

Enquête qualitative pour cerner les causes des accouchements à domicile et pour connaître le parcours de soins des parturientes à Sidi Bouzid et à Gafsa

Sofiane Bouhdiba

Septembre 2016



TABLE DES MATIERES

Propos introductif.....	3
Première partie. Contexte et méthodologie.....	5
1 / Contexte de l'étude.....	6
2 / Méthodologie générale.....	9
Deuxième partie. Résultats.....	16
1 / Le parcours de soins des parturientes à Gafsa et à Sidi Bouzid.....	17
2 / Déterminants de l'accouchement à domicile.....	23
Troisième partie. Recommandations.....	34
1 / Recommandations à court terme.....	35
2 / Recommandations à long terme.....	44
Conclusion.....	48
Glossaire.....	52
Bibliographie.....	53
Annexes.....	55
Annexe n°1 : Zone d'enquête.....	56
Annexe n°2 : Zone d'enquête dans le gouvernorat de Gafsa.....	57
Annexe n° 3 : Zone d'enquête dans le gouvernorat de Sidi Bouzid.....	58
Annexe n° 3 : Guide d'entretien des focus groups.....	59
Annexe n° 4 : Guide d'entretien directif à usage des professionnels de santé.....	63

PROPOS INTRODUCTIF

L'objectif de la présente étude n'est point d'évaluer l'ampleur du phénomène de l'accouchement à domicile dans les gouvernorats de Gafsa et Sidi Bouzid. Notre ambition est plutôt de comprendre pourquoi aujourd'hui encore, dans la Tunisie rurale du XXI^{ème} siècle, des femmes prennent la décision, lourde de conséquences, de donner naissance à leur enfant dans l'intimité de leur domicile, avec tous les risques que cela comporte, tant pour elles-mêmes que pour leurs nouveau-nés.

Signalons d'emblée que l'accouchement à domicile n'est pas une spécificité des pays du Sud, et encore moins des sociétés arabo-musulmanes. En effet, le phénomène existe encore, quoique d'une manière concentrée, dans certaines communautés, dans quelques pays occidentaux. Aux Etats-Unis, par exemple, les Etats de l'Oregon et du Vermont (respectivement au Nord-Ouest et au Nord-Est du territoire) affichent les taux d'accouchement à domicile les plus élevés du pays, de l'ordre de 2.5%¹. En Oregon, en 2013 sur 80 000 naissances, 2 000 ont eu lieu à domicile. De tels comportements reproductifs sont liés à une volonté de certaines mères d'accoucher dans des conditions naturelles.

Ce rapport s'articule autour de trois grandes parties. La première rappelle brièvement le contexte général de l'étude et présente avec détails la méthodologie adoptée, et notamment en ce qui concerne le travail de terrain. La deuxième partie présente les principaux résultats de l'étude, avec un intérêt particulier pour le parcours de soin des parturientes, ainsi que les déterminants majeurs de l'accouchement à domicile dans les deux régions d'étude, Gafsa et Sidi Bouzid.

Dans sa dernière partie, la présente étude propose une série de recommandations réalistes qui devraient permettre de réduire les barrières empêchant les parturientes d'accoucher en milieu assisté et d'avoir un parcours de soins continu, traçable, et peu coûteux. Il s'agira ici de distinguer entre les actions à mener pour obtenir des résultats à court terme et à long terme.

¹ Snowden M. Jonathan, Ellen L. Tilden, Snyder Janice, Quigley Brian, Caughey Aaron B., Cheng W. Yvonne, *Planned out-of-hospital birth and birth outcomes*, in *New England Journal of Medicine* n°373, 31 décembre 2015, pp. 2642-2653.

² Décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

Première partie
CONTEXTE ET METHODOLOGIE

Avant de présenter les résultats de cette étude, il convient de rappeler brièvement dans quel contexte elle a été commanditée.

1 / CONTEXTE DE L'ETUDE

La Tunisie a réalisé de nombreux acquis relatifs à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Toutefois, des problèmes persistent, et notamment en ce qui concerne l'équité, l'accès universel aux soins de qualité, l'adéquation des ressources humaine pour couvrir les besoins, ainsi que certaines pratiques culturelles néfastes à la santé des groupes vulnérables. Ces lacunes constituent aujourd'hui des priorités pour atteindre les objectifs Nationaux, les Objectifs Millénaires pour le développement (OMD), ainsi que les Objectifs de Développement Durable (ODD).

En matière de santé reproductive notamment, les statistiques nationales stagnent depuis quelques années et résistent à atteindre les OMD de 2015 : le ratio de mortalité maternelle par exemple, est estimé à seulement 44.8‰² aujourd'hui³, et le taux de mortalité néonatale à 10‰. Les inégalités régionales sont à l'origine de la stagnation des moyennes nationales.

C'est dans ce contexte que Médecins du Monde Belgique œuvre, à travers un projet ciblant deux régions défavorisées de l'intérieur du pays, Gafsa et Sidi Bouzid, à améliorer l'accessibilité de la population aux services de santé sexuelle et reproductive.

A / LA SANTE REPRODUCTIVE EN TUNISIE

A l'instar des autres pays du monde, la santé reproductive en Tunisie est étroitement liée à la qualité du système de santé publique, mais également à l'accès qu'a la population aux services de soins. Ainsi, il ne suffit pas qu'un pays dispose de centres de soins efficaces, encore faudrait-il que l'accès de la population à ces services soit effectif. Bien souvent, la population n'a pas accès aux services de soins existants, du fait de l'accumulation de barrières d'ordre juridique, économique, social, culturel, religieux, ou autre.

² Décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

³ Rappelons que l'Objectif n°5 des OMD était de réduire le ratio de mortalité maternelle de trois quarts entre 1990 et 2015. En Tunisie, ce ratio était encore de 74.8‰ en 1990, et aurait donc dû atteindre 18.7‰ en 2015, alors même que l'Enquête Nationale sur la Mortalité Maternelle (ENMM) menée en 2009 par l'Institut National de la Santé Publique (INSP) l'estimait encore à 44.8‰.

En particulier, il existe un lien entre les indicateurs de santé reproductive (ratio de mortalité maternelle, taux de mortalité néonatale, taux de mortalité infantile,...) et le degré d'accès des Femmes en Age de Reproduction (FAR) aux services de santé reproductive (taux de consultations prénatales, taux d'accouchements assistés⁴, taux de consultation postnatales,...).

En effet, lorsqu'une femme enceinte se rend dans un service médical pour suivre le bon déroulement de sa grossesse, et lorsqu'elle accouche en milieu médical, le risque de mortalité ou de complications est réduit. De même, un suivi post-natal est un garant de bonne santé pour le nouveau-né.

B / LES SPECIFICITES DE LA REGION D'ETUDE

Le Programme National de Périnatalité recommande un suivi constitué de 5 consultations⁵, pour la surveillance d'une Grossesse à bas risque. Pourtant, en 2015 à Sidi Bouzid, seules 41% des parturientes auraient effectué ces 5 consultations prénatales⁶.

C'est toutefois après l'accouchement que la situation est la plus préoccupante. Ainsi, il semblerait que, à Sidi Bouzid, les femmes ne se soucient plus de consulter après l'accouchement⁷. Par exemple, à Jelma, une des délégations où l'enquête a été menée, seule une femme sur quatre a effectué une visite post-natale en 2015.

Par ailleurs, au niveau national, 87% des décès maternels seraient évitables⁸, en partie au travers d'une meilleure surveillance prénatale, et d'une généralisation de l'accouchement en milieu assisté, même dans les poches de pauvreté rurale. La mortalité maternelle et néonatale n'est donc pas une fatalité, et quelques progrès pourraient être enregistrés à ce niveau.

On note de surcroît que le taux de consultation des femmes chute, après l'accouchement, à 32%⁹. Il serait intéressant de comprendre, au travers de cette étude,

⁴ Est considéré assisté un accouchement ayant eu lieu en présence d'une personne médicalement qualifiée. Un accouchement dans une ambulance est donc considéré comme un Accouchement en Milieu Assisté (AMA).

⁵ Dont quatre dans un dispensaire et une auprès d'un médecin gynécologue.

⁶ Chirchi Mounira, *Analyse de la situation de la santé sexuelle et reproductive à Sidi Bouzid*, Tunis, avril 2016, p. 28.

⁷ Chirchi Mounira, *Analyse de la situation de la santé sexuelle et reproductive à Sidi Bouzid*, Tunis, avril 2016.

⁸ Chirchi Mounira, *Analyse de la situation de la santé sexuelle et reproductive à Sidi Bouzid*, Tunis, avril 2016, p. 30.

⁹ Médecins du Monde, *Stratégie Régionale d'Excellence en Périnatalité*, Tunis, 2013, p.11

pourquoi l'avènement de l'accouchement semble entraîner un tel comportement de soudain « relâchement » chez les jeunes mères de la région¹⁰.

En ce qui concerne les taux d'accouchement à domicile, ils sont difficiles à estimer. Ils seraient de seulement 1.5% au niveau national. Toutefois, de récentes études laissent à penser que de graves disparités persistent encore entre les différentes régions du pays. Certains gouvernorats à caractère rural et économiquement peu développés accusent ainsi des performances peu en rapport avec la situation nationale.

A Sidi Bouzid par exemple, le taux de couverture pour les quatre consultations périnatales n'est que de 83%, celui de la consultation postnatale étant de seulement 25%. Le taux d'accouchements à domicile y varierait de 10%¹¹ à 12.6%¹², selon les sources. Certaines sages-femmes que nous avons consultées ont même avancé le chiffre de 15%.

Il faut noter ici que même les chiffres officiels sont entachés de biais et peuvent induire en erreur. Par exemple, un taux d'accouchement en milieu assisté de 60% ne signifie pas que 40% des femmes accouchent à domicile. En effet, il convient d'abord de déduire les femmes qui ont accouché dans un hôpital rattaché à un gouvernorat limitrophe. Il faut également retrancher les femmes qui ont accouché dans une clinique privée. Ces dernières étant réticentes à livrer leurs statistiques, il devient extrêmement difficile de faire un état des lieux sérieux à partir des statistiques collectées. Notons enfin que la pratique de l'accouchement dans des cabinets privés existe bien, mais étant interdite elle ne figure dans aucune statistique.

Mais là n'est pas l'objet de la présente étude, dont l'approche est avant tout qualitative. La question ne se pose pas en ce qui concerne les communautés rurales pauvres où nous avons enquêté, ces dernières n'ayant pas les moyens d'accoucher dans des structures de soins privées. A Sidi Bouzid par exemple, on estime que 30% environ des accouchements non comptabilisés en milieu assisté sont des « transferts d'accouchement », c'est-à-dire des naissances relatives à des parturientes de la région ayant accouché dans un autre gouvernorat¹³.

Deux constats peuvent être faits à ce stade de la réflexion : d'abord, les statistiques sont assurément incertaines, ce qui nous a été confirmé par l'ensemble des professionnels de

¹⁰ Chirchi Mounira, *Analyse de la situation de la santé sexuelle et reproductive à Sidi Bouzid*, Tunis, avril 2016, p. 33.

¹¹ Direction Régionale de la Santé de Base de Sidi Bouzid.

¹² Mounira Chirchi propose un taux d'accouchement en milieu assisté de 82%. En supposant un taux de transfert vers d'autres gouvernorats de 30%, nous en déduisons un taux d'accouchement à domicile de 12.6%. Pour plus de détail, voir Chirchi Mounira, *Analyse de la situation de la santé sexuelle et reproductive à Sidi Bouzid*, Tunis, avril 2016.

¹³ Interview de Dr. Zaher Ahmadi, Directeur régional de la DSSB de Sidi Bouzid, 31 août 2016

la santé avec qui nous nous sommes entretenu. Par ailleurs, le gouvernorat de Sidi Bouzid occupe la première position concernant le taux d'accouchement à domicile, étant immédiatement suivi des gouvernorats limitrophes de Kairouan et de Kasserine. La situation semblerait meilleure dans le gouvernorat de Gafsa, avec un taux d'accouchement à domicile de « seulement » 5%.

Notre ambition n'est point de produire des estimations, mais plutôt de dégager quelques éléments d'explication objectifs qui permettraient de mieux comprendre le parcours de soins des parturientes, ainsi que leur rapport à la pratique de l'accouchement à domicile. Cette réflexion pourrait s'inscrire comme le point de départ de mesures ponctuelles et restreintes, qui pourraient être entreprises conjointement par les autorités sanitaires et les ONG de la région. Ces dernières participent d'ailleurs activement à une réflexion stratégique pour un meilleur accès des femmes aux services de santé sexuelles et reproductives.

C'est la raison pour laquelle nous avons décidé d'opter pour une méthodologie de type qualitatif.

2 / METHODOLOGIE GENERALE

Avant d'aborder les principaux résultats de cette étude, il convient de présenter brièvement la méthodologie employée.

A / OBJECTIFS

Médecins du Monde, qui est très actif dans les gouvernorats de Gafsa, et plus récemment à Sidi Bouzid, a eu de nombreux contacts avec les membres de la société civile de la région. Durant ces entretiens, la thématique de la santé des femmes, et plus particulièrement la question des accouchements à domicile a souvent fait l'objet de grands débats. Il semblerait que les attentes de la part des populations locales soient très grandes à ce niveau, ce qui en fait d'emblée un axe prioritaire pour Médecins du Monde.

Les statistiques officielles concernant les circonstances et le suivi des accouchements sont aujourd'hui controversées par la population, tant à Sidi Bouzid que à Gafsa. Quoiqu'il en soit, il est certain que, dans ces deux gouvernorats, trop de villageoises, et en particulier celles habitant des *douars*¹⁴ isolés et éloignés des villes, hésitent encore à se rendre dans une structure sanitaire pour suivre leur grossesse, pour accoucher, et encore moins après l'accouchement.

¹⁴ Village

C'est donc dans ce cadre que Médecins du Monde a commandité la présente étude. Encore une fois, il ne s'agit guère ici de vérifier les statistiques officielles au travers d'une enquête de type quantitatif. Cette étude a plutôt pour objectif premier de décrire les caractéristiques sociodémographiques de ces femmes qui accouchent encore à domicile, et de mieux comprendre leurs comportements et leurs motivations.

Une des manières rationnelles de comprendre ces comportements est d'entrer directement en contact avec des Femmes en Age de Reproduction (FAR), et de leur demander directement ce qu'elles ont fait pour suivre leur grossesse (qui les a conseillées, quel a été leur parcours, comment elles se sont préparées à l'accouchement,...).

Une approche qualitative devrait également permettre de mieux comprendre le degré de connaissance et les représentations du système de santé reproductive et maternelle chez les FAR dans les régions cibles.

Enfin, plus concrètement, cette étude a pour ambition de dégager un ensemble de recommandations réalistes qui devraient contribuer à améliorer l'accès des parturientes aux services de santé reproductive dans les deux régions ciblées. Ces recommandations devraient fournir matière à alimenter un dialogue constructif entre les autorités sanitaires et la société civile locale, en vue de construire une stratégie régionale de périnatalité basée sur une approche participative et décentralisée.

B / DOCUMENTATION

Nous avons commencé par passer en revue la littérature - assez réduite il faut le reconnaître - existante sur le sujet, et en particulier les statistiques publiées par le Ministère de la Santé Publique (MSP), l'Institut National des Statistiques (INS), Institut National de la Santé Publique (INSP) et l'Office National de la Famille et de la Population (ONFP). Nous avons également consulté quelques études menées récemment dans les régions de Gafsa et Sidi Bouzid¹⁵.

Ce travail préliminaire nous a permis d'identifier les régions où les freins de diverses natures limitent notablement l'accès des FAR au système de santé reproductive.

¹⁵ Bel Haj Yahya Moncef, *État des Lieux de la Santé à Sidi Bouzid* (draft), Tunis, juillet 2016 ; Chirchi Mounira, *Analyse de la situation de la santé sexuelle et reproductive à Sidi Bouzid*, Tunis, avril 2016 ; Médecins du Monde, *Stratégie Régionale d'Excellence en Périnatalité*, Tunis, 2013.

C / GRILLE D'ANALYSE

A tous les stades de l'étude, l'analyse a privilégié l'approche CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques). Ainsi, nous sommes partis de l'hypothèse que les barrières à l'accès au dispositif de santé reproductive et maternelle pouvaient se situer à trois niveaux différents :

- la Connaissance du dispositif de santé reproductive et maternelle (ignorance de l'existence des services offerts, méconnaissance, vecteurs de transmission de ces connaissances).

Le degré de connaissance, ainsi que la manière dont cette connaissance a été acquise, sont des éléments clés pour comprendre comment circule l'information relative aux services de santé reproductive. Cela devrait permettre de générer des recommandations, et notamment en matière de communication ;

- l'Attitude vis-à-vis du dispositif (représentation des centres de maternité, perception de son personnel, discriminations perçues,...).

La bonne compréhension des attitudes est primordiale pour identifier les éventuels freins culturels, religieux, économiques, géographiques, juridiques,... à l'accès aux services de santé reproductive. Cela devrait permettre d'identifier et réduire (voire éliminer ?) les principales barrières à l'accès aux soins reproductifs et maternels ;

- la Pratique : l'objectif ici est de mieux comprendre les attentes des femmes enceintes. Il s'agira également d'évaluer le degré de satisfaction des services offerts (accès physique, problèmes *in situ*, niveau des services consommés) chez les FAR ayant eu effectivement accès aux services de santé reproductive et maternelle.

Leur feed back devrait permettre de générer des recommandations au niveau du design (adaptation des services aux attentes) du dispositif en place.

D / EQUIPE AFFECTEE AU PROJET

Le travail de terrain à Gafsa et à Sidi Bouzid a été effectué par un consultant, appuyé par les deux représentants de Médecins du Monde dans ces deux gouvernorats. Ces derniers ont été chargés d'organiser la logistique des focus groups et des entretiens individuels : invitation des FAR, motivation des participantes aux panels, fourniture des locaux, organisation logistique (boissons, snacks,...), autorisation administrative pour les entretiens avec le staff ONFP/DSSB/MSP,...

Afin de pouvoir entrer directement en contact avec des panels de femmes de la région, tout en conservant un climat de confiance, les représentants locaux de Médecins du Monde

ont sollicité l'appui d'associations locales (*Al moudabara pour le développement de Biyada-Sned*, *Association Tunisienne de Promotion des Femmes au Foyer*, *Acte théâtral*, et *Voix d'Eve*).

E / CALENDRIER

L'étude s'est échelonnée sur une période de 2 mois $\frac{1}{2}$, tout en suivant le calendrier suivant :

- 12 juillet 2016 : démarrage de l'étude ;
- 12 juillet/8 août 2016 : revue de la littérature existante, rédaction de la première partie, prise de rendez-vous, organisation logistique du travail de terrain, élaboration et test des guides d'entretien ;
- 8 août : proposition à Médecins du Monde d'un document contenant la méthodologie détaillée et les documents techniques (guides d'entretien) ;
- 9/27 août : révision de la méthodologie, validation des documents techniques par Médecins du Monde, finalisation de la logistique du travail de terrain, invitation des participantes aux focus groups, prises de rendez-vous, ... ;
- 28 août /4 septembre : travail de terrain (focus groups, entretiens individuels et visites des structures sanitaires) dans les gouvernorats de Gafsa et Sidi Bouzid ;
 - 29 août : focus group à Biyada (Gafsa) ; entretien avec l'infirmière du dispensaire de Biyada, la sage-femme surveillante de l'ONFP de Gafsa (Monia Ayed) et la représentante de l'Association *Al moudabara pour le développement de Biyada-Sned* (Mabrouka Hamdani) ;
 - 30 août : focus group à Bir Saad (Gafsa) ; entretien avec la sage-femme surveillante du Centre de Santé de Base (CSB) de Gafsa (Sonia Hchich), l'infirmière du dispensaire de Bir Saad et la représentante de l'*Association Tunisienne de Promotion des Femmes au Foyer* (Jamila Saad) ;
 - 31 août : entretien avec le directeur régional de la santé de Gafsa (Salem Nasri), une sage-femme de l'hôpital de circonscription de Rgueb (Salma Omri) et le directeur régional de la DSSB de Sidi Bouzid (Zaher Ahmadi) ;
 - 1 septembre : focus group à Jelma (Sidi Bouzid) ; entretien avec la sage-femme de supervision de la DSSB de Sidi Bouzid, une sage-femme de l'hôpital de Jelma (Takwa Ben Amor), un membre de l'association *Acte théâtral* (Ramzi Achouri), l'inspecteur de la DSSB de Sidi Bouzid (Charfeddine Nsiri), le chef

du service maternité (Mahmoud Rchid) et une sage-femme de l'hôpital de Sidi Bouzid ; visite du service maternité de l'hôpital régional de Sidi Bouzid ;

- 2 septembre : Focus groupe à Rgueb (Sidi Bouzid), entretien avec la sage-femme de supervision de l'ONFP de Sidi Bouzid (Amel Miraoui), une sage-femme animatrice de l'ONFP de Sidi Bouzid (Fatma Zaafouri), la présidente de l'association *Voix d'Eve* (Jannet Kilachi), et un membre de l'association *Citoyenneté Rgueb* (Brahim).
- 29 août/18 septembre : analyse des résultats, rédaction du rapport préliminaire ;
- 19 septembre : Remise d'un rapport préliminaire ;
- 23 septembre 2016 : réunion avec la coordinatrice générale de Médecins du Monde à Tunis (Dr. Leila Garbouj) pour discuter les résultats du rapport préliminaire, et la manière d'enrichir le rapport tout en restant dans la ligne de conduite de Médecins du Monde ;
- 20 septembre/30 septembre : rectifications, rédaction du rapport définitif ;
- 1 octobre 2016 : remise du rapport final. Fin de la mission.

F / TRAVAIL DE TERRAIN

Afin de collecter les éléments nécessaires à l'analyse au niveau microsocial, nous avons mené un travail de terrain à deux niveaux :

- Focus groups : nous avons réalisé quatre focus group auprès de panels composés de FAR, avec pour chaque groupe une population composée d'une douzaine à une vingtaine de femmes.

Dans la mesure du possible, nous avons tenté de réunir des FAR ayant accouché au cours des 12 derniers mois. Cela a permis de disposer de panels constitués de femmes récemment concernées par la problématique de l'accouchement à domicile, et qui ont fréquenté dans le passé proche des CSB, pour la vaccination de leurs enfants par exemple. De cette manière, les biais liés à l'oubli ont été réduits, voire éliminés.

Deux focus groups ont été réalisés dans le gouvernorat de Gafsa, deux autres dans le gouvernorat de Sidi Bouzid. Nous avons choisi d'effectuer ces entretiens dans les délégations où les taux d'accouchement à domicile nous semblaient les plus élevés, mais également dans celles où le tissu associatif était suffisamment fort pour permettre

une approche confiante¹⁶. En effet, le travail de terrain s'est largement appuyé sur les petites associations locales, qui ont facilité la logistique, et permis de maintenir une relation de confiance avec les femmes interrogées, condition nécessaire étant donnée la sensibilité du thème traité.

Dans le gouvernorat de Gafsa, nous avons sélectionné les villages de Biyada (délégation de Sned) et Bir Saad (El Guetar). Ces deux villages sont situés dans les délégations dites rurales de Gafsa, et ne font pas partie de la zone minière du gouvernorat.

A Sidi Bouzid, nous avons effectué les focus group à Jelma, qui affiche un taux d'accouchement à domicile de 22.4%) et à Rgueb (taux d'accouchement à domicile 17.5%)¹⁷.

- Série d'entretiens ouverts : afin de compléter les données collectées au travers des focus groups, nous avons effectué une série d'entretiens ouverts avec des professionnels de la santé publique, susceptibles d'enrichir notre analyse, tant à Gafsa qu'à Sidi Bouzid.

Nous nous sommes ainsi entretenus avec les directeurs régionaux de la DSSB, des sage-femmes de l'ONFP et de la DSSB, des cadres régionaux de l'ONFP, un médecin¹⁸, des infirmières, des membres d'associations, ainsi que des universitaires.

Ces entretiens avaient pour vocation de connaître l'avis des fonctionnaires du ministère de la Santé Publique, et de ne pas se contenter de l'avis des utilisatrices des services de santé reproductive. Cela a ainsi permis de nuancer nos réflexions.

Il s'agissait d'entretiens semi-directifs, parfois agrémentés de visites des lieux (bloc opératoire, dispensaire,...), et au cours desquels nous avons employé un guide d'entretien (voir annexe).

G / LES FOCUS GROUPS

¹⁶ Pour aborder une communauté de femmes isolées comme celle de Bir Saad, il est de surcroît nécessaire de disposer de l'appui d'une femme native du village.

¹⁷ Ces chiffres sont estimés à partir des taux d'accouchement en milieu assisté proposés par Chirchi Mounira, *Analyse de la situation de la santé sexuelle et reproductive à Sidi Bouzid*, Tunis, avril 2016, p. 28. Nous en avons retranché 30% d'accouchements, correspondant aux transferts vers d'autres gouvernorats. Nous avons négligé les accouchements dans des structures privées, car ces dernières sont quasiment inexistantes à Sidi Bouzid.

¹⁸ Nous avons souhaité nous entretenir avec des gynécologues de la santé publique ou exerçant dans le secteur privé, mais tous ont refusé, par suspicion. Il faut souligner que notre enquête s'est déroulée très peu de temps après le scandale, très médiatisé, d'un gynécologue accusé de corruption à Gafsa, en juillet 2016, pour avoir demandé un pot-de vin avant d'effectuer une césarienne. Seul le chef du service maternité de l'hôpital régional de Sidi Bouzid, gynécologue, a accepté de nous recevoir.

Le focus group est une technique de collecte de données particulièrement adaptée pour mieux comprendre les comportements d'un groupe ayant des spécificités physiques et culturelles - les parturientes des régions rurales de l'intérieur par exemple. Concrètement, les focus groups consistent à réunir un nombre restreint d'individus et à susciter un débat autour d'un thème central.

Nous avons personnellement dirigé les focus group, notre rôle étant essentiellement de conduire l'ensemble des participantes à discuter autour d'une thématique prédéterminée. Nous avons veillé à maintenir une dynamique de groupe, tout en orientant les réflexions vers des thèmes précis, les débordements devant absolument être évités, car improductifs¹⁹. Afin de conserver un climat de confiance, les discussions n'ont pas été enregistrées, nous nous contentions de prendre des notes.

Dans un deuxième temps, après la fin des entretiens, une analyse du contenu a été exécutée. L'analyse a porté en grande partie sur la sémantique, c'est-à-dire les mots et expressions qui resurgissent systématiquement au travers des discussions. Nous avons d'ailleurs retranscrit tout au long de ce rapport quelques-uns de ces mots et expressions, entre guillemets (« ... ») en les gardant parfois dans leur langue originelle, l'arabe dialectal. Le ton utilisé, qui marque l'enthousiasme ou le dégoût des participantes, par exemple, constituait également un élément clé dans le travail d'analyse post-focus group.

¹⁹ Par exemple, la discussion tendait parfois à se focaliser sur le gouverneur, le *omda* (chef de secteur), les politiciens d'une manière générale.

Deuxième partie
RESULTATS

Nos entretiens avec les femmes des communautés rurales, avec le personnel médical et paramédical, ainsi qu'avec les cadres de l'administration sanitaire des gouvernorats de Gafsa et Sidi Bouzid, nous ont permis de faire un certain nombre de constats en ce qui concerne la pratique de l'accouchement à domicile et le parcours de soins des parturientes.

Le travail de terrain nous a également permis d'identifier les raisons majeures du phénomène de l'accouchement à domicile.

1 / LE PARCOURS DE SOINS DES PARTURIENTES A GAFSA ET A SIDI BOUZID

Au cours des focus groups, nous avons interrogé les femmes sur leur parcours de soins, c'est à dire la manière dont elles ont géré leur grossesse, à partir du moment où elles ont appris qu'elles étaient enceintes.

A / LES PRATIQUES PERINATALES

Nous étions particulièrement intéressé de comprendre le rapport des parturientes au système de santé durant la phase prénatale, l'accouchement et la période post-natale.

Les visites prénatales

Le travail de terrain nous a permis de vérifier que les pratiques périnatales semblent suivre une courbe descendante, la fréquentation des centres de soins déclinant à mesure que le temps s'écoule. Ainsi, la majorité des femmes interrogées déclarent se rendre au dispensaire local pour effectuer les premières visites prénatales, mais avouent ensuite un certain relâchement au fur et à mesure que la grossesse évolue.

Généralement, les femmes adhèrent au programme de visites prénatales, pour plusieurs raisons : d'abord, le dispensaire est relativement proche de leur domicile²⁰, et elles peuvent y accéder à pied. Il est vrai que certaines femmes interrogées doivent marcher plus de deux heures pour arriver au dispensaire le plus proche, mais les longues marches semblent

²⁰ Les dispensaires constituent la première ligne de la Santé de Base ; ce sont des structures simples, implantées en milieu rural, au plus proche des citoyens.

faire partie intégrante de leur quotidien (marcher pour aller au puits, marcher pour aller chez la voisine, marcher pour aller aux champs,...).

Par ailleurs, lors des premières visites prénatales, les parturientes sont encore dans une bonne forme physique, et peuvent marcher et travailler dans les champs. C'est à partir de la troisième visite qu'elles deviennent « lourdes²¹ » et renoncent à effectuer de longues marches²².

L'attrait des visites prénatales réside également dans le fait que les femmes « ne rentrent pas les mains vides » du dispensaire : l'infirmière leur remet toujours quelque médicament, un pansement, une bouteille d'eau,...

Enfin, le dispensaire est considéré comme un lieu de socialisation féminin, puisque la visite prénatale donne lieu à un contact avec d'autres parturientes, ce qui est l'occasion d'un échange d'expériences, de la prise de nouvelles de la communauté, ou simplement d'un repos dans un cadre agréable. Ces éléments peuvent sembler *a priori* anodins, mais nous aurons l'occasion de constater *infra* que leur absence en milieu hospitalier va plus tard jouer à l'encontre de l'accouchement en maternité.

Les parturientes ont également déclaré recevoir un bon accueil dans les dispensaires locaux. Ceux que nous avons visités sont tenus par des jeunes femmes, infirmières issues d'un milieu modeste, et en tous les cas socialement et culturellement proches des parturientes.

Le lieu de l'accouchement

Malgré un suivi prénatal plus ou moins régulier, les FAR invitées au focus group, et qui ont déjà accouché à domicile, ont affirmé, dans la majorité des cas, que leur prochain accouchement se fera probablement à la maison.

Ainsi, lors de la constitution des focus groups des deux villages du gouvernorat de Gafsa (Biyada et Bir Saad), il n'a pas été difficile d'inviter des femmes qui avaient accouché chez elles, au point qu'environ 80% des naissances du panel avaient eu lieu à domicile. Nous avons retrouvé à peu près les mêmes chiffres lors des focus group effectués à Jelma et à Rgueb, dans le gouvernorat de Sidi Bouzid. Certes, ces chiffres extrêmement élevés ne sont guère représentatifs de l'ensemble de la population des gouvernorats de Gafsa et Sidi Bouzid, mais ils démontrent bien l'existence de poches rurales dans lesquelles le phénomène de

²¹ Nous mettons sciemment entre guillemets les expressions redondantes, c'est-à-dire ressorties plus de cinq fois lors des focus group. Les termes et expressions d'intérêt ont été originellement formulés en langue arabe dialectale, nous les avons traduits pour faciliter la compréhension du texte.

²² Notons que l'expression « longue marche » couvre une réalité différente dans les campagnes, et dépasse largement ce qui est considéré comme tel dans les communautés urbaines.

l'accouchement à domicile semble concentré, et assurément bien ancré dans les mœurs locales.

Certaines femmes ayant participé aux focus group, plus éduquées et plus aisées, ont déclaré avoir fréquenté le système de santé public (dispensaire, ONFP, hôpital) depuis le jour où elles ont appris qu'elles étaient enceintes jusqu'à leur terme, avant de migrer ensuite brusquement vers le secteur privé, en choisissant d'accoucher dans une clinique.

Dans le cas de Sidi Bouzid, gouvernorat non doté de cliniques, ces femmes font même l'effort de se rendre dans un autre gouvernorat, ou bien prennent le risque d'accoucher dans un cabinet privé. Tant qu'il s'agit de suivi et d'analyses prénatals, ces parturientes s'accommodent avec les structures publiques, d'autant plus qu'elles sont moins coûteuses.

Toutefois, dès qu'il est question d'accouchement et de soumettre son propre corps à des médecins, elles préfèrent se rendre dans une structure privée, car elles y trouvent un meilleur accueil. L'expression : « on sait que le bon accueil des cliniques n'est pas sincère, c'est une question d'argent » revenait souvent dans les focus group.

Les visites post-natales

En général, après l'accouchement, les jeunes mères effectuent une seule visite postnatale, au quarantième jour après l'accouchement. Selon la tradition arabo-musulmane, les jeunes mères et leurs nouveau-nés doivent observer une période de quarante jours sans sortir du domicile. Cela explique en partie l'absence de visite post-natale au 8^{ème} jour, pourtant exigé par le programme national de périnatalité.

Les entretiens au cours des focus groups ont permis de constater que la délivrance du carnet de vaccination du nouveau-né, à l'occasion de la première visite post-natale, constitue un événement d'importance pour les jeunes mères. Nous savons par expérience que, bien souvent dans les milieux défavorisés, la matérialisation de la visite médicale, au travers de la remise d'une ordonnance, d'un carnet de rendez-vous, ou même d'une simple carte de visite, revêt un enjeu d'importance.

B / LES PERSONNES INFLUENTES DANS LE CHOIX DU LIEU DE L'ACCOUCHEMENT

Les personnes considérées comme influentes dans la prise de décision et le choix du lieu de l'accouchement sont la mère, la tante maternelle et la voisine. Ce sont ces mêmes personnes qui assistent la parturiente lorsque l'accouchement se fait à domicile.

Etonnement, la figure du mari était quasiment absente, son rôle se limitant à « se débrouiller une camionnette » pour assurer le transport vers l'hôpital²³. Une seule femme a souligné l'importance du rôle du mari, en déclarant avoir renoncé à effectuer une césarienne pour son sixième accouchement, suite au refus de son époux.

C / LA REPRESENTATION DU LIEU DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES PRESTATAIRES DE SANTE

Accoucher sans assistance médicale est un acte assurément risqué, et les parturientes que nous avons interrogées en sont pleinement conscientes. Les risques liés à l'accouchement à domicile nous ont été très largement confirmé par le personnel médical et paramédical.

Le principal risque réside dans les hémorragies, ainsi que les complications dues aux circonstances de l'accouchement (« gros bébé », mauvaise présentation du fœtus, hypertension de la mère, risques d'infection,...). Par ailleurs, les femmes qui accouchent à domicile s'avèrent plus souvent des multipares. En effet, nous avons constaté au cours des entretiens que les mères les plus attachées au principe de l'accouchement à la maison sont celles qui ont eu le plus grand nombre de grossesses dans le panel. Nous avons constaté ici un effet d'entraînement : lorsqu'un précédent accouchement à domicile s'est bien passé, la parturiente est encouragée à accoucher à nouveau à la maison.

Bien que rarement trop âgées, ces dernières présentent des risques de mortalité maternelle et néonatale. Certaines ont perdu un voire deux enfant, tandis que l'une d'elles a accouché d'un enfant handicapé.

Par ailleurs, nous pensons que le fait d'accoucher en milieu assisté est un moyen efficace de mettre en contact les FAR avec le système de santé sexuelle et reproductive. Par exemple, c'est dans le cadre des accouchements en maternité que s'est développée une pratique d'éducation sexuelle, voire de dépistages des cancers féminins. Plus généralement, le contact qu'entretiennent régulièrement les FAR urbaines avec le système de santé reproductive est une des raisons expliquant la surféminité de l'espérance de vie en Tunisie²⁴. En effet, les hommes sont moins enclins à fréquenter le système de santé d'une manière préventive, et sont donc davantage exposés à une mortalité précoce.

²³ La représentation que l'on se fait du milieu rural sur dimensionne l'image du mari et son rôle dans le noyau familial, lui donnant bien plus de pouvoir de décision. Ce paradoxe est probablement lié au fait que la femme rurale a plus souvent un accès exclusif au revenu, au travers d'une activité agricole ou artisanale, certes limitée, mais du moins à peu près régulière.

²⁴ Bouhdiba Sofiane, *La mortalité urbaine en Tunisie*, Centre de Publication Universitaire, Tunis, 2012, pp. 102-105.

Même si un contrôle médical poussé n'est pas systématiquement réalisé à l'occasion de tout accouchement, ce contact entre la jeune mère et le système de santé est une occasion unique de contribuer à améliorer la santé sexuelle et reproductive, au travers de conseils sur la contraception, sur les pratiques sexuelles, ou encore sur les traditions nuisibles, comme l'excision, le mariage *orfi*²⁵ ou la nuptialité précoce par exemple.

D / L'EXPLOSION DES CESARIENNES

Lors des focus groups, le terme « el amalya » (l'opération chirurgicale) ressurgissait systématiquement, pour désigner l'acte d'accouchement par césarienne. Cela a attiré notre attention, et nous avons choisi de consacrer un chapitre à ce phénomène.

Les accouchements par césarienne ont connu une forte augmentation, atteignant une moyenne de 26% dans le gouvernorat de Sidi Bouzid, et 38% à Gafsa. Nous sommes donc bien au-delà du seuil de 15% préconisé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)²⁶.

Nos entretiens avec les parturientes nous ont toutefois permis de distinguer deux types de césariennes. Il y a d'abord les césariennes décidées par le gynécologue, en cas de grossesse difficile (gros bébé, présentation par le siège, malformation utérine,...). L'augmentation du nombre de cas de grossesses difficiles est due au retard de l'âge au mariage²⁷, qui entraîne un recul mécanique de l'âge à la maternité. En effet, les professionnels de la santé considèrent qu'à partir de 35 ans une grossesse peut entraîner des complications.

Nous avons observé un deuxième cas d'accouchement par césarienne, dit « de convenance personnelle » : il s'agit d'une césarienne demandée - exigée - par la parturiente, par peur de l'accouchement. Ce phénomène existe partout dans le monde, et exprime une peur de la femme des douleurs de l'accouchement.

Toutefois, l'acceptation d'une césarienne de convenance personnelle ne devrait normalement aboutir qu'après un processus d'information/négociation, au cours duquel le personnel médical et paramédical tente de convaincre la parturiente d'accoucher naturellement.

Or, il semblerait que, dans la région d'étude, la demande de césarienne exprimée par la parturiente soit trop rapidement acceptée par le médecin²⁸. Sans aller jusqu'à évoquer l'expression « épidémie de la césarienne » employé par le Dr. Marleen Temmerman,

²⁵ Forme de mariage traditionnel et illégal, qui a resurgi avec la radicalisation d'une partie de la société tunisienne depuis l'avènement de la Révolution en 2011.

²⁶ Organisation Mondiale de la Santé, *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*, OMS, Genève, 2014, pp. 1-3.

²⁷ Les femmes se marient aujourd'hui en moyenne à l'âge de 30 ans en Tunisie (INS, ONFP).

²⁸ Faut-il le rappeler, la césarienne effectuée dans une structure privée coûte environ 1600 DT (650 €).

directrice du département Santé et recherche Génésiques à l’OMS, il semble évident qu’une véritable culture de la césarienne soit en train de se propager d’une manière insidieuse dans la région d’étude, même au plus profond des campagnes de Gafsa et Sidi Bouzid.

De nombreuses femmes interrogées ont ainsi avoué avoir eu recours à la césarienne dans le seul but d’éviter les douleurs de l’enfantement. De ce point de vue, la césarienne s’inscrit donc comme une alternative à la péridurale, qui semble ignorée par les femmes interrogées.

La question de la « douleur bénie par Dieu » n’est quasiment jamais ressortie dans les focus groups. Une seule femme du village de Biyada a déclaré que les douleurs de l’enfantement sont effectivement « un devoir de la croyante, un *thweb* », idée rapportée par son mari lors du prêche de la prière du vendredi. D’une manière générale, les entretiens n’ont pas fait ressortir l’aspect religieux comme un élément majeur dans la prise de décision et le choix du lieu de l’accouchement.

La peur des douleurs de l’accouchement est ainsi ressortie comme un élément majeur dans le choix de la pratique de la césarienne. Toutefois, les femmes interrogées ont précisé que cela n’était pas l’unique cause de leur choix. Beaucoup d’entre elles ont déclaré vouloir également « mettre fin au cauchemar administratif », qui était en quelque sorte intégré dans les « fatigues de l’enfantement ».

En effet, souvent lorsque la parturiente arrive à l’hôpital, pensant être prise en charge, le staff médical les informe qu’elles ne sont pas encore prêtes à accoucher, et leur demande de revenir. La perspective de refaire un long et coûteux trajet pour rentrer au village, doublée de l’absence de structures d’accueil dans ou à proximité de l’hôpital, les pousse ainsi à exiger un accouchement immédiat, fut-il au détriment d’une opération chirurgicale risquée.

Notons enfin pour clore ce chapitre qu’une seule femme a déclaré avoir demandé un accouchement par césarienne, pensant que cela était une forme de contraception²⁹.

Ainsi, on peut constater au terme de cette première réflexion, que le parcours de soins de la parturiente est caractérisé par des déplacements longs, fréquents et coûteux. Le transport et l’hébergement sur place constituent des problèmes majeurs, auxquels s’ajoutent l’accueil et la lourdeur administrative. Tout cela contribue à rendre le parcours difficile et décourageant, conduisant à des discontinuités, interruptions, voire des ruptures définitives de la fréquentation du système de santé public. Cela entraîne également des va-et-vient

²⁹ Il s’agit d’une multipare qui a voulu accoucher de son sixième enfant par césarienne. Son mari a finalement refusé.

désordonnés entre les systèmes de santé public et privé. Voyons à présent ce qu'il en est des déterminants de l'accouchement à domicile.

2 / LES DETERMINANTS DE L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE

Il semblerait que l'accouchement à domicile soit une pratique ancrée dans les mœurs de certaines communautés rurales à Gafsa et à Sidi Bouzid. Ce phénomène est mu par des ressorts d'ordre économique, social, culturel, religieux. Les focus groups et les entretiens avec des professionnels de la santé publique nous ont permis de dégager les principaux déterminants.

A / L'INTIMITE

Le *sotr* (intimité) est un mot qui ressortait régulièrement dans les focus groups. Les femmes préfèrent accoucher dans un milieu qui leur est familier, entourées de leurs proches, et en particulier leurs mère, tantes, voisines. C'est à peu près la même raison qui pousse aujourd'hui les habitants du milieu rural à préférer mourir chez eux, plutôt qu'à l'hôpital. De même que la mort institutionnalisée effraie encore les paysans tunisiens³⁰, il semblerait que la naissance à l'hôpital ait encore du mal à entrer dans les mœurs des campagnes.

Il faut noter ici que ce désir d'accoucher dans l'intimité de son « chez soi » est une pratique que l'on retrouve encore chez certaines parturientes en Europe ou aux Etats Unis. Le phénomène, qui pourrait être assimilé à une mode, y est désigné sous le terme de *cocooning*, pour désigner une attitude consistant à se trouver si bien chez soi que l'on ne veut pas sortir, même pour des actes d'importance, tels qu'accoucher³¹.

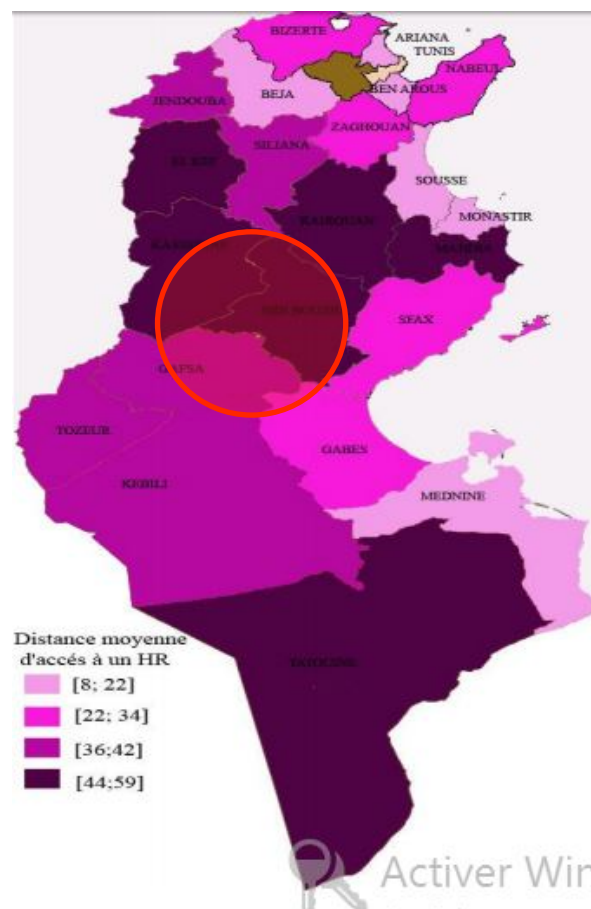
Concrètement, dans les conditions actuelles, le *sotr* ne saurait être garanti que par l'intervention d'un personnage, central dans les communautés rurales : la *qabla* traditionnelle, sorte de sage-femme rebouteuse, à qui l'âge avancé et le savoir empirique localement reconnu, semblent conférer un certain prestige. Il faut noter toutefois que ces femmes, âgées et non remplacées, sont aujourd'hui en voie de disparition. En tous cas, nous n'avons pas eu l'occasion d'en rencontrer au cours de notre travail de terrain.

³⁰ Bouhdiba Sofiane, *La mortalité urbaine en Tunisie*, Centre de Publication Universitaire, Tunis, 2012.

³¹ Notons que, au moment même où nous menions notre enquête à Sidi Bouzid, une gynécologue privée établie à Tunis, nous a informé du désir de l'une de ses patientes, de nationalité américaine, d'accoucher à domicile, quoique sous contrôle médical. Nous voulons simplement souligner ici que le phénomène du *sotr* n'est pas propre à une culture spécifique.

B / L'ÉLOIGNEMENT

Dans le gouvernorat de Gafsa, la distance moyenne à un hôpital régional est de 36 km, et à Sidi Bouzid elle est de 44 km³². On le voit sur la carte ci-dessous, notre région d'étude se caractérise par un éloignement important de la population des hôpitaux régionaux :



(Source : Ministère de la santé, Direction des études et de la planification, *Carte sanitaire 2011*, Tunis, mai 2013, p. 58)

Les villages que nous avons visités (Bir Saad et Biyada) sont proches des centres de soins de base de première ligne, les dispensaires. Les femmes peuvent donc y effectuer les contrôles prénatals nécessaires. Toutefois, les populations rurales sont éloignées des structures de soins équipées pour un accouchement, c'est-à-dire les hôpitaux. Si la décision est prise d'accoucher en milieu assisté, il faut donc nécessairement prendre la route.

³² Ministère de la santé, Direction des études et de la planification, *Carte sanitaire 2011*, Tunis, mai 2013, p. 58.

Or, l'état des routes varie grandement d'un village à l'autre : si certaines communautés sont desservies par des pistes en bon état et sont installées à proximité d'une route goudronnée, d'autres en revanche sont reliées par de longues pistes en très mauvais état, certaines n'étant plus entretenues depuis de nombreuses années.

Les cahots causés par les pistes peuvent occasionner de graves traumatismes chez une femme ayant entamé le travail, d'autant plus que les véhicules utilisés pour conduire les femmes à la maternité sont bien souvent anciens et en mauvais état, et en tous les cas non adaptés au transport d'une parturiente sur le point d'accoucher (pick-up de type Isuzu par exemple). Au cours des focus group, les femmes s'apparentaient d'ailleurs à des moutons lorsqu'elles évoquaient leur transfert à l'hôpital.

La piste menant au village de Bir Saad (Gafsa) par exemple, est située à une quarantaine de kilomètres de la route goudronnée de l'hôpital régional d'El Guettar. Cette route est apparemment en bon état, car peu fréquentée et hors du circuit des poids-lourds de la Compagnie des Phosphates de Gafsa (CPG), principale entreprise implantée dans la région³³. Il faut toutefois noter que même les routes qui semblent en bon état sont traversées par de nombreux lits d'oued, et deviennent systématiquement impraticables en cas de crue.

Il arrive souvent que, au gré des hésitations, des femmes se décident trop tard à se rendre à l'hôpital, et dans de tels cas elles accouchent en cours de route, dans des conditions dangereuses tant pour elles que pour leur progéniture. Parfois aussi, le travail commence tard dans la nuit, et le temps de trouver quelqu'un disposant d'une voiture, il est trop tard pour arriver à temps à l'hôpital.

Dans de tels cas, on se demande si un accouchement anticipé à domicile ne serait pas moins risqué qu'un accouchement en milieu assisté décidé trop tardivement. Lors d'un focus group à Jelma, une multipare a déclaré avoir accouché six fois à domicile, sans problème. Conseillée par les animatrices de l'ONFP, elle a ensuite accepté d'accoucher quatre fois à l'hôpital de Jelma, sans problème particulier. Toutefois, lors du 11^{ème} accouchement, suite à des complications, elle a été transférée à Sidi Bouzid, et a finalement accouché dans l'ambulance, avec de graves complications, l'enfant étant finalement né handicapé.

La conclusion de cette femme était : « Je n'aurais jamais dû écouter les animatrices de l'ONFP, j'aurais mieux fait de continuer à accoucher à la maison, comme pour mes autres enfants ». Certes, le handicap de l'enfant en question n'était guère lié à la décision

³³ Du fait de leur taille et leur poids, les camions de la CPG sont connus dans la région de Gafsa pour défoncer les pistes rurales.

d'accoucher à l'hôpital, mais le discours de la mère, amplifié d'un *douar* à l'autre, a dû certainement constituer un message favorisant largement l'accouchement à domicile.

Par ailleurs, il semblerait que la stratégie de s'y prendre à l'avance, et d'aller loger à proximité de la maternité, afin d'être sur place au moment d'accoucher ne soit pas concrètement envisageable. L'absence de proches vivant en milieu urbain, ainsi que les moyens limités³⁴, poussent les parturientes à se déplacer vers l'hôpital au tout dernier moment. Par ailleurs, le fatalisme et l'absence de culture de l'anticipation limitent les marges de manœuvre dans les foyers ruraux des régions que nous avons visitées.

Enfin, il faut noter que les routes rurales ne sont pas éclairées et ne sont pas bordées par des poteaux de protection de part et d'autres, ce qui rend la conduite nocturne périlleuse. De surcroît, certaines régions se trouvent à proximité des maquis tenus par les jihadistes, et de ce fait les personnes sollicitées de nuit pour conduire les femmes à l'hôpital, refusent souvent par peur d'être agressées. C'est le cas notamment de la délégation de Ben Aoun, qui connaît une certaine radicalisation, et où le taux d'accouchement à domicile avoisinerait³⁵ les 60%.

Du fait de l'éloignement, une parturiente doit donc sacrifier plusieurs journées pour se rendre à la maternité et y accoucher, ce qui représente autant de journées de travail perdues³⁶. Si elles se font accompagner par un adulte en âge de travailler, ce dernier devra également consentir à ce sacrifice économique.

Cette comptabilisation systématique des journées de travail est une préoccupation qui émergera souvent au travers des focus group. De nombreuses femmes multipares nous ont d'ailleurs avoué que, deux ou trois jours après la naissance, elles avaient déjà repris le travail aux champs, le nouveau-né étant confié à leur mère, ou parfois même simplement emmaillotté dans leurs propres vêtements.

Signalons pour clore ce chapitre sur les infrastructures que le réseau de téléphonie mobile ne fonctionne pas encore dans les villages éloignés, ce qui rend la communication et l'organisation des transferts vers les maternités aléatoire.

³⁴ Les parturientes ont du mal à collecter la somme nécessaire à l'accouchement, et les frais accessoires, tels que le logement, reste au-dessus de leurs moyens.

³⁵ Notez l'emploi systématique du conditionnel.

³⁶ Les femmes participant aux focus groups avaient d'ailleurs exigé une rémunération, afin de compenser leur journée de travail perdue aux champs ou à la maison.

C / LA REPRESENTATION NEGATIVE DE L'HOPITAL

Tous les focus group ont confirmé une image négative de l'hôpital. Plus concrètement, deux expressions ressortaient systématiquement au cours des entretiens : « le mauvais accueil » et « la corruption ».

Le mauvais accueil

En approfondissant la discussion, nous avons pu comprendre ce que signifiait concrètement le « mauvais accueil » aux yeux des parturientes. Cette expression générique couvre des réalités aussi diverses que la file d'attente, l'absence du premier échange verbal (« assalamou aleykoum³⁷ »), l'orientation hasardeuse, l'absence de salle d'attente, le système « il faut revenir », la froideur du personnel médical et paramédical, ainsi que le traitement « inhumain », l'expression ressortant systématiquement dans les focus group étant « nous étions traitées comme des animaux ». Un des problèmes majeurs soulevés par les parturientes mal accueillies était l'absence de salle d'attente, voir même de siège pour s'asseoir. Rappelons à ce propos qu'une femme enceinte ne peut supporter trop longtemps une station debout.

L'expression « Maqbara linnissa al hawamel » (cimetière des femmes enceintes) est même ressortie dans certaines discussions, pour désigner, d'une manière bien sinistre, le service de maternité de Sidi Bouzid. Les sages-femmes nous l'ont suffisamment rappelé, il suffit d'un décès maternel dans un service de maternité pour annuler plusieurs années d'efforts de la part du personnel tant médical que paramédical.

Les jeunes médecins sont considérés comme peu avenants et peu préoccupés par le confort de leurs patientes, tandis qu'une nostalgie des anciens médecins partis à la retraite a été constatée au cours des entretiens (« Dr. X était un vrai médecin, pas comme ces jeunes qui ne pensent qu'à l'argent »). D'une manière générale, les entretiens ont confirmé une certaine « indifférence routinisée » du gynécologue affecté à l'hôpital.

Cette attitude du médecin qui se retrouve face à des corps, et non plus à des personnes n'est toutefois pas spécifique à Gafsa et Sidi Bouzid, ni à la Tunisie, puisqu'elle a été largement traitée en sciences sociales, dans de nombreuses sociétés dans le monde, et dans divers contextes³⁸. Elle se traduit par exemple par la désignation des patientes sous des termes anonymes : « cas n°... ».

³⁷ Bonjour en arabe. Nous avons été surpris de l'importance que peut revêtir ce mot chez les parturientes.

³⁸ Voir par exemple Collins Harry, *Dissecting surgery : forms of life depersonalised*, in *Social studies of science*, volume 24, mai 1994, pp. 311-333.

D'une manière générale, l'anonymat qui semble caractériser l'accouchement en milieu hospitalier tranche avec le mode de vie rural basé sur l'échange et le partage, et décourage les parturientes à quitter leur domicile, fût-il réduit à une pièce délabrée, pour se retrouver dans un milieu urbain où elles n'ont aucun repère.

Cette attitude négative, tant décriée, du personnel tant médical que paramédical semblerait trouver ses racines dans le manque de ressources humaines, les bousculades récurrentes à l'accueil de l'hôpital, l'exiguïté et l'encombrement du service de maternité, et d'une manière générale dans le manque de moyens.

Par exemple, l'hôpital régional de Sidi Bouzid doit assurer, avec seulement trois gynécologues, les 7 000 naissances observées annuellement dans le gouvernorat³⁹. Par ailleurs, le manque récurrent de matériel oblige parfois les infirmières à placer deux parturientes dans un même lit, pratique d'urgence non recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Nous constatons également qu'il existe une certaine confusion entre le rapport thérapeute/patiente avec celui savant/analphabète. Le médecin omniscient, mis au contact d'une multipare qui songe déjà au 7^{ème} ou 8^{ème} enfant, ne peut qu'engendrer des réactions de condescendance, voire d'hostilité de la part du thérapeute, envers ce qu'il considère comme une pratique rétrograde.

Ces rapports ont peu à peu favorisé le développement d'une situation où la toute-puissance de l'hôpital dispense désormais les nouvelles générations de médecins d'assumer leur mission pédagogique. Cette dernière, récupérée par le personnel paramédical, par exemple les sages-femmes ou les animatrices de l'ONFP, est ensuite progressivement tombée en désuétude : au lieu de tenter de porter le savoir et la bonne pratique jusque dans l'intimité domestique des villages les plus éloignés, il devient facile de critiquer la femme rurale, coupable de son ignorance, de sa pauvreté, de sa multiparité.

Le mauvais accueil - que nous avons constaté de visu - dans les structures sanitaires s'explique également par une mauvaise gestion de la composition et de la rotation des équipes. C'est ainsi que le staff paramédical s'est souvent plaint que sa hiérarchie impose à des employés de travailler ensemble malgré de profondes divergences, ce qui finalement nuit à la bonne marche du travail.

³⁹ Contrairement aux autres gouvernorats, le secteur privé ne soulage pas le système de santé public à Sidi Bouzid. En effet, il n'y existe pas de clinique, quoiqu'une partie de ces naissances ait lieu d'une manière plus ou moins clandestine dans les quelque six cabinets privés de gynécologie de la ville.

La corruption

Par ailleurs, de nombreux scandales de corruption ont progressivement entaché la bonne réputation du système de santé public tunisien d'une manière générale, et les hôpitaux des régions rurales plus particulièrement. En effet, les médecins affectés dans des structures hospitalières éloignées, qui perçoivent un salaire très en deçà de leurs compétences⁴⁰, vivent dans des conditions difficiles, et sont parfois tentés de quérir des revenus supplémentaires auprès des patients. L'objet du présent rapport n'est pas de porter un jugement sur ces pratiques, toutefois il faut reconnaître que cela tend à aggraver une image déjà négative de l'Hôpital et du staff médical.

Les parturientes rurales, habituées à un environnement familial dans lequel l'argent circule peu, ont du mal à s'intégrer dans un environnement où tout doit systématiquement s'acheter. Par ailleurs, quelques femmes, plus instruites, ont déclaré que « puisqu'il faut de toutes façons payer, autant s'adresser directement à un cabinet privé de gynécologie⁴¹ ».

D / LE PERSONNEL HOSPITALIER

Le personnel hospitalier contribue à renforcer l'image négative qu'a la parturiente du service de maternité, pour deux raisons : d'abord, en raison du manque de personnel, ensuite du fait de certaines lacunes au niveau de sa formation.

Le manque de personnel

Nous avons constaté de visu le manque de personnel paramédical et surtout médical dans les gouvernorats de Gafsa et de Sidi Bouzid. A Sidi Bouzid notamment, seuls deux gynécologues exercent dans la santé publique, au sein de l'hôpital régional du chef-lieu de gouvernorat. La carte ci-dessous illustre bien le fait que les gouvernorats de Gafsa, mais surtout de Sidi Bouzid, souffrent d'un manque de gynécologues :

⁴⁰ Le salaire net d'un gynécologue de la santé publique avoisine les 2000 DT (800€), tandis qu'un spécialiste travaillant dans le privé peut espérer des revenus plusieurs fois supérieurs. Par ailleurs, le fait d'être affecté dans un hôpital d'une région rurale, dont la population est peu solvable, prive le médecin de revenus complémentaires honnêtes.

⁴¹ La pratique de l'accouchement dans un cabinet privé, bien qu'interdite, est admise à Sidi Bouzid, du fait de l'absence de cliniques.



(Source : Ministère de la santé, Direction des études et de la planification, *Carte sanitaire 2011*, Tunis, mai 2013, p. 94)

Ce qui a particulièrement retenu notre attention, c'est que cette information circule jusque dans les *douars* les plus reculés. C'est ainsi que dans les focus groups, toutes les femmes savent « qu'il y a un seul médecin à l'hôpital de Sidi Bouzid », et « qu'il y a aussi une Chinoise⁴² ».

C'est ainsi que de nombreuses femmes des villages des délégations de Jelma et Rgueb préfèrent accoucher à domicile car elles savent pertinemment que l'hôpital manque de ressources humaines pour s'occuper d'elles « comme il faut ». La logique qui prédomine chez les parturientes, et qui est nettement ressortie au travers des focus groups, est qu'il faut finalement choisir entre deux maux : l'accouchement à domicile avec ses risques (qu'elles

⁴² Une équipe de médecins chinois, dont une gynécologue, a été affectée à l'hôpital régional de Sidi Bouzid, et y travaille avec l'assistance d'un interprète. Un gynécologue bulgare y travaille également, l'équipe étant parfois renforcée par un quatrième spécialiste privé, conventionné avec l'hôpital.

reconnaissent d'ailleurs), et l'accouchement à l'hôpital, certes bien équipé, mais où « le médecin⁴³ n'a pas le temps ».

La formation du personnel

Au vu des cadres du ministère de la Santé Publique que nous avons contactés, globalement le personnel médical et paramédical serait plutôt bien formé sur le plan technique. Il semblerait que ce soit plutôt sur le plan psychologique que des lacunes existent. En particulier, le personnel chargé de l'accueil et de l'orientation des parturientes semble avoir du mal à gérer son stress, ce qui se traduit par des scènes régulières de violence hospitalière. Des sages-femmes de Sidi Bouzid ont même rapporté des cas de parturientes hystériques menaçant de s'immoler par le feu.

Les supérieurs hiérarchiques, chargés notamment de l'organisation des équipes paramédicales, semblent par ailleurs manquer d'organisation, et accusent des lacunes en matière de connaissances en Gestion des Ressources Humaines (GRH).

E / LA REPRESENTATION DE L'ACCOUCHEMENT EN MILIEU ASSISTE

Certains focus group ont permis de constater que l'accouchement en milieu assisté procède d'une stratégie ostentatoire : les femmes ayant accouché à l'hôpital affichent ainsi, non sans fierté, une certaine supériorité socio-économique (« J'ai de l'argent, je peux aller à l'hôpital »). En guise de réponse, les femmes ayant accouché à domicile mettent en avant leur supériorité physique et leur « gaillardise » : « Mon corps est robuste, je suis capable d'accoucher toute seule, chez moi ».

Cette réappropriation de l'accouchement en milieu assisté à de fins ostentatoires a été confirmée par les sages-femmes interrogées. Certaines sages-femmes ont ainsi assimilé la représentation de l'accouchement à l'hôpital chez les parturientes à « la consommation de lait en poudre et de petit suisse » : ces habitudes, assez peu usuelles en milieu rural, semblent servir de marqueur social chez certaines parturientes rurales⁴⁴.

⁴³ Dans les discussions, il était souvent fait abstraction de la gynécologue chinoise, comme si elle n'existait pas.

⁴⁴ Le même phénomène est observé en milieu urbain, en ce qui concerne par exemple le choix de l'école des enfants : inscrire son enfant dans une école privée est ainsi un moyen de revalorisation.

G / LA PAUVRETE ET L'ABSENCE DE COUVERTURE SOCIALE

Il est généralement admis que l'accouchement en milieu hospitalier est un acte gratuit, ou du moins quasi gratuit. Il faudrait toutefois relativiser cette idée. D'abord, l'acte n'est gratuit que pour certaines catégories de personnes, porteuses du « carnet blanc⁴⁵ », comme par exemple, les bénéficiaires de l'Assistance Médicale Gratuite de type I (AMG I), les handicapés nécessiteux, les personnes considérées vulnérables,....

Quant aux parturientes détentrices du « carnet jaune⁴⁶ », qui bénéficient de l'Assistance Médicale Gratuite de type II (AMG II), elles doivent tout de même s'acquitter de la somme non négligeable de 80⁴⁷ Dinars Tunisiens (DT)⁴⁸. Quant aux parturientes, nombreuses, qui ne bénéficient d'aucune couverture sociale, elles doivent payer de 150 DT à 300 DT à l'hôpital⁴⁹, selon le type d'accouchement (par voie basse naturelle ou par voie de césarienne).

L'accouchement à domicile concerne principalement des femmes qui n'ont pas les moyens de prendre en charge un déplacement vers une structure de soin, et encore moins les frais liés à l'accouchement. Ces mêmes femmes ne bénéficient pas d'une couverture sociale, soit parce que ni elles ni leurs époux ne sont actifs⁵⁰, soit parce qu'elles exercent une activité agricole ou artisanale non déclarée, donc sans couverture sociale.

Certaines de ces femmes ne sont pas non plus titulaires d'une carte d'AMG I, car elles ignorent tout des procédures, ou ont déjà tenté par le passé de l'obtenir, sans y parvenir. De nombreuses femmes se sont ainsi plaintes de la lourdeur des procédures pour obtenir le « carnet blanc ». Il faut noter que certaines femmes ne disposent même pas de carte d'identité nationale, ce qui les exclut davantage de la société.

Par ailleurs, de nombreux frais doivent être pris en considération en sus des frais médicaux, et en particulier le déplacement du village vers l'hôpital, les frais d'ambulance en

⁴⁵ Désignation populaire du Carnet AMG I, qui donne droit à la gratuité des soins, sans que le bénéficiaire n'ait à payer, ni le droit annuel d'affiliation au régime de l'assistance médicale gratuite, ni la contribution ultérieure aux frais de soins et d'hospitalisation. Ce type de couverture concerne les familles nécessiteuses telles que recensées par le ministère des Affaires Sociales.

⁴⁶ Désignation populaire du Carnet AMG II, qui donne droit à la gratuité des soins avec une contribution aux frais de chaque consultation et hospitalisation. Ce type de couverture concerne les familles qui ne bénéficient pas de carte AMG I et dont le revenu familial est inférieur ou égal au SMIG (338 DT pour les salariés du régime 48 heures en 2016, soit environ 135€ au 18 septembre 2016).

⁴⁷ Pour avoir un ordre de grandeur, il faut savoir que le salaire journalier d'une ouvrière agricole est de 10 DT (4€). Le coût de l'accouchement représente ainsi huit fois le salaire journalier.

⁴⁸ 32€ au 18 septembre 2016.

⁴⁹ 160€ au 18 septembre 2016.

⁵⁰ Ce sont surtout les habitants de la zone minière de Gafsa, qui sont souvent employés dans la Compagnie de Phosphate de Gafsa, qui bénéficient d'une couverture sanitaire.

cas de transfert vers une autre maternité, certains médicaments, les frais de logement, la nourriture, les couches,...

Même si les cas les plus vulnérables sont parfois pris en charge par le personnel médical et paramédical, qui organise des collectes, il faut reconnaître que l'accouchement n'est jamais véritablement gratuit, ni même peu coûteux. Ce point a été systématiquement soulevé par les parturientes au cours des focus groups. Même si aucune référence n'a été directement faite au slogan de l'OMS « La santé pour tous », les parturientes ont clairement dénoncé que la santé reproductive (les femmes ont plutôt parlé de santé d'une manière générale) est un droit dont elles devraient bénéficier en tant que citoyenne, même si elles sont « rurales, pauvres, et ignorantes ».

Troisième partie
RECOMMANDATIONS

Au terme de ce travail de recherche, nous avons été en mesure de dégager deux types de recommandations qui pourraient contribuer à rendre le parcours de soins des parturientes moins chaotique, tout en réduisant le phénomène de l'accouchement à domicile : certaines ont une portée limitée, et visent à apporter une réponse immédiate et des résultats concrets à court terme. D'autres en revanche, s'inscrivent davantage dans le long terme, et nécessitent un travail en profondeur afin d'adapter les structures hospitalières aux besoins des parturientes, tout en changeant les mentalités rurales.

1 / RECOMMANDATIONS A COURT TERME

Nous avons eu l'occasion de le souligner au début de ce rapport, l'accouchement à domicile est une pratique traditionnelle qui comporte des risques létaux tant pour la mère que pour l'enfant. Cette situation appelle donc la prise de mesures concrètes immédiates. Nous en proposons quelques-unes, avant de proposer, dans un second temps, des solutions à plus long terme.

A / LE TRANSFERT DES PARTURIENTES

La question du transport est ressortie comme un frein majeur à l'accouchement en milieu hospitalier. Il faudrait donc organiser le transfert des parturientes - celles qui sont d'accord bien évidemment - habitant les zones prioritaires éloignées, par exemple Bir Saad à Gafsa, pour les conduire à la maternité.

Il faut reconnaître que cette idée n'est pas nouvelle : en 1985 déjà, un colloque national organisé par l'ONFP avait émis la recommandation suivante, qui n'avait alors pas attiré l'attention des décideurs politiques : « L'organisation des structures de soins curatifs et préventifs au niveau régional et local pour une meilleure liaison entre les centres de prévention et les centres d'accouchement, une amélioration des moyens de transport des parturientes, la généralisation et la standardisation des échanges d'information médicale sur les patientes transférées,...⁵¹ ». Il serait souhaitable ici de reconsidérer cette idée, d'autant plus que cela démontre bien que nous sommes ici en présence d'un problème clairement identifié.

La région de Guettar avait d'ailleurs bénéficié d'un tel programme d'assistance au transport, initié durant trois ans par l'ONFP, en 2009 : les FAR considérées comme des cas

⁵¹ Office National de la Famille et de la Population, *La fécondité en Tunisie. Situation actuelle et perspectives. Actes du colloque national des 29-30 avril 1985*, ONFP, Tunis, 1985, p. 153.

sociaux de Bir Saad étaient ainsi acheminées vers la maternité de l'hôpital de Guettar dans les véhicules de l'ONFP. Soulignons ici que l'ONFP est bien mieux équipée que la DSSB, car elle dispose de moyens logistiques plus importants. Son parc comprend des véhicules tout-terrains capables de traverser les oueds par temps de pluie, par exemple. A ce propos, le staff de l'ONFP de Gafsa a souligné que, « si on vient chercher les femmes, elles n'opposent aucune objection à accoucher à l'hôpital ».

Nous sommes bien conscients qu'une telle action nécessite des moyens financiers et des ressources humaines conséquentes. Pour assurer la pérennité de ce programme, il faudrait le limiter aux cas les plus nécessaires. C'est pourquoi un travail d'identification préalable des parturientes les plus vulnérables est nécessaire.

Par ailleurs, ce programme doit nécessairement faire appel à la participation du tissu associatif. Une des clés de sa réussite consiste à identifier une ONG équipée d'un véhicule, qui puisse se spécialiser dans le suivi et le transport des parturientes de leurs villages vers la maternité, au moment voulu. Une autre solution serait que l'ONG se charge uniquement du suivi des parturientes, et que le transfert de ces dernières soit confié à des bénévoles disposant de leur propre véhicule.

Il serait alors possible de mettre en place des équipes tournantes de citoyens volontaires qui s'engageraient à tout de rôle à transporter les parturientes vers l'hôpital lorsqu'on les contacte par téléphone. L'ONG partenaire serait alors chargée uniquement de maintenir le contact avec les parturientes, et d'organiser un système de rotation, calqué sur le principe des gardes téléphoniques.

De telles entreprises ont été mises en place avec succès dans des pays culturellement proches. Au Maroc par exemple, l'association *Connaissances Médicales sans Frontières* (COSAF) gère un service d'ambulance gratuit pour le transport médical urgent des femmes enceintes, afin de lutter contre la mortalité maternelle et infantile dans les régions rurales de Chemaia et Sidi Chiker.

En Algérie, dans un contexte quelque peu différent, l'association *El Badr* dispose de deux véhicules pour le transport gratuit des malades du centre d'hébergement vers le Centre Anti Cancer de Blida et le Centre de Radiothérapie d'Ouled Yaich. Il est donc possible de s'inspirer de ce que font nos voisins pour rapprocher les centres de soins spécialisés des citoyens ruraux.

B / L'HEBERGEMENT DES PARTURIENTES IN SITU

Nous avons identifié le logement des parturientes en attente d'admission à l'hôpital comme un frein à l'accouchement en milieu hospitalier. C'est pourquoi nous recommandons deux mesures concrètes afin de loger les femmes enceintes qui sont quasiment arrivées à leur terme :

Le logement dans les hôpitaux

Bien souvent, les parturientes se présentent aux portes de l'hôpital pour accoucher, et on leur demande de revenir car « il n'y a pas de lits disponibles ». Il est vrai que les maternités sont parfois encombrées au point que chaque lit doit accueillir deux femmes. Toutefois, il est possible d'accueillir les parturientes quelques jours dans un autre service ne comportant pas de risques d'infections nosocomiales, comme les services ophtalmologiques par exemple.

Par ailleurs, comme on le constate dans le tableau ci-dessous, la rotation des patients dans les hôpitaux de Sidi Bouzid se traduit par une très large sous-occupation des lits. Il serait donc possible d'héberger les parturientes dans les hôpitaux de circonscription de Bir Hfay, Mezouna ou Meknassy, dont la majorité des lits sont vides. Il existe ici clairement une mauvaise gestion des capacités d'accueil au niveau régional, qu'il serait possible de résoudre simplement, au travers d'une meilleure communication entre les structures hospitalières de la région.

Indicateurs d'activité

Hôpitaux	Lits autorisés	Durée moyenne de séjour (jours)	Taux d'occupation des lits (%)
Hôpital régional Sidi Bouzid (2013)		3.8	57
Hôpital de circonscription Regueb (2011)	32	3.4	72
Hôpital de circonscription Ouled Haffouz (2011)	20	3.7	43
Hôpital de circonscription Bir Hfey (2011)	12	1.4	16
Hôpital de circonscription Mezzouna (2011)	20	3.5	16
Hôpital de circonscription Ben Aoun (2011)	20	2.3	23
Hôpital de circonscription Maknassy (2011)	34	3.2	17

(Source : Ministère de la santé publique, *Les services de santé dans le secteur public en chiffres*, 2013)

Les foyers d'accueil des parturientes

Nous recommandons également la mise en place de foyers d'accueil de parturientes, sortes de ponts entre l'hôpital et la maison. Concrètement, il s'agit de créer des structures d'accueil à proximité immédiate de l'hôpital. Cela permettrait de retenir sur place les

parturientes venues accoucher, mais à qui on a demandé de revenir dans quelques jours pour accoucher. Il n'est pas nécessaire que cette structure d'accueil soit médicalisée, l'essentiel est qu'elle soit à proximité de la maternité. Pour assurer la pérennité du mécanisme, le coût du logement devrait être pris en charge par des associations locales, ou entrer dans le cadre d'un projet municipal géré par la ville.

De cette manière, les femmes resteront sur place quelques jours de plus, au lieu de retourner accoucher à domicile ou d'exiger une césarienne aussi inutile que risquée. Par ailleurs, en sachant qu'elles peuvent bénéficier d'une structure d'accueil à visage humain, les femmes des villages éloignés ne seront plus traumatisées par la perspective d'être « traitées comme des animaux⁵² ».

Comme en ce qui concerne le transport des parturientes, il faudrait engager un partenariat avec des associations. L'Association Tunisienne de Lutte contre le Cancer (ATLC) par exemple, a installé un local destiné à héberger 25 patients venus de l'intérieur du pays pour effectuer un traitement chimiothérapique à Tunis. Le local, dénommé « *Eddar*⁵³ », se situe en face de l'hôpital de cancérologie Salah Azaiz à Tunis⁵⁴. D'autres foyers similaires ont été créés à Sfax, en Algérie, en Turquie et au Sénégal.

Il est également possible de s'inspirer de ce que font les autres pays du Maghreb qui souffrent de problèmes similaires. Au Maroc par exemple, l'Association *Jannat* nourrit et loge gratuitement les femmes atteintes de cancer venues des campagnes vers Rabat pour suivre leur chimiothérapie à l'hôpital Moulay Abdallah⁵⁵. Durant leur séjour, les femmes bénéficient même d'un suivi de la part d'une psychologue, ainsi que d'une navette gratuite qui assure leur transport.

Il faudrait commencer par identifier des associations qui aient les moyens matériels et humains de gérer l'accueil provisoire des parturientes venues des villages, le temps pour elles d'être finalement acceptées dans la maternité. L'objet de cette action est d'éviter que les femmes refusées d'accès, et qui n'ont pas les moyens de rester sur place, ne retournent au village pour y accoucher. Le dispositif vise également à réduire la demande en césariennes de convenance, puisque les parturientes n'auront plus besoin « d'accoucher pour en finir ».

⁵² Situation qu'il nous été donné de vérifier de visu à l'hôpital de Sidi Bouzid, institution qui bénéficie pourtant du statut d'hôpital régional.

⁵³ La maison en arabe

⁵⁴ Les patients, parfois également l'accompagnant, sont hébergés gratuitement dans des chambres collectives. L'association fournit draps et couvertures, ainsi que quelques produits d'hygiène. Le petit déjeuner et le déjeuner sont préparés sur place par les patients, parfois offerts par une chaîne de bénévoles. Le dîner est livré par une association de bienfaisance. Le ménage est assuré quotidiennement par le personnel du foyer.

⁵⁵ La capacité d'accueil est de seulement 14 femmes, mais une rotation bien gérée permet d'assurer une place à l'ensemble des femmes venues faire leur traitement.

Ces foyers d'accueil peuvent également héberger, au besoin, les femmes dont le risque d'accouchement dystocique est élevé (anciennes césariennes, enfant précédent mort-né ou handicapé, grossesse gémellaire, petite taille de la mère, rupture prématurée de la poche des eaux,...). Ces femmes pourraient être hébergées à partir de 38 semaines d'aménorrhée en attendant la survenue de l'accouchement et leur admission à l'hôpital.

Les associations locales, ayant des capacités de mobiliser des moyens, devraient être capables d'assurer la pérennité d'un tel projet. Par ailleurs, s'agissant ici de services de type « assistance sociale », il est important que l'ONG qui aurait en charge les locaux impose la discipline nécessaire pour éviter leur dégradation. Il faudrait également que l'ONG dispose des ressources humaines nécessaires pour gérer les tensions sociales, qui accompagnent inévitablement la cohabitation de femmes épuisées et stressées par la proximité de leur accouchement.

C / LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT EN MILIEU ASSISTÉ

Nous avons eu l'occasion de le constater au cours des focus groups, trop peu de femmes ont la chance de bénéficier d'une prise en charge de leur accouchement, ce qui les a d'ailleurs poussées à accoucher chez elles. Pourtant, la plupart des femmes que nous avons rencontrées sont de véritables « cas sociaux », cumulant pauvreté extrême, analphabétisme, famille nombreuses, problèmes physiques,... et mériteraient largement d'être prises en charge. La question qui nous est venue à l'esprit en discutant avec certaines femmes était : « si ces femmes bénéficient pas du dispositif gouvernemental de prise en charge, alors qui l'est ? ».

Pour remédier à cet état de fait, il faudrait faciliter les procédures administratives pour les femmes rurales en ce qui concerne l'obtention d'une carte d'identité nationale, ainsi que l'obtention du statut d'AMG I. Trop de femmes ignorent encore jusqu'à l'existence de ce statut, ainsi que les moyens d'en bénéficier.

Un accompagnement est d'autant plus nécessaire que les femmes en question sont très faiblement éduquées, voire analphabètes, et n'ont certes pas les capacités intellectuelles de remplir les formalités administratives nécessaires.

En 2009, l'ONFP avait lancé un programme national de visites à domicile pour les femmes les plus vulnérables, au terme desquels les animateurs délivraient des cartes de soins spéciales permettant aux parturientes les plus pauvres d'être transférées gratuitement en ambulance vers la maternité, et d'y accoucher gratuitement. Ce programme avait duré trois

ans, mais avait fini par être abandonné faute de moyens. Les sages-femmes ayant participé au projet ont souligné la bonne adhésion des parturientes, prouvant que l'aspect économique jouait finalement un rôle majeur dans la décision d'accoucher à domicile.

Nous recommandons de relancer ce programme, en mettant les moyens nécessaires pour que l'hôpital puisse prendre en charge gratuitement une sélection de parturientes vulnérables, inscrites sur une liste convenue. Pour assurer la pérennité d'un tel programme, il faut éviter les erreurs du passé et s'assurer au préalable de l'appui financier d'une ONG.

Enfin, en ce qui concerne les femmes qui travaillent comme ouvrières agricoles journalières, ou celles qui travaillent pour leur propre compte dans l'artisanat⁵⁶, un travail d'accompagnement pour l'acquisition d'une couverture sociale s'avère nécessaire⁵⁷. Le problème qui se pose ici est d'ordre juridique : l'affiliation à un système de sécurité sociale exige un minimum de 45 jours de travail effectif par trimestre, alors que les femmes rurales actives travaillent en moyenne seulement 35 jours par trimestre en Tunisie⁵⁸.

Elles sont donc systématiquement et injustement exclues du bénéfice de la protection sociale. Il faudrait également tenir compte du morcellement de cette période de travail trimestrielle entre plusieurs employeurs différents, ce qui interrompt les procédures de déclaration de la part des employeurs.

Il faudrait donc simplifier les procédures d'affiliations au régime de protection sociale, par exemple en abaissant le seuil minimum légal de 45 jours à seulement 35 jours par trimestre. Une autre solution serait de mettre en place des coopératives au niveau des villages, afin de regrouper les femmes au sein d'un seul et même employeur, et bénéficier ainsi d'une couverture sociale effective. De cette manière, la perspective d'une prise en charge par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) encouragerait les parturientes, même les plus vulnérables, à accoucher en milieu hospitalier.

Dans tous les cas, étant donnée la complexité de la législation, et la grande distance physique et culturelle qui sépare les femmes rurales actives des bureaux de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), un accompagnement des femmes s'avère nécessaire pour obtenir une couverture sociale adéquate.

⁵⁶ Dans le village de Biyada par exemple, toutes les femmes ont déclaré posséder un métier à tisser, qui leur permet de fabriquer des *baknhoug*, tapis traditionnels typiques de la région.

⁵⁷ Un dispositif spécial, peu connu, permet aux citoyens travaillant pour leur propre compte de faire une auto-déclaration au système de sécurité sociale.

⁵⁸ Ben Abdallah Mohamed Hédi, *Le régime général de la sécurité sociale en Tunisie*, Tunis, 2004.

D / COMMUNICATION ET VISIBILITE

Il faudrait élever le débat sur l'accouchement à domicile à un niveau national, voire régional, maghrébin par exemple. Nous proposons par exemple l'organisation d'une conférence nationale sur le thème de l'accouchement à domicile en milieu rural, qui serait ouverte aux universitaires, à la société civile, mais également aux acteurs du ministère de la Santé Publique.

En se donnant les moyens d'échanger des idées et des retours d'expérience, des éléments de solution ne manqueront certes pas d'émerger. Il serait également possible de s'inspirer des solutions mises en place dans d'autres pays culturellement proches.

Par exemple, les actions d'assistance au transport et à l'hébergement des parturientes rurales, mises en place dans des pays culturellement proches comme l'Algérie ou le Maroc, sont totalement ignorées dans le milieu médical tunisien, alors qu'elles pourraient faire l'objet d'un échange d'expérience, dans une perspective de « listen and learn ».

E / LA REVALORISATION DU ROLE DU PERSONNEL HOSPITALIER

Le travail de terrain a clairement démontré que le manque chronique de gynécologues dans les services publics de maternité était à l'origine du peu d'attrait exercé par l'hôpital sur les parturientes. Il conviendrait donc de revaloriser le rôle joué par le personnel hospitalier, médecins généralistes et sages-femmes, qui pourraient pallier plus efficacement l'absence des spécialistes.

Le médecin généraliste

Le médecin généraliste affecté à l'hôpital pourrait jouer un rôle bien plus important. Sa formation et son expérience devraient lui permettre de seconder plus efficacement le médecin gynécologue, et notamment lorsque les spécialistes manquent, comme c'est le cas à l'hôpital régional de Sidi Bouzid. Par exemple, les médecins généralistes pourraient être autorisés à faire des échographies, au même titre que les gynécologues et les radiologues.

Dans un contexte de ressources humaines limitées, il convient de mieux exploiter les compétences disponibles, même si cela risque de soulever quelques objections de la part des spécialistes. Il faut garder à l'esprit que l'intérêt général doit toujours primer les intérêts particuliers.

La sage-femme diplômée

La sage-femme constitue également une ressource encore très largement sous-exploitée dans le milieu médical tunisien. En 2014 déjà, une étude menée conjointement par le ministère du Développement et de la Coopération Internationale et le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) avait conclu que « Le rôle de la sage-femme dans la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle se trouve être de nouveau au centre des débats nationaux en sa qualité de ressource humaine jusque-là essentielle dans la réussite des politiques de santé maternelle, néonatale et infantile qui se sont succédées depuis 1956. Les succès notoires et respectifs du programme national de planification familiale puis du programme national de périnatalité en sont des illustrations concrètes⁵⁹ ».

Il semblerait toutefois que cette recommandation soit restée lettre morte, puisque il nous est apparu que la sage-femme tunisienne est un personnage de premier plan, dont les capacités sont encore malheureusement largement sous-exploitées. En effet, la *qabla*⁶⁰ se trouve au cœur de la problématique de l'accouchement à domicile. A mi-chemin entre le thérapeute et l'assistance sociale, elle détient un savoir-faire médical indéniable, tout en restant socialement et culturellement proche des parturientes.

Les femmes interrogées dans les focus groups se sont ainsi déclarées bien plus proches et confiantes envers les sages-femmes qu'envers les médecins. Or, nous l'avions souligné *supra*, le fossé séparant la FAR, analphabète et rurale, du médecin gynécologue, urbain⁶¹, instruit et éduqué, constitue un frein majeur à l'accès des parturientes à la maternité.

Nous ne saurions trop insister ici sur la nécessité de revaloriser le statut de la sage-femme et développer ses capacités en matière d'accouchement à domicile. A titre d'exemple, les sages-femmes ne sont pas autorisées à effectuer des échographies. Or, dans le contexte de rareté des ressources humaines que nous avons décrit précédemment - manque de gynécologues permanents à l'hôpital - cela ne peut que porter préjudice au bon fonctionnement de la maternité.

Nous proposons également de revoir le cadre juridique réglementant l'activité des sages-femmes en Tunisie. Il faudrait, notamment autoriser le statut de sage-femme privée,

⁵⁹ Ministère du Développement et de la Coopération Internationale, *La sage-femme en Tunisie. Acquis, Défis et Perspectives*, Tunis, 2014, p. 19.

⁶⁰ Sage-femme en arabe.

⁶¹ Prendre ce mot au sens, difficilement traduisible de « *weld el medina* » (issu de la ville), expression ressortie dans les focus groups, pour faire allusion à un mode de vie et de penser moderne, émancipé, et dénué d'empathie tant cognitive qu'émotionnelle.

pour les seules sages-femmes diplômées de l'université⁶². Ces dernières pourraient alors à se déplacer à domicile et gérer les accouchements qui ne comportent pas de risque particulier. A défaut de déplacer la parturiente rurale vers la maternité, c'est la sage-femme qui irait vers la parturiente rurale. Il faudrait toutefois que, dans ses statuts, la sage-femme privée soit conventionnée à la CNAM, afin que son acte et ses frais de déplacement dans les campagnes soient ultérieurement remboursés par la sécurité sociale.

Ainsi, à défaut de disposer d'un plus grand nombre de spécialistes dans les hôpitaux de Gafsa et de Sidi Bouzid, le transfert d'une partie des responsabilités du gynécologue vers la sage-femme nous semble une alternative non dénuée de sens, et tout à fait adaptée à la réalité du terrain.

Concrètement, cela ne pourrait se faire qu'au travers d'une franche révision de la législation⁶³ et une formation plus adaptée des sages-femmes, lui conférant davantage de responsabilités médicales⁶⁴. Cela permettrait également de soulager la pression qui pèse sur les quelques gynécologues affectés dans les hôpitaux de la région.

F / LA SECURISATION DES ACCOUCHEMENT A DOMICILE

Si le transfert vers l'hôpital pose des problèmes si aigus, et puisqu'il existe parallèlement une bonne adhésion des populations rurales à l'accouchement à la maison, une solution envisageable serait de raisonner inversement et songer à sécuriser l'accouchement à domicile.

Il serait possible de s'inspirer du modèle français, même si les déterminants de l'accouchement à domicile y sont parfois différents⁶⁵. En France, 1% des couples opte pour l'Accouchement Assisté à Domicile (AAD). Aux Pays-Bas, cette proportion atteint 30%.

Selon cette procédure un peu atypique, si les circonstances de la naissance ne présentent pas de risque particulier (gros bébé, position du bébé par le siège, grossesse gémellaire, naissances multiples, diabète, hypertension, antécédents de césarienne,...), les parturientes ont la possibilité de constituer un dossier médical et préparer en toute sécurité un

⁶² Au Maroc par exemple, les sages-femmes privées sont autorisées à ouvrir leurs propres cabinets.

⁶³ Le profil de poste de la sage-femme a été fixé par le ministère de la Santé Publique en 1985, et resté inchangé depuis.

⁶⁴ La DSSB et le Centre de Formation Internationale et de Recherche en Santé de la Reproduction (Office National de la Famille et de la population) proposent bien des cycles de formation réguliers aux sages-femmes. Toutefois, ces programmes concernent essentiellement l'introduction ou l'actualisation de pratiques nouvelles en santé de la reproduction.

⁶⁵ Les mères françaises qui accouchent à domicile le font par choix, dans une perspective de cocooning et de rapprochement de leur enfant, ainsi que dans le cadre d'un « retour vers la nature ».

projet de naissance dans une maternité, pour y être transférée en urgence s'il y avait la moindre complication durant l'accouchement. Le dispositif nécessite donc qu'un transfert en urgence dans une maternité qui a la capacité d'intervenir immédiatement si nécessaire, soit possible à tout moment.

Par ailleurs, les dispensaires ruraux devraient être équipés pour assurer un accouchement dans des conditions acceptables, et devenir ainsi plus qu'une simple « première ligne ». L'hygiène, point d'orgue de nombreuses institutions en Tunisie, devrait y être plus rigoureusement contrôlée⁶⁶.

L'idée que nous soutenons ici est que, si la parturiente doit de toutes manières accoucher à domicile, autant investir pour réduire les risques qui y sont associés. Après tout, il vaut mieux accoucher dans un dispensaire rural plus ou moins équipé et propre, que dans un *gourbi*⁶⁷ sale et sans eau courante, à même le sol.

2 / RECOMMANDATIONS A LONG TERME

Si ces mesures peuvent aujourd'hui contribuer à limiter dans l'immédiat les décès maternels et néonataux dus à l'accouchement à domicile, en revanche à long terme il faudrait mettre en place une stratégie raisonnée, qui s'appuie sur quelques axes clés. Nous en proposons quelques-unes.

A / L'AMELIORATION DE L'INFRASTRUCTURE

Afin de faciliter l'accès des parturientes aux structures hospitalières, il faudrait réaménager certaines pistes rurales, voire construire des tronçons de routes, afin de bénéficier d'économies d'échelle et rentabiliser les structures de soins existantes. Il faudrait également penser à construire des ouvrages permettant de traverser certaines portions de routes asphaltées, car leur dénivellement ne permet pas le passage des véhicules en cas de fortes pluies.

Par exemple, nous avons constaté de visu que la route menant Bir Saad à l'hôpital d'El Guettar était de bonne qualité, mais impraticable en cas de forte pluie. L'effort précédent de construction de la route goudronnée devient alors totalement inutile, puisque le projet de désenclavement des villages de la région est resté inachevé.

⁶⁶ Les toilettes, en particulier, devraient faire l'objet d'une plus grande attention.

⁶⁷ Vieille mesure.

Dans le même esprit, il faudrait élargir la couverture du réseau de téléphonie mobile afin de permettre aux populations rurales de rester en contact permanent avec les structures de soins, et notamment en cas d'urgence.

B / L'ÉDUCATION

Comme dans toute stratégie de santé publique de long terme, le volet éducatif revêt une importance primordiale. En ce qui concerne l'accouchement en milieu assisté, les actions d'éducation obéissent toutefois à certaines spécificités.

Certes, conseiller aux parturientes des villages isolés d'accoucher à l'hôpital est un propos qui a du sens. Cela nous semble toutefois une vérité inutile, voire même contreproductive, qui pourrait faire du tort à la femme enceinte. En effet, si le conseil donné ne peut être suivi, du fait de l'éloignement et de l'absence de véhicules, les femmes conseillées seront doublement pénalisées : non seulement elles ne pourront pas accoucher en milieu assisté, du fait des barrières précitées, mais de plus elles seront frustrées, persuadées que les bonnes pratiques sont hors de leur portée, réservées aux nantis.

Certaines femmes, généralement les plus éduquées, ont ainsi fait remarquer lors des séances de focus groups, que « C'est bien de nous conseiller, mais à quoi ça sert si seules les femmes des villes⁶⁸ ont les moyens d'accoucher dans un hôpital ? ».

C'est ainsi qu'une stratégie d'éducation ne saurait être efficace si elle n'est pas accompagnée d'une action concrète équivalente, par exemple la mise à disposition de véhicules pour le transport vers la structure de soin, ou bien d'un hébergement à proximité de la maternité. C'est pourquoi nous considérons que cette solution de long terme ne saurait être envisagée sans avoir préalablement concrétisé les recommandations de court terme concernant le transfert et l'hébergement provisoire des parturientes, que nous avons proposées *supra*.

Il faudrait insister sur certaines thématiques, que nous considérons comme prioritaires : le mariage précoce, le mariage *orfi*, la multiparité, l'accouchement à domicile, la césarienne, la sexualité, la nutrition, le suivi pré et post-natal et l'hygiène. Il serait utile de pouvoir éduquer parallèlement les époux des femmes, ainsi que les personnes les plus influentes, telles la mère ou la tante maternelle.

Ainsi, un plaidoyer de l'accouchement en milieu assisté ne saurait être envisagé isolément des autres thématiques. En effet, en encourageant le recul de l'âge au mariage, donc

⁶⁸ Noter ici la récurrence de la dichotomie rural/urbain dans les propos des femmes interrogées.

celui de l'âge à la première maternité, il serait possible de réduire d'une manière mécanique la fécondité.

Dans ce cas, même si les accouchements continuent à se faire à domicile, ils seront moins nombreux. Par ailleurs, ces accouchements seront beaucoup moins risqués tant pour la mère que pour le nouveau-né. Il est donc important ici de considérer l'accouchement à domicile comme un élément comportemental à risque parmi d'autres dans la société rurale, et de ne pas l'isoler du mariage précoce et de la multiparité.

Par ailleurs, il faudrait cibler avec soin les villages dans lesquels les femmes accouchent encore massivement à domicile, et y effectuer des formations, en faveur de l'accouchement en milieu hospitalier.

Nos entretiens nous ont permis d'identifier quelques foyers d'accouchement à domicile dans le gouvernorat de Sidi Bouzid, par exemple les villages de Mdhilla, Mkarem, Ogla, Ouargha, dans lesquels quasiment l'ensemble de la communauté a développé une culture d'accouchement à domicile, culture réappropriée par les nouvelles générations.

Il faudrait toutefois identifier d'une manière systématique ces foyers, au travers d'un recensement exhaustif. Il est également possible de cibler les foyers d'accouchement à domicile de masse, au travers de l'examen rétrospectif des carnets de vaccination des enfants, car ils comportent une mention « lieu de l'accouchement » (clinique/hôpital/domicile).

Pour réaliser ce travail de médecine sociale, ce n'est pas tant le médecin qui doit être mis à contribution, mais plutôt le staff paramédical, qui est socialement et culturellement plus proche des parturientes rurales. A cet effet, nous recommandons de mettre en place une équipe d'animateurs au sein de la DSSB. Notons à ce propos que les animatrices de l'ONFP ont une longue expérience en matière d'éducation sexuelle et reproductive en milieu rural, et qu'il serait judicieux de s'inspirer de leur expérience de terrain

Il faudrait également identifier dans les communautés rurales les jeunes femmes les plus éduquées, qui seraient en mesure de prendre le relais en devenant des éducatrices rurales, et éduquer à leur tour leurs proches. Encore une fois, la participation active des ONG nous semble une condition nécessaire pour mettre en place un système efficace d'éducation par les pairs. Cela pourrait se faire dans le cadre de programmes préexistants, comme les caravanes de santé, par exemple.

C / AMELIORATION DE L'IMAGE DE L'HOPITAL

Pour adoucir un tant soit peu l'image négative qu'ont les parturientes rurales de l'hôpital, il convient d'agir à deux niveaux : améliorer l'accueil dans les maternités, et lutter contre la corruption à l'hôpital.

Amélioration de l'accueil dans les maternités

Il faudrait ré-humaniser les structures de santé, accorder beaucoup plus d'importance à l'intimité des patientes, transformer l'hôpital en un lieu de socialisation, motiver les parturientes par des encouragements fussent-ils minimes, créer des relations personnalisées avec la femme,...

La Lutte contre la corruption dans les structures de santé

Nous avons observé que, malheureusement de nombreux scandales de corruption ont progressivement confirmé, voire renforcé l'image négative de l'hôpital, surtout lorsqu'il est géographiquement éloigné des grandes villes, là où les contrôles sont plus difficiles à exercer de la part de l'Etat central⁶⁹.

Les parturientes rurales, ainsi que leurs accompagnateurs, qui se plaignent des pots de vin exigés par certains membres du staff hospitalier, doivent prendre leur responsabilité et dénoncer systématiquement tout acte de corruption. De cette manière, la corruption pourrait reculer, contribuant à redorer l'image de l'hôpital.

Depuis l'avènement de la révolution en 2011, le gouvernement a mis en place une stratégie de lutte contre la corruption, avec en particulier la création de l'Instance Nationale de Lutte Contre la Corruption (INLUCC). Il faudrait informer les parturientes de l'existence de ce programme, de ses principaux axes, et de la manière de réagir face aux sollicitations mal venues. Par exemple, lorsqu'un fonctionnaire demande un pot de vin à une parturiente en échange d'un service, il faut lui répondre simplement et avec sang-froid: « Je veux bien, mais la Loi l'interdit ».

⁶⁹ Et c'est précisément le cas des maternités des gouvernorats de Gafsa et Sidi Bouzid.

CONCLUSION

Nous l'avions bien précisé dans la méthodologie, le présent rapport n'avait guère pour ambition de collecter des statistiques en vue d'évaluer le phénomène de l'accouchement à domicile dans les gouvernorats de Gafsa et Sidi Bouzid. En commun accord avec Médecins du Monde, il s'agissait d'un travail de terrain de type qualitatif, l'objectif étant de mieux comprendre les ressorts d'un phénomène que beaucoup pensaient éradiqué depuis fort longtemps. L'autre objectif de ce travail était de visualiser le parcours de soins des parturientes de la région.

L'un des constats majeurs de ce travail de terrain est que l'accouchement à domicile reste un phénomène concentré et peu visible. Il ne s'agit guère d'un fait social total⁷⁰, puisqu'il ne concerne que quelques poches rurales, dans lesquelles les populations se caractérisent par un isolement géographique, une grande pauvreté, un faible niveau d'éducation et une forte fécondité. Cette caractéristique du phénomène appelle une réponse ciblée et individualisée, qui n'est pas sans rappeler les récentes stratégies ciblées de lutte contre le VIH en Tunisie⁷¹.

Il faut noter également que les phénomènes que nous avons identifiés comme des freins à l'accouchement en milieu hospitalier ne sont guère récents en Tunisie, puisque la plupart avaient déjà été signalés dans de précédents travaux de terrain menés dans d'autres régions. Ainsi, Frédéric Sandron et Bénédicte Gastineau concluaient, au terme d'une enquête menée en Kroumirie⁷² en 1983 : « C'est ainsi que dans l'un des *imada* de notre zone d'étude, Oued Zéen, qui se trouve à vingt kilomètres de piste d'Ain Draham, 80% des femmes accouchaient chez elles alors que 95% des femmes de la ville d'Ain Draham accouchaient à l'hôpital. Les principales raisons invoquées pour accoucher à domicile étaient liées soit à des problèmes d'accessibilité à l'hôpital, soit de coût, soit de garde d'enfants⁷³, ou encore à la peur d'être mal accueillie en milieu hospitalier⁷⁴ ».

⁷⁰ Au sens de l'anthropologue français Marcel Mauss, le fait social total se reconnaît à sa caractéristique de concerner tous les membres d'une société, le rôle des sciences sociales étant précisément de déceler dans quelle mesure ce fait reflète les caractéristiques intrinsèques d'une société donnée. Pour plus de détail, voir Mauss Marcel, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, in *L'année sociologique*, Paris, 1923.

⁷¹ En Tunisie, l'épidémie de VIH est concentrée auprès de trois populations dites « cibles » : les homosexuels, les travailleuses du sexe et les usagers de drogues injectables, ce qui a nécessité une réponse personnalisée de la part du ministère de la Santé. Pour plus de détails, voir Bouhdiba Sofiane, *Analyse des barrières à l'accès au dispositif national de conseil et de dépistage anonyme et gratuit du VIH existant (CCDAG), selon une approche Genre*, ONU Femme, Tunis, décembre 2015.

⁷² Nord-Ouest de la Tunisie, région montagneuse caractérisée par une pauvreté extrême et une forte fécondité.

⁷³ Ce point n'a pas été soulevé dans les focus groups.

⁷⁴ Sandron Frédéric et Gastineau Bénédicte, *Fécondité et pauvreté en Kroumirie*, L'Harmattan, Paris, 2002, pp. 133-134 ; voir également Dufriche Odile, Dufriche Jean, Khrouf Nejib, *Les matrones en zone rurale*, in *Famille et population* n°3, ONFP, Tunis, 1986, pp. 23-32.

Cela démontre bien les difficultés auxquelles les pouvoirs publics doivent faire face pour enrayer certains comportements ruraux, même lorsque ses déterminants sont à peu près connus.

L'autre constat majeur qu'il nous a été donné de faire au terme de ce travail de terrain est que la conception traditionnelle de l'accouchement en milieu rural semble être dangereusement réceptive aux dérives du système de santé urbain moderne. En effet, il nous semble évident que, à ce stade, toute dégradation ultérieure de la qualité des soins fournis par les services publics de maternité risquerait de conforter les populations rurales dans leur attachement aux pratiques d'accouchement à domicile.

Enfin, la dégradation des services de santé publics a eu un impact non négligeable sur le parcours de soins des parturientes. En effet, il nous a été donné de constater que les parturientes s'engageaient souvent avec conviction et un semblant d'assiduité dans la fréquentation du service hospitalier public, en entamant des visites périnatales plus ou moins régulières, avant de migrer brusquement vers le système de santé privé, à l'approche du terme.

Certes, cela a des répercussions négatives sur le bon suivi des dossiers médicaux, mais le plus grave est que la première expérience en milieu assisté des parturientes est parfois tellement traumatisante qu'elles préfèrent ensuite se replier sur elles-mêmes et sur leur communauté, en choisissant d'accoucher chez elle, avec tous les risques que cela comporte.

Certes, les recommandations que nous avons été en mesure de proposer à l'issue de ce travail de recherche ne sont guère nombreuses ; elles présentent toutefois le modeste avantage d'être réalistes, car issues d'un travail de terrain conduit au plus près des populations rurales concernées.

Dans un contexte de ressources matérielles et humaines limitées, il est possible de mettre en place certaines de ces recommandations par paliers, par exemple en sélectionnant un village pilote, dans lequel l'accouchement à domicile est particulièrement répandu, et en y expérimentant l'un des programmes suggérés. Une évaluation du programme au bout d'une année, par exemple, permettrait alors de décider s'il faut l'abandonner, l'adapter, ou encore le prolonger, voire l'étendre à d'autres villages de la région.

Enfin, il faut garder à l'esprit que, même si les moyens du ministère de la Santé Publique semblent parfois atteindre leurs limites dans les régions rurales de Gafsa et de Sidi Bouzid, l'action de l'Etat ne saurait, en aucun cas, être remplacée par celle de la société civile.

Par contre, l'appui des ONG, et en particulier Médecins du Monde, peut ouvrir des perspectives. Dans ce cadre, quelles que soient les recommandations finalement retenues par Médecins du Monde, il apparaît qu'un partenariat avec le tissu associatif est assurément la clé

de la réussite de toute stratégie de gestion de la problématique des accouchements à domicile, ainsi que de l'amélioration du parcours de soins des femmes enceintes.

GLOSSAIRE

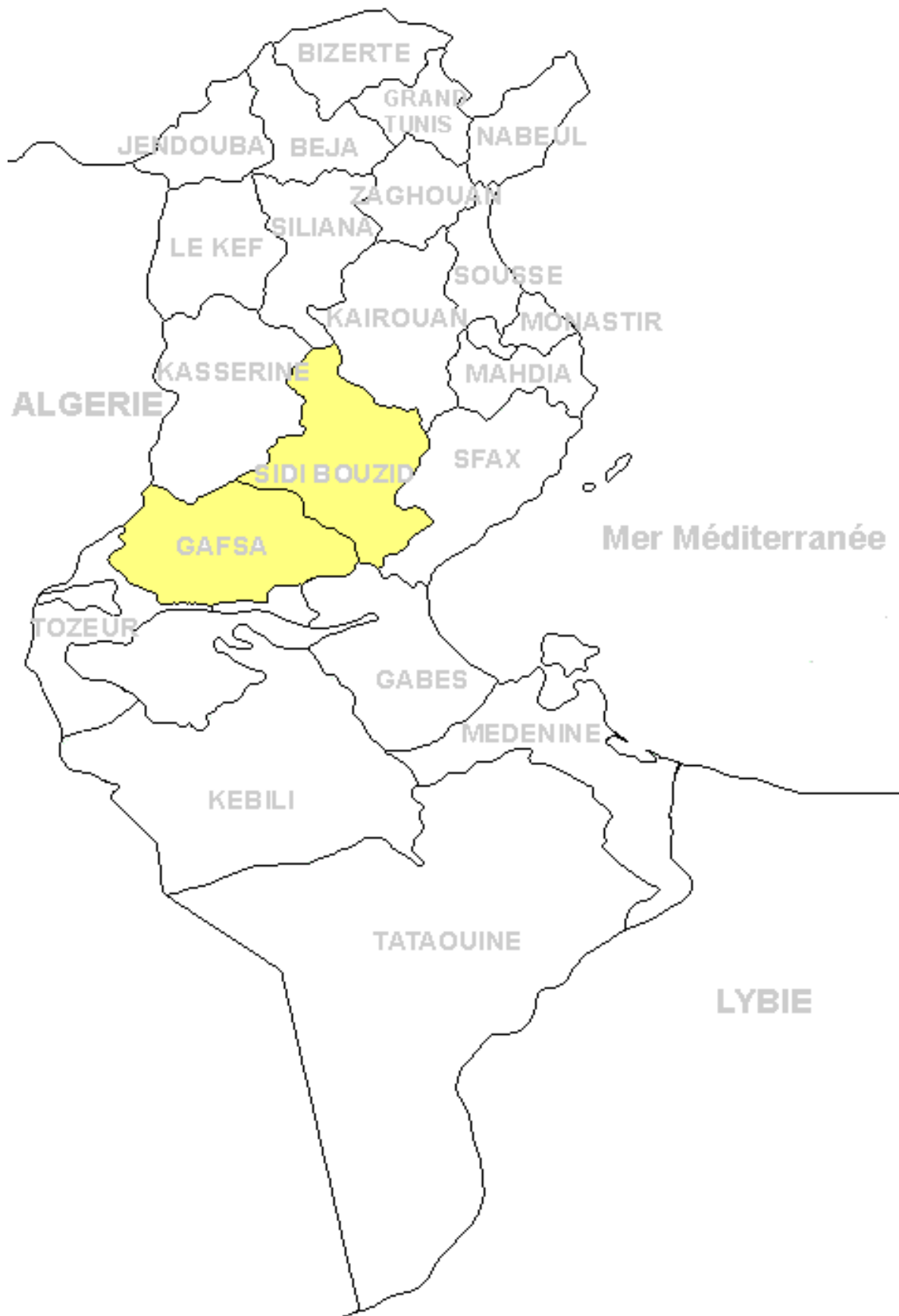
- AAD** : Accouchement Assisté à Domicile
- AMA** : Accouchement en Milieu Assisté
- AMG I/II** : Assistance Médicale Gratuite de type I/II
- ATLC** : Association Tunisienne de Lutte contre le Cancer
- CAP** : Connaissances, Attitudes, Pratiques
- CNAM** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- CNSS** : Caisse Nationale de Sécurité Sociale
- CNLS** : Comité National de Lutte contre le Sida
- CPG** : Compagnie des Phosphates de Gafsa
- COSAF** : Connaissances Médicales Sans Frontières
- CSB** : Centre de Santé de Base
- DT** : Dinar Tunisien
- DSSB** : Direction des Soins de Santé de Base
- ENMM** : Enquête Nationale sur la Mortalité Maternelle
- FAR** : Femme en Age de Reproduction
- FMAR** : Femme Mariée en Age de Reproduction
- FNUAP** : Fonds des Nations Unies pour la Population
- GRH** : Gestion des Ressources Humaines
- INLUCC** : Instance Nationale de Lutte Contre la Corruption
- INS** : Institut National des Statistiques
- INSP** : Institut National de la Santé Publique
- MSP** : Ministère de la Santé Publique
- PF** : Planning Familial
- ODD** : Objectifs de Développement Durable
- OMD** : Objectifs Millénaires pour le Développement
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ONFP** : Office National de la Famille et de la Population
- ONG** : Organisation Non Gouvernementale
- RMM** : Ratio de Mortalité Maternelle

BIBLIOGRAPHIE

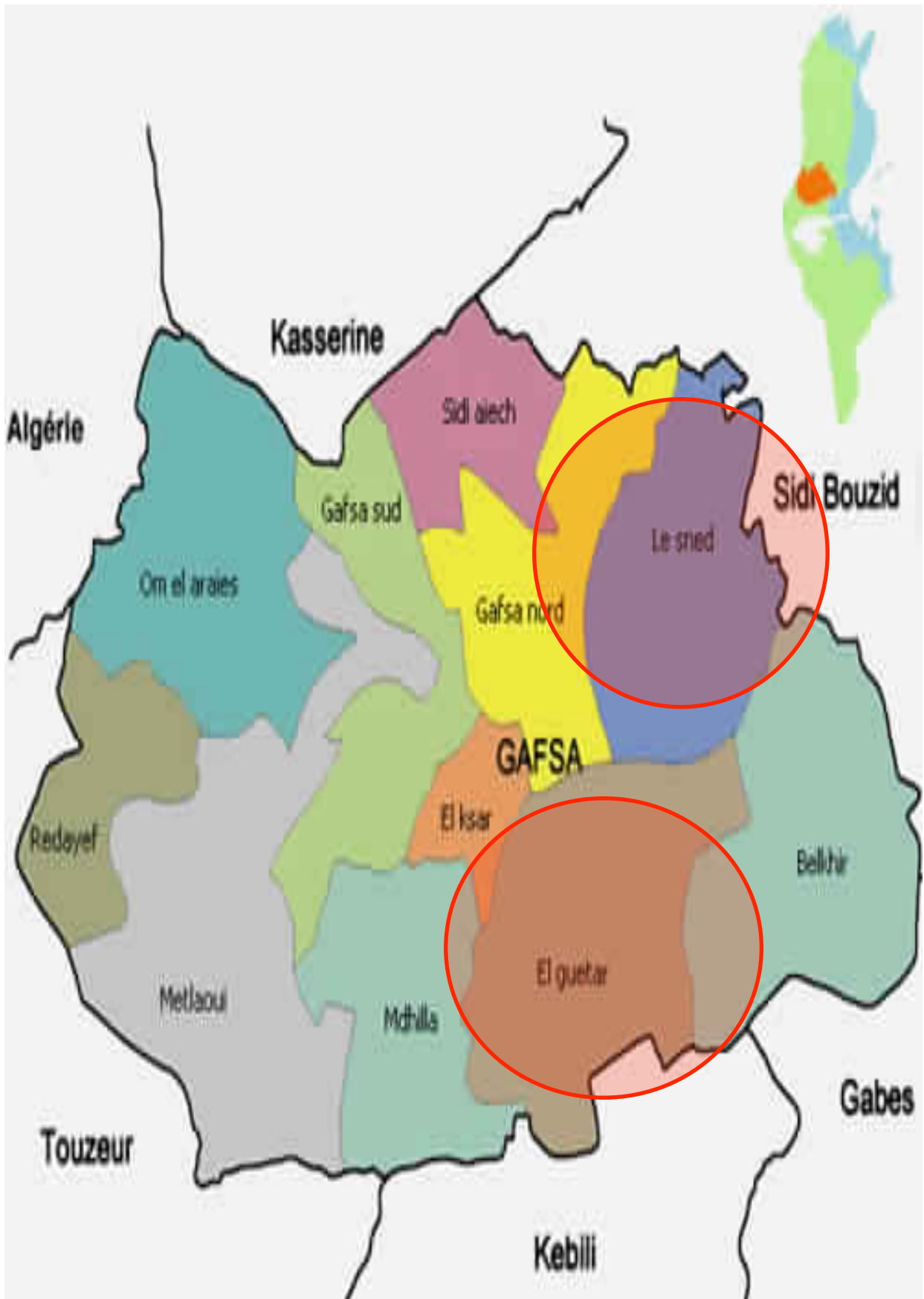
- Bel Haj Yahya Moncef, *État des Lieux de la Santé à Sidi Bouzid* (draft), Tunis, juillet 2016 ;
- Ben Abdallah Mohamed Hédi, *Le régime général de la sécurité sociale en Tunisie*, Tunis, 2004
- Bouhdiba Sofiane, *La mortalité urbaine en Tunisie*, Centre de Publication Universitaire, Tunis, 2012 ;
- Chaouch Mohamed, *Mortalité maternelle, jusqu'à quand ?*, CARMMA, Tunis, 2011 ;
- Chirchi Mounira, *Analyse de la situation de la santé sexuelle et reproductive à Sidi Bouzid*, Tunis, avril 2016 ;
- Collins Harry, *Dissecting surgery : forms of life depersonalised*, in *Social studies of science*, volume 24, mai 1994 ;
- INS, *MICS 4 Tunisie : suivi de la situation des enfants et des femmes*, Tunis, juin 2013 ;
- Médecins du Monde, *Stratégie Régionale d'Excellence en Périnatalité*, Tunis, 2013 ;
- Médecins du Monde, *Stratégie Régionale d'Excellence en Périnatalité Fiches d'action*, Tunis, 2013 ;
- Ministère de la santé, Direction des études et de la planification, *Carte sanitaire 2011*, Tunis, mai 2013 ;
- Ministère de la santé publique, *Les services de santé dans le secteur public en chiffres*, 2013 ;
- Ministère du Développement et de la Coopération Internationale, *La sage-femme en Tunisie. Acquis, Défis et Perspectives*, Tunis, 2014 ;
- Office National de la Famille et de la Population, *La fécondité en Tunisie. Situation actuelle et perspectives. Actes du colloque national des 29-30 avril 1985*, ONFP, Tunis, 1985 ;
- Organisation Mondiale de la Santé, *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*, OMS, Genève, 2014 ;
- Snowden M. Jonathan, Ellen L. Tilden, Snyder Janice, Quigley Brian, Caughey Aaron B., Cheng W. Yvonne, *Planned out-of-hospital birth and birth outcomes*, in *New England Journal of Medicine*, n°373, 31 décembre 2015, pp. 2642-2653 ;

ANNEXES

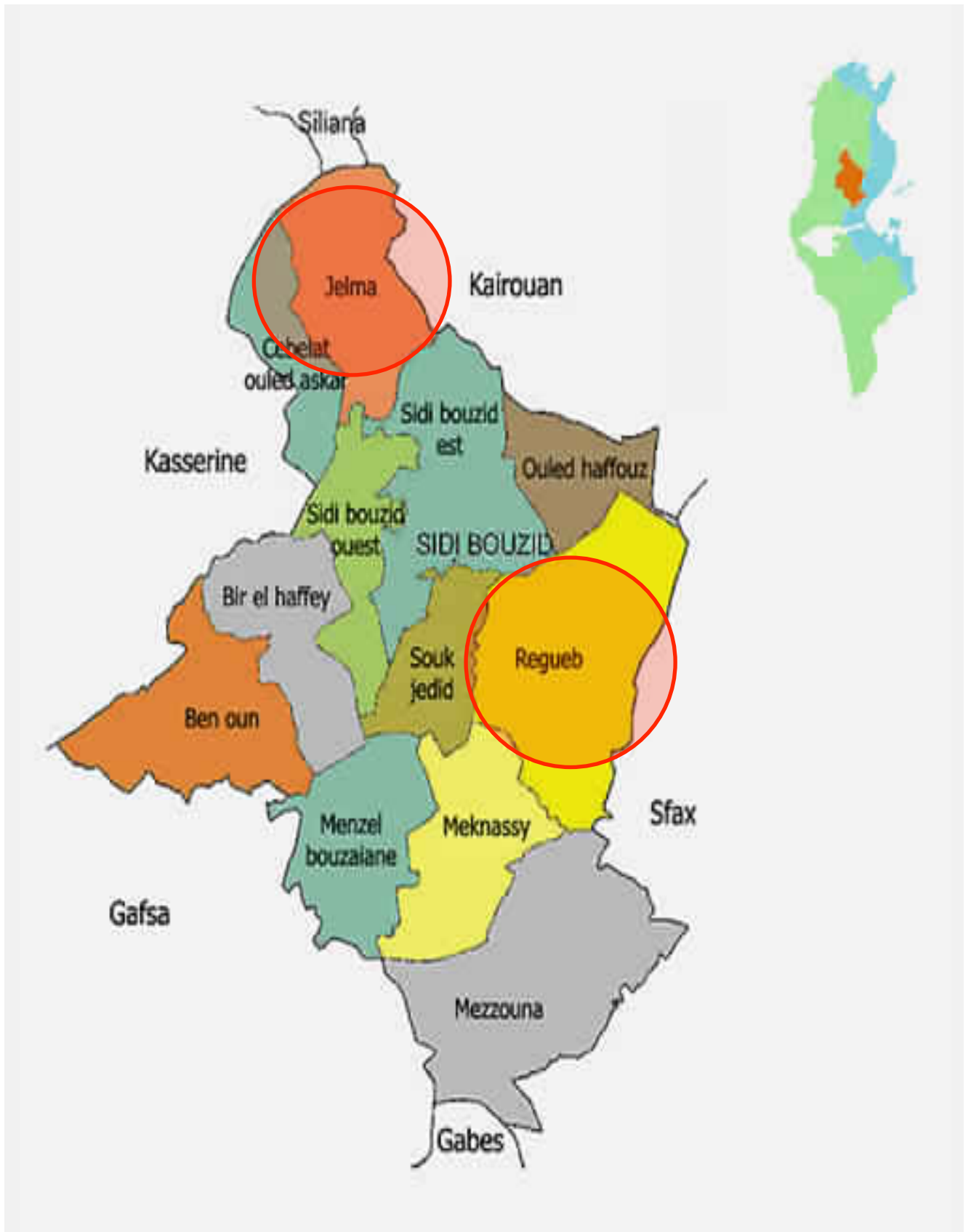
Annexe 1 : zones d'enquêtes



Annexe 2 : zones d'enquêtes dans le gouvernorat de Gafsa



Annexe 3 : zones d'enquêtes dans le gouvernorat de Sidi Bouzid



Annexe 4 : Guide d'entretien des focus group

Date : .../08/2016

Lieu :

Caractéristiques du groupe :

Animateur : Sofiane Bouhdiba

Présents :

Guide d'entretien Focus group Causes des accouchements à domicile et parcours de soins des parturientes à Sidi Bouzid et à Gafsa

PROJET MEDECINS DU MONDE

Temps estimé: 1h15

Objectifs de l'entretien :

- mieux connaître la CAP des participantes vis-à-vis des services de soins reproductifs ;
- identifier les freins à la fréquentation des services de soins reproductifs ;
- générer des recommandations en vue de faciliter l'accès des services de soins reproductifs aux parturientes ;

Rôle de l'animateur

L'animateur a pour rôle d'orienter l'entretien de manière à collecter les informations nécessaires, en régulant les sujets et les temps de parole, de sorte que la discussion soit suffisamment générale pour pouvoir en extraire des idées pertinentes. Eviter les discussions small talk/leisure talk ("discussion de cuisine").

A la fin du focus group, l'animateur doit être en mesure d'identifier une participante qui semble avoir été empêchée par le groupe d'émettre une idée, qui a été visiblement influencée par les autres dans ses interventions, qui était trop timide, ou ou qui n'a simplement pas eu le temps de s'exprimer sur un point important,... Un entretien en aparté permettra de compléter le focus group en éliminant l'influence du reste du groupe.

Préparatifs

- Disposer les chaises en cercle ;
- Mettre en place une ambiance conviviale (jus, petits fours, ton informel,...) ;
- Eviter la présence de staff administratif, médical ou paramédical ;
- Favoriser la présence de familiers, staff ONG,...

Langue : la discussion se fait en arabe parlé, avec un discours simple

Mot d'introduction (5 mn)

Bonjour à tous

Je me présente, je suis....

D'abord, je vous remercie de votre intérêt pour ce projet qui est initié par Médecins du Monde et appuyé par l'ONG (Gafsa/Sidi Bouzid)...

Le projet a pour objectif de faciliter l'accès des femmes au dispositif de santé reproductive à Gafsa/Sidi Bouzid, et améliorer la couverture médicale des parturientes.

Dans le cadre de cet entretien, je souhaiterais connaître votre opinion au sujet des services de santé reproductive à.... Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, uniquement des points de vue différents. Il n'est pas nécessaire non plus de parvenir à un consensus.

Pour les fins de la discussion, nous utiliserons vos prénoms, mais l'anonymat sera préservé. Les discussions ne sont pas enregistrées, mais je prendrai des notes, si vous le voulez bien.

Circonstances de l'accouchement (25 mn)

Question 1

Où avez-vous accouché (ou bien : Où pensez-vous accoucher) ? ça s'est bien passé (pour celles qui ont déjà accouché) ?

Question 2

Pourquoi avez-vous fait ce choix ? Qui a pris cette décision ?

Question 3

Connaissez-vous quelqu'un qui a accouché dans une maternité récemment ?

Poser également les prochaines questions à celles qui ont-elles-mêmes accouché dans une maternité

Est-ce que ça s'est bien passé ? Pourquoi cette personne (ou vous-même) n'a pas accouché à la maison ?

Question 4

L'accès à la maternité était-il facile ? Eloigné ? (temps, coût, organisation)

Question 5

Comment était le premier contact (front office : accueil, orientation) ?

Question 6

Qui vous a accompagné ? Est-ce que sa présence vous a aidé ou posé un problème ?

Représentation (15 mn)

Question 7

Que dit-on à propos des maternités publiques dans votre village ? Et sur les maternités privées ? Lequel est meilleur d'après vous ?

Si le thème ne ressort pas spontanément, relancer éventuellement sur la corruption dans les maternités (cas de corruption à Gafsa, juillet 2016)

Question 8

Pensez-vous que la césarienne est une bonne chose ?

Question 9

Finally, est-ce que le fait d'accoucher à la maison n'est pas risqué ? Quels sont les risques, par rapport à l'accouchement en maternité ?

Suivi (15 mn)

Question 10

Qu'avez-vous fait après l'accouchement ? Etes-vous allée à la maternité après l'accouchement ? Qui a pris cette décision (vous-même, votre mari, votre mère,...) ?

Question 11

Qui a payé les soins ? Est-ce que ça a été remboursé (caisse sociale) ? Cela a-t-il influé sur le choix de la maternité comme lieu d'accouchement ?

Question 12

J'ai l'impression que beaucoup de femmes vont à la maternité jusqu'à l'accouchement, puis n'y vont plus. Pourquoi d'après vous ?

Conclusion (10 mn)

Question finale

Est-ce que quelqu'un parmi vous souhaite ajouter autre chose, apporter une précision ?

Tout de suite après la réunion, lorsque les participants ont quitté les lieux, faire un résumé écrit en soulignant les impressions générales, les idées qui ont été discutées et les points saillants de la rencontre. Noter en quoi ce groupe diffère des précédents.

Repérer une participante qui n'a pas pu s'exprimer et discuter avec elle en semi-directif.

Annexe 5 : Guide d'entretien directif à usage des professionnels de santé

Date :/08/2016

Lieu :

Personne interrogée :

Guide d'entretien
Causes des accouchements à domicile et parcours de soins des
parturientes à Sidi Bouzid et à Gafsa
PROJET MEDECINS DU MONDE

Temps estimé: 15 mn

A propos des parturientes

Question 1

Les femmes de la région accouchent-elles à la maison ou plutôt dans les maternités ? Pourquoi ?

Question 2

Quel est le profil des femmes qui préfèrent accoucher à domicile ?

Question 3

Est-ce que les femmes ont un suivi gynécologique régulier, ou bien ya-t-il des migrations du public au privé, des changements de médecin,...) ? Pourquoi ?

Question 4

Avez-vous des cas d'accouchements difficiles ? Comment ça se passe ? J'ai l'impression que la césarienne se généralise dans les maternités. Pourquoi ?

Question 5

Les parturientes interrogées se sont plaintes du mauvais accueil dans les maternités. Qu'en pensez-vous ?

A propos du staff médical/paramédical

Question 6

Le staff médical et paramédical est-il suffisamment formé ?

Question 7

Quelles difficultés rencontre le staff médical pour suivre efficacement les parturientes ?

Question 8

On parle de cas répétés de corruptions de gynécologues dans la région. Qu'en est-il ?

Les perspectives

Question 9

Quelles sont les perspectives ? Est-ce que maintenant les femmes accouchent plus volontiers dans les maternités ?

Question 10

Concrètement, que peut-on faire pour encourager les femmes à faire suivre régulièrement leur grossesse et accoucher dans une maternité ?