaction des contre-références et la mise en place d'un système de transmission de ces fiches.

Une fois que les patientes sont admises dans les différentes structures d'accueil, elles reçoivent des traitements qui permettent de venir à bout des complications qui ont été à la base de leur évacuation. L'efficacité de leur prise en charge dépend de plusieurs facteurs, notamment l'organisation de la prise en charge des urgences dans ces structures et les moyens financiers des accompagnants. Après la prise en charge, arrive le moment du bilan de l'évacuation. Ce bilan prend en compte le coût de l'évacuation et le parcours.



# CHAPITRE IV : COÛT ET APPRECIATION DU PARCOURS PAR LES ACTEURS

## I- Le coût de l'évacuation

### I.1- Avant l'évacuation

Avant l'évacuation, les usagers lorsqu'ils arrivent à la maternité du secteur 28 doivent effectuer des dépenses. Une fois que la patiente est admise dans la salle d'accouchement de la maternité, elle doit acheter une paire de gants pour l'examen et payer les frais de la consultation.

Au cours de l'attente, les dépenses ne sont pas les mêmes pour tout le monde. Elles varient en fonction de l'évolution de l'état de chacune des patientes. Quand il s'agit d'un travail ne nécessitant aucune correction, les dépenses effectuées sont destinées à l'achat du kit d'accouchement, qui coûte 4.000FCFA et très souvent les injections pour faire avancer le travail lorsqu'on le juge lent. Par contre, quand il s'agit d'un travail avec complication que les agents de santé essaient de corriger sur place, il est remis aux accompagnants une ou deux ordonnances pour acheter les produits nécessaires à la correction.

Les dépenses à la maternité du secteur 28, lorsqu'il s'agit d'une évacuation qui se fait à l'admission de la patiente, varient donc entre environ 500FCFA et 1000FCFA.

« Au CSPPS là-bas , je sais que ma sœur a payé 500 ou bien c'est plus de 500fcfa pour je ne sais quoi. Je n'ai pas bien écouté. En tout cas, elle a payé une somme là-bas, je sais pas si ça dépasse les 500fcfa » (Extrait entretien en français avec Z.A., 27 ans, une femme évacuée)

« Quand ma femme est sortie de la salle d'accouchement au 28, elle m'a réclamé 1000f, que la dame dit de payer 1000f. Donc je lui ai donné les 1000f là. » (Extrait entretien en Français avec S.A., 26 ans, mécanicien, conjoint d'une femme évacuée)

Cependant, il arrive que des usagers soient exemptés de ces dépenses. Nous avons rencontré quelques uns qui disent n'avoir pas eu à payer pour les services qui leur ont été rendus durant leur présence.

« On n'a rien acheté, ce sont les gants qu'on devait payer, mais la dame nous a dit qu'on a qu'à laisser tomber. » (Extrait entretien en Français avec K.Z.A., 27 ans, une femme évacuée)

« À la maternité du 28, ce sont les gants qu'on m'avait dit de payer. Ils disaient que les gants coûtaient 700FCFA ou bien c'est combien là. Je me rappelle plus vraiment le prix exact. Donc j'avais pas la monnaie, j'ai enlevé un billet de 2.000FCFA et la femme me dit de laisser, c'était Mme X. Elle m'a demandé si c'était ma femme. J'ai dit oui et elle m'a dit de laisser. » (Extrait entretien en Français avec D.E., surveillant, conjoint d'une femme évacuée)

Les structures sanitaires publiques reçoivent de la part de l'Etat des dotations en consommables (gants, compresses, alcool, etc.). Ce sont des consommables qui devraient être utilisés gratuitement lors des examens des patientes. Cependant, les agents de santé, le plus souvent, les font payer aux patientes quand ils les utilisent. Dans ce contexte, lorsque certains agents de santé se retrouvent face à des usagers qu'ils jugent démunis, ils leur offrent gratuitement les soins. Ils considèrent ce geste comme une manière pour eux d'apporter leur soutien à ces usagers. Il en est de même pour les situations où les agents de santé se retrouvent en présence d'usagers qui sont issus de leur cercle de connaissances. Ces gestes, même s'ils ne sont pas très courants, permettent aux agents de santé de bénéficier de la reconnaissance des usagers.

Lorsqu'il s'agit d'une évacuation après attente, le montant des dépenses se situe environ entre 1.500FCFA et 6.000FCFA.

Ces dépenses sont mal perçues par les usagers car ils trouvent que les agents de santé leur font payer alors que « *rien n'est encore fait* ». Ce sont des dépenses qui n'en valent pas la peine à leurs yeux.

« Nous avons dépensé environ 6.000FCFA au 28, mais je trouve que ce sont des dépenses qui n'en valaient pas la peine même si elles ont fait ce qu'elles pouvaient. À notre arrivée, ils nous ont fait payer 4.000FCFA pour l'accouchement. Une femme qui n'a même pas encore accouché et vous demandez aux gens de payer, tout en sachant que même si elle n'accouche pas, vous n'allez pas rembourser. Moi je trouve que ça c'est pas bien. Le fait qu'elles fassent faire des dépenses aux gens dès leur arrivée ne me plaît pas. Elles n'ont qu'à

attendre que la femme accouche d'abord avant de nous demander de payer. On te fait dépenser pour rien alors que les vraies dépenses t'attendent devant. » (Extrait entretien en Mooré avec K.O., 38 ans, commerçant, conjoint d'une femme évacué au CHUYO)

Les usagers ne perçoivent donc pas le bien fondé de ces dépenses, ce qui fait que certains vont jusqu'à les considérer comme du « *vol* ». Il faut souligner aussi que le plus souvent, les usagers ne savent pas pourquoi ils payent, soit parce qu'il n'ont pas écouté les explications fournies par les agents de santé, soit qu'ils n'en ont pas reçues. C'est ainsi que les 4.000FCFA du kit d'accouchement seront considérés par certains usagers comme étant les frais de l'accouchement, et par d'autres comme étant les frais de séjour. Payer les 4.000FCFA alors que l'accouchement n'a pas été effectué devient inconcevable pour ces gens, puisqu'on ne paye que pour le service rendu.

Quand la décision d'évacuation est prise, il se pose la question du coût du transport.

## **I.2- Le coût du transport**

Lorsque l'évacuation de la patiente est effectuée avec des moyens de transport personnels, il ne se pose pas la question du coût du transport. Par contre, elle se pose lorsque l'évacuation est faite en ambulance ou en taxi.

En ambulance, l'évacuation coûte 1.500FCFA. La somme est recueillie par l'ambulancier avant que l'évacuation ne s'effectue. La somme est payée par les accompagnants, notamment le conjoint, lorsque celui-ci est présent. Cependant, il arrive des moments où les accompagnants ne disposent pas sur place des 1.500FCFA pour payer les frais du transport. Ils sont donc obligés d'aller chercher cette somme puisqu'elle constitue la condition à la réalisation de l'évacuation. Cela retarde considérablement les évacuations et il arrive que, dans ces cas de figure, les agents de santé se mobilisent pour payer le transport.

« On a évacué la femme, son mari est sorti et on ne savait pas où il était parti. Entre temps, on a vu que ça n'allait pas. On a cotisé entre nous et on a donné l'argent à l'accompagnante. On est parti chercher le taxi au marché et quand il est venu. On a fait entrer la femme et l'accompagnante et puis, on a mis sur sa feuille, indigente. Quand elle est arrivée à l'hôpital,

nous-même, on était contente » (Extrait entretien en français avec S.J., une accoucheuse auxiliaire)

Quant au taxi, les frais de transport varient entre 1.000FCFA et 2.000FCFA et quelques fois, vont jusqu'à 5.000FCFA, selon les usagers.

« Nous avons payé 1500f avec le taxi qui nous a conduit » (Extrait entretien en Mooré avec O.I., 31ans, commerçant, conjoint d'une femme évacuée au CHUYO)

Tout est fonction du moment de l'évacuation (la journée ou tard dans la nuit) et de la capacité de tout un chacun à marchander. Compte tenu de l'urgence qui prévaut dans ces moments, les usagers ne prennent pas trop le temps pour marchander comme à leur habitude. Conscients de cela, les chauffeurs de taxi profitent de la situation pour hausser les tarifs à leur guise.

Quand la patiente est admise dans la structure d'accueil, il faut payer pour sa prise en charge.

### **I.3- Les dépenses dans la structure d'accueil**

Lorsque la patiente est admise dans la structure, les agents de santé l'examinent et en fonction du diagnostic posé, des ordonnances sont remises aux accompagnants pour l'achat des produits nécessaires à la prise en charge. En plus des ordonnances, il est demandé à certains usagers des examens (pour la plupart de sang et parfois une échographie).

Ceci est un exemple des dépenses effectuées par un de nos informateurs, K.O., de l'admission à la sortie de sa femme au CHUYO. K.O est un commerçant âgé de 38 ans qui réside au secteur 28 de Ouagadougou. Sa femme avait été évacuée pour dilatation stationnaire sur utérus cicatriciel.

Lorsque K.O., arrive avec sa femme à la maternité du CHUYO, elle est admise dans la salle d'accouchement à 8H57 et après examen, le diagnostic est le suivant : deuxième phase du travail sur une grossesse à terme, sur utérus cicatriciel. Il est remis à K.O. un bon pour le retrait d'un kit d'accouchement au dépôt de la maternité ainsi qu'une ordonnance. Il débourse pour ces premières dépenses la somme de 16.000FCFA. Après avoir remis le tout à la salle

d'accouchement, il sort comme les autres accompagnants pour attendre sous le hangar. Jusqu'à 12h, elle n'a toujours pas accouché. On rappelle K.O. vers 12h35, pour lui annoncer la décision de Césariser sa femme et pour lui remettre aussi un autre bon pour l'achat du kit de césarienne. Il retourne au dépôt de la maternité où il rentre en possession du kit. Il verse la somme de 25000FCFA et on lui remet comme monnaie 300FCFA. Sa femme est Césarisée vers 13h et conduite en post opéré. Au cours du séjour en post opéré, qui a duré 5 jours, il dit avoir honoré de « petites ordonnances » ainsi que les frais de sortie. Il pense que toutes ses dépenses réunies valent 100.000FCFA.

Dans la situation de K.O., il a été tenté un accouchement avant que la décision de recourir à la césarienne ne soit prise. Il a donc effectué des dépenses pour un accouchement et aussi pour une césarienne. Ceux qui ont plus de chance que lui payent, soit pour la césarienne, soit pour l'accouchement, ou pour d'autres soins. Le type et le montant des dépenses dans une structure d'accueil est fonction du diagnostic posé à l'admission, de l'évolution de l'état de la patiente durant son hospitalisation, mais aussi de la structure à laquelle l'utilisateur a affaire. Dans une structure comme le CHUYO, les dépenses pour un accouchement ou une autre pathologie (avortement en cours, hémorragie de la délivrance, etc.) peuvent varier entre un minimum de 25.000FCFA et un maximum de 60.000FCFA. Pour une césarienne, les frais peuvent aller au-delà de 100.000FCFA.

Au CMA du secteur 30, les dépenses sont pratiquement les mêmes qu'au CHUYO quand il n'est pas question d'une césarienne. Elles présentent tout de même une légère différence d'avec le CHUYO du fait de la prescription de médicaments essentiels génériques (MEG) qui contribue à réduire le montant des ordonnances. En cas de césarienne, le coût des dépenses dépasse rarement le cap de 25.000FCFA<sup>25</sup> (au cas où il n'a pas été tenté un accouchement à l'admission de la patiente)

---

<sup>25</sup> Ces 25000fCFA représentent, dans le cadre du système de partage des coûts, la contribution des patientes qui font partie du district sanitaire du 30 et de leur famille. Ils prennent en compte toutes les dépenses à partir du moment où la césarienne est décidée jusqu'à la sortie de la patiente. Lorsque la patiente n'est pas du district, elle paie à l'acte et les dépenses qu'elle effectue peuvent aller jusqu'à 74.0000FCFA (AQUASOU, décembre 2003).

Après cette tentative de répertorier les différentes dépenses au cours de l'évacuation, nous pouvons dire que le coût total d'une évacuation ne peut être déterminé d'office. Il est fonction des dépenses effectuées avant l'évacuation, du moyen de transport utilisé, du diagnostic, de l'évolution de l'état de la patiente, et de la durée de l'hospitalisation.

Les dépenses au cours des évacuations ont été pratiquement toutes effectuées par les conjoints des patientes. En l'absence du conjoint, il arrive que d'autres membres de la famille les fassent (père, mère, frère...). Les dépenses sont considérées comme relevant du conjoint puisqu'il est le père de l'enfant (Zongo, 2005) et aussi le chef de la famille. Que quelqu'un d'autre effectue les dépenses alors que le conjoint lui-même est présent reviendrait pour certains conjoints, à remettre en question leur statut de chef de famille. La situation d'accouchement est considérée comme un moment où le chef de famille doit prouver son statut par sa capacité à honorer toutes les dépenses. Même s'il ne dispose pas des moyens qu'il faut pour faire ces dépenses, la femme ou quiconque qui en disposerait, préfère lui remettre l'argent en cachette afin qu'il puisse agir comme si l'argent était de lui.

Les femmes, quant à elles, ont pratiquement toutes affirmé leur ignorance en ce qui concerne le montant des dépenses.

« Comme ce n'est pas moi qui les faisais, je ne peux pas savoir. C'est mon mari qui a fait ça. » ( Extrait entretien en Mooré avec D.H., 33 ans, une femme évacuée au CHUYO)

« Je ne peux pas le savoir. C'est mon mari qui sait tout » (Extrait entretien en Mooré avec N.G., 22 ans, une femme évacuée au CMA du secteur 30)

Les quelques rares femmes qui le savent le détiennent de leur conjoint.

« Mon mari m'a dit ce matin que lui il avait plus de 60000fcfa et que tout est rentré dans les achats des produits. » (Extrait entretien en Français avec Z.A., 27 ans, une femme évacuée au CMA du secteur 30)

La majorité des femmes évacuées et les accompagnants ont jugé le montant des dépenses élevé. Mais il y a eu des usagers qui ont déclaré avoir été surpris par le

montant des dépenses qu'ils ont eu à effectuer, car ils s'attendaient à être confrontés à des montants beaucoup plus élevés. Ce sont surtout les usagers qui sont passés par le CMA du secteur 30 et qui ont bénéficié du système de partage des coûts. Même si le montant est jugé élevé par une majorité, tous sont unanimes sur le fait qu'il était justifié et nécessaire, le but étant de sauver des vies humaines.

« Quand mon mari m'a dit que 69000 FCFA sont rentrés dans les dépenses. J'ai dit que « Ah ! Même pas césarienne et puis déjà c'est comme-ça ». Et on n'a même pas encore payé les frais de sortie d'abord. Vous voyez-non ? ça va atteindre les 70.000 FCFA. Pourtant, mon mari n'est qu'un petit fonctionnaire (rire) de la fonction publique. Mais, c'est la santé avant tout. L'argent-là ne vaut rien si tu n'as pas la santé. J'ai mon bébé, même si c'est cailloux on va manger après, on va essayer. J'ai mon bébé c'est ça l'essentiel. Nous sommes en bonne santé, c'est l'essentiel. » (Extrait entretien en Français avec Z.A., 27ans, une femme évacuée au CMA du secteur 30)

Le tout pour les usagers « *c'est de récolter le fruit* » de ces dépenses à la fin. Lorsque après les dépenses le bébé et la maman s'en sortent, tous éprouvent un soulagement. Mais quand il s'agit du contraire (issue malheureuse pour la mère ou pour l'enfant) les dépenses sont considérées comme une perte.

## **II- Les opinions sur le parcours et les rapports entre les agents de santé et les usagers au cours de l'évacuation**

### **II.1- L'appréciation de l'accueil et de la prise en charge**

La plupart des usagers ne voyait pas d'un bon oeil l'évacuation au moment où les agents de santé leur ont fait part de la décision. Cela était consécutif aux idées qu'ils se faisaient de l'évacuation et des structures où ils devaient être évacués. A l'issue de l'évacuation pourtant, les opinions des femmes et de leur famille ont subi des changements. En effet, la plupart des usagers font état d'un parcours positif avec tout de même quelques réserves.



## La maternité du CSPS du secteur 28

La maternité est nommée « *les maisons rondes* » par les usagers en rapport avec la forme des précédentes constructions de la structure. Dans cette maternité la prise en charge a été appréciée par la majorité des usagers. Ils trouvent que les femmes y sont bien assistées (la présence continue des agents de santé auprès des femmes, les encouragements qu'ils prodiguent, etc). Néanmoins, la compétence des agents de santé et de la structure sont très souvent remises en cause. Ils dénoncent un faible niveau de compétence des agents de santé de la structure et l'effet que cela a sur les prises de décision d'évacuation. Certains usagers jugent de ce fait la prise de décision tardive.

« Ce qui ne m'a pas plu là, si elles savaient que la femme ne pouvait pas accoucher, mieux valait l'évacuer le plus tôt possible au lieu que ça soit à la dernière minute. C'est pas bien. Je peux dire que ma femme a fait au moins deux jours là-bas. Tu vois non ? Elle souffre seulement et ça ne suit pas. Elles devaient savoir que celle-là au moins ne pourra pas accoucher ici. C'était mieux de l'évacuer dès le premier jour. Ça n'a pas été le cas. Vraiment, ça ne m'a pas plu qu'elles ne connaissent pas leur boulot. Si ça ne va pas seulement, elles-mêmes, elles doivent savoir que ça ne va pas. Elles savent que la femme ne pourra pas accoucher, le mieux c'est de la faire partir à l'endroit où au moins elle pourra accoucher sans problème, puisque quand on connaît, on connaît, quand on connaît pas aussi, on ne connaît pas. C'est pas la force, c'est le savoir. En tout cas, je peux dire que leur niveau est un peu bas. Si la femme a pu aller accoucher à l'hôpital, si seulement elle n'avait pas pu accoucher seule, moi je pouvais dire qu'il n'y avait pas de problème. Mais comme elle a pu accoucher seule, j'ai su que le 28-là, c'est un coin à éviter seulement. » (Extrait entretien en Français avec K.P., 23 ans, militaire, conjoint d'une femme évacuée au CHUYO)

En plus de cela, certains usagers dénoncent l'attitude des agents de santé en situation d'évacuation :

« En tout cas, au 28-là, leur comportement-là m'a paniquée quoi. Ça m'a paniquée parce que quand je suis arrivée, je voyais ENSP, ENSP, donc, je savais que c'était des stagiaires. Mais quand ils ont pris ma tension, du coup, chacun se débarrasse, se désintéresse de moi et ils sont dans leur coin. Ils me regardent bizarrement, ça parle, ça parle, ça parle. Ça m'a paniqué » (Extrait entretien en Français avec Z.A., 27 ans, une femme évacuée au CMA du secteur 30)

L'attitude des agents à l'égard des patientes qui doivent être évacuées est de nature à inquiéter celles-ci et leurs accompagnants. Leur manière d'agir laisserait percevoir une extrême gravité de la situation et fait craindre le pire aux usagers.

Enfin, l'une des plus grandes difficultés dans cette structure est celle de la communication entre agents de santé et usagers. Les usagers se plaignent d'un manque d'information de la part des agents de santé. L'information n'est pas



tout le temps fournie sur les raisons de l'évacuation et quelques fois la manière d'informer de la décision d'évacuation n'y est pas du tout, selon les usagers.

« Ils m'ont dit seulement que c'est fini. C'est ça seulement qui m'a pas plu. On m'a dit que c'est déjà gâté-là. Je ne sais pas si c'est l'enfant-là ou bien c'est moi-même qui est déjà gâtée, c'est ça seulement qui ne m'a pas plu. Une fois que vous évacuez dans une autre structure, ce n'est pas la peine de décourager la personne, ni ses accompagnants. Vrai ou faux ? En tant qu'infirmier, en tant que docteur, en tant que sage-femme, c'est mieux de consoler un malade ou une malade ou bien n'en parlons pas une femme enceinte. Quand vous dites que c'est déjà gâté, c'est gâté-là alors que c'est devant mon mari, c'est devant ma belle-mère même, la tante de mon mari. Vous dites que c'est déjà gâté. » (Extrait entretien en Français avec O.M., 24 ans, une femme évacuée au CHUYO.)

La manière d'informer de ces agents de santé décourage et occasionne un sentiment d'inquiétude chez les usagers ou bien elle les frustre, chose qui a un effet certain sur leur réaction au moment de la prise de décision.

## **Le CHUYO**

Il est communément appelé « *Yalgado* » ou « *hôpital* » ou encore « grand hôpital » par nos enquêtés. Avant l'évacuation, les usagers avaient du CHUYO, l'image d'une structure où l'accessibilité à la prise en charge était difficile. Le CHUYO est perçu par les usagers comme une structure où « *il faut attendre des heures avant qu'on ne s'occupe de toi* » et une structure où il faut « *connaître quelqu'un* » pour bénéficier d'une prise en charge rapide et bonne.

« C'est pas facile parce que moi-même je suis tombé malade un jour, je suis allé à Yalgado, mais si ma nièce n'était pas venue, ça n'allait pas être facile. Tu vois, j'ai confondu l'hôpital à une boucherie. Ah ! oui, parce que le mal est que si tu ne connais pas quelqu'un et que tu arrives là-bas, tu vas avoir du mal, si ton mal doit te traîner une heure de temps avant de te tuer, tu vas mourir. Il faut donc prier Dieu, afin que ton mal puisse te traîner au moins une journée avant que tu ne meurs, là ils ont le temps de venir te traiter un peu. » (Extrait entretien en Français avec M.N., 38 ans, informaticien, conjoint d'une femme évacuée au CHUYO)

En plus de cet aspect, la structure est perçue comme un lieu où on dépense beaucoup. Le coût des prestations est jugé élevé et les ordonnances onéreuses pour le moindre mal. En somme, la structure est considérée comme un lieu où le patient anonyme (qui n'a pas de connaissances au sein de la structure) et sans ressources de surcroît, a toutes les chances de ne pas bénéficier d'une prise en charge conséquente, si son état lui permet bien-sûr de supporter l'attente. Tandis que lorsque l'utilisateur connaît un membre de l'équipe soignante, il sera accueilli

chaleureusement, il n'aura pas besoin d'attendre et il sortira nécessairement satisfait de son parcours (Souley, 2003)

Cependant, au terme de leur parcours, la plupart des usagers qui sont passés par le CHUYO ont jugé la prise en charge satisfaisante. Ils trouvent que ce n'est plus « *comme avant, on prend mieux soin des gens maintenant* ».

« Ceux de Yalgado aussi sont très bien. Ils ont beaucoup changés maintenant. Avant ce n'était pas comme ça. Maintenant ils sont aux petits soins et ils passent tout le temps pour savoir comment ça va. C'est mieux qu'avant en tout cas » ( Extrait entretien en Mooré avec K.O., 38 ans, commerçant, conjoint d'une femme évacuée)

Même si la qualité de l'accueil et de la prise en charge ont évolué, l'idéal ne serait pas encore atteint. Les usagers se plaignent toujours du coût élevé de la prise en charge surtout en cas de césarienne et aussi du manque d'informations. En effet ils affirment être privés d'informations, « *quand ils prennent notre femme, nous ne savons plus ce qu'elle devient* ».

« On est arrivé à Yalgado vers une heure, mais il y a une chose qui ne m'a pas plu à leur niveau. Il faut qu'elles essaient de changer parce que c'est très dangereux. Je me dis que quand tu emmènes quelqu'un qui est dans un état très dangereux comme cela, on sait bien que vous avez vu la personne rentrer, mais de temps en temps, il faut aussi appeler les parents ou le mari pour leur dire en tout cas que pour le moment, la femme est dans tel état, ainsi de suite. Mais quand elles ont fait rentrer la femme vers les 1h du matin, je t'assure que moi-même, je n'étais pas tranquille parce que je ne savais pas dans quel état elle était. Je me dis qu'elles devaient au moins sortir pour me dire que c'est comme-ci, c'est comme ça. C'est vers 4 h du matin maintenant, qu'elles m'ont appelé. Elles m'ont dit d'amener des pagnes. Moi j'ai demandé si c'est l'accouchement. Elles ont répondu que ce n'était pas l'accouchement d'abord. Après ça, elles ont tapé plus d'une heure sans nouvelle. C'était à moi-même de me lever pour aller taper à leur fenêtre et dire que « y a ma femme qui est rentrée ici vers les 1h du matin, juste après ça, vous m'avez dit d'amener des pagnes, mais jusqu'à présent, je n'ai pas de nouvelles. Vraiment, je ne suis pas à l'aise. Je voulais savoir dans quel état elle est maintenant. ». Elles m'ont fait savoir qu'elle vient d'accoucher il y a à peine 5mn, qu'elle a eu un garçon vers les 5h20 comme ça. Mais au moment où moi j'ai su là, c'était vers 6h. Bon, je sais pas, mais elles devaient sortir au moins dire un mot. Elles vont appeler un jour comme ça trouver que le mari n'est plus là. Ça sera trop tard. Ils vont leur faire savoir qu'ils l'ont amené à la morgue. Je trouve que ça panique. » (Extrait entretien en Français avec K.P., 23 ans, militaire, conjoint d'une femme évacuée au CHUYO)

Etant donné qu'il n'existe aucune possibilité dans cette structure de voir et à fortiori de rester auprès de la malade, le manque d'informations est vécu difficilement par les accompagnants. Les agents de santé tentent de justifier cette privation en information par les arguments « d'un manque de temps » lié au contexte d'urgence des situations d'évacuation et un souci de « *déontologie* ».

« Tout le monde veut comprendre, tout le monde veut recevoir une explication claire et précise sur l'état de la patiente à tout moment, ce qui est contraire à notre serment et à notre

secret professionnel. C'est, on ne peut pas, on ne peut pas partager l'information de la patiente avec tout le monde. Et idéalement, c'est pas idéalement, normalement, il n'y a que la patiente qui peut transmettre cette information, si elle le désire, aux autres membres de sa famille et à ses amis éventuellement. Mais le corps médical n'est pas habilité à dire, bon, vous-là, les accompagnants-là, venez, écoutez, votre femme-là c'est ça, c'est ça, elle souffre, voilà, elle a tel problème. Ça c'est contraire au secret médical.» (Extrait entretien en Français avec O.L., un médecin)

## **Le CMA du secteur 30**

Nous avons constaté au cours de cette étude que le CMA du secteur 30 n'était pas bien connu des usagers et son éloignement de la maternité du secteur 28 ne joue pas non plus en sa faveur. Beaucoup ignorent même son nom. Ils le désignent sous le nom de « *hôpital vers le SIAO* » en raison de sa proximité avec le site du SIAO (Salon international de l'Artisanat de Ouagadougou).

Pour ce qui est de la prise en charge, elle est jugée comme étant « *très bien* » et le coût des soins relativement abordable. La comparaison est très souvent faite avec le CHUYO.

« Ici en tout cas, ça va. Et je me dis qu'ici même, je n'ai pas fait l'hôpital comme ça, mais j'avais une belle-sœur et quand elle veut accoucher, on lui dit de partir à Yalgado. Je n'ai qu'un bref aperçu de la chose, mais je sais que ce n'est pas comme ici au CMA. Hôpital-là, ce n'est pas comme ici. Ici, en tout cas, ils prennent soins de toi » (Extrait entretien en Français avec Z.A., 27 ans, une femme évacuée au CMA du secteur 30)

Tout comme au CHUYO, le principal problème évoqué est celui du manque d'informations.

« C'est le silence qu'il y a eu ici après qu'on ait fait rentrer notre femme à l'intérieur au moment de notre arrivée qui ne m'a pas plu, sinon ça va pour le reste. Ils ont fait plus de trois heures sans nous donner des nouvelles de la femme et nous on était dans l'angoisse » (Extrait entretien en Mooré avec C.J., 26 ans, cultivateur, conjoint d'une femme évacuée au CMA du secteur 30)

La situation y est tout de même meilleure que celle du CHUYO du moment où les accompagnants ont quelques fois l'opportunité de voir leur malade et même de rester à ses côtés.

## II.2- Les rapports entre les agents de santé et les usagers au cours du parcours

### Opinions des usagers sur les agents de santé

Les agents de santé sont jugés, par la plupart de nos enquêtés, comme étant « *biens et gentils* » et « *s'occupent bien des gens* ». Ce jugement est en rapport avec la conduite des agents de santé envers les usagers. Lorsque l'agent de santé répond aux questions des usagers, prend le temps de leur donner des explications quand il le faut et répond à leurs sollicitudes, il sera qualifié de « *gentil et s'occupe bien des gens* »

« Au 28 là, les femmes-là sont excessivement gentilles. Il n'y a même pas de femme qui gronde les femmes qui viennent pour accoucher-là » (Extrait entretien en Français avec S.Z., 22 ans, une femme évacuée au CMA du secteur 30)

« Ils ont une très bonne conduite des 2 côtés. On n'a pas eu de disputes avec ne serait ce qu'un docteur. Il y a un docteur ici même qui passe le temps à nous faire rire. Il m'a demandé ce matin d'aller chercher un éventail pour m'asseoir et ventiler ma femme. (rire) Ils sont tous sans façon. » (Extrait entretien en Mooré avec C.J., 26 ans, cultivateur, conjoint d'une femme évacuée au CMA du secteur 30)

Néanmoins, ce jugement n'est pas unanime. Certains usagers parlent en effet d'agents de santé qui sont « *méchants et crient sur les gens* ».

« Quand nous sommes arrivées à Yalgado, les dames-là... Il y avait une nouvelle là-bas, elle semblait apprendre. Elle en tout cas, elle était très gentille. Elle me respectait beaucoup. Elle m'a posé tout un tas de questions : à quel âge j'ai vu mes règles ?, elle m'a posé des questions par rapport à mes anciennes maladies, les noms de mes enfants. Quand son heure est arrivée, c'est elle qui est restée à mon chevet et a passé le temps à me flatter, à me consoler, que de ne pas m'en faire, que je vais accoucher de suite. Quand son heure est arrivée et qu'elle est partie, c'est avec celle qui est venue la remplacer que j'ai vu du feu.

Qu'est ce qu'elle vous a fait ?

Elle est trop méchante. Elle crie sur toi et quand elle va mettre sa main pour regarder, elle ne fait pas doucement. Mais comme j'ai eu mon enfant, je ne pense plus à ça. » (Extrait entretien en Mooré avec K.J., 26 ans, une femme évacuée au CHUYO.)

Tous reconnaissent tout de même que les comportements sont fonction de la personnalité des agents de santé d'où le caractère polyvalent du jugement. Ils font ressortir aussi que l'attitude que l'agent de santé adopte est fonction de la conduite de l'utilisateur lorsqu'il est en présence de celui-ci.

« Les disputes apparaissent à partir du moment où l'on veut imposer ce qu'on veut à ces gens-là alors qu'ils sont dans leurs lieux de travail, chez eux. Quand les gens vont dans les maternités-là, ils

ont tendance à vouloir traiter les sages-femmes comme des écervelées, comme ils ont l'habitude de le faire chez eux avec leurs femmes. Alors qu'il se trouve qu'elles aussi elles ont laissé des hommes chez elles et elles sont là aussi pour un but donné. Dans ces conditions, elles ne vont pas se laisser faire et bonjour les disputes. Donc il faut que les gens se comprennent et sachent se respecter aussi. » (Extrait entretien en Mooré avec O.I., 31 ans, commerçant, conjoint d'une femme évacuée)

Lorsque l'utilisateur adopte une conduite de respect en face de l'agent de santé, celui-ci aura tendance à lui rendre la même chose et si c'est le contraire, il en sera de même.

### **Opinions des agents de santé sur les usagers**

Les agents de santé quant à eux, même s'ils apprécient le plus souvent la conduite des usagers, jugent les rapports agents de santé et usagers « *difficiles* » pour cause d'incompréhension.

« Il y a l'incompréhension. L'incompréhension parce que le personnel de santé n'a pas suffisamment de temps pour expliquer. Donc c'est ce qui fait qu'on peut arriver à des heurts, à des menaces, à des agressions verbales. Mais tout ça s'est lié à l'incompréhension. Première incompréhension, celui qui évacue du bas niveau vers le haut niveau n'explique pas à la patiente qu'est ce qu'on va aller faire, n'explique pas quelles sont les difficultés qu'on va aller trouver. Et ceux qui reçoivent aussi, reçoivent dans un contexte d'urgence. Si c'est reçu dans ce contexte personne n'a le temps pour expliquer à quelqu'un quelque chose. Donc finalement, il y a l'incompréhension qui s'installe. Par exemple, on présente l'exemple du vigile qui est à la porte. Tous les jours ce sont des querelles parce que les accompagnants ne comprennent pas pourquoi ils ne doivent pas aller assister leur patiente. Donc, tous les jours ce sont des tractations. C'est difficile, mais c'est comme ça. » (Extrait entretien en Français avec O.B., médecin)

Ces incompréhensions sont pour la plupart la conséquence du manque de communication entre les agents de santé et les usagers. Lorsque l'utilisateur arrive dans la structure, il est censé connaître le fonctionnement et les procédures en cours dans la structure. Or, l'observation montre que c'est justement l'ignorance qui est la règle chez la majorité des usagers (Souley, 2003). Les agents de santé ne fournissent pas les informations sur le règlement par exemple, alors qu'ils exigent des usagers un respect de ces règlements. Les usagers de leur côté ne prennent pas le soin de se renseigner par peur, la plupart du temps, de la réaction des agents de santé. Il s'instaure par conséquent des incompréhensions qui se terminent, par moments, par des accrochages entre les agents de santé et les usagers au cours de la prise en charge.

## CONCLUSION

Il s'agissait, dans le cadre de cette étude, d'analyser les situations d'évacuation sanitaire des femmes enceintes afin de saisir les conduites des acteurs impliqués et leurs incidences sur le déroulement de ces évacuations.

Pour cela, nous avons formulé une hypothèse principale et trois hypothèses secondaires qui ont été testées par le biais d'une enquête de terrain.

De l'analyse des différentes données obtenues, il ressort que plusieurs acteurs sont impliqués dans les situations d'évacuation. Ce sont les femmes évacuées, leurs accompagnants et les agents de santé. Ces acteurs veillent à la prise de décision d'évacuation, à son organisation et à sa réalisation. Le déroulement de l'évacuation et son issue sont fonction des conduites que ces différents acteurs adoptent en situation d'évacuation. Ces conduites passent, dans un premier temps, par la prise de la décision d'évacuation. En situation d'évacuation, la décision est prise par les agents de santé. Les seuils de prise de décision varient d'un agent à un autre. Ils dépendent du niveau de formation des agents et de leur aptitude à la prise de responsabilité. La compétence de l'agent de santé est un point fondamental de la prise de décision d'évacuation, même si elle est alliée à d'autres facteurs (perceptions de l'évacuation, rapports entre agents de santé et usagers au moment de la prise en charge). Cela suppose que l'agent de santé qui prend la décision d'évacuation ait reçu une formation donnée dans le domaine. Nous avons, au cours de cette étude, constaté que des agents de santé qui n'étaient pas habilités à prendre les décisions d'évacuation étaient amenés à le faire. Cette situation conduit, par conséquent, à des prises de décision tardives et à des évacuations inopportunes par moments.

Cependant, la prise de la décision d'évacuation ne relève pas que des agents de santé. Elle s'effectue à deux niveaux. Une fois que la décision est prise par les agents de santé, l'évacuation n'est pas aussitôt effectuée. La décision est, dans

un second temps, soumise aux patientes et à leurs accompagnants qui, à leur tour, sont chargés de donner leur accord. Cette double dimension de la prise de décision peut ainsi contribuer à retarder l'évacuation en elle-même. Elle peut, en effet, être rapide chez les uns et accuser un retard chez les autres. L'accord des usagers sera donné en fonction de leurs moyens financiers, de la perception qu'ils ont de l'état de santé de la patiente au moment de la prise de décision, du statut social de l'accompagnant et de la manière dont l'information leur sera communiquée. Ces facteurs peuvent accélérer ou retarder l'acceptation de l'évacuation.

De même, les perceptions de l'évacuation par les différents acteurs occupent une place importante dans leur prise de décision. En effet, l'évacuation fait l'objet d'une mauvaise image qui fait qu'elle est crainte et, paradoxalement, bénéficie d'une bonne appréciation. Elle est perçue par les usagers comme une source de dépenses énormes. Lorsque les usagers n'ont pas assez de moyens financiers et qu'ils ont cette perception de l'évacuation, l'acceptation de la décision qui leur est soumise pose problème. Il faut dans ces conditions que les agents de santé négocient avec eux pour les amener à l'accepter. L'évacuation est également perçue comme un fait annonciateur de la mort et est très souvent associée à la césarienne. Du côté des agents de santé, elle est surtout perçue comme un aveu d'incompétence de leur part. Cette mauvaise image va donc contribuer à retarder les prises de décision d'évacuation et leur mise en application. Au-delà de cette mauvaise image, l'évacuation est également perçue par les usagers et les agents de santé comme un moyen qui permet de bénéficier de soins plus performants, de sauver la vie des femmes et de leurs enfants et qui participe à la formation des agents de santé à travers la contre-référence. En situation d'évacuation cet aspect de l'évacuation n'est pas celui qui prédomine. Même s'il subsiste, c'est surtout l'aspect dévalorisant de l'évacuation qui prend le pas.



Dans un second temps, après que la décision d'évacuation ait fait l'objet d'un consensus entre les agents de santé et les usagers, vient l'étape de l'évacuation proprement dite. Celle-ci doit s'effectuer dans les normes avec une ambulance, un agent de santé à bord et un minimum pour assurer les soins au cours du transport. Les structures qui évacuent n'ont pour la plupart aucune ambulance en leur sein pour assurer les évacuations. Elles font appel, en situation d'évacuation, aux ambulances des structures d'accueil. Cela requiert un moyen de communication pour effectuer ces appels. Or, ce ne sont pas toutes les structures de base qui disposent de moyens de communication fonctionnels. Lorsque les acteurs parviennent à entrer en contact avec les ambulances des structures d'accueil, une attente s'impose. Cela peut-être dû à la distance qui sépare les deux structures sanitaires ou à l'absence des ambulances au moment de la prise de contact (occupées par d'autres évacuations). Des moyens sont donc mis en œuvre par les acteurs pour pallier ces contraintes et accélérer l'évacuation. Ils font, pour cela, recours aux taxis et aux moyens de transport personnels (les motos, les véhicules privés). L'usage de ces différents moyens de transport n'est pas sans conséquence sur le déroulement des évacuations. Cela provoque, le plus souvent, des temps longs d'évacuation et des cas de patientes qui ne respectent pas la référence.

Une fois l'évacuation effectuée, les patientes sont accueillies et prises en charge dans les structures d'accueil. La prise en charge est plutôt rapide dans la majorité des cas car les agents de santé ont conscience de l'urgence que revêtent ces situations. Dans les situations où les agents se retrouvent confrontés à plusieurs cas en même temps, il s'opère, compte tenu des effectifs parfois réduits des agents de santé, une sélection. Les patientes seront prises en charge dans ces conditions, en fonction de l'état qu'elles présentent. La priorité est accordée aux cas les plus urgents. Les situations où les prises en charge des patientes à leur admission sont retardées à cause du manque de moyens



financiers des accompagnants tendent à disparaître. L'urgence est très souvent levée grâce à la mise en place progressive de systèmes de prise en charge sans pré-paiement. C'est après la levée de l'urgence que la contribution financière des accompagnants pour les soins effectués et ceux à venir est demandée aux accompagnants. Au CMA du secteur 30 de Ouagadougou, l'instauration d'un système de partage des coûts en cas de césarienne, permet de continuer la prise en charge des patientes lorsque leurs accompagnants ne disposent pas sur place du nécessaire pour honorer les soins.

Le déroulement de l'évacuation dépend donc des conduites que les acteurs impliqués ont au moment de l'évacuation, du fonctionnement du système de référence et évacuation et du fonctionnement du système de santé. Tous ces facteurs vont concourir à rendre efficiente ou non l'évacuation.

Cependant, la question des évacuations ouvre une porte sur un sujet qui est celui de la communication en milieu hospitalier. On constate que la plupart des difficultés qui sont posées par les situations d'évacuation sont le corollaire de problèmes de communication entre usagers et agents de santé, mais aussi entre agents de santé au sein d'une structure donnée et agents de santé de différentes structures. Les usagers des services de santé publiques ont-ils toutes les informations sur les conditions d'accès à celles-ci ? Cette question de communication ne serait-elle pas la source des différentes perceptions qui circulent autour des évacuations ? Les agents de santé, dans les différents niveaux de la pyramide sanitaire du pays, ont-ils une idée des différentes tâches qui leur sont dévolues ? Une réflexion sur la question semble donc nécessaire.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### Ouvrages

BERGERON J.-L. *et al.*, 1979, *Les aspects humains de l'organisation*, Editions Morin Gaëtan.

DE BROUWERE V., VAN LERBERGHE W. (eds.), 2001, *Réduire la mortalité maternelle : stratégies et évidences scientifiques*, Studies in health services organisation & policy Antwerp, ITGPress.

DONZON JP.& FASSIN D., 2001, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland.

GOBATTO I., 1999, *Être Médecin au Burkina Faso. Dissection Sociologique d'une transplantation professionnelle*, Paris, l'Harmattan.

JODELET D., (ed.), 1989, *Les représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France.

QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., 1995, *Manuel de recherche en Sciences Sociales*, Paris, Dunod.

### Mémoires et Thèses

BARRO M., 2003, *Réflexion sur la réorganisation du système de référence et contre-référence dans le district sanitaire de Boussé (Burkina Faso)*, Mémoire pour un Master en santé publique, IMT Antwerpen, Belgique.

LOMPO T.K., 1993, *Evacuations sanitaires dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre hospitalier national Sourou Sanou (CHNSS) de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)*, Thèse pour le doctorat du 3<sup>e</sup> cycle, FSS, Université de Ouagadougou.

OUATTARA F., 1999, *Savoir-vivre et honte chez les Sénoufo Nanerge (Burkina Faso)*, Thèse pour le doctorat du 3<sup>e</sup> cycle (nouveau régime), EHESM-Marseille.

OUEDRAOGO B., 2005, *Analyse situationnelle du système de référence au service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo Burkina Faso*, Mémoire CES, UFR/SDS, Université de Ouagadougou.

OUEDRAOGO I.B., 1989, *Facteurs évitables de la mortalité maternelle. Analyse critique de la prise en charge des femmes dont le décès est survenu à la maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou et dans deux centres médicaux des provinces limitrophes*, Thèse pour le doctorat du 3<sup>e</sup> cycle, FSS, Université de Ouagadougou.

OUEDRAOGO P.A.B, 2002, *Système de référence et contre-référence des urgences obstétricales des maternités de la ville de Ouagadougou à la maternité du CHNYO*, Thèse pour le doctorat du 3<sup>e</sup> cycle, UFR/SDS, Université de Ouagadougou.

ZONGO S., 2005, *Approche anthropologique des accouchements à domicile dans le district sanitaire du secteur 30 de Ouagadougou : les cas du CMA du secteur 30 de Ouagadougou et du CSPS de Koubri*, Mémoire de maîtrise, département de sociologie, Université de Ouagadougou.

## Articles

BARRY, M.C., 1996, Perceptions médicales et populaires face à la prévention des difficultés maternelles en milieu rural peul guinéen. <http://www.codesria.org/links/conferences/gender/BARRY.pdf>

BOSSYNS P., 1994, Etude sur le système de référence au Niger. <http://www.itg.be/itg/GeneralSite/Activities/Downloads/riac0112.pdf>

DE BROUWERE V., JAHN L., 2001, « La référence pendant la grossesse et l'accouchement : concepts et stratégies », *in*, DE BROUWERE V., VAN LERBERGHE W. (eds.), *Réduire la mortalité maternelle: stratégies et évidences scientifiques*, Studies in health services organisation & policy Antwerp, ITGPress : 239-257.

DIARRA. A., 2002 (août), « Soins obstétricaux d'urgence dans trois structures de soins à Bamako et ses environs (Mali) », *in*, GRUENNAIS M.E. (ed.), *Politiques et pratiques en santé reproductive en Afrique. Le risque est-il géré ? Etude comparative portant sur trois pays africains : Cameroun, Centrafrique, Mali.*, Rapport final, Marseille, SHADYC-IRD : 21-56.

GOMA B.M., 2002, « Organiser son accouchement à Bangui (République Centrafricaine) », *in*, GRUENNAIS M.E. (ed.), *Politiques et pratiques en santé reproductive en Afrique. Le risque est-il géré ? Etude comparative portant sur trois pays africains : Cameroun, Centrafrique, Mali.* Rapport final, Marseille, SHADYC-IRD : 57-75.

GRUENNAIS M.-E. *et al.*, 2001, « Organisation de la référence et de la prise en charge des femmes enceintes dans la province de l'ouest du Cameroun », *in*,

GRUENNAIS M.-E. (ed.), Politiques et pratiques en santé reproductive en Afrique. Le risque est-il géré ? Etude comparative portant sur trois pays africains : Cameroun, Centrafrique, Mali. Rapport final, Marseille, SHADYC-IRD : 97-108.

LANKOUANDE J. *et al.*, 1997, «Les évacuations sanitaires en gynécologie et obstétrique. A propos de 2135 dossiers recueillis à la maternité du Centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou », *Annales de l'université de Ouagadougou*, Série B, vol. V : 19-25.

NGUEMBI E. *et al.*, 2002, Prise en charge et référence des urgences obstétricales dans les formations sanitaires de Bangui, Centrafrique, Bénin Médical, n°22 : 45-49.

OLIVIER DE SARDAN J.-P. *et al.*, 1999, « « L'accouchement c'est la guerre ». De quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien », Bulletin APAD, N° 17 : 71-93.

OLIVIER DE SARDAN J.-P., *et al.*, 2001, « L'accouchement c'est la guerre ». Grossesse et accouchement en milieu rural nigérien, LASDEL, Etude et travaux n°1, 44 pages.

OUATTARA F, 2000 (avril), « Interactions entre populations et personnels de santé lors des consultations prénatales dans une maternité rurale (Burkina Faso) », *Réseau Anthropologie de la santé en Afrique*, n°1, Marseille, SHADYC : 111-124.

PRUAL A. *et al.*, 2002, Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique sub-

saharienne, <http://www.e2med.com/index.cfm?fuseaction=revue&idxrevue=92&DIssIdx=6740&&Random=45996&cfid>

SEPOU A. *et al.*, 2000, Analyse des évacuations sanitaires en gynécologie-obstétrique à Bangui, Centrafrique, *Cahier santé*, n°10 : 399-404.

SONDO B. *et al.*, 1997, Le coût financier des soins de santé : enquête auprès de femmes ayant eu un accouchement à risque, *Cahier Santé*, vol. 7, n°1 : 33-37.

SOULEY A, 2003, « Un environnement inhospitalier », *in*, JAFFRE Y., OLIVIER DE SARDAN J.-P. (eds.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD- Karthala : 105-155.

THIEBA B. *et al.*, 2003, Système de référence et contre-référence des urgences gynéco-obstétricales des maternités de la ville de Ouagadougou. Abstract du 7<sup>ème</sup> congrès de la SAGO, SOMAGO II, Bamako (Mali).

## **Rapports et autres publications**

INSD, 1998-1999, Enquête Démographique et de santé, Burkina Faso.

Ministère de la santé, 2005(juillet), Partage des coûts pour les urgences obstétricales dans le district sanitaire du secteur 30. Compte-rendu de la 2<sup>ème</sup> réunion du comité de suivi, Burkina Faso.

Ministère de la santé, 1998 (septembre), Stratégie nationale pour une maternité sans risque 1998-2000, Burkina Faso.

Ministère de la santé, 2005, Plan d'action 2005 du district sanitaire du secteur 30, Burkina Faso.

Ministère de la santé, 2005 (octobre), Micro plan d'action 2005 du CSPS de Dassasgho, Burkina Faso.

Ministère de la santé, 2003 (avril), CHNYO : Comité de pilotage du projet d'établissement 2003-2007, Burkina Faso.

OMS, 1992, Les hôpitaux de district dans les zones rurales et urbaines, Genève.

OUEDRAOGO H.C.T. *et al.*, 2003 (janvier), Etude sur l'offre de santé dans les secteurs 28 et 29 du district sanitaire du secteur 30 de la ville de Ouagadougou, Ministère de la santé, Burkina Faso.

Programme AQUASOU, projet FSP 2001-149 ( MAE-F), Analyse situationnelle du secteur 30 Ouagadougou, version novembre 2003.

Programme AQUASOU, Projet FSP 2001-149 (MAE-F), Rapport annuel d'activités, 1<sup>er</sup> septembre 2002-31 décembre 2003.

République du Niger (Niamey) 1989, Conférence Régionale sur la maternité sans risques pour l'Afrique Francophone au sud su Sahara, Rapport final.

VIDAL L. *et al.*, 2003, Analyse situationnelle socio-anthropologique de la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence à Rufisque et à Saint Louis. Rapport préliminaire, AQUASOU (Projet FSP 2001-149).

# ANNEXES



## **Annexe I : Liste des enquêtés cités dans le document**

### **Usagers**

**C.A.** : 42 ans, mécanicien, conjoint d'une femme évacuée.

**C.J.** : 26 ans, cultivateur, conjoint d'une femme évacuée.

**C.S.** : 36 ans, chauffeur, frère d'une femme évacuée.

**D.E.** : âge non connu, surveillant, conjoint d'une femme évacuée.

**D.H.** : 34 ans, ménagère, mariée, mère de 5 enfants, une femme évacuée.

**K.A.** : 18 ans, ménagère, mariée, mère d'un enfant, une femme évacuée.

**K.A.** : 40 ans, ménagère, belle-mère d'une femme évacuée.

**K.A.** : 23 ans, ménagère, mariée, sans enfant, une femme évacuée.

**K.J.** : 26 ans, ménagère, mariée, mère de 3 enfants, une femme évacuée.

**K.K.** : 35 ans, ouvrier, père de deux enfants, conjoint d'une femme évacuée.

**K.O.** : 38 ans, commerçant, père de 5 enfants, conjoint d'une femme évacuée.

**K.P.** : 23 ans, militaire, père d'un enfant, fiancé d'une femme évacuée.

**K.Z.A.** : 27 ans, secrétaire, mariée, mère de 3 enfants, une femme évacuée.

**N.** : 38 ans, informaticien, père de deux enfants, conjoint d'une femme évacuée.

**N.G.** : 22 ans, vendeuse, mariée, mère d'un enfant, une femme évacuée.

**N.R.** : 22 ans, ménagère, mariée, mère d'un enfant, une femme évacuée.

**O.C.** : 25 ans, vendeuse, amie d'une femme évacuée.

**O.I.** : 31 ans, commerçant, père de deux enfants, conjoint d'une femme évacuée.

**O.M.** : 24 ans, coiffeuse, mère d'un enfant, fiancée au père de son enfant, une femme évacuée.

**O.M.** : 32 ans, ménagère, belle-mère d'une femme évacuée.

**O.M.** : 25 ans, institutrice, mariée, mère d'un enfant, une femme évacuée.

**S.A.** : 26 ans, mécanicien, père de deux enfants, conjoint d'une femme évacuée.

**S.O.** : 48 ans, ménagère, tante d'une femme évacuée.

**S.R.** : 16 ans, vendeuse, célibataire, mère d'un enfant, une femme évacuée.

**S.Z.** : 22 ans, ménagère, mère d'un enfant, fiancée au père de son enfant, une femme évacuée.

**T.E.** : 28 ans, vendeuse, belle-sœur d'une femme évacuée.

**T.G.** : 38 ans, cultivateur, père de 6 enfants, conjoint d'une femme évacuée.

**T.L.** : 40 ans, vendeuse, belle-mère d'une femme évacuée.

**Y.F.** : 23 ans, ménagère, mariée, mère d'un enfant, une femme évacuée.

**Z.A.** : 27 ans, comptable, mariée, mère d'un enfant, une femme évacuée.

### **Agents de santé**

**A.J.** : âge non identifié, sage femme d'état, 27<sup>e</sup> année de service.

**C.** : âge non identifié, accoucheuse auxiliaire.

**N.S.** : 55 ans, sage-femme d'état, 31<sup>e</sup> année de service.

**O.B.** : 38 ans, médecin, gynécologue-obstétricien, 6<sup>e</sup> année de service.

**O.L.** : âge non identifié, médecin, gynécologue-obstétricien, 7<sup>e</sup> année de service.

**S.J.** : 42 ans, accoucheuse auxiliaire, 14<sup>e</sup> année de service.

**S.M.** : âge non identifié, maïeuticien d'état, 10<sup>e</sup> année de service.

**S.P.** : 37 ans, sage-femme d'état, 12<sup>e</sup> année de service.

**T.E.** : 32 ans, accoucheuse auxiliaire, 10<sup>e</sup> année de service.

## **Annexe II : Guides d'entretiens individuels**

### **GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES FEMMES EVACUEES**

#### **I- Identification**

Age  
Niveau d'instruction  
Situation matrimoniale  
Profession  
Nombre d'enfants  
Profession du conjoint  
Lieu de résidence

#### **II- La grossesse**

Pouvez-vous nous raconter le déroulement de votre grossesse ?  
Comment a été effectué le suivi ?(social et médical)  
Comment se sont déroulées vos précédentes grossesses ?  
Comment percevez-vous le déroulement de cette grossesse par rapport aux précédentes ? (femmes ayant déjà accouché)  
Quelles ont été vos relations avec certains de vos proches durant votre grossesse (conjoint, coépouse, belle-mère, beau-père etc.) ?

#### **III- Le recours à la maternité**

Pouvez-vous nous raconter ce qui s'est passé avant votre arrivée à la maternité ?  
Comment ont débuté vos douleurs ?  
Quelle a été la réaction de vos proches à l'annonce de vos douleurs ?  
Qu'est ce qui vous a poussé à aller dans une formation sanitaire ?  
Comment percevez-vous (si accouchement) ce travail par rapport aux précédents ?(cas des femmes ayant déjà accouché)  
Que s'est-il passé à votre arrivée à la maternité ?  
Que vous a dit le personnel de la maternité lorsque vous y êtes arrivée ?

#### **IV- L'évacuation**

Avez-vous déjà entendu parler d'un cas d'évacuation d'une femme enceinte ?  
Quelle a été votre réaction ?  
Comment avez-vous réagi lorsqu'on vous a annoncé la décision de vous évacuer ?  
Pourquoi a t'on décidé de vous évacuer ?

Quelle a été la réaction de votre conjoint et de vos accompagnants face à votre évacuation ?

Qui a pris la décision d'évacuation ?

Comment s'est déroulée votre évacuation ?

Avec quel moyen de transport l'évacuation a-t-elle été effectuée ?

Qu'est-ce qui s'est passé à votre arrivée dans la structure d'accueil ?

Quels types de dépenses ont été effectués lors de l'évacuation ?

À combien remontent toutes vos dépenses et comment les percevez-vous ?

Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées lors de votre évacuation ?

Que pensez-vous du fait d'évacuer une femme enceinte ?

## **V- Opinions sur le parcours (structures sanitaires et personnels de santé)**

Quelle a été la conduite du personnel de la structure qui vous a référé avant et au moment de votre évacuation ?

Quelle a été celle du personnel de la structure de référence à votre arrivée et durant le temps que vous y avez séjourné ?

Connaissiez-vous ces structures ?

Comment appréciez-vous la prise en charge dans ces structures ?

## **VI- Suggestions**

Quelles sont vos suggestions pour une amélioration de la qualité du système de référence et de la prise en charge ?

## **GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES ACCOMPAGNANTS**

### **I- Identification**

Nom

Prénom

Age

Niveau d'instruction

Lien avec la femme

Profession

Lieu de résidence

Situation matrimoniale

## **II- La grossesse**

Pouvez-vous nous dire comment s'est déroulée la grossesse de la femme ?  
Comment jugez vous le déroulement de cette grossesse par rapport aux précédentes ?

Comment s'est effectué le suivi (sur le plan médical et social)?  
Y avez-vous participé ? Comment ?

## **III- Le recours à la maternité**

Pouvez-vous nous raconter ce qui s'est passé avant votre arrivée à la maternité ?  
Que s'est-il passé lorsque vous êtes arrivée à la maternité ?  
Quelle information vous a t'on donné par rapport à l'état de la femme à votre arrivée et durant le temps que vous y avez passé ?

## **IV- L'évacuation**

Avez-vous déjà été confronté à un cas d'évacuation ?  
Quelle a été votre réaction ?  
Comment avez-vous réagi lorsqu'on vous a annoncé la décision d'évacuer votre patiente ?  
Savez-vous pourquoi elle a été évacuée ?  
Comment avez-vous accueilli la décision d'évacuation ?  
Comment s'est passée l'évacuation ?  
Avec quel moyen a été effectuée l'évacuation ?  
Qu'est-ce qui s'est passé à votre arrivée dans la structure de référence et durant le temps que vous y avez passé ?  
Quel genre de dépenses avez-vous effectué lors de l'évacuation ?  
Comment jugez-vous ces dépenses ?  
Quelles sont les difficultés auxquelles vous avez été confronté au cours de cette évacuation ?  
Que pensez-vous du fait d'évacuer une femme enceinte ?

## **V- Opinions sur le parcours (structures et personnels de santé)**

Quelle a été la conduite du personnel de la structure qui vous a évacué avant et pendant l'évacuation ?  
Quelle a été celle du personnel de la structure de référence à votre arrivée et après ?  
Connaissiez-vous la structure où a été évacuée votre patiente ?

Quel est votre jugement par rapport à la prise en charge et à l'organisation dans ces structures ?

## **VI- Suggestions**

Quelles sont vos suggestions pour une amélioration de la qualité de la prise en charge ?

Quelles sont vos suggestions pour une amélioration de la qualité du système de référence ?

## **GUIDE D'ENTRETIEN POUR PERSONNEL DE SANTÉ**

### **A- Personnel de la structure de départ**

#### **I- Identification**

Nom

Prénom

Age

Statut

Nombre d'années de service

#### **II- L' évacuation**

Dans quel état vous arrivent le plus souvent les femmes ?

Comment s'effectue l'accueil et la prise en charge des femmes que vous recevez ?

Quels sont les motifs d'évacuation de ces femmes ?

Comment sont prises les décisions d'évacuation ?

Que se passe-t-il une fois la décision prise ?

Comment réagissent la patiente et ses accompagnants face à la décision d'évacuation ?

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en situation d'évacuation ?

Que pensez-vous du fait d'évacuer une femme enceinte ?

Comment fonctionne le système de référence à votre niveau ?

Quelles sont vos suggestions pour une amélioration de la qualité du système de référence ?

## **B- Personnel de la structure d'accueil**

### **I- Identification**

Nom

Prénom

Age

Statut

Nombre d'années de service

### **II- L' évacuation**

Que pensez-vous du fait d'évacuer une femme enceinte ?

Quels sont les motifs de référence des femmes qu'on vous évacue ?

Dans quel état vous parviennent ces femmes ?

Comment s'effectue l'accueil et la prise en charge de ces femmes évacuées ?

Comment se passe la collaboration avec les accompagnants ?

Comment fonctionne le système de référence à votre niveau ?

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en situation d'évacuation ?

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans le fonctionnement du système de référence ?

Quelles sont vos suggestions pour une amélioration de la qualité du système ?

# Table des matières

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>I</b>
<b>DEDICACE</b> .....	<b>III</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>IV</b>
<b>SIGLES ET ACRONYMES</b> .....	<b>VI</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
<b>PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE</b> .....	<b>4</b>
<b>CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE</b> .....	<b>5</b>
I Enoncé du problème .....	5
II Revue de littérature.....	8
II.1- Du système de santé au système de référence.....	8
II.2 Le système de référence : son rôle et sa situation.....	9
III Problématique de recherche .....	17
IV Intérêt de la recherche .....	18
V Objectifs de l'étude .....	19
VI Hypothèses de recherche.....	19
VII Définition des concepts.....	20
<b>CHAPITRE II : METHODOLOGIE</b> .....	<b>24</b>
I Présentation de la zone d'étude.....	24
I.1 Le district sanitaire du secteur 30 .....	24
I.2 La maternité du CHUYO .....	27
II La population de l'étude .....	29
III La collecte des données.....	29
III.1 La nature de l'étude.....	29
III.2 Les outils de la collecte des données.....	29
III.3 Le déroulement de l'étude et stratégies d'enquête .....	32
IV L'analyse des données .....	33
V Les difficultés et les limites de l'étude .....	34
V.1 Les difficultés de l'étude .....	34
V.2 Les limites de l'étude .....	36



<b>DEUXIEME PARTIE : GROSSESSE ET SITUATIONS D'EVACUATION.....</b>	<b>37</b>
<b>CHAPITRE I : DE LA GROSSESSE AU RECOURS A LA MATERNITE .....</b>	<b>38</b>
I La grossesse et sa prise en charge.....	38
I.1 Les perceptions autour de la grossesse .....	38
I.2 La prise en charge de la grossesse .....	40
I.3 Les notions de « <i>grossesse facile</i> » et « <i>grossesse difficile</i> ».....	47
II Les raisons du recours à la maternité.....	49
II.1 L'accouchement : attitudes et comportements en début de travail.....	49
II.2 Les complications en cours de grossesse nécessitant le recours à la maternité.....	53
<b>CHAPITRE II : DE L'ACCUEIL A L'EVACUATION .....</b>	<b>55</b>
I L'accueil et la prise en charge dans la structure de départ.....	55
II Les motifs d'évacuation.....	57
II.1 Les situations d'évacuation immédiate.....	57
II.2 Les situations d'évacuation après attente .....	62
III Le processus de prise de la décision d'évacuation.....	68
III.1 Les agents de santé .....	68
III.2 Les usagers .....	73
III.3 Le « tête-à-tête » agents de santé et usagers.....	76
IV Les perceptions des évacuations par les usagers et les agents de santé .....	82
IV.1 Les usagers.....	83
IV.2- Les agents de santé .....	90
IV.3 L'importance de l'évacuation .....	92
V Les préparatifs de l'évacuation.....	93
V.1 L'information .....	93
V.2 La fiche de référence .....	95
V.3 Le choix de la structure d'accueil.....	96
V.4 Le choix du moyen de transport.....	99
<b>CHAPITRE III : ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE DANS LES STRUCTURES D'ACCUEIL .....</b>	<b>103</b>
I Au CHUYO .....	103
I.1 L'accueil .....	103
I.2 La prise en charge .....	104
II Au CMA du secteur 30.....	107

I.1 L'accueil .....	107
II.2 La prise en charge.....	108
III La concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic .....	109
IV La contre-référence .....	110
<b>CHAPITRE IV : COÛT ET APPRECIATION DU PARCOURS PAR LES ACTEURS</b> .....	<b>113</b>
I Le coût de l'évacuation.....	113
I.1 Avant l'évacuation .....	113
I.2 Le coût du transport .....	115
I.3 Les dépenses dans la structure d'accueil .....	116
II Les opinions sur le parcours et les rapports entre les agents de santé et les usagers au cours de l'évacuation.....	119
II.1 L'appréciation de l'accueil et de la prise en charge .....	119
II.2 Les rapports entre les agents de santé et les usagers au cours du parcours .....	124
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>126</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>130</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>i</b>
Annexe I : Liste des enquêtés cités dans le document .....	ii
Annexe II : Guides d'entretiens individuels.....	iv
<b>Table des matières.....</b>	<b>ix</b>