

**EHESP**

---

**Master 2 Promotion de la Santé et Prévention**

Promotion : **2017 - 2018**

---

**Recherche en santé maternelle : développement d'une approche communautaire pour prévenir les complications obstétriques et la mortalité maternelle chez les femmes enceintes d'une communauté rurale maya du Yucatán.**

---

**Marine FERNANDEZ**

*Sous la direction de Clélia Gasquet*

*et Elsa Rodríguez- Angulo*

---

# Remerciements

---

Tout d'abord je souhaite remercier l'ensemble des habitants de Tiholop que j'ai pu rencontrer tout au long de mon séjour, toutes les femmes enceintes avec lesquelles j'ai pu discuter et sans qui ce travail n'aurait pu se conclure. Merci de m'avoir acceptée parmi vous, merci à mes logeurs et à mes amis pour leur bienveillance, pour m'avoir tant appris pendant ce séjour. En un mot, «nib'oolal».

Je souhaite remercier tout particulièrement Madame Gasquet, pour sa présence tout au long de mon stage, pour ses encouragements dans les moments de doute et de difficultés mais aussi pour ses relectures et corrections tout au long de ce projet.

J'adresse également mes remerciements :

A Madame Guével, pour ses précieux conseils dans l'élaboration de ce projet de stage.

A l'équipe de la Direction des Relations Internationales de l'EHESP, et notamment Anne Rocher et Fanny Héliot, sans qui ce stage n'aurait pas été possible, une fois de plus.

Au Docteur Rodríguez-Angulo pour m'avoir donné l'opportunité d'intégrer le Centre de Recherche et de réaliser ce projet dont j'avais tant rêvé.

A Marion, ma sœur jumelle pour ses encouragements malgré la distance qui nous sépare.

A Doña Julia et Don Joaquín pour leur soutien tout au long de mon séjour à Mérida, leurs encouragements et toutes leurs petites attentions à mon égard.

A Judith et au Docteur Sanchez pour leurs précieux conseils et pour leur amitié depuis déjà un an.

Merci également à toutes les personnes m'ayant tendu la main ou à celles, au contraire, m'ayant rendu ce séjour un peu plus difficile, c'est avec de nombreux enseignements que j'en ressors et motivée plus que jamais pour la suite des aventures.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
1. La mortalité maternelle : définition et contexte international.....	1
2. Comprendre la mortalité maternelle .....	1
3. Problématisation du sujet .....	4
4. Question de recherche et hypothèses .....	6
5. Présentation de l'enquête.....	8
<b>I. La mortalité maternelle : un phénomène présent au Mexique et au Yucatán</b> .....	<b>11</b>
1. Les spécificités du système de santé mexicain .....	11
2. La mortalité maternelle au Mexique et au Yucatán: données économiques, conséquences sociales et inégalités .....	14
2.1. Prédisposition des populations vulnérables .....	14
2.2. Inégalité dans la distribution de la mortalité maternelle au Yucatán: considérations géographiques.....	15
3. Prise en charge de la grossesse au Mexique : la dimension culturelle en jeu .....	16
3.1. Suivi et contrôle prénatal au Mexique .....	16
3.2. La dimension culturelle dans la conception de la grossesse et sa prise en charge au Yucatán.....	17
3.3. Des enjeux d' <i>empowerment</i> dans la prise en charge de la grossesse .....	20
<b>II. Méthodologie</b> .....	<b>21</b>
1. Cadre temporel .....	21
2. Modalité de recueil d'informations .....	22
2.1. Choix de méthode de recherche .....	22
2.2. Informations recueillies et participants .....	23
3. Traitement des informations .....	25
4. Déroulement du terrain : difficultés et solutions alternatives.....	25
<b>III. Résultats</b> .....	<b>27</b>

1.	Tiholop : traduction d'une identité culturelle maya en termes d'organisation sociale et familiale.....	27
1.1.	Union et grossesse .....	27
1.2.	Activités et mobilité au sein de la communauté : structure sociale .....	30
1.3.	Grossesse : représentations sociales et croyances .....	34
2.	Prise en charge de la grossesse : organisation et ajustements selon le contexte géographique, économique et politique.....	37
2.1.	Prise en charge au sein de la communauté : acteurs et dimension culturelle .....	37
2.2.	Prise en charge en dehors de la communauté : des enjeux de transport et de mobilité	39
3.	Des enjeux d' <i>empowerment</i> pour agir sur la santé maternelle à Tiholop.....	43
3.1.	<i>Empowerment</i> .....	43
3.2.	Besoins exprimés dans la communauté.....	45
<b>IV.</b>	<b>Réflexions et perspectives d'actions.....</b>	<b>47</b>
1.	Réflexions portant sur les résultats et le déroulement du travail de terrain.....	47
1.1.	Inégalités de santé : une santé maternelle à deux vitesses .....	47
1.2.	Instrumentalisation de la santé et des besoins pour des intérêts politiques .....	49
1.3.	Posture dans la recherche.....	50
2.	Implications des résultats et perspectives d'actions .....	51
2.1.	Valoriser le « réseau féminin » par la mise en œuvre d'une action par les pairs .....	51
2.2.	Inclure la famille dans les interventions.....	52
	<b>Conclusion.....</b>	<b>53</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>57</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

CCP: *Conditional Cash Transfer*

CENETEC: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

CODHEY: Comisión De Derechos Humanos del Estado de Yucatán

CONAPO: Consejo Nacional de Población

FMI : Fond monétaire International

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INEE: Instituto Nacional de Evaluación de la Educación

INEGI: Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPS : Organisation Panaméricaine de la Santé

PEMEX : Petroleros Mexicanos

RMM : rapport de mortalité maternelle

SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional

SEDESOL: Secretaría de Desarrollo Social

SEMAR: Secretaría de Marina

SINAIS: Sistema Nacional de Información en Salud

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Introduction

### 1. La mortalité maternelle : définition et contexte international

Malgré de nombreuses initiatives mises en œuvre, la mortalité maternelle reste un phénomène persistant en santé publique au niveau international et d'ailleurs en 2005 le nombre total de morts maternelles a été estimé à 536 000, autrement dit ce sont plus d'un demi million de femmes qui ont perdu la vie en voulant la donner à un autre être humain (OMS, 2008, p1). Durant le Sommet du Millénaire des Nations Unies de 2000, huit Objectifs du Développement ont été adoptés par la communauté internationale parmi lesquels figurait la réduction de la mortalité maternelle, placé en cinquième position par ordre de priorité. Les pays ayant signé la Déclaration du Millénaire se sont engagés à mobiliser des efforts et ressources dans le but de réduire le rapport de mortalité maternelle (RMM) de 75%, c'est-à-dire atteindre l'objectif de 22 morts maternelles pour 100 000 naissances vivantes au maximum et en particulier dans les pays en voie de développement où ce phénomène est le plus important (ibid.). La mortalité maternelle est définie comme « la mort d'une femme au cours de la grossesse ou dans les 42 jours qui font suite à son terme, indépendamment de sa durée, que ce soit pour une cause liée ou aggravée avec l'accouchement ou à sa prise en charge. Elle ne concerne pas les causes accidentelles ou fortuites » (OPS, 1995, p139). En effet, nous pouvons noter une différence entre les niveaux de mortalité maternelle dans les pays en voie de développement et dans les pays considérés comme développés tel que ceux de l'Union Européenne où nous observons un RMM de 8 pour 100 000 naissances vivantes en 2015 tandis que la même année dans la région de l'Afrique subsaharienne se produisaient 547 mort pour 100 000 naissances vivantes (OMS, 2008). Entre la Gambie et l'Autriche par exemple ce sont respectivement 4 et 706 morts maternelles pour 100 000 naissances vivantes qui ont été recensées en 2015, en d'autres termes, en Gambie les femmes meurent 176 fois plus qu'en Autriche au moment de donner naissance à leur enfant (ibid.). Cependant pour comprendre ces inégalités au niveau international, il est nécessaire de connaître les différentes causes de mortalité maternelle.

### 2. Comprendre la mortalité maternelle

Selon la littérature il existe deux types de causes de mortalité maternelle : les causes immédiates et les causes indirectes. Lorsque nous parlons de causes immédiates nous faisons référence aux *facteurs hyperproximaux* que sont les complications durant la grossesse, l'accouchement ou encore pendant le *post partum*. Par les causes indirectes nous comprenons les facteurs proximaux non médicaux, également désignés par le terme « déterminants de la santé »

et qui ont pour spécificité d'être multifactoriels. Les déterminants de la santé sont un ensemble de facteurs individuels, environnementaux et sociaux économiques qui, lorsqu'ils se combinent influencent la santé et le bien être des individus (Santé Publique France, 2012), autrement dit « les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2009) . L'Agence de Santé Publique du Canada<sup>1</sup> expose douze déterminants de la santé que sont les suivants : le revenu et le statut social, le réseau et le soutien social, l'éducation et l'analphabétisme, l'emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux, les environnements physiques, les habitudes de santé et les capacités d'adaptation, les expériences durant l'enfance, le patrimoine biologique génétique, les services de santé, le sexe et la culture. D'ailleurs les zones ayant les risques de mortalité maternelle les plus importants sont celles qui présentent des niveaux de marginalité élevés, un indice de développement faible ainsi qu'un accès restreint à l'éducation et aux services de santé (Hogan et al, 2010). Si nous analysons la mortalité maternelle par une approche biomédicale, les facteurs associés peuvent être de l'ordre des risques préexistants que sont par exemple : présenter un âge extrême, vivre en zone rurale avec des services de santé inadaptés, la malnutrition de la mère et ses habitudes hygiéniques, les maladies préexistantes (ou maladies de fond) tel que le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), la tuberculose, le diabète, l'hypertension, les maladies cardiaques et rénales (Rodríguez-Angulo, 2010). Les facteurs associés peuvent également être des risques qui apparaissent durant la grossesse, ou au moment de l'accouchement tel que la présentation fœtale (à savoir la position dans laquelle se trouve le fœtus au moment de l'accouchement), les hémorragies pendant l'accouchement ou un accouchement prolongé (ibid.). Les principales complications obstétriques qui représentent les causes directes de mortalité maternelle peuvent se présenter à différents moments de la grossesse. L'une des complications les plus fréquentes pendant la grossesse est l'hémorragie puisqu'elle fait partie des cinq causes principales de mort maternelle et qu'elle induit 25 % de la mortalité maternelle dans le monde (Baterman, Berman, Riley et Leffert, 2010). Les hémorragies peuvent apparaître avant, pendant l'accouchement ou après celui-ci et ses principales causes sont l'avortement spontané, le placenta prævia c'est-à-dire le recouvrement du col de l'utérus par le placenta, la rupture utérine, lorsque la paroi de l'utérus (qui est un muscle) se déchire, l'atonie de l'utérus se produisant lorsque l'utérus ne se contracte plus ou encore le décollement du placenta qui survient lorsque le placenta se décolle et va se placer au niveau du col de l'utérus. L'un des principaux facteurs de risque de l'hémorragie est l'hypertension, qui est également le signal

---

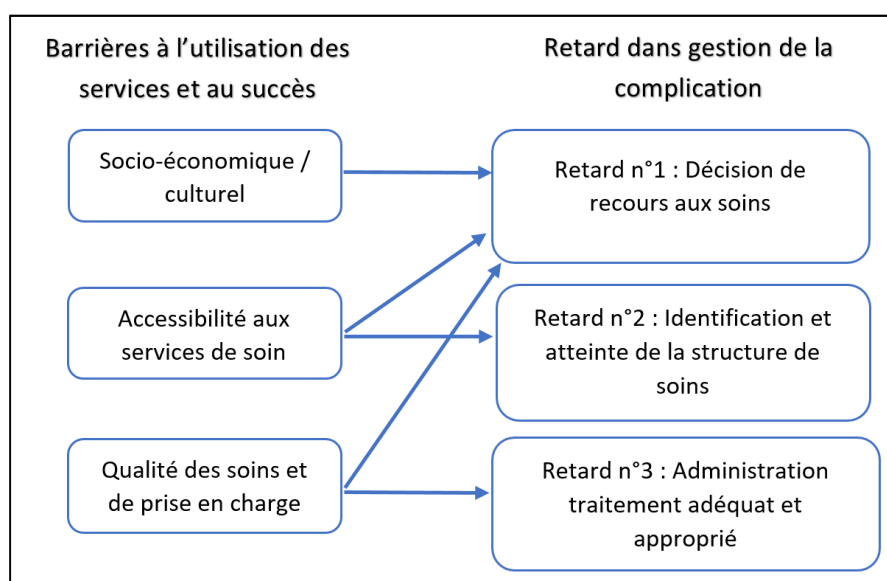
<sup>1</sup><https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>

d'alarme d'une autre complication : la pré-éclampsie (Parant, 2012). Si cette complication n'est pas contrôlée elle peut se manifester par des convulsions et dans ce cas elle est appelée éclampsie (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013). Concernant les complications qui font suite à l'accouchement, il peut s'agir de la sepsis puerpérale qui est une inflammation due à une infection survenu après l'accouchement. Par ailleurs la majorité des morts maternelles surviennent durant le *post-partum* puisque l'attention se centrerait sur le nouveau-né et les femmes consulteraient donc moins pour leur propre santé (Rodríguez-Angulo, Andueza Pech et Montero Cervantes, 2012). Bien que certaines complications obstétriques soient inévitables, la majorité d'entre elles sont évitables (Maine et *al*, 1997) d'autant plus que les causes secondaires des morts maternelles et des complications relèvent de déterminants de la santé sur lesquels il est possible d'agir tel que les styles de vie ou les régimes alimentaires (Allen, 2014). La prévention de plusieurs complications (causes immédiates de la mort maternelle) et la gestion de celles-ci dépend aussi en partie des professionnels de la santé ou des acteurs communautaires qui prennent en charge l'accouchement (OMS, 2000) ainsi que du matériel disponible (Rodríguez-Angulo, 2010).

Il existe une autre manière d'expliquer les décès maternels et la distribution de ce phénomène parmi la population et notamment dans les pays en voie de développement. Il s'agit de combiner ces deux types de causes et de cette façon les disparités au niveau de la distribution de la mortalité maternelle sont attribuées à la différence d'intervalle entre l'apparition du premier symptôme de la complication obstétrique et la gestion ou le contrôle de cette complication. Selon le *Three Delay Model* de Tahddeus et Main (1994) (modèle des trois retards), les intervalles entre l'apparition du premier symptôme de la complication et la gestion ou le contrôle sont expliqués par des retards dans la prise en charge et ces derniers se produisent en raison de l'existence de facteurs ou de barrières. Le modèle de Tahddeus et Main catégorise ces barrières en trois groupes (figure n°1) : le manque de reconnaissance des signaux d'alarme d'une complication par les femmes et leur entourage tout comme le statut de la femme dans le contexte local ,qui sont des facteurs socio-économiques et culturels, peuvent induire un retard dans la décision de recourir aux soins ; les retards au niveau de l'identification et l'atteinte des structures de soins s'explique en partie par la difficulté à trouver un transport et à être transféré vers l'hôpital ; enfin, les retards pour la prise en charge de la complication sont expliqués par la qualité des services de santé locaux (erreurs de diagnostic et de traitement)(Calvello, Skog, Tenner et Wallis, 2015). Cependant deux facteurs peuvent également contribuer au retard à d'autres niveaux de la prise en charge de la complication: la qualité des services de santé et des soins ainsi que le manque de disponibilité des transports ou les difficultés de ceux-ci (contexte



environnementale) pour le transfert vers l'hôpital car ils influencent directement la décision des femmes et leurs proches à solliciter de l'aide (figure n°1). Par exemple, si une femme sait qu'elle présente une hémorragie mais que dans l'hôpital le plus proche il n'y a ni médecin spécialiste en capacité de gérer sa complication, ni matériel de transfusion sanguine, elle pourrait alors hésiter davantage à avoir recours à cet hôpital. Ces considérations nous permettent donc l'élaboration d'une réflexion concernant les éléments responsables des différences de taux de mortalité maternelle entre les pays développés et les pays en voie de développement mais également au niveau d'un même pays voire d'une même région de ce pays. C'est le cas pour un pays en voie de développement tel que le Mexique par exemple, où en 2016 ce sont 958 morts maternelles qui ont été enregistrées.



**Figure 1: Modèle des Trois Retards**

Source: élaboration personnelle à partir de : Calvello EJ, Skog AP, Tenner AG, et Wallis L, "Applying the lessons of maternal mortality reduction to global emergency health", *Bulletin of the World Health Organization*, 2015, n°93, p 417-423

### 3. Problématisation du sujet

Au vue des constats précédents, nous avons perçu la possibilité de prévenir l'apparition des complications obstétriques et des facteurs indirects de mortalité maternelle. Cependant, certains déterminants nécessitent la mobilisation des autorités publiques, par exemple pour les environnements physiques, les conditions de travail ou encore l'éducation mais les évolutions à ce niveau sont difficilement réalisables immédiatement tandis que les cas de complications apparaissent continuellement. En effet face au manque de ressources, de personnel médical fixe dans les communautés et de matériel il n'y a pas de solutions immédiates à ce niveau car les

solutions à apporter sont d'ordre structurel et ce d'autant plus en période d'élections où tous les financements courent le risque de ne pas être renouvelés avec le prochain parti élu. De plus, la littérature mentionne un manque de pouvoir de la part des femmes concernant leur santé et leur vie reproductive en raison de l'influence des membres de la famille sur la femme enceinte et en particulier le conjoint et la belle-mère de cette dernière (Rodríguez-Angulo et al, 2015). L'existence d'un « réseau féminin » est également mentionnée, et ce terme fait référence à « l'entourage féminin de la femme, mère, belle-mère, sœurs et amies qui lui offrent des informations, des conseils et une possibilité de discuter de la grossesse et qui influencent ses comportements de santé pendant la grossesse » (Schaffer et Lia-Hoagberg, 1997). La relation professionnels de la santé – patient est également en jeu puisqu'elle peut être considérée comme déséquilibrée, voire paternaliste et ceci porte préjudice au contrôle des femmes sur leur propre santé et sur leur implication concernant les décisions relatives à leur grossesse (Ticca, 2011). Enfin, le transport et les transferts médicaux semblent être des éléments clés dans la littérature. En effet, si l'on se réfère au Modèle des Trois Retards de Tahddeus et Main (1994), la difficulté pour trouver un transport et être transféré à l'hôpital le plus proche ou l'hôpital choisi constitue la deuxième barrière responsable du retard dans la prise en charge des complications. De fait, en raison de la difficulté à modifier certains aspects structurels de manière immédiate, il semble nécessaire de se tourner vers des solutions alternatives. L'une d'entre elle pourrait consister à adopter une approche de promotion de la santé à dimension communautaire c'est-à-dire à favoriser, soutenir ou encore recenser les réflexions sur les soins durant la grossesse et la prévention des complications et de la mort maternelle au sein même de la communauté par un ensemble d'acteurs provenant de cette dernière. Lorsque nous parlons de communauté, nous faisons référence à «un ensemble de personnes avec diverses caractéristiques en commun, liées par un lien social, qui partagent des perspectives communes, et qui sont impliquées dans des actions collectives sur une zone géographique ou dans un même environnement» (MacQueen, et al, 2001). Il s'agit donc de chercher à développer ou renforcer la capacité de la communauté à contrôler davantage ou à maintenir son état de santé, sa qualité de vie ainsi que son bien-être (OMS, 2010) en prenant en compte les spécificités de la population, notamment culturelles. Dans la prise en charge et les soins de la grossesse, qui constitue une étape qui relève de l'intime pour les femmes, des représentations sociales sont également impliquées. Les représentations sociales se définissent comme «des schèmes cognitifs élaborés et partagés par un groupe qui permettent à ses membres de penser, de se représenter le monde environnant, d'orienter et d'organiser les comportements, souvent en prescrivant ou en interdisant des objets ou des pratiques.» (Mannoni, 2012, p6) et ils font partie de pensées collectives partagées. Comme l'expliquent Galand et Salès-Wuillemin (2009a), les représentations servent à se positionner socialement par

rapport à un objet et elles permettent l'utilisation d'un langage commun au sein d'une même communauté (p36). On comprend ainsi que les représentations sociales influencent fortement les comportements, y compris les comportements de santé et les conduites préventives au sein d'une communauté (ibid.) (Jodelet, 1994, p37). En effet, plusieurs études ont été réalisées concernant les représentations sociales et la prévention, Morin (1994/2003) par exemple a étudié les représentations sociales du SIDA chez les jeunes pour comprendre en quoi les précautions prises étaient liées à ces représentations sociales. Galand et Salès-Wuillemin (2009b, p125-152) affirment d'ailleurs suite à leur étude sur les représentations sociales de la drogue que le positionnement par rapport à une représentation sociale relève principalement de l'influence du groupe sociale et des pratiques mises en œuvre au sein de ce même groupe. Ces études ont réaffirmé l'intérêt d'étudier les représentations sociales afin de comprendre les freins et leviers à l'adoption de comportements préventifs et ainsi développer des actions de prévention adaptées. Ceci est également valide en santé maternelle, les comportements préventifs dépendent en partie des représentations associées à certains événements ou comportements. Par exemple, comme le souligne une étude, la consommation d'alcool pendant la grossesse peut être acceptée dans certains groupes ou certaines familles si elle est associée à un faible risque pour la santé de la mère ou du fœtus et donc la représentation de la consommation d'alcool pendant la grossesse se modifie dans ce groupe ce qui influence directement le comportement de la femme enceinte faisant partie de celui-ci (Brahic, Thomas et Dany, 2015). La prévention des effets néfastes de la consommation sur la santé du fœtus serait alors restreinte, puisque la mère n'adopterait pas l'un des comportements préventifs qui consiste à diminuer la consommation d'alcool ou à la suspendre. Or, les représentations sociales ne sont pas figées (ibid), elles évoluent via les interactions entre les individus et elles constituent donc un levier à l'adoption ou au renforcement de comportements préventifs favorables à la santé et au bien-être des individus et notamment des femmes enceintes. D'autre part, les représentations sociales permettent d'appréhender les différences de perceptions au sein d'une communauté entre les divers groupes qui la composent ou encore entre les différents statuts au sein de cette même communauté (Galand et Salès-Wuillemin, 2009a). Il semble donc que l'étude des représentations sociales soit adaptée à notre intérêt pour l'étude des facteurs qui peuvent avoir une influence positive ou négative sur le suivi de la grossesse et la prévention des complications obstétriques et ce dans le contexte d'une communauté.

#### **4. Question de recherche et hypothèses**

Au vue de l'ensemble des éléments que nous venons de présenter, nous nous demanderons **quels sont les facteurs qui influencent la prise en charge de la grossesse, la prévention et la**

### **gestion des complications liées à la grossesse dans une communauté rurale maya du Yucatán.**

Autrement dit, quels sont les éléments qui peuvent influencer négativement ou positivement le suivi de la grossesse au sein d'un village et quels sont ceux qui pourraient tendre à limiter les comportements de prévention des complications ainsi que la prise en charge de celles-ci. Cela nous interroge indirectement sur les leviers et freins à la prévention de la mortalité maternelle. Au regard de cette question, nous supposons que la dimension traditionnelle maya, très présente dans un village tel que celui que nous avons choisi pourrait avoir un effet positif mais également un effet négatif sur le suivi, le contrôle et la prise en charge de la grossesse. En effet, il semble que la tradition permette la transmission de valeurs et de connaissances entre les générations et ce également en ce qui concerne la grossesse et l'attention portée à celle-ci. Cependant la tradition maya pourrait également influencer négativement ces derniers car le système de santé mexicain pourrait se trouver en opposition sur certains points avec le système de santé traditionnel maya. Ceci pourrait réfracter les habitantes à se rendre aux consultations à l'hôpital ou au centre de santé pour leur grossesse. Par ailleurs, les valeurs présentes au sein d'une communauté maya influenceraient directement les représentations sociales au sein de celle-ci, et ce également pour celles relatives à la grossesse. Ainsi, ces représentations sociales de la grossesse et de sa prise en charge propres à la communauté influenceraient le suivi et contrôle de la grossesse, et donc également la prévention de la mortalité maternelle. Nous supposons également que la structure et l'organisation sociale de la communauté et de la famille ainsi que les relations de genre au sein de la communauté influenceraient l'organisation de la prise en charge des femmes enceintes. En effet, les espaces dans le village pourraient être fréquentés en fonction du genre des individus, et de même pour la répartition des activités comme c'est souvent le cas dans d'autres sociétés. Cependant nous supposons une prédominance des hommes au sein de la communauté et des familles, ce qui pourrait limiter le pouvoir des femmes à prendre des décisions concernant leur propre santé et cela pourrait avoir des conséquences en santé maternelle. Enfin, nous supposons que la situation géographique aurait un impact sur le suivi de la grossesse et sur la gestion des complications et des urgences. En effet, dans le cas d'un village éloigné des grandes villes de l'Etat du Yucatán où sont présentes les infrastructures disposant de services de gynécologie ou du matériel nécessaire au suivi de la grossesse, nous supposons que cette situation géographique puisse avoir un impact négatif sur le suivi mais également sur la santé maternelle dans le village. D'autre part, si nous reprenons le modèle des trois retards de Tahddeus et Main (1994), la distance et les moyens de transport (inclus dans l'« accessibilité aux services de soin ») sont des points cruciaux pour assurer une prise en charge réussie de la complication obstétrique.

## 5. Présentation de l'enquête

Afin de pouvoir répondre à cette question et tester les hypothèses formulées ci-dessus nous avons choisi le cas de Tiholop, une communauté située au sud de l'Etat du Yucatán (annexe 2). Ce choix s'est réalisé en raison des contacts préexistants que la structure de stage (le Centre de Recherches Régionales du Yucatán Docteur Hideyo Noguchi) possédait sur le terrain et ces contacts ont été des facilitateurs dans la communauté tout au long du travail de terrain. Cette communauté a également retenu notre attention de par ses caractéristiques qui en font un terrain particulièrement pertinent au regard de notre questionnement. En effet, cette communauté yucatèque a été considérée à haut degré de marginalité (CONAPO, 2010) (SEDESOL, 2013a) ce qui la rend très vulnérable au risque de mortalité maternelle et d'après la littérature elle peut même être classifiée en tant que zone à haut risque de mortalité maternelle (Hogan & al, 2010). Par ailleurs, plus de la moitié des foyers de Tiholop ne disposent pas de sanitaires (SEDESOL, 2013b), ce qui constitue également un facteur de risque associé à la mortalité maternelle au vue des impacts que cela peut avoir au niveau de l'hygiène de la femme enceinte (Rodríguez-Ángulo, 2010) de même que seulement 22% des habitants de Tiholop possèdent un réfrigérateur (SEDESOL, 2013b). En ce qui concerne les données socio-économiques, un peu plus d'un quart de la population a acquis un niveau d'éducation primaire et près de la moitié ne possède pas d'assurance sociale leur donnant droit à l'accès aux services de santé (ibid.). En somme Tiholop est une communauté marginale avec un niveau d'éducation de la population qui reste faible, d'autre part elle est située dans une zone rurale éloignée de la capitale de l'Etat, Mérida. Nous avons donc réalisé une étude de type qualitative dans cette communauté afin de déterminer certains facteurs qui inciteraient ou au contraire qui limiteraient la prise en charge de la grossesse tout comme la prévention et la gestion des complications obstétriques. Pour se faire nous avons réalisé onze entretiens et deux focus group avec des habitants de la communauté (appartenant à divers groupes) ainsi que quatre entretiens avec des acteurs institutionnels en lien avec la communauté et avec la santé maternelle.

Afin de présenter ce travail, dans un premier temps nous développerons quelques éléments de contexte, la méthodologie d'enquête qui a été adoptée et suivie tout au long de ce travail puis nous aborderons les résultats qui ont été obtenus grâce au travail de terrain. Pour aborder ces résultats, nous verrons tout d'abord les caractéristiques de la population d'une communauté maya, son quotidien, les activités respectives des hommes et des femmes de cette communauté et ce également au cours de la grossesse. Nous verrons également les représentations sociales et croyances relatives à la grossesse présentes. Ensuite nous étudierons le suivi de la grossesse proposé au sein de la communauté d'étude et en dehors de celle-ci tout

comme la réponse aux urgences ainsi que les ajustements et les stratégies alternatives adoptées par la population. Ce sera également l'occasion de discuter des aspects de mobilité, voire des représentations de la mobilité entre le village et l'extérieur parmi les enquêtés. Enfin, nous présenterons quelques réflexions relatives au déroulement de cette étude ainsi que des considérations sur les résultats de celle-ci en termes de perspectives d'interventions.



## **I. La mortalité maternelle : un phénomène présent au Mexique et au Yucatán**

### **1. Les spécificités du système de santé mexicain**

Afin de comprendre les enjeux de la mortalité maternelle mais également de la santé maternelle au Mexique il est nécessaire de comprendre l'organisation du système de santé mexicain, puisque celui-ci est directement en jeu dans la prise en charge des grossesses, et plus précisément des lieux de prise en charge. Tout d'abord, le Mexique, ou Etats Unis Mexicains, est un pays tantôt en Amérique du Nord tantôt en Amérique Centrale considéré comme pays en voie de développement et comme son nom l'indique il s'agit d'une République Fédérale composée de 32 Etats. En ce qui concerne le contexte politique et historique du Mexique, depuis les années 80 des politiques d'ajustements structurels ont été mises en place et en a découlé une décentralisation des fonctions de l'état et notamment dans le domaine social qui comprend l'éducation, la santé et le développement d'infrastructures locales (Bey, 2008, p882) (Molina-Salazar, Carbajal-de-Nova et Fajardo-Ortiz , 2010, p130). Ces ajustements structurels ont fait suite à la crise de la dette après le second choc pétrolier de 1979 qui a affecté le Mexique, grand producteur de pétrole dont le budget public dépend directement de la vente de cette matière première. Le Mexique a alors contracté une dette que les financeurs internationaux (et notamment le FMI) ont accepté de payer mais sous conditions : le Mexique est soumis au Consensus de Washington et doit donc réformer et libéraliser son économie notamment via la privatisation d'entreprises. Ces politiques d'ajustements structurels ont induit un financement public minimum des services de santé cherchant ainsi à fomentier le développement d'un système libéral. Cette décentralisation du système s'est traduit au niveau des Etats par l'attribution de nouvelles fonctions en termes de santé, dans le but de répondre de façon optimale aux besoins de la population au niveau local (Jaramillo-Cardona, 2007, p87). Le système de santé mexicain est donc géré en partie au niveau fédéral (au niveau central) et au niveau étatique (au niveau des différents Etats mexicains). Plus généralement, le système de santé mexicain est scindé en deux secteurs : le secteur public et le secteur privé. Au niveau du secteur public on retrouve les institutions de sécurité sociales que sont : l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale(IMSS), l'Institut de Sécurité et Services Sociaux des Travailleurs de l'Etat (ISSSTE), les pétroliers mexicains (PEMEX) , le Secrétariat de Défense Nationale (SEDENA), le Secrétariat de la Marine (SEMAR) et d'autres (figure n°2). Ces institutions assurent des prestations aux travailleurs du secteur formel de l'économie (Mercedes, Moguel-Ancheita, Valdés-Olmedo, González-Pier et Martínez-González, 2013). Le financement de ces institutions est tripartite, puisqu'il est le résultat d'une contribution de l'employeur (dans le cas de l'ISSSTE, SEDENA, SEMAR il s'agit du gouvernement fédéral), d'une contribution provenant du gouvernement fédéral et d'une contribution des bénéficiaires qui sont



employés. Chacune de ces institutions possède son personnel médical ainsi que ses propres structures (centre de santé, hôpitaux) où sont référés les bénéficiaires de ces institutions de sécurité sociale (Gómez-Dantés et al, 2011, p221) et donc les femmes enceintes doivent consulter dans les différents hôpitaux ou cliniques correspondant à leur institution de rattachement. Dans certains cas les institutions ne dispose pas d'une infrastructure ou d'un service en particulier sur une zone géographique donnée, elles payent alors l'usage de services ou d'infrastructures d'autres institutions pour ses bénéficiaires. Le secteur privé, quant à lui offre des services aux individus disposant de ressources nécessaires pour avoir recours à leurs prestations coûteuses, quand bien même ils seraient affiliés à l'une des institutions citées précédemment. Dans ce système le financement est assuré par les patients qui payent au moment de recevoir le service, et en partie avec les primes qu'ils peuvent recevoir de leur assurance privée. De même que pour les institutions publiques, les assurances privées possèdent leurs propres hôpitaux où sont référés leurs affiliés. Ainsi, les individus sans emploi ou sans emploi formel, à savoir les individus n'étant ni salariés, ni entrepreneurs ou travailleurs du secteur formel ou encore n'ayant pas les ressources suffisantes pour avoir recours aux services du secteur privé peuvent être exclus du système de santé. Or, comme cela figure dans la Constitution Mexicaine (Constitution Politique des Etats Unis du Mexique, 1917) « toute personne a le droit à la protection de sa santé »<sup>2</sup> et c'est pourquoi les individus sans assurances sociales sont pris en charge par d'autres institutions que sont : l'Assurance Populaire de Santé<sup>3</sup>, le Secrétariat de la Santé<sup>4</sup> (SSA), les Services Etatiques de Santé<sup>5</sup> (SESA) ou encore le programme IMSS – Prospera (Gómez-Dantés et al, 2011). Dans ce cas, le financement diffère pour chacune des institutions, et pour ce qui est du programme IMSS-Prospera, présent sur la communauté d'étude choisie, le financeur exclusif est le gouvernement étatique tandis que dans le cas du SSA et des SESA les contributions proviennent des gouvernements étatiques, fédéraux auxquelles vient s'ajouter une contribution de la part de l'individu bénéficiaire (ibid.) (figure n°2). Enfin l'Assurance Populaire de Santé se finance grâce aux contributions sociales des gouvernements fédéraux et étatiques mais également grâce à une contribution de la part des individus bénéficiaires, d'autre part l'Assurance Populaire de Santé reverse une partie de son financement au SSA et aux SESA à qui elle achète des services pour ses bénéficiaires. En effet, tout comme les institutions de sécurité sociale, chacune des institutions a ses propres services et infrastructures de santé ainsi que son propre personnel. Les individus affiliés à l'Assurance Populaire de Santé quant à eux fréquentent les établissements appartenant au SSA et aux SESA.

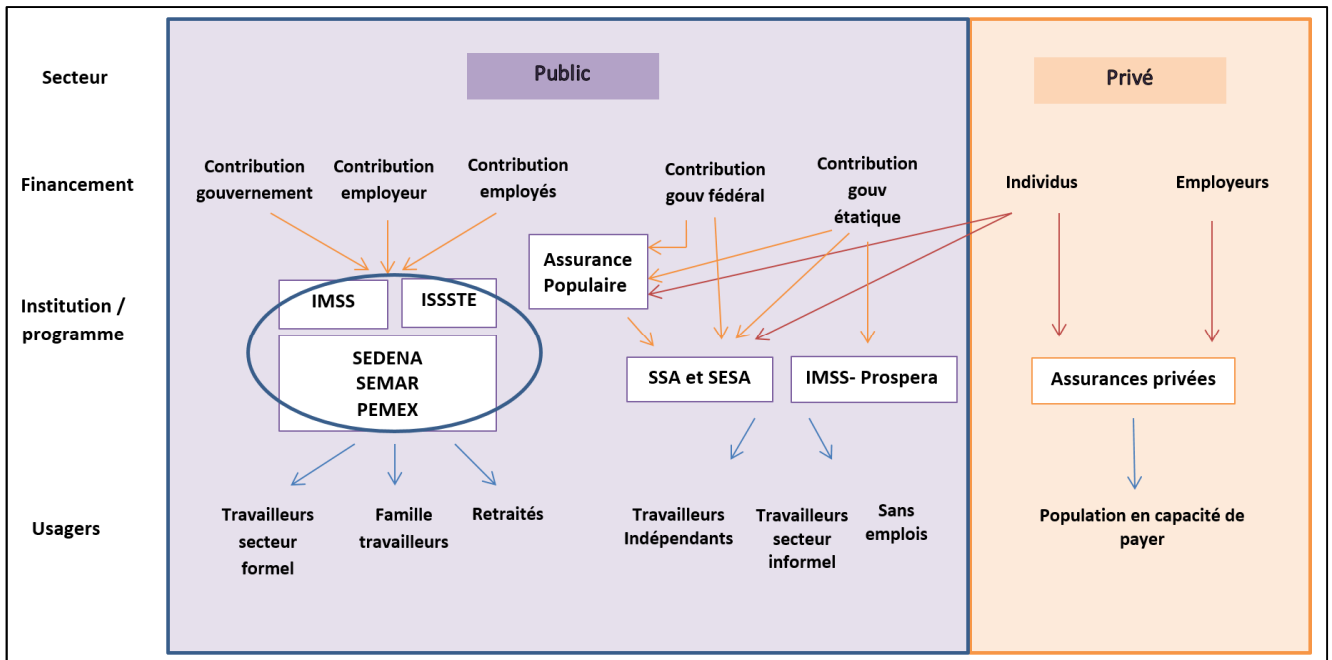
---

<sup>2</sup> Traduit de l'espagnol « Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. »

<sup>3</sup> Traduit de l'espagnol « Seguro Popular de Salud »

<sup>4</sup> Traduit de l'espagnol « Secretaría de Salud »

<sup>5</sup> Traduit de l'espagnol « Servicios Estatales de Salud »



**Figure 2 : schéma représentant le fonctionnement du système de santé mexicain et qui inclue les secteurs, financements, acheteurs des services, prestataires de services et usagers.**

Source: élaboration personnelle à partie de Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J, "Sistema de salud de México", *Salud Publica de México*, 2011, num 53, supplément 2, p220- 232.

Comme nous l'avons mentionné, dans la communauté que nous avons choisie pour mener notre étude, il s'agit d'une clinique appartenant au Programme IMSS-Prospera qui prend en charge les habitants et c'est la raison pour laquelle nous allons en présenter le fonctionnement. Ce programme IMSS-Prospera est apparu à la suite de la période de la politique des ajustements structurels mentionnée précédemment, qui a eu des conséquences sociales très importantes et se sont traduites par l'augmentation de la pauvreté dans le pays (Bey, 2008). Ce programme qui a vu le jour en 1997 sous le nom de « PROGRESA », un acronyme signifiant « progresse » en espagnol qui remplace le nom complet « programme social intégral éducation, santé, alimentation » est un programme ciblé. En effet, il s'est adressé exclusivement aux populations rurales marginales dans un premier temps, puis il s'est étendu aux zones urbaines sous la dénomination IMSS-Oportunidades (ibid.). Ce programme est d'ailleurs associé à d'autres institutions telles que l'IMSS et les centres de santé qui y sont rattachés, ainsi qu'au Ministère de l'Éducation et ses écoles respectives (ibid.) notamment en raison de son principe de conditionnement de l'octroi de l'aide économique puisqu'il s'agit d'un *Conditional Cash Transfer program* (CCP) (Ceballos et Lautier, 2013). En effet, en contrepartie de la somme d'argent complémentaire au revenu, les bénéficiaires se doivent de fréquenter des établissements scolaires et médicaux et c'est pourquoi le programme attribue cette aide aux familles pauvres (mais également à des personnes âgées) vivant dans des localités où se trouvent des structures scolaires et de santé (Bey, 2008). Un

contrôle de l'assiduité est d'ailleurs exercé sur les familles bénéficiaires (Bey, 2008). Concernant la santé, ce contrôle prend en compte le respect des rendez-vous médicaux assignés par le centre de santé local IMSS-Prospera, et dans le cas des femmes enceintes il s'agit de consultations de contrôle prénatal ainsi que des consultations durant le *post partum* au nombre de 8. Si ces conditions ne sont pas respectées et donc si les femmes enceintes ne vont pas à leurs contrôles au centre de santé, l'aide financière est suspendue temporairement voire définitivement (Dávila-Lárraga, 2016) (annexe 3). Le but du programme a été l'incitation des familles mexicaines à sortir de la pauvreté en accentuant les actions sur les enfants puisque des bourses d'éducation sont reversées dans le cadre du programme. Par ailleurs, l'argent est distribué tous les deux mois aux femmes des foyers, et cet argent est destiné à l'achat de denrées alimentaires et de matériel scolaire dans le cas des bourses à l'éducation (Bey, 2008). Ceci traduit également la volonté de donner plus de pouvoir et de responsabilités aux femmes. D'autre part, comme cela a été indiqué les établissements de santé vers lesquels sont orientés les bénéficiaires sont exclusivement ceux appartenant à l'institution IMSS et de même pour les consultations gynécologiques, si les femmes veulent bénéficier gratuitement des services elles doivent se rendre dans un hôpital de référence du programme IMSS-Prospera.

## **2. La mortalité maternelle au Mexique et au Yucatán: données économiques, conséquences sociales et inégalités**

### **2.1. Prédilection des populations vulnérables**

Avec cette brève présentation du système de santé mexicain, il est possible d'aborder la mortalité maternelle en fonction des affiliations des défuntées afin d'en comprendre les conséquences sociales mais aussi les inégalités à l'origine de cette mort maternelle. En effet, au niveau nationale, 60% de ces femmes décédées en couche étaient affiliées à l'Assurance Populaire de Santé autrement dit la majorité d'entre elles appartenaient à un organisme qui couvre la population qui n'a pas d'assurance sociale, donc ces femmes étaient soit sans-emplois soit sans emploi formels (INEGI, 2016). Quant au reste des morts maternelles, 27% des femmes étaient affiliées à l'IMSS et 4% à l'ISSSTE (ibid.). Au Yucatán où il est spécifié que 48% de la population (soit près de la moitié) est considérée en état de pauvreté (Consejo Estatal de Planeación de Yucatán, 2013) nous pouvons observer qu'en 2016, 80% des femmes qui sont décédées pendant leur grossesse au moment de l'accouchement ou durant le *post partum* étaient affiliées à l'Assurance Populaire de Santé et les autres principalement à l'IMSS et à l'ISSSTE (INEGI, 2016). Nous pouvons donc en déduire que les morts maternelles se présentent de manière importante dans la population en situation de vulnérabilité, ce qui affaiblit davantage les familles des

défunt (ibid.). En effet, la perte de la mère de famille génère des conséquences graves au niveau de l'organisation et du bien-être de la famille puisqu'elles « constituent dans de nombreux cas la colonne vertébrale de leurs foyers » (Rodríguez-Leal et Verdú, 2013, p435). Par ailleurs elles assurent une partie du revenu de la famille et c'est la raison pour laquelle leur perte impacte également la condition socio-économique de leur famille, d'autant plus qu'elles assurent aussi en général l'éducation de leurs enfants (ibid.). La survie des enfants dépend également de la mère et avec le décès de cette dernière c'est la vie du nourrisson qui est en danger (Rodríguez-Leal et Verdú, 2013, p438). Ainsi, on comprend que la mortalité maternelle au Mexique et au Yucatán touche davantage les populations vulnérables et elle paupérise les familles endeuillées par la perte de la mère en couche. Autrement dit, ce sont les populations les plus fragiles qui sont touchées par la mortalité maternelle, elle tend donc à aggraver les inégalités sociales. Pour confirmer cela nous pouvons également étudier l'influence du contexte géographique sur la prévalence de la mortalité maternelle ce qui nous aidera à rendre compte de l'importance du contexte géographique dans la prise en charge de la grossesse, la prévention et le contrôle des complications obstétricales.

## **2.2. Inégalité dans la distribution de la mortalité maternelle au Yucatán: considérations géographiques**

Si on s'intéresse à la distribution des morts maternelles au Yucatán et à sa compréhension, il faut étudier les registres de décès or d'après ces derniers, parmi les 15 morts maternelles qui ont eu lieu en 2016 au Yucatán, 12 se sont produites dans la ville de Mérida où se concentrent les hôpitaux de troisième niveau<sup>6</sup> de prise en charge, une à Muna et deux à Valladolid (INEGI, 2016). Cependant si nous considérons les lieux de résidence des défunt, nous observons que la majorité (7 des 12 défunt) étaient originaires de communes de 2500 à 14 999 habitants, c'est-à-dire des zones semi-urbaines selon l'Institut d'Évaluation de l'Éducation (INEE) (INEE, 2006). Par conséquent, les femmes qui sont décédées à Mérida provenaient d'autres villes ou communautés de l'intérieur de l'État, et ces considérations sont en accord avec le fait qu'au Mexique comme au Yucatán il existe de grandes disparités en termes d'accès aux services de santé pour des raisons géographiques (Consejo Estatal de Planeación de Yucatán, 2013). En effet, au Yucatán on observe un taux de personnel médical par habitants inférieur à la moyenne nationale (INEGI, 2015), de plus ce taux est très hétérogène sur l'ensemble de l'État puisqu'il y a des zones très bien couvertes par les services de santé publics, telle que la ville de Mérida où nous trouvons un taux de 19 à 49 médecins pour 10 kilomètres (km) carré alors que d'autres zones présentent des déficiences en terme de présence médicale comme la ville de Kanasin qui compte de 0 à 4,7

---

<sup>6</sup> Le niveau 3 au Mexique fait référence aux soins de haute spécialité

médecins pour 10 km carrés (ibid.). Par ailleurs, selon le Système National d'Information en Santé mexicain (SINAIS), en 2013, 987 accouchements ont eu lieu dans les rues ou avenues adjacentes aux hôpitaux (SINAIS, 2013) et 1,3% des naissances ont eu lieu à domicile, ce qui indique des failles dans la couverture des infrastructures de santé qui prennent en charge les soins maternels. Nous constatons donc des failles tant au niveau de l'organisation du système de santé aux différents échelons de prise en charge qu'au niveau de l'organisation géographique, générant ainsi des inégalités en santé. D'ailleurs, ces inégalités en santé sont la reproduction dans le domaine de la santé des inégalités sociales qui existent entre les groupes sociaux, c'est-à-dire selon le niveau socio-économique, la situation géographique et l'ethnicité (Arcaya, Arcaya et Subramanian, 2015) (Potvin, Moquet et Jones, 2010). Bien que le phénomène de la mortalité maternelle soit considérable au Yucatán, il existe la possibilité que sa magnitude soit minimisée en raison d'un sous-registre des morts maternelles dans l'Etat (Rodríguez-Angulo, 2010). En effet, dans bon nombre de pays en voie de développement les erreurs de déclaration de la cause de la mort résultant d'une erreur de codification sont communes et en Amérique Latine ce phénomène de sous-registre est estimé entre 27% et 50 % (ibid.). Le Yucatán ne fait pas exception puisque de 1997 à 2001 le sous-registre a été estimé à 19% et dans les zones marginalisées il était de 50 à 100% (ibid.). Enfin, il est essentiel de souligner que la mortalité maternelle est liée au niveau de développement des pays et donc au Mexique cet indicateur est également représentatif du niveau de développement, ce qui le converti en un problème de santé publique sensible au niveau politique (Girum et Wasie, 2017). Ainsi, les institutions publiques tentent de réduire l'amplitude de ce phénomène, et notamment via la mise en place de protocoles et de recommandations pour la prise en charge de la grossesse. Or la grossesse et sa prise en charge peuvent également être comprises sous un aspect culturel et notamment dans les communautés mayas yucatèques.

### **3. Prise en charge de la grossesse au Mexique : la dimension culturelle en jeu**

#### **3.1. Suivi et contrôle prénatal au Mexique**

Malgré un système de santé fragmenté, les différentes institutions mexicaines partagent les mêmes guides de pratique clinique, et notamment en ce qui concerne le suivi et contrôle prénatal. En effet, il existe un guide de pratique clinique pour le contrôle prénatal rédigé par l'ensemble des institutions publiques de sécurité sociales qui composent le système national de santé avec la coordination du Centre National d'Excellence Technologique en Santé (CENETEC). Ce guide est une référence nationale de la prise en charge de la grossesse, il indique donc quelle est le suivi et contrôle de la grossesse devant être effectué au Mexique pour assurer une grossesse sous surveillance, prévenant ainsi la mortalité maternelle. Le contrôle prénatale y est d'ailleurs

définit comme : « toutes les actions et procédures, systématiques ou périodiques destinées à la prévention, au diagnostic et au traitement des facteurs qui peuvent conditionner la morbidité et mortalité maternelle périnatale » (SSA, 2009). En ce qui concerne la prévention primaire et notamment les styles de vie des femmes enceintes, il est recommandé de leur proposer de participer à des cours de soins prénataux et de remettre une version papier des informations concernant les soins durant la grossesse (ibid.). De même, la femme doit être informée de la raison des examens proposés pendant la grossesse et celle-ci doit pouvoir donner un consentement informé (ibid.). Par ailleurs, au Mexique il est recommandé aux femmes enceintes de limiter leur consommation d'alcool à une unité par jour<sup>7</sup> au maximum et de suspendre leur consommation de tabac, une aide leur est d'ailleurs proposée (ibid.). Il revient également au médecin de famille d'identifier les facteurs de risques des patientes concernant leur grossesse et de les orienter (ibid.). Concernant le contrôle prénatal, il est recommandé que la première consultation ait lieu durant le premier trimestre de la grossesse, autrement dit avant les 12 semaines de grossesse et cette première visite doit être consacrée à la détection de maladies préexistantes (ibid.). Il s'agit également d'élaborer un plan, prévoyant la prise en charge de l'accouchement et l'organisation en cas d'urgence (ibid.). Au Mexique il est recommandé pour les femmes enceintes d'effectuer au moins 4 consultations de contrôle prénatal, bien qu'un nombre de consultations de 4 à 6 consultations relève d'une bonne pratique selon le guide. Le contenu de chacune de ces consultations y apparaît et celles-ci ont été synthétisées dans un tableau placé en annexe (annexe 4). Ces recommandations concernant le contrôle prénatal doivent être appliquées dans l'ensemble des Etats du Mexique, et l'Etat du Yucatán ne fait pas exception à la règle. Or comme nous l'avons mentionné précédemment concernant les inégalités de santé, l'application de ces recommandations dépendent de plusieurs facteurs dont la disponibilité des services (analyses médicales, échographies) dans les centres de santé. Il s'agit également de la possibilité des femmes à se rendre dans les infrastructures qui proposent ces services notamment en raison des failles dans la couverture des services de santé de la région. Enfin, il existe un autre facteur à prendre en considération lorsque l'on étudie la grossesse : le facteur culturel.

### **3.2. La dimension culturelle dans la conception de la grossesse et sa prise en charge au Yucatán**

Les facteurs qui amènent les femmes à décéder durant la grossesse, au moment de l'accouchement ou après celui-ci sont complexes et multifactoriels mais il existe également des facteurs culturels qui interfèrent positivement ou négativement dans la prise en charge des

---

<sup>7</sup> Une unité d'alcool correspond à 10 grammes d'alcool pur

femmes enceintes et dans la gestion des complications. De fait, l'Etat du Yucatán est l'un des Etats où l'on retrouve la plus grande proportion de population indigène. En effet, la population maya représente une part importante des yucatèques<sup>8</sup> (INEGI, 2015). Cependant cette population a des caractéristiques propres en termes d'organisation de la communauté, des trajectoires de vie mais également au niveau du contrôle des naissances et de la réalisation des accouchements. Dans les communautés rurales d'origine maya perdure une cosmovision de la grossesse, de l'accouchement et du *post-partum* (Paredes, López et Pérez, 1997). Dans ces communautés la grossesse est considérée comme un don divin accordé par la déesse de la fertilité Ixchel (Gómez et Fernández, 2015) et les femmes lui confèrent des caractéristiques mystiques ce qui explique pourquoi l'accouchement doit être réalisé dans un cadre de respect et de spiritualité exclusivement en présence de femmes, sauf cas exceptionnel (Paredes et al., 1997). Du reste, en maya l'accouchement porte le nom d'« heure de la mort » puisque selon leurs croyances il est nécessaire qu'une partie de la mère meurt dans son ventre pour que naisse une vie nouvelle (ibid.). Ces valeurs spirituelles, sociales et affectives ont permis d'élever la maïeutique au statut de patrimoine culturel dans certains Etats du Mexique et notamment au Yucatán (Gómez et Fernández, 2015). Dans les communautés rurales de la région il existe des sages-femmes traditionnelles<sup>9</sup>, autrement dit des sages-femmes appartenant à la communauté maya et respectant les rituels et savoirs faire ancestraux. Ces dernières sont considérées comme des leaders sociaux dans la communauté puisqu'elles ont hérité des connaissances de leurs ancêtres concernant les soins des femmes lors de la grossesse, qui est un évènement sacré et il est également dit qu'elles interagissent avec des forces surnaturelles (ibid.). Etant donné la faible couverture des services de santé en zones rurales et le défi de la réduction de la mortalité maternelle (Nations Unies, 2000) les agents de santé communautaires sont considérés comme des ressources nécessaires (Gómez et Fernández, 2015). Aujourd'hui, les sages-femmes traditionnelles restent très sollicitées par les femmes des communautés rurales tout d'abord en raison de la couverture limitée du secteur de santé et l'accès difficile (voire l'inaccessibilité) de certains villages aux infrastructures de ce dernier. Mais elles sont également privilégiées en raison de mauvais traitements et du manque de respect envers les traditions de la part des médecins (Gómez et Fernández, 2015). Le système de santé mexicain a saisi l'opportunité d'ériger les sages-femmes en relai du système de santé sur ces communautés faiblement connectées aux services publics de santé et des formations ont été proposées (Ortega, 2006). Mais une fois formées, les sages-femmes devenaient auxiliaires de santé alors que traditionnellement en vertu de leur rôle et de leur autorité en santé reproductive dans la communauté celles-ci occupaient un statut social

---

<sup>8</sup> Terme qui désigne les habitants du Yucatán

<sup>9</sup> Traduction du terme espagnol « parteras tradicionales »

élevé. Ainsi, dans certaines régions du Mexique les sages-femmes ont refusé les formations médicales proposées par les institutions publiques de santé puisqu'elles engendraient une descension sociale et la perte d'une dimension traditionnelle et spirituelle de l'accouchement (ibid.). Cette dimension culturelle apparaît dans la Loi Mexicaine et plus précisément dans la Norme Officielle Mexicaine de 2016 pour la prise en charge durant la grossesse, l'accouchement et le *post partum* et de la prise en charge du nouveau-né. En effet, dans la partie 5.3.1.1.6 relative aux consultations médicales, il est stipulé que « le contrôle prénatal doit être réalisé par un personnel qualifié en soins prénataux, avec pertinence culturelle, en considérant les diverses cosmovisions en santé, et notamment chez les populations indigènes ». Autrement dit la Loi Mexicaine appelle au respect des traditions et visions de la population dans la prise en charge de la grossesse, néanmoins selon les lectures réalisées et les études de terrain disponibles ce critère de prise en charge n'est pas systématiquement respecté (Gómez et Fernández, 2015). Ce manque de respect se traduit également dans les relations patients-professionnels de santé et il existe un déséquilibre important dans les interactions entre les professionnels de santé, marqués par la culture biomédicale et la population pour laquelle la culture maya prévaut. Dans une étude réalisée au Yucatán, des opinions assez négatives ont été collectées auprès des professionnels de santé concernant les femmes enceintes et inversement. Les premiers ont dénoncé le manque d'intérêt de la part des femmes pour comprendre la grossesse, le manque de connaissance concernant les risques de la grossesse ainsi que l'irresponsabilité et l'ignorance de celles-ci (Rodríguez-Angulo et al, 2012). Les femmes enceintes et leurs proches ont quant à eux dénoncé le manque de professionnalisme c'est-à-dire le manquement aux obligations assignées du personnel et le peu de compassion (ibid,). En résumé, tant la cosmovision de la grossesse et sa prise en charge comme les facteurs socio-culturels ont des conséquences sur la santé des femmes enceintes, et cela peut faciliter (notamment dans le cas des facteurs culturels), ou au contraire rendre plus difficile la prévention des complications de la grossesse chez les femmes des communautés mayas. En effet, les caractéristiques culturelles de ces zones influencent également les représentations de la grossesse et des complications parmi les femmes (López, Findling et Abramzón, 2002). Ainsi, dans de nombreuses communautés rurales la grossesse est considérée comme « quelque chose de naturel » et donc elle n'implique pas de modifications dans les activités quotidiennes, il existe même la croyance qu'en augmentant la charge des tâches ménagères la mère deviendrait plus forte et cela lui éviterait une césarienne au moment de la naissance (ibid.). Or ces considérations relevant de la culture et la tradition maya peuvent être en opposition avec les considérations biomédicales portées par les médecins qui prennent en charge les femmes enceintes de ces communautés.



### **3.3. Des enjeux d'empowerment dans la prise en charge de la grossesse**

En plus du déséquilibre dans les relations entre professionnels de la santé et patients au niveau même des communautés, la littérature mentionne un manque de pouvoir des femmes sur le suivi et la gestion de leur grossesse (Rodríguez-Angulo, Urtecho-May, Ojeda-Rodríguez, Hoil-Santos, Andueza-Pech et Rosado-Alcocer, 2015). En effet, selon une étude réalisée dans une communauté de la Péninsule, une minorité de femmes prenaient les décisions concernant la prise en charge de leur grossesse de l'accouchement et du *post partum* (et notamment concernant le choix des personnes s'en occupant), elles n'avaient pas non plus de pouvoir de décision quant au choix du moment pour avoir un autre enfant puisque pour la majorité des femmes de l'étude cela relevait des conjoints ou des membres de leur famille (ibid.). Ce défaut de participation est un problème puisque l'implication des femmes est fondamentale pour prévenir les complications durant la grossesse. La littérature mentionne également que dans certains cas, les conjoints des femmes enceintes se préoccupent peu de la santé de leurs conjointes, ils ne les accompagnent pas aux contrôles prénataux et des cas de violences de genre sur les femmes enceintes sont également mentionnés (Rodríguez et al, 2012). Nous comprenons ainsi qu'en plus des facteurs mentionnés précédemment ayant un impact au niveau de l'apparition et de la gestion des complications, il est nécessaire de développer et renforcer le rôle que les femmes ont au niveau de leur propre santé afin de prévenir ces complications de manière efficace. C'est également l'un des points que nous avons abordé lors de notre étude.

Nous venons d'exposer des éléments essentiels à la compréhension du sujet dans le contexte de notre étude, autrement dit des informations concernant le phénomène de la mortalité maternelle au Mexique et au Yucatán, des éléments de compréhension sur la prise en charge de la grossesse ainsi que des données sur le caractère traditionnel de la grossesse et de son suivi dans les communautés mayas de cette région. Cependant, nous avons fait le choix de nous centrer sur l'étude d'une communauté en particulier pour tenter de répondre à la question exposée précédemment au niveau de cette communauté-ci. Nous exposerons donc le cheminement mené en termes de méthodologie pour réaliser le travail de terrain et le recueil d'informations au sein de cette communauté rurale maya en particulier.

## II. Méthodologie

### 1. Cadre temporel

L'étude que nous avons réalisée s'est étendue d'Avril à Août 2018, et s'est tenue lors d'un stage de recherche au sein du Laboratoire de Médecine Sociale et Santé Publique appartenant au Centre de Recherches Régionales Docteur Hideyo Noguchi. Cette étude s'est déroulée en plusieurs étapes, et chacune disposait d'un temps imparti pour sa réalisation (figure n°4). Ces étapes comprennent l'élaboration d'un protocole de recherche puisque l'étude était indépendante des projets de recherches en cours au Laboratoire de Médecine Sociale. Comme nous pouvons également le voir, les étapes se sont superposées et notamment celles relatives au travail de terrain (connaissance de la communauté et mise en œuvre du protocole).

Activités	2018				
	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août
Revue de littérature	X				
Connaissance de la communauté (entretiens)	X	X	X		
Elaboration du protocole	X	X			
Mise en œuvre du protocole (entretiens, focus group)		X	X		
Analyse et interprétation, propositions				X	
Rapport final					X

**Figure n°3: Chronogramme de l'étude**

Source : élaboration personnelle à partir des discussions avec la maîtresse de stage

Tout d'abord, il est nécessaire de rappeler brièvement les objectifs de la recherche pour aborder ensuite les modalités de recueil des données ainsi que les participants à l'étude et le déroulement du travail de terrain. L'objectif général de notre recherche a été la connaissance des représentations de la grossesse chez les différents acteurs de la communauté ainsi que la prise en charge de celle-ci au sein de la communauté d'étude. Cet objectif consistait également à prendre connaissance de la mobilité des femmes enceintes de la communauté (à l'intérieur même de la communauté et d'une communauté à l'autre) et étudier les représentations sociales de cette mobilité. De plus nous avons cherché à connaître l'organisation formelle et informelle au sein de la communauté en cas d'urgence obstétrique (ou tout simplement en cas d'urgence médicale). Enfin, l'étude de ces éléments visait la compréhension de leur influence sur la prise en charge de la grossesse, ainsi que la prévention et la gestion des complications obstétriques. Par l'étude de l'organisation formelle et informelle en cas d'urgence obstétrique nous avons cherché à voir quels étaient les leviers d'actions au sein même de la communauté. Les objectifs secondaires de cette

étude étaient la prise de connaissances des différents acteurs et infrastructures présents au niveau de la communauté ayant un lien direct ou indirect avec la grossesse, sa prise en charge ou encore ceux impliqués dans l'accompagnement et le bien être des femmes enceintes<sup>10</sup>. Par ailleurs nous avons également cherché à valoriser la participation communautaire dans la prise en charge, la prévention et la gestion des complications durant la grossesse, l'accouchement ou le *post-partum*.

## **2. Modalité de recueil d'informations**

### **2.1. Choix de méthode de recherche**

Au vue de la question de recherche que nous avons fixé, et au vue de nos compétences il allait de soi qu'une étude de type qualitatif était la plus appropriée pour traiter ce sujet. En effet, c'est avant tout le discours des habitants de la communauté qui nous intéressait et notamment le langage, les expressions utilisées concernant les croyances, la grossesse et la mobilité au sein du village. Il était également possible de procéder par questionnaires, notamment en ce qui concerne les représentations sociales. Cependant nous avons choisi de procéder par entretiens de type semi-directifs puisqu'il est mentionné dans la littérature que les études portant sur les représentations sociales sont peu approfondies et qu'elles sont également étudiées de façon isolée au contexte dans lequel elles émergent, en ne considérant que certains éléments tel que les croyances, ou les opinions (Grenon et al, 2013). Les entretiens semi-directifs permettent entre autre de faire émerger les récits d'expériences relatives à la grossesse et à sa prise en charge, les pratiques au sein de la communauté ainsi que les croyances sous-jacentes (Jovchelovitch et Gervais, 1999). En plus des entretiens semi-directifs nous avons choisi de mener deux *focus groups*, et cette méthode est particulièrement pertinente dans l'étude des représentations sociales puisqu'elle permet le débat et la discussion entre les différents participants, et ainsi la justification du positionnement ou encore le repositionnement de ces derniers. Les *focus groups* ont ainsi permis d'approfondir certains points qui n'avaient pas été abordés de façon détaillée lors des entretiens individuels, et ils ont rendu possible l'identification de dynamiques parmi les groupes et entre les différents profils de participants. Il est important de souligner que notre étude ne prétend pas aborder les représentations sociales au sein d'un groupe à grande échelle, mais qu'elle se limite au groupe de femmes enceintes que nous avons recruté dans la communauté, à quelques hommes de cette même communauté ainsi qu'à des acteurs en lien avec la prise en charge. En d'autres termes, nous n'avons pas cherché à atteindre une quelconque représentation statistique mais plutôt à comprendre la problématique des freins et leviers à la prévention des complications obstétriques au sein d'une communauté maya du Yucatán. Au vu

---

<sup>10</sup> Nous avons souhaité ne pas réduire le terme « prise en charge », à sa dimension médicale et donc nous y avons ajouté une dimension « *care* »

des spécificités du terrain d'enquête que nous exposerons ci-dessous dans le déroulement du terrain, Il a également été nécessaire de procéder à un recueil d'informations plus informel, via les discussions hors entretiens. Ces informations ont été recueillies quotidiennement sous la forme de récits dans un journal de bord.

## **2.2. Informations recueillies et participants**

L'étude s'est déroulée en plusieurs phases, au cours desquelles étaient réalisées des entretiens et *focus groups* (annexe 5 : tableau récapitulatif des entretiens et *focus group* réalisés). Avant chaque entretien était signé un acte de consentement dans lequel les objectifs de l'enquête étaient spécifiés ainsi que les principes de confidentialité relatifs à l'enregistrement et à l'analyse de l'entretien. En effet, nous avons fait le choix d'anonymiser la totalité des entretiens et *focus groups* dans un souci de protéger les enquêtés des éventuels préjudices que cela pourrait leur porter<sup>11</sup>. Ce choix s'est notamment fait en raison<sup>12</sup> de la période d'élections politiques en cours lors de notre travail de terrain<sup>12</sup> et de la sensibilité du sujet que nous abordions dans la communauté d'étude. Dans un premier temps nous avons procédé à la phase préliminaire de l'enquête durant laquelle ont été réalisés quelques entretiens avec des acteurs plutôt institutionnels tels qu'une représentante de la Commission des Droits de l'Homme du Yucatán (CODHEY) et l'un des médecins de l'hôpital où sont référées les femmes enceintes de la communauté d'étude (également fonctionnaire du Programme IMSS-Prospera). Deux entretiens informels (sans enregistrements) ont été menés avec des acteurs de terrain à savoir un volontaire du centre de santé et l'une des sages-femmes traditionnelles de Tiholop. Pour chacun des enquêtés une grille d'entretien a été construite mais l'objectif général était de prendre connaissance de la prise en charge des femmes enceintes et de comprendre l'organisation de celle-ci. Il s'agissait également de prendre connaissance des spécificités de la communauté d'étude et de recueillir des données un peu plus générales sur la mortalité maternelle dans la région. Puis nous avons débuté les entretiens avec la population de Tiholop et pour se faire nous avons recruté 8 femmes enceintes avec l'aide de l'une des sages-femmes traditionnelles de la communauté. Pour réaliser ces entretiens nous nous sommes rendu au domicile des femmes, dans l'optique de connaître également le contexte de vie de ces dernières. Pour deux enquêtées ne parlant que le maya il a été nécessaire de faire appel à l'aide d'une personne dans le village pour la traduction pendant l'entretien. Cette dernière était d'ailleurs mère de deux enfants et elle a apporté des éléments lors des entretiens. Dans d'autres cas, la sage-femme communautaire, également devenue très proche, a demandé à nous accompagner. La présence d'une tierce personne a pu influencer l'entretien, et notamment dans le cas de la sage-femme, lors d'un entretien par exemple elle

---

<sup>11</sup> Les prénoms des participants ont été remplacés par des prénoms similaires

<sup>12</sup> Les élections municipales, régionales et nationales ont eu lieu le 1<sup>er</sup> Juillet 2018 et notre travail de terrain s'est déroulé durant le mois de Juin 2018.

incitait l'une des enquêtées quelque peu timide à répondre à certaines questions mais en orientant les réponses. Les entretiens étaient guidés par des grilles d'entretiens (annexe 6) et dans un premier temps nous abordions les activités des femmes et de leurs conjoints puis nous demandions aux femmes d'expliquer ce qu'était la grossesse selon elles, ainsi que les croyances relatives dans leur famille et au sein du village. Nous avons ensuite abordé les thématiques relatives à la prise en charge et à la mobilité dans la communauté mais également à l'extérieur de celle-ci. Après cela, nous avons procédé aux entretiens de couples avec deux femmes enceintes et leurs conjoints, il n'a pas été possible d'en réaliser d'autres en raison des difficultés à rencontrer les conjoints des femmes enceintes au village. Tout comme les entretiens précédents, ils ont eu lieu au domicile des enquêtés. Lors de ces entretiens, des thèmes similaires à ceux abordés avec les femmes ont été traités, auxquels se sont ajoutés des questions relatives à l'organisation en cas d'urgences. Ces entretiens ont également permis l'identification de dynamiques selon les modalités d'entretiens, puisque nous nous étions entretenues seules à seule au préalable avec les femmes qui ont été interrogées en compagnie de leurs conjoints. Durant le travail de terrain nous avons également réalisé deux entretiens avec des acteurs en lien avec la prise en charge des femmes enceintes : un notable du village impliqué dans l'organisation du transfert médical et le médecin du village en lien direct avec la prise en charge des femmes enceintes de Tiholop. Pour chacun d'eux nous avons élaboré un guide d'entretien adapté à leur profil (annexe 7). Enfin, nous avons organisé un *focus group* avec une partie des femmes enceintes interrogées individuellement. Nous sommes parvenues à réunir un groupe de 6 femmes enceintes au domicile de l'une d'entre elles afin de procéder à l'entretien de groupe. Lors de ce dernier nous avons abordé des thématiques similaires aux entretiens individuels mais d'autres thèmes ont été abordés à l'initiative des participantes, notamment sur les unions dans la communauté (annexe 8). A la suite de cet entretien nous avons fait appel à l'une de nos connaissances sur place afin de traduire une partie des échanges via l'écoute de l'enregistrement. En effet, toutes les femmes ne parlaient pas espagnol et même si certaines le parlaient, elles préféraient s'exprimer dans un premier temps en maya puis en espagnol. Nous sommes donc conscientes que ceci pourrait constituer une limite dans le contenu du *focus group*, puisque nous ne pouvions nous exprimer dans la langue maternelle des enquêtées. Or nous avons fait le choix de ne pas solliciter la sage-femme traditionnelle pour interpréter durant le *focus group* afin d'éviter les biais et de permettre aux enquêtées de s'exprimer librement dans un environnement familier. Enfin, nous avons réalisé un *focus group* avec quelques hommes du village, nous sommes parvenues à en réunir 5 au domicile de l'un d'entre eux. Les points abordés ont été sensiblement les mêmes que pour le *focus group* avec les femmes enceintes à la différence que des questions sur l'organisation en cas d'urgence ont été posées (annexe 9). Ces hommes ont été recrutés via l'aide d'un ami sur le village qui a accepté d'inviter certaines de ses connaissances. Nous sommes conscientes que ce

mode de recrutement peut présenter des biais quant au choix du profil des enquêtés, cependant cette solution a été adoptée suite aux difficultés de recruter personnellement les participants parmi les habitants.

### **3. Traitement des informations**

Afin de traiter les informations collectées sur le terrain, nous avons choisi de retranscrire manuellement l'intégralité des entretiens en espagnol ou en espagnol et en maya. Dans le cas des passages en maya nous avons indiqué « parle en maya » et si un traducteur était présent lors de l'entretien nous avons retranscrit les propos de ce traducteur lorsqu'il reprenait ceux de l'enquêté (annexe 10 : exemple de script d'entretien). Dans le cas contraire, nous avons indiqué à la suite de l'indication « parle en maya » la retranscription traduite en espagnol des propos de l'enquêté grâce à l'aide d'un traducteur<sup>13</sup> après écoute de l'enregistrement. A la suite des retranscriptions nous avons analysé manuellement l'ensemble des entretiens et des *focus group* via une analyse thématique. En d'autres termes nous avons lu chacune des retranscriptions des entretiens, et catégorisé les propos des enquêtés par thème. Une fois l'ensemble du contenu des entretiens catégorisé, nous avons repris les principaux thèmes ressortissant de l'ensemble des entretiens et nous les avons rassemblés. Nous avons ainsi obtenu une liste de thème que nous avons organisé sous la forme d'un plan détaillé, où chaque idée faisait référence aux citations des différents entretiens et ceci nous a ensuite permis la rédaction de la partie résultat de notre mémoire.

### **4. Déroulement du terrain : difficultés et solutions alternatives**

Le travail de terrain au cours duquel ont été réalisés les entretiens et les *focus groups* a eu lieu durant le mois de Juin, cependant cette phase a été préparée en amont dès la première semaine de stage, au mois d'Avril. En effet, nous disposons du contact de Marianela, l'une des sages-femmes de Tiholop mais il a fallu venir rapidement à la rencontre d'autres acteurs ainsi que des femmes enceintes. De nombreux aller-retours ont été nécessaires avant de pouvoir entamer le travail de terrain. Pour mieux comprendre la communauté mais également les conditions de vie de la population nous nous sommes logées dans le village afin de cohabiter avec quelques habitants. Lors de notre première rencontre avec les femmes enceintes à l'occasion d'une réunion organisée par la sage-femme dont nous avons le contact, les échanges étaient difficiles car les femmes parlaient très peu et se contentaient d'acquiescer à ce que nous leur présentions. Ces dernières semblaient intimidées par notre présence et elles s'exprimaient majoritairement en maya et à la sage-femme. Nous avons donc choisi de nous présenter au domicile de chacune d'entre elles pour leur expliquer la raison de notre venue, pour faire connaissance et si possible pour réaliser un entretien alors qu'initialement les *focus groups* devaient avoir lieu en premier.

---

<sup>13</sup> Les traducteurs que nous avons sollicités étaient des habitants de Tiholop avec lesquels nous étions en contact

Lors de ces premiers échanges il a été également important de s'intégrer auprès de certaines d'entre elles en partageant des moments de préparation des repas par exemple. Cette étape a fait la différence puisque les rapports avec les enquêtés ont pris une toute autre dimension à la suite de cette phase de connaissance et même d'interconnaissance entre les enquêtrices et les habitantes de Tiholop et leurs proches impliqués dans l'étude. Cette démarche a porté ses fruits puisque toutes les femmes nous ont reçues chez elles, et elles ont accepté de «discuter»<sup>14</sup> avec nous. Cependant des barrières ont été présentes au niveau de la langue, car comme nous l'avons souligné deux des femmes enceintes ne parlaient pas espagnol et donc il a fallu avoir recours à une habitante de Tiholop parlant maya et espagnol. Concernant la réalisation des entretiens avec les couples, il a fallu attendre les moments les plus adaptés, c'est-à-dire ceux auxquels les conjoints étaient présents au domicile. La demande d'entretien a été facilitée par le fait que nous connaissions déjà les conjointes de ces derniers, et donc l'accès au domicile en présence du couple était possible. Enfin, pour le *focus group* avec les femmes enceintes le choix du lieu a été crucial puisque généralement les réunions avaient lieu sur la terrasse du centre de santé, or une fois au domicile de l'une d'entre elles nous avons remarqué une liberté de parole importante et des échanges informels entre les participantes, très différents de ceux observés auparavant. L'organisation du *focus group* des hommes a été la plus difficile puisque nous étions très peu en contact avec la population masculine du village. Nous avons donc demandé à l'un des notables du village de nous aider dans cette démarche, mais cela n'a pas abouti. Nous avons finalement sollicité l'aide de l'une de nos connaissances sur le village avec qui nous étions en contact car il était complexe en tant que femmes d'aller inviter spontanément dans la rue des hommes à participer. En effet, les rapports hommes /femmes dans la rue étaient spécifiques et en tant qu'enquêtrices une gêne s'est faite ressentir à de nombreuses reprises lorsque nous marchions seules dans le village. Cette solution a également été fructueuse puisque notre contact a réuni 4 hommes chez lui, qu'il avait été prévenir personnellement au préalable, cependant nous avons découvert au moment du *focus group* que ces hommes faisaient partie d'un même cercle familial. Bien que la composition des participants de ce *focus group* soit discutable, ce fut la seule opportunité pour pouvoir réaliser l'entretien avec des enquêtés hommes.

Enfin, nous avons présenté le cheminement de la méthodologie d'enquête au regard de ce que dit la littérature mais également en fonction de la réalité du terrain d'enquête choisi pour mener l'étude. Ces éléments sont importants et ils sont à prendre en compte dans la lecture des résultats qui font suite, puisqu'ils dépendent en partie de ces particularités du terrain énoncées. En effet, il est probable qu'en renouvelant cette étude dans une autre communauté, les conditions du travail de terrain et les résultats de l'enquête seraient différents.

---

<sup>14</sup> Terme employé avec les enquêtés pour la réalisation d'un entretien ou d'un focus group  
Marine FERNANDEZ - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2017-2018

### III. Résultats

#### 1. Tiholop : traduction d'une identité culturelle maya en termes d'organisation sociale et familiale

Dans un premier temps il convient de présenter l'identité culturelle de la communauté d'étude, et des implications de celle-ci au niveau de son organisation mais également au niveau du contexte familial. Nous allons donc aborder l'un des thèmes ressorti au cours des entretiens : les unions à Tiholop, et ces éléments sont intéressants dans le cadre de notre étude puisqu'ils sont en lien direct avec la grossesse.

##### 1.1. Union et grossesse

###### a. *La fuite*<sup>15</sup>

A Tiholop (annexe 2) il existe deux manières de formaliser une union : le mariage ou *la fuite*. Cette dernière est la modalité d'union des couples qui ne veulent ou ne peuvent pas se marier. Lorsqu'un jeune couple décide de fuir, c'est la jeune femme qui quitte le domicile familial pour s'installer chez son petit ami sans en avertir ses parents et elle a généralement lieu durant la nuit. On dira alors que le couple s'est réuni, et non qu'il s'est marié. D'après Rosa, une femme enceinte ayant elle-même fui, c'est le père du petit ami qui va annoncer l'union à la mère de la jeune femme le lendemain matin ou durant la nuit (*focus group*). Cette pratique est décrite par les enquêtées comme une coutume que d'ailleurs la majorité d'entre elles ont suivie puisque plus de la moitié des femmes enceintes interrogées y ont eu recours (annexe 11). La fuite est décrite comme quelque chose de normale et cette étape peut précéder celle du mariage comme l'explique Cristian, le conjoint de l'une des femmes enceintes de l'étude : « *Oui, nous bah ... ici la coutume c'est que si une fille te plaît... si elle te plaît, les deux s'en vont, ils s'échappent, ils se réunissent comme ça et puis après ils ont le mariage* » (entretien avec Elisa et Cristian). Les femmes participant au *focus group* ont d'ailleurs signalé que cette union par la fuite est irréversible, autrement dit une fois que la jeune fille a quitté le domicile de ses parents il n'y a plus de marche arrière possible et la tradition veut que la jeune femme ne puisse plus retourner y vivre (*focus group* avec les femmes enceintes). C'est d'ailleurs ce qu'explique Nora, puisque le jour où elle s'est échappée avec son petit ami, en arrivant devant la maison de ce dernier elle avait changé d'avis mais il était trop tard et il a refusé de la ramener chez elle (*focus group*). Mais la fuite permet également aux couples de s'unir malgré le désaccord de leurs parents. Il est courant que les parents s'interposent aux relations de leurs enfants, et l'une des enquêtée dit même avoir été obligée de s'enfuir puisqu'il lui était interdit de discuter avec un garçon d'où l'impossibilité d'entretenir une relation amoureuse (Elisa, femme enceinte qui s'est enfuit à l'âge

---

<sup>15</sup> Traduction en français du terme « *el escape* »



de 16 ans). Dans d'autres cas, les unions sont rejetées en raison des différences de statut social entre les familles du couple. En effet, alors que nous voyagions au village nous avons rencontré un jeune homme qui nous expliquait que l'un de ses amis avait « volé sa petite amie »<sup>16</sup> de 14 ans puisque la famille de la jeune fille ayant des revenus élevés, les parents n'acceptaient pas son petit ami qui lui, provenait d'une famille au niveau socio-économique inférieur. Enfin, cette union a lieu à un âge précoce et cela implique parfois la déscolarisation des jeunes filles, mais pas des jeunes hommes (Elisa). Cette union est à prendre en considération dans notre travail puisqu'elle a des implications, premièrement au niveau des familles puisque la fuite a pour conséquence l'union de deux familles quand bien même les parents ne la souhaiteraient pas. D'autre part, elle implique souvent la déscolarisation des jeunes femmes, et c'est pourquoi la majorité des enquêtées ont une scolarisation incomplète or le niveau d'éducation est l'un des déterminants de la santé, et de la santé maternelle (Hogan et al, 2010).

#### **b. Le mariage : coutume et tradition**

A Tiholop, le mariage est décrit comme un événement très codifié. En effet, dans un premier temps a lieu la demande en mariage, qui est en fait la demande de la main de la jeune femme à sa famille. Dans un premier temps, le jeune homme et sa famille se présentent à la famille de la jeune femme et ils demandent la main de celle-ci. Si ces derniers sont d'accord, le jeune homme va parler avec sa petite amie pour lui demander son accord et si tous sont d'accord, l'organisation du mariage peut débuter (Omar et Mercy, couple marié attendant leur premier enfant). Comme avec l'union par *la fuite*, le jeune couple marié s'installe dans le foyer de la famille du marié et ainsi l'explique Mercy, « *ici c'est la coutume, quand tu te marie tu vas chez ta belle-mère* » (Mercy, mariée et enceinte). Chez les mayas ancestraux, le mariage était différent car les familles recherchaient une femme pour leur fils. Autrement dit, les conjoints ne se choisissaient pas, et les familles avaient pour critère de sélection l'argent de la belle-famille. Lorsque la famille du mari avait trouvé une femme pour leur fils, ils devaient rendre visite au maximum 13 fois à la famille de la jeune femme, en apportant des cadeaux à chacune des visites (sucre, café, liqueur, chocolat). Si les parents de la jeune femme acceptaient, le mariage s'organisait alors même que les mariés ne s'étaient jamais rencontrés (discussion avec le mari de notre logeuse, carnet du bord du 7/06/2018). Comme nous l'avons dit précédemment, les modalités d'union ont une influence sur la grossesse et pour cerner la signification de la grossesse il est important de connaître l'origine de l'union et le processus ayant conduit à celle-ci.

---

<sup>16</sup> Expression utilisée par l'individu rencontré



Photo d'un couple d'enquêtés prise par Marine Fernandez le 14/06/18

### c. Association entre l'union et la grossesse

En effet, pour ce qui est de la fuite, nous remarquons que la grossesse semble figer l'union. Pour la majorité des enquêtées ayant fui, *la fuite* a lieu la même année que la première grossesse. D'ailleurs, par le principe même de *la fuite*, la couple se réunit et c'est également le moment du premier rapport sexuel donnant lieu à une grossesse qui va donc unir les deux familles. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la jeune fille ne peut plus faire marche arrière et retourner chez ses parents, avec la perte de sa virginité elle devient une femme et elle devient la femme de celui avec lequel elle a fui. Tel est le cas de Noelia, l'une des femmes enceintes avec laquelle nous nous sommes entretenues puisqu'elle nous a dit s'être enfui à 14 ans, et avoir eu son premier enfant la même année (*focus group*). De même pour Rosa, qui s'est également enfui à 16 ans et a mis au monde son premier enfants la même année (*focus group*). Il semble qu'il en soit de même pour le mariage puisque certains enquêtés assimilent le mariage au fait de devenir parents (Marcelino, *focus group*) et deux des femmes enceintes que nous avons interrogées s'étaient mariées il y a moins d'un an (Mercy, Ariana). On comprend donc que la grossesse se planifie généralement à la suite de l'union du couple. D'ailleurs lorsque les enquêtées parlent de leur grossesse elles associent les changements dans leurs activités au changement de statut entre le fait d'être célibataire et le fait d'être mère, ou enceinte comme le souligne Ariana « *je me sens pareil, bon en même temps je suis heureuse parce que je sais que je vais être maman. Mais c'est pas comme avant, j'allais d'un endroit à l'autre (rires) ce n'est pas la même chose d'être célibataire et d'être mariée [...] j'allais travailler à Mérida* » (Ariana, enceinte de deux mois). Bien que comme nous l'avons évoqué, le fait d'avoir un enfant semble être associé à l'union et que la grossesse fixerait cette dernière, l'une des enquêtées s'occupant de la prise en charge des femmes enceintes a remis ceci en question et évoque même la possibilité que la grossesse soit synonyme de déshonneur notamment lorsque le couple a fui (Docteur Vargas, médecin à Tiholop). Nous avons donc pu voir que la tradition et les coutumes sont bien présentes au niveau des unions chez les

habitants de Tiholop, tant pour les mariages que pour les unions par *fuite*. A présent nous allons tenter d'expliquer en quoi l'organisation des activités au sein de la communauté relève de la dimension culturelle maya qui y est ancrée.

## **1.2. Activités et mobilité au sein de la communauté : structure sociale**

### **a. Activités des hommes de la communauté : le champ ou le chantier**

A Tiholop, les activités des hommes sont bien délimitées de celles des femmes. Les hommes occupent principalement deux types d'activités : le travail d'agriculteur dans leurs terres (appelées *milpas*<sup>17</sup>) ou le travail de la construction dans les grandes villes de la péninsule. Ces derniers assurent la principale source de revenu de leur foyer, mais dans le cas de la *milpa* les revenus sont faibles et ils dépendent directement de la récolte de l'année (selon les conditions climatiques et le prix du marché). Dans le cas de la construction, les revenus sont plus sûrs et plus élevés (environ 1500 pesos la semaine, soit 75 euros) mais ils sont soumis à la condition que les individus trouvent un chantier sur lequel travailler. Dans les deux cas les conjoints des femmes enceintes s'absentent souvent et les hommes travaillant dans le champ (le cas pour 4 des conjoints des femmes participant à notre étude), ce sont des journées entières d'absence car les *milpas* sont éloignées du village. Ceci peut d'ailleurs porter préjudice à leurs femmes et dans le cas d'Elisa l'une des enquêtées, son mari était absent lors de ses deux premiers accouchements puisqu'il était au champ et comme elle l'explique « *il ne savait pas qu'ils allaient naître, et quand il revenait de la milpa ils étaient déjà là [ses bébés]* » (Elisa, femme enceinte dont le mari est agriculteur). Cependant pour les conjoints travaillant sur de chantiers, les absences sont bien plus longues puisque ces derniers partent travailler très loin de Tiholop. Par exemple, le conjoint de Martha, travaille à Mérida soit à 4 heures de route du village et il ne rentre qu'une fois par semaine, d'autres comme le conjoint de Sandy ou de Nora ne rentrent que toutes les deux à trois semaines car ils travaillent dans l'Etat voisin du Quintana Roo (soit à plus de 250 km de Tiholop). Cela peut être une limite à la prise en charge des complications, notamment parce que les femmes dépendent économiquement de leurs conjoints et que souvent elles attendent leur retour pour se rendre à l'hôpital (Docteur Vargas, médecin de Tiholop).

### **b. Activités réalisées par les femmes et changements suite à l'union ou à la grossesse**

Les femmes quant à elles réalisent des activités relatives au foyer, à savoir la cuisine, le ménage, le rangement, elles élèvent également des animaux dans leur cour (cochons, poules) et c'est elles qui s'occupent de leurs enfants et neveux (Martha, femme enceinte et maman d'une fille de 4 ans). La quasi-totalité des enquêtées que nous avons interrogées pratiquent également

---

<sup>17</sup> Aussi appelée « les trois sœurs », la *milpa* est une association de la culture du maïs, le haricot rouge et la courge. Au Mexique elle a un caractère sacrée, et il est dit que des *aluches* (des lutins ayant l'apparence de mayas miniatures) la surveillent et la protègent.

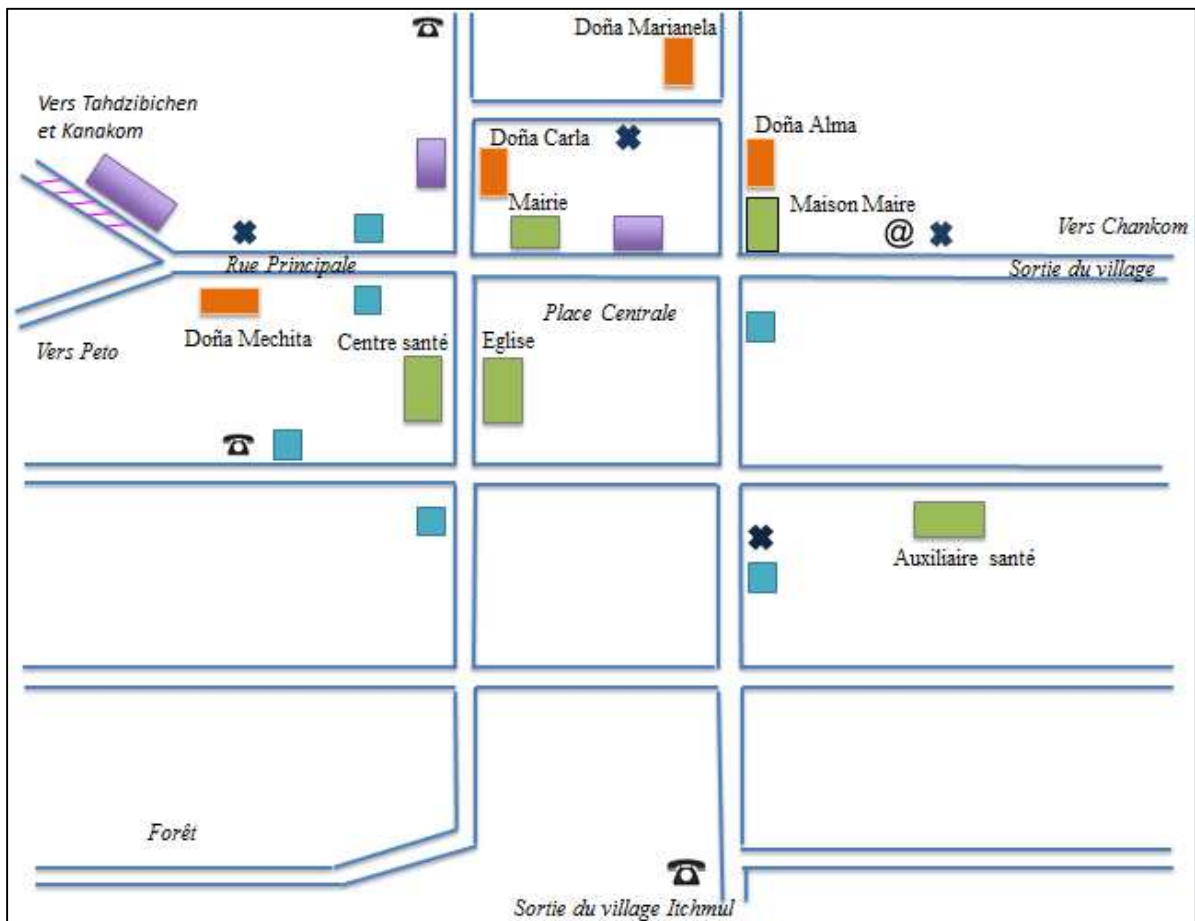
la couture depuis chez elles et elles confectionnent des robes et des hauts brodés qu'elles vendent ensuite ou qu'elles portent. Avant leurs grossesses certaines allaient à la *milpa* avec leurs conjoints mais leur activité était alors considérée comme une aide, et non comme un travail contrairement aux hommes. En d'autres termes, ce que les femmes font à la *milpa* est considérée comme une aide au travail que réalisent les hommes, et c'est ainsi que le souligne Cristian « *parfois je ne l'emmène pas avec moi. Mais seulement les après-midi si il y a quelque chose qu'il me reste à faire. C'est pas comme nous. Nous on fait le plus dur. Elle, non, parce qu'elle ne peut pas porter, elle en a pas la capacité alors que nous on le fait. Elle, elle nous aide surtout, à jeter les aliments au maïs. C'est ce qu'elle fait [...] nous, ce qu'on fait c'est couper, tirer la forêt et faire la milpa, la brûler, la semer, la débroussailler, lui donner ses aliments et la récolter, ramener. Ça c'est le travail qu'on fait.* » (entretien avec Cristian et Elisa). Par ailleurs certaines enquêtées évoquent un changement radical d'activités depuis leur mariage et c'est notamment le cas de Mercy et Ariana qui travaillaient toutes deux à Mérida, mais elles ont cessé ces activités pour se consacrer aux tâches ménagères depuis leur mariage (Mercy, Ariana). D'autre part la quasi-totalité des enquêtées ont mentionné un changement dans leurs activités pendant leur grossesse, elles disent par exemple porter des charges moins lourdes, se reposer davantage ou encore moins marcher. Mais en terme de mobilité nous avons remarqué que les enquêtées délaissent le tricycle<sup>18</sup> et le vélo durant leur grossesse et préfèrent se déplacer à pied et deux d'entre elles évoquent même les bienfaits de la marche (Rosa et Sandy, *focus group*).








### **c. Contact social et mobilité**

D'ailleurs suite à l'union des changements ont également eu lieu au niveau de la mobilité des femmes. A quelques exceptions près (deux enquêtées), les femmes sortent très peu de chez elles à moins que ce ne soit pour aller à leurs consultations au centre de santé, à l'école pour leurs enfants, faire des courses ou encore pour rendre visite à leurs mères. Ceci peut également s'expliquer par le fait que les femmes ont très peu d'amis dans le village (Mercy) et il est peu commun d'aller rendre visite à d'autres habitants ou habitantes (Nelly). Durant la grossesse cette mobilité tend donc également à être restreinte. Afin d'illustrer ces propos nous allons présenter le cas de deux des femmes enceintes que nous avons rencontrées à l'aide d'un graphe de la communauté que nous avons élaboré.

---

<sup>18</sup> Mode de transport courant dans le village, servant à transporter des individus ou des objets  
Marine FERNANDEZ - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique – 2017-2018



Forme	Signification
	Maison des sages-femmes
	Lieux clefs village
	Ecoles
	Alimentation
	Téléphone
@	Internet
	Transport privé (taxi)
	Route accidentée

**Figure n°4 : graphe de la communauté représentant les différents éléments, espaces et acteurs présents**

Source : élaboration personnelle à partir d'observations de terrain et d'entretiens

Nous allons d'abord présenter les trajets effectués par Sandy, enceinte de 7 mois (annexe 13). Elle vit à la sortie du village (vers Chankom) et se déplace principalement au centre de santé une fois par mois, au moulin<sup>19</sup> chaque jour (situé à côté du centre) et à l'épicerie située dans la même rue. Elle se rend régulièrement aussi dans un local disposant d'un téléphone situé derrière le centre de

<sup>19</sup> A Tiholop les femmes se rendent au moulin afin de transformer le maïs en pâte à tortilla  
Marine FERNANDEZ - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2017-2018

santé afin de contacter sa mère, qui vit dans un autre Etat du Mexique. Lorsqu'elle souhaite voir la sage-femme traditionnelle c'est cette dernière qui lui rend visite. Quant aux trajets de Noelia, enceinte de 9 mois (annexe 14) : elle vit au niveau de la forêt mais ses déplacements se limitent également au centre de santé, à la même épicerie que Sandy et à la maison de sa mère située près de l'épicerie. Contrairement à Sandy, Noelia a évoqué lors du *focus group* que c'est elle qui se rend chez une sage-femme traditionnelle, Doña Mechita, lorsque c'est nécessaire. Les déplacements de Sandy et Noelia sont donc principalement tournés vers leurs activités quotidiennes dans le foyer à l'exception des visites rendues à leurs mères (des appels réalisés dans le cas de Nancy) ou des visites médicales. La prise en compte de la mobilité nous donne des indications sur l'organisation sociale et familiale à Tiholop puisqu'on remarque de grandes différences selon les genres.

On retrouve également cette assignation de l'espace à travers les rituels mayas tel que le baptême « *Hetzmek* », qui est une cérémonie marquant le début des activités et des responsabilités au sein de la communauté. Effectivement, cette cérémonie est différente selon le sexe de l'enfant et si c'est une fille elle est réalisée à 3 mois car cela symbolise les 3 côtés de la pierre sur laquelle se font les tortillas<sup>20</sup> alors que pour les garçons cette cérémonie est réalisée à l'âge de 4 mois, pour symboliser les 4 côtés de la *milpa* (Elisa). Lors de ce rituel au cours duquel on cherche à développer les aptitudes des enfants (en leur donnant un crayon pour qu'ils puissent apprendre à écrire, un cahier pour qu'ils puissent apprendre à lire), il est déterminé de façon implicite que les petites filles sont renvoyées à l'espace intérieur, à la cuisine où l'on fait des tortillas, et les petits garçons à l'espace extérieur tel que le champ. Il en est de même pour le rituel *Cha'chaak*, durant lequel les hommes du village implorant le dieu maya de la pluie<sup>21</sup> afin d'obtenir une récolte fructueuse de la *milpa*. Seuls les hommes peuvent y participer et ces derniers doivent cuisiner le *pib*<sup>22</sup>, ils font également diverses offrandes au dieu *Chaak*. Ici encore, implicitement on réaffirme que ce sont les hommes qui ont accès au champ et qui doivent travailler la *milpa* et non les femmes, qui sont d'ailleurs exclues de cette cérémonie (discussion informelle après un entretien avec un notable du village, journal de bord du 11/05/18). Au vu de ces éléments on comprend donc qu'à Tiholop, les femmes ont peu de contact social et que leurs déplacements au sein de la communauté sont restreints puisque les activités qu'elles réalisent sont tournées vers le foyer et ces considérations sont d'autant plus vraies pendant la grossesse. Au contraire, les hommes sont peu présents dans le foyer et donc il en est de même au cours de la grossesse de leurs conjointes. Cependant pour mieux comprendre la prise en charge de la

---

<sup>20</sup> Galette de maïs, aliment de base au Mexique élaborée par les femmes dans le village

<sup>21</sup> Ce dieu se nomme *Chaak* en maya

<sup>22</sup> Spécialité culinaire maya préparée en offrandes aux morts et aux dieux

grossesse au sein de la communauté nous devons nous intéresser aux croyances relatives à la grossesse ainsi qu'aux représentations sociales de celle-ci chez les enquêtés.

### **1.3. Grossesse : représentations sociales et croyances**

#### **a. Annoncer la grossesse**

Les considérations et pratiques concernant l'annonce de la grossesse nous donnent des informations quant au rapport à la grossesse dans la communauté. En effet, à Tiholop la grossesse ne s'annonce qu'au sein de la famille, elle relève de l'intime et les autres ne l'apprendront que lorsqu'elle sera visible (*focus group* des hommes) (Mercy et Omar). L'une des raisons pour lesquelles la grossesse n'est pas mentionnée aux proches, aux voisins ou aux amis est la crainte que des rumeurs s'ébruient comme l'indique le conjoint de l'une des femmes enceintes : « *les gens parlent mal de toi [...] c'est par jalousie donc ça ne me convient pas parce qu'après ça crée des problèmes [...] donc c'est pour ça qu'on dit rien à personne, c'est notre problème, c'est les histoires de la famille et eux ils n'ont pas à savoir, donc on leur dit rien* » (Omar, entretien avec Omar et Mercy). On comprend donc que la grossesse relève du domaine familial et qu'elle est préservée des commérages et il va de soi qu'il en est de même lorsqu'il s'agit de demander conseil concernant la grossesse.

#### **b. S'informer et échanger sur la grossesse : du cercle familial au centre de santé**

En effet, nous avons observé que lorsque les femmes se posent des questions sur leur grossesse, la plupart du temps elles font appel au cercle familial. La majorité des femmes de Tiholop qui ont été interrogées ont expliqué qu'elles demandaient conseil prioritairement à leur belle-mère, leurs belles-sœurs (car elles vivent dans le même foyer que ces dernières) mais aussi à leur mère. Ceci correspond en partie au concept de « réseau féminin » mentionné dans la littérature par Schaffer et Lia-Hoagberg (1997) à l'exception que dans la communauté d'étude celui-ci ne comprend que très rarement les amies de la femme enceinte puisque comme nous l'avons dit le contact social de ces dernières est retreint. L'une des enquêtées a mentionné une amie dans le village ayant récemment accouché, qui l'informe donc régulièrement sur la grossesse (Ariana, enceinte de 2 mois). D'autres ont tout de même expliqué que les réunions auxquelles elles assistent au centre de santé leur permettent d'échanger entre elles sur leurs situations et de s'informer (Nelly). Le mari est également sollicité pour s'exprimer sur la grossesse, mais cela dépend avant tout de la relation du couple, les femmes qui leur parlent de leur grossesse ou leur demandent conseil sont celles qui disent avoir une relation de confiance avec ces derniers (Rosa et Nelly, *focus group*). Cependant au cours des entretiens il est ressorti que lorsque le cercle familial ne peut répondre à une interrogation, les enquêtés se tournent vers la sage-femme traditionnelle ou vers le centre de santé (Martha, Nora). Ainsi, à ce niveau la grossesse est

également une affaire familiale avant tout, dans un premier temps les conseils et les échanges à propos de la grossesse se font avec le cercle familial et plus précisément avec les femmes de la famille et parfois avec les conjoints, mais si un doute persiste les enquêtées consultent la sage-femme communautaire ou le docteur du centre de santé. Les croyances relatives à la grossesse se transmettent également de générations en générations au sein de la famille, et elles sont nombreuses à Tiholop.

### **c. Croyances relatives à la grossesse : l'héritage des ancêtres et des grands parents**

Au cours des entretiens, de nombreuses recommandations relevant de la mythologie maya concernant la grossesse nous ont été présentées. Les enquêtées nous disaient avoir reçu ces informations de la part de leur mère, grand-mère et autres femmes de la famille, ce qui confirme la transmission intergénérationnelle des croyances et valeurs concernant la grossesse chez les habitants de Tiholop. L'une des enquêtées par exemple nous a expliqué qu'elle ne pouvait plus se rendre à la *milpa* dans la forêt depuis qu'elle était enceinte car si les femmes enceintes y vont, elles courent le risque du « mauvais vent »<sup>23</sup> et les grands parents<sup>24</sup> disent que ce « mauvais vent » peut les rendre malades (Nelly). Ce mauvais vent passeraient également au-dessous des hamacs<sup>25</sup> à minuit, et pour s'en prévenir Nelly et Elisa nous disent placer un morceau de bois sacré, le *Tankas'che*, à la pointe de leur hamac. De plus, aux quatre coins de la maison traditionnelle sont positionnées des pierres provenant de la cuisson d'un plat traditionnel, le *pib*<sup>26</sup>, cela protégerait les femmes enceintes du mauvais vent et d'un oiseau qui pourrait également les rendre malade lorsqu'il passe au-dessus du toit (entretien avec Elisa et Nelly). D'autre part, dans le village il est dit que toutes les envies de nourriture des femmes enceintes, autrement dit les *antojos* en espagnol, doivent être satisfaites au risque de provoquer un avortement spontané. C'est ainsi que lors d'un entretien, Martha, enceinte et maman d'une petite fille de 4 ans nous a expliqué avoir eu deux hémorragies au cours de sa première grossesse en raison d'*antojos* qu'elle n'avait pas satisfait : « *la première fois quand j'ai emmené ma nièce à l'école j'ai eu envie de manger de la pastèque mais je ne l'ai pas mangé [...] je voulais acheter une pastèque entière mais ils ne vendaient que des cocktails et ils n'ont pas voulu me la vendre donc je ne l'ai pas achetée. Ensuite ma mère est sorti m'acheter un cocktail et je l'ai mangé comme ça mais après j'ai commencé à saigner* » (Martha).

---

<sup>23</sup> Traduction en français du terme espagnol « viento malo »

<sup>24</sup> Terme qui désigne les anciens du village en général

<sup>25</sup> A Tiholop les habitants ont pour habitude de dormir dans des hamacs notamment en raison des fortes chaleurs

<sup>26</sup> Plat cuisiné pour les morts et les dieux





Photos de femmes enceintes de Tiholop, prises par Marine Fernandez (le 7/06/18 et le 15/06/18)

En cas d'éclipse les enquêtées disent également qu'elles ont interdiction de se toucher car elles risqueraient de faire des marques au bébé, les tâches de naissances (Nora, Mercy, Nelly, Noelia). Il est également dit à Tiholop que les femmes enceintes ne peuvent consommer les tripes du gibier chassé dans la forêt car si elles en consomment leur grossesse s'allongera et atteindra la même durée que la gestation des animaux (Mercy). Enfin, les enquêtées ont aussi évoqué une norme communément respectée dans le village : ne pas aller rendre visite à un nouveau-né lorsqu'on est enceinte. En effet, si une femme enceinte rend visite à un nouveau née de moins d'un mois elle peut le rendre malade en le regardant et si cela a lieu, dans la rue, au centre de santé où à n'importe quel endroit il existe un remède à base de salive de la femme enceinte et de plante à appliquer sur le nombril du bébé (Elisa).

Ces croyances et recommandations transmises depuis des générations au village ont leur importance en santé maternelle et en prévention puisque nous remarquons qu'au village les habitants considèrent que les femmes enceintes sont exposées à de nombreux risques et ils font en sorte de les prévenir. En d'autres termes, la vision de la grossesse comme un risque pour la santé de la mère est présente à Tiholop. Pour compléter notre identification des représentations sociales de la grossesse au sein de la communauté, nous nous sommes également intéressées à la façon dont les femmes enceintes et les autres enquêtés s'expriment sur la grossesse.

#### **d. S'exprimer sur la grossesse**

Au cours des entretiens il est ressorti à plusieurs reprises que la grossesse est vu comme un privilège, une chance voire même comme un « *cadeau divin* » car selon les enquêtés hommes comme femmes, d'autres couples n'ont pas la capacité d'avoir des enfants (Rosa, *focus group*) (Rogelio, notable de Tiholop) (Elisa, femme enceinte).

La dimension religieuse est également avancée pour ce qui est du nombre d'enfants du couple puisque comme l'indique plusieurs hommes interrogés, certains choisissent le nombre d'enfants « *qu'ils peuvent avoir [...] ils ont les enfants, comme ils le disent, que Dieu décide* »

(Adolfo, *focus group*). Mais la grossesse est également vue comme une période heureuse de la vie, avec des sensations et des émotions nouvelles et ce également pour les conjoints (entretien avec Rogelio, père de famille). Elisa explique ainsi la joie qu'elle ressent lorsque son bébé bouge, et d'autres comme Nora disent même aimer être enceintes. D'autres femmes au contraire abordent les symptômes et les changements corporels pour parler de leur grossesse, comme l'explique Martha : « *(rires) tous les mois tu grossi plus, tu te fatigue plus et parfois ça me fait mal quand je suis assise je ne sais pas pourquoi ça me fait mal et c'est comme une gêne. Tu te sens différente, tu fais les mêmes choses mais tu te fatigue plus rapidement.* ». Enfin, les enquêtés appartenant au domaine médical ont une vision biomédicale de la grossesse, comme un « *processus naturel physiologique* » (Docteur Duran, hôpital d'Izamal) qui peut se compliquer à tout moment (Docteur Vargas, médecin de Tiholop). On remarque donc des visions différentes de la grossesse entre les habitants de Tiholop et les professionnels de santé qui les prennent en charge, et ceci a un impact en termes de prévention puisque si les risques liés à la grossesse sont exprimés avec un langage médical ils feront difficilement écho au système de représentation traditionnel de la grossesse présent dans la communauté. Cependant, au sein de la communauté la prise en charge est assurée par des professionnels de la santé mais pas seulement. Nous aborderons donc la prise en charge au sein de la communauté et l'organisation de celle-ci.

## **2. Prise en charge de la grossesse : organisation et ajustements selon le contexte géographique, économique et politique**

### **2.1. Prise en charge au sein de la communauté : acteurs et dimension culturelle**

Au vu de ce qui a été dit auparavant, il y a des valeurs et croyances héritées des « anciens » très ancrées dans la communauté d'étude, et ceci se traduit dans les activités quotidiennes à Tiholop mais aussi dans les pratiques en rapport à la grossesse et c'est ce qui explique en partie le maintien des sages-femmes traditionnelles.

#### **a. La sage-femme traditionnelle : acteur clef de la prise en charge au sein de la communauté**

La totalité des femmes enceintes de Tiholop qui ont participé à l'étude rendent visite<sup>27</sup> à une sage-femme traditionnelle. La majorité d'entre elles s'y rendent tous les deux semaines sauf indication contraire de la part de la sagefemme et lorsqu'elles y vont, ces dernières les massent et manipulent le bébé<sup>28</sup>, elles peuvent même le déplacer si elles jugent qu'il n'est pas convenablement accommodé. Les sages-femmes conseillent également les femmes enceintes sur

---

<sup>27</sup> Terme employé pour signifie qu'elles consultent avec une sage-femme

<sup>28</sup> Le terme en espagnol pour cette technique traditionnelle est la « *sobada* », la sage-femme évalue la position du bébé au toucher et elle le déplace si nécessaire en massant le ventre de la femme enceinte. Cette technique traditionnelle a d'ailleurs fait l'objet d'une étude dans le yucatán

leur grossesse, elles peuvent leur faire des recommandations telles que celles que nous avons présentées précédemment. Dans la communauté nous avons pu recenser 4 sages-femmes traditionnelles : Doña Alma, Doña Mechita, Doña Marianela et Doña Carla) (figure n° 4 p 32). Les sages-femmes communautaires peuvent également proposer des remèdes naturels aux femmes enceintes qu'elles élaborent elles-mêmes et par exemple l'une d'entre elles propose de solutionner l'infertilité à base de coquille d'œuf écrasée (entretien préliminaire avec Marianela, sage-femme traditionnelle). En général ce sont les femmes enceintes qui se déplacent au domicile de la sage-femme (Nora, *focus group*) (Mercy), cependant lorsque la femme enceinte présente une complication ou que son état ne lui permet pas de se déplacer c'est la sage-femme qui lui rend visite (Elisa, grossesse compliquée). D'après les propos des femmes, elles semblent leur faire confiance et cette prise en charge se fait parallèlement à celle du centre de santé qui, comme nous le rappelons est obligatoire pour bénéficier de l'aide économique du programme IMSS-Prospera. Cependant, une différenciation est faite entre les « nouvelles sages-femmes » et les « anciennes sages femmes », c'est-à-dire celles ayant plus d'expérience et elles sont priorisées par les enquêtées car bien souvent ce sont elles qui ont pris en charge les femmes de leur famille (mère, belles-sœurs) (*focus group* avec les femmes enceintes). Enfin, bien que les sages-femmes voient les femmes enceintes en parallèle de leurs consultations au centre de santé, elles sont en lien étroit avec le programme IMSS-Prospera. En effet, le programme s'est lié à ces dernières dans le but de les former et de les placer en tant qu'informatrices dans le village, puisqu'elles les maintiennent informés des femmes enceintes qui leur rendent visite et elles renseignent le centre de santé sur les nouvelles grossesses repérées (Docteur Duran, fonctionnaire du programme IMSS-Prospera). En contrepartie de ces missions, elles reçoivent du matériel médical et une « aide économique<sup>29</sup> » symbolique (Docteur Duran).

#### **b. Le centre de santé : une étape obligatoire**

Le centre de santé de Tiholop appartient au programme IMSS-Prospera et donc la fréquentation de celui-ci est une obligation pour les bénéficiaires du programme et bien qu'une seule femme évoque explicitement cette obligation, l'ensemble des enquêtées mentionnent leurs consultations au centre de santé (Ariana). Mais au-delà du conditionnement pour bénéficier du programme, les habitants sont contraints de s'y rendre au vu de leur condition économique puisque la prise en charge dans le centre de santé est gratuite tout comme les médicaments. Une autre option serait de consulter avec un médecin privé mais cela implique des dépenses importantes de transport jusqu'aux villes où ils sont présents en plus du coût de la consultation<sup>30</sup> (*focus group* avec les femmes enceintes, *focus group* avec les hommes).

---

<sup>29</sup> Traduction du terme espagnol « soutien »

<sup>30</sup> A Peto, une consultation chez un médecin privé coûte 150 pesos, soit environ 7,5 euros.

### **c. La médecine traditionnelle et l'accouchement à domicile**

Ce facteur économique est également une motivation pour avoir recours à la médecine traditionnelle. Par exemple, Elisa explique avoir traité ses enfants par les plantes depuis leur naissance à cause du manque de médicaments au centre de santé. Elle dit aussi ne pas avoir suffisamment d'argent pour se rendre dans une autre ville et consulter avec un médecin privé, puis acheter des médicaments en pharmacie (Elisa). D'autre part, en ce qui concerne l'accouchement, traditionnellement au village il avait lieu au domicile des femmes et plusieurs enquêtées ont ainsi donné naissance à leur premier enfant chez elle en présence d'une sage-femme traditionnelle (Elisa, Nora). Or ce n'est désormais plus possible au village, sauf en cas d'urgence et la plupart des accouchements sont médicalement encadrés et ils ont lieu en dehors de la communauté.

## **2.2. Prise en charge en dehors de la communauté : des enjeux de transport et de mobilité**

### **a. Organisation administrative de la prise en charge**

Le centre de santé de la communauté appartient au programme, et celui-ci réfère les individus bénéficiaires vers les infrastructures du programme et celles de l'institution IMSS. Le Yucatán est divisé en 3 zones, et Tiholop fait partie de la zone ayant pour hôpital de référence Izamal (annexe 2). Cependant, d'autres hôpitaux sont présents aux alentours de Tiholop tel que celui de Peto mais ils appartiennent à l'institution Assurance Populaire et SSA. Les habitants de Tiholop ne sont pas censés y aller mais s'ils disposent de l'Assurance Populaire ils peuvent s'y rendre, la prise en charge leur sera alors facturée en fonction de leurs revenus<sup>31</sup>. Le centre de santé de Tiholop ne disposant de matériel pour réaliser des échographies ou des analyses de laboratoire, les femmes enceintes sont donc référées à l'hôpital d'Izamal pour les réaliser.

### **b. Réalisation de consultations gynécologiques et d'exams : considérations économiques, géographiques et d'infrastructures**

Pour la population de Tiholop, l'hôpital de référence pour réaliser des exams ou consulter un spécialiste est Izamal, or ni le centre de santé ni la mairie de Tiholop ne disposent d'ambulance ou de transport pour véhiculer les femmes jusqu'à l'hôpital. D'ailleurs, il existe des difficultés au niveau des déplacements entre la communauté et l'hôpital en raison de la zone géographique. L'un des enquêtés a expliqué qu'elle est située en pleine forêt et de nombreux animaux peuvent apparaître sur la route : des félins tel que le puma ou le jaguar, des reptiles

---

<sup>31</sup> En effet, dans les structures de l'Assurance Populaire et du Secrétariat de Santé des travailleurs sociaux réalisent un bilan socio-économique aux patients et les frais des soins seront ajustés en fonction du résultat de ce bilan.

comme le boa ou encore de nombreux gibiers (Docteur Duran). Les femmes enceintes de Tiholop se rendent majoritairement à Peto, Mérida ou Izamal pour leurs examens ou leurs consultations avec un spécialiste, bien que dans le cas de Peto ou Mérida il s'agisse d'autres institutions que le programme duquel elles bénéficient. On remarque d'après le tableau que c'est Peto qui est plus proche, cependant le coût du transport est plus élevé.

	PETO	IZAMAL		MERIDA	
Distance (km)	48	99		143	
Mode de transport	Taxi	Taxi	2 bus	Taxi	Bus
Temps de transport	1h	3h	5h	2h30/ 3h	4h
Coût aller- retour en peso (équivalent euros)	350 (17,5)	1600 (80)	120 (6)	2000 (100)	200 (10)

**Figure n°5 : Tableau comparatif des trajets entre Peto, Izamal et Mérida en termes de distance, mode de transport et coût économique**

Source : élaboration personnelle

Le mode de transport le plus utilisé de Tiholop à une autre communauté ou à une ville est le *flete*<sup>32</sup> (un taxi) et notamment pour les rendez-vous médicaux puisqu'il n'y a pas d'ambulance. Les frais sont donc à la charge des individus mais des stratégies sont mise en œuvre afin de les réduire et par exemple le taxi peut être partagé entre plusieurs femmes enceintes qui se rendent à leur rendez-vous le même jour. Les enquêtées nous ont expliqué que c'est le chauffeur de taxi qui prend les rendez-vous directement à l'hôpital pour plusieurs femmes enceintes à la même date, et cela leur évite donc de se déplacer pour demander un rendez-vous. Ces chauffeurs de taxi particuliers sont présents au village et nous avons pu en recenser 4 (figure n°4, p32). Le recours à la mairie pour solliciter un transport n'est pas mentionné dans les entretiens avec les femmes enceintes et les couples, alors qu'un notable du village nous a évoqué la possibilité de solliciter une wagonnette au président de Yaxcabá (municipalité de référence pour Tiholop) pour transporter des femmes enceintes à leurs rendez-vous médicaux. Mais d'après lui, ce recours n'aurait presque pas été sollicité cette année, et il l'explique par « *un indice de femmes enceintes qui diminue* » (Rogelio, notable de Tiholop). Ce dernier considère également qu'il est de la responsabilité des individus de trouver les ressources pour pouvoir se déplacer. En plus des coûts économiques, l'assiduité aux contrôles prénataux dépend des conditions d'accès aux infrastructures de prise en charge et donc de la qualité des routes. En effet la route pour aller à l'hôpital de référence de la communauté (Izamal) ou à Mérida (toute deux en direction de Tahdzibichen) est en très mauvais état (figure n°4, p32). Les habitants qualifient pour la plupart ce chemin de « *très moche* » (Elisa)

<sup>32</sup> *Flete* est le terme employé pour taxi dans la communauté

ou de « *très très... très mauvais* » (Enrique, *focus group*) avec de nombreux creux dans la route, ce qui rend le trajet difficile. Enrique évoque aussi la possibilité d'emprunter un autre itinéraire pour contourner la route accidentée, cependant cette déviation augmente le temps de transport et le coût de celui-ci. En revanche, la route en direction de Peto est en meilleur état bien que le jour que nous l'avons empruntée, nous avons remarqué une végétation dense empiétant sur la voie de circulation et une voiture avait d'ailleurs fait une sortie de route (journal de bord du 19/06/18). Au vue du tableau ci-dessus, nous constatons que les trajets en bus vers Mérida et vers Izamal sont les moins chers, cependant ils tardent beaucoup plus et ils empruntent la route accidentée mais le trajet en taxi est difficilement abordable pour la majorité des enquêtés. Le transport vers Peto est plus court et les stratégies mises en œuvre par les habitants leur permettent de réduire les coûts du trajet, c'est donc en partie pour cela que la majorité des enquêtés choisissent de s'y rendre, bien que la prise en charge ne soit pas gratuite.

**c. Prise en charge de l'accouchement : des ajustements au niveau des stratégies mises en œuvre par le programme IMSS-Prospera**

En ce qui concerne les accouchements, d'autres considérations entrent en jeu. En effet, pour donner naissance à leurs enfants, les femmes ont deux options principales : Peto ou Izamal. En plus des considérations économiques et géographiques du transport, la qualité des services proposés et des infrastructures est étudiée. En effet, l'hôpital d'Izamal bien que plus éloigné que Peto, dispose d'une auberge où peuvent être logés jusqu'à trois membres de la famille et ils sont également nourris. Les femmes enceintes y sont orientées une ou deux semaines avant le terme de leur grossesse et chaque matin les médecins de l'hôpital viennent examiner les femmes enceintes dans l'auberge. De plus au moment de l'accouchement le conjoint et la sagefemme traditionnelle peuvent entrer en salle d'accouchement contrairement aux autres hôpitaux (Cristian et Elisa). Quant à Peto, aucun logement n'est mis à disposition et les repas ne sont pas non plus fournis. De plus, la prise en charge est jugée trop rapide, les vaccins et les contrôles ne sont pas tous fait à la naissance et après trois jours les parents doivent amener à nouveau leur bébé mais cela représente un coût supplémentaire (Mercy). Comme nous l'avons déjà évoqué, à Peto la prise en charge est payante et les futurs parents doivent même apporter le nécessaire pour le nouveau née, à savoir du lait, des couches... etc (Ariana). Cependant, la courte durée de prise en charge est vue comme un avantage pour certaines, et notamment pour celles ayant d'autres enfants, alors que pour d'autres c'est un frein. Par exemple, pour sa première grossesse Martha était allée à Izamal pour accoucher et elle y était restée deux semaines mais cette fois-ci elle dit ne pas pouvoir s'absenter autant de temps pour sa fille, qu'elle ne peut emmener avec elle (Martha). Nous avons également constaté une autre différence entre l'hôpital de référence de la communauté et celui de Peto. En cas de complication de l'accouchement, comme l'hôpital

d'Izamal appartient au programme IMSS- Prospera, il bénéficie de la convention 126 c'est-à-dire qu'en cas de complication grave la femme est transportée d'urgence vers un hôpital de niveau 3<sup>33</sup> à Mérida sans frais et sa prise en charge sera également financée par le programme (Docteur Vargas, médecin stagiaire à Tiholop). A Peto, en cas de complication grave, la patiente est envoyée à l'hôpital Général Agustin O Horán de Mérida, mais le transport n'est pas assuré par l'hôpital (la patiente doit y aller en taxi) et les soins sont également à sa charge. Malgré les éléments que nous avons exposés précédemment, c'est tout de même à Peto que vont la majorité des femmes que nous avons interrogées.

#### **d. Transport et gestion des situations d'urgences : déploiement du « réseau social communautaire »?**

Dans la communauté il existe un réseau d'acteurs qui se sont engagés volontairement à agir en cas d'urgence mettant en jeu une femme enceinte : le « réseau social communautaire » (Docteur Duran, fonctionnaire du programme IMSS-Prospera). Lorsqu'une femme va accoucher ou lorsqu'elle présente une complication, ces derniers s'organisent pour la transporter à l'hôpital. En cas d'urgence, le maire de la communauté est mis au courant et dans un premier temps il doit prévenir le président de la municipalité de Yaxcabá pour solliciter son aide. Une fois l'aide accordée, ce dernier doit aller avertir le chauffeur de taxi inscrit au réseau social communautaire qui conduit la femme enceinte jusqu'à l'hôpital. Comme ce taxi fait partie du réseau social, il est conventionné par la mairie et à chaque fin de mois les trajets réalisés pour le transport médical d'urgence lui sont remboursés (Rogelio, notable de Tiholop). Or le principal intérêt de l'aide est d'éviter les accouchements dans la communauté et d'éviter ainsi d'attirer l'attention des autorités en cas de mort maternelle (un noblable de Tiholop et une sage-femme traditionnelle). Par ailleurs, l'aide proposée par la mairie n'est pas systématiquement sollicitée par les habitants. En effet, le recours à cette aide est chronophage et elle n'est pas toujours accordée, il est alors plus rapide de prendre un taxi comme l'explique Angela, mère de deux enfants : « *le maire ne dit pas non, il dit qu'il nous le donne [le transport] mais comme il doit aller chercher comment faire parce qu'il n'y a pas d'ambulance, le conjoint et la famille s'inquiètent et ils prennent un taxi privé* ». D'autres comme Ismael, le frère de l'une des femmes enceintes est plus critique lorsqu'il affirme en parlant de son beau-frère: « *il est passé à la mairie et il a demandé leur soutien, ils n'ont pas dit non mais c'est comme s'ils nous punissent, c'est leur travail à eux. [...] en premier ils te disent, qu'est-ce que tu attends de nous à cette heure, et de nuit [...] et de là comme il n'y a pas d'ambulance il y a une personne qui a sa voiture qui s'en charge, mais il faut que le maire aille d'abord téléphoner pour qu'ils autorisent le trajet, je crois que c'est le syndicat ou le président municipal.* » (Ismael, focus group). Au cours des entretiens, le cas d'un conditionnement de l'aide nous a été rapporté et

---

<sup>33</sup> Rappel : le niveau 3 au Mexique fait référence aux soins de haute spécialité

l'aide aurait été accordée mais en échange de quoi la femme enceinte devait voter pour le parti au pouvoir dans la communauté. En effet, Elisa qui devait se rendre à Izamal pour une complication de sa grossesse a été transportée d'urgence par un chauffeur conventionné par la mairie mais durant le trajet ce dernier lui aurait dit qu'en échange de l'aide reçue elle devait voter pour eux (pour le parti au pouvoir) (Elisa).

#### **e. Communication dans la prise en charge**

Enfin, en termes de communication on remarque qu'au niveau de la communauté, il faut se déplacer pour parler directement avec la personne que l'on veut contacter (sagefemme, médecin, maire) car il n'y a ni couverture téléphonique, ni internet (*focus group* avec les hommes). En revanche, s'il s'agit de parler avec ses proches à Izamal ou à Yaxcabá pour demander l'autorisation de transport d'urgence il est nécessaire de se rendre là où des téléphones fixes sont disponibles, à savoir des petits magasins d'alimentation ou quelques foyers de particuliers (figure n°4, p32). Le prix de la communication est de 5 pesos la minute (soit 25 centimes d'euros), ce qui est considéré comme très cher par les enquêtés (Rosa, *focus group* avec les femmes).

D'après les éléments que nous avons étudiés concernant la prise en charge de la grossesse au sein de la communauté comme à l'extérieur, on peut affirmer que le transport et la communication représentent des freins au suivi médical des femmes enceintes. D'autres barrières peuvent néanmoins exister, et c'est notamment sur ces dernières qu'il est possible d'agir.

### **3. Des enjeux d'empowerment pour agir sur la santé maternelle à Tiholop**

La prévention de la mortalité maternelle et des complications au sein de la communauté relèvent d'éléments structurels comme nous venons de le voir, mais d'autres facteurs tels que la capacité des individus à agir sur leur propre santé entrent en jeu. Nous allons donc présenter divers éléments contribuant directement ou indirectement à cette capacité de la part des femmes enceintes à améliorer leur santé et leur bien-être.

#### **3.1. Empowerment**

##### **a. Les relations entre institutions et individus, entre professionnels de santé et patients**

Tout d'abord nous avons relevé des attitudes autoritaires et paternalistes de la part des professionnels de santé sur les femmes enceintes qui semblent néanmoins se plier à celles-ci, voire à les accepter. C'est ce que l'on comprend lorsqu'Elisa explique : *« la gynécologue m'a dit quand je suis sortie il y a 8 jours qu'on ne me masse plus le ventre [la sage-femme traditionnelle] mais je ne sais pas pourquoi, et je ne lui ai pas demandé non plus mais elle n'a pas dit, juste qu'on ne peut plus me masser » « t'as entendu » (en élevant la voix), elle m'a dit »*. Dans le cas d'une enquêtée en particulier, cette autorité de la part des médecins va jusqu'à l'absence de recherche



du consentement. En effet, il y a deux ans environ Nora a été soumise à la réalisation d'un avortement en raison d'une maladie auto-immune dont elle souffre, et avec laquelle la grossesse pouvait se compliquer. Or elle n'en avait pas été avertie, cet avortement lui a été réalisé sans son consentement ni celui de ses proches (Nora). Par ailleurs, bien que le maya soit une langue majoritairement parlée dans les communautés rurales yucatèques, très peu de professionnels de santé présents le parlent et c'est en espagnol que sont prises en charge les femmes enceintes. Pourtant, le maya est la langue maternelle de la majorité des habitants de Tiholop, et des femmes enceintes ayant participé à l'étude (entretien avec Elena Valdès, membre de la CODHEY). Ceci porte donc préjudice aux femmes enceintes dans les relations avec les professionnels de santé et leur capacité à agir est alors limitée, d'autant plus que comme nous l'avons signalé deux des participantes parlaient exclusivement maya. Par ailleurs, nous avons découvert l'existence d'attitudes méprisantes de la part de certains médecins sur la population issue des communautés mayas, en lien avec leurs croyances et traditions (Docteur Duran). D'après certains, c'est d'ailleurs en raison de ces caractéristiques culturelles que les femmes enceintes ne se présenteraient pas à leurs contrôles prénataux (Docteure Vargas, médecin de Tiholop). Ces relations relèvent peut-être d'une méconnaissance entre les médecins et les habitants, qui proviennent de culture et de milieux sociaux différents. De plus, les changements de médecins au village sont fréquents, puisque les contrats vont de 4 mois à 1 an (le temps d'un stage) et ils ne permettent pas le développement de relations de confiance entre les habitants et le médecin (Docteure Vargas, médecin stagiaire à Tiholop). Les relations entre institutions et habitants sont également à souligner puisque le découpage administratif a été imposé aux individus par les institutions alors qu'il ne prend pas en compte les conditions et les ressources de la population. Par exemple, comme nous l'avons dit les femmes enceintes de Tiholop doivent se rendre à Izamal pour leurs examens et rendez-vous gynécologiques, or l'hôpital est très éloigné du village et il n'y a pas de transport médical gratuit disponible, donc par soucis d'économie elles se rendent à Peto. Ce découpage comporte des intérêts pour les institutions au niveau de la mortalité maternelle, car bien qu'il y ait une mort maternelle dans leur zone, elles sont recensées par institutions (Docteur Duran, hôpital d'Izamal). Enfin, les institutions exercent un pouvoir sur les individus qui est « naturalisé » et intégré par la population en raison de la gratuité des services publics ou de leur faible coût (Elena Valdès, CODHEY) et ce d'autant plus chez les populations vulnérables.

#### **b. Conseil et hiérarchie entre primigestes et multigestes**

Durant le *focus group*, nous avons perçu une certaine bienveillance des femmes ayant déjà eu un enfant envers les femmes dont il s'agissait de la première grossesse. Les mères avaient tendance à corriger et guider les autres participantes, et à les conseiller. Les primigestes quant à elles avaient tendance à laisser la parole aux multigestes, en légitimant leurs propos en raison de

leur expérience en tant que mères. Ces éléments seront à prendre en compte pour intervenir sur cette population (et avec cette population) car il est possible de prendre appui sur ces relations de bienveillance entre femmes dont c'est la première grossesse et les femmes ayant déjà expérimenté une ou plusieurs grossesses afin de développer une intervention.

### **c. Influence de l'entourage sur les choix relatifs à la grossesse (et la planification familiale)**

A Tiholop, nous avons remarqué grâce aux enquêtés que les prises de décisions relatives à la grossesse ne relèvent pas seulement de la femme enceinte mais qu'elles sont le fruit d'un processus auquel prennent part : le conjoint, la belle-mère, la mère et les belles-sœurs. Parfois la décision relative à l'accouchement est prise par le couple mais dans d'autres cas c'est le conjoint ou la belle-mère qui en décident comme le laisse entendre Sandy, enceinte de 7 mois « *bah il m'a dit [son mari] que j'aurai mon bébé à Peto* ». Ce constat est également valable au niveau de la décision d'utiliser un moyen de contraception, notamment à la suite de la grossesse (Docteur Vargas, médecin stagiaire à Tiholop). Enfin, durant l'étude nous avons adopté plusieurs modalités d'entretiens et lorsque la même femme était interrogée en compagnie de son conjoint, la dynamique d'entretien basculait vers le conjoint. Par exemple, Elisa pourtant très bavarde lors d'un premier entretien seules à seule s'est effacée lors de l'entretien avec son conjoint, elle parlait très peu et n'intervenait que pour confirmer les informations apportées par son conjoint. Lors des entretiens nous avons également souhaité interroger les enquêtés sur leurs besoins, sur ce qu'ils jugeaient nécessaire pour améliorer la santé des femmes enceintes et de la population dans leur communauté.

## **3.2. Besoins exprimés dans la communauté**

### **a. Infrastructures de santé et personnel médical**

Les besoins exprimés par les enquêtés ont été en lien direct avec les problèmes soulevés par ces derniers lors des entretiens. L'une des demandes reprise par de nombreux enquêtés a été l'ouverture du centre de santé sur des horaires plus amples et avec une permanence pour les urgences les weekends (Ariana, *focus group*). Actuellement seul une infirmière est présente les weekends ends, et sur une plage horaire définie (8h-16h), mais cela est jugé insuffisant (entretien avec Cristian et Elisa). Certains ont également mentionnés la construction d'un hôpital à Tiholop ou du moins d'un hôpital plus proche, pour ne pas avoir à se déplacer et donc ne pas avoir à payer le trajet en taxi (Adolfo, *focus group*). On comprend donc ici que le déplacement vers l'hôpital que ce soit à Izamal ou à Peto représente une réelle contrainte pour les enquêtés. Des besoins de professionnels de santé ont également été exposés puisque les enquêtés ont sollicités à plusieurs reprises que des médecins diplômés, voire des spécialistes (gynécologues) soient engagés dans la

clinique (Adolfo, *focus group*). Ceci fait écho aux propos de l'une des institutionnelles que nous avons interrogée car la plupart du temps ce sont des étudiants stagiaires en dernière année de médecine (7ème année) qui sont à la tête de la clinique sans aucune supervision directe (Elena Valdès, CODHEY). Or le manque de médecins généralistes à Tiholop s'explique en partie par le recrutement difficile de ces professionnels au Mexique. En effet, la pratique de la médecine générale est vue négativement, très peu de médecins souhaitent l'exercer au Mexique et elle ne requière pas de spécialité (contrairement à la France). Cette tendance est fomentée dès les études de médecine au cours desquelles les médecins sont poussés à se spécialiser et « *à ne jamais rester en tant que médecin général, c'est comme un échec, non [...] tout est tourné vers le soin, vers LA spécialité, vers LA sous spécialité* » (Docteur Duran). De plus, les médecins généralistes sont souvent réfractaires à l'idée de travailler en milieu rural, dans des communautés comme Tiholop et ce notamment en raison des conditions de travail difficiles (infrastructures, faune, communication...). Tiholop étant plus éloignée que d'autres communautés et davantage en contact avec la forêt, une enquêtée nous a expliqué qu'à plusieurs reprises des médecins sont venu au centre de santé pour s'y installer or en raison des insectes et des conditions du village ils ont démissionné au bout de quelques jours (Elisa).

#### **b. Transport d'urgence**

Enfin, les enquêtés ont également exprimé le besoin d'une ambulance au sein de la communauté, d'autant plus que les villages alentours pourraient aussi en bénéficier (Ismael, *focus group*). Ismael nous explique que l'absence d'une ambulance est « *une complication de plus, on a déjà la femme enceinte et après on n'a pas de véhicule c'est un autre coup qu'on reçoit* » (*focus group*). En plus de l'ambulance sollicitée par les enquêtés, certains mentionnent l'urgence à rénover la route accidentée sans quoi l'accès aux hôpitaux de Mérida et d'Izamal restent difficile, même avec une ambulance à disposition (Martha). Nous avons d'ailleurs remarqué l'existence d'un débat entre les participants concernant une possible rénovation de cette route à partir de Juin, à la suite d'une annonce qui aurait été faite par le président municipal de Yaxcabá (*focus group* avec les femmes).

## **IV. Réflexions et perspectives d'actions**

### **1. Réflexions portant sur les résultats et le déroulement du travail de terrain**

#### **1.1. Inégalités de santé : une santé maternelle à deux vitesses**

Comme nous l'avons pourtant énoncé dans l'introduction, le droit à la santé de tous les mexicains est mentionné dans la Constitution (Constitution Politique des Etats Unis du Mexique, 1917) or peu d'efforts sont réalisés pour que ce droit devienne effectif pour l'ensemble des mexicains. Avec l'organisation administrative et le découpage du territoire effectué arbitrairement par les institutions, les individus se voient dans l'obligation de consulter dans les localités que choisissent les institutions. Or, à aucun moment ces dernières ne prennent en compte la capacité des individus à se rendre dans les infrastructures qui leur sont assignées, de même que la cohérence de ce découpage n'est jamais remise en question. Dans le cas des habitants de Tiholop, si l'on observe la carte du Yucatán (annexe 2) il relève du bon sens qu'en cas d'urgence les individus se rendent dans l'hôpital le plus proche, à Peto, néanmoins lorsqu'ils le font ces derniers sont réprimés par le personnel car le centre de santé de Tiholop n'appartient pas à Peto mais à Izamal (Elisa). Cette attitude s'explique en partie par les financements très restreints de chacune des institutions mais également parce qu'en cas de mort maternelle c'est l'institution qui a pris en charge la patiente qui devra recenser le décès, et cela pourrait nuire à son image. Ainsi, l'organisation administrative impose aux individus des infrastructures de santé sans tenir compte de leur accès à ces derniers et dans le cas de Tiholop, où la majorité des femmes enceintes bénéficient du programme IMSS-Prospera, cela pose problème. En effet, comme nous l'avons exposé, pour recevoir l'aide économique bimensuelle les femmes doivent se rendre à leurs contrôles prénataux à la clinique du village et à leurs examens médicaux à l'hôpital or aucun transport gratuit vers ces infrastructures n'est mis à disposition des femmes enceintes, ou du moins ce n'est pas systématique. Ceci tend donc à les frustrer voire à les culpabiliser car bien qu'elles bénéficient de la gratuité des services, elles doivent avoir la capacité de se rendre à leurs rendez-vous médicaux, d'autant plus que leur aide économique en dépend. C'est alors qu'apparaissent des inégalités entre les femmes enceintes de Tiholop : les femmes dont la famille dispose de ressources pour payer un taxi, et c'est notamment celles dont les conjoints travaillent dans la construction ; celles dont la famille n'a pas les ressources suffisantes pour voyager en taxi et c'est souvent le cas des femmes dont les conjoints sont agriculteurs. Ces différences de revenu entre les familles ont des conséquences quant à l'accès à la prise en charge de la grossesse et les familles les plus fragiles sont contraintes d'avoir recours à des emprunts auprès de leurs proches ou de leurs voisins (Elisa) ou elles peuvent également se résoudre à solliciter l'aide des pouvoirs publics. D'autre part, selon les principes du programme IMSS-Prospera, la gratuité des services est assurée mais qu'en est-il de la qualité de ces derniers ? De nombreux

enquêtés ont mentionné des problèmes relatifs au fonctionnement du centre de santé de la communauté : manque de médecins, manque de matériel (notamment relatif à la prise en charge des femmes enceintes) obligeant les individus à se déplacer pour consulter, et certains préfèrent aller consulter chez des médecins privés puisque la prise en charge y est beaucoup plus rapide. Ces constats sont donc en accord avec les propos de Ceballos et Lautier (2013) qui évoquent l'absence d'un impact positif sur la qualité des services de santé proposés par les programmes comme celui que nous avons présenté, malgré une hausse de la prévalence des consultations médicales (p229).

Nous avons également été amenées à réfléchir aux objectifs et à la finalité de la mise en place du « réseau social communautaire » : celui-ci relève-t-il d'une réelle préoccupation de la part de l'institution à pérenniser la participation de la communauté en développant ou en renforçant des compétences ou plutôt d'un moyen pour l'institution de se déresponsabiliser de la mortalité maternelle sur un territoire ? D'après notre travail de terrain, il se pourrait que cette deuxième proposition prévale à Tiholop. En effet, l'objectif principal en établissant ce réseau est d'éviter la mortalité comme l'indique le Docteur Duran mais sans en donner les moyens aux acteurs communautaires (fonctionnaire du programme IMSS-Prospera) : « *La seule chose que l'on fait c'est de les convoquer, et leur dire voilà les risques. Pas une seule mort maternelle ici* ». Or si une femme enceinte vient à décéder, ce sont les membres du réseau qui sont tenu pour responsables comme nous l'ont indiqué certains acteurs interrogés (Rogelio, notable de Tiholop). Ces propos font d'ailleurs écho au fait que la mortalité maternelle est une priorité pour les autorités puisque c'est un indicateur de pauvreté et l'occurrence d'une mort maternelle traduit la déficience du système de santé à tous les niveaux (Docteur Duran). La mortalité maternelle est donc très redoutée par les institutions et les pouvoirs publics, puisque c'est également leur réputation qui en est en jeu. Au niveau de la communauté, le *réseau social communautaire* est censé reprendre une organisation préexistante en cas d'urgence médicale au sein de la communauté, pour la pérenniser et la formaliser<sup>34</sup>. Pourtant les habitants n'y font pas systématiquement appel et ils ont développé leurs propres stratégies en cas d'urgence, ce qui remet en question l'origine et le fonctionnement de celui-ci. Cela laisse donc penser que les motivations pour formaliser ce réseau pourraient relever d'une volonté de se déresponsabiliser de la mortalité maternelle dans les communautés rurales car les institutions manquent de moyen pour agir au niveau de ces territoires. En effet, à Tiholop où il n'y a ni transport médical d'urgence ni personnel médical, l'institution délègue la gestion et le transfert de la complication obstétrique à la communauté en désignant un chauffeur particulier au sein du réseau social communautaire autrement dit en désignant de potentiels responsables en cas de décès. La participation de la communauté est importante et elle doit pouvoir agir pour sa santé mais cela sous-entend le développement ou le

---

<sup>34</sup> Un acte est d'ailleurs signé en présence de l'ensemble des individus membres du réseau  
Marine FERNANDEZ - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2017-2018

maintien de compétences, l'attribution de ressources notamment pour faire face aux urgences. Il est donc nécessaire de préparer les habitants de Tiholop à prendre en charge ces transferts d'urgence ou toute autre situation d'urgence en lien avec la santé, que ce soit via l'attribution de ressources (lieu, matériel) ou encore via la formation d'acteurs volontaires au sein de la communauté. Enfin, contrairement à la Constitution Mexicaine, tous les mexicains ne sont pas égaux face à la santé : ceux vivant dans des communautés dotées de transport en commun publics ou de transfert médicaux gratuits jusqu'aux hôpitaux ont un avantage par rapport aux habitants de communautés reculées comme Tiholop.

## **1.2. Instrumentalisation de la santé et des besoins pour des intérêts politiques**

Le travail de terrain que nous avons réalisé s'est déroulé un mois avant les élections municipales, régionales et nationales au Mexique et nous sommes donc arrivées en pleine campagnes électorales. Nous pourrions penser qu'au vue de l'éloignement de la communauté et de la marginalité de celle-ci, les campagnes des divers candidats s'y intéresseraient peu. Or nous avons tort car la communauté d'étude a été très marquée par cette période de campagne électorale. Tout d'abord nous avons été surprises de constater l'importante politisation des habitants au sein du village, et cela était visible puisque de nombreuses maisons étaient peintes aux couleurs de l'un ou l'autre des partis dominants : le PRI (parti révolutionnaire institutionnel) et le PAN (parti action national) (annexe 17). Cette période nous a permis de comprendre l'instrumentalisation dont font l'objet certains sujets de santé, ou relatifs à la santé. En effet, comme nous l'avons présenté dans les résultats, l'un des problèmes majeurs pour la prise en charge de la grossesse et des urgences relatives à celle-ci à Tiholop est le transport jusqu'à l'hôpital. La portion de route menant à Izamal et Mérida est d'ailleurs un sujet très sensible et très politisé. En discutant avec plusieurs villageois et en faisant quelques recherches nous avons découvert que cette route n'avait pas été entretenue depuis 2015, et c'est en partie la raison pour laquelle son état est dégradé. A plusieurs reprises, sans même que nous abordions le sujet plusieurs villageois ont exprimé leur colère de ne pas pouvoir « aller de l'autre côté », que ce soit pour une consultation médicale ou pour aller travailler, et à moins de pouvoir payer un taxi, il faut attendre le seul bus partant de Tiholop (deux horaires par jour très tôt le matin). La rénovation de cette route et d'ailleurs l'une des principales requêtes pour le prochain Président de la municipalité de Yaxcabá, puisque d'après certains habitants cela n'a pas été pris en compte par l'actuel Président. En effet, la rénovation de la route dépend directement de la municipalité de Yaxcabá puisque Tiholop en est une commune. Mais nous avons découvert que la même famille est à la présidence de Yaxcabá depuis 15 ans : l'actuel président qui cumule trois mandats<sup>35</sup>, sa femme qui en cumule un et la cousine de celui-ci qui a également été à la présidence de la

---

<sup>35</sup> Au niveau des municipalités, les mandats durent 3 ans, contre 6 pour le niveau régional et national  
*Marine FERNANDEZ - Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique – 2017-2018*

municipalité<sup>36</sup>. Par ailleurs nous avons pris connaissance d'accusations de déviations de fonds publics destinés au développement social par cette même famille via le site mayaleaks<sup>37</sup> et deux semaines avant les élections le Président municipal a annoncé l'ouverture des travaux de rénovation de la route et il a d'ailleurs fait venir le gouverneur de l'Etat du Yucatán (appartenant au même parti politique) pour célébrer la nouvelle. Cette annonce a créé un émoi général à Tiholop mais elle a également suscité un débat puisque certains habitants ont dénoncé la manipulation du parti au pouvoir en vue des élections puisque comme nous l'avons évoqué, la rénovation de la route est un élément décisif dans ces élections municipales. Durant notre séjour nous avons également été invitées par un notable à une « réunion concernant les besoins des femmes » à Yaxcabá, pour laquelle trois bus avec climatisation avaient d'ailleurs été affrétés alors même que nous le rappelons, le village est dans une situation difficile en termes de transports. Nous avons appris plus tard que cette réunion n'était autre qu'un meeting politique du parti en place mais cela ne nous avait pas été spécifié. Nous avons donc fait le choix de décliner toute invitation à des événements politiques afin de garder une neutralité dans notre position de chercheuses sur le terrain.

### **1.3. Posture dans la recherche**

Nous avons été confrontées à plusieurs difficultés lors de l'étude, et l'une d'entre elle a été l'adoption de notre posture en tant que chercheuses lors du travail de terrain. Lors de nos premières visites au village les habitants nous interpellaient en tant que « docteurs » et cela nous a donc questionné sur notre posture. Nous avons cherché à comprendre dans un premier temps pourquoi nous avons été identifiées comme docteurs lors de notre arrivée, et pour ce faire nous avons accompagné d'autres étudiants et chercheurs sur le terrain. Lorsque nos collègues se rendent dans les communautés mayas pour réaliser des entretiens ou des questionnaires, ces derniers se présentent systématiquement vêtu d'une blouse blanche (qu'ils soient chercheurs en santé publique, étudiants en médecine ou autre) et cela nous a été expliqué comme un moyen d'inciter à la participation et d'éviter les refus. En accompagnant nos collègues nous avons perçu des relations hiérarchiques entre chercheurs et enquêtés. En effet, lorsque nous demandons des conseils pour réussir à acquérir la confiance des femmes enceintes à Tiholop, il nous a été conseillé de désigner les participantes par le biais de jeux ou d'autres stratégies. Nous avons alors décidé de procéder différemment, et tout d'abord nous avons adopté les vêtements typiques régionaux pendant notre séjour. Or comme nous l'avons présenté, la majorité des femmes à Tiholop brodent des vêtements typiques, notre démarche a donc été très appréciée car elles l'interprétaient comme une volonté de s'intégrer au village et de plus c'était

---

<sup>36</sup> <http://yucatan.com.mx/merida/economia-merida/control-casi-total>

<sup>37</sup> <https://mayaleaks.org.mx/ex-alcaldesa-priista-de-yaxcaba-desvia-impunemente-mas-de-51-millones/>  
*Marine FERNANDEZ - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2017-2018*

en quelque sorte une valorisation de leur travail. Nous avons également cherché à nous faire connaître des habitants par notre prénom, et notamment en cohabitant avec ces derniers (lors des fêtes du village, en se baladant... etc.). Ces stratégies ont été fructueuses car des relations informelles ont pu se nouer avec eux et comme nous l'avons également signifié dans la partie méthodologie, il a été très important de partager des moments du quotidien avec les femmes du village afin de pouvoir discuter autour de sujets plus intimes tel que la grossesse par la suite. C'est ainsi qu'à la suite de cette étape nous avons pu réaliser des entretiens plus aisément avec les enquêter.

## **2. Implications des résultats et perspectives d'actions**

Au vu des résultats que nous avons obtenus nous avons pu formuler des suggestions d'actions ou de composantes d'action pour les interventions à venir à Tiholop.

### **2.1. Valoriser le « réseau féminin » par la mise en œuvre d'une action par les pairs**

Au cours de notre étude, nous avons découvert que la principale source d'information des femmes enceintes sont les femmes qui leurs sont proches tant au sens géographique puisqu'elles vivent avec elles, qu'au sens affectif : la belle-mère, les belles-sœurs, la mère et parfois quelques amies. Cette préférence s'explique également par le fait que les femmes à Tiholop sortent peu, et donc elles ont principalement accès aux conseils et recommandations de leurs proches. Les réunions que nous avons organisées et le *focus group* ont permis de noter une grande différence. En effet, lorsque nous avons invité les femmes à venir à une réunion sur la terrasse du centre de santé en présence de l'une des sages-femmes traditionnelles, ces dernières étaient très timides et parlaient peu. Lorsque nous les avons invitées à se réunir au domicile de l'une d'entre elles, la dynamique a radicalement changé : les femmes parlaient sans restrictions, elles abordaient des sujets intimes, riaient beaucoup et c'est le maya qui était privilégié. De plus, comme nous l'avons souligné, une relation de confiance s'est instinctivement établie entre les femmes pour qui il s'agissait de la première grossesse et les autres femmes enceintes déjà mères. Ces dernières étaient bienveillantes et elles tendaient à les rassurer et à les informer sur les points qu'elles ne maîtrisaient pas encore. Ces relations représentent donc une opportunité d'action en promotion de la santé et prévention à Tiholop. En effet, contrairement aux actions précédentes pensées, organisées et mises en œuvre par des chercheurs et des médecins il est possible de s'appuyer sur les relations de bienveillances et de confiance entre les femmes enceintes elles-mêmes. Lors du *focus group* avec les femmes enceintes, quelques participantes ont évoqué leur croyance que le trop plein d'informations de la part des professionnels de santé, et notamment lors de leurs actions d'éducation, pourrait induire une élévation de la pression chez ces dernières en raison du stress que cela leur occasionnerait. Cela nous conforte donc dans l'hypothèse qu'il serait adapté

Marine FERNANDEZ - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2017-2018



de laisser ces dernières élaborer et mettre en œuvre des actions de promotion de la santé et prévention au sein de la communauté. Enfin il est nécessaire de prendre en compte le lieu des actions qui sont mises en œuvre puisque nous avons noté la particularité qu'à Tiholop le cadre familial est un espace préservé. Par exemple, le programme IMSS-Prospera s'est appuyé sur les sages-femmes traditionnelles mais également sur des promotrices de santé pour pouvoir entrer dans les foyers des bénéficiaires. Or les promotrices de santé, de même que les sages-femmes sont exclusivement des femmes du village et ces dernières ont notamment pour fonction de détecter les grossesses non diagnostiquées. Il y a donc intérêt à s'appuyer sur les femmes du village (mères ou femmes enceintes) afin de mettre en œuvre des interventions en promotion de la santé et prévention. Cela pourrait également permettre de développer l'*empowerment* des femmes au sein de la communauté, à la condition que ces dernières bénéficient d'un soutien selon leurs besoins dans cette démarche.

## **2.2. Inclure la famille dans les interventions**

Bien que la société au sein de la communauté ait été décrite à plusieurs reprises comme «machiste» nous avons remarqué qu'au village la place des femmes est très importante et il est possible de l'expliquer par l'absence de la majorité des hommes. En effet, comme nous avons pu le constater, la mère a une place très importante au moment de l'union du couple puisque les enquêtés ont insisté sur le rôle de la mère à qui on cache la fuite ou à qui on va demander la main de sa fille. Bien souvent lorsque nous posons la question, ces derniers expliquaient qu'ils faisaient référence aux deux parents de la jeune fille mais c'est la mère qui était mentionnée en premier. Par ailleurs, la belle-mère tient une place très importante dans la vie du couple puisque c'est elle dans la plupart des cas qui conseille la compagne de son fils sur sa grossesse, et qui parfois décide même du lieu de prise en charge et de l'accouchement. A Tiholop, les belles-mères ont ainsi une autorité très importante et les croyances transmises par ces dernières ou par les membres de la famille ainsi que les recommandations formulées par ces derniers peuvent induire l'adoption d'un comportement de prévention, tel que le fait de se ménager durant la grossesse. Il convient donc de saisir davantage les rapports d'influences, croyances et recommandations au sein des familles et de la communauté pour s'appuyer sur ces éléments et ces organisations lorsque l'on souhaite initier une intervention de prévention. En effet, si l'on ne prend pas en compte ces éléments, on risque d'employer un langage en opposition au système de croyance des habitants et alors le risque est une réfraction de la part de la population.

## Conclusion

Ce travail a été avant tout pour nous l'occasion de prendre conscience que lorsqu'on travaille au niveau d'une communauté rurale maya de petite taille comme Tiholop, étudier la santé maternelle ne se limite pas à la population de femmes enceintes. En effet, il existe une multitude d'influences et de relations de pouvoir qu'il est nécessaire de décrypter au préalable. Par exemple, la présence de notables sur le village est un élément à prendre en compte puisque ces derniers disposent d'avantages qui leurs donnent un certain pouvoir sur le reste de la population, et notamment sur les femmes enceintes. En effet, si l'on s'intéresse à la communication entre le village et l'extérieur on peut remarquer qu'à Tiholop aucune compagnie de téléphone n'assure la couverture téléphonique et en ce qui concerne le réseau internet ces dernières n'assurent pas non plus l'accès au réseau, de même que le gouvernement qui fournit pourtant une connexion dans les espaces publics sur le reste du territoire<sup>38</sup>. A Tiholop ces services sont donc assurés par d'autres habitants ayant la capacité économique de se fournir une connexion téléphonique fixe (figure n°4 p 32) et dans d'autres cas ces services sont assurés par des personnes vivant dans d'autres villes voire dans d'autres pays. Ainsi, les femmes enceintes de Tiholop dépendent directement de ces individus qui assurent le transport, la communication téléphonique et l'accès au réseau internet au sein de la communauté. Ce sont autant d'éléments qui prennent une place au niveau des facteurs d'influence sur la prise en charge de la grossesse et que nous n'avions pas envisagé lors de la construction du projet de recherche. En effet, face aux déficiences des systèmes formels de prise en charge de la grossesse et de réponse aux urgences en relation avec celle-ci, des stratégies sont mises en place par des acteurs au sein de la communauté. De nombreux éléments n'avaient pas été anticipés et c'est l'enjeu de réaliser un travail de terrain en immersion dans la communauté pour prendre connaissance de ces ajustements mis en œuvre et se familiariser avec les éléments culturels en lien direct ou non avec notre sujet d'étude. Par exemple lorsque nous sommes arrivées sur le terrain, nous n'avions pas prévu d'étudier les modalités d'union des couples à Tiholop et d'ailleurs aucun article de la littérature que nous avons consulté en faisait mention. Cet élément a été amené par les participants à l'étude, et notamment parce que les femmes interrogées étaient curieuses de savoir comme ces unions avaient lieu dans le pays des enquêtrices. La mise en œuvre de cette étude a donc été une expérience riche en apprentissages du travail de chercheur. La confrontation à un terrain étranger, bien que familier pour les enquêtrices, peut être très déstabilisant dans un premier temps. En effet, le travail de terrain en immersion est avant tout un privilège mais c'est également une étape éprouvante où les enquêtrices doivent se « laisser affecter par le terrain » (Favret Saada, 2009) et c'est un travail presque anthropologique. En effet, afin de comprendre les enjeux

---

<sup>38</sup> Au Mexique dans les parcs, les écoles, mairies ou tout autre espace public, une connexion à internet est mise à disposition gratuitement

relatifs à la grossesse et sa prise en charge à Tiholop, nous sommes devenues actrices, accompagnatrices, observatrices et nous avons expérimenté aux côtés des participantes sans pour autant laisser de côté l'humilité que nous considérons essentielle à notre posture en tant que chercheuses. Pour nous faire accepter dans le village il a été important de passer du temps avec les femmes du village, et notamment avec des femmes plus âgées tel que les belles-mères de certaines des femmes enceintes puisqu'elles ont une autorité importante au sein du foyer. De même avec les sages-femmes, des temps d'échanges, d'interconnaissances et de discussions ont été nécessaires pour pouvoir aborder des sujets plus intimes, et c'est ainsi que nous avons même pu assister à la *sobada*<sup>39</sup> de l'une des participantes. En ce qui concerne la connaissance des trajets, des modes de transports et des difficultés relatives nous avons également choisi de voyager à bord du seul bus desservant Tiholop et qui emprunte notamment la portion de route très accidentée que mentionnent les participants. Cela a été l'occasion d'expérimenter ce trajet, de même que nous avons accompagné plusieurs habitantes dans leur voyage vers Peto, où se trouve l'hôpital vers lequel se dirigent la majorité des femmes enceintes ayant participé à notre étude. Cette immersion dans la communauté a donc représenté un travail sur nous, durant lequel nous avons laissé de côté les aprioris que nous avions sur la population maya. Néanmoins, ces choix d'enquête relèvent avant tout de décisions personnelles et d'autres chercheurs tel que l'ethnologue Stéphane Breton au contraire préfèrent conserver une certaine distance avec leurs enquêtés. Dans son film *Eux et Moi*<sup>40</sup> (2001) tourné en Papouasie occidentale Stéphane Breton s'est installé dans un village Wodani mais à l'écart du reste du village, dans une cabane qu'il s'est lui-même construite. Il a justifié son choix par la volonté de ne pas faire semblant d'être un habitant de plus, au risque de mal le faire. Ce travail a donc été pour nous une expérience extrêmement riche, cependant nous nous sommes confrontées à certaines difficultés et notamment au niveau de la langue. Bien qu'ayant une excellente compréhension de l'espagnol et une maîtrise du vocabulaire propre au Mexique, à Tiholop la langue utilisée dans les échanges au quotidien est le maya. Le travail de terrain aurait donc pu être préparé davantage, notamment par l'apprentissage de vocabulaire en maya car nous sommes conscientes qu'avoir fait appel à un traducteur ait pu biaiser les réponses lors des entretiens ou que cela ait pu induire une perte d'informations.

Enfin, en termes de santé maternelle nous avons spécifié les stratégies alternatives que développent les habitants face aux déficiences des services publics or comme nous l'avons mentionné des élections ont eu lieu en Juillet et un nouveau gouvernement a été élu tant au Yucatán qu'au niveau national. Ce changement politique pourrait représenter une *fenêtre d'opportunité* (Kingdon, 1984, p74) pour la mise en œuvre de politiques de prévention en santé

---

<sup>39</sup> Ce terme désigne les massages et manipulation mise en œuvre par les sages-femmes traditionnelle mayas au niveau du ventre des femmes enceintes

<sup>40</sup> *Eux et moi*, Stéphane Breton, 2001

maternelle tournée vers les communautés rurales, avec l'octroi de moyens à cet effet. Le Président élu<sup>41</sup> a récemment annoncé qu'il prévoyait de réhabiliter les hôpitaux et centres de santé et notamment ceux appartenant à l'institution IMSS plutôt que d'investir dans la construction de nouvelles infrastructures. Il a notamment annoncé que celles situées en zones marginales seraient approvisionnées en médicaments<sup>42</sup>. Cette proposition du nouveau gouvernement élu est en contradiction avec l'un de nos constats : à Mérida, un nouvel hôpital maternel est désormais en construction dans le sud de la ville afin de remplacer l'ancien, alors que comme nous l'avons mentionné, la majorité des morts maternelles proviennent de communautés aux alentours de Mérida. Les centres de santé situés dans ces communautés manquent très souvent de médicaments et de matériel de base notamment pour le contrôle de la grossesse, cependant aucun financement n'est engagé pour y faire face. Ainsi tandis que de nouveaux hôpitaux sont construits à Mérida<sup>43</sup>, la capitale du Yucatán, les défauts de matériel médical de base et de médicaments perdurent à l'intérieur de l'Etat, c'est-à-dire dans les zones rurales<sup>44</sup>.

---

<sup>41</sup> Andrés Manuel Lopez Obrador, qui prendra ses fonctions au 1<sup>er</sup> Décembre

<sup>42</sup> <https://www.forbes.com.mx/amlo-lopez-obrador-gobierno-aeropuerto-cfe-salud/>

<sup>43</sup> L'hôpital maternel n'est pas le seul à être totalement reconstruit à un autre endroit, un autre hôpital de l'ISSSTE est également en construction

<sup>44</sup> Cependant selon Elena Valdès, une institutionnelle que nous avons interrogée, des pénuries existent également dans les hôpitaux de la capitale Yucatèque et cela traduit le manque de priorité à la qualité des services



---

## Bibliographie

---

Allen R., Rogozinska E., Sivarajasingam P., Khan KS., & Thangaratinam S., «Effect of diet-and lifestyle-based metabolic risk-modifying interventions on preeclampsia: a meta-analysis», *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 2014, vol 93, num 10, p973-985.

American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Practice Bulletins-Obstetrics, «Practice Bulletin n°183 : Postpartum Hemorrhage», *Obstetric & Gynecology*, 2017, vol 130, num 4, p168-186.

American College of Obstetricians and Gynecologists, «Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy», *Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists*, *Obstetric & Gynecology*, 2013, vol 122, num 5, p122-1131.

Arcaya MC., Arcaya AL., & Subramanian SV., « Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías », *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2015, num 38, p261-271.

Barthes A., et Alpe Y., *Utiliser les représentations sociales en éducation*, Paris, L'Harmattan, Collection Logiques Sociales, 2016, 220 p.

Bateman BT., Berman MF., Riley LE., & Leffert LR. «The epidemiology of Postpartum Hemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries», *Anesth Analg*, 2010, vol 110, num 5, p1368-1373.

Bey M., « Le programme social PROGRESA-OPORTUNIDADES au Mexique », *Revue Tiers Monde*, 2008, num 196, p 881-900.

Brahic J., Thomas O., & Dany L., «Alcool et grossesse: une recherche qualitative auprès de femmes enceintes», *Les Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 2015, num 3, p 403-434.

Brahic J., Thomas O., & Dany L., « Alcool et grosse : un enquête qualitative auprès de femmes enceintes », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2015, Numéro 107, p403-434.

Calvillo EJ., Skog AP., Tenner AG., & Wallis L., «Applying the lessons of maternal mortality reduction to global emergency health», *Bulletin of the World Health Organization*, 2015, num 93, p 417-423.

Ceballos M., & Lautier B., «Les CCTP en Amérique Latine. Entre modélisation internationale et conjonctures politiques nationales », *Revue Tiers Monde*, 2013/2, num 214, p 219-245.

Commission sur les déterminants sociaux de la santé, « Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé », 2009, Genève, OMS.

Conrad L.B., Groome LJ., & Black DR., « Prise en charge obstétricale en cas d'hémorragie du post-partum qui persiste malgré les mesures initiales ou qui est sévère d'emblée, après accouchement par voie basse », *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, 2014, vol 43, num 10, p 1019-1029.

Consejo Estatal de Planeación de Yucatán, *Plan Estatal de Desarrollo 2012 -2018 Yucatán*, Gobierno del Estado de Yucatán, 2013, p85.

- Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2010, Yucatán: grado de marginación por municipio.
- Constitution Politique des Etats Unis du Mexique, Article 4, 1917, Récupéré le 18/07/18 du site : <https://mexico.justia.com/federales/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos/gdoc/>
- Danic I., « La notion de représentation pour les sociologues », *Premier aperçu*, 2006, num 25, p29-32.
- Dávila-Lárraga LG., « ¿Cómo funciona Prospera? mejores prácticas en la implementación de programas de transferencias monetarias condicionadas en América Latina y el Caribe », *Banco Interamericano de Desarrollo*, 2016, nota técnica n° IDB-TN-971.
- Dawson S., Manderson L., & Tallo VL., *Le manuel des groupes focaux : méthodes de recherche en sciences sociales sur les maladies tropicales*, Boston : International Nutrition Foundation for Developing Countries, 1995.
- Delgado-Gallego ME., Vázquez-Navarrete ML., Zapata-Bermúdez Y., & Hernán-García M., « Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia: una mirada cualitativa ». *Revista española de salud pública*, 2005, num 79, p697-707.
- Favret Saada J., « Etre affecté », *Désorceler*, Paris, Éditions de l'Olivier, coll. « Penser/Rêver », 2009, p145-161.
- Galand C., & Salès-Wuillemin E., « Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé », *Sociétés*, 2009a, vol. 105, num 3, p 35-44.
- Galand C., & Salès-Wuillemin E., « Effet des pratiques et de l'environnement social sur la représentation des substances psychoactives », *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2009b, num 84, p 125-152.
- Girum T., & Wasie A., « Correlates of maternal mortality in developing countries: an ecological study in 82 countries ». *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*, 2017, vol 3, num 1, 19p.
- Gómez GC., & Fernández LP., « Prácticas tradicionales de salud materna. La partería en las comunidades rurales del Municipio del Carmen, Campeche », en LE. Amador del Angel & M. Frutos Cortés, *Problemas contemporáneos regionales del Sureste Mexicano. El caso del estado de Campeche*, Universidad autónoma del Carmen, 2015, p 109-128.
- Gómez-Dantés O., Sesma S., Becerril VM., Knaul FM., Arreola H., Frenk J., « Sistema de salud de México », *Salud Publica de México*, 2011, num 53, supplément 2, p220- 232.
- González JJ., Oñate R., & L.M. Solloa LM., « Investigación cualitativa », *Aletheia*, num 20, Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, México, 2000, p 11-28.
- Grenon V., Larose F., & Carignan I., « Réflexions méthodologiques sur l'étude des représentations sociales: rétrospectives de recherches antérieures », *Phronesis*, 2013, vol 2, num 2-3, p 43-49.
- Hogan M C., Foreman K.J., Naghavi M., Ahn SY., Wang M., Makela SM., & Murray C J., « Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5 », *The lancet*, 2010, vol 375, num 9726, p1609-1623.
- INEGI, « Estadísticas de mortalidad », 2016, récupéré le 18/07/2018 du site: [http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp?s=est&c=11144&proy=mort\\_mg](http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp?s=est&c=11144&proy=mort_mg)
- INEGI, 2015, *Anuario Estadístico de Yucatán 2015*.

Instituto Nacional de Educación, Panorama Educativo de México 2011, 2011.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Mortalidad materna, Consulta de defunciones maternas por causas detalladas CIE según año de registro, Mexico, 2011, <http://www.inegi.org.mx>

Jaramillo-Cardona MC., « La descentralización de la salud en México: avances y retrocesos », *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Bogotá, 2007, vol 6, num 13, p 85-111.

Jodelet D., *Les représentations sociales*. Paris, Presses universitaires de France, 1994.

Jovchelovitch M., & Gervais MC., «Social Representations of Health and Illness: The Case of the Chinese Community in England», *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1999, num 9, p 247-260.

Kahssay HM., Taylor M E., Berman P., & World Health Organization., *Les agents de santé communautaires: comment aller de l'avant*, 1999. 77p.

Kingdon JW., *Agendas, alternatives and public policies*, Boston: Little, Brown & Co, 1984, 240 p.

López E., Findling L., & Abramzón M, « Desigualdades en salud: ¿Es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres? », en *Salud Colectiva*, 2006, vol.2, num 1, pp 61-74.

MacQueen KM., McLellan E., Metzger DS., Kegeles S., Strauss RP., Scotti R., Blanchard L., & Trotter RT., «What Is Community? An Evidence-Based Definition for Participatory Public Health», *American Journal of Public Health*, 2001, vol 91, num 12, p 1929-1938.

Maine D., & al, *Guideline for monitoring the Availability and use of obstetrics services*, New York, UNICEF, 1997, p6-11, 15-16.

Mannoni P., *Les Représentations Sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, 2012 (6<sup>ème</sup> édition) collection Que Sais-je, 128p.

Mercedes J., Moguel -Ancheita A., Valdés- Olmedo C., González -Pier E., Martínez- González G., Barraza-Llorens M., & al, « Universalidad de los servicios de salud en México ». *Salud Pública de México*, num 55(spe), p 1-64. Recupéré le 17 juillet 2018, du site : [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342013000600001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342013000600001&lng=es&tlng=es).

Molina-Salazar R., Carbajal-de-Nova C., & Fajardo-Ortiz G., « Financement du système de santé mexicain (1980-2007) et équité », *Pratique et Organisation des Soins*, 2010, vol 41, p 129-133.

Morin M., « Entre représentations et pratiques : le sida, la prévention et les jeunes ». In : ABRIC JC., *Pratiques sociales et représentations*, 4e éd., Paris, Presses Universitaires de France, 1994/2003, p 109-144.

Nations Unies, « Déclaration du millénaire », 2000.

OPS. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*, 10a. revisión, Washington, D.C.,1995.

Parant O., « Rupture utérine: prédiction, diagnostic et prise en charge », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2012, vol 41, num 8, p803-816.

Paredes C., López JL., & Pérez JM,« Matrimonio y parto entre los Mayas », *Revista Médica Hondureña*, 2017,65(3), Disponible en ligne : <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1997/pdf/Vol65-3-1997-12.pdf>



- Potvin L., Moquet MJ., & Jones C. (sous la dir), *Réduire les inégalités sociales en santé*, INPES, collection Santé en action, 2010, 380 p.
- Pourette D., « Trajectoires reproductives et significations de la maternité chez des femmes vivant avec le VIH en Guadeloupe et en Martinique », *Sciences sociales et santé*, 2011, vol 29, num 2, p83-107.
- Rasmussen B., Hidalgo A., Pérez A., Rodríguez F., Munguía, S., Magallón R., & González E., « La participación comunitaria en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Jalisco », *Salud Pública de México*, 1993, vol 35, num 5.
- Rodríguez-Angulo EM , Urtecho May CG, Ojeda Rodríguez R, Hoil Santos JJ, Andueza Pech MG, & Rosado Alcocer LM., « ¿La atención del parto en mujeres mayas: decisión propia o de otros? », dans CA. Cisneros Puebla , MG. Andueza Pech , & Oliva Pecha , *Salud Intercultural. Creando puentes a partir de la investigación cualitativa*, Mérida, 2015, p183-191.
- Rodríguez-Angulo EM. , Urtecho May CG. , Hoil J., Santana A., Odoñez M., & al, « Prevención intercultural de la muerte materna y perinatal en tres comunidades mayas de Yucatán », in R. Canto & M. Zarco M, *Extensión y responsabilidad social. Los proyectos sociales en comunidades de aprendizaje implementados en la Universidad Autónoma de Yucatán*, Mexico: Universidad Autónoma de Yucatán, 2015, p437-460.
- Rodríguez-Angulo EM., Andueza Pech MG. , & Montero Cervantes L., « Un abordaje cualitativo de las defunciones maternas en Tizimin », *Alteridades* ,2012, num 43, p 145-148.
- Rodríguez-Angulo EM., Andueza Pech MG., & Kú I., « Cuidados, hábitos y riesgos de las mujeres en Chemax, Yucatán, durante el proceso reproductivo », *Temas Antropológicos. Revista Científica de Investigaciones Regionales*, 2006, vol 28, num 1, p69-68.
- Rodríguez-Angulo EM., « Epidemiología sociocultural de las defunciones maternas en Yucatán », *Voces entretejidas, Instituto para la Equidad de Género en Yucatán, México*, 2010, p275-292.
- Rodríguez-Leal D., & Verdú J., « Consecuencias de una muerte materna en la familia », *Aquichan*, 2013, vol 13, num 3, p433-441.
- Santé Publique France, « Qu'est-ce qui détermine notre santé », <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>, consulté le 19/07/18, dernière mise à jour le 16/02/12.
- Schaffer MA., & Lia-Hoagberg B., « Effects of Social Support on Prenatal Care and Health Behaviors of Low-Income Women », *JOGNN Clinical Studies*,1997, vol 26, num 4, p 433-440.
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), « Índice de rezago social 2005/2010 », *Catálogo de localidades*, 2013b, consulté le 19/07/18 sur le site: <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/indRezSocial.aspx?ent=31&mun=104&loc=0019&refn=311040019>
- Secretaría de Salud, *Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgos*, CENETEC, Mexico, 2009, 66p.
- SEDESOL, « Índice de marginalidad » , *Catálogo de localidades*, 2013a, consulté le 19/07/18 sur le site:<http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/indRezSocial.aspx?ent=31&mun=104&loc=0019&refn=311040019>
- Thaddeus S., & Maine D., «Too far to walk: maternal mortality in context», *Soc Sci Med*, Avril 1994, vol 38, num 8, p1091–1110.

Ticca AC., « Acciones despreferidas en la interacción mediada médico-paciente en Yucatán », *Rivista Italiana di Psicolinguistica Applicata*, 2011, p85-105.

UNAM, Facultad de Medicina, Departamento de Integración de Ciencias Médicas. Atención de Parto. Disponible en ligne : <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/icm/images/cecam/02.p.gine-andro/ATENCION-DE-PARTO.pdf> [consulté le 16/04/2018]

WHO, UNICEF, & UNPF, *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors*, 2d edition, Geneva: World Health Organization, 2017, 132p.

WHO, UNICEF, UNFPA, & Banco Mundial, « Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial », 2008, 46p.

WHO, UNICEF, UNFPA, & World Bank Group and the United Nations Population Division, « Trends in maternal mortality: 1990-2015: estimates from WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division », 2015, 12p.

## Liste des annexes

<b>Annexes</b>	
Annexe 1	Carte du Mexique et des différents Etats avec encadrement du Yucatán
Annexe 2	Carte des municipalités de l'Etat du Yucatan avec localisation de la communauté d'étude (Tiholop) et d'autres villes mentionnées
Annexe 3	Tableau de fréquence des rendez-vous par âge, sexe, et évènement de vie des bénéficiaires (conditions pour recevoir l'aide économique du programme IMSS- Prospera)
Annexe 4	Tableau récapitulatif de la prise en charge de la grossesse au Mexique en fonction des différents stades et de l'avancée de la grossesse
Annexe 5	Tableau récapitulatif des participants aux entretiens et focus group réalisés
Annexe 6	Guide d'entretien femmes enceintes bilingue
Annexe 7	Guide d'entretien avec la Docteure de Tiholop (bilingue)
Annexe 8	Grille de questions du focus group avec les femmes enceintes
Annexe 9	Grille de questions du focus group avec les hommes
Annexe 10	Exemple de script d'un entretien réalisé en maya et espagnol
Annexe 11	Tableau récapitulatif des informations concernant les femmes enceintes interrogées
Annexe 12	Graphe de la communauté avec photos de quelques emplacements
Annexe 13	Graphe de la communauté avec les points de fréquentations et les déplacements de Sandy
Annexe 14	Graphe de la communauté avec les points de fréquentation et les déplacements de Noelia
<b>Photos</b>	
Annexe 15	Photos de maisons décorées aux couleurs et pancartes de partis politiques
Annexe 16	Photo d'un défilé politique à Tiholop, prise au moment du focus group avec les hommes
Annexe 17	Photos des hôpitaux de Peto et Izamal (où sont prises en charge les femmes enceintes ayant participé à l'étude)

Annexe 1 : Carte du Mexique et des différents Etats avec encadrement du Yucatán



Source :www.descargamapas.net

**Annexe 2: carte des municipalités de l'Etat du Yucatan avec localisation de la communauté d'étude (Tiholop) et la capitale de l'Etat du Yucatán (Mérida)**



Source : [www.descargamapas.net](http://www.descargamapas.net)

**Annexe 3 : Tableau de fréquence des rendez-vous par âge, sexe, et évènement de vie des bénéficiaires (conditions pour recevoir l'aide économique du programme IMSS- Prospera)**

Catégorie d'âge	Fréquence des consultations
Nouveau-né	A la naissance, 7 et 28 jours
Garçons et filles de moins de 5 ans	A 2, 4, 6, 8, 10, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 54, et 60 mois
Enfants et adolescents de 5 à 19 ans	Une tous les 6 mois
Adultes et majeurs de 20 ans	Une tous les 6 mois
Femmes enceintes	5 révisions minimums. Début de préférence avant les 12 premières semaines de gestation avec le calendrier suivant : 1 <sup>ère</sup> consultation : entre la semaine 1 et la semaine 12 2 <sup>ème</sup> consultation : entre la semaine 22 et la semaine 24 3 <sup>ème</sup> consultation : entre la semaine 27 et la semaine 29 4 <sup>ème</sup> consultation : entre la semaine 33 et la semaine 35 5 <sup>ème</sup> consultation : entre la semaine 38 et la semaine 4
<i>Post partum</i>	7, 28 et 42 jours

Source: Document élaboré à partir de: Dávila-Lárraga LG, « ¿Cómo funciona Prospera? mejores prácticas en la implementación de programas de transferencias monetarias condicionadas en América Latina y el Caribe », *Banco Interamericano de Desarrollo*, 2016, nota técnica n° IDB-TN-971.

**Annexe 4 : tableau récapitulatif de la prise en charge de la grossesse au Mexique en fonction des différents stades et de l'avancée de la grossesse.**

Consultation (nombre semaine)	Activités principales	Examen
< 12	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Donner des informations</li> <li>- Identifier si grossesse à risque</li> <li>- Calculer date approximative du terme de la grossesse</li> <li>- Si grossesse à risque référer à second niveau de prise en charge (hôpital)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépistage VIH et hépatite B</li> <li>- Examen urinaire général</li> </ul>
16	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesurer et noter la pression artérielle</li> <li>- Examiner, discuter et prendre note des résultats des examens réalisés</li> <li>- Considérer la prise de compléments de fer</li> <li>- Donner des informations, discuter, clarifier les doutes</li> <li>-</li> </ul>	
18 -20	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesurer et noter la pression artérielle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisation échographie pour détecter malformations structurelles</li> </ul>
25 (pour les primipares)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesurer fond utérin et pression artérielle</li> <li>- Donner informations, discuter et clarifier les doutes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen urinaire (pour vérifier absence de protéines urinaires)</li> </ul>
28	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesurer fond utérin et pression artérielle</li> <li>- Donner information, discuter et clarifier les doutes</li> <li>- Réaliser un tamis pour le diabète gestationnel</li> <li>- Proposer vaccin anti-D si besoin (incompatibilité sanguine entre mère et fœtus)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen vérifier présence anémie, cellules atypiques et niveau d'hémoglobine</li> <li>- Examen urinaire (pour vérifier absence de protéines urinaires)</li> </ul>
31	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesurer fond utérin et pression artérielle</li> <li>- Identification des femmes enceintes ayant besoins de soins particuliers (modifier le plan si besoin)</li> <li>- Donner des informations, discuter et clarifier les doutes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen urinaire (pour vérifier absence de protéines urinaires)</li> </ul>
34	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposer une seconde dose du vaccin anti-D sin nécessaire</li> <li>- Mesurer fond utérin et pression artérielle</li> <li>- Donner information, discuter et clarifier les doutes</li> <li>- Grossesse évolution normale : informer date d'accouchement prévu</li> <li>- Grossesse avec mesures préventives : détection pré éclampsie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen urinaire (pour vérifier absence de protéines urinaires)</li> <li>- Patientes traitées pour anémie : analyses</li> </ul>

36	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesurer fond utérin et pression artérielle</li> <li>- Déterminer la position du fœtus si doute réaliser une échographie</li> <li>- Si présentation du fœtus en position assise →référer en gynéco-obstétrique</li> <li>- Donner information et clarifier les doutes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen urinaire (pour vérifier absence de protéines urinaires)</li> <li>- Si patiente avec antécédents de placenta prævia →réaliser une échographique pour vérifier position du placenta.</li> </ul>
37	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier la position normale du fœtus</li> </ul>	
38	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesurer fond utérin et pression artérielle</li> <li>- Donner des informations, discuter et clarifier les doutes</li> <li>- Insister sur les mesures préventives d'une grossesse à terme dépassé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen urinaire (pour vérifier absence de protéines urinaires)</li> </ul>
40 et plus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesurer fond utérin et pression artérielle</li> <li>- Envoyer en gynéco-obstétrique pour induction du travail d'accouchement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen urinaire (pour vérifier absence de protéines urinaires)</li> </ul>

Source : document élaboré à partir de : Secretaría de Salud, *Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgos*, CENETEC, Mexico, 2009, 66p.



**Annexe 5 : tableau récapitulatif des participants aux entretiens et focus group réalisés**

Prénom (anonymisé)	Profil/Statut	Langue d'entretien	modalité entretien
<b>Entretiens phase préliminaire</b>			
Dr Duran	Docteur hôpital Izamal (administratif)	Espagnol	Formel <sup>45</sup>
Elena Valdes	Membre CODHEY	Espagnol	Formel
Marianela	Sage-femme communautaire	Espagnol	Informel
Gulia	Auxiliaire de santé volontaire	Espagnol	Informel
<b>Entretien femmes enceintes</b>			
Sandy	Femme enceinte	Espagnol	formel
Mercy	Femme enceinte	Espagnol	Formel
Martha	Femme enceinte	Espagnol	Formel
Ariana	Femme enceinte	Espagnol	Formel
Noelia	Femme enceinte	Espagnol	Formel
Nora*	Femme enceinte	Maya et espagnol	Formel
Nelly*	Femme enceinte	Maya et espagnol	Formel
Elisa	Femme enceinte	Espagnol	formel
<b>Entretien couple</b>			
Elisa et Cristian	Femme enceinte et conjoint	Espagnol	formel
Mercy et Omar	Femme enceinte et conjoint	Espagnol	formel
<b>Autres entretiens</b>			
Rogelio	Notable de Tiholop	Espagnol	formel
Docteure Vargas	Médecin stagiaire à Tiholop	Espagnol	Formel
<b>Focus group femmes enceintes</b>			
Sandy	Femme enceinte	Espagnol et maya	Formel
Rosa	Femme enceinte		
Ariana	Femme enceinte		
Noelia	Femme enceinte		
Nora	Femme enceinte		
Nelly	Femme enceinte		
<b>Focus group hommes</b>			
Adolfo	Homme village	Espagnol	Formel
Ismael	Homme village		
Enrique	Homme village		
Marcelino	Homme village		
Jorge	Homme village		

\* : présence d'une personne assurant la traduction maya-espagnol

<sup>45</sup> Par formel on se réfère à l'enregistrement de l'entretien.

## Annexe 6: guide d'entretien femmes enceintes (bilingue)

### Guide d'entretien femmes enceintes de Tiholop:

Buenos días, me llamo Marine Fernandez y soy estudiante de una Escuela de Salud Pública en Francia pero ahora soy pasante en la Universidad Autónoma de Yucatán en un Centro de Investigación. Vine a Tiholop a conocer la comunidad y saber cómo pasa cuando una mujer está embarazada aquí. Por eso le solicité una entrevista, para que podamos platicar de su experiencia.

Voy a grabar nuestras pláticas si no les molesta, ya que me servirá para escribir un libro para mis estudios. Es anónimo, o sea que los que le leerán no sabrán quién dijo cada cosa. Siéntanse libres de decir todo lo que quieran, lo que opinan! Todo lo que van a decir está bien, no hay una respuesta.

Bonjour, je m'appelle Marine Fernandez et suis étudiante de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de France mais en ce moment je suis stagiaire à l'Université Autonome du Yucatán. Je suis venu à Tiholop parce que je voulais connaître la communauté et comment c'est ici, d'être enceinte. C'est pour ça que je vous ai demandé un moment pour qu'on puisse discuter de votre expérience.

Je vais enregistrer notre discussion si ça ne vous dérange pas, ça me servira à écrire le livre de mes études. C'est anonyme, c'est-à-dire que ceux qui liront mon livre ne seront pas qui a dit quoi. Sentez-vous libre de dire tout ce que vous voudrez, tout ce que vous pensez ! Tout ce que vous allez dire sera très bien, il n'y a pas de bonnes réponses à ce que je vous demanderai.

#### I. Presentación / présentation:

1. ¿Cómo se llama usted?

Comment vous appelez-vous?

2. ¿Es de Tiholop?

Vous êtes de Tiholop?

3. Quel âge avez-vous?

Jusqu'où avez-vous été à l'école ?

4. ¿Está casada? ¿Su esposo está aquí? ¿De que trabaja?

Vous êtes mariée ? Votre conjoint est-il ici ? De quoi travaille-t-il ?

5. Si no trabaja aquí, ¿Cada cuántos días regresa?

S'il ne travaille pas ici, a quelle fréquence revient-t-il ?

6. ¿Tiene hijos?

Vous avez des enfants ?

7. ¿Cuánto tiempo lleva en su embarazo?

Depuis combien de temps êtes-vous enceinte ?

8. ¿Con quiénes vive en casa?

Avec qui vous vivez ?

9. ¿Qué es un día normal para usted? (qué actividades hace?)

Comment c'est, un jour normal pour vous (quelles activités faites-vous ?)

10. ¿Cambiaron sus actividades cuando se embarazó?

Vos activités ont changé depuis que vous êtes tombée enceinte ?

## II. **Embarazo / grossesse** :

11. Me explicaría lo que es para usted el embarazo? ¿Cómo es estar embarazada? ¿Cómo se siente?

Vous pourriez m'expliquer ce que c'est pour vous la grossesse ? Comment c'est être enceinte? Qu'est-ce qu'on ressent ?

12. Cuáles son las creencias que asocia al embarazo: ¿En su familia o en el pueblo, hay cosas que se dicen sobre las embarazadas?

Quelles sont les croyances associées à la grossesse ? Dans votre famille, dans la communauté, il y a des choses qu'ils se disent sur les femmes enceintes ?

13. Cómo lo anunció a su familia y a sus conocidos de Tiholop (comadres?)

Comment vous avez annoncé à votre famille, à vos proches de Tiholop ? (amies ?)

14. ¿Sí se habla del embarazo, de cómo le va a sus comadres?

Ici, on parle de sa grossesse, de comment ça va ? A ses amies ?

## III. **Recursos (lugares, material, personal) y atención del embarazo / Ressources (lieu, matériel, personnel) et prise en charge de la grossesse**

15. ¿Usted, quién ve para su embarazo aquí en la comunidad? (porqué? Que hacen?)

Qui est-ce que vous voyez pour votre grossesse ici dans la communauté (pourquoi ? Qu'est-ce qu'ils font ?)

16. Y para consultar, ¿Con quién consulta? ¿Cada cuánto tiempo lo hace?

Et pour consulter, qui vous consultez ? A quelle fréquence ?

17. A quién le pide consejos, o le dice cosas que usted no sabe sobre su embarazo? (comadres? Dónde viven?)

A qui demandez-vous des conseils, ou à qui vous demandez des choses que vous ne connaissez pas sur la grossesse ? (vos amies ? Où vivent-elles ?)

18. ¿En dónde puede ir por algo relacionado con su embarazo?

Où est-ce que vous pouvez aller dans la communauté pour quelque chose en lien avec votre grossesse ?

19. ¿Ya sabe usted en dónde ira, o en donde quiere ir cuando nazca su bebe? ¿Lo decidió usted? ¿Su esposo? ¿O cómo fue que decidió ir allá?

Vous savez déjà où vous irez quand le bébé naîtra ? Où vous aimeriez accoucher ? Vous l'avez décidé vous-même ? Votre conjoint ? Ou comme cela s'est fait pour décider où aller ?

20. Si hubo otro embarazo: preguntar las mismas cosas (fue igual?)

Si il y a eu une autre grossesse, poser les mêmes questions mais concernant la grossesse précédente.

**IV. Mobilidad y comunicación / mobilité et communication**

21. ¿Para ir de su casa a dónde tiene que ir, cómo lo hace? (caminando? taxi? triciclo?)

Pour aller de chez vous à l'endroit où vous devez aller, comment vous faites ? (en marchant, en tricycle ?)

22. ¿Antes de que se embarazara hacia lo mismo?

Avant que vous tombiez enceinte, vous faisiez la même chose ?

23. ¿Cómo lo ve ese trayecto?

Comment vous le voyez ce trajet ?

24. ¿Cuándo tiene que ir a otra comunidad, como lo hace? ¿Y para sus citas de laboratorios o ultrasonidos?

Lorsque vous devez aller dans une autre communauté, comment vous y allez ? Et pour vos rendez-vous de laboratoires ou d'échographies ?

25. ¿Cómo ve ese camino para llegar? ¿Cómo es para usted?

Comment vous le voyez ce chemin ? Comment c'est selon vous ?

26. Como se comunica con las personas que consulta para su embarazo? (y con la partera?)

Comment vous communiquez avec les personnes que vous consultez ? (et la sage-femme ?)

**Conclusión / conclusion :**

¿Qué es lo que quisiera usted para estar bien en su embarazo? Para estar mejor ?

Qu'est-ce que vous souhaiteriez dans la communauté pour être bien pendant votre grossesse ? Pour être mieux?

## Annexe 7 : Guide d'entretien avec la Docteure de Tiholop

### Guide d'entretien Médecin de Tiholop:

Je m'appelle Marine Fernandez et suis étudiante d'un Master de Santé Publique à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) en France. Je suis actuellement stagiaire à Mérida, dans le Centre de Recherches Régionales Dr Hideyo Noguchi de la UADY pour réaliser un travail sur la santé maternelle. Je me suis tournée vers vous pour prendre connaissance et comprendre le fonctionnement de l'Unité Médicale Rurale de Tiholop.

Je souhaiterais enregistrer l'entretien si vous me le permettez, afin de pouvoir réécouter d'assurer une restitution précise de ceux-ci. Cet enregistrement est tout-à-fait anonyme. Il sera ensuite compilé/analysé et les résultats de cette analyse finale ne seront décrits dans le rapport de notre recherche.

#### 1. Presentation

Pourriez-vous vous présenter? Comment vous vous appelez? Où avez-vous étudié?

Comment avez-vous été amené à travailler au centre de santé? Depuis combien de temps y travaillez-vous ?

#### 2. Centre de santé et organisation:

Combien de personnes travaillent au centre de santé?

Quels sont les cas que vous recevez en général ? Pourquoi les habitants viennent consulter ?

En quoi consiste un jour de travail typique au centre ? (les activités que vous réalisez ?) Comment serait une journée hors du commun ?

Avec qui travaillez-vous au sein de la communauté? Avec quels acteurs ? Comment travaillez-vous? Comment sont vos relations?

Avez-vous des contacts avec des acteurs ou des institutions en dehors de la communauté ?

#### 3. Santé maternelle et prise en charge:

Comment s'établit le premier contact avec une femme enceinte? (elles viennent d'elles même au centre?)

Combien de femmes enceintes y-a-il à Tiholop actuellement ?

Pourriez-vous m'expliquer comment les femmes enceintes sont suivies dans la communauté?

Si certaines femmes ne viennent pas à leurs contrôles prénataux, ou si d'autres n'ont pas de suivi, comment l'expliquez-vous ?

De même pour ce qui est des examens à l'hôpital (analyses, échographies?)

Vous voyez des difficultés pour le contrôle et le suivi des grossesses à Tiholop?

Quelle serait, selon vous la prise en charge idéale d'une grossesse ? Au niveau de la prise en charge en elle-même, au niveau des patientes (soins, attitudes...) ?

Quels seraient les besoins? (au niveau des infrastructures, des femmes enceintes, de la communauté...)

Lors de ma dernière visite j'ai vu que vous planifiez rendre visite à quelques femmes enceintes avec la sage-femme traditionnelle, le faites-vous systématiquement?

Au niveau des complications:

Sont-elles communes dans la communauté? Quelle serait la dernière que vous avez eu à prendre en charge au centre ?

Que se passe-t-il lorsqu'une femme présente une complication ? Passent-t-elles toujours pas le centre (ou elles se dirigent vers un autre acteur, une autre institution ?) Quelle est l'organisation qui se met en place s'il faut transférer une femme vers une autre infrastructure ?

#### **4. Mobilité et accès à l'intérieur de la communauté (et communication)**

Connaissez-vous la trajectoire ou le chemin que les femmes empruntent lorsqu'elle se rendent à leurs rendez-vous de suivi prénataux ou lorsque se présente une complication ? Comment trouvez-vous ce chemin ?

Pourriez-vous me donner quelques mots pour décrire ce chemin?

Dans la communauté, comment communiquez-vous entre vous ? (lorsque vous voulez parler avec le maire, la sage-femme ou l'auxiliaire de santé ? Comment faites-vous ?)

Et lorsque vous souhaitez communiquer avec des personnes en dehors de la communauté ?

Pourriez-vous également me donner quelques mots pour décrire la communication dans la communauté ?

#### **5. Représentations de la grossesse:**

Selon vous, comment les habitants de Tiholop considèrent la grossesse ?

Quelles seraient les raisons pour lesquelles les femmes tombent enceintes dans la communauté?

Pourriez-vous me décrire ce qu'est la grossesse pour vous?

Pourriez-vous me donner quelques mots que vous associez à la grossesse?

## Annexe 8 : Grille de questions du *focus group* avec les femmes enceintes

### Guía de *Focus Group* con las embarazadas/ *Grille Focus Group* avec les femmes enceintes

#### INTRODUCCIÓN Y PRESENTACIÓN /INTRODUCTION ET PRESENTATION

- Presentarme / *me présenter*
- Presentación del proyecto de investigación / *présentation du projet de recherche*

Voy a grabar nuestras pláticas si no les molesta, ya que me servirá para escribir un libro para mis estudios. Es anónimo, oséa que los que le leerán no sabrán quién dijo cada cosa. Siéntanse libres de decir todo lo que quieran, lo que opinan! Todo lo que van a decir está bien, no hay una respuesta.

*Je vais enregistrer nos discussions si ça ne vous dérange pas parce que ça me servira pour écrire un livre pour mes études. C'est anonyme, ça veut dire que ceux qui le liront ne sauront pas qui a dit quoi. Sentez-vous libre de dire ce que vous voulez, il n'y a pas de bonnes réponses ! Tout ce que vous direz est bien.*

- Presentación de las mujeres/ *présentation des femmes*

Vuelta de la mesa: edad, número de hijos, casadas ...

Tour de table : âge, nombre d'enfants, mariées

#### QUESTIONS/PREGUNTAS

##### **I. Embarazo / *grossesse* :**

1. ¿Cómo es estar embarazada?  
*Comment c'est être enceinte ?*
2. ¿Cómo usted habla del embarazo? ¿Sí se habla del embarazo? ¿Por qué?  
¿Con quién?  
*Comment vous en parlez de la grossesse? Vous en parlez? Oui? Non? A qui? Pourquoi?*
3. Si les menciono «un pie en la tierra, un pie en el cielo », a que les suena? Me lo podrían explicar?  
*Si je vous dit "un pied sur terre, un pied au ciel", cela vous parle? Vous pourriez me l'expliquer ?*
4. ¿Hay otras expresiones así?  
*Il y a d'autres expressions comme celle-ci?*

##### **II. Recursos (lugar, materiales y personas) / *personnes et lieux ressource***

5. ¿En dónde pueden ir en Tiholop para algo relacionado con su embarazo?  
*Ou vous pouvez aller à Tiholop lorsqu'il sagit de votre grossesse ?*
6. Para su embarazo, a quién consulta en la comunidad? (para consejos, información, control, acompañamiento)  
*Pour votre grossesse, qui consultez-vous? (pour des conseils, informations, contrôles, accompagnement)*
7. ¿A quién no consulta? ¿Por qué?  
*Qui vous ne consultez pas? Pourquoi ?*

##### **III. Movilidad y comunicación /*Mobilité et communication***

8. ¿Cómo van de un lugar al otro dentro de la comunidad?

Comment vous allez d'un endroit à l'autre au sein de la communauté ?

9. ¿Y de la comunidad a otra comunidad o ciudad?  
Et de la communauté à une autre communauté?
10. ¿Cambió algo desde que se embarazo?  
Y a-t-il eu des changements depuis que vous êtes enceintes ?
11. ¿Cuánto tienen que ir a sus controles o a realizar estudios al hospital como ven ustedes el camino para llegar a la consulta?  
Lorsque vous devez vous rendre aux contrôles prénataux ou à l'hôpital pour des analyses comment vous trouvez le chemin pour y arriver?
12. ¿Podrían darme unas palabras que asocia a esa carretera?  
Vous pourriez me donner quelques mots qui décrivent cette route?

**Conclusión:**

- Cuáles son sus necesidades acerca de su embarazo?  
Quels sont vos besoins autour de votre grossesse?
- ¿Hay algo que olvidaron decir, o que quieren añadir?  
Il y a quelque chose que vous avez oublié de dire ou que vous voulez ajouter?

Muchas gracias por su participación y por el tiempo que nos dedicaron / Merci beaucoup pour votre participation et pour le temps que vous nous avez consacré.



## Annexe 9 : Grille de questions du focus group avec les hommes

### Guía Focus Group (hombres)/ Grille Focus Group (hommes)

#### INTRODUCCIÓN Y PRESENTACIÓN /INTRODUCTION ET PRESENTATION

- Presentarme / me présenter
- Presentación del proyecto de investigación / présentation du projet de recherche

Voy a grabar nuestras pláticas si no les molesta, ya que me servirá para escribir un libro para mis estudios. Es anónimo, oséa que los que le leerán no sabrán quién dijo cada cosa. Siéntanse libres de decir todo lo que quieran, lo que opinan! Todo lo que van a decir está bien, no hay una respuesta.

Je vais enregistrer nos discussions si ça ne vous dérange pas parce que ça me servira pour écrire un livre pour mes études. C'est anonyme, ça veut dire que ceux qui le liront ne sauront pas qui a dit quoi. Sentez-vous libre de dire ce que vous voulez, il n'y a pas de bonnes réponses ! Tout ce que vous direz est bien.

#### QUESTIONS/PREGUNTAS

##### I. Embarazo / grossesse :

1. ¿Cómo es el embarazo?  
Qu'est-ce que c'est la grossesse?
2. ¿Como se habla del embarazo aquí?  
Comment vous dénommez la grossesse généralement
3. ¿Si les menciono «un pie en la tierra, un pie en el ciel », a que les suena? Me lo podrían explicar?  
Si je vous dit "un pied sur terre, un pied au ciel", cela vous parle ? Vous pourriez me l'expliquer ?
4. ¿Hay otras expresiones así?  
Il y a d'autres expressions comme celle-ci?
5. ¿Cómo se enteran que una mujer está embarazada en Tiholop?  
Comment vous apprenez qu'une femme de Tiholop est enceinte ?

##### II. Recursos (lugar, materiales y personas) / personnes et lieux ressource

6. ¿En dónde pueden ir las embarazadas en Tiholop para algo relacionado a su embarazo?  
Où les femmes enceintes de Tiholop peuvent aller pour quelque chose en lien avec leur grossesse ?
7. Para el embarazo, a quién se puede consultar en la comunidad? (para consejos, información, control, acompañamiento)  
Dans la communauté, avec qui il est possible de consulter pour une grossesse (pour des conseils, informations, contrôle, accompagnement).
8. Si ocurre una complicación/urgencia, ¿qué se hace en la comunidad? ¿Qué es lo que hacen ustedes?  
Si une complication ou une urgence survient, comment ça se passe ? Vous, que faites-vous ?

##### III. Mobilidad y comunicación /Mobilité et communication

9. Cuando las mujeres tienen que ir a sus controles o al hospital para sus estudios, sabe cuál es el camino?¿Cómo lo ven?  
Lorsque les femmes doivent se rendre à leurs contrôles ou à l'hôpital pour des examens, vous savez

par quel chemin elles y vont ? Comment vous le trouvez ?

10. ¿Podrían darme unas palabras que asocia a esa carretera?

Vous pourriez me donner quelques mots qui décrivent cette route?

11. ¿Cómo comunican entre ustedes dentro de la comunidad, cuando pasa algo grave? Y afuera de la comunidad?

Comment vous communiquez à l'intérieur de la communauté lorsque quelque chose de grave survient ?

### **Conclusión:**

- ¿Qué es lo que se necesitaría en Tiholop para que las embarazadas estén bien?

¿De quoi vous auriez besoin à Tiholop pour que les femmes enceintes soient en bonne santé et se sentent bien ?

- ¿Hay algo que olvidaron decir, o que quieren añadir?

Il y a quelque chose que vous avez oublié de dire ou que vous voulez ajouter ?

Muchas gracias por su participación y por el tiempo que nos dedicaron / Merci beaucoup pour votre participation et pour le temps que vous nous avez consacré.

**Annexe 10: Tableau récapitulatif des informations concernant les femmes enceintes interrogées**

Nom	Age (années)	Nb enfants (âge)	Avancée grossesse (mois)	Complication (oui/non)	Lieu naissance prévu	Conjoint (village / autres villes)	Habitat Lieu + (nb de personnes)	fuite / mariage
Sandy	20	0	7	Non	Peto	Puerto Aventura (253km)	Chez la belle-mère	Fuite puis mariage
Ariana	26	0	2	Non	Peto	Village	Chez la belle-mère (4)	mariage
Elisa	31	2	8	Oui	Izamal	Village	Chez la belle-mère (7-8)	fuite
Martha	27	1	5	Non		Mérida (143km)	Chez sa mère (8)	Non spécifié
Mercy	22	0	7	Non	Ne sait pas	Mérida (143km)	Chez la belle-mère (environ 10)	mariage
Nelly	25	1	5	Non	Peto	Village	Maison dans propriété belle-mère	fuite
Nora	27	3 (11, 9 et 5)	7	Oui	Mérida	Isla Mujeres (274km)	Chez sa mère mais possède une maison (5)	fuite
Noelia	15	1 (1)	9	Oui (à risque)	Peto	Village	Chez son beau-père (4)	fuite
Rosa	25	1 (9)		Non	Peto	Décédé	Chez sa mère	Fuite

Source : élaboration personnelle à partir des entretiens réalisés

**Annexe 11: Exemple de script d'un entretien réalisé en espagnol et en maya**

**Script entrevista Nelly**

**Fecha :** 08/07/2018

**Hora :** 19h

**Lugar :** casa de la entrevistada

*La entrevista tuvo lugar en la casa de la entrevistada, en presencia de la hija de ella. La entrevistada entendía bien el español pero no lo hablaba, lo que me llevo a solicitar la ayuda de una amiga bilingue para traducirme el discurso de la entrevistada.*

*N: para la entrevistada*

*A: para la traductora*

Primero, ¿Podría presentarse de cómo se llama usted?

(N) Nelly ¿Cuántos años tiene?

(N) 25

¿Y es de Tiholop usted?

(N) Ha

¿Sí, siempre vivió aquí?

(N) Ha

Ok y ¿hasta dónde fue a la escuela? ¿Fue a la escuela?

(N) Ha hasta tercero de secundaria

¿Y usted está casada?

(N) señala que sí

¿Y su esposo está aquí?

(N) hablando en maya

(A) está acá en el pueblo nada más que va en la milpa

Ha ok se va a la milpa entonces.

(N) señala que sí

Y va por la mañana, ¿a qué hora más o menos?

(N) hablando en maya

¿Se va al amanecer?

(A) a las 2 regresa y se va a las 4 otra vez, así

Y a en la mañana ¿a qué hora sale?

(N) A las 7

(A) A las 7 de la mañana

Ha bueno y... no conozco la milpa. ¿Usted va a la milpa también?

(N) señala que no (risas)

¿Y antes iba?

(N) Ha. Hablando en maya

(A) Que antes iba pero que ya no.

¿Ok, es su única hija por el momento?

(N) Señala que sí

¿Y cuántos años tiene?

(N) habla en maya

¿3 y va a cumplir 4?

(A) Tiene 3 años

Ah bueno 3 añitos tiene. ¿Y aquí en casita con quiénes viven?

(N) hablando en maya

(A) Solo son 3, su esposo y ella y la niña

Ósea es la casa de ustedes aquí.

(N) señala que sí

¿Ok y qué es un día normal para usted, ósea se levanta y luego qué es lo que hace?

(N) hablando en maya

(A) ella cocina, cuando en el amanecer pues ella prepara el desayuno pues va a lavar, lavar ropa va a buscar su agua y cuando acaba todos sus quehaceres se sienta a costurar.

¿Ha... usted costura?

(N) Señala que si

¿Y la niña la lleva a la escuela también?

(N) hablando en maya

(A) En CONAFE la lleva, ella va a pasar en kínder

¿Pero aquí en Tiholop?

(N) Señala que sí

¿Usted la lleva a la escuela?

(N) señala que sí y sigue hablando en maya

¿Y dónde está la escuela de ella?

(A) Por el palacio

Ha la que está al lado, de educación inicial

(A) Si

¿Y a qué hora entra?

(N) hablando en maya

¿De 4 a 6?

(A) Si, porque es CONAFE, son los niños que estudian en la tarde porque hay dos iniciales, la indígena y la CONAFE.

Pero, porque una embarazada con quién platique me dice que lleva a su hija allá por la mañana en la inicial.

(A) Es la indígena con la otra maestra. La CONAFE es dónde queda Marce también

Ha, en el palacio, ósea dentro del palacio

(A) Si allí en un cuarto

Ha ok entonces ya lo veo, y entonces todas las tardes va allá

(A) Sí, y es interesante también allá porque les dan pláticas de embarazadas

No lo sabía y luego va a ir a kínder, ¿y el kínder dónde está?

(N) hablando en maya

(A) este año es el último que está en inicial, en julio se acaba y pasa a kínder.

¿Y dónde está el kínder aquí en Tiholop?

(N) Hablando en maya

¿Por la salida?

(N) Ha

Entonces ya lo ubico más o menos. ¿Y cambiaron sus actividades, ósea ya no hace las mismas cosas que antes desde que se embarazó o es lo mismo que antes?

(A) hablando en maya

(N) hablando en maya

(A) Sí cambió algunas actividades porque antes de su embarazo, sí barría y hoy pues no puede porque por su embarazo. Esa actividad por ejemplo cambió.

¿Y ya no va a la milpa? ¿Antes sí iba con su esposo?

(N) Ha

¿A qué hora iba?

(N) hablando en maya

De las 8 hasta las 11, ¿y su hija en dónde la dejaba?

(N) hablando en maya

¿Con su suegra?

(N) Ha

¿Y dónde está su suegra?

(N) hablando en maya

(A) En donde pasamos

¿Ha ok, y entonces eran sus cuñadas?

(N) Ha

Entonces la deja acá con su suegra y se va a la milpa con su esposo, pero ya no

(N) señala que no

¿Porque usted no quiere o dice que no se puede o su esposo le dice que ya no vaya?

(N) hablando en maya

(A) Su esposo le dice que ya no puede ir por su embarazo y ella también sabe que no puede ir

¿Y quién le dijo? ¿Su mamá o...cómo sabe, se siente cansada o porque algo le dijeron?

(A) hablando en maya

(N) hablando en maya

(A) Aparte de porque se puede cansar y también le dicen que no está bien porque en el monte pues una embarazada no puede ir en la milpa.

¿No?

(A) No

¿Porque?

(A) Es la, lo mismo que le preguntaste a la muchacha sobre las creencias del embarazo porque a nosotros nos enseñaban así que si una embarazada va en el monte nos puede dar un aire malo.

¿Qué es un aire malo?

(A) Es este, es como que se puede enfermar de repente la embarazada

(N) hablando en maya

(A) También le dicen que son... es un viento malo así según esta creencia hay que si nuestros abuelos así nos dicen y así pues

¿Así fue con usted, su mamá le dijo eso?

(N) Ha

¿De las embarazadas?

(N) hablando en maya

(A) Si, como los abuelitos pues ellos saben, ellos así lo cuentan y nosotros seguimos la ...

Ha ok y por eso ya no va a la milpa

(N) señala que no

¿Y para su embarazo, qué representa el embarazo para usted, que és, cómo se siente estar embarazada aquí?

(N) hablando en maya

(A) Que se siente bien, dice que no le duele nada.

¿No? ¿Pero qué se siente de saber que tiene un bebé en su pansa o no sé qué le parece, qué se siente? A parte de que tenga dolores o no.

(A) hablando en maya

(N) hablando en maya

(A) Que sí, está muy contenta y es muy lindo tener un bebé

¿Si? ¿Y es lo mismo que la primera vez? ¿O se siente diferente?

(N) Casi lo mismo

¿Y qué cambió, qué es diferente esa vez?

(N) hablando en maya

(A) Con la primera niña le dio vómitos, se sentía así mareada se sentía cansada pero ahora no, se siente mejor como si no tuviera nada.

¿Enserio no siente nada?

(A) Se siente tranquila.

¿Y en su primer embarazo también hacía las mismas actividades, las mismas cosas? Dejó de ir a la milpa, dejó de barrer y hacer mucho esfuerzo... ¿cómo fue?

(N) hablando en maya

(A) Ella con la primera niña pues le dijeron que no debía de cargar muchas cosas pesadas no debía de lavar mucha ropa pesada y pues le quitaron todo lo que son cosas así pesadas que no puede hacer.

¿Y no es muy pesado cargar agua?

(A) hablando en maya

(N) hablando en maya

(A) Si alza el agua para hacer su trabajo así pero no botes así y no puede hacer cosas pesadas pero sí puede hacer un poquito.

Mhhh aunque sí está pesado. Ok. ¿Y aparte de eso de que las embarazadas no pueden ir al monte y así, hay otras cosas que se dicen aquí en el pueblo o en su familia, hay cosas que se dicen sobre una embarazada?

(A) hablando en maya

(N) hablando en maya

(A) Que le platican por su abuelita los... por ejemplo la embarazada no debe de dormir así boca arriba, así de ladito sí por el bebé. Porque hay pájaro que cruza se puede cruzar encima de la casa y le puede hacer mal al bebé.

¿Qué es lo que le podría hacer al bebé?

(N) Hablando en maya

(A) Que puede este puede ser de que antes de que nazca el bebé, puede que le haga mal y ya no nazca, se muere o...



pero para que no suceda eso pues le recomiendan a las embarazadas dormir un poco de lado. Si se cansan así se vuelvan a poner del otro lado pero así recta no.

¿Y así lo hace, duerme de lado?

(N) señala que sí. Hablando en maya

(A) hay un pedazo de palito, es una planta curable si lo ponen así en una hamaca pues previene a que no le pase nada al bebé ni a ella. O arriba también dicen que en el techo que puede poner uno las piedras del pib o donde cocinamos así.

(N) hablando en maya

(A) Son unas cosas que pues así nos enseñaron, las ponemos arriba y así también protegemos al bebé.

Mhhhd ¿de qué le pase algo mal, no?

(A) Si

Ha interesante, ¿y entonces eso le dice su abuela y así no?

(N) señala que si

¿Y otras cosas le ha dicho, que recuerda?

(N) hablando en maya

(A) Solo eso

¿Mhhh y sí tiene su palito en la hamaca dónde duerme?

(N) Ha (se levanta y lo va a buscar para enseñarlo)

(A) Es ese

Ha ok. ¿Y cuando supo que se había embarazado mhhh cómo le anunció a su familia?

(N) hablando en maya

(A) Ella cuando se dio cuenta que estaba embarazada, bueno no se había dado cuenta pero sospecha se compró la prueba de embarazo y se la hizo. Y luego le dijeron por su suegra o así que vayan en la clínica, al centro de salud.

¿Para confirmar o...para consultar?

(N) hablando en maya

¿Y a dónde fue a sacar sus análisis?

(N) hablando en maya

En Peto, ok ¿pero la mandaron en Izamal, no?

(N) señalando que si

¿Pero usted fue a Peto, cómo fue?

(N) hablando en maya

(A) Porque en Peto, porque acá aparte de que está cerca, y aparte no tenemos ambulancia para que nos trasladen a Izamal y uno tiene que hacer flete hasta allá Peto.

¿Entonces pidió Flete?

(N) Ha

¿Y se lo dijo a sus comadres, amigas, vecinos, o no?

(A) hablando en maya. ¿Cómo Marine?

¿Que si le dijo a otras personas que estaba embarazada?

(N) Se lo platicó a su suegra, a su mamá, porque ellas pues saben cómo tienen más edad, pues ellas saben

¿Pero a sus amigas, vecinos, no?

(N) señala que no. Hablando en maya

(A) Pues hoy sí, como se dieron cuenta que está embarazada

¿Pero antes no?

(N) señala que no.

¿Y sí se habla del embarazo, si usted habla de su embarazo con personas, con gente de cómo le va, como se siente en el embarazo, de lo que le pasa?

(N) hablando en maya

(A) ¿Cómo?

De si habla de lo que le pasa, de cómo se siente en su embarazo, no sé con su familia, con otras personas...

(A) hablando en maya

(N) hablando en maya

(A) Sí le platica a su suegra, sus familiares, le preguntan cómo va su embarazo si está bien, si no tiene ninguna molestia.

Entonces con su familia, pero con otras personas como la familia, las amigas...

(N) hablando en maya

(A) Sí con sus amigas, con sus otras compañeras embarazadas, como... lo que sí como se siente ella también.

¿Con Norma que vive al lado, con las que van a las juntas, o tiene amigas por aquí por su casa o va a la casa de ellas?

(N) hablando en maya

(A) Ella no va en las casas así a pasear, es en el centro de salud cuando tienen pláticas allí se ven y se comentan cómo se sienten y cómo están.

Ok y ¿cada cuánto es esas pláticas, antes de que yo viniera? ¿Cuándo se ven en el centro de salud? ¿Con Doña Magda?

(N) hablando en maya

(A) Es primera vez que le dicen lo de la plática

Ha ok entonces allá plática ahorita

(N) señala que si

Y no le pregunte, ¿Cuánto tiempo lleva en su embarazo?

(N) 5

5 meses, mhh ok. ¿Y para su embarazo a quién va a ver en la comunidad?

(N) hablando en maya

(A) ¿Cómo?

¿A cuáles personas ella va a ver para su embarazo?

(A) hablando en maya

(N) hablando en maya

(A) Si, acude con partera

¿Y con cuál partera?

(N) hablando en maya

(A) Con Doña Alma

Ha, ok.

(A) La misma que Nora

La que está más allá del ciber. Ok entonces ve a partera, ¿ve a la doctora también?

(N) Ha

¿Y cada cuánto la ve?

(N) Cada mes

¿Y la partera cada cuánto la ve?

(N) cada 15 días

¿Y cada 15 días la soba?

(N) Ha

¿Ok y no ve a nadie más a parte de esas dos personas no ve a nadie más?

(N) hablando en maya

¿No?

(A) Que solo esto.

Ok y ¿a quién le pide consejos cuando quiere consejos sobre algo que le va a pasar o sobre algo que quiere saber a quién le pregunta?

(N) hablando en maya

¿A su mamá?

(A) Sí a su mamá

¿Y en su anterior embarazo, con su hija, iba también a la misma partera?

(N) señala que no, hablando en maya

(A) Ahh antes con Doña... con una señora que estaba en San Marcos

¿Y cómo se llama?

(A) Doña Mara, pero ella ya falleció

Ha ok y estaba en San Maros. Ok y cómo es que fue con ella y no con otra?

(N) hablando en maya

(A) Que le comentan por la señora de que ella sí sabe, y ella entiende como si va a nacer o no, si está bien el bebé.

¿Quién le comentó eso, quién le dijo?

(N) hablando en maya

(A) Las mismas señoras de San Marcos porque también hay señoras a quien soba aquí

¿Entonces las señoras de aquí le dijeron?

(N) Ha

¿Ok y de su, nada más de su mamá le pide consejos y de nadie más?

(N) hablando en maya

¿Y su mamá dónde vive?

(A) Es de este... de la tienda de los 3 hermanos

(N) Ha

(A) Vamos a decir, de la tienda San Valentín, todo derecho

¿Ósea sí está lejos?

(N) hablando en maya

(A) No está muy lejos

¿Ok y dónde puede ir para su embarazo usted? ¿Cuándo tiene que ir para su embarazo, dónde va?

(N) hablando en maya

¿Los lugares?

(A) ¿A para su embarazo?

Sí para su embarazo

(N) hablando en maya

(A) Que ella va en casa de Doña Ana.

¿Ok y va al centro de salud y va otros lugares?

(N) hablando en maya

¿A Peto para el ultrasonido?

(A) Si

¿Y ya sabe en dónde va a ir para que nazca su bebé?

(N) hablando en maya

(A) Que en Peto como está más cerca

Ok, ¿y su hija también nació en Peto?

(N) Ha

¿Y eso usted lo decidió o su esposo lo dijo o su suegra o quién decidió que iba a ser en Peto?

(N) hablando en maya.

(A) Lo platicó con la familia, con su esposo, con su mamá, con su suegra.

¿Y todos dijeron que en Peto?

(N) señalando que sí

¿Y cuando vaya en Peto, cómo van a hacer con la niña? ¿La van a dejar aquí, la van a llevar?

(N) (risas) hablando en maya

(A) La va a dejar

¿La dejará aquí con su suegra?

(N) Ha

¿Ha ok, y usted cuando sale de su casa en dónde va generalmente? ¿Me dijo que a casa de Doña Ana, al centro de salud pero cuando va a hacer sus compras dónde va?

(N) hablando en maya

(A) Sí sale a comprar, y va también a casa de su mamá

¿Ah entonces por la tienda San Valentín o dónde va?

(N) hablando en maya

(A) Que allí va.

¿A comprar por la casa de su mamá?

(A) No que en la tienda San Valentín pero que también va a casa de su mamá

Ok, ósea que va a comprar en la tienda San Valentín y va a visitar a casa de su mamá. ¿Y va a otros lugares de Tiholop?

(N) señala que no

Casa de su suegra que está al lado

(N) (risas)

No va a visitar co madres o ...

(N) señala que no

¿Y cuando va a casa de su mamá o a la tienda cómo va?

(N) hablando en maya

(A) Caminando

¿Y antes de que se embarazará, también era lo mismo, iba caminando o?

(N) hablando en maya

(A) Antes en triciclo iba pero ahora que ya no

Ok y cómo es ese trayecto por ejemplo ir a casa de su mamá, a la tienda al centro de salud cómo es, ¿cómo le parece el camino?

(N) hablando en maya

(A) ¿Cómo el camino?

¿Si cómo lo ve?

(A) hablando en maya

(N) hablando en maya

(A) Sí, va pero antes como iba con bicicleta llegaba rápido ahorita no pues se le dificulta un poquito

Entonces es más largo el camino, ¿Se cansa más?

(N) un poco

¿Y cuando tiene que ir a otra comunidad, me dijo que va a Peto pero también va a otra comunidad, a Izamal o Mérida?

(N) señala que no

¿Entonces cuando sale de Tiholop es solo para ir a Peto?

(N) señala que sí

¿Ok y entonces fleta?

(N) Ha

¿Y cómo es que consigue en flete?

(N) hablando en maya

(A) Iban con moto con su esposo para ir, pero ahora que está avanzado su embarazo ya no, van en coche

¿Okay entonces para sus laboratorios y todo iban en moto al principio?

(N) Ha

¿Y entonces dónde pide el flete o cómo le hace para pedir el coche?

(A) ¿Cómo Marine?

¿Que cómo consigue flete, dónde le va a pedir o cómo le hace para tener un coche para ir?

(A) hablando en maya

(N) hablando en maya

(A) Que flete

(N) hablando en maya

¿No hay ambulancia?

(A) No hay ambulancia y tiene que fletar

¿Ha ok, si o si tiene que fletar. Y con quién va, tiene su flete de siempre o a quién siempre le pregunta o...?

(N) hablando en maya

(A) En cualquier taxi porque a veces están ocupados y no tienen

¿Pero cuando lo necesita cómo le hace, a quién le va a pedir o le dice a su esposo para que vaya a buscar o dónde busca, cómo se hace?

(N) hablando en maya

(A) hablando en maya

(N) hablando en maya

(A) Su esposo

¿Su esposo lo va a buscar? ¿Y a quién lo pregunta su esposo?

(N) hablando en maya

(A) hablando en maya

(N) hablando en maya

(A) Si no es Javier, es este... Pablo también hace fletes.

¿Y dónde está Pablo?

(N) (risas)

Ósea si está muy lejos de su casa...

(N) hablando maya

(A) Está muy cerca de acá el taxista (risas) ¿y dónde está Pablo?

(N) (risas)

(A) No está lejos de acá, está cerca de ella.

(N) hablando en maya

(A) Si no está Pablo

(N) (risas)

(A) pues hablan por teléfono a su cuñado que está en San Marcos, enseguida viene

¿Tiene celular en casa de ustedes? ¿Ehh teléfono? ¿En su casa tienen señal?

(N) hablando en maya

¿Ha tienen que ir a la tienda?

(A) Si

¿Y dónde está la casa para hablar?

(N) hablando en maya

(A) Allá atrás dónde fuimos con Nelly

(N) (risas)

¿Ha la otra Nelly?

(A) Si

¿Ella tiene teléfono?

(A) Ella y también con Don Mario y Doña Yvone con Leidy ...

Ok y les pagan a ellos para hablar.

(A) Si

Y cómo está el camino

(N) Pablo (risas)

(A) (risas) No lo sé dónde está Pablo dice

Perdón es que lo dije mal (risas). Y cómo está el camino hacia Peto, ¿cómo lo ve? Ósea tiene que ir hasta allá...

(N) hablando en maya

(A) En Peto está mejor la carretera pero si va dónde San Pedro y por allá eso sí está fea la carretera.

¿Y de precio qué tal se le hace de pagar para ir a Peto?

(N) hablando en maya

¿Y qué se le hace, está bien, está caro?

(N) hablando en maya

(A) Sí, sí está caro. Pero pues así hacen flete ellos y con eso se van a Peto.

(N) hablando en maya

(A) Hasta Izamal pues está más caro

Ok por eso entonces. ¿Y cuando tiene que comunicarse con alguien, por ejemplo con la partera o con alguien cómo lo hace? ¿Porque dice que hay teléfono pero lo usa o cómo le hacen para avisar a la persona?

(N) hablando en maya

(A) Si se necesita hablar con la partera, se le va a decir

¿Quién va a decirle?

(N) hablando en maya

(A) Su esposo.

Ok e ¿igual para la doctora del centro de salud? Cuando tiene que hablar con ella, o consultar cómo le hace?

(N) hablando en maya

(A) Ella tiene que acudir

Mhhh Ok y ¿si le pasa algo, cuando le pasa algo qué es lo que hacen? ¿A quién van a hablar?



(N) hablando en maya

(A) A su suegra le platica por ejemplo si le duele la espalda o tiene algunas molestias y pues se lo dice como está más cerca.

Y luego su suegra que hace

(A) Le explicó, le dice que si, si quería comer algo o así entonces ella pues cuando siente que quiere comer las cosas se lo dice y le compra

¿Por los antojos?

(N) señala que si

Ok y para acabar, ¿qué diría que hace falta para que estén mejor las mujeres embarazadas en Tiholop y para que tengan sus bebés bien?

(N) hablando en maya

(A) Para ella lo interesante son las pláticas que la invitaron, escuchó pláticas interesantes, como aprende que todo lo de una embarazada y lo que más se necesita pues acá en el pueblo es que haya doctor así para toda la semana y que haya ambulancia.

¿Para ir a Izamal?

(A) Para ir a Izamal o adónde sea.

¿Entonces las pláticas, que le parece, quién debería de darlas? ¿Gente de aquí de Tiholop, de la comunidad o gente de afuera, la partera, ustedes?

(N) hablando en maya

(A) ¿Quién da las pláticas?

¿Quién les parece mejor que de las pláticas? Alguien de la comunidad que hable maya, la partera, o ellas que se les enseñe a dar plática y que las den ellas...

(A) hablando en maya

(N) hablando en maya

(A) Para ella las dos partes, sea la gente que viene, un doctor como viene la doctora Elsa o la partera porque también la partera sabe sobre la embarazada y puede ayudar.

¿Y les puede hablar en maya, ósea es mejor o no? ¿O que prefieren ustedes, que les puedan hablar en maya?

(A) A parte de que hablen maya, las parteras también saben algunos remedios.

Ok pero las pláticas por ejemplo que, que gente que venga a la plática, ¿sería mejor que se les hablen en maya o en español?

(N) hablando en maya

(A) hablando en maya

(N) hablando en maya

(A) Si, ella, para ella prefiere que se les explique en maya porque ella entiende más la maya

Mhhh Ok. ¿Y algo más que quiere decir sobre lo que quisiera o que necesita?

(N) hablando en maya

(A) Que, nada ya le entendió

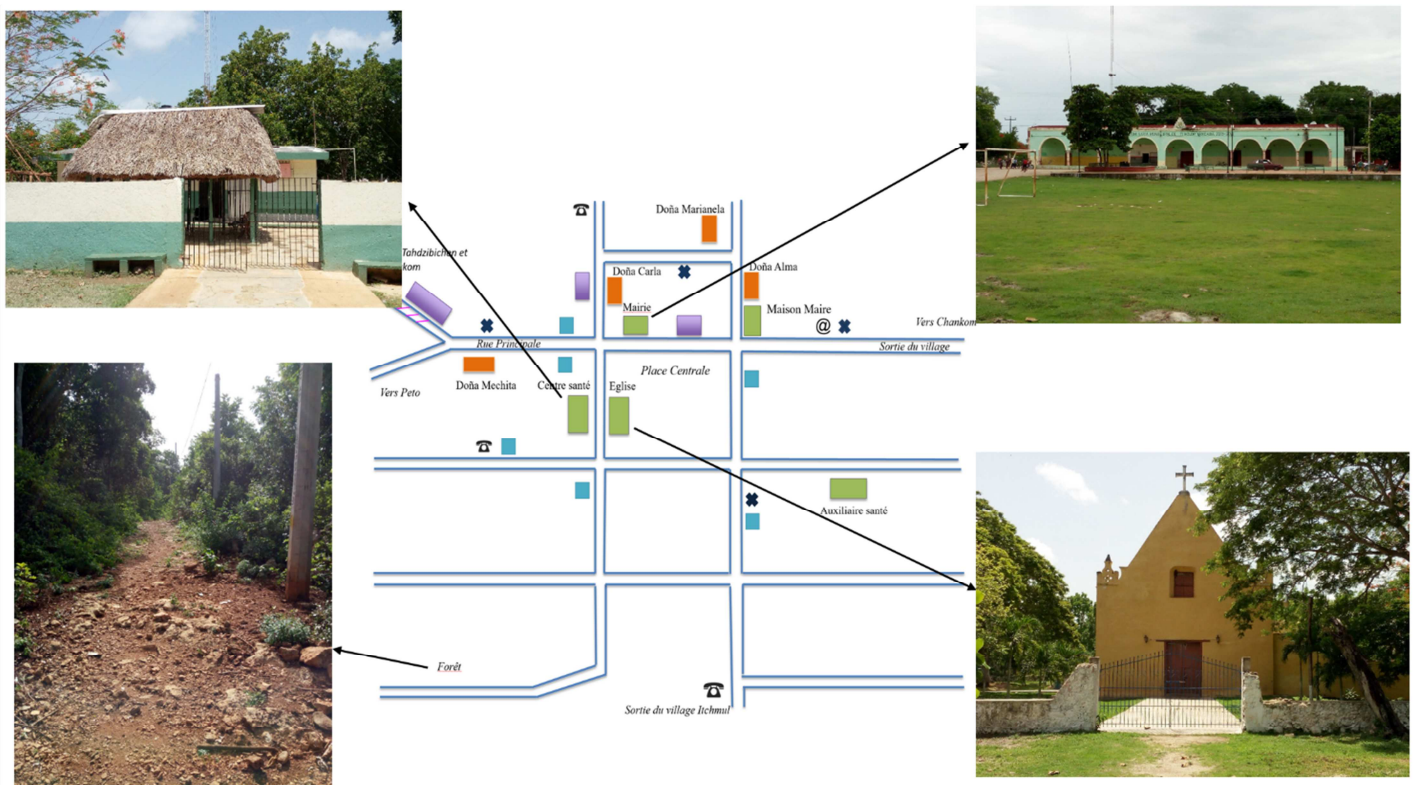
Ok está bien ya acabe entonces

(A) Solo Don Pablo

(N) (risas)

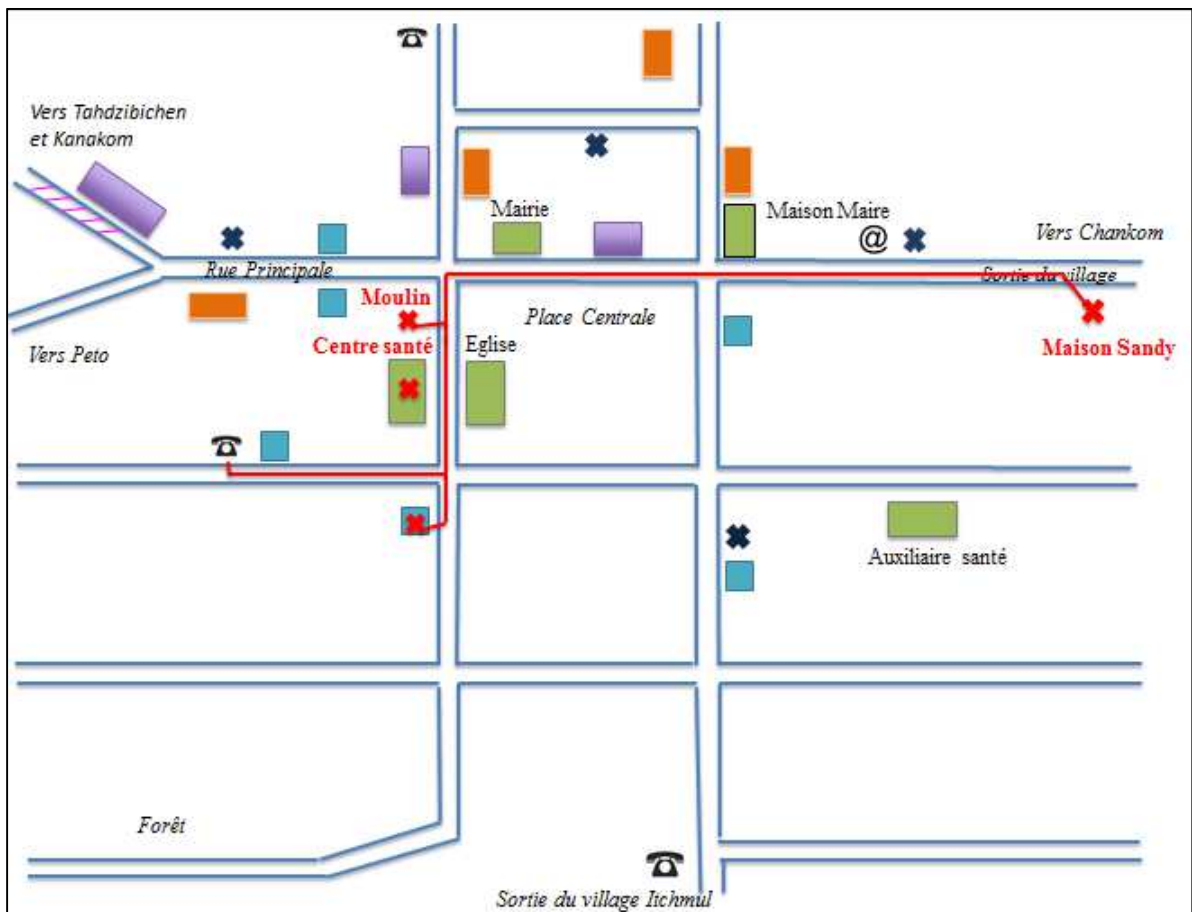
Fin de la entrevista

### Annexe 12 : Graphe de Tiholop avec photos de quelques emplacements (voir figure n° 4 p32)



Source : élaboration personnelles à partir de photos prises à Tiholop par Marine Fernandez

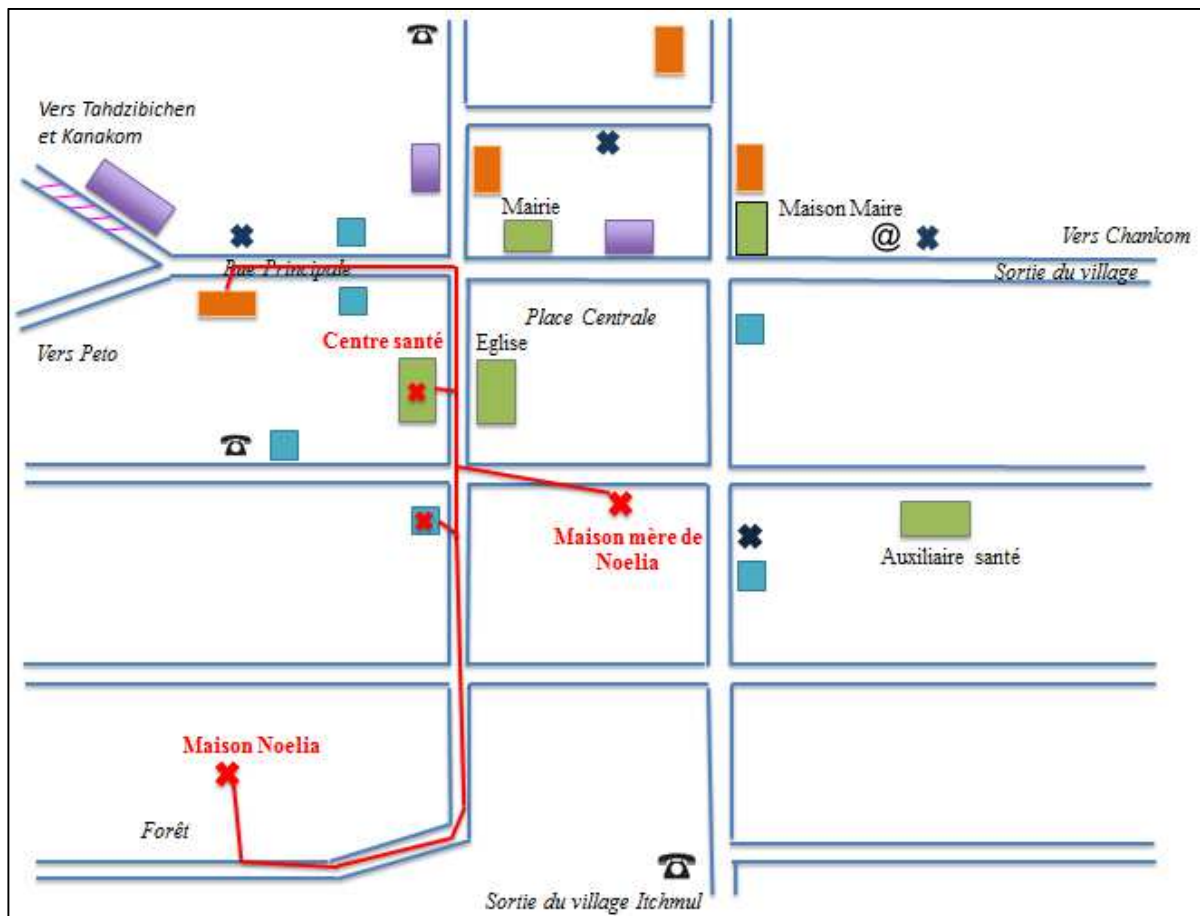
**Annexe 13 : Graphe de la communauté avec les points de fréquentations et les déplacements de Sandy**



Forme	Signification
	Maison des sage femmes
	Maison des femmes enceintes
	Lieux clefs village
	Ecoles
	Alimentation
	Téléphone
@	Internet
	Transport privé (taxi)
	Route accidentée
	Lieu de fréquentation enquêtée

Source : élaboration personnelle à partir d'un entretien avec Sandy, enceinte de 7 mois

**Annexe 14 : Graphe de la communauté avec les points de fréquentations et les déplacements de Noelia**



Forme	Signification
	Maison des sage femmes
	Maison des femmes enceintes
	Lieux clefs village
	Ecoles
	Alimentation
	Téléphone
	Internet
	Transport privé (taxi)
	Route accidentée
	Lieu de fréquentation enquêtée

Source : élaboration personnelle à partir d'un entretien avec Noelia, enceinte de 9 mois

**Annexe 15 : photos de maisons décorées aux couleurs et pancartes de partis politiques**



Source: photos prises à Tiholop le 11/05/18 par Marine Fernandez

**Annexe 16 : Photo d'un défilé politique à Tiholop, prise au moment du focus group avec les hommes**



Source : photo prise le 22/06/18, par Marine Fernandez

**Annexe 17 : photos des hôpitaux de Peto et Izamal (où sont prises en charge les femmes enceintes ayant participé à l'étude)**



Source : Photo de l'hôpital de Peto (Annexe 2) prise par Marine Fernandez le 19/06/18



Source : photo de l'hôpital d'Izamal (Annexe 2) prise par Marine Fernandez le 17/05/18



Source : photo de l'auberge proche de l'hôpital d'Izamal prise par Marine Fernandez le 17/05/18





FERNANDEZ

Marine

21/09/2018

## Master 2 Promotion de la Santé et Prévention

Promotion 2017-2018

**Recherche en santé maternelle : développement d'une approche communautaire pour prévenir les complications obstétriques et la mortalité maternelle chez les femmes enceintes d'une communauté rurale maya du Yucatán.**

### ***Résumé :***

La santé maternelle est un sujet particulièrement sensible et politisé au Mexique, notamment parce que c'est un indicateur de développement. Dans ce mémoire nous présentons une étude portant sur la prévention des complications obstétriques menée dans une communauté rurale maya du sud – est mexicain. Des entretiens et *focus groups* ont été réalisés afin d'aborder la prise en charge de la grossesse, la réponse aux urgences obstétriques mais aussi pour saisir les représentations sociales relatives à la grossesse et au trajet en lien avec la prise en charge (transport, mobilité, accessibilité) parmi les participants. Malgré les difficultés dans la réalisation de cette étude, nous avons pu identifier des facteurs d'influence (positifs ou négatifs) à la prévention des complications obstétriques dans cette communauté. Ceux-ci pourraient être mobilisés dans l'élaboration et l'impulsion d'actions de prévention de la mortalité maternelle avec la participation active de la population.

### ***Mots clés :***

Santé maternelle, Mexique, communauté maya, grossesse, prévention, représentations sociales, mobilité, inégalités sociales

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*