

# **Cultures locales et mortalité maternelle : contribution d'une approche qualitative à l'identification des causes de décès maternels par autopsie verbale**

**Maurice Yaogo, Ph.D.**

---

**AFRICSanté**

**Télesphore Somé, Maîtrise en sociologie**

---

**Centre Muraz**

**Moctar Ouédraogo, Diplôme d'études supérieures spécialisées  
(DESS) en démographie**

---

**AFRICSanté**

**Nicolas Méda, Ph.D.**

---

**Centre Muraz**

## **Résumé**

Cette étude qualitative en zone rurale burkinabé dans le cadre d'une recherche pluridisciplinaire a porté sur l'identification des causes probables de décès maternels et sur les façons d'améliorer la qualité et la fiabilité des informations recueillies par la technique d'autopsie verbale. Les causes spécifiques de décès maternels ont été recherchées par des entretiens individuels approfondis, essentiellement à partir du récit des recours thérapeutiques de la défunte avant son décès et à travers la description des circonstances du décès par les proches au sein de la famille. Les récits rapportés mettent en relief la diversité des facteurs qui ont souvent contribué aux décès maternels tout en permettant de comprendre ce qui est attribuable aux significations culturelles ou à d'autres causes plus directes du décès maternel. Les contraintes et conditions favorables à la collecte des informations sensibles ont été identifiées avec cette approche adaptée au contexte local.

**Mots clés**

AUTOPSIE VERBALE, DÉCÈS MATERNEL, CULTURE, APPROCHE QUALITATIVE, BURKINA FASO

**Introduction**

Il est clairement établi que les taux de décès maternels sont élevés dans la plupart des pays en développement même si la fiabilité des données disponibles est douteuse, comme cela est bien documenté dans plusieurs écrits, notamment ceux de Bouvier-Colle (2003), de Ferreira et Bergström (2002), de Kaufman, Asuzu, Rotimi, Johnson, Owaeye et Cooper (1997), de Olsen, Hinderaker, Lie, Bergsjo, Gasheka et Kvale (2002) et de Yaogo, Barro, Tamini et Sombié (2010). Cette situation ne permet pas de connaître l'ampleur réelle du phénomène, ce qui est préjudiciable à une prise de décision éclairée et à une allocation conséquente de ressources pour lutter plus efficacement contre la mortalité maternelle.

La présente étude fait partie d'un ensemble de travaux de recherche pluridisciplinaires sur la mortalité maternelle réalisés au Burkina Faso de 2002 à 2007 dans le cadre d'un programme international de recherche dénommé *Impact (Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment)*<sup>1</sup>. Une partie de ces travaux portait sur une intervention sanitaire entreprise pendant cinq ans par l'organisation non gouvernementale Family Care International dans le district sanitaire de Ouargaye. Cette intervention était destinée à améliorer l'accès aux soins qualifiés à l'accouchement dans cette zone où l'offre de soins (infrastructures et personnel) est nettement déficitaire. Les principes et les bases méthodologiques de cette action sont décrits par Graham, Themmen, Bassane, Méda et De Brouwere (2008). L'étude qualitative faisant l'objet de cet article était associée à la composante quantitative de la technique d'autopsie verbale destinée à identifier les causes de décès maternels au cours des activités de l'évaluation pluridisciplinaire. La contribution attendue de cette étude était de rendre compte de l'existence ou non de facteurs locaux pouvant influencer la collecte d'informations précises et fiables. Nous proposerons d'abord une brève description du contexte et des motivations à l'origine de l'étude, avant de présenter la démarche méthodologique. Par la suite, l'analyse des principaux résultats orientera vers quelques enseignements concernant l'intérêt de l'éclairage qualitatif proposé.

## **Problématique**

### ***Une réflexion autour de l'amélioration des données d'autopsie verbale en contexte africain***

L'autopsie verbale est une approche reconnue comme permettant de rendre compte des circonstances ainsi que des causes de décès maternels survenus hors des établissements de soins. Classiquement, cette technique consiste pour les professionnels de la santé à avoir un entretien post mortem avec les proches des défunt(e)s pour identifier la ou les causes probables des décès et les enregistrer. Une variante plus récente consistant à utiliser un logiciel pour identifier les causes probables de décès (Byass, Huong, & Minh, 2003) a été testée et validée dans le cadre des travaux de recherche d'Impact au Burkina Faso (Fottrel, Byass, Ouédraogo, Tamini, Gbangou, Sombie, Hogberg, Witten, Bhattacharya, Desta, Deganus, Tornui, Fitzmaurice, Meda, & Graham, 2007). En dehors de l'Organisation mondiale de la santé qui a conçu en 2009 un manuel précisant les normes et procédures applicables, plusieurs travaux ont porté sur des variantes méthodologiques appliquées dans les centres de soins ou au niveau communautaire. On peut citer par exemple Chandramohan, Maude, Rodrigues et Hayes (1998), Hoj, Stensballe et Aaby (1999), Sloan, Langer, Hernandez, Romero et Winikoff (2001) et Soleman, Chandramohan et Shibuya (2006). Selon la définition de l'OMS rapportée par Sloan et al. (2001), l'autopsie verbale est

un processus pour faciliter l'identification des décès maternels lorsque la certification médicale est insuffisante – pour séparer les décès maternels de ceux non maternels – à travers une reconstitution des événements entourant les décès dans la communauté (p. 805).

Trois caractéristiques principales sont à retenir du déroulement de l'autopsie verbale : 1°) reconstituer les événements précédant le décès de manière à établir la cause médicale probable du décès; 2°) reconstruire les facteurs associés à la recherche et à l'offre de soins; 3°) recueillir des informations de base sur la défunte concernant différents aspects sociodémographiques.

Malheureusement, l'utilisation de cette technique expose à certaines difficultés pratiques en contexte local. Premièrement, selon l'approche classique, l'attribution d'une cause probable de décès (maternel ou non, selon les définitions de l'OMS) intervient à la suite du diagnostic commun d'au moins trois professionnels de la santé ou d'autres compétences habilitées, à partir des causes de décès rapportées. Le résultat final d'une telle démarche dépend donc de l'aptitude des personnes impliquées à surmonter certains

obstacles d'ordre social et culturel liés aux conditions de recueil de l'information auprès des proches de la défunte. Il s'agit, entre autres, des difficultés pour rendre un diagnostic fiable, ou celles liées à la traduction et à l'interprétation des discours et des terminologies locales, en plus des réticences liées à des barrières culturelles. Deuxièmement, l'usage d'outils inspirés des nouvelles technologies (algorithmes de diagnostic ou logiciel intégré dans un ordinateur de poche (*personal digital assistants ou PDA*) comme support technique (Fottrel et al., 2007)), tout en permettant un enregistrement des décès et de leurs causes reste fortement redevable de la pertinence, de la fiabilité, de la qualité et de la précision de l'information recueillie.

Après une première enquête exploratoire (Yaogo, 2005) dans une autre aire linguistique et culturelle (dans la région ouest du Burkina Faso), le déroulement du travail de terrain auprès des proches des défunte nous a renseigné, en temps réel, sur les difficultés pratiques liées à la recherche de l'information sur les décès maternels. En effet, l'approche adoptée exige de respecter certaines valeurs et pratiques sociales et culturelles pour que l'information recueillie puisse être reconnue pertinente et créditée d'une fiabilité suffisante. Par exemple, on s'accorde sur le fait qu'une relation de communication de ce genre doit s'inscrire à la fois dans un certain intervalle de temps requis pour créer une relation de confiance qui rassure et incite les personnes concernées à se confier. Il en est de même du devoir moral et professionnel d'honorer la famille endeuillée d'une visite de salutations ou de condoléances avant toute démarche explicite pour l'autopsie verbale. En plus de cela, il est nécessaire d'intervenir au moment opportun, ni trop tôt dans le cas d'une mort récente, ni trop tard pour éviter les obstacles liés à certaines insuffisances concernant l'exactitude ou l'oubli dans le rappel des souvenirs après une longue période.

Sur un autre plan, il y a ce qui relève de la délicatesse ou de la difficulté, voire l'impossibilité, même pour un spécialiste, de traduire certains termes de la langue locale en français ou en anglais. Il s'agit là d'un problème plus général de non-correspondance entre des champs sémantiques distincts, respectivement la terminologie populaire empirique et la terminologie biomédicale savante, comme cela est abordé par Berche (1998) et Jaffré et Olivier de Sardan (1999). Cela rend quelque peu difficile l'interprétation de certains discours émis spécifiquement dans un contexte de décès maternel récent. La question de fond concerne précisément la traduction des causes de décès telles qu'exprimées par les interlocuteurs en langue locale en un diagnostic médical basé sur des référents séméiologiques précis.

Au-delà des barrières linguistiques, il y a des contraintes d'ordre social et culturel qui sont de nature à empêcher partiellement ou même à compromettre la transmission des informations relatives à un décès maternel. Ainsi, même lorsqu'il n'y a pas de barrières culturelles affirmées, le statut de la femme dans les valeurs sociales traditionnelles (Bisilliat, 1992) auxquelles se réfèrent encore largement les gens en zone rurale fait qu'il n'est pas toujours facile d'obtenir une information complète et précise. Cela est dû à une retenue, ou ce que nous appellerons une « censure sociale », qu'on peut retrouver chez les hommes mais qui peut être beaucoup plus accentuée chez les femmes. Il faut noter aussi que certaines causes sociales indirectes n'ont pas une pertinence causale du point de vue des terminologies biomédicales.

Ainsi, même si le recours à la technique d'autopsie verbale est de nature à apporter une solution pour préciser les causes de décès maternels non notifiés et enregistrés, la fiabilité de cette technique dépend beaucoup des conditions dans lesquelles elle est appliquée et, en découlant, de la plausibilité des données fournies par les informateurs familiaux. On comprend alors l'intérêt de partir des insuffisances de cette technique et des sources potentielles d'erreur en lien avec des facteurs contextuels en vue d'établir une démarche visant à améliorer la qualité et la fiabilité des informations recherchées sur les causes de décès maternels survenus hors des établissements de soins.

#### ***Un questionnement autour de la causalité et de l'ampleur réelle de la mortalité maternelle***

Il est bien connu que les décès maternels surviennent majoritairement dans les pays économiquement défavorisés ayant des ressources limitées (Wall, 1998). Ainsi, les niveaux élevés de mortalité maternelle font partie des caractéristiques descriptives de la situation sanitaire dans de nombreux pays en développement, notamment africains, comme le montrent Bouvier-Colle, Varnoux, Costes et Hatton (1991) et Adjamagbo, Guillaume et N'Guessan (1999). Parmi les définitions données par l'OMS (2004) concernant différents types de décès maternels, nous avons retenu celle de « mort maternelle liée à la grossesse » pour la présente étude. Selon la signification conventionnelle qui est proposée, c'est un « décès survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle que soit la cause de la mort » (OMS, 2004, p. 26). Celle-ci diffère d'une autre définition proche mais non applicable dans le cas présent car elle est plus restrictive sur la cause du décès en excluant les causes accidentelles et fortuites. Une autre variante terminologique qui a servi de repère comparatif est relative au *décès de femme* qui désigne les « femmes non enceintes ou décédées en dehors de la période de 42 jours après la grossesse ».

Il ressort des estimations conjointes de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA et de la Banque mondiale, publiées par l'OMS (2008), que sur un total de 536 000 décès maternels annuels dans le monde, 533 000 (99 %) surviennent dans les pays en développement, dont 86 % en Afrique subsaharienne (risque de décès de 1/26) et en Asie du Sud (risque de 1/120). L'Afrique subsaharienne cumule à elle seule un peu plus de la moitié (270 000) des décès maternels dans le monde. Le contraste décrit est de l'ordre de 450 décès de mères pour 100 000 naissances vivantes dans les pays en développement contre 9 pour 100 000 naissances vivantes dans les pays développés. Au Burkina Faso, le taux de décès maternels rapporté pour l'ensemble de la population est actuellement de 307 décès de mères pour 100 000 naissances vivantes, selon les résultats rapportés par l'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD, 2008), mais de 700 décès pour 100 000 naissances vivantes selon le taux ajusté de l'OMS (2008). La situation globale est bien connue, mais pas l'ampleur réelle du problème, et ce, à cause de certaines difficultés affectant la disponibilité et la qualité des données. Il s'agit notamment des lacunes des systèmes d'information sanitaires analysées par Macfarlane (2005) et Williams (2005) ou des contraintes liées à la classification des causes de décès maternel abordées par Ronsmans, Vanneste, Chakraborty et Van Ginneken (1998) et Yaogo et al. (2010). D'où l'intérêt d'une réflexion sur les conditions nécessaires pour améliorer le système d'enregistrement des informations sur ces événements vitaux importants.

Par ailleurs, en Afrique certaines croyances et pratiques traditionnelles peuvent être des barrières à l'utilisation des services de santé, même lorsque les prestations sont gratuites. À ce propos, plusieurs travaux montrent que les raisons qui influencent le recours à des soins qualifiés par les femmes sont déterminées par une interaction complexe de facteurs sociaux et culturels. On retiendra, entre autres travaux, ceux de Cantrelle, Thonneau et Touré (1992), Cham, Sundby et Vangen 2005, McCarthy et Maine (1992), Sundari (1992) et Taddeus et Nangalia (2004). Dans la même perspective, les articles de Kroeger (1983) et de Cantrelle et Locoh (1993) sur les principaux facteurs qui influencent l'accès aux soins dans les pays en développement mettent également en relief cette imbrication de causes variées.

Dans la plupart des communautés étudiées, la grossesse et l'accouchement sont perçus comme des processus naturels et les symptômes ainsi que les signes des complications ne sont pas toujours reconnus comme des raisons d'inquiétude (Thaddeus et Nangalia, 2004). On s'accorde sur le fait que les interprétations causales font partie des conceptions et des représentations de la maladie et qu'elles influencent les recours thérapeutiques en fonction des perceptions de l'efficacité pressentie ou déjà vécue. Plusieurs

publications en témoignent, notamment celles d'Augé et Herzlich (1984), Janzen (1995), Laplantine (1986) et Zempléni (1985). Cette dimension est importante dans les sociétés locales où les valeurs sociales et culturelles traditionnelles font partie du vécu quotidien et sont fortement ancrées dans l'interprétation causale de la maladie. À ce sujet, les travaux de Bonnet (1990), Dacher et Lallemand (1992) et Fainzang (1986) éclairent également sur différentes facettes des interprétations causales des maladies par les sociétés locales. Cela est pris en compte à un double niveau dans l'utilisation d'une technique qualitative pour cette étude. Premièrement, les raisons évoquées au sujet du décès des femmes renvoient à une palette de causes directes ou indirectes. Les causes directes concernent à la fois les causes médicales et d'autres indications concernant les croyances culturelles sur le type de maladie vécue avant le décès. Quant aux causes indirectes, elles sont liées aux conditions matérielles des familles mais aussi aux conceptions de la maladie qui peuvent retarder l'accès aux soins qualifiés ou même l'exclure. Il en est de même de la disponibilité et des difficultés d'accès aux infrastructures sanitaires qui peuvent renseigner aussi sur les causes probables du décès. Deuxièmement, le type de causes évoquées permet de mieux comprendre à la fois ce qui a provoqué les décès et ce qui peut influencer une restitution précise et complète en contexte local, dans la perspective d'améliorer la qualité de l'information recueillie.

### *L'intérêt d'une approche qualitative socioanthropologique*

Dans le but de mieux identifier les causes de décès maternels intervenus hors des services de santé, les autopsies verbales ont fait l'objet de nombreuses études. Or, l'utilisation de cette technique révèle certaines contraintes concernant les conditions de recueil de l'information, précisément la nature de l'outil, les attitudes du professionnel en face d'une famille endeuillée, les dispositions des proches de la défunte à livrer une information fiable et des éléments de contexte liés notamment aux conceptions, croyances et pratiques culturelles locales. L'idée d'améliorer cette technique en tenant compte du contexte socioculturel suppose donc de se pencher sur les difficultés pratiques inhérentes à son utilisation et sur les façons d'y remédier. D'où l'intérêt d'une étude qualitative accordant une attention particulière aux valeurs culturelles des groupes sociaux concernées et une rigueur méthodologique dans l'approche du phénomène permettant le recueil d'informations plausibles (Olivier de Sardan, 2008). En effet, il est important que les informations fournies par les proches de la défunte permettent d'identifier la nature du décès, en faisant appel à des souvenirs douloureux, d'où la délicatesse de l'approche qu'une posture socioanthropologique permet de bien appréhender à certains égards.

La revue des écrits montre que la recherche des causes de décès maternel se fait classiquement de trois manières. Premièrement, il est possible d'associer diverses sources d'informations, à l'exemple de Ronsmans et al. (1998), Berhane, Anderson, Wall, Byass et Högberg (2000) et Olsen et al. (2002). Deuxièmement, les études communautaires peuvent constituer une base pour l'analyse comme l'illustrent les travaux suivants : Bhatia et Cleland (1996), Cantrelle et al. (1992), Ferreira et Bergström (2002) et Kirkwood, Cousens, Victora et De Zoysa (1997). Troisièmement, les contributions apportées par les approches épidémiologiques classiques, comme en témoignent certains résultats de recherche, notamment ceux de Chandramohan et al. (1998) et Sloan et al. (2001). En inscrivant cette recherche qualitative dans la même perspective d'identification des causes de décès, le souci est de contribuer à mieux connaître la situation au Burkina Faso et à améliorer la complétude et la fiabilité ou la qualité des informations rapportées à partir de réalités vécues.

### **Approche méthodologique**

Les précisions données ici éclairent sur les grandes lignes qui ont orienté la conduite de l'étude, en parlant successivement des options retenues pour les sites de l'étude, de la population concernée, des outils méthodologiques utilisés et du déroulement progressif du travail de terrain.

#### *Sites de l'étude*

Les deux sites retenus pour l'ensemble de l'évaluation pluridisciplinaire au Burkina sont situés respectivement au Centre-Est (district sanitaire de Ouargaye) et au Sud-Est (district sanitaire de Diapaga). En plus de la proximité géographique, la population des deux districts sanitaires concernés présente certaines caractéristiques linguistiques, culturelles et sociales similaires que la présente étude qualitative a contribué à mettre en relief. La province de Tapoa, dont fait partie le district sanitaire de Diapaga, est une zone localisée à l'extrême sud-est faisant frontière avec le Niger et le Bénin. La langue la plus parlée est le gourmantché. Quant à la province du Koulpelogo, dont relève administrativement le district de Ouargaye, elle fait frontière avec le Togo. Les langues les plus parlées sont respectivement le yaana, le zaouré et le mooré. L'étude a été conduite progressivement sur le terrain, en commençant par le district sanitaire de Diapaga puis le district sanitaire de Ouargaye. Un travail préliminaire d'identification des cas de décès a été fait préalablement à partir d'une base de données informatiques constituée à partir d'un recensement sociodémographique faisant partie des activités de l'évaluation pluridisciplinaire. Le choix des familles a été fait essentiellement en fonction des critères de durée du décès. La période ciblée était de cinq ans, en mettant l'accent sur les trois années après le décès et secondairement en tenant compte



des facilités d'accès à la localité. Avant le début des activités dans les localités concernées, les principaux responsables administratifs, sanitaires et coutumiers étaient toujours informés. Pour la plupart des entretiens, la présence d'un guide a été indispensable. Ce dernier (habitant de la localité ou superviseur des enquêtes quantitatives réalisées antérieurement) était en même temps un facilitateur fournissant certaines informations nécessaires au bon déroulement des activités.

### ***Population de l'étude***

Le Tableau 1 donne un récapitulatif par sexe et par district sanitaire du nombre de répondants dans les familles qui ont été impliqués dans les activités d'enquête qualitative.

Les entretiens ont été réalisés en gourmantché, en mooré et en français, selon le profil linguistique des personnes concernées (voir le Tableau 2).

L'organisation pratique pour le recueil des données était que chaque enquêteur devait réaliser les entretiens dans la zone où il avait une bonne connaissance de la principale langue véhiculaire (yaana et mooré pour le district sanitaire de Ouargaye et gourmantché pour le district sanitaire de Diapaga). Cependant, dans l'un ou l'autre cas il y avait des informateurs dont la compétence linguistique était meilleure dans une autre langue que celle de la principale langue véhiculaire. C'était le cas des résidents venus d'ailleurs, par exemple dans les quartiers à dominante linguistique mooré dans le district sanitaire de Diapaga. Dans cette situation, c'est l'enquêteur ayant le profil linguistique correspondant qui réalisait l'activité (deux cas dans les sites à dominante linguistique gourmantché). Au besoin, le français était utilisé comme langue de communication (trois cas, dans le district sanitaire de Ouargaye).

### ***Outils méthodologiques utilisés***

Un guide thématique pour les entretiens individuels a été utilisé, avec des questions ouvertes qui laissaient la liberté aux enquêtés de raconter leurs expériences et de donner leur point de vue sur les différents thèmes abordés. Les entretiens avec les informateurs-clés identifiés ont été enregistrés et des notes ont été prises mais seulement après l'accord des répondants qui apposaient leur signature sur une déclaration de consentement incluse dans une lettre d'information destinée à présenter préalablement les activités d'enquête et les modalités de participation. Les données verbales ont été enregistrées sur dictaphone et transcrites intégralement en français par la suite pour tous les entretiens. Un contrôle de qualité des données a consisté en une revue du verbatim pour vérifier et corriger au besoin les informations transcrites avant l'analyse.

Tableau 1  
Répartition des informateurs par sexe et par site

	Femmes	Hommes	Total
<b>Ouargaye</b>	6	3	9
<b>Diapaga</b>	10	4	14
<b>Total</b>	16	7	23

Tableau 2  
Répartition des informateurs selon le site d'enquête  
et la langue véhiculaire parlée localement

	mooré	gourmant ché	français	Total
<b>Ouargaye</b>	8		3	11
<b>Diapaga</b>	2	10		12
<b>Total</b>	10	10	3	23

### *Déroulement des activités de l'étude*

Les entretiens ont eu lieu souvent dans une enceinte close (hangar couvert ou maison d'habitation), à la fois pour assurer la discrétion, pour avoir un minimum de confort de l'informateur et pour permettre une bonne qualité d'enregistrement. Il s'est posé dans certains cas un problème de langue entre l'enquêteur et l'enquêté qui a nécessité d'avoir recours à un interprète. Cette situation ne permettait pas une bonne interaction car l'interprète était le plus souvent membre de la famille de la défunte et voulait parfois parler à la place de l'informateur. Un exemple éloquent concerne des interlocuteurs ayant une compétence linguistique insuffisante en gourmantché et en yaana. Cela a été le cas dans une famille à Diapaga et dans une autre à Ouargaye.

La procédure utilisée sur le terrain était la suivante : à partir des données du recensement sociodémographique, nous possédions la liste des femmes décédées alors qu'elles étaient enceintes, en couches ou venaient d'accoucher dans les différentes localités, ainsi que le nom du chef de ménage. Avec cette liste, la première approche consistait à identifier les familles des défunt. Ensuite, les indications préliminaires sur les familles concernées permettaient à l'équipe de recherche d'identifier la personne la mieux indiquée pour

l'entretien. Il s'agit précisément de tout informateur-clé présent au moment des événements qui ont conduit au décès ou qui a des informations de proximité sur l'événement et qui est disposé à en parler. Par la suite, il était important de vérifier si la compétence linguistique de l'interlocuteur était suffisante pour conduire l'entretien. Une fois que tous ces critères étaient réunis, l'enquêteur s'isolait avec l'informateur-clé identifié pour conduire l'entretien. Au besoin, un autre membre de la famille ou du village était sollicité pour compléter les informations données.

### **Principaux résultats obtenus**

La description et l'analyse des résultats proposés ici portent d'abord sur une revue d'ensemble des démarches auprès des familles et des causes de décès rapportées. Une mise en perspective des principales caractéristiques concernant à la fois les contraintes et les conditions favorables au recueil de données fiables par l'autopsie verbale est ensuite présentée. Une brève réflexion sur quelques enseignements saillants complète cet exercice.

### ***Aperçu global***

En trois semaines d'enquête de terrain, vingt-trois familles endeuillées ont été contactées pour donner des informations, dont neuf dans le district sanitaire de Ouargaye et quatorze dans le district sanitaire de Diapaga. Un premier entretien test a été réalisé avant le début des entretiens formels.

Le lieu du décès a été précisé dans tous les cas de décès rapportés. Le Tableau 3 en donne une vue d'ensemble. Il montre que la plupart des décès maternels ont eu lieu au centre de santé (12, soit 52 %) et à domicile (9, soit 39 %). En revanche, seulement 2 décès (9 %) ont eu lieu au cours du transport dans un centre de santé.

### ***Causes de décès rapportées***

En partant du fait que l'autopsie verbale est mise à contribution pour rechercher les causes non médicalement attestées de décès maternel, notre travail a pu en relever plusieurs dont les principales sont rapportées en fonction de leur nature :

1. Conceptions culturelles surnaturelles sur l'origine de la grossesse et les causes de décès : « Nous avons des problèmes d'accouchement et nous sommes partis à [N.] (localité où réside un thérapeute traditionnel réputé) et on m'a dit d'acheter un bracelet (une amulette) pour lui donner... la femme est vraiment tombée enceinte. Quand elle a pris la grossesse, ça lui a coûté la vie... » (Homme polygame, district sanitaire de Diapaga).

Tableau 3  
Lieux de décès des femmes par district sanitaire

	District sanitaire Ouargaye	District sanitaire Diapaga	Total
<b>Domicile</b>	4	5	9
<b>Transport au centre de santé</b>	1	1	2
<b>Centre de santé</b>	7	5	12
<b>Total</b>	12	11	23

2. Ignorance du statut de la grossesse et recours tardif aux soins qualifiés : « Elle ne partait pas en consultation parce qu'on ne savait pas qu'elle était enceinte... C'est lorsqu'elle m'a dit qu'elle ne se sentait pas bien que nous l'avons amenée au centre de santé... » (Mari de la défunte, district sanitaire de Diapaga).
3. Identification tardive des signes de danger : « Quand je suis arrivé à la maison et que j'ai vu que ça n'allait pas on l'a mis dans une charrette et direction le centre de santé [N.], d'où elle rendit l'âme en cour de route... » (Homme polygame, district sanitaire de Diapaga).
4. Tabous culturels expliquant le non-recours aux soins qualifiés : « Je ne l'ai pas amenée en consultation au centre de santé, car je me dis que ce n'est pas une maladie naturelle que la médecine moderne peut soigner. Ce sont des forces surnaturelles... » (Homme thérapeute, district sanitaire de Diapaga).
5. Les retards dans l'accès aux soins d'urgence : « Il n'y avait pas de téléphone (pour faire venir l'ambulance); donc l'agent de santé a demandé à des gens qui sont allés à [N. centre de santé] à moto pour informer [...]; elle est décédée... » (Belle-mère de la défunte, district sanitaire de Ouargaye).
6. L'inadéquation du moyen de transport pour accéder aux soins d'urgence : « la première fois, on est parti avec un vélo. Le jour de sa mort maintenant, le matin on l'a encore prise avec un vélo pour partir. À midi, son corps s'est chauffé, elle ne pouvait plus se lever, nous l'avons

prise avec une charrette, un âne... » (Tante de la défunte, district sanitaire de Ouargaye).

Ces quelques extraits de discours montrent la diversité des causes de décès maternels dont les faits sont souvent relatés avec beaucoup de détails par la plupart des personnes interrogées qui ont été présentes peu avant le décès ou ont vécu directement plusieurs séquences des récits rapportés. Plusieurs éléments évoqués entrent en ligne de compte (registre surnaturel, tabous culturels, retards de nature diverse avant d'accéder aux soins qualifiés). Ces facteurs liés au contexte ont été bien décrits par Thaddeus et Maine (1994).

Par ailleurs, les données d'enquête telles que décrites en français ne donnent pas à voir les glissements sémantiques qui peuvent intervenir en essayant de traduire les propos exprimés dans les principales langues véhiculaires locales. Or, en s'appuyant sur des faits basés sur le « langage des maux » (Olivier de Sardan, 1994) ou encore certaines conceptions ou pratiques culturelles locales, il serait possible de diagnostiquer certains décès. Malheureusement, il semble que les professionnels de la santé qui font les autopsies verbales n'en tiennent pas suffisamment compte ou ne parviennent pas à décoder ce langage. Il s'avère d'une grande utilité dans la démarche d'être attentif à ces considérations qui semblent relever du détail jusqu'à un certain point mais qui ont leur place pour une compréhension adéquate des circonstances et des causes de décès.

Ce domaine de compétence des sciences sociales consistant à décrypter des contenus discursifs touchant des éléments de contexte a été exploité ici. L'idée était de faire ressortir ce qui transparait des facteurs et faits locaux pouvant entraver ou au contraire faciliter un recueil de l'information sensible sur les décès maternels auprès de diverses catégories de personnes non toujours disposées à cela.

### ***Conditions de recueil de l'information sur les décès maternels et résultats obtenus***

Compte tenu des objectifs assignés à ce travail, la procédure d'enquête de terrain a été minutieusement préparée pour éviter, autant que possible, les incompréhensions, réactions ou attitudes défavorables de la part des informateurs-clés sollicités.

#### ***Facteurs favorables à la restitution des causes de décès maternel***

Comme il sied dans ce genre d'enquête en zone rurale, les principaux leaders locaux ont été d'abord contactés pour les informer et demander leur appui pour entrer en contact avec les familles des défuntees. Les deux chefs coutumiers locaux ont été informés préalablement de la nature et des objectifs de l'étude et

de ce qui est attendu des informateurs concernant notamment les circonstances et les causes perçues des décès. Pour faciliter le contact avec les familles, les deux chefs ont fait en sorte que des guides et interprètes nous accompagnent tout au long de l'enquête. Cela a facilité la démarche car ils aidaient d'abord à recueillir les informations préliminaires permettant d'identifier, de proche en proche, la personne la mieux placée pour apporter les informations recherchées. Ils rassuraient aussi les personnes par leur présence qui montrait l'adhésion des responsables locaux, ce qui était de nature à faire disparaître certaines réticences et à contribuer à avoir une bonne disposition des répondants pour l'entretien. La remise d'un cadeau symbolique (savon, boîte de sel ou de sucre) à la fin des entretiens était également une marque d'attention ou de considération favorablement accueillie dans toutes les familles. Dans ces conditions, il y avait de bonnes raisons d'attendre des informations crédibles, la crainte de ne pas en obtenir se justifiant amplement lorsqu'il s'agit d'aborder des sujets sensibles concernant le vécu de la défunte peu avant l'événement fatal.

Sur l'ensemble des entretiens réalisés, on constate qu'aucun thème n'a véritablement fait l'objet d'une rétention manifeste de l'information comme cela aurait pu être le cas étant donné les informations particulièrement sensibles qui étaient recherchées. Cette expérience nous a alors confortés dans l'idée qu'il est possible d'accéder à des données de proximité sur les décès maternels à condition de procéder en respectant les normes sociales et culturelles locales. Ainsi, le choix des informateurs a requis l'approbation des leaders familiaux, proches de la défunte ou personnes influentes habituellement informées de tous les événements vitaux (naissances, accouchements, décès) dans les villages. Par ailleurs, pour montrer en quoi une approche de ce genre ancrée sur les valeurs culturelles locales peut contribuer à une meilleure complétude et une précision des informations recueillies par autopsie verbale, nous partirons des contraintes couramment rapportées pour essayer de cerner ce qui a permis d'y faire face en temps réel au cours du déroulement de l'étude.

#### *Contraintes défavorables à la restitution des causes de décès maternels*

Les contraintes liées à la déclaration du décès auprès de services d'enregistrement de tels événements ont déjà été abordées en ce qui concerne les milieux communautaires et les centres de soins (Yaogo, 2005; Yaogo et al., 2010). Il s'agissait beaucoup plus ici d'explorer à la fois l'acceptation de participer à l'enquête, en sachant que les familles concernées par un décès maternel avaient déjà été identifiées, et les dispositions des répondants à livrer des informations sensibles véhiculant parfois des significations sociales et culturelles très fortes. Si aucune réticence particulière de certains informateurs

n'a été observée au cours de la réalisation des entretiens, un refus de participer a été exprimé par un informateur. Il s'agit d'un chef de famille qui ne voulait plus entendre parler du décès de sa belle-fille.

Un autre type de difficulté a concerné un cas de résurgence émotionnelle ayant été à l'origine de l'arrêt momentané d'un entretien lorsque la répondante a commencé à verser des larmes au moment des séquences sensibles de son récit. Ces réactions et attitudes observées en temps réel étaient sans commune mesure avec ce qui aurait pu arriver sans les précautions prises en compte. En effet, nous avons eu écho du fait que certaines personnes pourraient refuser de parler des coutumes et des pratiques après les décès pour se protéger d'un éventuel malheur dans la famille. Cette rétention de l'information peut être limitée dans le temps en fonction des significations véhiculées. Mais il ne nous a pas été donné de constater cela directement, sans doute en raison de la bonne acceptation des techniques qualitatives utilisées. Cependant, il est indéniable que les changements qui s'opèrent dans les sociétés locales du fait notamment de l'influence des effets de modernité peuvent aussi expliquer un plus faible attachement aux normes et valeurs traditionnelles. L'extrait suivant est évocateur à ce sujet :

Avant c'était comme ça, comme nous sommes dans une religion, nous ne faisons plus comme ça. C'est la volonté de Dieu, elle est retournée vers lui... avant c'était la tradition, ils disaient que c'est interdit, les gens ne portaient pas nombreux. C'était les vieilles, les vieux qui s'approchaient des morts. Mais ce jour-là, les jeunes filles se sont mêlées à nous pour nous aider à laver la femme. Lorsqu'on l'amenait au cimetière, ce sont les jeunes hommes qui ont porté la femme pour l'amener dans sa tombe. Nous ne connaissons pas d'interdit, nos chrétiens sont venus, les musulmans aussi sont venus; oui c'est comme ça... (Femme mariée, district sanitaire de Ouargaye).

***Quels enseignements nous inspire cette expérience?***

Les données rapportées par les différents informateurs familiaux ou les proches des défunt(e)s renseignent d'abord sur plusieurs causes de décès. Mais au-delà, il s'agissait de voir ce qui pouvait d'un côté être source de blocage ou de censure de la part du répondant et de l'autre ce qui reflétait une bonne disposition à fournir des informations pouvant paraître à bien des égards comme relevant du secret, du point de vue de certaines règles sociales ou valeurs culturelles. Comment peut-on alors apprécier les conditions de recueil de l'information dans les deux sites d'enquête et les contraintes et facilités vécues en situation?

Il est apparu d'abord que les conceptions relatives à certaines pratiques culturelles sont toujours véhiculées. Ainsi, une pratique bien connue dans les localités relevant du district sanitaire de Ouargaye, où la culture dominante est celle du groupe linguistique et culturel yaana, une coutume devant être respectée par les familles avant l'annonce de la grossesse. Selon les exigences des pratiques rituelles liées à son état, la femme enceinte n'est pas autorisée à dévoiler son état avant trois mois. Cela signifie qu'elle ne peut pas avoir recours aux soins de santé avant ce délai, précisément les consultations prénatales et d'autres prestations curatives en cas de besoin. Dans ces conditions, les proches de la défunte peuvent-ils certifier la nature d'un décès tant que le rite social n'a pas légitimé l'état de grossesse? On comprend alors ce qui peut être source d'informations erronées à cause du niveau de connaissances ou d'expérience de l'informateur ou du fait de l'emprise de certaines pratiques culturelles en vertu desquelles la grossesse est un fait social tabou qui justifie une réserve compréhensible pour en parler. Ce facteur a vraisemblablement été amoindri par les précautions que l'équipe de recherche a prises dans la phase préparatoire de l'enquête pour que le discours sur les circonstances ou les causes de décès maternel ne soit pas interprété comme une entorse à des règles sociales ou culturelles. Bien entendu, nous avons déjà signalé comment des transformations introduites dans les sociétés locales donnent une autre coloration à ces traditions connues mais non vécues de la même manière que par le passé.

Une autre caractéristique saillante est qu'en considérant le statut de la femme dans les sociétés locales où l'homme a un statut prédominant selon les traditions, l'un des questionnements concerne la disposition des femmes à donner des informations complètes et plausibles à cause des contraintes sociales qui s'exercent sur elles, que ce soit par le passé ou actuellement. Cela a été vérifié par exemple dans un cas où la femme a exigé d'attendre le retour de son mari avant de parler du décès maternel dont elle a été l'un des témoins clés car elle avait assisté la victime avant l'issue fatale. En cela, la situation s'apparente à celle décrite en Guinée-Bissau par Hoj et al. (1999, p. 70) qui ont relevé d'une part que « le mari était un meilleur répondant qu'une co-épouse... » et d'autre part que « les hommes en général fournissaient plus d'informations spécifiques que les femmes ». La réalité relatée ici est qu'en contexte local, les femmes soumises à certaines contraintes sociales défavorables ne sont pas en mesure d'apporter certaines informations clés pourtant liées à leur vécu propre et à leurs problèmes spécifiques de santé. En revanche, les hommes, moins exposés à de tels obstacles liés au sexe et au statut social de la femme, peuvent donner plus de précisions de première importance sur les thèmes explorés, particulièrement les barrières culturelles à



l'obtention d'informations spécifiques sur les circonstances et les causes des décès maternels. Paradoxalement, dans notre recherche il s'avère que ce sont plutôt les femmes qui détiennent souvent les informations les plus précises sur les circonstances et les causes de décès. Cela montre à quel point les femmes rurales n'ont pas encore les mêmes aptitudes à communiquer ce qu'elles savent et ce qu'elles vivent au même titre que les hommes.

Que ce soit par une revue comparée de causes de décès recensées à l'aide d'un algorithme de diagnostic (Hoj et al., 1999) ou par des calculs de probabilités (Byass et al., 2003; Fottrel et al., 2007), l'enjeu de la fiabilité des informations de base constitue le principal défi à relever. Or, l'utilisation de questionnaires standardisés sans une attention particulière aux effets de contexte ne permet pas d'être sensible à certaines caractéristiques culturelles présentes dans les discours au moment de recueillir l'information auprès des répondants. Une tendance pourrait être de vouloir établir des correspondances terme à terme là où le discours, exprimé dans un langage parfois ésotérique ou métaphorique, peut renvoyer à d'autres significations culturellement fondées, comme le suggèrent les écrits déjà évoqués, précisément ceux d'Olivier de Sardan (1994) et de Jaffré et Olivier de Sardan (1999). En s'inspirant des conditions de recueil de l'information auprès des informateurs-clés identifiés à travers une approche progressive, le Tableau 4 fait une comparaison des facteurs défavorables et favorables à l'obtention de l'information sur les décès maternels en référence à ce qui est classiquement mis en cause.

À la lecture de ce tableau, on constate que certaines contraintes sont plus faciles que d'autres à évacuer, à corriger ou à remédier en partant de la base vers le sommet. En effet, les contraintes liées à l'outil peuvent être évitées dès la préparation de l'enquête en veillant à traduire avec beaucoup d'attention les termes qui seront utilisés, au besoin avec l'aide de personnes compétentes en la matière. Les contraintes liées à l'enquêteur sont également potentiellement maîtrisables sur la base d'une bonne préparation du personnel de recherche qui doit faire preuve d'une connaissance adéquate des us et coutumes pour le premier contact et les interactions avec les informateurs. En outre, l'expérience professionnelle et le respect de certaines règles éthiques sont de nature à mettre les informateurs en confiance. Cela concerne particulièrement l'explication des objectifs et de ce qui sera fait des résultats, ainsi que la garantie d'anonymat et de confidentialité dans le traitement des données. En revanche, la tâche est plus ardue concernant les contraintes liées à l'informateur et au contexte culturel. En effet, le résultat n'est jamais garanti *a priori* lorsqu'on sait que les personnes pressenties ne sont pas toujours dans de bonnes dispositions personnelles pour rapporter des souvenirs douloureux. Cette dimension émotionnelle dans la relation avec les répondants est plus difficile à contrôler et traduit la délicatesse

Tableau 4  
Facteurs défavorables et favorables au recueil de l'information  
auprès des proches des défuntes

<b>Facteurs défavorables liés au contexte culturel</b>	<b>Facteurs favorables liés au contexte culturel</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non-respect des exigences culturelles</li> <li>- Non-respect de la confidentialité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence de facilitateurs locaux (connaissances du contexte culturel)</li> <li>- Choix d'un lieu approprié pour l'interview</li> </ul>
<b>Facteurs défavorables liés à l'informateur</b>	<b>Facteurs favorables liés à l'informateur</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible motivation pour participer à l'interview (chagrin, blocage)</li> <li>- Connaissances non précises sur l'histoire de la défunte</li> <li>- Refus délibéré de donner de l'information; tabous, censure sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en confiance, empathie, approche qualitative</li> <li>- Présence de facilitateurs locaux</li> <li>- Possibilité d'informations complémentaires avec un autre informateur-clé</li> <li>- Approche préalable, bonnes aptitudes de l'enquêteur</li> </ul>
<b>Facteurs défavorables liés à l'enquêteur</b>	<b>Facteurs favorables liés à l'enquêteur</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contact préliminaire inadéquat</li> <li>- Mauvais choix de l'informateur-clé</li> <li>- Attitudes inadéquates pendant l'interview</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne préparation</li> <li>- Recours aux facilitateurs locaux</li> <li>- Identification de l'informateur-clé de proche en proche</li> <li>- Expérience et éthique professionnelles</li> </ul>
<b>Facteurs défavorables liés à l'outil d'autopsie verbale</b>	<b>Facteurs favorables liés à l'outil d'autopsie verbale</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mots-clés ou items difficiles ou impossibles à traduire dans les langues locales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traduction adaptée des items en référence aux terminologies locales</li> </ul>

d'une telle démarche. En outre, un autre enjeu majeur est de réussir à amener le répondant familial ou les proches de la famille à faire fi d'une tendance à censurer certaines informations sensibles qui engagent l'émetteur au regard de certaines normes et valeurs sociales et culturelles.

***Qualité, plausibilité des données d'autopsie verbale : la solution par le relationnel?***

Cette étude qualitative a consisté à recueillir des données sur les décès maternels, en dehors du questionnaire classique d'autopsie verbale. Les résultats présentés ont montré que la clé en matière d'accès à des informations adéquates et fiables sur les décès maternels réside dans une relation adéquate avec les répondants. Les données produites sont le résultat d'un processus d'interactions multiples provoquées par le chercheur qui doit avoir de bonnes aptitudes professionnelles pour les enregistrer, les traiter et restituer fidèlement le contenu. C'est à la fois cette flexibilité et cette rigueur du qualitatif (Olivier de Sardan, 2008) qui font partie des garants d'un aboutissement attendu d'une démarche dont on connaît la délicatesse dans le cas présent.

Doit-on comprendre alors que les professionnels de la santé formés à d'autres pratiques doivent faire du social ou s'adonner à l'approche qualitative pour s'inscrire dans cette vision des choses? La réponse à cette question nous renvoie au contexte actuel d'échanges multidimensionnels entre les disciplines, notamment dans le domaine de la santé, entre praticiens biomédicaux, chercheurs épidémiologistes et chercheurs en sciences sociales. Les expériences en la matière se déclinent en termes d'ouverture interdisciplinaire dans laquelle les sciences sociales jouent habituellement un rôle de catalyseur (Hubert & Sancho-Garnier, 1995). En effet, elles sont en mesure d'aider à décrypter ce qui peut demeurer caché ou même incongru pour d'autres en termes de descriptions empiriques des causes des maladies et des pratiques thérapeutiques associées. Ce dialogue est d'actualité dans un contexte de mondialisation des priorités en matière de santé et de développement (Hours, 2001). La situation actuelle plaide donc en faveur d'une collaboration moins distante entre sciences sociales et biomédicales dans l'espace francophone, comme le montre la longue tradition d'échanges et d'applications instaurée dans l'espace anglo-saxon.

**Conclusion**

Associée à une série d'activités pluridisciplinaires d'évaluation d'une intervention sanitaire, la présente étude fait partie d'un travail plus vaste à la fois au niveau communautaire et dans les centres de santé. Il s'agissait d'utiliser une approche qualitative pour explorer les causes de décès maternels

et, au-delà, ce qui pouvait constituer des obstacles ou au contraire faciliter la recherche de cette information délicate dans deux sites ruraux du Burkina Faso.

L'approche méthodologique a été adaptée afin de s'assurer autant que possible que l'informateur pourrait relater au mieux les faits même si une telle démarche est susceptible de réactiver certaines sensibilités émotionnelles. Les résultats obtenus confirment en quoi une manière de faire qui tient compte des bases sociales et culturelles locales, qui a recours à des facilitateurs locaux et qui est bien expliquée aux leaders des communautés et aux familles contribue à diminuer les réticences ou le recueil d'informations erronées. Il ne s'agit en aucun cas de se substituer aux professionnels de la santé qui sont les utilisateurs attirés de la technique d'autopsie verbale pour laquelle certaines lacunes ont été relevées. L'intérêt réside surtout dans l'idée de proposer une approche complémentaire qui appelle à des échanges ou à un dialogue avec les sciences sociales dans ce domaine, ou pour d'autres centres d'intérêt en santé publique. Dans cette vision, il est question de privilégier la collaboration interdisciplinaire face à des défis à relever dans le champ de la santé, en sachant que les sciences sociales sont appelées à jouer un rôle d'éclaireur selon les besoins exprimés.

## Note

<sup>1</sup> Les résultats des recherches et d'autres publications récentes sont disponibles sur le site de l'organisation ([www.impact-international.org](http://www.impact-international.org)).

## Références

- Adjamagbo, A., Guillaume, A., & N'Guessan, K. (Éds). (1999). *Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains*. Paris : IRD.
- Augé, M., & Herzlich, C. (1984). *Le sens du mal : anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*. Paris : Éditions des Archives contemporaines.
- Berche, T. (1998). *Anthropologie et santé publique en pays dogon*. Paris : APAD - Karthala.
- Berhane, Y., Anderson, T., Wall, S., Byass, P., & Högberg, U. (2000). Aims, options and outcomes in measuring maternal mortality in developing societies. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 79, 968-972.
- Bhatia, J., & Cleland, J. (1996). Obstetric morbidity in South India : results from a community survey. *Social Science & Medicine*, 43(10), 1507-1516.
- Bisilliat, J. (Éd.). (1992). *Relations de genre et développement : femmes et sociétés*. Paris : ORSTOM.

- Bonnet, D. (1990). Anthropologie et santé publique : une approche du paludisme au Burkina Faso. Dans D. Fassin, & Y. Jaffré (Éds), *Sociétés, développement et santé* (pp. 243-258). Paris : Ellipses/AUPELF.
- Bouvier-Colle, M.-H. (2003). Mortalité maternelle dans les pays en développement : données statistiques et amélioration des soins obstétricaux. *Médecine tropicale*, 63, 358-365.
- Bouvier-Colle, M.-H., Varnoux, N., Costes, P., & Hatton, F. (1991). Reasons of the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. *International Journal of Epidemiology*, 20(3), 717-721.
- Byass, P., Huong, D. L., & Minh, H. V. (2003). A probabilistic approach to interpreting verbal autopsies : methodology and preliminary validation in Vietnam. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31(62), 32-37.
- Cantrelle, P., & Locoh, T. (1993). Facteurs sociaux et culturels de la santé en Afrique de l'Ouest. *Les Dossiers du CEPED*, 10, 7-36.
- Cantrelle, P., Thonneau, P., & Touré, B. (1992). Mortalité maternelle : deux études communautaires en Guinée. Paris : *Les Dossiers du CEPED*.
- Cham, M., Sundby, J., & Vangen, S. (2005). Maternal mortality in the rural Gambia, a qualitative study on access to emergency obstetric care. *Reproductive Health*, 2(3). Repéré à <http://www.reproductive-health-journal.com/content/2/1/3>
- Chandramohan, D., Maude, G. H., Rodrigues, L. C., & Hayes, R. J. (1998). Verbal autopsies for adult deaths : their development and validation in a multicentre study. *Tropical Medicine and Tropical Health*, 3(6), 436-446.
- Dacher, M., & Lallemand, S. (1992). *Prix des épouses, valeur des soeurs, suivi de Les Représentations de la maladie : deux études sur la société Goin (Burkina Faso)*. Paris : Harmattan.
- Fainzang, S. (1986). *L'intérieur des choses : maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*. Paris : Harmattan.
- Ferreira, F. S., & Bergstöm, S. (2002). Quality of registration of maternal deaths in Mozambique : a community based study in rural and urban areas. *Social Science and Medicine*, 54, 23-31.

- Fottrell, E., Byass, P., Ouédraogo, T. W., Tamini, C., Gbangou, A., Sombie, I., Hogberg, U., Witten, K. H., Bhattacharya, S., Desta, T., Deganus, S., Tornui, J., Fitzmaurice, A. E., Meda, N., & Graham, W. J. (2007). Revealing the burden of maternal mortality : a probabilistic model for determining pregnancy-related causes of death from verbal autopsies. *Population Health Metrics*, 5(1). Repéré à <http://www.pophealthmetrics.com/content/5/1/1>
- Graham, W., Themmen, E., Bassane, B., Meda, N., & De Brouwere, V. (2008). Evaluating skilled care at delivery in Burkina Faso : principles and practice. *Tropical Medicine and International Health*, 13(1), 6-16.
- Hoj, L., Stensballe, J., & Aaby, P. (1999). Maternal mortality in Guinea-Bissau : the use of verbal autopsy in a multi-ethnic population. *International Journal of Epidemiology*, 28(1), 70-76.
- Hours, B. (Éd.). (2001). *Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie*. Paris : Karthala.
- Hubert, A., & Sancho-Garnier, H. (1995). Anthropologie et recherche biomédicale : de quoi donc parle l'anthropologie? Dans J. F. Baré (Éd.), *Les applications de l'anthropologie* (pp. 221-239). Paris : Harmattan.
- Institut national de la statistique et de la démographie (INSD). (2008). Recensement général de la population et de l'habitat : résultats définitifs. Ouagadougou : Ministère de l'Économie et des Finances.
- Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.- P. (1999). *La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Janzen, J. (1995). *La quête de la thérapie au Bas Zaïre*. Paris : Karthala.
- Kaufman, J. S., Asuzu, M. C., Rotimi, C. N., Johnson, O. O., Owaeje, E. E., & Cooper, R. S. (1997). The absence of adult mortality data for Sub-Saharan Africa : a practical solution. *Bulletin of the World Health Organization*, 75(5), 389-395.
- Kirkwood, B., Cousens, S. N., Victora, C. G., & De Zoysa, I. (1997). Issues in the design and interpretation of studies to evaluate the impact of community-based interventions. *Tropical Medicine and International Health*, 2(11), 1022-1029.
- Kroeger, A. (1983). Anthropological and socio-medical health care research in developing countries. *Social Science & Medicine*, 17(3), 147-161.
- Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot.

- Macfarlane, S. B. (2005). Harmonizing health information systems with information systems in other social and economic sectors. *Bulletin of the World Health Organisation*, 83(8), 590-596.
- McCarthy, J., & Maine, D. (1992). A framework for analyzing the determinants of maternal mortality. *Studies in family planning*, 23(1), 23-33.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1994). La logique de la nomination : les représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger. *Sciences sociales et santé*, 13(3), 15-45.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-La-Neuve : Acemia-Bruylant.
- Olsen, B. E., Hinderaker, S. G., Lie, R. T., Bergsjø, P., Gasheka, P., & Kvale, G. (2002). Maternal mortality in Northern Rural Tanzania : assessing the completeness of various information sources. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 81, 301-307.
- Organisation mondiale de la santé. (OMS). (2004). *Au-delà des nombres : examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse*. Genève : OMS.
- Organisation mondiale de la santé. (OMS). (2008). *Mortalité maternelle en 2005 : estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale*. Genève : OMS.
- Ronsmans, C., Vanneste, A., Chakraborty, J., & Van Ginneken, J. (1998). A comparison of three verbal autopsy methods to ascertain levels and causes of maternal deaths in Matlab (Bangladesh). *International Journal of Epidemiology*, 27(4), 660-666.
- Sloan, N. L., Langer, A., Hernandez, B., Romero, M., & Winikoff, B. (2001). The etiology of maternal mortality in developing countries : what do verbal autopsies tell us. *Bulletin of the World Health Organisation*, 79(9), 805-810.
- Soleman, N., Chandramohan, D., Shibuya, K. (2006). Verbal autopsy : current practices and challenges. *Bulletin of the World Health Organisation*, 84, 239-245.
- Sundari, T. K. (1992). The untold story : how the health care systems in developing countries contribute to maternal mortality. *International Journal of Health Services*, 22(3), 513-528.

- Thaddeus, S., & Maine, D. (1994). Too far to walk : maternal mortality in context. *Social Science and Medicine*, 38(8), 1091-1110.
- Thaddeus, S., & Nangalia, R. (2004). Perceptions matter : barriers to treatment of postpartum hemorrhage. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(4), 293-297.
- Wall, L. L. (1998). Dead mothers and injured wives : the social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of Northern Nigeria. *Studies in Family Planning*, 29(4), 341-359.
- Williams, T. (2005). Building health information systems in the context of national strategies for the development of statistics. *Bulletin of the World Health Organisation*, 83(8), 564.
- Yaogo, M. (2005). Étude sur les barrières et les conditions favorables à une déclaration des décès maternels au sein de la population [Rapport scientifique]. Bobo-Dioulasso : Immpact-Centre Muraz.
- Yaogo, M., Barro, M., Tamini, C., & Sombié, I. (2010). Améliorer le système d'information sur les décès maternels dans quatre hôpitaux du Burkina Faso : le point de vue des soignants. *Global Health Promotion*, 17(1), 86-94
- Zempléni, A. (1985). La « maladie » et ses « causes ». *L'Ethnographie*, 2, 13-44.

**Maurice Yaogo** est titulaire d'un Ph.D. en anthropologie sociale et ethnologie obtenu à l'École des hautes études en sciences sociales (France) et d'un DEA de psychologie obtenu à l'Université de Nancy II (France). Il a plus de 15 ans d'expérience de recherches pluridisciplinaires au sein de plusieurs institutions de recherche dont l'Institut de recherche pour le développement (IRD), le Centre Muraz et AFRICSanté; il a également à son actif 10 ans d'expérience en enseignement supérieur au Burkina Faso (Université de Ouagadougou et Université catholique de l'Afrique de l'Ouest, unité universitaire de Bobo-Dioulasso (UCAO-UUB).

**Télesphore Somé** est diplômé en sociologie de l'Université de Ouagadougou (2003). Il a participé à plusieurs programmes de recherche, notamment Immpact au Centre Muraz (Burkina Faso) où il coordonne les activités de recherche qualitative d'un projet de recherche international concernant l'audit des décès maternels. Son champ d'intérêt est la recherche fondamentale et appliquée dans le domaine de la santé.



***Moctar Ouédraogo** est sociologue de formation et est titulaire d'un DESS en démographie de l'Institut de formation et de recherche démographiques (IFORD) à Yaoundé au Cameroun. Chercheur expérimenté, il a une longue expérience de travail pluridisciplinaire dont la compétence couvre les analyses mixtes de données quantitatives et qualitatives. Il a participé à plusieurs programmes de recherche internationale dont Impact au Centre Muraz. Il est actuellement chargé de l'évaluation à AFRICSanté.*

***Nicolas Méda** est médecin et chercheur en épidémiologie. Il a intégré le Centre Muraz comme responsable des départements VIH/sida et santé de la reproduction, après une expérience de fonctionnaire international à l'OMS. Coordonnateur de plusieurs programmes de recherche et d'évaluations internationales dont l'initiative Impact, il est actuellement président d'AFRICSanté et coordonnateur Sud du site de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) au Burkina Faso.*