

Décès maternels et processus décisionnel de recours aux soins pendant la grossesse dans une formation sanitaire du Burkina Faso

Seydou Drabo, *Université d'Oslo, IRD (UMR 912)*

Résumé long

L'accessibilité aux soins évoquée comme l'une des causes de la mortalité maternelle est souvent appréhendée dans sa dimension géographique et financière. Or elle est le produit d'un processus complexe qui va au delà de ces deux dimensions. Cette communication vise à analyser le processus de prise de la décision de recours aux soins pendant la grossesse afin d'identifier les acteurs impliqués ainsi que les facteurs qui influencent leur décision. Elle s'attache à mettre en évidence des études de cas à travers lesquels les contraintes sociales et organisationnelles des soins peuvent être considérées dans l'analyse des déterminants des décès maternels.

Etat de la question

Le Burkina Faso fait parti des 18 nations où le risque pour une femme de perdre la vie à l'accouchement est extrêmement élevé (Impact ; 2006). Le ratio de mortalité maternelle était estimé en 1986 à 610 décès pour 100 000 naissances vivantes, 566 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1991 (INSD), 484 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1998 (EDS 98-99). Lors des conférences de Nairobi (1987) et de Niamey (1989) sur la maternité sans risque, le pays s'est engagé fermement dans la recherche de solution au problème de la mortalité maternelle. Ainsi nous avons assisté à l'adoption en 1998 d'une première stratégie nationale pour une maternité sans risque couvrant la période 1998-2000 et d'une seconde stratégie nationale pour une maternité sans risque couvrant la période 2000-2008. Ces deux stratégies ont contribué à mettre en place plusieurs actions avec l'appui de nombreux partenaires (formation du personnel, construction et équipement de centres médicaux avec antenne chirurgicale, organisation des soins d'urgences, etc.). Ces actions ont contribué si on peut le dire, à la baisse du taux de la mortalité maternelle qui est passée de 484 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1998 à 306 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2006 (INSD). En dépit de cette baisse la mortalité maternelle reste aussi bien un sujet préoccupant pour les familles et la société mais aussi pour l'ensemble de la communauté scientifique. La réduction de la mortalité maternelle figure désormais en tête de l'agenda de la santé et du

développement. Pour atteindre l'Objectif 5 du Millénaire pour le développement, à savoir réduire de 75 % le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015, tous les pays du monde s'attachent, avec un dynamisme et des moyens accrus, à assurer des services de santé maternelle convenables et équitables. L'un des moyens de faire reculer la mortalité maternelle consiste à améliorer la disponibilité, l'accessibilité, la qualité et l'usage des services qui permettent de traiter les complications susceptibles de se produire pendant la grossesse et l'accouchement (OMS, 2011). La question de l'accessibilité aux soins obstétricaux se trouve donc au centre du combat pour la réduction de la mortalité maternelle. Cette question souvent présentée dans sa dimension financière (Pruel ; 1999), (Albrecht Jahn et Vincent De Brouwere ; 2001), (Fabienne Richard et al ; 2008) et géographique (Ouédraogo ; 1989), (Royston et Armstrong ; 1990), (Zoungrana et al 1990) ne suffit pas à comprendre les décès maternels dans leur totalité. Car plusieurs contraintes d'ordre socioculturel, organisationnel et institutionnel ont tendance à influencer le recours aux soins médicaux. Il en ressort également le problème de l'adéquation entre offre de soins et besoins de santé qui en plus d'être quantitatifs requièrent une dimension qualitative. (Aude Meunier ; 2000). Cette situation suscite bien une interrogation scientifique autour de la question d'accessibilité aux soins obstétricaux. Comment se construit la décision du recours aux soins pendant la grossesse ? Quels sont les principaux acteurs impliqués dans le processus ? Quels sont les facteurs qui influencent leur décision ? Comment les choix opérés peuvent-ils influencer l'accès à des soins obstétricaux de qualités ?

Méthodologie

Déroulement et site d'enquête:

Notre enquête s'est déroulée de Septembre 2007 à mai 2008 (9 mois).L'observation et la sélection des cas se sont déroulées dans un Centre Hospitalier Universitaire(CHU) du Burkina Faso) et a duré 4 mois (2 septembre 2007 au 3 Janvier 2008).

Le choix du CHU:

Pour des raisons pratiques nous avons choisi de travailler au CHU en tant qu'une espace médical partagé par les femmes enceintes, leurs proches, les soignants et nous. Ainsi cet espace nous permet de trouver divers acteurs impliqués dans la gestion de la grossesse, nous

offre la possibilité de créer des opportunités de communication avec eux et faciliter l'établissement de relations sur une longue durée. Cependant pourquoi avoir choisi de travailler au CHU et non pas dans une autre structure médicale ?

Cette préférence du CHU par rapport aux autres structures médicales répond à une question de pertinence. En effet, il fait partie de l'un des plus grands centres de référence du pays. Situé dans la capitale du pays, il est le lieu où interagit une mosaïque d'acteurs aux logiques parfois différentes. Des acteurs qui interviennent tous d'une manière ou d'une autre dans la gestion de la grossesse. La compréhension des décès maternels à travers les logiques des usagers des services de santé et des professionnels de santé nous paraît donc mieux appréhendable dans cette structure compte tenu des enjeux qui s'y créent autour de la gestion des soins obstétricaux. En outre, par son statut de centre de référence, il a développé plusieurs réponses aux problèmes de la santé maternelle (banque de sang, laboratoire, spécialistes en gynécologie et obstétrique, etc.). Cependant si des cas de décès maternels y sont toujours constatés, cela nous donne de bonnes raisons d'interroger la mise en rapport de ces dispositifs avec les logiques des acteurs en situation d'interaction permanente.

Techniques d'enquête :

- ❖ Entretiens individuels semi-directifs et entretiens informels. (auprès de 12 soignants et 11 proches des femmes enceintes décédées).
- ❖ Observations directes au CHU et dans l'enceinte de sa maternité. Elle a consisté à une:
 - ❖ observation participante qui nous a emmenés à jouer plusieurs rôles (accompagnant, brancardier, coursiers, guide etc.). afin de comprendre l'organisation du service et les logiques des acteurs ;
 - ❖ observation flottante. Cela impliquait un certain retrait, un désengagement des actions. Puis leur mise en mémoire afin de les écrire plus tard » (Raineau, 2002).
- ❖ Usage de documents (ouvrages, dossiers médicaux, carnets de santé des femmes enceintes, ordonnances, registres).

L'ensemble de ces techniques nous a permis de reconstituer une partie de l'histoire de 8 femmes enceintes décédées au CHU durant la période de notre enquête sur un total de 48 cas recensés.

Résultats :

Même si la dimension géographique et financière occupe une place importante dans le recours et l'accès aux soins liés à la grossesse, le processus de prise de décisions de recours aux formations sanitaires y est déterminant. Le contexte d'apparition de la grossesse, l'influence des normes liées à la sexualité, la nature de l'attachement et les liens de dépendance des femmes enceintes avec leur proche, ainsi que l'histoire personnelle des femmes enceintes et les représentations sur les structures de soins, sont autant de facteurs qui influencent les décisions du recours aux soins pendant la grossesse. Et donne ainsi une dimension circonstancielle, relationnelle et structurelle à la question de l'accessibilité aux soins obstétricaux.