Les expériences de prise en charge et de guérison des échappées belles dans les hôpitaux de Dakar.

Chrystelle Grenier-Torres*[1,2]

[1]Les Afriques dans le monde (LAM) – Sciences Po, CNRS : UMR5115 – 11, Allée Ausone 33607 PESSAC CEDEX, France

[2]UMR 5115 du CNRS- IEP (Laboratoire Les Afriques dans le Monde) – CNRS : UMR5115, Institut d'Études Politiques [IEP] - Bordeaux – 11, Allée Ausone, Domaine universitaire, 33607 Pessac cedex, France

Résumé

Rappelons dans un premier temps que la grossesse et l'accouchement ne sont pas des pathologies mais qu'elles peuvent générer morbidité ou donner la mort pour des raisons diverses, ce qui est leur spécificité sanitaire. Les modalités de prise en charge thérapeutique des femmes ayant vécu une exposition à une situation de vulnérabilité extrême au risque de morbidité lors de leur grossesse, accouchement ou période post-partum, appelées de ce fait des échappées belles, sont plurielles. La qualité du personnel médical de la structure, l'effet établissement (technologies médicales présentes au sein de l'établissement), le rapport à l'éthique, à la vie sont des éléments qui semblent participer aux expériences de processus de guérison que les femmes et les nourrissons vivent lorsque leur pronostic vital est en jeu. Les capacités des femmes et des familles à pouvoir mobiliser des ressources aussi bien matérielles (argent pour payer les médicaments, les opérations, examens, poches de sang) que sociales (réseaux de connaissances notamment de personnel médical) apparaissent comme des facteurs également importants dans les profils de prise en charge médicale pour sauver les femmes d'une mort maternelle. Les facteurs structurels et culturels jouent un rôle important dans la définition de ces prises en charge (pour guérir les femmes des maux d'un accouchement difficile comme une crise d'éclampsie, d'une grossesse à risque, des hémorragies post-partum fréquentes) mais la place de l'action de l'individu en tant que sujet de son expérience, notamment chez les personnels soignants, s'avère jouer un rôle majeur dans la détermination de l'issue du risque de mourir pour la femme. Il apparaît que les significations de son rapport à son métier de soignant (aussi bien en tant que médecin, sage-femme, infirmière), de son rapport à la vie (aspect culturel) et de son engagement éthique participe à déterminer un type d'implication dans les processus de guérison des patientes et ce, sans nier les contextes matérielles de l'exécution de leur profession. Le manque de matériel médical peut participer aussi à des prises en charge relatives malgré un pronostic vital engagé. La question de la norme dans le rapport à la guérison et à la vie est centrale mais doit être posé dans le contexte où l'exercice médical considéré se déroule. Cette communication repose sur l'analyse de cas d'échappées belles qui ont été prises en charge dans des hôpitaux à Dakar et suivies jusqu'à qu'elles soient considérées comme guéries. L'analyse des cas repose sur une collaboration avec les obstétriciens ou médecins réanimateurs qui ont suivis ces femmes tout au long de leur processus de prise en charge jusqu'à guérison.

*Intervenant