



**La Gestion Socioculturelle
de la complication
obstétricale**

**dans Les régions Fès - Boulemane
et Taza - Al Hoceima - Taounate
(Maroc)**

***Etude qualitative par focus group
Rapport de synthèse***

**Pr. Abdessamad Dialmy
Consultant Johns Hopkins University**



**Ministère de la Santé - Direction de la Population - Avec la collaboration de l'USAID
Novembre 1998 - Février 1999**

REMERCIEMENTS

Cette étude est le résultat d'une entreprise pionnière initiée par les délégations du ministère de la santé dans les régions Fes-Boulemane et Taza-Al Hoceima-Taounate, et notamment dans les provinces d'Al Hoceima, Sefrou, Taounate et Zougga-Moulay Yacoub. A ce titre, nos remerciements les plus sincères vont à

- la *Wilaya* de Fes, et à sa tête, le Dr Bendali
- la province de Zougga-Moulay Yacoub, et à sa tête le Dr Bouallou
- la province de Sefrou, et à sa tête le Dr Riouch
- la province de Taounate, et à sa tête le Dr El Asri
- la province d'Al Hoceima, et à sa tête le Dr Yassem
- la province de Fes-Medina, et à sa tête le Dr Bouchareb
- la province de Boulemane et à sa tête le Dr Babour
- la province de Taza et à sa tête le Dr Hmama

- les médecins chefs du SIAAP le Dr Soufiani (Zougga-My Yacoub), le Dr Moneim (Sefrou), le Dr Mhamdi (Taounate) et le Dr Karkouri (Al Hoceima)

- Dr Bijjou de la délégation du ministère de la santé à Fes Jdid-Dar Dbibagh

- Tous les recruteurs des participants aux focus group

- Tous les animateurs des FG
- Province d'Al Hoceima Aanissi Samia, Bouichrat Karima, El Hani Mohammed, Forca Aicha, Skalli Khadija, Zerrouk Abdelmajid
- Province de Sefrou Al Ahkam Rabha, Bouchama Ali, Boularbah Chafia, Berizi Mounia, Chaouiba El Hassania, Derraz Mohammed
- Province de Taounate, Adib Ahmed, Es Saidi Nadia, Faez Naima, Mziout Hadda, Nada Saida, Touiouel Ahmed
- Province de Taza Lakhel Fatima, Rouani Ahmed

- Province de Zouagha-My Yacoub Ahamri Mounia, Bassime Amina, Bennani Mohammed, Chaachoua Zhor, El Giwach Mohamed, El Hayl Rabea, Krissou Jilali

Sans le travail de base, collectif et soutenu, de ces personnes et institutions, ce travail n'aurait pas vu le jour

Nos remerciements vont également a

- La Direction de la Population, et a sa tête, Dr Tyane,
- Dr Zerrari, Dr Bensalah, Dr Fatima Tsouli de la Direction de la Population

- John Snow Inc a Rabat, et notamment, Dr Theo Lippeveld, Mme Suzanne Reier, Dr Redouane Abdelmoumen, et Mlle Boutaina Elomari (la cheville ouvriere de l etude)

- Johns Hopkins University, et notamment Mme Sereen Thaddeus

- Le professeur Jane Bertrand de l'universite de Tulane (USA)

Que toutes ces institutions et personnes trouvent ici nos remerciements les plus sinceres pour leur confiance, leurs conseils et leur aide multiple et diversifiee. Le merite final leur revient pour avoir conçu et programme cette etude

Ces remerciements ne seraient pas complets si on ne mentionnait pas l'USAID pour son soutien dans la realisation de cette etude

Puisse cet effort collectif contribuer modestement a comprendre la logique obstetricale de la population (que nous remercions ici de nous avoir donne de son temps et de sa confiance) et a lutter contre le fleau de la mortalite maternelle au Maroc

A la mémoire des mères perdues,

Le temps de l'attente, celui de l'épreuve
 Le temps de la refuse, la mort
 le temps de l'urgence,
 le temps de renoncer à l'honneur, au mouton
 Pour le mâle, le temps du sacrifice
 Le temps de l'ancienne jalousie, extrémisme
 le temps, pour la mère, de se tancer
 le temps de laisser naître la mère
 Le temps de trouver un mulet,
 Un cercueil
 le temps de descendre une montagne
 la nuit, la neige, le froid mourir en route, au bord d'une route
 Un taxi, un bus, un téléphone le temps de courir celui d'arriver
 que de victoires difficiles
 Le temps d'être mal accueillie, isolée
 retenue, référée
 Le temps de se faire saigner
 déchirer, soigner
 que de temps perdus que de temps perdants
 que de défaites absurdes
 La femme cet objet
 évacuable, manipulable
 la femme cet avenir enceint
 mère d'une société
 plus équitable il est le temps d'aimer la femme citoyenne

Abdessamad Dialmy

SOMMAIRE

A- PROBLEMATIQUE INTRODUCTIVE	9
I- De la mortalite maternelle en general	9
1- Definition	9
2- Ratio	9
3- L'initiative pour une maternite sans risque	10
II- La mortalite maternelle au Maroc	11
1- La ratio	11
2- Les causes	12
3- Les determinants	12
a- La sphere socioculturelle	12
b- La sphere de l'accessibilite	13
c- La sphere des soins	13
Conclusions	13
B- METHODOLOGIE	16
I- Objectifs	16
II- Hypotheses	17
III- La planification des focus group	18
1- Le choix des regions et des provinces de l'enquête	18
2- Le choix des sites de l'enquête	18
3- Le profil des focus group	19
4- Le recrutement des participants	19
5- Le choix des animateurs	20
IV- Elaboration du guide d'animation	20
V- La formation des animateurs	20
VI- Le deroulement des FG	21

1- Dates	22
2- Lieux	22
3- Duree	23
4- Nombre des participants	23
5- Observations	23
VII- Preparation des donnees	26
1-La transcription	26
2-La grille de depouillement et d'analyse	26
3-Traduction-Informatisation	27
VIII- Analyse	28
1-Analyse par province	28
2-Synthese Generale	28
IX- Limites de l'etude	29
C- L'ANALYSE DES RESULTATS	31
I- Chapitre 1	
La grossesse sous-medicalisee	32
1- Les envies, revolte feminine	32
2- La grossesse, une morbidite naturelle	33
3- Une CPN valorisee mais inaccessible, minoritaire	35
II- Chapitre 2	
L'accouchement entre <i>setra</i> et securité	38
1- L'hôpital, c'est la securite, l'hôpital, c'est la perturbation	39
a- Les avantages	39
b- Les inconvenients	40
2-L'accouchement a domicile, une <i>setra</i> dangereuse	41
a- Les avantages	41
b- Les inconvenients	42

3- Domicile-Milieu surveille une hierarchie entre pauvres?	42
a- Profil social de la parturiente en milieu surveille	43
b- Profil social de la parturiente a domicile	44
4-L'accouchement ideal l'hôpital, un chez soi	44
III- Chapitre 3	
Les complications obstetricales, une connaissance partielle et parasitee	46
1- La complication obstetricale, une construction sociale	47
2- La perception du danger de mort	48
3-La volonte maternelle de vivre	49
4- La medecine, le dernier <i>sabab</i> , la peur	50
IV- Chapitre 4	
La complication obstetricale de l'epreuve a l'urgence	53
1- Les therapies obstetricales traditionnelles un premier reflexe	53
2- Attendre le verdict de Dieu l'epreuve	54
3- La parturiente, une femme dependante, un enjeu, un objet	55
V- Chapitre 5	
L'inaccessibilite des structures de sante publique	57
1-L'inaccessibilite geographique	58
2- L'inaccessibilite financiere	60
a- Les frais de transport	60
b- Les frais d'hospitalisation	61
c- Le pourboire	61
VI- Chapitre 6	
L'inacceptabilite des soins de sante	62
1- Le personnel	63
2-Organisation des services	65

3- Qualite de l'accueil	65 ^s
4- Le sous-equipement	67
5-Efficacite des soins	68
VII- Chapitre 7	
Une IEC ambigue	69
1- Des sources d'information problematiques	69
2- Un patrimoine createur, pedagogique	70
a- Les messages	70
b- Les canaux	72
c- Les cibles	74
D- CONCLUSION	76
E- RECOMMANDATIONS	88
I- L'amelioration des soins de sante maternelle	90
1- Strategies a court terme	91
2- Strategies a moyen terme	91
3- Strategies a long terme	91
II- Pour une IEC rationaliste et democratique	92
F- ANNEXES	95
I- Annexe I Lexique obstétrical	96
II- Annexe II Guides d'animation des FG	99
G- BIBLIOGRAPHIE	105

PROBLEMATIQUE INTRODUCTIVE

Comment la population marocaine gere-t-elle la complication obstetricale? Celle-ci est-elle perçue comme une cause de mort maternelle? Est-elle greee comme une urgence? Sinon, pourquoi?

Ces interrogations se situent au sein de l'initiative internationale pour une maternite sans risque, c'est a dire dans la lutte contre la mortalite maternelle Qu'entend-on par mortalite maternelle? Quelle en la situation au Maroc?

I- DE LA MORTALITE MATERNELLE EN GENERAL

1- Definition

La mortalite maternelle se definit comme « le deces d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un delai de 42 jours apres sa terminaison, quelle qu'en soit la duree ou la localisation, pour une cause quelconque determinee ou aggravee par la grossesse ou les soins qu'elle a motives, mais ni accidentelle ni fortuite »¹

Les morts maternelles se repartissent en deux groupes

- deces pour cause obstetricale directe résultant des complications obstetricales (au cours de la grossesse, du travail et de la suite des couches comme la dystocie, l'hemorragie, l'infection, la toxemie gravidique et l'avortement) d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchainement d'evenements resultant de l'un de ces facteurs

- deces pour cause obstetricale indirecte resultant d'une maladie preexistante ou d'une affection apparaissant lors de la grossesse et aggravee par la grossesse (grossesse extra-uterine, anemie, hepatite, embolie, paludisme, tetanos)

2- Ratio

On peut estimer la mortalite maternelle sous forme de taux ou de ratio

- taux c'est le nombre de deces maternels pour 100 000 femmes en âge de reproduction (15 a 49 ans)

- ratio c'est le nombre de deces maternels pour 100 000 naissances vivantes

¹ E Royston et S Armstrong *La prevention des deces maternels*, OMS, Geneve 1990 p 11

Dans le monde, on estime que 500 000 femmes meurent chaque année, des suites de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum 99 % des décès maternels ont lieu dans les pays en voie de développement (PVD) Le risque de mortalité maternelle y est plus élevé par rapport aux pays du Nord, de 100 à 400 fois

Jusqu'à 1987, la mortalité maternelle a été une tragédie négligée D Howard¹ affirme que sur 22 080 articles traitant de la santé maternelle et infantile (SMI) et publiés avant 1975, seuls 4 % sont consacrés à la santé maternelle Ou est donc le M dans SMI s'interrogeront Rosenfield et Maine²?

3- L'initiative pour une maternité sans risques

En 1987, *L'Initiative pour une Maternité Sans Risques*, l'expression est de Mahler³, a été mise en place lors de la conférence de Nairobi à laquelle l'OMS⁴, la Banque Mondiale et le FNUAP ont participé Deux stratégies ont été élaborées lors de cette conférence

-une stratégie préventive améliorer la couverture des services de planification familiale et de consultation prénatale (CPN) La CPN se situe dans une stratégie appelée « Approche basée sur la notion de risque » Cette stratégie fonctionne quand les femmes identifiées à risque⁵ par la CPN accouchent effectivement en milieu hospitalier En effet, la corrélation entre la petite taille maternelle, le risque de dystocie céphalopelvienne (mécanique) et les conditions sociales défavorables est établie par l'OMS en 1965, sur la base des recherches de Baird en 1952 La CPN détecte le bassin génétiquement petit comme facteur de risque de dystocie Mais au-delà de cette donnée génétique, il s'agit également de détecter les femmes dont le pelvis est plus ou moins déformé suite à une

¹ D Howard « Aspects of maternal mortality the experience of less developed countries », in Jelliffe DB, Jelliffe EFP editors *Advances in international maternal child and health* Oxford Clarendon Press, 1987 Vol 7 pp 1-35

² A Rosenfield et D Maine « Maternal mortality A neglected tragedy Where is the M in MCH? » *Lancet*, 1985

³ H Mahler « The safe motherhood initiative a call to action », *Lancet*, 1987, pp 668-670

⁴ OMS Mortalité maternelle soustraire la femme à l'engrenage fatal *Chronique OMS* 40 1986, pp 193-202

⁵ Les facteurs de risque de dystocie sont identifiables taille maternelle inférieure à 150 cm antécédent accouchement dystocique ou de mort-ne position transverse En conséquence, le risque de dystocie est le plus prédictible Le diagnostic de la position transverse n'est fait que lors de la dernière consultation en fin de grossesse

malnutrition chronique¹ Mais la réussite de la stratégie préventive dépend de la généralisation de la CPN, et surtout du choix d'accoucher en milieu surveillé par les femmes identifiées comme à risques

-une stratégie curative elle consiste dans la prise en charge et le traitement rapide des complications obstétricales directes comme l'hémorragie, l'infection, la dystocie et la toxémie gravidique La stratégie curative repose sur l'accès assuré au traitement médical ou à la chirurgie

Actuellement, la priorité est donnée à la stratégie curative

II- LA MORTALITÉ MATERNELLE AU MAROC

Quelle est le ratio de la mortalité maternelle au Maroc? Quelles en sont les causes? Quels en sont les déterminants?

1- Le ratio

En 1992, l'ENPS² estime l'ensemble des décès maternels à 332 / 100 000 (entre 1985 et 1991) Selon l'enquête *Papchild*³ réalisée en 1997, le chiffre est de 228 pour 100 000 naissances vivantes En milieu rural, ce chiffre est encore plus élevé, il atteint 307 pour 100 000 naissances vivantes (contre 125 en milieu urbain) En d'autres termes, il y a plus de 1600 décès maternels chaque année, soit 4 à 5 décès par jour

2- Les causes

Les causes responsables de la mortalité maternelle au Maroc peuvent être classées de la manière suivante⁴

- Dystocies et ruptures utérines	15 à 28 % des décès maternels
- Hémorragie	18 à 26 %
- Infection	17 à 22 %
- Toxémie /Hypertension	13 à 15 %

3- Les déterminants

¹ Au Maroc, le sens commun interprète cette corrélation comme une indication de choisir les femmes grosses, celles-ci sont perçues comme moins susceptibles de complications obstétricales

ENPS Enquête Nationale de la Population et de la Santé

³ *Santé reproductive au Maroc Résultats préliminaires de l'enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant PAPCHILD 1997*, Ministère de la santé, Direction de la planification et des ressources financières Mai 1998

⁴ M T Alaoui « Décès maternels », communication à *Conférence Maghrébine*, 1991

Comment expliquer ce taux élevé de mortalité maternelle au Maroc? Le Ministère de la santé postule que les femmes marocaines n'utilisent pas suffisamment les services de santé maternelle qui leur sont offerts ou les utilisent avec beaucoup de retard, alors que la complication obstétricale exige justement d'adopter la logique de l'urgence

Cependant, conformément au modèle théorique élaboré par D. Maine et S. Thaddeus¹, la population n'est pas la seule responsable du « retard ». La population est certes impliquée, mais elle n'est pas la seule à l'être. Le modèle en question distingue entre trois retards

- un premier retard dans la prise de décision de recourir aux soins biomédicaux et qui est dû à des facteurs socioculturels inhérents à la population,

- un deuxième retard dû à l'inaccessibilité physique et financière des formations sanitaires et qui empêche la parturiente d'arriver à temps dans une formation sanitaire adéquate,

- un troisième retard consiste dans le fait que la parturiente n'est pas traitée à temps d'une façon adéquate et appropriée, en raison de l'organisation et de la qualité des soins biomédicaux

Ce modèle oblige donc à traiter de trois sphères pour lutter contre la mortalité maternelle : la sphère socioculturelle, la sphère de l'accessibilité et la sphère des soins

a- La sphère socioculturelle

Elle renvoie à deux champs

- le champ de ce qui dans la culture d'une population, traditions obstétricales, statut de la femme, perception de l'argent, vision de la vie et de la mort l'empêche d'utiliser les services de santé maternelle, ou l'empêche de les utiliser à temps. Ces facteurs socioculturels se dressent comme des contraintes, voire comme des barrières entre la population et les services de santé maternelle

- le champ des images, celles-ci étant construites à partir de la perception de l'accessibilité tant physique que financière aux formations sanitaires et de la perception de l'acceptabilité des soins. Les images sont construites à partir d'éléments réels mais souvent amplifiées et déformées. L'image fait souvent subir des distorsions à la réalité. Ces images s'intègrent à leur tour dans le complexe des variables socioculturelles et participent à une gestion spécifique de la complication

¹ D. Maine et S. Thaddeus « Maternal mortality in context : too far to walk », *Social sciences and Medicine*, Vol 38, n° 8, 1994, pp 1091-1110

obstetricale Gestion qui decide du *timing* de la decision de recourir aux soins medicaux, *timing* souvent decisif pour sauver une parturiente en difficulte

Par contrainte socioculturelle, il faut donc entendre tout facteur inherent a la population, a ses traditions et a ses perceptions de l'accessibilite des formations sanitaires et de l'acceptabilite des soins Elle renvoie a tout element qui, dans la culture d'une population, rend difficile, retarde ou empêche l'utilisation des services de sante publics

b- La sphere de l'accessibilite physique

Elle renvoie au rapport entre distance, moyen de transport et temps d'evacuation de la parturiente Il existe en effet une relation exponentielle decroissante entre la distance et le taux d'utilisation des services de sante maternelle Plus ces services sont proches, plus ils sont utilises, et ce même dans le cas des services curatifs Autrement dit, les gens restent sans soins si la formation sanitaire qui va dispenser ces soins n'est pas facilement accessible

Au Maroc, les indicateurs de l'accessibilite physique sont negatifs Ils sont caracterises par l'eloignement, le manque de moyens de communication et d'evacuation

c- La sphere des soins

Elle renvoie a la disponibilite des ressources humaines, materielles et financieres, a la competence du personnel, a la disponibilite d'une technologie et a l'organisation des soins

C'est une sphere qui, au Maroc, laisse transparaître une grande insuffisance a differents niveaux (infrastructures, equipement, accueil, encadrement, soins, et coût)

Conclusions

Certes, et par definition, le taux d'utilisation des services de sante lors de l'accouchement est inferieur au taux des femmes motivees En effet, les femmes qui perçoivent les risques de l'accouchement a domicile et qui ont confiance dans les services de sante sont plus nombreuses que celles qui accouchent effectivement en milieu surveille Certaines femmes, tout en ayant fait la CPN, n'ont pas les moyens d'accoucher dans une maternite Par consequent, il existe une coupure normale entre la motivation (perception du risque et confiance dans les services de sante) et la pratique de l'accouchement a domicile Mais il est vrai aussi que les femmes n'utilisent pas d'office les services de maternite qui leur sont offerts

eu égard à des facteurs socioculturels. Dans ce cas, il n'y a pas de hiatus entre ce que la femme veut et pense faire (motivation) et ce qu'elle fait réellement. Il existe au contraire une continuité entre l'absence de motivation (faible perception des risques, inaccessibilité et inacceptabilité des services de santé) et la sous-utilisation des services de santé maternelle lors du parcours obstétrical.

C'est cette continuité entre non-motivation et sous-utilisation des services de santé qui est responsable du premier retard.

Le traitement de ce premier retard est possible par le biais d'une action profonde et radicale, celle d'offrir des services de santé maternelle à la fois accessibles et acceptables. Action qui exige des investissements lourds et qui ne dépend pas du seul ministère de la santé. En attendant de pouvoir réaliser totalement cette action, les décideurs en matière de santé publique estiment qu'il est possible d'améliorer l'utilisation du système des soins en cas d'urgence obstétricale dans l'état actuel des choses en adressant des messages IEC adaptés à la population. L'information ciblée crée chez la population, selon les défenseurs de la théorie de l'action par la communication, la conscience de l'urgence en cas de complication obstétricale. Cette information pousserait même la population à changer radicalement de comportement en coupant avec la pratique de l'accouchement non surveillé. Car on avance l'hypothèse selon laquelle on trouve des communautés qui ne souffrent ni de manque d'infra-structures sanitaires ni de leur éloignement sans pour autant les utiliser. Les responsables provinciaux du ministère de la santé affirment en effet que, dans le cadre du *Projet Pilote* entrepris dans les régions Fes – Boulemane et Taza – Al Houceima – Taounate depuis 1996, des efforts ont été accomplis pour multiplier le nombre des maisons d'accouchement, les mettre à niveau afin d'améliorer la prise en charge la complication obstétricale. Cependant et jusqu'à présent la population n'a pas réagi positivement à ces efforts. Selon ces responsables, ces maisons restent sous-utilisées. L'accouchement à domicile reste majoritaire. Une phobie à l'égard des structures de la santé publique semble bloquer la population. Selon cette perspective, ce comportement phobique nécessite d'être traité par le biais de l'information motivante et indique par la même l'existence d'une déficience de l'information en matière de santé maternelle. L'absence de la conscience d'urgence relèverait aussi de facteurs socioculturels qui font que la population ne perçoit pas la complication obstétricale comme une urgence.

Pour vérifier cette hypothèse, le ministère de la santé en collaboration avec l'USAID dans le cadre du *Projet Pilote* a estimé nécessaire de réaliser une enquête anthropo-sociologique sur la gestion socio-culturelle de la complication obstétricale dans les régions concernées par le projet. Quels en sont les objectifs? Quelle est la méthodologie?

METHODOLOGIE

Par souci de vigilance épistémologique, les notions de contrainte socioculturelle et de sous-utilisation des services de santé sont à manier avec circonspection. Elles reflètent le point de vue du décideur en matière de santé publique. Sans les rejeter dès le départ, il faut suspendre leur utilisation avant d'en établir la preuve anthropo-sociologique, c'est-à-dire sans écouter la parturiente et son milieu. Pour cette raison, nous pensons qu'il est plus objectif de donner à cette étude un titre qui ne contient pas dès le départ un parti-pris implicite. Le titre *La gestion socioculturelle de la complication obstétricale au Maroc* nous a paru plus neutre. Nous en avons personnellement accouché après une analyse empathique des données du terrain, nous en avons accouché après une grossesse consciente de la perspective du commanditaire comme facteur de risque.

I- OBJECTIFS

Rappelons le, l'objectif général de l'étude est d'évaluer le degré de *conscience obstétricale* chez la population. Terme-concept que nous devons à cette étude et que nous proposons de définir comme

- connaissance des facteurs de risque au cours de la grossesse,
- connaissance des complications de l'accouchement et conscience du risque de mort,
- foi en la traitabilité médicale des complications,
- conscience de l'urgence et rapidité de la décision d'évacuation

Plus précisément, à travers l'enquête qualitative par *focus group*, l'étude vise à

- 1) identifier les facteurs socioculturels expliquant le retard dans le recours aux services de santé en cas de complication obstétricale
- 2) collecter des éléments susceptibles d'aider à élaborer des messages informatifs adaptés pour amener la population à l'utilisation non tardive des services de santé en cas de complication obstétricale

II- HYPOTHESES

Pour atteindre ces deux objectifs, il imperatif d'expliciter la problematique initiale *pourquoi la parturiente ne recourt-elle pas a temps aux structures la sante publique en cas d'urgence obstetricale?* grâce a des questions sous-adjacentes

1) jusqu'a quel degre la population connaît-elle les complications de l'accouchement?

2) la population perçoit-elle les complications de l'accouchement et le risque de mort qui y est lie comme des phenomenes biologiques traitables par la medecine, en un mot comme une urgence obstetricale ?

3) dans quelle mesure des facteurs socioculturels empêchent de recourir aux soins de sante? Si oui, quels sont ces facteurs socioculturels?

- quels messages adresser a la population afin de la pousser a utiliser rapidement les services de sante en cas de complication obstetricale?

Ces interrogations permettent de degager des esquisses de reponse sous forme d'hypotheses theoriques a verifier Ces hypotheses sont au nombre de quatre

1) La medicalisation de la grossesse et de l'accouchement est, pour le sens commun, synonyme de pathologisation En d'autres termes, grossesse, accouchement et *post partum* ne doivent être medicalises qu'en cas de morbidite ou de complication C'est au sein de cette « naturalisation » de la grossesse et de l'accouchement que se comprend la preference de l'accouchement a domicile Le domicile est le lieu socialement naturel qui couve du debut a la fin un processus naturel fecondation, grossesse, accouchement, *post partum*

2) Les complications obstetricales ne sont ni toutes connues, ni totalement connues, ni immediatement interpretees a travers une perspective biologique pure et simple Des symptomes de quelques complications sont connus sans referer a la complication en elle-même En consequence, la connaissance des complications obstetricales reste empirique et intuitive

3) La medicalisation de la complication est une decision meta-feminine, ce qui indique la condition socio-institutionnelle de la parturiente en tant que femme dependante La survie de la parturiente ne depend pas de la seule volonte de vivre de la parturiente, elle depend de la gestion socioculturelle collective de la complication obstetricale

4) La perception de l'accessibilite des structures de sante publiques et la perception du fonctionnement du systeme public des soins sont un facteur socioculturel inhibiteur sans pour autant que ces perceptions fassent subir a la realite des distorsions majeures

III- LA PLANIFICATION DES FOCUS GROUP

1- Le choix des regions et des provinces de l'enquête

Les regions Fes-Boulemane et Taza-Al Hoceima-Taounate, constitutives de l'ex-region du Centre-Nord, sont l'objet cette enquête prevue dans le *Projet Pilote*. Ces deux regions regroupent des ethnies differentes *nafa, jbala, imazighen hiyayna, chraga*. A l'interieur de ces deux regions, quatre provinces ont ete choisies : Al Hoceima, Sefrou, Taounate et Zouagha-Moulay Yacoub.

Ces provinces ont ete choisies en raison de leur insuffisance en interventions obstetricales majeures.

2- Le choix des sites

Pour determiner les sites de l'enquête dans ces quatre provinces (6 par province), plusieurs reunions avec chaque delegation provinciale du ministere de la sante ont eu lieu. Nous avons d'un commun accord pris en consideration les criteres suivants, mais d'une façon souple, en raison de la nature qualitative de l'enquête : taux de CPN, taux d'accouchement en milieu surveille, proximite du centre de sante ou de la maison d'accouchement, equipement et nombre de lits, taux de reference, taux d'interventions obstetricales majeures, taux de mortalite maternelle. Nous voulions, grâce a une combinaison souple entre ces differents criteres, aboutir a une representativite raisonnee de chaque province.

Les sites suivants ont ete choisis :

- dans la province d'Al Hoceima : Agni Ibijbijen, Mestassa, Talarouaq, Targuist, Zaouia Sidi Aissa. Ces sites sont tous ruraux.

- dans la province de Taounate : Ourdzagh, Qariya, Tafrant, Taounate-centre (melange provincial), Thar es Souk. Ces sites sont tous ruraux.

- dans la province de Sefrou Ait Sebâa, Adrej / Dar El Hamra El Anser-Tazouta, Ighazrane, melange provincial a Sefrou-centre Ces sites sont tous ruraux

- dans la province de Zouagha-Moulay Yacoub Ahl Zaouia-Ouled Abbou, Ain Bouali, Bensouda, El Massira, Hay Hassani Ces trois derniers sites sont suburbains

3- Le profil des FG

Pour savoir comment la parturiente et son milieu agissent en cas de complication obstetricale et pour pouvoir comparer entre accouchement a domicile et accouchement surveille selon la perspective propre de la parturiente, il nous a semble adequat d'interroger les profils suivants

- femmes ayant accouche a domicile (FAD)
- femmes ayant eu des complications obstetricales (FCO)
- femmes ayant accouché spontanément en maternite (FASM)
- parentes des femmes decedees de mort maternelle (PFD)
- maris des femmes en âge de reproduction (MFAR)
- professionnelles de la sante (PS)

Faute de moyens, temps et budget, il a ete difficile de penser a des *focus group* de femmes enceintes ou de *qablates* Il est evident que de tels groupes auraient enrichi les donnees collectees

4- Le recrutement des participants

Chaque delegation a charge le major du SIAAP de recruter les participantes en respectant le profil de chaque FG (homogeneite obstetricale) ainsi que des criteres sociaux comme l'âge (l'ecart entre les participants ne devant pas depasser 10 ans), le niveau socio-economique

Cependant, aucun recruteur n'a remis les fiches des participants a l'animateur (ou au consultant) afin de pouvoir contrôler le profil du FG (homogeneite obstetricale et sociale) En derniere analyse, on ignore qui a veritablement participe aux differents *focus group*

5- Le choix des animateurs

Au niveau du choix des animateurs, il a été décidé de former un noyau d'animateurs au niveau de chaque province, chaque délégation ayant tenu à avoir une équipe propre formée pour la collecte des données

Dans ce sens, chaque délégation a proposé une liste d'animateurs après consultation du sociologue sur les critères requis

IV- ELABORATION DU GUIDE D'ANIMATION

A partir des questionnements et des hypothèses, une première version du guide d'animation a été élaborée par le consultant. Cette première version a été discutée avec les délégués de toutes les provinces des deux régions, en présence de représentants de la Direction de la Population du Ministère de la Santé et de JSI

Une deuxième version a été discutée avec une équipe de spécialistes en technique de focus group, notamment Jane Bertrand de l'université de Tulane aux USA, et ce au siège de JSI à Rabat

Une troisième version a été enfin discutée, traduite en arabe dialectal et en rifain, testée et légèrement remaniée au cours de la formation des animateurs avant d'être adoptée (voir annexe)

V- LA FORMATION DES ANIMATEURS

La formation des animateurs des FG a eu lieu en deux sessions

- une première session a eu lieu à Al Hoceima du 30 Novembre au 2 Décembre 1998. Elle a réuni les animateurs des provinces d'Al-Hoceima et de Taounate

- une deuxième session a eu lieu à Fes du 5 au 7 Décembre 1998. Elle a réuni les animateurs des provinces de Sefrou et de Zouagha-My Yacoub

Les deux sessions se sont déroulées selon le programme suivant

1^{er} jour

« Grossesse et accouchement au Maroc : approche anthropo-sociologique »

Pr Abdessamad Dialmy, Université de Fes, consultant

Discussion

« Complications de la grossesse et de l'accouchement »

Dr Abbas Bijjou, Hôpital Ghassani, Fes

Discussion

La technique du focus group

Pr Abdessamad Dialmy

La technique du focus group (Visionnement d'un film video)

2 eme jour

Presentation et discussion du guide d'animation (population generale)

Traduction du guide d'animation

Simulations d'animation

3 eme jour

Test du guide d'animation

Evaluation du test/Elaboration du guide final

Presentation du guide d'animation pour les professionnels de sante

Timing des FG et Repartition des animateurs et observateurs sur les sites

Questions diverses

VI- LE DEROULEMENT DES FOCUS GROUP

Sur 24 FG, 15 ont reuni des femmes de la population generale, cinq des maris et quatre des professionnelles de sante. Tres souvent, les FG des professionnelles de sante ont fourni a l'analyse des elements de contrôle des dires de la population generale.

La combinaison entre provinces et profils des FG devait donner lieu a un profil par province. Mais on n'a pas pu avoir cela. La repartition a ete inegalitaire.

Profil FG / Province

	Hoceima	Sefrou	Taounate	Zouagha	Tot
FAD	1	2	1	2	6
FCO	2	1	1	2	6
FASM	0	0	1	0	1
PFD	0	1	1	0	2
MFAR	2	1	1	1	5
PS	1	1	1	1	4
Total	6	6	6	6	24

Les quatre delegations provinciales de la sante avaient chacune sa specificite. Par exemple, a Al Hoceima, on tenait absolument a avoir 2 FG d'hommes (MFAR), arguant que l'homme a un grand pouvoir dans la prise de decision en matiere de sante reproductive. De son cote, l'accouchement spontane en maternite (FASM) n'a donne lieu qu'a un seul FG a Taounate. Cette repartition inegalitaire n'a pas manque de se repercuter sur l'analyse.

1- Dates

Les dates des FG ont ete respectees. Les FG d'Al Hoceima et Taounate se sont deroules du 10 au 12 Decembre 1998, et les FG de Sefrou et Zouagha-My Yacoub entre le 22 et le 24 Decembre 1998.

2- Lieux

Dans la province d'Al Hoceima, l'ensemble des FG ont eu lieu dans des formations sanitaires, centre de sante ou hôpital.

Dans la province de Sefrou, trois FG ont eu lieu dans des institutions scolaires (college, ecole), deux dans la salle de reunions de la Delegation du Ministere de la Jeunesse et des Sports a Sefrou. Seul le FG des professionnelles de la sante a eu lieu dans une salle de la Delegation du Ministere de la sante a Sefrou.

Dans la province de Taounate, quatre FG ont eu lieu dans des locaux du ministere de la sante (centres de sante ou delegation), un a eu lieu dans un foyer de jeunesse, tandis que le dernier s'est tenu a Dar el Jama'â.

Dans la province de Zouagha-My Yacoub, deux FG concernant la population ont eu lieu dans des centres de sante (Bensouda et Sidi Ahmed Bernoussi pour Ain Bouali) Les trois autres ont eu lieu dans des endroits neutres (ecole et garderie d'enfants) Le FG des professionnelles de sante a eu lieu au siege de la delegation medicale de ZMY

3- Duree

Dans la province d'Al Hoceima, elle a varie entre 40 mn et 61 mn avec une moyenne de 49 mn

Dans la province de Sefrou, elle a varie de 54 mn a 128 mn avec moyenne de 80 mn par FG

Dans la province de Taounate, elle varie entre 65 mn et 120 mn avec une moyenne de 95 mn

Dans la province de ZMY, elle a varie de 52 mn a 90 mn avec une moyenne de 66 mn par FG

4- Nombre des participants

Dans la province d'Al Hoceima, il varie de 5 a 12, soit une moyenne de 9,3 personnes par FG Deux FG ont reuni cinq participantes, deux en ont reuni 11, et deux en ont reuni 12 (ceux des hommes)

Dans la province de Sefrou, le plus petit FG a regroupe 9 participants alors que le plus grand en a regroupe 12 La moyenne est de 10,1 personnes par FG

Dans la province de Taounate, il varie de 8 a 11 avec une moyenne de 9,5 personnes par FG

Dans la province de ZMY, il varie de 9 a 12, avec une moyenne de 10 personnes par FG

5- Observations

Dans la province d'Al Hoceima, on peut enregistrer les observations suivantes

1) Le FG des femmes ayant accouche a domicile concernant le site Talarouaq et qui s'est deroule dans le centre de sante d'Issaguen a ete mal enregistre, quasiment inaudible Le texte elabore a partir des notes par l'animatrice et l'observatrice est un texte pauvre

2) Les participantes du FG de Zaouia Sidi Aissa ont fait trop de compliments aux services de sante maternelle. C'est un focus group qui devait se derouler le 10 Decembre, mais faute de recrutement, il n'a eu lieu que le 12 Decembre. On peut donc legitiment s'interroger sur le mode de recrutement : un recrutement de 2 jours est-il en mesure de respecter le profil souhaite? N'est-on pas en droit de supposer un recrutement improvise qui s'est fait a la derniere minute?

3) Le FG des professionnelles de la sante n'a regroupe finalement que cinq infirmieres qui se trouvaient dans l'hôpital de Targuist. Les autres participantes prevues etaient parties pour un seminaire a Al Hoceima!

Dans la province de Sefrou, on peut faire les observations suivantes

1) concernant le FG des femmes ayant accouche a domicile âgées de plus de 30 ans, une participante a declare « moi, je n'ai jamais accouche a la maison. je n'ai pas de force. je n'arrive pas ». Comment a-t-elle recrutee dans ce FG?

2) la question de l'homogenéité des participantes se pose également au niveau du FG qui a regroupe les parentes de femmes decedees de mort maternelle. La non homogeneite concerne l'âge, la scolarite, le statut matrimonial (celibataires et mariees) et l'origine sociale (rurales et citadines, arabes et berberes)

3) enfin au niveau du FG des maris, il a ete caracterise par des absences et des retards des participants initialement prevus. La collaboration du recruteur a permis de «sauver» la situation (probablement grâce a un recrutement de derniere minute!) Dans ce FG, la parole a ete monopolisee par un participant-expert a la conscience obstetricale plus que correcte, ce qui pose la question de l'homogeneite sociale des participants

Dans la province de Taounate, on peut faire les observations suivantes

1) dans le FG des femmes ayant accouche a domicile (Thar es Souk), une participante a quitte le FG apres une heure pour empêchement. Dans ce même FG, il s'est avere que les participantes ne sont pas toutes des femmes ayant accouche a domicile, parmi elles, il y a des femmes qui ont accouche spontanement en maternite

2) le probleme du recrutement est patent dans le FG des femmes ayant accouche spontanement en maternite (Qariya). En effet, ce groupe a reuni

plutôt des femmes qui ont accouché chez elles ou qui ont accouché en maternité pour complications ou risques

3) dans le FG de Ourdzaghe ayant réuni des femmes à complications obstétricales, deux participantes arrivent en retard, l'une après 20 mn et l'autre après 25 mn. L'animatrice les accepte et reprend avec elles le questionnement depuis le début. Dans ce groupe, et à partir du dire final de la participante 5, on comprend que pour venir au focus group, les femmes ont été convoquées par le *moqaddem* dans le but de répondre aux questions de la commission.

Dans la province ZMY, on peut faire les observations suivantes

1) parmi les femmes qui ont participé au FG qui a regroupé les femmes ayant accouché à domicile, deux femmes ont accouché en maternité ce qui évidemment pose un problème d'homogénéité obstétricale. C'est le profil du groupe qui est ici remis en question.

Par ailleurs, les bancs sur lesquels les femmes étaient assises se sont cassés à deux reprises, et la discussion a été également gênée par beaucoup de bruits et pleurs de bébés présents.

2) dans le focus group dont le profil est composé de femmes ayant accouché à domicile, on constate également la participation de deux femmes ayant accouché en maternité et de deux femmes ayant eu des complications obstétricales. Encore une fois, c'est l'homogénéité du groupe qui est ici remise en cause.

Le déroulement du FG est également gêné par la présence de 10 enfants, et par beaucoup de bruits. De plus les femmes étaient impatientes de repartir. On les a fait venir à 9h du matin alors que le FG ne devait débuter qu'à 13 heures.

3) le focus group d'Al Massira a souffert du bruit de la salle de PF (avec deux portes) dans laquelle il se déroulait. À plusieurs reprises, on a frappé, rapporte l'animatrice dans son rapport. Les enfants ont également fait beaucoup de bruits.

4) la salle où s'est tenu le FG de Bensouda a trois portes et était trop bruyante pour la tenue d'un FG. De plus, le FG manque d'homogénéité sociale dans la mesure où il y a un écart d'âge important entre les participantes. La fourchette d'âge varie en effet de 22 à 42 ans.

5) dans le groupe qui a regroupé les hommes de Ain Bouali, deux participants au FG sont frères! Dans ce même FG, un participant demande de partir avant la fin parce qu'il a un rendez-vous à midi. L'animateur lui demande de rester.

encore une dizaine de minutes, celles qui restent avant la fin. Un autre participant avoue indirectement n'avoir aucune illusion sur l'efficacité d'une telle réunion (FG) : les gens lui diront qu'il n'avait vraiment rien à faire pour accepter de participer au FG, d'écouter des paroles vides « parce qu'ils ne vont rien faire ». Ce FG n'est pas du tout critique à l'égard du centre de santé de Sidi Ahmed el-Bernoussi dans lequel il se déroulait, et très peu critique vis à vis des structures de santé de référence (Hôpitaux Ibn Al Khatib et Ghassani à Fes)

VII- PREPARATION DES DONNEES

Tous les FG ont été enregistrés sans que cela pose des problèmes particuliers à la population

1- La transcription

Deux FG à Al Hoceima se sont déroulés en rifain (Mestassa et Ibibijen), tandis que le FG des parentes des femmes décédées s'est déroulé en berbère et arabe. La transcription a été faite par les animateurs et les observateurs après qu'ils aient traduit en arabe dialectal les FG qui se sont déroulés dans un dialecte berbère. La transcription a été totalement réalisée le 15 Janvier 1999. L'ensemble des transcriptions ont fidèlement reproduit le contenu des cassettes

2- La grille de dépouillement (et d'analyse)

Le dépouillement a été réalisé à partir d'une grille que nous avons élaborée nous-même au fur et à mesure que nous faisons le dépouillement. La grille est la suivante

- Grossesse et conscience de risque
 - Morbidity
 - Recherche des soins / Consultation prénatale
 - Facteurs de risque
 - Changements comportementaux
- L'accouchement entre domicile et maternité
 - en maternité
 - à domicile
 - L'accouchement idéal

- L'accouchement à complication
 - Les complications croyances et savoir
 - Perception du danger de mort
 - Perception de la mort maternelle

- Gestion de l'urgence
 - Traditions thérapeutiques obstétricales
 - La médecine le dernier recours
 - Gestion du temps
 - Peurs de la femme
 - Charges de la femme
 - Pouvoir décisionnel de la famille et dépendance de la femme

- L'inaccessibilité des services de santé maternelle
 - L'inaccessibilité géographique
 - L'inaccessibilité financière

- L'acceptabilité des services de santé maternelle
 - Le personnel
 - Organisation des services
 - Qualité de l'accueil
 - Disponibilité de l'équipement
 - Efficacité des soins

- IEC
 - Informations et sources d'information
 - Propositions IEC

- Lexique

3- Traduction-Informatisation

La traduction et l'informatisation du contenu partiel des FG ont été simultanément réalisées par nous-même sur un logiciel Word. La traduction intégrale des textes des focus group aurait permis une analyse informatique, mais cela aurait été également une opération longue et coûteuse.

VIII- ANALYSE

L'analyse de contenu des FG ne respectera pas le profil obstétrical des FG dans la mesure où ce profil n'a pas été rigoureusement respecté au niveau du recrutement. La plupart des FG n'ont pas d'homogénéité obstétricale, voire même dans certains cas, pas d'homogénéité sociale. De plus, les profils décidés n'ont pas été tous recrutés dans toutes les provinces.

Nous avons tendance à penser que le recrutement s'est fait dans la majorité des cas par le biais du *moqaddem* qu'on a chargé de convoquer 12 femmes (ou hommes) de son *douar* pour venir répondre à des questions du ministère de la santé. Dans quelques cas, on demande aux gens qui se trouvent là par hasard de participer au FG.

Si l'absence d'homogénéité obstétricale n'a pas été un handicap pour collecter des données fiables et riches, elle constitue par contre un facteur qui interdit de retenir le profil obstétrical (prétendu) des FG comme variable dans l'analyse. En conséquence, l'analyse se fera principalement à partir des variables province, sexe (hommes - femmes), et activité (population générale - professionnelles de santé). Elle se fera en deux temps.

1- Analyse par province

C'est un rapport où l'analyse se fera par province et tentera de comparer entre les différents sites de chaque province. À l'intérieur de chaque province, une comparaison se fera entre les femmes et les hommes. Quant aux professionnelles de santé, leurs dires seront traités, quand ils concernent la population, comme des témoignages sociologiques spontanés tout en étant plus ou moins avertis.

2- Synthèse Générale

À partir de l'analyse par province, une synthèse conceptuelle fut réalisée. Elle tente une conceptualisation des différentes données empiriques provinciales.

IX- LIMITES DE L'ÉTUDE

L'étude est donc tirée d'une enquête qualitative à la fois anthropologique et sociologique.

- elle est anthropologique dans la mesure où elle tente d'identifier les facteurs socioculturels proprement spécifiques aux régions étudiées agissant comme barrières entre la population et le système des soins en cas d'urgence obstétricale. En tentant d'atteindre les motivations et les logiques inconscientes de la population étudiée, notre étude est également anthropologique dans le sens où elle n'est pas une simple ethnographie descriptive des comportements.

- elle est sociologique dans la mesure où elle ne travaille pas sur un groupe social réel mais sur un échantillon construit (recrutement des participants). L'utilisation de la technique du *focus group* éloigne également notre enquête de l'ethnographie au sens traditionnel du terme (monographie d'un village à partir d'entretiens individuels approfondis, d'observation participante, de récits de vie) pour la rapprocher de la sociologie industrielle et commerciale dans les sociétés urbaines développées. C'est cette sociologie qui constitue le cadre dans lequel se situe la fonctionnalité de la technique du *focus group*. Dans notre enquête, les soins médicaux en cas d'urgence obstétricale sont implicitement présentés aux participants des *focus group* comme un **service consommable** à évaluer. Le *focus group* est un cadre qui a permis aux personnes recrutées d'exprimer leurs motivations, leurs raisonnements et leurs comportements à l'égard de ce service médical.

La nature qualitative de l'enquête par l'emploi de la technique du *focus group* réside donc dans l'identification des motivations profondes, des logiques inconscientes et des différentes tendances qui expliquent le non-recours de la population (ou son recours tardif) aux structures de la santé publique en cas d'urgence obstétricale. L'identification qualitative des motivations, logiques et tendances est un acte de connaissance premier qui constitue l'objectif principal du *focus group*. Dans notre cas, l'investissement de la technique a été surtout clinique (recherche des motivations) et phénoménologique (description des pratiques et des prises de décision). La génération d'idées nouvelles (fonction exploratoire de la technique) a été essentiellement recherchée dans le champ de l'IEC.

Ce choix du *focus group* définit notre enquête comme qualitative, c'est-à-dire comme une enquête qui aide à identifier ce qu'on doit mesurer, à comprendre avant de mesurer. Par conséquent, il est nécessaire de compléter ultérieurement notre étude qualitative par une enquête quantitative. Seule celle-ci, parce qu'elle travaille sur un échantillon représentatif à partir d'un questionnaire, est habilitée à donner des mesures (des pourcentages) des différentes motivations, logiques et directions

identifiées par la présente étude. En un mot, il est épistémologiquement interdit d'extrapoler les résultats qui vont être présentés.

N'étant pas généralisables au sens statistique du terme, l'échantillon n'étant pas représentatif, les résultats de notre enquête anthropo-sociologique qualitative ne peuvent pas servir à élaborer des stratégies d'une manière rigoureuse. Pour le décideur, ils constituent des indications chargées de sens auxquelles il faut donner des dimensions. Ces indications aident à comprendre l'absence de communication entre population étudiée et système des soins de santé maternelle.

L'ANALYSE DES RESULTATS

LA GROSSESSE SOUS-MEDICALISEE

Dans la vie de la femme marocaine, la grossesse est un événement qui induit des changements aux niveaux du régime alimentaire et des relations familiales

1- Les envies l'institutionnalisation psychologique de la révolte féminine

En effet, la femme enceinte désire manger des choses qu'elle n'a jamais mangées de sa vie et les membres de la famille sont en général sensibles à ces envies alimentaires de peur que le fœtus ne s'en ressente. La femme enceinte n'aime plus manger le pain qu'elle fait elle-même, elle a envie de plats que les voisins préparent et refuse de manger certains plats qu'elle mangeait auparavant. Des femmes n'arrivent même plus à faire la cuisine et obligent le mari à acheter des sandwichs ou à faire lui-même la cuisine.

Les « envies » connotent les frustrations que la femme accumule au cours de sa vie conjugale. Car l'état de grossesse est un état d'exception durant lequel la femme enceinte peut exprimer une critique, voire un rejet, de la condition ménagère de la femme. En un mot, une sorte de coup d'état féminin, sans aucune intentionnalité féministe.

Pendant les « envies » qui durent en général les trois premiers mois de la grossesse, de nombreuses femmes ne peuvent plus supporter le mari, les enfants, la belle-mère, les voisins. Ce sont en général ces « acteurs » qui rendent à la femme la vie impossible et vis à vis desquels elle ressent aussi de la haine sans pouvoir l'exprimer. L'état de grossesse est justement le cadre institutionnel où la femme peut exprimer librement ses désirs et sentiments, c'est une permissivité patriarcale accordée, en guise de reconnaissance, à la femme qui tombe enceinte. Pour la femme tomber enceinte, c'est être patriarcalement fonctionnelle. On ne lui tient pas alors grief de ses sentiments ambivalents. On les met sur le compte d'un changement humoral lié à cet état de grossesse si valorisé. Pour une femme enceinte, avoir des envies et des haines, c'est patriarcalement correct.

25
L'état de grossesse a-t-il un impact sur le rendement domestique de la femme? Son état de santé est-il perçu comme à risque et conduit-il à moins de travail?

Pour la majorité des femmes, ce qui est écrit est écrit, alors qu'on travaille ou qu'on ne travaille pas, c'est la même chose. La grossesse ne change pas le destin d'une femme. En conséquence, le travail pénible (*tamara*) est toujours là. Rares sont les femmes enceintes qui se voient aider dans une ambiance très détendue par l'entourage familial. Quelques femmes qui vivent en couple conjugal reconnaissent être privilégiées dans la mesure où le mari accomplit lui-même les travaux domestiques.

2- La grossesse, une morbidité naturelle

Au niveau de la santé de la femme enceinte, plusieurs symptômes sont cités pour dire que l'état de santé de la femme change dans le sens de la détérioration. Ces symptômes négatifs sont mentionnés à partir du vécu ou du ouïe-dire sans qu'ils soient classés ou expliqués. On peut classer ces symptômes en deux grandes catégories.

-une morbidité mineure : fatigue, lourdeur, vomissements, faiblesse, manque d'appétit, boutons

-une morbidité majeure : enflure des pieds, des jambes ou du corps tout entier, tension élevée, saignement abondant ou intermittent, écoulements, fièvre, pâleur, douleurs dans le ventre, vertige, perte de conscience, palpitations cardiaques

Face à ces symptômes, comment réagit la femme enceinte?

Une première réaction consiste à ne pas percevoir la morbidité majeure comme un danger nécessitant une consultation médicale. Le symptôme n'est pas identifié comme l'indicateur d'un dysfonctionnement plus général appelé maladie. L'explication du symptôme « enflure » par exemple fait intervenir le facteur « froid ». L'enflure est la conséquence du froid.

Plus loin encore, les problèmes de santé pendant la grossesse sont considérés comme normaux, naturalisés en quelque sorte. Cette naturalisation empêche de percevoir le symptôme comme l'indice d'une morbidité qui nécessite un traitement. En conséquence, la femme ne fait rien et attend que cela passe tout

seul, que le symptôme disparaisse de lui-même. La normalisation du symptôme lui enlève son caractère morbide.

Outre cela, la grossesse, considérée comme une affaire de Dieu, se doit d'être vue comme une chose à cacher. Tomber enceinte signifie aussi pour des femmes de la périphérie suburbaine l'obligation de se cacher. C'est une obligation de *setra* (discretion et pudeur). Être enceinte est une preuve de sexe, or le sexe est le tabou par excellence dans le rapport société-femme. Afficher sa grossesse, c'est pour une femme dire à la société qu'elle a des rapports sexuels. Fut-elle conjugale, la sexualité de la femme se doit d'être cachée. Patriarcale, la loi sociale occulte la sexualité féminine.

En conséquence, rechercher des soins serait contredire une telle définition de la grossesse. « La femme enceinte, on la laisse (alors) entre les mains de Dieu », d'autant plus que les multipares qui réussissent leurs grossesses sans les faire surveiller sont nombreuses.

Une deuxième réaction consiste à « s'auto-traiter » à domicile, soit par des comportements adéquats (rester étendue quand l'utérus est ouvert), soit par des recettes essentiellement phytothérapeutiques.

Une troisième réaction minoritaire consiste à rechercher des soins biomédicaux. Les femmes enceintes vont en consultation prénatale quand il y a saignement, pertes et grossesse psychique. La croyance en l'enfant endormi, le *ragged*, n'est pas complètement éteinte et reste fonctionnelle¹.

¹ A. Dialmy « l'importance de la grossesse est telle, pour le corps de la femme, que la société arabo-islamique a construit la théorie de l'enfant endormi (le *ragged*). En quoi consiste cette théorie? Grands juristes et petit peuple partagent en effet la conviction qu'une femme peut accoucher d'un enfant plusieurs années après le début de la grossesse. L'enfant reste endormi, dit-on, dans le corps de la mère. Le Coran, s'il fixe à 6 mois la durée minimale de la grossesse, reste silencieux sur sa durée maximale, et laisse ainsi les portes ouvertes à toute fantaisie sur la question de la grossesse prolongée. Comblant ce silence, et en réponse à une demande sociale polymorphe, les juristes, voire les fondateurs des grandes doctrines juridiques eux-mêmes, sont d'accord pour admettre la possibilité de la grossesse prolongée. Ils divergent cependant sur la détermination de sa durée maximale. À titre d'exemple, *Malik Ibn Anas* la fixe à quatre ans, *Ibn Hanifa* à deux ans. D'autres juristes comme *Al Wancharissi* et *Khalil* admettent également la théorie de l'enfant endormi. Cette croyance est en nette régression, mais elle reste encore quelque peu active dans les milieux populaires citadins, dans les périphéries des grandes villes, et dans certaines campagnes. La théorie islamique de l'enfant endormi peut être considérée à juste titre comme le modèle d'une croyance à fonctions multiples. Devant le mépris social qu'elle encourt, la femme stérile se sert de cette croyance pour entretenir, chez elle, chez son mari, et dans son entourage, l'idée qu'elle n'est pas stérile. C'est une sorte de dénégation magique de la stérilité », in notre livre *Féminisme, islamisme et soufisme*, Paris, Publisud 1997, p. 209.

3- Une CPN valorisée mais inaccessible, minoritaire

Cependant, il faut relever que la CPN commence à être pratiquée indépendamment de la morbidité, et ce par une minorité des femmes. La CPN est perçue comme une pratique préventive et prédictive des soins. Des femmes font surveiller toutes leurs grossesses sans être malades. La CPN est dissociée de la recherche des soins, elle est dite servir à prévenir des maladies (grâce au vaccin) et dépister les facteurs de risque.

On peut classer les facteurs de risque cités par la population en trois catégories

1) les facteurs « modes de vie » comme l'existence de problèmes, la malnutrition, la surcharge de travail domestique et champêtre (port des charges lourdes par exemple), l'inactivité. Porter des charges lourdes, porter les bidons d'eau, trop se baisser, monter beaucoup d'escaliers, marcher vite sont des comportements identifiés comme pouvant conduire à l'hémorragie *ante partum*, à la fausse couche ou à la malformation du fœtus. Ces comportements sont également déconseillés pendant 40 jours après l'accouchement. Quand on passe son temps à dormir, à rester inactive, à ne pas marcher, à ne pas bouger, cela peut conduire à la dystocie. Car, quand la femme enceinte reste inactive, « le fœtus se gonfle dans son ventre », ce qui signifie risque d'une disproportion fœtopelvienne. « La femme enceinte doit donc vaquer à ses tâches domestiques. Elle n'arrête pas de travailler. Elle travaille peut-être un peu moins, « pas la terre » disent les hommes. Mais les travaux domestiques, elle n'y échappe pas. Pour cette raison, la tradition a même forgé un proverbe qui incite l'entourage de la femme enceinte à lui faire faire des choses. « si tu me fais faire quelque chose au cours de ma grossesse, tu auras une grâce de Dieu (*ajr*) »

On peut ici souligner l'ambivalence de la perception du repos pendant la grossesse. D'un côté le repos est perçu comme pouvant faire éviter le risque de la fausse couche, de l'autre, il expose au risque de voir le fœtus enfler, ce qui est un risque de dystocie.

2) les facteurs obstetriques ou lies au comportement procreateur comme la multiparte, l'intervalle genesique court, l'avortement, l'uterus large ou ouvert (*al walda mahloula*), la mollesse de l'uterus (lie a l'âge), le bassin retreci

3) les facteurs « maladie » comme le diabete, la syphilis (*nouar*)

La CPN est donc positivement perçue comme un depistage des facteurs de risque (position transverse principalement) Elle sert même a voir si on a le *zayed* Elle est egalement decrite comme un moyen de prevention on est vaccine, on evite toute anxiete La CPN est vue comme obligatoire pour toute femme enceinte et des temmes proposent de la rendre obligatoire Les hommes ont egalement une perception positive de la CPN

Malgre cette bonne image de la CPN, elle n'est pas une pratique qui se generalise Pourquoi? De nombreuses causes sont mentionnees Parmi ces causes, l'ignorance de l'existence d'un service CPN, l'eloignement des services CPN, leur mauvaise organisation A ces contraintes majeures, s'ajoute le coût de la CPN même si la consultation est gratuite, les gens n'ont pas les moyens financiers pour acheter les medicaments prescrits ou faire les analyses demandees L'inaccessibilite de la CPN est tellement determinante qu'elle conduit la population a se refugier dans justifications socioculturelles pour ne pas aller en CPN Ces justifications sont

-l'absence de credibilite de la CPN pour la plupart des femmes « même si on fait la CPN, on ne peut pas prévoir ça, ça releve de Dieu » Au sein de cette population demunie et analphabete, la grossesse est vecue comme une experience des limites de l'homme, de sa science et de son pouvoir

-la tradition de ne pas montrer sa grossesse aux autres, fussent-ils des professionnels de sante

-charges domestiques de la femme il faut y consacrer toute une journee CPN = deplacement + attente

-le sexe du responsable de la CPN les femmes ont honte de se deshabiller devant un homme La jalousie du mari va dans le même sens, celui d'interdire une hetero-consultation

Ces justifications sont de peu de poids comparees a l'inaccessibilite physique et financiere de la CPN

La grossesse rurale est un fait qui commence à être timidement médicalisé, dans le sens où elle n'est plus vécue comme devant se dérouler naturellement sans aucun contact avec le système biomédical des soins tant au niveau préventif que curatif.

La médicalisation de la grossesse signifie-t-elle la médicalisation de l'accouchement, c'est-à-dire le choix de l'accouchement en milieu surveillé? Dans la logique de ces femmes, la CPN n'implique pas nécessairement l'accouchement en milieu surveillé. Les femmes qui font la CPN pensent qu'elle peut dépister tous les risques et prévoir les complications de l'accouchement. Une fois identifiée comme sans risque, la femme pense pouvoir alors accoucher à domicile en toute tranquillité. Cela va dans le sens de garder sa grossesse « cachée ». Garder sa grossesse cachée, c'est aussi la terminer d'une manière cachée, par un accouchement *mastour*, discret et pudique, à domicile.

L'ACCOUCHEMENT ENTRE SETRA ET SECURITE

Si l'accouchement est facile, pensent les femmes, il vaut mieux accoucher a la maison. Mais comment prévoir qu'il va être facile? Un raisonnement statistique simple apporte la réponse : des que deux ou trois femmes accouchent normalement au village, toutes les autres se disent qu'elles aussi vont accoucher normalement. Pour cette raison, la femme va rarement accoucher spontanément dans une formation sanitaire. Le mari aime en effet quand sa femme accouche a la maison sans problème car qui dit accouchement a l'hôpital dit complications, dépense d'argent et mauvaise publicité. L'opposition entre accouchement a domicile et accouchement en maternité renvoie toujours a l'opposition entre accouchement facile et accouchement difficile, entre le bien et le mal pourrait-on dire.

Pendant, la pratique de la CPN, certes timide encore, tend a substituer progressivement la notion de risque au raisonnement statistique et a rendre de plus en plus concevable, voire désirable, d'accoucher en milieu surveillé. La CPN ne manque pas de créer un embryon de conscience de risque par le biais de la rumeur et du ouïe-dire. En conséquence, la coutume de l'accouchement a domicile commence a être remise en question, et ce même dans les milieux les plus démunis qui n'ont pas une facilité d'accès aux formations sanitaires. Les corrélations accouchement facile-domicile et accouchement compliqué-milieu surveillé sont remises en question au niveau du discours (du moins). Le milieu surveillé commence a être dissocié de la complication obstétricale et a symboliser des avantages. Des opinions comme « celui qui préfère que sa femme accouche a domicile est un fou » ou comme « l'accouchement a domicile est une aventure » commencent a faire leur chemin. Que l'impondérable relève d'une non-prédictibilité biomédicale ou qu'il relève de la foi, le résultat est le même, l'accouchement a domicile est de plus en plus perçu comme une aventure.

La population prend du recul par rapport au vécu, le « théorise » et se divise en deux camps :

- pour les uns, l'hôpital, on y va juste quand il y a une maladie. L'accouchement reste perçu comme un événement naturel qui doit se dérouler

dans un milieu «naturel», le domicile de la parturiente en l'occurrence A la maison, c'est mieux, affirme-t-on, surtout quand l'accouchement est facile La presence d'une parente n'est parfois pas necessaire, la parturiente arrivant a accoucher toute seule sans l'aide de personne

- pour les autres, l'accouchement en milieu surveille est meilleur L'experience d'accouchements dystociques anterieurs conduit la femme a opter pour le milieu surveille Une conscience obstetricale minimale se cree sachant qu'il n'y a ni route ni moyens de transport, la femme prefere aller plus tôt a l'hôpital que d'être evacuee, en cas de complication, sur un brancard ou dans une couverture L'hôpital est perçu comme une misericorde car «si on reste a la maison, on meurt »

La population est donc objectivement dans une situation intermediaire, acculee a comparer constamment entre avantages et inconvenients de l'accouchement a domicile et de l'accouchement en milieu surveille

1- L'hôpital, c'est la securite, l'hôpital, c'est la perturbation

a- Les avantages

Ils sont d'ordre

- technique il y a un savoir faire qui surmonte les complications obstetricales

-instrumental presence de *makinate* (appareils), de piqûres, de serum-*qoua*, analyses et medicaments

-preventif en revenant de la maternite, « c est comme si on revient du *hammam* belles et propres » On n'attrape pas de microbe, le nouveau-ne est lave et vaccine

-psychologique l'hôpital, c'est la securite Les hommes signalent un autre avantage original du milieu surveille la femme qui a peur des sortileges accouche a l'hôpital pour se proteger de la visite des femmes susceptibles de lui jeter a elle ou au nouveau-ne un mauvais sort

-administratif pour les hommes, le milieu surveille presente l'avantage de faciliter l'inscription de l'enfant a l'etat-civil Le pere n'a plus besoin d'aller voir le *moqaddem* pour le certificat de naissance, celui-ci etant delivre par la formation sanitaire elle-même Car aller voir le *moqaddem* pour une piece administrative signifie perte de temps et d'argent

- moral le mari est tranquille, il a bonne conscience, il n'est plus responsable de ce qui peut arriver à la parturiente

b- Les inconvénients

Ils peuvent être classés selon les rubriques suivantes

- la proximité les formations sanitaires sont perçues comme éloignées La distance est aussi un facteur qui explique le choix et la perpétuation de la tradition de l'accouchement à domicile «Vu qu'il n'y a pas de moyen de transport, alors on reste à la maison et on y accouche », précise une femme d'Agni (Al Hoceïma)

- le mode d'accouchement l'accouchement biomédical en position allongée sur un lit est une pratique moderne à laquelle les parturientes ne sont pas préparées ou habituées La femme préfère accoucher accroupie ou à ras de terre

- le mauvais traitement la femme est négligée, voire méprisée par le personnel, mal soignée Les témoignages convergent « on ne fait que déchirer les femmes », « on les opère sauvagement, «on te fait des points comme s'ils cousaient des sacs » On va même jusqu'à accuser des infirmières de laisser mourir la parturiente

- hygiène saleté des maternités, des draps, mauvaise odeur

- psychologique en plus de l'inconfort, du froid et de la mauvaise alimentation, on n'admet pas en général des membres de la famille comme accompagnateurs

- social l'accouchement est parfois effectué par un infirmier, les hommes (infirmiers) entrent dans la salle d'accouchement De plus, l'évacuation de la parturiente du *douar* vers le milieu surveillé constitue un spectacle public « Pour aller à l'hôpital, la femme se donne en spectacle au village » Cette publicité est justement tout le contraire de la notion si valorisée de *setra* qui renvoie à la discrétion et à la *privacy* et qui entoure traditionnellement l'acte de l'accouchement De plus, les hommes ne peuvent pas sortir leur femme deux ou trois heures après l'accouchement Pour le mari, attendre signifie de nombreux aller-retour continu entre le *douar* et la maternité Attendre signifie aussi devoir « supporter financièrement » les gens qui attendent le retour de la parturiente

- financier il faut payer les frais de déplacement et les pourboires (la corruption du personnel paraît nécessaire pour être bien accueillie et bien traitée) On raconte que les maisons d'accouchement ne sont plus gratuites Ces frais sont

encore augmentées par la nécessité d'avoir des papiers administratifs qui exigent déplacement, perte de temps et d'argent. Pour les gens, les moyens manquent et on reconnaît souvent que les dépenses du *sbou'e*, fête qui semble être incontournable, sont prioritaires par rapport aux dépenses de l'accouchement. Le choix entre les deux est très fréquent et se fait au détriment de l'accouchement et de la maternité. Ce faisant, la famille court davantage le risque d'une mort maternelle que celui d'une naissance sans fête de *sbou'e*. Ce choix de comportement ostentatoire anti-sécuritaire ne relève pas de la seule décision de l'homme. La femme tient aussi fort au *sbou'e* que le mari. Le couple est ici pris dans la logique de l'honneur de la famille au sens large.

2- L'accouchement à domicile, une *setra* dangereuse

a- Les avantages

Ils sont de nature

- obstétricale : la parturiente accouche comme elle veut, accroupie, couchée. Le conditionnement historico-culturel présente l'accouchement à domicile comme synonyme du naturel, du normal et du facile.

- socio-religieuse : *setra*, *mastour*, *mastoura*, qui signifient discrétion et pudeur, sont les termes les plus cités pour dire l'avantage le plus apprécié tant par les femmes que par les hommes. La *setra* est une qualité inhérente à l'intérieur, à la *privacy* : une femme qui accouche chez elle est soustraite aux regards (*mastoura*) des autres. Ces regards sont supposés être négatifs : curiosité malsaine, jalousie, mauvais œil, etc. L'accouchement doit rester un événement privé, ce qui perpétue l'habitude collective, c'est-à-dire la coutume ancestrale normative et normalisante. Le terme *setra* qui signifie absence de mauvaise publicité est aussi doté d'une connotation religieuse. Ce qui est *mastour* est *mabrouk*, c'est-à-dire qu'il bénéficie de la grâce divine (la *baraka*). La *setra* atteint son apogée quand la parturiente accouche toute seule sans que personne ne s'en rende compte. Dieu est supposé lui faciliter la tâche.

- psychologique : la parturiente est dans un contexte de confiance. La coutume veut qu'à la maison, la femme soit bien entourée et bien nourrie, la chambre chauffée. Et puis, « si on meurt, on meurt chez soi, près de ses enfants ».

- financière on ne dépense quasiment rien Le mari est délivré des dépenses de transport et d'hospitalisation La *qabla*¹ n'est pas exigeante, « elle accepte ce qu'on lui donne »

- hygiénique quelques professionnelles de santé très rares estiment qu'accoucher à domicile signifie « éviter le risque d'être atteinte par certaines maladies qui proviennent de la non stérilisation du matériel comme le Sida, la syphilis »¹

b- Les inconvénients

Ils se répartissent de la manière suivante

- sur le plan obstétrical en cas de complication, on ne peut rien faire pour sauver la parturiente, elle peut mourir En plus de cela, « la femme devient trop large » estime-t-on elle n'est pas recousue

- sur le plan de l'hygiène on coupe le cordon avec n'importe quoi De plus, il n'y a pas de soins *post partum* Tout cela est perçu comme risque d'infection

- sur le plan social pour le mari, c'est demander aux hommes d'aider à évacuer la femme Le mari accepte malgré lui que les autres hommes du *douar* portent son épouse et la touchent Pour le mari, cela représente une atteinte profonde à son honneur devant laquelle il reste impuissant

3- Domicile-Milieu surveillé une hiérarchie entre pauvres ?

Comment se répartit la population entre domicile et milieu surveillé ?

¹ A Dialmy « les *qablate* (littéralement celles qui accueillent le nouveau-né, accoucheuses traditionnelles) Elles gèrent la fécondité des femmes pour se poser comme les professionnelles en titre de l'éducation reproductive Cette éducation visait à faire de la femme une machine à grossesses répétitives réussies La *qabla* est essentiellement une lutteuse contre la stérilité, mais elle intervient dans tout ce qui touche aux rapports entre les sexes Elle est spécialiste en mixtures aphrodisiaques en formules et recettes pour concevoir des enfants mâles, en tisanes pour réveiller un enfant endormi en talisman pour nouer (et dénouer) les aiguillettes et en potions pour avorter La *qabla* était la confidente obligée des femmes voire leur complice dans la guerre des sexes Selon R Mathieu et R Manneville l'accoucheuse traditionnelle est une spécialiste du corps féminin, enceinte ou stérile C'est donc un métier accompagné d'un statut social L'accoucheuse s'occupe d'obstétrique (grossesse stérilité phases d'accouchement, avortement), de pédiatrie (affections de l'enfant) L'accoucheuse est également laveuse des mortes, marchande de drogues masseuse rebouteuse Elle est détentrice d'une science mystérieuse, lui permettant par exemple de diagnostiquer la grossesse, d'identifier le sexe du fœtus Cependant, « l'usage du toucher vaginal est considéré par les *qablat* traditionnelles comme un geste indécent illicite », in « Politiques de l'éducation sexuelle au Maroc » in *Santé de la reproduction au Maroc*, CERED, Rabat, sous presses

a- Profil social de la parturiente en milieu surveille

L'accouchement en milieu surveille concernerait

- sur le plan obstetrical les femmes qui ont des antecedents obstetricaux evitent en general d'accoucher a domicile
- sur le plan psychologique la femme a peur des risques et des souffrances de l'accouchement La peur est une dimension importante de la conscience obstetricale ordinaire L'accouchement en milieu surveille concernerait egalement le couple qui s'entend, c'est a dire qui discute et negocie
- sur le plan de l'appartenance sociale
 - capacite financiere les femmes qui accouchent en maternite sont celles dont les maris peuvent s acheter l'aide medicale
 - la femme sans parente c'est la femme qui n'a personne a la maison pour l'aider pendant l'accouchement
 - les jeunes celles qui ont moins de 35 ans
 - la proximite celles qui sont proches d'une maternite y accouchent souvent

Le profil de la femme qui accouche spontanement en milieu surveille combine entre plusieurs elements type de famille, statut socio-economique entente conjugale Ainsi, les femmes qui sont isolees (vivant en famille nucleaire) favorisees (fonctionnaires par exemple) et qui s'entendent bien avec le mari accouchent spontanement en milieu surveille Telles seraient donc les conditions a realiser pour amener la femme a abandonner l'accouchement a domicile Mais outre ces facteurs, la residence a proximite de l'hôpital (maison d'accouchement) fait aussi partie de ce profil Cela signifie que la proximite par rapport a une formation sanitaire est un element fondamental susceptible de conduire la femme a un comportement obstetrical protege

Outre ces elements « classiques » en un sens, l'imitation ostentatoire joue egalement un rôle dans le changement du comportement obstetrical une femme peut decider d'accoucher en milieu surveille juste pour montrer a une voisine ayant accouche a l'hôpital qu'elle peut en faire autant Le regard de l'autre est encore, en societe marocaine, fondamentale dans la valorisation de soi Accoucher spontanement en milieu surveille est l'indice d'une promotion sociale de la femme, et dans ce cas la seule ostentation peut le provoquer

A ces profils sociaux, il faut ajouter celui des filles celibataires en proces avec le pere biologique Accoucher en milieu surveille est une maniere pour elles

d'impliquer « officiellement » le père biologique dans une paternité qu'il refuse de reconnaître. Elles chercheraient volontiers à être poursuivies en justice pour maternité illégale, et cela pour entraîner avec elles le père biologique dans l'espoir d'un « arrangement ». C'est donc moins la conscience de risque qui pousse la fille célibataire à accoucher en milieu surveillé que le calcul social de la réhabilitation.

b- Profil social de la parturiente à domicile

De son côté, l'accouchement à domicile est corrélé

- sur le plan obstétrical, avec les multipares. Les professionnelles de santé pensent que les multipares le pratiquent beaucoup parce qu'elles ont l'habitude d'accoucher à domicile sans avoir de problèmes spécifiques.

- sur le plan social, avec les gens démunis, les analphabètes inconscients « qui ne savent pas où aller », les vieux. On pense également que les intégristes pratiquent l'accouchement à domicile parce qu'ils refusent que leur femme soit accouchée ou soignée par un personnel masculin.

À partir de ces profils spontanés, on peut en conclure que les gens qui pratiquent l'accouchement à domicile sont socialement plus défavorisés que ceux qui le pratiquent en milieu surveillé public.

4- Accoucher à l'hôpital et sentir qu'on est chez soi

La perception de l'accouchement idéal prend en considération des critères divers

- Le lieu est un critère fondamental. Quand on le prend en considération, l'accouchement idéal se fait soit à l'hôpital avec piqûres et bon accueil, soit à la maison d'une manière discrète (*setra*). Pour les uns, « le meilleur accouchement, c'est à l'hôpital : la femme y trouve du serum, de la propreté, un bon traitement ». La clinique privée « où l'on peut accoucher sans travail » représente le meilleur de l'accouchement en milieu surveillé. Pour les autres, « le meilleur accouchement, c'est à la maison : la femme n'est pas maltraitée, elle ne souffre pas, c'est comme une promenade : la femme est dans son lit, entourée par sa famille ».

- L'absence de difficulté obstétricale est aussi un élément qui rentre en ligne de compte : normal, sans douleur, rapide, sans opération, dans la position préférée de la parturiente, avec la présence de la mère.

- L'absence de dépenses pour d'autres, l'accouchement idéal se définit essentiellement par son caractère économique. C'est soit quand le mari ne dépense pas beaucoup d'argent soit quand on peut ne pas regarder aux dépenses

- La confiance un personnel patient et souriant, et l'aide de Dieu

En conclusion, « accoucher à l'hôpital mais sentir qu'on accouche chez soi » est une proposition qui résume la définition de l'accouchement idéal. Tout en indiquant le lieu idéal, à savoir un milieu surveillé, elle exprime en même temps l'importance de la qualité humaine des soins et des relations parturiente-personnel de santé. Cette proposition d'une femme de Thar es-Souk est une définition de l'accouchement idéal qui reflète le mieux la volonté de concilier entre les avantages du domicile et ceux du milieu surveillé. C'est d'une part avoir la sécurité du milieu surveillé, et d'autre part jouir de l'affection que l'on trouve chez soi. C'est une synthèse entre quantité et qualité, entre matière et esprit.

Chapitre 3

LES COMPLICATIONS OBSTETRIQUES UNE CONNAISSANCE PARTIELLE ET PARASITÉE

Pour beaucoup de femmes encore, la femme ne peut pas savoir à l'avance que son accouchement va être difficile. C'est une chose qui relève du mystère (divin), disent-elles. Mais la pratique de la CPN, voire sa seule perception socioculturelle font que la femme commence à s'habituer à l'idée de prédictibilité de la complication obstétricale. Plus loin encore, le non-dépistage de facteurs de risque lors de la CPN commence lui-même à ne pas être interprété comme une garantie totale. Même si en CPN on constate que tout est normal, l'accouchement peut être difficile », avertit-on.

En conséquence, parler d'accouchement, c'est évoquer la peur, la complication et la douleur. Les femmes connaissent des signes qui prédisent un accouchement difficile comme la cardiopathie, l'anémie et l'hypertension. La sécheresse de la femme ou son oppose, l'écoulement, sont considérés comme des signes précurseurs de l'accouchement difficile. De même, « l'étranglement de l'utérus » ou « le bassin rétréci » sont perçus comme des facteurs de risque.

Le registre psychologique offre également une possibilité d'identifier un facteur de risque inédit : « la femme demande à son mari de l'emmener à l'hôpital. Il lui répond qu'il n'a pas de temps à lui consacrer : si tu veux mourir, tu meurs, lui dit-il. La femme interiorise sa déception pour ne pas se disputer avec lui. Le jour de l'accouchement, elle n'a pas la force de pousser ». L'absence d'affection et le comportement indelicat du mari sont ici directement accusés dans la transformation de l'accouchement en expérience de la complication.

Les hommes identifient deux facteurs de risque d'accouchement, la primiparité et l'absence de travail domestique. En conséquence, la femme doit, à leurs yeux, travailler pendant sa grossesse. On justifie ainsi la nécessité de maintenir le rythme de travail par des considérations préventives. Mais les hommes ne sont pas les seuls à penser de la sorte. Cette opinion est également répandue parmi les femmes. L'idéologie ne réussit que lorsque sa principale victime y croit et la reproduit.

1- La complication obstetricale, une construction sociale

Quelles sont les complications obstetricales que connaît la population? Dans quelle mesure la connaissance est-elle ici une construction sociale, c'est à dire mêlée de croyances socioculturelles?

La dystocie est la complication obstetricale la plus connue. On l'exprime des manières suivantes

- accouchement qui dure dans le temps. La ligne socioculturelle d'alerte atteint parfois 5 jours

- présentation non céphalique. l'enfant n'est pas *mqabbel*, dit-on pour signifier qu'il ne présente pas la tête. Le terme *farsi*, littéralement traduisible par cavalier, est utilisé pour dire que l'enfant présente les pieds

- disproportion foetopelvienne. quand le fœtus se gonfle, on sait que l'accouchement va être difficile

- la non dilatation du col de l'utérus

- le placenta qui « monte au cœur de la femme » est une complication qui indique la manière dont quelques femmes du Moyen-Atlas conçoivent l'anatomie féminine et son dysfonctionnement lors de l'accouchement. La complication du placenta « qui n'est pas rejeté et qui reste en elle », reconnue par la médecine comme rétention placentaire, est cependant citée. La traduction du placenta par le terme *khlass* est significative à ce propos car *khlass* signifie également délivrance. Cela veut dire que le seul accouchement ne suffit pas à délivrer la femme du risque de mort, il lui faut aussi le placenta, ce *khlass* final. Retenir le *khlass*, c'est retenir la femme dans la sphère de la mort. La tradition *fassi* a développé à ce propos un rite¹ obstétrique qui consiste en une procession écolière à travers laquelle la ville invoque Dieu pour donner le *khlass* à la parturiente en difficulté.

L'hémorragie est également très citée comme complication obstétricale, et on emploie même le terme de *nazif* (arabe savant) pour montrer que l'on sait ce que c'est. Mais aucun détail sur la quantité de sang perdue estimée dangereuse n'est donnée.

La participation de l'imaginaire dans la construction sociale de la complication obstétricale s'observe quand la notion de *zayed* (*afghoul en berbère*) ne cesse de revenir. « Quand l'accouchement se prolonge, quand la femme reste

en attente, quand son sang se vide, c'est qu'elle a *le zayed* », explique-t-on. L'ensemble des femmes affirme l'existence du *zayed* et le définissent comme un monstre carnivore se nourrissant du sang de la femme enceinte ou de la chair du fœtus. Le *zayed*, littéralement celui qui est de trop, est doté d'une dimension surnaturelle. « Le *zayed* a 7 bouches. Il monte au cœur de la parturiente et la tue ». Quelques professionnelles de la santé identifient le *zayed* comme une « mole hydatiforme » et le rationalisent. Mais elles continuent dans leur rapport à la population à utiliser la notion de *zayed* pour se faire comprendre. Ce faisant, elles véhiculent à leur insu tout un ensemble de croyances surnaturelles qui lui sont liées. La population en conclut que ces croyances sont fondées parce que « partagées » par les gestionnaires de la biomedecine. Pour les femmes, la preuve suprême de l'existence du *zayed*, c'est que « les médecins aussi le trouvent ». Même à l'hôpital, des femmes amènent des bouteilles de thym et le boivent pour tuer le *zayed*, reconnaissent quelques infirmières. C'est la *qabla* qui leur conseillerait cela.

2- La perception du danger de mort

Dans quelle mesure les complications obstétricales sont-elles perçues comme mortelles? Des témoignages comme « il faut aller à l'hôpital pour survivre » montrent que la perception du danger de mort est présente. La complication est vécue comme une cause susceptible de conduire à la mort.

La population sait que l'hémorragie peut conduire à la mort, de même que l'accouchement dystocique. L'hémorragie est vue comme une vidange mortelle. Se vider de son sang, c'est mourir. Le sang est perçu comme la matière vitale par excellence, et le perdre, c'est perdre la vie. La corrélation hémorragie-mort est certes établie, mais parfois au sein d'une conscience obstétricale qui investit une étiologie « sauvage ». Le *zayed* est parfois présente comme la cause directe de l'hémorragie. Dans certains cas, le *zayed* à lui seul suffit à expliquer la mort maternelle.

L'infection n'a jamais été citée comme complication et cause de la mort maternelle. Quand à la toxémie gravidique, elle est indirectement plus identifiée. Mais rares sont les personnes qui en évoquent un symptôme comme cause directe de la mort maternelle. « Quand la tension artérielle baisse trop pendant

¹ A Dialmy « Les rites obstétriques au Maroc » Paris *Annales*, n° 3, Juin 1998

l'accouchement, la femme meurt » L'ignorance de cette causalité majeure (toxémie gravidique et infection) dans l'explication du décès maternel éclaire à notre sens le recours au *zayed*. Devant une mort inexplicée, la population avance l'hypothèse du *zayed* pour « rationaliser » un décès qui autrement resterait mystérieux. L'explication de la mort maternelle par le *zayed* satisfait d'abord le besoin de l'explication tout court mais se situe également dans la perception magico-surnaturelle de la grossesse et de l'accouchement. Ceux-ci ne sont pas perçus comme des faits biologiques purs. Au contraire, ils sont en contact permanents avec des forces occultes, mais surtout avec la volonté divine. L'ignorance de la cause de la mort conduit à postuler des hypothèses méta-scientifiques.

En conséquence, le *zayed*, d'élément présent dans une grossesse anormale, devient un *zayed* de la connaissance. Le *zayed* est en effet un élément de trop dans l'étiologie de la complication obstétricale et en parasite la connaissance objective. Il est un élément central de la conscience obstétricale ordinaire.

3-La volonté maternelle de vivre

La conscience obstétricale ordinaire n'est pas rigoureuse. Car malgré la perception du risque de mort, et malgré une complication antérieure, la prévention n'est pas systématique. Une femme, ayant eu une hémorragie lors du premier accouchement en milieu surveillé, n'a pas suivi le conseil de l'infirmière en CPN. « Elle a accouché alors chez elle elle a eu une hémorragie elle en est morte »

Comment la mort maternelle est-elle perçue? La plupart des femmes restent fatalistes et vivent l'accouchement avec le sentiment d'une impuissance quasi-totale devant la volonté divine. On dit que « la parturiente est à la merci de Dieu » et qu'elle est entre les mains du Prophète (ou lui tient la main). Une seule chose est demandée face à cette fatalité, mourir près des enfants, entourée par eux.

La mort maternelle est vécue comme l'indicateur d'une décision divine irrévocable. « si le terme (*al-ajal*) est arrivé, la femme meurt » Cet *ajal* est fixé par Dieu et on ne peut y échapper. Il est souvent lié à l'accouchement. Le tombeau de la parturiente reste ouvert pendant 40 jours. La femme qui accouche est dite « avoir un pied ici bas et un pied dans l'au-delà ». Même les infirmières emploient ce langage. Ainsi, le moment de donner la vie est, pour la parturiente, le moment privilégié de recevoir la mort.

La mort de la parturiente est perçue de trois manières distinctes

-comme une occasion pour le mari d'épouser une femme plus jeune mais une telle perception n'est explicitement présente que chez les femmes

- comme une perte irremplaçable dans la mesure où mari et enfants vont en pâtir. Une telle perception est exprimée par les hommes : « La femme est le support de l'homme », affirme-t-on. En conséquence, quand la femme meurt, « l'homme est perdant tout est perdu ». Se remarier n'est plus une tâche aisée.

- comme une occasion d'aller au paradis. La croyance populaire veut que la femme qui meurt en couches ou pendant les 40 jours qui suivent l'accouchement aille au paradis. Dieu la chérit et l'aime. Cette perception se retrouve chez les deux sexes. La mort maternelle est privilégiée dans la mesure où la parturiente est une bien-aimée de Dieu qui va aller au paradis. Compensation suprême que la communauté musulmane trouve à donner à la parturiente croyante devant une mort que l'on ne comprend pas, alors dite de décret divin. Devant l'incompréhensible, l'homme évoque le hasard ou Dieu, se plaisait à dire Einstein.

Il faut noter cependant que ni les femmes ni les hommes de Taounate ne mentionnent ce fameux dicton selon lequel la femme qui meurt en couches va au paradis. Il ne peut s'agir d'un oubli innocent. Pourquoi y a-t-il eu oubli? À notre sens, l'oubli est ici symptomatique d'une évolution perceptible. La mort maternelle, si elle est fatale parce que Dieu le veut, n'est plus pour autant valorisée. Sans explicitement mettre en doute le destin paradisiaque réservé à la parturiente, l'oubli du proverbe serait l'indicateur d'une conscience nouvelle qui s'accroche davantage à la vie et qui la valorise. Des femmes expriment très farouchement ce désir de vivre : « que toi tu sois sauvée, c'est l'essentiel. Quand à l'enfant, même s'il meurt, on peut en avoir d'autres. Dieu te le remplace ». Trouvant des racines dans le patrimoine, « dis j'accoucherai et recommencerai ô Prophète de Dieu », la volonté maternelle de vivre signale le désir d'individualisation de la femme.

Comment se traduit concrètement ce désir de vivre?

4- La médecine, le dernier *sabab* à tenter, un *sabab* qui fait peur

Rares sont les femmes qui ne veulent pas partir à l'hôpital, pensant que « le médecin ne peut rien faire pour elle ». Quelques hommes aussi affirment que « le médecin ne s'y connaît pas en matière de *zayed* », celui-ci relevant davantage d'un savoir occulte. Mais pour la plupart des enquêtés, aller voir le médecin et prendre des médicaments est un acte qui sauve. Partir à l'hôpital semble être la condition

de survie « si elle n'était pas partie à l'hôpital, elle serait morte » Les femmes à reconnaître avoir été sauvées grâce à l'hôpital ou qui reconnaissent à l'hôpital la capacité de sauver une parturiente en difficulté sont plus nombreuses. À l'opposé de l'impuissance des traditions obstétricales, l'hôpital est perçu comme l'ultime solution. Rester à la maison signifie mourir, par contre, aller à l'hôpital, c'est être soigné et sauvé.

On reconnaît « qu'ils peuvent sauver la femme avec du serum ou avec des piqûres mais s'ils n'en ont pas » Cette condition est capitale, elle est chargée de sens. Elle renvoie à une distinction inconsciente entre la biomedecine comme compétence et la biomedecine comme performance. D'un côté, la biomedecine en tant que science théorique est quasiment devenue un objet de foi jouissant d'une souveraineté indiscutée. D'un autre côté, le bas niveau du fonctionnement pratique de la biomedecine en fait une performance douteuse. La performance hospitalière ne suit pas la compétence biomédicale. Elle n'en est pas une traduction exhaustive. Cette perception négative de l'hôpital constitue un facteur socioculturel capital dans le non-recours aux soins biomédicaux, c'est à dire dans la non-transformation immédiate de la complication obstétricale en urgence. On retrouvera ce facteur plus loin, dans le chapitre consacré à l'acceptabilité des soins, mais c'est un facteur qui joue en amont dans le sens où, indépendamment de la performance objective des structures de santé, leur image négative agit comme inhibition et empêche la décision d'évacuer.

L'image de la médecine-performance se dresse en effet comme un obstacle dans le sens où la femme a simplement peur de l'hôpital (et de l'hôpital Ghassani en particulier). La non-dilatation du col à l'hôpital est comprise parfois comme un symptôme de peur. La parturiente a tellement peur à l'hôpital qu'« elle ne s'ouvre pas ». Les femmes hésitent et tardent à aller à l'hôpital parce qu'elles entendent dire que toute femme qui y va est opérée. Les femmes ont peur des points et de l'opération, au point d'en pleurer. Elles ont peur d'être coupées avec des ciseaux. Les parturientes n'aiment pas être référées à Sefrou ou Fes, elles ont peur de mourir à l'hôpital. L'accès de la parturiente à l'hôpital est corrélatif à la mort. Elles préfèrent mourir chez elles.

Certes quelques voix minoritaires pensent encore que le médecin ne peut rien faire pour la parturiente, car c'est Dieu qui lui accorde la délivrance (ou la lui refuse). Une femme sera sauvée si elle va à l'hôpital, mais au fond c'est Dieu qui vient à son secours. La médecine se profile comme dernier recours, comme ultime

solution a tenter comme *sabab* pour invoquer la clemence divine C'est un recours qui ne se fait pas contre Dieu ou independamment de lui, ce n'est pas un substitut a la clemence divine La medecine est un instrument de la clemence divine « C'est Dieu qui sauve, mais Il amene une cause l'hôpital » Malgre donc la confiance dans la medecine hospitaliere, un relent de fatalisme subsiste « s'il est ecrit que la parturiente doit mourir, elle meurt, même si tu l'emmenes au medecin » Ce point de vue apparemment fataliste se retrouve même chez les professionnelles de la sante « bien sûr qu'elle peut être sauvee, sauf si elle est parvenue au terme que lui a prescrit Dieu » Moins que du fatalisme, cette vision est, pour ces gens « simples », une invite du pouvoir medical a l'humilite Le pouvoir medical ne doit pas se transformer en arrogance, et encore moins en prometheisme, c'est a dire en revolte contre Dieu, en incroyance Le medecin n'est que le *sabab*, et la foi en la medecine reste englobée dans la foi religieuse Dieu est le plus Grand

Cette vision enchantee (au sens weberien du terme) englobe et parasite la perception de la complication obstetricale et empêche de la saisir comme une simple difficulte physiologique La complication obstétricale et le risque du mort qui lui y est attache sont situes tous deux dans une définition de la difficulte obstetricale comme une epreuve a laquelle Dieu soumet la parturiente et son entourage Gardiennes de cette definition, les belles-meres (*'agouzate*) exigent alors de ne pas se presser

LA COMPLICATION OBSTETRICALE DE L'ÉPREUVE A L'URGENCE

Le temps de l'épreuve est un temps d'attente et de patience. La maternité est une récompense conquise après la patience, la souffrance et l'attente. Dieu éprouve la foi de sa créature. Tout au plus adresse-t-on quelques prières et invocations, tout au plus accomplit-on quelques rites magico-religieux. Parallèlement, on tente les recettes de l'obstétrique traditionnelle.

1- Les thérapies obstétricales traditionnelles un premier réflexe

Que fait-on alors? En cas de dystocie, on réchauffe le ventre de la parturiente pour qu'elle pousse mieux, on lui fait boire du café, de l'alun, du thym et de la menthe, de la cannelle, on lui fait manger un œuf dans l'huile. On lui conseille de boire de l'huile pour que le bébé glisse et sorte facilement. Parfois on fait des talismans chez le *faqih*, celui-ci encense la femme, pour qu'il y ait présentation céphalique.

Face à la rétention placentaire, différentes « techniques » sont mentionnées. On demande à la parturiente de mettre des cheveux dans la bouche et de vomir, ou de souffler dans une bouteille de limonade (ou dans un bidon), ou tout simplement de mettre le doigt dans la bouche comme pour vomir. Toutes ces « techniques » font partie du savoir-faire ordinaire et servent à faire « descendre » le placenta. Une autre « technique » plus élaborée consiste à brûler le cordon ombilical dans de l'huile. Cela fait chauffer le placenta, et une fois chaud, il descend. Quand une femme a mal au cœur après l'accouchement, on moule du piquant (*soudaniya*) et on lui donne à boire avec de l'eau.

Quand au nouveau-né qui ne crie pas à la naissance, « on lui met un oignon dans la bouche ou de l'ail ». « L'oignon, c'est l'oxygène des campagnards », théorise-t-on. Théorisation ironique et triste à la fois, théorisation qui montre que les femmes rurales savent qu'il faut de l'oxygène dans un pareil cas. Par manque

d'oxygène, la tradition de l'oignon fait ici figure de bricolage dans lequel on se réfugie, faute de mieux.

Mais il semble qu'une prise de conscience du risque de danger lie à la phytothérapie soit entraîné de s'opérer. On commence à penser que la consommation de l'eau de henné est responsable de la mort d'une parturiente. Dans le même sens, des hommes soutiennent « qu'il n'est plus possible de se soigner à la manière traditionnelle, les gens n'ont plus confiance dans la phytothérapie ». On accuse « la médecine arabe » du retard que met la femme à rechercher des soins biomédicaux. C'est en effet quand les traitements traditionnels ne sont pas efficaces qu'on estime devoir aller chez le médecin. C'est quand on est vraiment à bout qu'on va à l'hôpital.

Mais tout en soumettant la parturiente en difficulté à la « médecine arabe » on attend, on attend le verdict de Dieu.

2- Attendre le verdict de Dieu

Attendre quatre jours, voire cinq, avant de transporter la parturiente vers une structure sanitaire, souvent celle des soins de santé de base, semble être un délai normal. Au cours de ce délai, on expérimente les thérapies obstétricales traditionnelles locales, à la fois accessibles et acceptables. De plus, le travail (de la parturiente) qui se prolonge apparaît inconsciemment comme une initiation à la maternité, une conquête héroïque du titre de mère. Car, il ne suffit pas d'avoir des enfants : en accoucher physiologiquement après un travail réussi est un acte qui produit symboliquement mieux la mère. On pourrait dire que le travail est interprété à partir d'un « partogramme » sacré dont la courbe est dessinée par la volonté divine. C'est au sein de ce « partogramme » que se situent les dires des vieilles femmes qui demandent toujours d'attendre, de patienter, de tenir la corde comme si on tenait la main du Prophète, de faire confiance à Dieu. Quand le travail se prolonge, Dieu est supposé être entraîné de tester sa créature ou de la punir. Le retard dans l'accouchement est considéré comme un phénomène courant et normal. En conséquence, une perception du temps autre caractérise ce partogramme a-temporel : rien ne sert de courir, cela n'a rien à voir avec le temps. L'accouchement relève ici d'une biologie sacrée.

Les professionnelles se plaignent en effet que « les femmes arrivent au dernier stade (de la complication) une femme est venue après 10 jours de

retention placentaire » Mais elles ne comprennent pas que la parturiente et son entourage sont prisonniers d'une perception autre du temps de la complication obstetricale celle-ci n'est pas initialement gérée comme une urgence, elle est d'abord comprise et vécue comme une épreuve initiatique

C'est quand la belle-mère, le mari ou la parturiente perdent tout espoir de gagner un accouchement physiologique initiateur qu'on décide d'adopter la logique biomédicale de l'urgence. La complication obstetricale passe alors du registre de l'épreuve à celle de l'urgence. Si on fait vite, disent alors les femmes en nombre et à plusieurs reprises, on peut sauver mère et enfant à l'hôpital. La décision de recourir à l'hôpital signifie passer à une autre vision du temps où il ne s'agit plus d'attendre, mais de faire vite au contraire. L'importance du facteur temps est découverte, elle se substitue à celle du facteur attente. Quelques hommes recommandent même de ne pas tarder à évacuer la parturiente. Mais en général « on reste indécis, perdu jusqu'à ce qu'il soit trop tard »

3- La parturiente, une femme dépendante, un enjeu, un objet

La parturiente n'est pas la seule à décider de son évacuation en urgence. La prise de décision est une partie qui se joue à trois : la belle-mère, le mari et la parturiente. En effet, les belles-mères s'opposent souvent à ce que leur bru aille à l'hôpital. Elles leur reprochent de vouloir s'exhiber devant les hommes. L'une d'elles aurait dit à sa bru : « ce n'est pas parce que vous avez entendu parler de médecin que vous devez aller le voir, les gens font confiance à Dieu, nous, nous avons accouché de 9 enfants et plus, et jamais nous n'avons été voir le médecin ». En cas de complication, les vieilles femmes se disent toujours qu'il faut attendre un peu, et que Dieu va accorder la délivrance.

Parfois, c'est le mari qui ne laisse pas sa femme partir à l'hôpital, car il ne veut pas qu'elle soit examinée par des médecins hommes. Il n'aime pas que sa femme soit « manipulée », voire simplement « regardée » par des soignants masculins, surtout quand elle est jeune et jolie. Le mari préfère, dans certains cas, que sa femme meure plutôt que d'être « vue » par un autre homme. Il n'accepte pas qu'un autre homme voie le sexe de son épouse. Que l'homme en question soit médecin n'a aucune importance, c'est d'abord un homme. L'examen clinique ou les soins ne sont pas considérés comme des actes professionnels neutres, mais comme des choses qui se passent entre un homme et une femme. En fait, l'homme

a peur de lui-même, il sait que lui ne pourrait pas regarder et toucher le corps d'une femme tout en restant froid, et il projette alors ses propres fantasmes sur le médecin. Celui-ci n'est pas une pierre insensible, répète-t-on.

Cette jalousie est un indice de mentalité patriarcale qui voit dans le recours aux soins médicaux d'abord une sortie de la femme hors du domicile conjugal. Or toute sortie féminine est un facteur de risque susceptible de porter atteinte à l'honneur du mari. La sortie est d'autant plus interdite en cas d'absence du mari. Un homme de Tafrante reconnaît en effet que la femme ne peut pas décider (toute seule) d'aller toute seule à l'hôpital. Maîtresse de maison (seulement), « si son mari ne l'emmène pas, elle n'y va pas », affirme-t-on catégoriquement. L'absence du mari est une contrainte majeure. Mais tout en étant réelle, elle n'est pas à amplifier, car un membre de la famille peut accompagner la parturiente à l'hôpital. Selon les dires des professionnelles de la santé, même les voisins suppléent le mari en cas d'absence. On évacue la parturiente vers une formation sanitaire à la dernière minute afin de la sauver de la mort. En fait, des considérations matérielles et sécuritaires se cachent parfois derrière les valeurs de l'honneur. La belle-famille « attend que les parents de la parturiente viennent pour la transporter à l'hôpital » tant pour leur faire endosser la responsabilité de l'évacuation que pour les charger des frais de transport et d'hospitalisation.

Ideologie patriarcale et/ou intégrisme religieux¹ se complètent et se soutiennent pour légitimer la dépendance de la parturiente. Celle-ci est d'abord une femme, c'est à dire un être dépendant. La décision de recourir en urgence aux soins médicaux ne saurait relever de la parturiente (seule) même si c'est sa vie qui est en danger. Sa vie ne lui appartient pas. La vie de la parturiente vient après le pouvoir du mari, elle en dépend, surtout quand le pouvoir masculin se dit en termes d'honneur. Sauver l'honneur du mari est prioritaire.

La dépendance institutionnelle de la femme se traduit par une dépendance financière, la femme rurale n'ayant pas en général d'argent personnel. Son état de parturiente accroît sa dépendance. Elle ne peut pas s'auto-évacuer elle-même. Alors, « si elle ne trouve personne pour l'emmener à l'hôpital, elle reste chez elle jusqu'à ce qu'elle meure ».

Cependant, le facteur jalousie/honneur est contrebalancé par la peur de se voir accusée, voire traînée en justice par les beaux-parents. Il semble en effet que les

¹ Les gens parlent d'*ikhwaniyine*. Expression par laquelle on réfère à des gens qui postulent l'existence d'une *chara* préalable et qui en revendiquent l'application mécanique et stricte.

beaux-parents commencent a reprocher au beau-fils de n'avoir rien fait pour sauver leur fille. Ils l'accusent d'avarice et, dans certains cas, intentent un proces contre lui « Le mari se retrouve en prison ». La decision d'evacuer se prend alors pour des considerations plus securitaires qu'humanitaires.

En un mot, le recours a l'obstetrique traditionnelle, la perception de la complication traditionnelle comme une epreuve et la dependance de la parturiente constituent des facteurs socioculturels importants qui expliquent le retard dans la prise de decision d'evacuation de la parturiente vers une formation sanitaire.

Une fois prise, la decision d'evacuer se heurte a la perception negative de l'accessibilite des formations sanitaires.

L'INACCESSIBILITE DES STRUCTURES DE SANTE

L'éloignement des structures de sante et le coût pour y accéder sont l'objet d'une perception qui retarde l'évacuation de la parturiente en cas d'urgence obstetricale, voire qui l'empêche souvent

1- L'inaccessibilite geographique

Elle est a la fois absence de route (enclavement), « grande » distance et absence de moyens de transport Elle represente un point autour duquel on est unanime En effet, les declarations convergent a ce sujet

-« on est loin de l'hôpital »

-« il n'y a pas de moyens de transport »

-« le pays est difficile les montagnes les routes sont mauvaises »,

-« trop de boue pendant l'hiver les voitures n'arrivent pas a monter jusque chez nous »

-« on ne peut pas y aller il y a le froid, la pluie on ne peut pas y aller à pied»

Quand cela arrive la nuit, et cela arrive souvent la nuit, on ne peut aller nulle part L'hiver, c'est le froid, la neige « Ni route, ni voiture, ni electricite alors sortir une femme qui vient d'accoucher la nuit pour l'emmener a l'hôpital, c'est l'achever » Ne pas la sortir, c'est l'achever aussi On imagine aisement le dilemme tragique dans lequel se trouve l'entourage d'une parturiente en difficulté dans une region enclavee Dans plusieurs cas, la parturiente demande elle-même a ce qu'on la laisse mourir tranquillement chez elle, entouree par ses enfants

Face a ces difficultes, la population rurale est acculee au bricolage on evacue les femmes sur un brancard, « comme si on les emmenait au cimetiere, pas a l'hôpital » « Le brancard, c'est notre ambulance » A defaut de brancard, on evacue la femme sur un mulet ou sur une porte (a la place du brancard)

Les hommes sont parfois les instruments directs de ce bricolage En effet, a defaut d'un support, ils portent la femme sur leurs epaules, et « on dit un tas de choses au village » Les mauvaises langues se delient De telles suppositions et ragots jouent un rôle dans le refus du mari d'évacuer la parturiente Une fois sur la

route, le mari risque souvent de ne pas trouver de voiture. Dans ce cas, la parturiente est perdue, « on reste à la regarder mourir » dans une impuissance totale. « Le temps d'arriver à l'hôpital, la femme meurt » est une opinion dominante très présente. Une telle frustration ne peut qu'aiguiser le sentiment de marginalisation et aviver une critique radicale de l'Etat.

La référence d'une structure de soins de santé de base vers l'hôpital constitue également un facteur de retard. La première référence se fait souvent dans une voiture particulière, ou dans un taxi. La deuxième référence se fait souvent dans un taxi aussi. « Je les priais pour l'ambulance, ils me répondaient que l'ambulance venait juste de sortir. Son mari est alors parti chercher un taxi. Le chauffeur du taxi, quand il a vu ma fille dans cet état, a eu peur de la transporter ».

Au niveau de cette deuxième référence, les parents de la parturiente l'abandonnent quelquefois dans le centre de santé rural, endossant ainsi la responsabilité au centre de santé lui-même. A ce propos, une professionnelle de la santé rapporte l'histoire suivante : « une femme avait une présentation transverse, quand on a dit à sa mère et à son frère qui l'accompagnaient qu'il faut l'emmener à Fes, ils l'ont abandonnée, ils sont partis. Nous, nous n'avons pas d'ambulance, ni Ghafsay ni Taounate n'ont envoyé d'ambulance. C'est quand on a téléphoné à l'intérieur¹ qu'une ambulance est arrivée ». L'urgence obstétricale n'est donc pas gérée en tant que telle par les seuls services de la santé, ceux-ci ont besoin de contrainte extrinsèque pour coordonner leurs actions. La raison médicale ne se suffit pas à elle-même.

Le problème du transport se pose même en ville. Les taxis ne veulent pas prendre les femmes en couches et les bus sont bondés. « Je n'arrive pas à prendre le bus, il y a trop de monde, les taxis ne s'arrêtent pas, alors on reste là à souffrir. A Bensouda, « il faut de deux à trois heures d'attente dans l'arrêt du bus, en plus de la foule ». Une autre femme du suburbain rapporte des faits semblables : « moi, j'ai eu les douleurs (de l'accouchement) à minuit, je suis restée chez moi. Il n'y a ni taxi ni ambulance, ni maison d'accouchement à côté. Rien. Mon mari a téléphoné trois fois à l'ambulance, personne ne lui a répondu ».

Les professionnelles de santé confirment cette perception de l'inaccessibilité. « Il y a des cas où il faut 3 à 4 heures de marche pour atteindre la route », confirme l'une d'elles. Les routes mauvaises, les régions enclavées, et les moyens de transport absents, surtout pendant l'hiver. Le retard s'explique essentiellement par

l'enclavement et le manque de moyens de transport. Ce témoignage montre que la perception communautaire de l'accessibilité géographique ne fait pas subir de distorsion à la réalité. En un mot, la non proximité du dispensaire, du centre de santé ou de la maison d'accouchement dans un premier temps, celle de l'hôpital de référence dans un deuxième temps, doublées d'une infra-structure routière souvent inexistante et d'un manque de moyens de transport constituent le fond de la perception rurale de l'accessibilité géographique aux services de santé. Cette perception socioculturelle n'est pas l'indice d'une fausse conscience.

La proximité de l'hôpital est définie comme une condition nécessaire de son utilisation. « s'il est proche, tu y vas, sinon tu n'y vas pas », affirme tout simplement une femme du suburbain même. Que dirait alors une femme du rural? L'hôpital n'est sauveur que depuis qu'il est plus proche, souligne une femme d'Ouled Abbou.

Une femme d'Ourdzaghe ne peut s'empêcher à la fin de lancer ce cri : « nous aussi nous voulons vivre, nous voulons des routes, de l'eau comme tout le monde, des moyens de transport comme tout le monde, nous n'avons même pas d'eau potable ici... »

2- L'inaccessibilité financière

Elle est à saisir à trois niveaux

a- Les frais de transport

Les femmes disent qu'elles ne vont pas en maternité tout simplement parce que le mari n'a pas l'argent nécessaire pour louer une voiture qui servira d'ambulance. Dans ces cas, si le mari ne trouve pas quelqu'un pour lui prêter de l'argent, la parturiente en difficulté reste à la maison dans une impuissance totale face à la mort, tout en sachant qu'elle va mourir. L'entourage le sait également. Mourir parce qu'enclavée, mourir parce que pauvre. Le seul espoir qui reste à ces gens, c'est Dieu.

Referer une parturiente vers l'hôpital Ghassani lui pose aussi un problème de coût. « Quand on réfère une femme à Fes, raconte une infirmière, elle sort au café d'en face. Les gens du café lui disent que nous nous payons sa tête et que nous voulons un pourboire pour nous en occuper. Ils lui conseillent de revenir et de faire la morte dans notre centre de santé. c'est ce qu'une femme a effectivement

¹ Il faut comprendre par intérieur les représentants locaux du ministère de l'intérieur

fait elle disait qu'elle n'avait pas d'argent encore une fois, l'interieur est intervenu pour l'evacuer sur Ghafsay puis sur Fes »

Un tel comportement s'explique par le fait que le taxi Taouante-Fes coûte entre 250 et 400 dhs pour servir d'ambulance informelle, et ce pour une distance de 75 km. Un tel prix est exorbitant par rapport au niveau de vie de la population rurale de la province. Dans la province de Sefrou, on raconte qu'« il y a une seule ambulance au centre de sante de *Ribat al Khayr* le chauffeur te dit 200 dhs si tu ne casques pas les 200 dhs, il te dit que l'ambulance est en panne »

b- Les frais d'hospitalisation

L'hôpital n'est plus perçu comme hôpital du Makhzen, c'est à dire gratuit « Ils disent que c'est l'hôpital du Makhzen mon oeil! Les pansements, tu les achetes le fil, tu l'achetes la piqûre, tu l'achetes tout ce que necessite l'operation, tu l'achetes toi-même » « On nous dit d'aller chercher le sang apres le sang, on nous dit d'aller chercher les medicaments » « On paie même pour les nuits qu'on y passe »

« Si on nous y aidait, tous les gens y partiraient » Les hommes, des gens simples et pauvres, ne comprennent pas pourquoi l'hôpital est devenu payant « notre Roi, que Dieu le glorifie, leur donne les medicaments et tout il faut qu'a leur tour, ils nous aident un peu, nous les gens pauvres » Ces gens sont d'autant plus scandalises quand ils voient qu'on donne les medicaments aux gens qui peuvent les acheter, et en concluent que l'hôpital est devenu un lieu de corruption

c- Le pourboire

Outre cela, la parturiente se sent dans l'obligation de donner un « pourboire » pour être bien traitee. Une femme d'Ourdzaghe sent qu'il est injuste mais « necessaire qu'elle vende un poulet pour que l'infirmiere ait son pourboire » Une autre femme du même site raconte a ce sujet « je demandais a l'infirmiere comment allait ma fille, si elle avait accouche? L'infirmiere me repondait pas encore. Je lui donnais alors 5 dhs et lui demandais d'aller voir. Et cela s'est repete 4 ou 5 fois avant que ma fille n'accouche. L'infirmiere n'allait s'enquerr des dernieres nouvelles que moyennant 5 dhs chaque fois » Le pourboire est tellement banalise que quelques femmes trouvent normal de le donner

Ces depenses par trop elevees conduisent la population a preferer que la mort de la parturiente se passe au village même, sans vivre ni evacuation ni

reference La mort de la parturiente a domicile est une mort economique Elle evite de nombreuses depenses a la famille « Si la parturiente meurt au village, les frais sont supportables notre morte est chez nous », reconnaît-on franchement

En ville, le mari ne travaille souvent pas «La meilleure de nous, affirme une femme d'Al Massira, son mari est colporteur » Payer des radiographies a 150 dhs a l'hôpital Ibn Al Khatib, payer 200 dhs comme frais d'accouchement et 150 dhs la nuit constituent des depenses qui dépassent les moyens de la majorite des habitants du suburbain de Fes Un homme declare « qu'on n'accepte plus le certificat d'indigence »

Alors, quand le mari n'a pas d'argent et ne peut pas en emprunter, la question est tranchée dès le départ La femme reste a la maison, souffre et meurt acceptant ce que Dieu lui a predestine selon l'expression d'une femme d'Ahl Zaouia Quand le mari a un peu d'argent, soit cet argent est juste suffisant pour acheter directement des medicaments sans deplacer evacuer la parturiente (auto-medication), soit il est economise en se disant « qu'il vaut mieux attendre que Dieu apporte la delivrance » Dans d'autres cas, le mari a juste de quoi evacuer la parturiente vers la formation sanitaire de premier niveau la plus proche Dans des cas tres rares, les gens preferent depenser l'argent pour acheter le mouton¹ au lieu de le depenser comme frais de transport et d'hôpital Et quand on refere la parturiente a une formation de deuxieme niveau, le mari s'avere financierement incapable d'executer la reference « Il ramene alors la parturiente a la maison ou elle meurt »

¹ Parfois la famille se saigne financierement au point de devoir « attendre un mois pour pouvoir acheter le mouton du *sbou'e*» Pour les couches populaires, ce rite est plus social que religieux et par consequent incontournable On n'ose plus regarder les gens dans les yeux si on ne fait pas le *sbou'e* Donner un nom au nouveau-ne l'accueillir dans la communaute musulmane passe par la aux yeux des gens du peuple

Chapitre 6

L'INACCEPTABILITE DES SOINS DE SANTE

Les histoires colportées autour des soins dans les structures de la santé publique sont tellement négatives qu'elles forment une image qui inhibe le recours à ces soins, et qui les retarde du moins « On entend dire que les infirmières maltraitent les femmes c'est quand je n'en pouvais plus que je suis partie à l'hôpital », reconnaît une femme de Bensouda

Une fois admise dans un état critique dans une formation sanitaire, la parturiente n'est pas sûre d'être sauvée, se dit la communautaire. La communautaire tarde à recourir aux services sanitaires parce qu'elle n'a pas confiance en eux. Ici, on constate que la communautaire opère une distinction entre la biomedecine comme savoir et comme technique et les services qui organisent et dispensent ce savoir biomedical technique. Si la biomedecine jouit de la confiance de la communautaire, il n'en est pas de même des services et des soins de santé publique. En effet, les services et les soins de santé sont l'objet d'une image négative qui les accuse d'être aussi responsables dans le décès maternel.

1- Le personnel

Les problèmes du personnel qui sont évoqués sont

- le sexe : des hommes voudraient avoir dans leur centre de santé une infirmière qui soigne leurs femmes, surtout dans la province de Taounate. La même opinion se retrouve à Al Hoceima, mais là on admet aussi que même si la parturiente est traitée par un médecin de sexe masculin, il n'y a pas à s'inquiéter « Qu'un médecin l'examine, et puis après! c'est une chose normale il ne va pas la manger les femmes qui sont infidèles, c'est pas avec le médecin », s'exclame-t-on.

- l'absentéisme du personnel est également évoqué comme facteur expliquant le non recours aux soins médicaux. Des gens parcourent des kilomètres et quand ils arrivent, ils ne trouvent personne dans le centre de santé. Pourquoi aller dans le centre de santé si on n'est pas sûr d'y trouver le médecin, s'interroge-t-on? Un homme décrit l'emploi de temps du médecin de la manière suivante « le médecin ne vient qu'à 11h il reste une heure il voit deux personnes et s'en va la femme enceinte reste là abandonnée il faut qu'elle aille le prier chez lui à la maison à la fin, il leur dit de l'emmener à Sefrou ou à Fes» Mais ce qui est grave

si l'on en croit un homme d'Ighazrane, c'est que « même si tu l'emmenes à l'hôpital Ghassani à Fes, ils ne vont pas l'admettre ils te diront pourquoi tu ne l'as pas amenée dès le début » Le retard dû à l'absence du médecin au niveau de la formation sanitaire de base fait boule de neige il s'accumule

- l'insuffisance du personnel on se plaint de l'insuffisance numérique des médecins et de l'absence de gynécologues dans les centres de santé « Que de femmes meurent parce qu'il n'y a pas de médecin », affirment-on Le manque de personnel est attesté par les professionnelles de santé « Dans notre maison d'accouchement, s'écrie une infirmière, on fait tout portière, sage-femme, femme de peine » A l'hôpital, le personnel est débordé Malgré l'aide de quelques communes rurales, Targuist par exemple, pour recruter des infirmières, le problème reste posé

- l'incompétence du personnel para-médical une femme de Qariya jure que « les infirmières n'ont pas su lui mettre le forceps, et en riaient » De son côté, un homme de *Ribat al Khayr* raconte « un infirmier nous a retenu trois heures à chaque fois, il nous disait que la parturiente allait accoucher il ne voulait pas appeler le médecin je le tiens pour responsable de la mort de mon enfant dans le ventre de sa mère c'est en l'évacuant d'urgence à Fes qu'on a pu sauver la femme le fœtus est mort en cours de route trois ou quatre heures de retard à cause de l'infirmier » En effet, les infirmiers donnent aux gens l'impression d'être perdus, ne sachant que faire face à l'urgence obstétricale

Une professionnelle de la santé reconnaît cette incompétence « cela fait 23 ans que je travaille, je ne sais pas poser un spéculum les autres ne veulent pas te montrer elles gardent leur savoir-faire pour elles » Un tel aveu pose la question de la formation et de l'information du personnel de santé En effet, les professionnelles de santé reconnaissent qu'elles n'ont pas le temps de lire les guides Ceux-ci ne leur arrivent pas toujours et à toutes La plupart d'entre elles disent seulement se rappeler de ce qu'on elles ont étudié pendant la formation initiale de base Les infirmières reconnaissent avoir besoin de séminaires et de livres « On n'a jamais fait de recyclage », affirme l'une d'elles Elles estiment que la matière de gynécologie qu'on leur a enseignée au cours de la formation a été « bâclée » et n'a pas été bien retenue en conséquence A leurs yeux, ce sont les sage-femmes qui leur ont fait les meilleurs cours Elles terminent par exprimer le vœu de bien maîtriser la conduite à tenir devant une urgence obstétricale Quelques unes

rappellent que, durant leur formation, elles n'ont étudié que l'accouchement physiologique

2-Organisation des services

Une femme d'Ourdzaghe raconte « au 8^{ème} mois, je suis descendue à Ourdzaghe pour accoucher j'avais une hémorragie ils ne m'ont pas acceptée je suis alors montée à Taounate, ils ne m'ont pas acceptée non plus ils m'ont dit d'aller à Fes il n'y avait pas d'ambulance je suis restée là-bas le placenta est sorti, le *farqouch* aussi aucune douleur aucune contraction heureusement qu'il y avait une infirmière qui m'a aidée à accoucher d'une fillette morte je me suis reposée un peu puis je suis rentrée chez moi »

Pourquoi n'accepte-t-on pas un cas d'urgence comme celui-là? Pourquoi le réfère-t-on vers Fes sans qu'il n'y ait ni indication médicale ni ambulance? Pourquoi laisse-t-on partir la femme juste après l'accouchement? Les considérations administratives semblent ici primer sur la raison médicale et concourir ainsi à la construction d'une image négative de l'organisation des services de santé Image responsable du retard socioculturel dans la prise de la décision d'évacuation

3- Qualité de l'accueil

« Ma fille a eu ses cinq enfants à la maternité de Taounate on l'a toujours bien traitée on ne l'a jamais envoyée à Fes » On parle des infirmières et des médecins comme des gens « misericordieux », bons, voire excellents

Ces dires restent exceptionnels Car dans le cas où la parturiente n'a personne de sa région ou ne connaît personne dans la structure de santé dans laquelle elle est admise, elle doit « graisser la patte » sinon le mauvais accueil est de règle

Le mauvais accueil (*tkarfiss*) revêt plusieurs formes

- la négligence on ne se soucie pas de la parturiente, dut-elle se vider de son sang On la laisse jetée sur le lit, et on fait semblant de ne pas la voir
- les ordres, les insultes, les gifles l'infirmière demande à la parturiente d'accoucher rapidement pour qu'elle puisse aller dormir! La parturiente crie de douleur et l'infirmière la somme de se taire ou l'insulte Elle lui dit « pendant que tu te faisais sauter, tu aimais, et maintenant tu nous casses la tête » Les

parturientes qui viennent de la campagne (*arroubuiya*) sont traitées avec ironie et mépris. A titre d'exemples, on relate les faits suivants, vécus

-« l'infirmière m'a enlevé la couverture et le drap (les miens), elle m'a relevé ma robe et mes pieds et m'a dit : vas-y, accouche. Quand je criais, elle me disait : assez de cris »,

-« j'étais entraîné de souffrir le bébé sortait ils étaient entraînés de rire »

- la corruption, indice d'absence de conscience professionnelle : tout marche avec l'argent, s'il n'y a pas d'argent, la parturiente est négligée. Les petits agents sont décrits comme « corrompus »

-« l'infirmière avait la fièvre de l'argent », raconte une femme d'Ourdzaghe : « Quand j'ai accouché, on a sorti la fillette à son père et on lui a dit de l'emmener. Nous n'allons pas passer la nuit à s'occuper de votre fille, lui dirent les infirmières. Il leur donna 40 dhs. Elles lui dirent alors d'aller dormir tranquillement »

-« ma fille est morte-née on l'a mise dans un carton et on l'a déposée à mes pieds on m'a dit : voilà votre fille surveillez-la débrouillez-vous avec. Quand mon oncle est venu engueuler l'infirmière qui a fait cela, celle-ci lui a répondu qu'elle n'était pas son employée »

- la sous-alimentation, on ne donne même pas un verre de lait à une parturiente qui vient d'accoucher et qui a passé deux jours sans rien manger. Pire, les infirmières sont accusées de ne pas faire parvenir à la parturiente ce que la famille leur apporte comme victuailles

- l'interdiction des visites : on ne laisse pas la famille rentrer voir leur parturiente

- le vol : habits, couches et draps personnels disparaissent « La couverture, ils l'ont volée je n'ai pas trouvé avec quoi emmailloter le bébé »

- l'exploitation : une femme de Thar es-Souk va même jusqu'à affirmer que « dès que la femme accouche, on lui dit de se lever pour balayer et pour qu'une autre prenne sa place »

Une femme d'Ourdzaghe conclut par cette phrase terrible : « celui qui est maudit par ses parents, qu'ils l'emmenent à l'hôpital Ghassani » Être maudit par ses parents mérite une punition suprême, et l'hôpital Ghassani de Fes incarne ici cette punition suprême ! « Moi, j'ai accouché dans cet hôpital, raconte une femme de Thar es-Souk. Partout il y a du sang des nouveaux-nés morts » Les femmes

sont moins critiques vis à vis des structures de sante rurales ou « ils ne font pas de discrimination Ils traitent bien tout le monde» Ce jugement positif peut s expliquer par le calcul on menage le centre de sante dont on depend, surtout si le *focus group* s'y deroule (biais) Mais les rapports a la campagne sont encore personnalises, avec un brin d'humanisme On rencontre les infirmiers dans la rue, on leur pose des questions Les infirmiers sont plus integres a la communaute rurale et cela retentit sur leur rapport avec la population

Quelques professionnelles de sante admettent elles-mêmes que « le personnel n'est pas bien accueillant » et que le mauvais accueil fait fuir les gens « Il nous faut des indemnites pour les permanences », c'est leur reponse pour ameliorer l'accueil En attendant que l'Etat reponde a ces revendications legitimes ce sont les parturientes et leur famille qui les payent ces indemnites pour le moment sous forme de pourboire (*tadwira, qahwa*)

4- Le sous-equipement

Il est perceptible aux niveaux suivants

- manque de lits, de couvertures «une femme est restee à l'hôpital pendant trois jours on lui a donne un seul drap le nouveau-ne, on l'a mis juste dans un torchon»

- absence de chauffage dans la salle d'accouchement

- manque d'instruments et d'appareils a Taounate, « ils ne peuvent pas operer on aimerait faire les operations (cesariennes) ici nous sommes des *jbala* et quand on va a Fes, on est perdu » Les gens savent qu'aller dans un centre de sante, voire dans un hôpital, n'est pas suffisant pour être sauve «Ici a *Ourdzaghe*, si jamais vous avez une hemorragie, on n'a pas avec quoi vous sauver » La disette se situe parfois tres bas « moi, j'ai tout emmene avec moi même les gants »

- manque de medicaments « ils ne vous donnent même pas un comprimé d'aspro »

- manque de sang une parente de femme decedee raconte qu'une «femme a accouche a l'hôpital de Sefrou apres on lui a dit qu'il lui fallait du sang et on l'a emmenee a Fes a 11h du soir a Fes, on a dit a son mari d'aller chercher du sang D'ou c'est qu'il va l'amener? Ou va-t-il le trouver a minuit? Elle est morte Son coeur s'est vide Ils auraient pu leur prêter du sang jusqu'au matin »

- manque d'infra-structures de base dans les centres de sante d'Issaguen et de Sidi Ahmed Bernoussi, il n'y a même pas d'eau courante. Selon le temoignage d'une infirmiere, une maison d'accouchement n'a même pas le telephone

5-Efficacite des soins

Les femmes vont jusqu'a se plaindre de la qualite des soins « Ils m'ont dechiree sans me recoudre ils m'ont laisse le col de l'uterus dechire », affirme une femme de Thar es-Souk. Une autre de Qariya raconte que l'infirmiere n'a pas tres bien coupe le cordon ombilical. Une femme de Bensouda accuse même le medecin qui l'a operee d'avoir oublie un fil dans son corps « J'en ai bave », assure-t-elle. Une parente de femme decedee accuse l'hôpital de lenteur « si on avait fait vite a l'hôpital, elle ne serait pas morte ». Une professionnelle de sante raconte l'histoire d'une femme qui est venue en consultation pour une déchirure perineale non reparee qu'elle traînait depuis deux ans. Pourtant, cette femme avait accouche dans une maison d'accouchement « Je ne sais pas pourquoi on ne lui a pas fait une episiotomie », s'indigne-t-elle.

Les femmes mal soignees, mal traitees n'hesitent pas a raconter leur histoire et a la finir par une condamnation sans appel. Alors « si une femme dit que l'hôpital, c'est de la foutaise, et si elle raconte ce qu'elle y a endure, tout est foutu », conclut une infirmiere. De tels temoignages sont effectivement mortels. Ils concourent a construire une image negative des services de sante et se transforment en facteur socioculturel qui retarde la prise de decision de recourir a la sante publique en cas d'urgence obstetricale. A ce propos, l'image de l'hôpital (d'Al Ghassani en particulier) se dresse comme une contrainte socioculturelle majeure responsable du retard « a Al Ghassani, tu as 100 parturientes qui entrent et 10 qui en ressortent (vivantes) », resume-t-on. Chez nous a la campagne, dit-on, dire a quelqu'un qu'on l'emmene a Al Ghassani signifie qu'on l'abandonne (a la mort).

En consequence, l'amelioration des soins de sante reste une necessite primordiale. Mais la lutte contre l'image negative de la sante publique passe aussi par une politique IEC qui a la fois cree une conscience obstetricale desalienee et montre les performances positives de la sante publique en matiere d'interventions obstetricales qui ont sauve des vies humaines.

Chapitre 7

UNE IEC AMBIGUE

L'IEC peut amener la population à percevoir la complication obstétricale uniquement comme une urgence, et non plus comme une épreuve à travers laquelle Dieu teste la patience et la foi de ses créatures. Elle peut amener aussi la population à se servir des formations sanitaires malgré leurs déficiences.

Il faut donc élaborer des messages spécifiques, et ce à partir des besoins et des propositions spécifiques de la population en information. Pour cela, on doit répondre aux deux questions suivantes : dans quelles sources la population puise-t-elle ses informations en matière d'obstétrique ? Quelles propositions fait-elle pour établir une IEC adaptée ?

1- Des sources d'information problématiques

Dans un premier temps, l'information est liée à l'intérêt personnel, à l'utilité immédiate. C'est quand la personne est confrontée à un problème obstétrical personnel qu'elle est motivée pour rechercher de l'information. Pour faire face aux problèmes personnels de grossesse et d'accouchement, médecins et infirmières restent les principales sources d'information. Le personnel de la santé et la formation sanitaire sont décrits comme les sources naturelles de l'information en la matière. « On demande aux infirmières et au médecin, à l'hôpital. Va-t-on demander aux moutons ou aux vaches ? » Par moutons et vaches, il faut comprendre les gens que l'on rencontre dans la vie quotidienne, analphabètes et tout aussi ignares.

Ces sources peuvent toutefois se contredire et délivrer un message ambigu à la population. Par exemple, qu'une infirmière affirme « qu'il n'y a pas de *zayed* » est une opinion qui, tout en étant bonne en soi, n'est pas suffisante. Une telle opinion ne fait pas le poids devant celle du médecin. « Il n'y a que Dieu et le médecin », affirme candidement une femme de Taounate. Or, comme il a été dit plus haut, des médecins utilisent parfois le terme *zayed* pour se faire comprendre de la population. La communication se fait certes mais au détriment de la rationalisation de l'obstétrique chez la parturiente et son entourage. « L'opinion » de

l'infirmiere citee plus haut detruit une « explication » socioculturelle de la mort maternelle sans lui substituer une information scientifique integree et vulgarisee

C'est dans un second temps que les sources d'information sont comprises comme facteur d'acquisition d'une culture generale en matiere de gyneco-obstetrique. Les femmes disent alors entendre des « choses » par le biais de l'infirmiere. Pour les femmes d'Agni, Radio-Rabat n'est pas capte, et il ne reste que quelques campagnes de conscientisation vaguement signalees.

La television est citee comme une source qui « raconte tout » sur la grossesse et l'accouchement en general. Cependant, des parentes de femmes decedees disent n'avoir « ni electricite, ni route, on se couche a la tombee du jour, nous n'avons ni television ni minicassette, rien que Dieu ». Certaines femmes qui ont la television pensent qu'elle n'est pas credible : « quand on voit la television, on se dit : on va se faire surveiller notre grossesse a l'hôpital, mais quand on va a l'hôpital, on ne nous accorde aucune valeur ». L'image mediatique des services de sante est donc consideree comme mensongere.

Par contre, le ouïe-dire comme autre source d'information est plus credible mais laisse entendre que l'accouchement a l'hôpital est mauvais. Les femmes demandent aux femmes qui savent, c'est a dire a celles qui ont vecu un mauvais traitement en milieu surveille. La probabilite de rencontrer les femmes maltraitees est bien plus grande que celle de rencontrer celles qui ont ete bien traitees.

2- Un patrimoine createur, pedagogique

Au debut, femmes et hommes sont etonnes qu'on leur demande des propositions mediatiques : « Nous sommes analphabetes, c'est au *Makhzen* de voir », retorquent quelques femmes. Ils n'ont pas l'habitude des sondages d'opinion, ni celle d'être interpelles comme citoyens pour donner leur avis sur une question qui les concerne. Mais dans un deuxieme temps, la population propose des messages, des canaux, des cibles, voire des mesures generales au dela de l'IEC afin de combattre le non recours aux structures de sante ou son retard.

a- Les messages

La population propose

- 1) d'utiliser des proverbes comme

- *fais quelque chose ô mon serviteur et moi je viens a ton secours*¹ Ce proverbe a déjà été repéré par la Direction de la Population et utilisé comme titre d'un film visant à pousser les gens à la recherche des soins biomédicaux face à la complication obstétricale

- *Le prophète n'aura pas le temps d'interceder, que le mal m'aura suffisamment rongé*² Ce proverbe est non seulement une incitation à l'action, il est une incitation à l'action rapide. Le Prophète qui est si proche de Dieu intercede en principe rapidement auprès de Lui, mais le mal est plus rapide. En conséquence il est nécessaire d'agir rapidement, de faire quelque chose bien avant l'intercession du Prophète. Ce « quelque chose à faire » peut être interprété non seulement comme une action antérieure à l'intercession du Prophète, mais surtout comme une action thérapeutique d'urgence

2) de transmettre des messages comme

-« accouche à l'hôpital et recommence » Ce message a été forgé sur le modèle de l'invocation « j'accoucherai et recommencerai ô Prophète de Dieu »

- « L'accouchement est plus facile et plus beau, rien que tu accouches à l'hôpital »¹

-« on fait une bonne action (*ajr*) quand on persuade une femme enceinte d'accoucher à l'hôpital »

De leur côté, les professionnelles de la santé proposent de

1) faire travailler le mécanisme de l'imitation sociale « on dit à la femme de faire comme sa voisine qui a accouché à l'hôpital »

2) faire appel à la peur et à la simplification

- « on essaie de leur faire peur on leur explique les risques on ment beaucoup pour leur faire peur on amplifie on raconte des histoires »

- « on simplifie par exemple, la toxémie gravidique, on dit que la tension artérielle est forte, et que si la femme accouche à la maison, elle peut perdre conscience et rester comme ça »

3) exploiter des notions traditionnelles de *zayed* et de *djnoun* pour faire peur à la femme, pour la prévenir des crises d'éclampsie, et pour la dissuader d'accoucher à la maison

¹ س ما عددي وما نعلك

² ما عني الحب سفع ما، حتى تكون المم سع ما

³ raha lawlada zianet ou shalet ghir waldi fi sbitar

4) de transmettre les messages suivants

- si tu ne fais pas la CPN, l'enfant risque d'avoir une malformation
- surveille ta tension a l'hôpital
- ne te surmene pas et preserve ta force pour trouver la force d'accoucher
- les infirmieres sont des filles de bonne famille
- toi qui fais des hemorragies, n'accouche plus a domicile
- toi qui as beaucoup d'enfants, cesse d'en faire
- il vaut mieux venir au debut avant les complications
- le foetus faiblit s'il tarde dans l'uterus au moment de l'accouchement
- avant d'accoucher, il faut connaître la position de votre foetus
- on ne peut pas savoir ce qui peut arriver au moment de l'accouchement
- ne tardez pas a aller a l'hôpital en cas d'accouchement difficile
- ne buvez pas de cannelle, de thym ou de verveine pendant l'accouchement

5) utiliser le proverbe qui dit *le ventre accouche du teinturier et du tanneur* Polysemique comme tout message oral traditionnel, ce proverbe signifie que les accouchements ne se ressemblent pas si l'un teint l'uterus et le renove, l'autre le tanne, c'est a dire le blesse. En consequence, le fait d'avoir accouche normalement une fois ne signifie nullement que l'accouchement suivant sera lui aussi normal

b- Les canaux

Les canaux de l'IEC peuvent être des personnes, des institutions ou des media

1) Les personnes

- l'information relative à l'urgence obstétricale et à l'obstétrique en général doit être dispensée par « quelqu'un à l'hôpital qui soit toujours à la disposition des femmes pour les renseigner »

- l'infirmier itinérant « qui amène la pilule (contraceptive) »

- la transmission inter-individuelle : les médias audio (radio et cassette) sont considérés comme ciblant uniquement l'intelligence de la personne lettrée « Quand à l'analphabète, il ne va rien comprendre sauf si quelqu'un lui raconte quelque chose ». Du coup, on propose une transmission de l'information par communication inter-individuelle : que chacune le dise à l'autre, tout simplement. Une telle proposition montre à quel point les relations sociales sont encore personnalisées « Là où tu rencontres quelqu'un, tu lui parles, au hammam partout : la discussion »

- les femmes-relais : on recrute des femmes volontaires dans le village, à former et qui serviront de relais. Mais si telle femme raconte aux autres qu'elle a trouvé beaucoup de facilités et d'aide à l'hôpital, au bain maure (*hammam*), c'est en assurer une diffusion rapide. Dans le même sens, les femmes qui ont été sauvées par l'hôpital conseillent aux autres femmes de ne plus accoucher à la maison, et servent ainsi de relais « naturel » entre la population et les structures de santé.

- pris dans le paradigme de l'État omniscient et omnipotent, femmes et hommes proposent d'utiliser *shaykh* et *moqaddem*, agents de base du ministère de l'intérieur, perçus comme symbole local du Makhzen. C'est à eux d'informer parce que, craints, ils sont les seuls à être écoutés. Le *moqaddem* peut informer les gens, le jour du souk « il se sert du haut-parleur et parle à la tribu : parfois, il fait le tour des villages ». Selon les professionnelles de la santé, le *moqaddem* est très proche des gens. Sa présence est même nécessaire pour que la femme accueille et écoute les messages de l'équipe mobile « Quand le *moqaddem* n'accompagne pas l'équipe mobile, la femme ne sort pas », affirment-elles.

- Le *faqih* de la mosquée, appartenant au village, en qui les gens ont confiance « parce qu'il les comprend »

2) *Les institutions*

- L'équipe mobile est la bienvenue mais « on ne laissera pas l'infirmier conscientiser nos femmes », menacent quelques hommes. On veut des infirmières pour parler aux femmes. L'équipe mobile peut rassembler les femmes au *douar* pour les informer, disent quelques femmes, mais les gens sont dégoûtés des infirmiers.

- Une association féminine qui s'occupe de la femme
- Les hommes proposent de transmettre l'information à la mosquée

3) *Les media*

La télévision est le media le plus proposé. Télévision et radio doivent présenter des émissions pour montrer à la femme enceinte comment se comporter. Mais comme la population rurale n'a pas, dans sa totalité, accès à la télévision, les professionnelles de la santé proposent d'utiliser d'autres supports médiatiques comme

- les posters pour montrer que le bébé ne peut pas sortir par l'anus
- les séances d'information dans les foyers féminins, là où les jeunes filles et jeunes femmes apprennent la couture
- les séances éducatives à la suite des couches
- les campagnes de conscientisation par des éducateurs formés qui montrent aux gens où aller, que faire
- donner des explications aux *qablat* et leur permettre d'assister à des accouchements en maternité, leur montrer comment couper le cordon. Dans l'impossibilité de supprimer les *qablat* dans l'immediat, autant les rendre conscientes. Pour atteindre ce but, il faut les recenser, avoir des informations sur elles, et les contrôler.

c- Les cibles

Les cibles à toucher par l'IEC sont

- les femmes enceintes les rassembler et leur montrer un film sur l'accouchement et ses complications

- les accoucheuses traditionnelles, a conscientiser afin qu'elles diminuent des produits qu'elles utilisent, huile, henné, *qatrane* leur montrer que c'est dangereux »

- les vieilles femmes qui ont encore un poids dans la prise de decision d'évacuation de la parturiente

- Les peres

- Les ecoliers

Parallelement aux propositions IEC, la population recommande des mesures generales comme

- combattre l'analphabétisme,

- « nous voulons des routes, de l'eau comme tout le monde, des moyens de transport comme tout le monde, l'ambulance, le téléphone, l'électricité nous n'avons même pas d'eau potable ici »

CONCLUSION

Pendant la grossesse, les « envies » connotent les frustrations que la femme accumule au cours de sa vie conjugale. Car l'état de grossesse est un état d'exception durant lequel la femme enceinte peut exprimer une critique, voire un rejet, de la condition ménagère de la femme. En un mot, une sorte de coup d'état féminin, sans aucune intentionnalité féministe. L'état de grossesse est justement le cadre institutionnel où la femme peut exprimer librement ses desirs et sentiments : c'est une permissivité patriarcale accordée, en guise de reconnaissance, à la femme qui tombe enceinte. Pour la femme, tomber enceinte, c'est être patriarcalement fonctionnelle. On ne lui tient pas alors grief de ses sentiments ambivalents. On les met sur le compte d'un changement humoral lié à cet état de grossesse si valorisé. Pour une femme enceinte, avoir des envies et des haines, c'est patriarcalement correct.

Pour la majorité des femmes, ce qui est écrit est écrit, alors qu'on travaille ou qu'on ne travaille pas, c'est la même chose. La grossesse ne change pas le destin d'une femme, celui du travail pénible (*tamara*). Rares sont les femmes enceintes qui se voient aider dans une ambiance très détendue par l'entourage familial. Quelques femmes qui vivent en couple conjugal reconnaissent être privilégiées dans la mesure où le mari accomplit lui-même les travaux domestiques.

Au niveau de la santé de la femme enceinte, plusieurs symptômes sont cités pour dire que l'état de santé de la femme change dans le sens de la détérioration. Ces symptômes négatifs sont mentionnés à partir du vécu ou du ouïe-dire sans qu'ils soient classés ou expliqués.

Face à ces symptômes, une première réaction consiste à ne pas percevoir la morbidité comme un danger nécessitant une consultation médicale. Outre cela, la grossesse, considérée comme une affaire de Dieu, se doit d'être vécue comme une chose à cacher. C'est une obligation de *setra* (discretion et pudeur). Être enceinte est une preuve de sexe, or le sexe est le tabou par excellence dans le rapport société-femme. Une deuxième réaction consiste à « s'auto-traiter » à domicile, soit par des comportements adéquats (rester étendue quand l'utérus est ouvert), soit par des recettes essentiellement phytothérapeutiques.

Une troisième réaction minoritaire consiste à rechercher des soins biomédicaux. Les femmes enceintes vont en consultation prénatale quand il y a saignement, pertes et grossesse psychique.

La CPN commence à être dissociée de la recherche des soins, elle est dite servir à prévenir des maladies (grâce au vaccin) et à dépister les facteurs de risque. Elle sert même à voir si on a le *zayed*. La CPN est vue comme obligatoire pour toute femme enceinte, et des femmes proposent de la rendre obligatoire. Les hommes ont également une perception positive de la CPN. Malgré cette bonne image de la CPN, elle n'est pas une pratique qui se généralise. Pourquoi?

De nombreuses causes sont mentionnées. Parmi ces causes, l'ignorance de l'existence d'un service CPN, l'éloignement des services CPN, leur mauvaise organisation. À ces contraintes majeures, s'ajoute le coût de la CPN. Même si la consultation est gratuite, les gens n'ont pas les moyens financiers pour acheter les médicaments prescrits ou faire les analyses demandées. L'inaccessibilité physico-financière de la CPN est tellement déterminante qu'elle conduit la population à se réfugier dans des justifications socioculturelles pour ne pas aller en CPN. Ces justifications sont l'absence de crédibilité de la CPN, la tradition de ne pas montrer sa grossesse aux autres, les charges domestiques de la femme, le sexe du responsable de la CPN. Ces justifications sont de peu de poids comparées à l'inaccessibilité physique et financière de la CPN.

Dans la logique des femmes rurales et suburbaines, la CPN n'implique pas nécessairement l'accouchement en milieu surveillé. Les femmes qui font la CPN pensent qu'elle peut dépister tous les risques et prévoir les complications de l'accouchement. Une fois identifiée comme sans risque, la femme pense pouvoir accoucher à domicile en toute tranquillité. Cela va dans le sens de garder sa grossesse « cachée ». Garder sa grossesse cachée, c'est aussi la terminer d'une manière cachée, par un accouchement *mastour*, discret et pudique, à domicile.

Cependant, la pratique de la CPN, certes timide encore, ne manque pas de créer un embryon de conscience de risque par le biais de la rumeur et du ouïe-dire. Le milieu surveillé commence à être dissocié de la complication obstétricale et à symboliser des avantages. L'hôpital est perçu comme une miséricorde car « si on reste à la maison, on meurt ». La population est donc objectivement dans une situation intermédiaire, acculée à comparer constamment entre avantages et inconvénients de l'accouchement à domicile et de l'accouchement en milieu surveillé.

L'hôpital, c'est à la fois la sécurité et la perturbation. Ses avantages sont d'ordre technique (savoir faire), instrumental, préventif, psychologique, administratif et moral. Ses inconvénients sont répertoriés selon les rubriques de la proximité, du mode d'accouchement, de la qualité du traitement, de l'hygiène, du personnel et du coût. Quand à l'accouchement à domicile, il représente une *setra* dangereuse. Ses avantages sont de nature obstétricale, socio-religieuse, psychologique et financière. Ses inconvénients sont également identifiés sur tous les plans.

L'opposition entre accouchement à domicile et accouchement en milieu surveillé tend à se réduire à une hiérarchie entre pauvres. Les gens qui pratiquent l'accouchement à domicile sont socialement plus défavorisés que ceux qui le pratiquent en milieu surveillé public.

L'accouchement idéal se définit comme « accoucher à l'hôpital et sentir qu'on est chez soi ». C'est d'une part avoir la sécurité du milieu surveillé, et d'autre part jouir de l'affection que l'on trouve chez soi. C'est une synthèse entre quantité et qualité, entre matière et esprit.

La dystocie est la complication obstétricale la plus connue. L'hémorragie est également très citée comme complication obstétricale, et on emploie même le terme de *nazif* (arabe savant) pour montrer que l'on sait ce que c'est. Mais aucun détail sur la quantité de sang perdue estimée dangereuse n'est donné. La participation de l'imaginaire dans la construction sociale de la complication obstétricale s'observe quand la notion de *zayed* (*afghoul* en berbère) ne cesse de revenir.

La population sait que l'hémorragie peut conduire à la mort, de même que l'accouchement dystocique. La corrélation hémorragie-mort est certes établie, mais parfois au sein d'une conscience obstétricale qui investit une étiologie « sauvage ». Le *zayed* est parfois présenté comme la cause directe de l'hémorragie. Dans certains cas, le *zayed* à lui seul suffit à expliquer la mort maternelle.

L'infection n'a jamais été citée comme complication et cause de la mort maternelle. Quand à la toxémie gravidique, elle est indirectement plus identifiée. Mais rares sont les personnes qui en évoquent un symptôme comme cause directe de la mort maternelle. Devant une mort inexplicable, la population avance l'hypothèse du *zayed* pour « rationaliser » un décès qui autrement resterait mystérieux. L'explication de la mort maternelle par le *zayed* satisfait d'abord le besoin de l'explication tout court mais se situe également dans la perception magico-surnaturelle de la grossesse et de l'accouchement. Ceux-ci ne sont pas

perçus comme des faits biologiques purs. Au contraire, ils sont en contact permanents avec des forces occultes, mais surtout avec la volonté divine. L'ignorance de la cause de la mort conduit à postuler des hypothèses métascientifiques. En conséquence, le *zayed*, d'élément « présent » dans une grossesse anormale, devient un *zayed* de la connaissance. Le *zayed* est en effet un élément de trop dans l'étiologie de la complication obstétricale et en parasite la connaissance objective. Il est un élément central de la conscience obstétricale ordinaire.

La plupart des femmes restent fatalistes et vivent l'accouchement avec le sentiment d'une impuissance quasi-totale devant la volonté divine. La mort maternelle est vécue comme l'indicateur d'une décision divine irrévocable. Pour les hommes, elle est perçue comme une perte irremplaçable dans la mesure où mari et enfants vont en pâtir.

Il faut noter cependant que des femmes expriment très farouchement un désir de vivre, de survivre à la complication. Comment se traduit concrètement cette volonté maternelle de vivre? Rares sont les femmes qui ne veulent pas partir à l'hôpital, pensant que « le médecin ne peut rien faire pour elle ». Pour la plupart d'entre elles, aller voir le médecin et prendre des médicaments est un acte qui sauve. On reconnaît à l'hôpital sa capacité de sauver la femme, à condition d'en avoir les moyens (instruments, médicaments). Cette condition est capitale, elle est chargée de sens. Elle renvoie à une distinction inconsciente que fait la population entre la biomedecine comme compétence (théorique) et la biomedecine comme performance. D'un côté, la biomedecine en tant que science théorique est quasiment devenue un objet de foi jouissant d'une souveraineté indiscutée. D'un autre côté, le bas niveau du fonctionnement pratique de la biomedecine hospitalière en fait une performance douteuse. La performance hospitalière ne suit pas la compétence biomédicale. Elle n'en est pas une traduction exhaustive.

Cette perception négative de l'hôpital constitue un facteur socioculturel capital dans le non-recours aux soins biomédicaux, c'est-à-dire dans la non-transformation immédiate de la complication obstétricale en urgence. Ce facteur joue en amont dans le sens où, indépendamment de la performance objective des structures de santé, leur image négative agit comme inhibition et empêche la décision d'évacuer.

L'image de la médecine-performance se dresse en effet comme un obstacle dans le sens où la femme a simplement peur de l'hôpital (et de l'hôpital Ghassani

en particulier) Les femmes ont peur des points et de l'opération, au point d'en pleurer. Elles ont peur d'être coupées avec des ciseaux. Contrairement à la médecine-compétence qui est corrélée à la survie, l'accès à l'hôpital est par contre corrélé à la mort.

La médecine se profile certes comme dernier recours, comme ultime solution à tenter, mais elle est en même temps perçue comme *sabab* pour invoquer la clémence divine. C'est un recours qui ne se fait pas contre Dieu ou indépendamment de lui : ce n'est pas un substitut à la clémence divine. La médecine est un instrument de la clémence divine. « C'est Dieu qui sauve, mais Il aménage une cause : l'hôpital ». Moins que du fatalisme, cette vision est, pour des gens profondément croyants, une invite du pouvoir médical à l'humilité. Le pouvoir médical ne doit pas se transformer en arrogance, et encore moins en prométhéisme, c'est à dire en révolte contre Dieu. Le médecin n'est que le *sabab*, et la foi en la médecine reste englobée dans la foi religieuse. Dieu est le plus Grand.

Cette vision enchantée de la médecine englobe la perception de la complication obstétricale. Elle la parasite et empêche de la saisir comme une simple difficulté physiologique. La complication obstétricale et le risque du mort qui lui y est attaché sont situés tous deux dans une définition de la difficulté obstétricale comme une épreuve à laquelle Dieu soumet la parturiente et son entourage. Gardiennes de cette définition, les belles-mères (*'agouzate*) exigent alors de ne pas se presser. Le temps de l'épreuve est un temps d'attente et de patience. La maternité est une récompense conquise après la patience, la souffrance et l'attente. Dieu éprouve la foi de sa créature. Tout au plus adresse-t-on quelques prières et invocations, tout au plus accomplit-on quelques rites magico-religieux. Parallèlement, on tente les recettes de l'obstétrique traditionnelle pour qui « l'oignon, c'est l'oxygène des campagnards ». La tradition de l'oignon fait ici figure de bricolage dans lequel on se réfugie, faute de mieux. Mais il semble qu'une prise de conscience du risque de danger lie à la phytothérapie soit entraîné de s'opérer. On commence à penser que sa consommation peut conduire à la mort d'une parturiente. On accuse « la médecine arabe » du retard que met la femme à rechercher des soins biomédicaux. C'est en effet quand les traitements traditionnels ne sont pas efficaces qu'on estime devoir aller chez le médecin. C'est quand on est vraiment à bout qu'on va à l'hôpital.

Mais tout en soumettant la parturiente en difficulté à la « médecine arabe » on attend le verdict de Dieu. Attendre quatre jours, voire cinq, avant de transporter la parturiente vers une structure sanitaire, souvent celle des soins de santé de base, semble être un délai normal. Au cours de ce délai, on expérimente les thérapies obstétricales traditionnelles locales, à la fois accessibles et acceptables. De plus, le travail (de la parturiente) qui se prolonge apparaît inconsciemment comme une initiation à la maternité, une conquête héroïque du titre de mère. Car, il ne suffit pas d'avoir des enfants : en accoucher physiologiquement après un travail réussi est un acte qui produit symboliquement mieux la mère. On pourrait dire que le travail est interprété à partir d'un « partogramme » sacré dont la courbe est dessinée par la volonté divine. Le retard dans l'accouchement est considéré comme un phénomène courant et normal. En conséquence, une perception du temps autre caractérise ce partogramme a-temporel : rien ne sert de courir, cela n'a rien à voir avec le temps. L'accouchement relève ici d'une biologie sacrée. La parturiente et son entourage sont prisonniers d'une perception autre du temps de la complication obstétricale : celle-ci n'est pas initialement gérée comme une urgence, elle est d'abord comprise et vécue comme une épreuve initiatique.

C'est quand la belle-mère, le mari ou la parturiente perdent tout espoir de gagner un accouchement physiologique initiateur qu'on décide d'adopter la logique biomédicale de l'urgence. La parturiente n'est pas la seule à décider de son évacuation en urgence. La prise de décision est une partie qui se joue à trois : la belle-mère, le mari et la parturiente. Les vieilles femmes disent toujours qu'il faut attendre un peu, et que Dieu va accorder la délivrance. Parfois, c'est le mari qui ne laisse pas sa femme partir à l'hôpital, car il ne veut pas qu'elle soit examinée par des médecins hommes. En fait, l'homme a peur de lui-même, il sait que lui ne pourrait pas regarder et toucher le corps d'une femme tout en restant froid, et il projette alors ses propres fantasmes sur le médecin. Cette jalousie est un indice de mentalité patriarcale qui voit dans le recours aux soins médicaux d'abord une sortie de la femme hors du domicile conjugal. Or toute sortie féminine est un facteur de risque susceptible de porter atteinte à l'honneur du mari. La sortie est d'autant plus interdite en cas d'absence du mari. Celle-ci est une contrainte majeure. Mais tout en étant réelle, l'absence du mari n'est pas à amplifier, car un membre de la famille peut accompagner la parturiente à l'hôpital. On évacue la parturiente vers une formation sanitaire à la dernière minute afin de la sauver de la mort. En fait, des considérations matérielles et sécuritaires se cachent parfois derrière les valeurs de

l'honneur la belle-famille attend que les parents de la parturiente viennent pour la transporter à l'hôpital, tant pour leur faire endosser la responsabilité de l'évacuation que pour les charger des frais de transport et d'hospitalisation

Calcul social, idéologie patriarcale et/ou intégrisme religieux se complètent et se soutiennent pour légitimer la dépendance de la parturiente celle-ci est d'abord une femme, c'est à dire un être dépendant La décision de recourir en urgence aux soins médicaux ne saurait relever de la parturiente (seule) même si c'est sa vie qui est en danger Sa vie ne lui appartient pas La vie de la parturiente vient après le pouvoir du mari, elle en dépend, surtout quand le pouvoir masculin se dit en termes d'honneur Sauver l'honneur du mari est prioritaire La dépendance institutionnelle de la femme se traduit enfin par une dépendance financière, la femme rurale n'ayant pas en général d'argent personnel

En un mot, le recours à l'obstétrique traditionnelle, la perception de la complication traditionnelle comme une épreuve et la dépendance de la parturiente constituent des facteurs socioculturels importants qui expliquent le retard dans la prise de décision d'évacuation de la parturiente vers une formation sanitaire Mais une fois prise, la décision d'évacuer risque de se heurter à la perception négative de l'accessibilité des formations sanitaires L'éloignement des structures de santé et le coût pour y accéder sont l'objet d'une perception qui retarde l'évacuation de la parturiente en cas d'urgence obstétricale, voire qui l'empêche souvent

L'inaccessibilité géographique est à la fois absence de route (enclavement), « grande » distance et absence de moyens de transport Face à ces difficultés, la population rurale est acculée au bricolage on évacue la parturiente sur un mulet, un brancard « Le brancard, c'est notre ambulance » Dans plusieurs cas, la parturiente demande elle-même à ce qu'on la laisse mourir tranquillement chez elle, entourée par ses enfants À défaut de support, les hommes portent la femme sur leurs épaules, et les mauvaises langues se délient De telles suppositions et ragots jouent un rôle dans le refus du mari d'évacuer la parturiente

« Le temps d'arriver à l'hôpital, la femme meurt » est une opinion dominante très présente Une telle frustration ne peut qu'aiguiser le sentiment de marginalisation et aviver une critique radicale de l'État La référence d'une structure de soins de santé de base vers l'hôpital constitue également un facteur de retard La première référence se fait souvent dans une voiture particulière, ou dans un taxi La seconde référence aussi

Le probleme du transport se pose même en ville. Les taxis ne veulent pas prendre les femmes en couches, les bus sont bondés et les ambulances refusent de se diriger vers les quartiers de la pauvreté.

En un mot, la non proximité du dispensaire, du centre de santé ou de la maison d'accouchement dans un premier temps, celle de l'hôpital de référence dans un deuxième temps, doublées d'une infra-structure routière souvent inexistante et d'un manque de moyens de transport constituent le fond de la perception rurale et suburbaine de l'accessibilité géographique aux services de santé. La perception communautaire de l'accessibilité géographique est confirmée par les professionnelles de santé. C'est donc une perception correcte qui ne fait pas subir de distorsion à la réalité. Cette perception socioculturelle n'est pas l'indice d'une fausse conscience. Or la proximité de l'hôpital est définie comme une condition nécessaire de son utilisation.

L'inaccessibilité financière est à saisir comme élévation des frais de transport, du coût de l'hospitalisation et des « pourboires ».

Les femmes disent qu'elles ne vont pas en maternité tout simplement parce que le mari n'a pas l'argent nécessaire pour louer une voiture qui servira d'ambulance. Dans ces cas, si le mari ne trouve pas quelqu'un pour lui prêter de l'argent, la parturiente en difficulté reste à la maison dans une impuissance totale face à la mort, tout en sachant qu'elle va mourir. L'entourage le sait également. Mourir parce qu'enclavée, mourir parce que pauvre. Le seul espoir qui reste à ces gens, c'est Dieu. Un taxi Taouante-Fes coûte entre 250 et 400 dhs pour servir d'ambulance informelle, et ce pour une distance de 75 km. L'hôpital n'est plus perçu comme hôpital du Makhzen, c'est à dire gratuit. « Si on nous y aidait, tous les gens y partiraient. » Les hommes, des gens simples et pauvres, ne comprennent pas pourquoi l'hôpital est devenu payant. Les gens sont d'autant plus scandalisés quand ils voient qu'on donne les médicaments aux gens qui peuvent les acheter, et en concluent que l'hôpital est devenu un lieu de corruption. La parturiente se sent en effet dans l'obligation de donner un « pourboire » pour être bien traitée. Le pourboire est tellement banalisé que quelques femmes trouvent normal de le donner.

Ces dépenses par trop élevées conduisent la population à préférer que la mort de la parturiente se passe au village même, sans subir ni évacuation ni référence. La mort de la parturiente à domicile est une mort économique. Elle évite de nombreuses dépenses à la famille.

Les histoires colportées autour des soins dans les structures de la santé publique sont tellement négatives qu'elles forment une image qui inhibe le recours à ces soins, et qui les retarde du moins. Une fois admise dans un état critique dans une formation sanitaire, la parturiente n'est pas sûre d'être sauvée, se dit la communauté. La communauté tarde à recourir aux services sanitaires parce qu'elle n'a pas confiance en eux. Les évaluations positives des soins de santé publics restent exceptionnelles.

Les soins sont inacceptables pour différentes raisons comme l'hétéroconsultation. L'absentéisme du personnel est également évoqué, des gens parcourent des kilomètres et quand ils arrivent, ils ne trouvent personne dans le centre de santé. Dans le cas où ils trouvent quelqu'un, ils risquent d'être référés pour des raisons purement administratives. De plus, les infirmiers donnent aux gens l'impression d'être perdus, ne sachant que faire face à l'urgence obstétricale. L'incompétence du personnel para-médical est reconnue par les professionnelles de la santé.

Le mauvais accueil (*tkarfiss*) revêt plusieurs formes : les ordres, les insultes, les gifles, la sous-alimentation, l'interdiction des visites, le vol, l'absence de conscience professionnelle. Tout semble marcher avec l'argent : s'il n'y a pas d'argent, la parturiente est négligée. Quelques professionnelles de santé admettent elles-mêmes que « le personnel n'est pas bien accueillant » et que le mauvais accueil fait fuir les gens. « Il nous faut des indemnités pour les permanences », c'est leur réponse pour améliorer l'accueil. En attendant que l'État réponde à ces revendications légitimes, ce sont les parturientes et leur famille qui leur payent ces indemnités sous forme de « pourboire » (*tadwira, qahwa*).

Le sous-équipement atteint le stade de la disette, du manque total de lits, de couvertures, de chauffage, d'instruments et d'appareils, de médicaments, de sang, de gants, voire d'eau courante.

Les femmes vont jusqu'à se plaindre de la qualité des soins : on déchire sans recoudre, on ne coupe pas bien le cordon ombilical, on oublie un fil dans le corps de la parturiente, on ne fait pas d'épisiotomie quand il faut la faire, on ne fait pas vite. Ces femmes mal soignées, mal traitées n'hésitent pas à raconter leur histoire et à la finir par une condamnation sans appel. Alors « si une femme dit que l'hôpital, c'est de la foutaise, et si elle raconte ce qu'elle y a enduré, tout est foutu. De tels témoignages sont effectivement mortels : ils concourent à construire une image négative des services de santé et se transforment en facteur socioculturel

qui retarde la prise de décision de recourir à la santé publique en cas d'urgence obstétricale

Le besoin en information de la population est lié à l'intérêt personnel, à l'utilité immédiate. C'est quand la personne est confrontée à un problème obstétrical personnel qu'elle est motivée pour rechercher de l'information. Médecins et infirmières restent les principales sources d'information. Ces sources se contredisent parfois et délivrent un message ambigu à la population. Détruire une « explication » socioculturelle de la mort maternelle sans lui substituer une information scientifique vulgarisée est une action inachevée et non intégrée.

La télévision est citée comme une source qui « raconte tout » sur la grossesse et l'accouchement en général, mais elle n'est pas accessible à toute la population rurale. De plus, elle est accusée de mensonge : elle propose des soins qui ne sont pas effectivement dispensés dans la réalité. L'image médiatique des services de santé est donc considérée comme mensongère. Par contre, le ouïe-dire comme autre source d'information est plus crédible mais laisse entendre que l'accouchement à l'hôpital est mauvais. Les femmes demandent aux femmes qui savent, c'est-à-dire à celles qui ont vécu un mauvais traitement en milieu surveillé. La probabilité de rencontrer les femmes maltraitées est bien plus grande que celle de rencontrer celles qui ont été bien traitées.

Au début, femmes et hommes sont étonnés qu'on leur demande des propositions médiatiques. Ils n'ont pas l'habitude des sondages d'opinion, ni celle d'être interpellés comme citoyens pour donner leur avis sur une question qui les concerne. Mais dans un deuxième temps, la population propose des messages, des canaux, des cibles, voire des mesures générales au-delà de l'IEC afin de combattre le non-recours aux structures de santé ou son retard.

La population propose d'utiliser des proverbes comme *fais quelque chose ô mon serviteur et moi je viens à ton secours*, *le prophète n'aura pas le temps d'intercéder, que le mal m'aura suffisamment rongé*. Elle propose également de transmettre des messages comme « accouche à l'hôpital et recommence », « l'accouchement est plus facile et plus beau, rien que tu accouches à l'hôpital », « on fait une bonne action (*ajr*) quand on persuade une femme enceinte d'accoucher à l'hôpital ».

De leur côté, les professionnelles de la santé proposent de faire travailler le mécanisme de l'imitation sociale, de faire appel à la peur et à la simplification et d'exploiter les notions traditionnelles de *zayed* et de *djnoun* pour faire peur à la

femme, pour la prévenir des crises d'éclampsie, et pour la dissuader d'accoucher à la maison. Elles proposent de transmettre les messages suivants

- si tu ne fais pas la CPN, l'enfant risque d'avoir une malformation

- surveille ta tension à l'hôpital

- ne te surmène pas et préserve ta force pour trouver la force d'accoucher

- les infirmières sont des filles de bonne famille

- toi qui fais des hémorragies, n'accouche plus à domicile

- toi qui as beaucoup d'enfants, cesse d'en faire

- il vaut mieux venir au début avant les complications

- le fœtus faiblit s'il tarde dans l'utérus au moment de l'accouchement

- avant d'accoucher, il faut connaître la position de votre fœtus

- on ne peut pas savoir ce qui peut arriver au moment de l'accouchement

- ne tardez pas à aller à l'hôpital en cas d'accouchement difficile

- ne buvez pas de cannelle, de thym ou de verveine pendant l'accouchement

Elles proposent aussi d'utiliser le proverbe qui dit *le ventre accouche du teinturier et du tanneur*. Polysemique comme tout message oral traditionnel, ce proverbe signifie que les accouchements ne se ressemblent pas : si l'un teint l'utérus et le renoue, l'autre le tanne, c'est à dire le blesse. En conséquence, le fait d'avoir accouché normalement une fois ne signifie nullement que l'accouchement suivant sera lui aussi normal.

Les canaux de l'IEC peuvent être des personnes, des institutions ou des médias. Les personnes sont les gens que l'on rencontre dans la vie quotidienne, le personnel de santé, l'infirmier itinérant, les femmes-relais, *shaykh*, *moqaddem*, et *faqih* de la mosquée.

Les institutions renvoient à l'équipe mobile (ministère de la santé), à l'association féminine et à la mosquée.

La télévision est le média le plus proposé. La télévision doit présenter des émissions pour montrer à la femme enceinte comment se comporter. Mais comme la population rurale n'a pas, dans sa totalité, accès à la télévision, les

professionnelles de la sante proposent d'utiliser d'autres supports mediatiques comme les posters, les seances d'information et d'education, les campagnes de conscientisation

Pour la population et les professionnelles de sante, l'IEC doit cibler les femmes enceintes, les accoucheuses traditionnelles, les peres, les ecoliers

Parallelement aux propositions IEC, la population recommande de lutter contre l'analphabetisme Elle termine par une revendication d'ordre general « nous voulons des routes, de l'eau comme tout le monde, des moyens de transport comme tout le monde, l'ambulance, le telephone, l'electricite nous n'avons même pas d'eau potable ici »

RECOMMANDATIONS

Ces conclusions permettent de traiter nos hypothèses de départ

L'hypothèse 1 selon laquelle « la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement est, pour le sens commun, synonyme de pathologisation » n'est plus absolument valide. La pratique de la CPN est identifiée comme une pratique positive servant à la prévention et au dépistage des facteurs de risque. De même, l'accouchement en milieu surveillé commence à être dissocié de la complication et à symboliser de nombreux avantages dont la sécurité. La *setra*, avantage traditionnel de l'accouchement à domicile, est contrebalancée par l'impossibilité de sauver la parturiente en cas de complication. La complication est dite mortelle quand elle a lieu à domicile.

L'hypothèse 2 selon laquelle « les complications obstétricales ne sont ni toutes connues, ni totalement connues, ni immédiatement interprétées à travers une perspective biologique pure et simple » s'est vérifiée. Si la dystocie et l'hémorragie sont *empiriquement* identifiées comme des causes obstétricales mortelles, la toxémie gravidique l'est beaucoup moins, quand à l'infection, elle est véritablement ignorée comme cause mortelle. Outre cela, la dystocie est particulièrement vécue et comprise à travers le paradigme de l'épreuve avant d'être transformée et gérée en urgence obstétricale.

L'hypothèse 3 selon laquelle « la médicalisation de la complication est une décision meta-féminine, ce qui indique la condition socio-institutionnelle de la parturiente en tant que femme dépendante » se vérifie également. La survie de la parturiente ne dépend pas de la seule volonté de vivre de la parturiente, elle dépend de la gestion socioculturelle collective de la complication obstétricale. La dépendance financière de la femme n'est que la traduction suprême d'une dépendance profonde et enracinée dans la culture patriarcale : ségrégation des sexes, primat de l'honneur du mâle, intégrisme religieux.

L'hypothèse 4 selon laquelle « la perception de l'accessibilité des structures de santé publique et la perception du fonctionnement du système public des soins sont un facteur socioculturel inhibiteur sans pour autant que ces perceptions fassent subir à la réalité des distorsions majeures » se vérifie amplement. À tel point que l'on peut en conclure que les contraintes socioculturelles sont avancées comme un voile servant à occulter l'inaccessibilité et l'inacceptabilité des soins. On

ne peut qu'être d'accord avec Rooney quand il écrit « its easy to attribute to cultural barrier what are often failures to provide adequate services or to make them accessibles »¹ Cette occultation est un mecanisme de defense qui innocente la sante publique, la notion de sous-utilisation servant en effet a cacher l'echec de la medicalisation de la sante maternelle, echec exprime par son inaccessibilite et son inacceptabilite Ce mecanisme tend plutot a accuser la population de resistance socioculturelle a l'offre des soins biomedicaux

L'accouchement a domicile est une tradition qui garde sa force parce qu'elle est une necessite, un refuge Les gens ne preferent plus automatiquement l'accouchement a domicile L'accouchement ideal est pour eux d'accoucher en milieu surveille et de sentir qu'on est chez soi On ne peut donc pas definir la perpetuation de l'accouchement a domicile comme une resistance a la medecine et a la modernite Cette perpetuation est l'indice de l'echec de la medicalisation de la sante maternelle dans la mesure ou l'accouchement en milieu surveille reste inaccessible et inacceptable Parler de sous-medicalisation est ici plus adequat que de parler de sous-utilisation car la sous-utilisation presuppose justement l'accessibilite et l'acceptabilite La perception socioculturelle des services de sante maternelle, non deformante de la realite, a plus d'impact dans le non-recours ou dans le retard C'est parce que ces services ne sont pas suffisamment accessibles et acceptables que la tradition se transforme en refuge L'hôpital fonctionne bureaucratiquement mal comme une administration froide, sans egard a la specificite de la demande, faite de detresse et de souffrance Des soins dispenses presque a contrecoeur, sans coeur, sans humanisme L'eloignement du milieu surveille, son coût et sa mauvaise qualite d'accueil et des soins conduisent la femme au *stress*, et la parturiente a la peur C'est cela même qui pousse la population a continuer de pratiquer l'accouchement a domicile C'est cela même qui oblige la population a continuer d'interpreter et de gerer la complication obstetricale comme epreuve, a utiliser les plantes et a exacerber les considerations de l'honneur mâle et de la dependance feminine La population ne croit nullement au pluralisme medical egalitaire, dans la mesure ou la foi dans la biomedecine est plus

¹ La phrase complete de B Rooney est « Vaginal bleeding in late pregnancy is an alarming symptom and one expected to lead to immediate care seeking However, it is not clear wheter it is seen as dangerous in all cultures or as a reason to seek medical help Traditional interpretations of its significance and traditional remedies may delay women from presenting to health workers Anthropological research is needed to clarify this However its easy to attribute to cultural barrier what are often failures to provide adequate services or to make them accessibles », « Antenatal care and maternal health how effective is it? », *WHO-MSM* 92 4

forte que la foi dans la phytothérapie ou le rite magico-religieux. La « médecine arabe » est même dite inefficace. Mais la médicalisation ne suit pas la foi en la médecine, la modernisation des structures ne suit pas celle de la pensée. Même ordinaire, la pensée a été plus rapide à se moderniser. En conséquence, on ne peut venir à bout des substituts-refuges socioculturels (faible prévalence CPN, accouchement à domicile, perception enchantée de la complication, phytothérapie, rites) que si on réussit la médicalisation, c'est à dire l'accessibilité et l'acceptabilité des soins.

L'éducation obstétricale de la population est certes défaillante, elle est certes à améliorer et à corriger par une IEC adaptée, mais elle n'est pas fautive au point de constituer un déterminant majeur dans le retard de la prise en charge de la complication obstétricale. La conscience obstétricale ordinaire de la population ne peut que rester ordinaire, voire défaillante. Sa défaillance est la conséquence logique des défaillances du système public des soins.

On aboutit à une *inverse care law* : ceux qui ont le plus besoin des services de santé en obtiennent le moins, et les utilisent moins en conséquence, sans que ce moins d'utilisation soit une résistance, une volonté, ou un choix.

En conséquence, la réussite de la médicalisation passe par deux types de recommandation :

- des recommandations concernant l'amélioration des soins de santé maternelle afin de les rendre plus accessibles et plus acceptables,
- des recommandations relatives à une politique IEC qui se doit d'être rationaliste et démocratique afin de motiver la parturiente et son milieu.

1- L'amélioration des soins de santé maternelle

Elle reste une nécessité primordiale. Dans ce sens, on peut recommander des stratégies à court, moyen et long terme. Il est entendu que cette classification des recommandations varie en fonction des moyens et des convictions politiques (au sens large).

a- Stratégies a court terme

- intégrer les services de sante maternelle (CPN) et infantile et les rendre disponibles tous les jours afin d'éviter a la femme plusieurs déplacements (organiser les heures de consultation en fonction des activites des femmes)

- assurer un systeme de relance a domicile pour les patientes a plus hauts risques

- faire payer a chaque femme enceinte a risque inscrite a la consultation prenatale d'une somme forfaitaire (en fonction de ses revenus) incluant les frais d'une eventuelle hospitalisation et intervention chirurgicale

- intégrer dans les services de maternite de premier niveau des traditions culturelles positives (non dangereuses) position de l'accouchement, presence d'un membre de la famille pendant l'accouchement, massage uterin, don du placenta a la famille

- supprimer dans les services de sante les actes medicaux non acceptables et facultatifs rasage du périnée, position couchée

- en cas d'antecedent de césarienne, ne pas faire la cesarienne sans tenter le travail d'épreuve (symphysiotomie)

- développer les moyens de communication et d'évacuation des urgences

- améliorer l'accueil garantir la permanence, combattre le nepotisme, la corruption, la negligence, les ordres, les insultes, les gifles, l'ironie, le mepris, la sous-alimentation, l'interdiction des visites, le vol

b- Stratégies a moyen terme

- doter chaque centre de santé d'une maternite pour les accouchements eutociques

- decentraliser les activités obstetricales

- reserver les structures hospitalieres pour les accouchements a risques

c- Stratégies a long terme

- Faire accéder les femmes a l'éducation, a un salaire, a l'égalite des droits, a un statut social valorise cela est plus determinant dans leur acces aux soins que la technologie medicale ou l'organisation des services de la sante

2- Pour une IEC rationaliste et democratique

La lutte contre l'image negative de la sante publique passe par une politique IEC qui a la fois cree une conscience obstetricale desalienee et montre les performances positives de la sante publique en matiere d'interventions obstetricales ayant sauve des vies humaines

Dans ce cadre, on peut recommander de

1) *faire acceder la population a une connaissance correcte des complications obstetricales*

- « le foetus faiblit s'il tarde dans l'uterus au moment de l'accouchement »
- « si tu ne fais pas la CPN, l'enfant risque d'avoir une malformation »
- « on ne peut pas savoir ce qui peut arriver au moment de l'accouchement »

2) *pousser a des actions rapides* en divulguant a large echelle le proverbes *Le prophete n'aura pas le temps d'interceder, que le mal m'aura suffisamment rongé*

3) *susciter des comportements preventifs*

- « surveille ta tension a l'hôpital »
- « ne te surmene pas et preserve ta force pour trouver la force d'accoucher »
- « toi qui fais des hemorragies, n'accouche plus a domicile »
- « avant d'accoucher, il faut connaître la position de votre foetus »
- « *le ventre accouche du teinturier et du tanneur* »

Pour transmettre ces messages, il faut utiliser

- l'infirmier itinerant
- le *fqih* de la mosquee
- les anciennes femmes a risques (qui ont failli mourir) pour rendre la communaute plus consciente des risques de mortalite maternelle et des services rendus par la sante publique
- les associations feminines qui s'occupe de la femme

- la television et la radio pour dire des choses credibles, et ne pas offrir par leur biais des services qui n'existent pas dans la realite

- les posters

4) *cesser d'utiliser les notions de zayed et de djinns* Leur investissement dans la communication soignants-parturiente consolide la conscience obstetricale enchantee qui fait intervenir le supranaturel dans un processus biologique. La conscience obstetricale reste alienee. Les parturientes ne savent pas que les infirmieres ne croient pas, en tant qu'infirmieres, au *zayed* et aux *djinns*. En consequence, quand les infirmieres utilisent « machiaveliquement » ces notions les parturientes ont tendance a y voir une preuve scientifique de l'intervention de forces surnaturelles dans l'obstetrique. C'est dans ce sens que la conscience obstetricale, au lieu de devenir rationaliste, reste enchantee et alienee. Des moyens enchantes sont enchanteurs et ne peuvent strategiquement servir une fin rationaliste. Car il ne s'agit pas de faire peur, mais de creer une conviction biomedicale profonde, totale et durable afin que le recours à la biomedecine soit un choix assumé et transparent.

5) *cesser d'utiliser le moqadem dans l'information sanitaire* afin de detruire l'association mentale qui s'est etablie entre information sanitaire preventive et ministere de l'interieur. L'information par l'autorite, dans la mesure ou c'est une information autoritaire, crainte et imposee, risque d'être rejete. Elle n'est pas motivante mais coercitive. Le ministere de l'interieur est, aux yeux de la population, l'incarnation d'un appareil qui se soucie davantage de la securite de l'Etat que de celle du citoyen. Le *moqaddem* est de trop dans l'information sanitaire, c'est un *zayed* dans l'IEC sanitaire, et dans toute IEC. Car la lutte contre la mortalite maternelle exige, pour reussir, un respect profond de la vie humaine, et, pour être plus precis, la consideration de la femme comme une citoyenne a part entiere qui a droit a une information credible, a la sante et a la vie. L'information sanitaire jouit du pouvoir que lui procure le prestige de la medecine en tant que competence theorique. Mais celle-ci ne peut correctement s'exercer sans moyens et sans conscience professionnelle, civique et nationale.

Il ne faut pas cependant perdre de vue qu'une IEC rationaliste et democratique bien faite va creer des besoins en sante maternelle qu'on doit pouvoir reellement satisfaire. Car il est dangereux, face à une population a la conscience obstetricale avertie, de susciter des besoins insatisfiables!

ANNEXES

Previous Page Blank

ANNEXE I
LEXIQUE OBSTETRICAL

A- Lexique général (a partir des focus group)

LA PROVINCE D'AL HOCEIMA

a accouche	<i>nafssat</i>
accouchement	<i>chaoua, el mra qatnaffass, nfass</i>
centre de sante	<i>sbitar sghir</i>
grossesse	<i>hmal, hbala, hmala, tqal, dqar, disch, a'diss, dqar, disch, a'diss</i>
hôpital	<i>sbitar kbir, spitar, sbitar</i>
maternite	<i>sbitar dal wlada, blast lawlada</i>

LA PROVINCE DE SEFROU

a accouche	<i>zaydate, tlaq la rabbi srah (Dieu l'a delivree, liberee)</i>
accouchement	<i>lafkak</i>
enceinte	<i>maadoura, mouhoula, raha bala'der, hamla</i>
grossesse	<i>hbala, hmal, 'ader</i>
hôpital	<i>sbitar, tbib lakbir</i>
parturiente	<i>nfissa</i>

LA PROVINCE DE TAOUNATE

accouchement	<i>lawlada, azziyada, zdad al mazdoud, zaydet, katkhalli</i>
enceinte	<i>mtaqla, hamla, mrida bal farkhine, tqila brassa, mawhoula</i>
fausse couche	<i>lkhassrane</i>
grossesse	<i>hamla, mtaqla, mawhoula</i>
hemorragie	<i>fida, fayyadt bddam, farghat man addam</i>
maison d'accouchement	<i>blast lawlada, dar lawlada</i>
placenta	<i>larham</i>
position cephalique	<i>mqabbal</i>

position transverse	<i>lwald 'awwaj</i>
presentation des pieds	<i>farsi</i>

LA PROVINCE DE ZOUAGHA-MY YACOUB

a accouche	<i>tfakkat, zaydate</i>
enceinte	<i>hamla, mouhoula</i>
col de l'uterus	<i>foum al walda</i>
femme ayant accouche	<i>mazala khadra, nfissa</i>
foetus	<i>tlid, bna dem</i>
forceps	<i>makina</i>
grossesse	<i>khaffa, thqal</i>
grossesse extra-uterine	<i>zayed (traduction d'une animatrice)</i>
hemorragie	<i>zayed (traduction d'une animatrice)</i>
hôpital	<i>sbitar, tbib, moustachfa</i>

B- Complications obstetricales et Causes medicales indirectes de mort maternelle (lexique recueilli pendant la session de formation des professionnelles de sante de Taounate-Al Hoceima)

1- Complications obstetricales

- Dystocie *'ousr lwilada, lmankab dayyeq, lawlada ta'atlat, tatwal fel lawlada, lfetha, asta'malt lam'aleq (forceps), ta'ardat tarbiya, lwald ghlid*
- Eclampsie *riah, jnoun, additi lsanek, jaouk khoutek*
- Fausse couche *tatiyah bna dem, thah bna dem bouhdou, sqat bna dem*
- Hemorragie *jarryate, tsil beddam, nazif*
- Infection *ta'afounate, tla'a chi microube, sakhana, rajfa, douz bma khayeb, ma sfar, ma khdar, errha, lawja'a fel kerch, lwalda mqayha*
- Toxemie gravidique *daght damawi, tansione tala'a, tansione ale malha, nafkh, wadni taysawtou, dabban qoddam ayniya*

2-Causes médicales indirectes de mort maternelle

-Anémie *sfouriya, dam naqes, hriq erras, faqr damawi, doukha, sakhfa, tihane*

-diabete *soukkar*

-Hépatite virale *boussafir, mard al kabda*

-Paludisme *al houmma at-toulatiya, al houmma d-namous, al barda ou skhouna*

ANNEXE II

GUIDES D'ANIMATION DES FG

A- GUIDE POPULATION GENERALE

Presentation de l'étude (5 mn)

Le Ministère de la Santé Publique organise régulièrement des études pour connaître les besoins de la population en matière de santé. Vous participez aujourd'hui à une réunion qui va se tenir dans différents sites des régions Fes-Boulemane- et Taza-Al Hoceima-Taounate

Presentation du dispositif

Le rôle de l'animateur : poser les questions, organiser la prise de parole

Le rôle de l'observateur : prendre des notes

L'enregistrement : nécessaire pour ne rien perdre de ce qui va se dire, la mémoire ne pouvant pas tout retenir, or tout ce que vous allez dire est important

Consigne

Tous vos propos resteront anonymes et confidentiels. Un compte-rendu de vos idées et de vos souhaits sera fait sans que votre nom soit mentionné.

J'aimerais que vous parliez le plus spontanément possible, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Tout ce que vous direz sera intéressant pour nous. Je vous prie donc de nous livrer le fond de votre pensée sans hésiter.

Ne craignez pas de vous contredire les uns des autres, ce seront en fait des idées différentes sur les sujets que nous allons discuter, et nous respectons toutes vos idées et opinions qui nous aideront à améliorer la situation de la santé dans votre région.

Juste une chose, je vous prie de ne pas parler en même temps afin que chacun puisse s'exprimer, être entendu et discuté par les autres.

Cela va durer deux heures au maximum.

Presentation des participants / Echauffement (10 mn)

Se présenter soi-même

Demander à chacun de se présenter (prénom, profession...)

Demander : comment vont les enfants?

est-ce qu'ils vont à l'école?

est-ce qu'ils sont en bonne santé?

I- Quels termes utilisez-vous pour dire

- grossesse, risques
- accouchement, complications
- dispensaire, maison d'accouchement, maternite, hôpital

II- Quand la femme se sait enceinte, qu'est-ce qui se passe?

Attendre avant de poser les questions suivantes

- Rien Des changements? Si oui lesquels?
- Y a-t-il des difficultés avec une grossesse?
- Quel genre?
- A qui cela arrive-t-il?
- Que fait-on dans ce cas?
- Peut-on éviter? Si oui, comment?
- Que pensez vous de la femme qui consulte un medecin pendant la grossesse?

II- Si je dis accouchement, a quoi pensez-vous?

Attendre avant de proposer

evenement heureux, evenement naturel, moment dangereux?

Puis les questions

- A quels symptômes la femme sait que son accouchement va être difficile?
- A qui cela arrive-t-il?
- Que fait-on dans ce cas?
- Peut-on éviter? Comment? Les risques de mort liés aux complications de l'accouchement sont-ils traitables par la medecine?

III- Connaissez-vous une femme qui a eu des difficultés lors de la grossesse ou lors de l'accouchement?

- Que s'est il passé?
- Qu'a-t-on fait?
- Qui l'a aidée?
- Comment cela s'est il terminé?
- Qui d'autre connaît des histoires pareilles?

IV- Pourquoi la femme ne s'adresse-t-elle a la formation sanitaire que lors de complications obstétricales?

- Pourquoi tarde-t-elle a s'adresser a la formation sanitaire lors de complications obstétricales?
- Pourquoi la majorite des femmes n'accouchent-elles pas spontanément dans une maternite publique?

V- Pourquoi la majorite des femmes préfèrent-elles accoucher chez elles?

- Avantages et inconvénients de l'accouchement a domicile
- Profil du couple qui pratique l'accouchement a domicile

VI- Quelles sont les femmes qui accouchent spontanément dans une maternité publique?

Profil du couple qui pratique l'accouchement dans une maternité publique

Pourquoi le font-elles?

Avantages et inconvénients

Comment trouvez-vous les maternités publiques?

VII- L'accouchement idéal

Comment concevez-vous l'accouchement idéal? (suivi prénatal, lieu, assistance, rapports soignants-parturiente, post partum, coût)

VIII- Est-ce qu'il vous est arrivé de lire, de voir ou d'écouter des choses sur la grossesse? Et sur l'accouchement? Lesquelles?

Si vous aviez une information à demander sur la grossesse ou sur l'accouchement à qui vous adresseriez-vous pour l'obtenir?

Où est-ce que préféreriez-vous l'obtenir? Pourquoi?

IX- Imaginons que vous soyez chargés de transmettre des informations sur les complications de la grossesse et de l'accouchement, y a-t-il des légendes, des contes ou des proverbes que vous utiliseriez dans votre message? Si oui, lesquels?

Et si vous aviez à inventer une histoire pour amener les gens à utiliser les services de maternité pendant la grossesse et l'accouchement, laquelle proposeriez-vous?

X- Imaginons que vous soyez chargés de transmettre des informations relatives aux complications de la grossesse et de l'accouchement, quels moyens utiliseriez-vous

canaux, supports médiatiques, personnes, termes, langue

XI- Voudriez-vous ajouter quelque chose pour conclure?

B- GUIDE PROFESSIONNELLES DE LA SANTE

Présentation de l'étude (5 mn)

Le Ministère de la Santé Publique organise régulièrement des études pour connaître les besoins de la population en matière de santé. Vous participez aujourd'hui à une réunion qui va se tenir dans différents sites des régions Fes-Boulemane et Taza-Al Hoceima-Taounate.

Présentation du dispositif

Le rôle de l'animateur : poser les questions, organiser la prise de parole

Le rôle de l'observateur : prendre des notes

L'enregistrement : nécessaire pour ne rien perdre de ce qui va se dire, la mémoire ne pouvant pas tout retenir, or tout ce que vous allez dire est important

Consigne

Tous vos propos resteront anonymes et confidentiels. Un compte-rendu de vos idées et de vos souhaits sera fait sans que votre nom soit mentionné.

J'aimerais que vous parliez le plus spontanément possible, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Tout ce que vous direz sera intéressant pour nous. Je vous prie donc de nous livrer le fond de votre pensée sans hésiter.

Ne craignez pas de vous contredire les uns des autres, ce seront en fait des idées différentes sur les sujets que nous allons discuter, et nous respectons toutes vos idées et opinions qui nous aideront à améliorer la situation de la santé dans votre région.

Juste une chose, je vous prie de ne pas parler en même temps afin que chacun puisse s'exprimer, être entendu et discuté par les autres.

Cela va durer deux heures au maximum.

Présentation des participants / Echauffement (10 mn)

Se présenter

Demander à chacun de se présenter (prénom, profession)

Demander : Comment vont les enfants?

Vont-ils à l'école?

Sont-ils en bonne santé?

I- Quels termes utilisez-vous pour dire

- grossesse, risques
- accouchement, complications
- dispensaire, maison d'accouchement, maternite, hôpital

II- Les femmes enceintes vous consultent-elles parfois?

Quand? Pourquoi?

Qu'est-ce que vous faites dans ce cas?

Vous est-il arrivé d'examiner une femme enceinte ayant des difficultés? *Approfondir*

III- Connaissez-vous une femme qui a eu des difficultés lors de l'accouchement?

Où cela se passait-il?

Que s'est-il passé?

Qu'avez-vous fait si vous étiez présent?

Comment cela s'est-il terminé?

Qui d'autre connaît une histoire pareille?

IV- Pourquoi la femme ne s'adresse-t-elle à la formation sanitaire que lors de complications obstétricales?

Pourquoi tarde-t-elle à s'adresser à la formation sanitaire lors de complications obstétricales?

Pourquoi la majorité des femmes n'accouchent-elles pas spontanément dans une maternité?

V- Pourquoi la majorité des femmes préfèrent-elles accoucher chez elles?

Profil du couple qui pratique l'accouchement à domicile

Quels sont les avantages de l'accouchement à domicile?

Encouragez-vous les femmes à accoucher hors de chez elles? Si oui, pourquoi?

Y a-t-il des femmes spécifiques que vous encouragez plus que d'autres à accoucher dans une maternité publique? Si oui, lesquelles?

Comment vous sentez-vous quand vous le faites?

Quels arguments utilisez-vous?

VI- Quelles sont les femmes qui accouchent spontanément dans une formation sanitaire?

Profil du couple qui pratique l'accouchement dans une maternité publique

Pourquoi le font-elles?

Quels sont les inconvénients de l'accouchement dans une maternité publique?

VII- L'accouchement idéal

Comment les femmes de votre CS conçoivent-elles l'accouchement idéal?

VIII- Est-ce qu'il vous est arrive de lire, de voir ou d'ecouter des choses sur la grossesse? Et sur l'accouchement? Lesquelles?

Si vous aviez une information a demander sur la grossesse ou sur l'accouchement, a qui vous adresseriez-vous pour l'obtenir?

Ou est-ce que prefereriez-vous l'obtenir? Pourquoi?

IX- Imaginons que vous soyez charges de transmettre des informations sur les complications de la grossesse et de l'accouchement, y a-t-il des legendes, des contes ou des proverbes que vous utiliseriez dans votre message? Si oui, lesquels?

Et si vous aviez a inventer une histoire pour amener les gens a utiliser les services de maternite pendant la grossesse et l'accouchement, laquelle proposeriez-vous?

X- Imaginons que vous soyez charges de transmettre des informations relatives aux complications de la grossesse et de l'accouchement, quels moyens utiliseriez-vous?

Canaux, supports mediatiques, personnes, termes, langue

XI- Voudriez-vous ajouter quelque chose pour conclure?

BIBLIOGRAPHIE

Belouali Radouane *Pour un nouveau programme cadre de la maternite sans risques*, FNUAP, 1995

Bijjou Abbas « Etude de la mortalite maternelle par hemorragie determinants et delais de prise en charge (cas de la province de Kenitra) », memoire INAS, Juillet 1997

Bouchanine FN, Jabal S et Khruz A *Etude des pratiques sociales et de l'acceptabilite des services de sante materno-infantile et de planification familiale MSP/ Direction de la Prevention et de l'Encadrement Sanitaire / FNUAP*, 1994

Collectif *Evaluation de l'efficacite de la consultation prenatale en matiere de depistage des grossesses a risque*, INAS, 1992

Darkaoui KN et al « Etude de l'offre de services obstetricaux dans les structures de sante publique (annee 1995) », *Congres National des Sciences Medicales* INAS, 5-6 Decembre 1996

Dialmy Abdessamad « Politiques de l'education sexuelle au Maroc », in *Sante de reproduction au Maroc facteurs demographiques et socioculturels*, Ministere de la Prevision Economique et du Plan, Centre d'Etudes et de Recherches Demographiques, Rabat, 1998

Dialmy Abdessamad « Les rites obstétriques au Maroc », Paris, *Annales HSS*, n° 3, Mai-Juin 1998

Dujardin Bruno Une approche globale pour ameliorer la sante maternelle, These Faculte de Medecine de l'ULB, Fevrier 1993

Dujardin B, Van Balen H L'initiative pour une maternite sans risque quelles perspectives?, URE en Sante publique, Institut de medecine tropicale, Anvers, Belgique, 1990

INAS « Approche de la mortalite et de la morbidite maternelles au Maroc », Octobre 1992

Koblinsky MA, Tinker A and Daly P « Programming for safe motherhood a guide to action », *Health Policy and Planning*, 9(3), 1994, pp 252-266

Maine Deborah et Thaddeus Sereen « Maternal mortality in context too far to walk », *Social sciences and Medecine*, Vol 38, n° 8, 1994, pp 1091-1110

Maine Deborah « Programme pour la maternite sans danger Options et problemes », Center for Population and family health School of public Health, Columbia University, New York, 1992

Maine D *Prevention of maternal deaths in developing countries progress, options and practical considerations* Document de base presente a la Conference Internationale sur la Maternite sans Risque, Nairobi, 1986 (Document interne)

Maine D *Family Planning its impact on the health of women and children*, New York, Columbia University Press, 1981

Mathieu R et Manneville R *Les accoucheuses musulmanes traditionnelles de Casablanca*, Paris, IHEM, 1951

Moubarak Suzane « La maternite une fin et un moyen » *Forum Mondial de la Sante*, Vol 10, 1989

MSP « Qualite des services de sante maternelle au Maroc », Juin 1994

OMS *Prevenir la mort tragique de la mere Rapport sur la conference internationale sur la maternite sans risques*, Nairobi, 1987

Rosenfield A, Maine D « Maternal mortality A neglected tragedy Where is the M in MCH? », *Lancet*, 1985

Royston Erica, Armstrong Sue *La prevention des deces maternels*, Geneve, OMS, 1990

Sundari, TK « The untold story how the health care systems in developing countries contribute to maternal mortality », *International Journal of Health Services*, Vol 22, N° 3, 1992, pp 513-528

Viegas OAC et autres « Les services medicaux ne garantissent pas a eux seuls une naissance sans risque », *Forum mondial de la sante*, Vol 13 1992