



Master 2

Promotion et Prévention de la santé :

2020 - 2021

La césarienne en temps de conflit.

Le cas de la césarienne en Syrie du point de vue de professionnels de santé.

Maëla Cariou

Septembre 2021

Sous la direction de Clélia GASQUET-BLANCHARD

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Clélia GASQUET-BLANCHARD pour avoir accepté d'encadrer ce mémoire. Ces conseils réguliers et sa détermination ont été précieux dans l'accomplissement de ce travail.

Mes remerciements sont ensuite destinés à l'équipe de l'UOSSM à Paris, à Gaziantep et à Erbil dont le soutien a été plus que primordial dans le déroulement de cette recherche. Je remercie Anaïs, Alice et Kerstin de m'avoir encadrée comme il se doit au cours de ce stage, pour la recherche de contacts et pour leurs connaissances du contexte syrien et de la structure.

Je remercie Amina et Ilhem pour leur patience et la traduction en arabe lors des entretiens sans qui les échanges auraient été impossibles.

Je tiens à remercier le docteur Taha, coordinateur de soins de santé primaires à l'UOSSM pour avoir organisé la plupart de mes entretiens ainsi que Majed.

De plus, je remercie les personnes qui ont participé à rendre mon stage formidable par leur bonne humeur et bienveillance : Samantha, Walaa, Dounia, Sarah ma copilote M&E, Audrey, Ammar, Jehan, Alex, Margot, Thabet. En espérant n'oublier personne.

Une pensée pour Capucine Peignier, ancienne collègue de promo de Grenoble grâce à qui j'ai pu avoir le contact de personnes intéressantes avec qui discuter pour mes entretiens et Cyriane, ma sœur, ainsi que ma mère pour les relectures attentives.

SOMMAIRE

1. Introduction	1
1.1 Eléments de contexte	1
1.2 Présentation de la structure de stage	3
2. Méthodologie	6
2.1 Recherche de littérature	6
2.2 Problématisation & hypothèses	8
2.3 Echantillon	9
2.4 Les entretiens semi-directifs	9
2.5 Analyse des données issues des entretiens	12
3. La césarienne, une pratique pour remédier aux conséquences matérielles et médicales causées par le conflit	13
3.1 La césarienne à l'épreuve des conditions de santé et psychiques des femmes syriennes	13
3.1.1 La malnutrition et les troubles psychologiques à l'origine de complications lors de la grossesse et de la naissance	13
3.1.2 La question de la peur comme élément entravant le processus de naissance	16
3.2 Le chamboulement de la société et ses conséquences pouvant être à l'origine de la césarienne	18
3.2.1 Une sensibilisation plus réduite pendant le conflit	18
3.2.2 Une hausse des mariages précoces et la question des violences de genre	19
3.2.3 Les difficultés à se déplacer accentuent le peu de temps accordé à la naissance	21
3.3 Un équipement et un personnel disparates pouvant influencer la hausse des naissances par césarienne	23
3.3.1 Un nombre de visites anténatales estimé suffisant	23
3.3.2 Un personnel soignant fonctionnant en équipe mais parfois insuffisant par rapport à la demande	24
3.3.3 Un équipement disparate qui pousse le personnel soignant à s'adapter	26
4. La césarienne, une pratique différenciée selon les différentes institutions et régions	29
4.1 Le processus de décision de la césarienne comme étape préliminaire au référencement et différent selon les structures	29
4.1.1 La césarienne seulement pour des raisons médicales d'après les professionnels	29
4.1.2 La prise de décision pour la césarienne et le référencement : une décision qui revient au médecin spécialiste	33
4.2 Un référencement et une coordination disparates selon les structures et les régions	34
4.2.1 Le référencement comme un élément salvateur pour la prise en charge de la césarienne	34
4.2.2 Le référencement dépend de la nature des structures dans un périmètre géographique donné	36
4.3 La césarienne, une pratique différenciée selon les régions et la nature des structures	37

4.3.1 Une pratique à replacer dans un contexte régional plus large	37
4.3.2 La césarienne comme pratique à l'honneur dans les structures de santé privées.....	42
4.3.3 Une préférence pour l'accouchement naturel dans le secteur public et celui des ONG	44
4.3.4 Une hausse de la pratique disparate selon les régions en raison de la nature des structures	44
4.3.5 La question des protocoles et du soutien structurel	47
5. Recommandations et limites.....	50
5.1 Les recommandations autour de la pratique de la césarienne : entre une formation des professionnels plus approfondie et une plus large sensibilisation des patientes	50
5.1.1 Une formation des professionnels correcte mais qui pourrait être améliorée depuis plusieurs angles.....	50
5.1.2 L'amélioration de la coordination entre acteurs de la santé peut avoir un grand impact sur la prise en charge de la césarienne	54
5.1.3 Une sensibilisation des patientes existante mais à renforcer	55
5.2 Les limites de ce travail de recherche.....	57
6. Conclusion.....	58
7. Bibliographie.....	60
8. Annexes	83
Annexe 1 : Grille d'entretien en français et anglais.....	83
Annexe 2 : Retranscription entretien n°1.....	87
Annexe 3 : Retranscription entretien n°2	91
Annexe 4 : Retranscription entretien n°3.....	94
Annexe 5 : Retranscription entretien n°4	101
Annexe 6 : Retranscription entretien n°5	107
Annexe 7 : Retranscription entretien n°6.....	115
Annexe 8 : Retranscription entretien n°7	121
Annexe 9 : Retranscription entretien n°8	125
Annexe 10 : Retranscription entretien n°9	130
Annexe 11 : Retranscription entretien n°10.....	135
Annexe 12 : Retranscription entretien n°11.....	143
Annexe 13 : Retranscription entretien n°12.....	148
Annexe 14 : Retranscription entretien n°13.....	151
10. Résumé	154
11. Abstract	155

LISTE DES SIGLES

BEmONC : Basic Emergency Obstetric and Newborn Care

CEmONC : Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care

DDD : Dünya Doktorları Derneği

MDM : Médecins du Monde

NES : Nord-Est Syrie

NOS : Nord-Ouest Syrie

NRC : Norwegian Refugee Council

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SAMS : Syrian American Medical Society

UOSSM : Union des Organisations de Secours et Soins Médicaux

1. Introduction

1.1 Eléments de contexte

La Syrie est désormais rentrée dans sa dixième année de conflit et reste une crise humanitaire majeure de ces dernières années. La révolution qui a débuté en 2011 à Deraa dans le Sud du pays, s'est enlisée en un conflit interne opposant principalement les forces du régime de Damas et des groupes d'opposition. Au fil des années, le conflit s'est peu à peu internationalisé avec la présence des Turcs dans certaines zones au Nord du pays, l'influence iranienne et la forte implication de la Russie auprès du régime syrien. Les conséquences sont telles que les déplacements de populations ont été massifs, que ce soit à l'extérieur ou à l'intérieur du pays. Selon le dernier *Humanitarian Needs Overview (Strategic Steering group, 2021)* datant de mars 2021, on estime à presque 6,7 millions le nombre de déplacés internes depuis le début de la crise pour une population estimée à environ 20 millions d'habitants avant le commencement du conflit, tandis que le nombre de réfugiés à l'étranger est estimé à 5,6 millions de personnes (HNAP, 2021). Les déplacements, selon ces chiffres, concernent pratiquement plus de la moitié de la population syrienne. Les destructions ont été massives et les infrastructures médicales ont été particulièrement touchées, ce qui constitue ainsi une véritable stratégie de guerre de la part du régime envers sa population. Actuellement, et selon la même source, environ 58% des hôpitaux et 51% des centres de soins de santé primaires fonctionnent à pleine capacité alors qu'on estime que la moitié du personnel médical a fui la Syrie depuis 2011 (Strategic Steering group, 2021).

Au-delà des attaques envers les infrastructures médicales et civiles, les conditions de vie difficiles et la précarité n'ont fait que s'accroître ces dernières années, ceci ayant un impact sans retour sur l'état de santé de la population. En janvier 2021, pratiquement 13 millions de personnes en Syrie sont dans le besoin dont 6 millions dans des besoins accrus (OCHA, 2021), ceci étant principalement dû à une forte baisse du pouvoir d'achat, peu d'opportunités d'emploi, l'insécurité alimentaire, des conditions d'hygiène peu favorables et à un accès aux services de base limité (services de santé, éducation par exemple). Plusieurs études du monde universitaire ont démontré que les femmes, les jeunes filles et les enfants n'étaient pas impactés de la même

manière en temps de conflit et notamment concernant l'accès aux soins de santé spécifiques les concernant (McGinn, 2005).

Par analogie, dans le cas de la Syrie, les femmes ne sont pas touchées de la même manière que les hommes. Les services de santé reproductive, bien qu'en forte expansion ces dernières années, restent parfois difficiles d'accès pour certaines femmes et jeunes filles dans certaines régions. Par conséquent, le suivi pendant la grossesse n'est pas toujours régulier ceci ne permettant pas toujours de détecter les complications à temps et donc de les anticiper (Strategic Steering group, 2021). Diverses ONG, dont Médecins Sans Frontières, ont alerté sur l'accès limité aux services de santé obstétrique en Syrie ainsi que sur la hausse des naissances par césarienne depuis le début du conflit. Actuellement, il est difficile de trouver des statistiques au niveau national concernant cette pratique. Les données qui sont disponibles sur ce sujet sont à l'échelle d'une région ou d'un centre médical précis. Cette étude réalisée en 2017 dans un centre à Ahamet dans la région Nord-Ouest de l'ONG Syrian American Medical Society (SAMS), montre que parmi les accouchements pratiqués cette année dans ce centre, 30% l'étaient par césarienne (Terkawi et al., 2019). Cette autre étude publiée en 2019 montre qu'au niveau de l'hôpital Altawlid à Damas, les naissances par césarienne au sein de cet hôpital étaient de 51% alors que les chiffres étaient bien plus inférieurs avant le début de la crise. C'est donc cette thématique qui fera l'objet de ce mémoire de fin d'études. Après avoir échangé avec des salariées de la structure de stage, une ONG qui mène des projets de santé en Syrie, il en est ressorti que la césarienne était devenue une question préoccupante, non pas seulement par sa seule augmentation mais aussi par les conséquences en termes de santé qu'elle implique. Il s'agira donc d'appréhender l'impact du conflit sur cette pratique et principalement à travers le regard et les représentations des professionnels de santé dans les régions Nord-Ouest et Nord-Est du pays.

D'autant plus qu'il existe peu d'articles universitaires qui abordent en tant que telle la relation entre les conflits et la césarienne, ce qui nous pousse davantage à aborder ce sujet et particulièrement en Syrie. Tout de même, nous avons pu repérer deux articles qui mentionnent la césarienne en temps de conflit. Un article qui traite le cas de la Libye (Bodalal et al., 2014) et une étude de Médecins Sans Frontières Belgique (Cuesta et al., 2019). Cette étude recense environ 30,921 césariennes dans les centres de l'ONG de 2008 à 2015 dans 12 pays différents (Afghanistan, Centre Afrique, République Démocratique du Congo, Pakistan, Burundi, Haïti,

Côte d’Ivoire, Mauritanie, Niger, Sierra Leone, Syrie et la Somalie) et fait le lien entre l’impact du conflit et la mortalité infantile et maternelle dans les cas des naissances par césarienne. Leurs résultats indiquent que dans les cas de césarienne, il n’y a pas de réelles différences concernant la mortalité maternelle et néonatale entre les différents types de structures et les contextes de conflits ou non. Effectivement, ainsi que le suggèrent les chercheurs dans le cadre de cette étude, la mortalité pourrait être liée à d’autres facteurs tels que l’accès aux services de santé. L’étude de MSF Belgique rappelle également que les sources à ce sujet se contredisent : certains articles ont démontré que l’accès aux services de santé prénatale était plus difficile dans ce type de contexte tandis que d’autres ont démontré que le conflit n’avait pas obligatoirement d’impact. Par contre, le peu de différence concernant la mortalité dans les contextes de conflits ou non peut-être également due à la procédure standardisée de l’ONG quel que soit le contexte.

Un certain pan de la littérature au sujet de la santé des femmes et reproductive en temps de conflit existe cependant. Plusieurs études ont démontré les difficultés d’accès aux services de santé, et particulièrement aux services de santé reproductive ou ont encore étudié le lien entre mortalité maternelle et conflit. Cette étude (O’Hare & Southall, 2007) qui s’attarde sur plus de 40 pays de l’Afrique sub-saharienne, met en lumière une liaison significative entre mortalité maternelle et situation de conflit ces dernières années, principalement dûe au fait que les gouvernements soutiennent davantage des secteurs comme la défense plutôt que la santé dans ce type de contexte. D’autres articles concernant les pays à faible et moyen revenu ont également associé la présence de conflits avec une plus forte mortalité infantile et maternelle ainsi qu’une moins bonne couverture des soins de santé reproductive (Akseer et al., 2019). Au-delà de la mortalité en tant que telle, les conflits engendrent un stress pour les futures mères et peuvent provoquer dans certains cas des complications durant la grossesse (Bodalal et al., 2014), fait que nous détaillerons plus loin dans cet écrit.

1.2 Présentation de la structure de stage

Ce travail de recherche intervient donc dans le cadre d’un stage de fin d’études réalisé au sein de l’UOSSM France, l’Union des Organisations de Secours et Soins Médicaux, une ONG française à vocation internationale dont le cœur de métier est de promouvoir l’accès aux services de santé pour les personnes touchées par la guerre en Syrie. Cette organisation a été fondée dès le début du conflit par solidarité avec le personnel médical en Syrie ainsi que pour venir en aide aux victimes de la guerre. En 2012, les initiatives françaises des médecins de la

diaspora syrienne se fédèrent pour former une coalition d'organisations humanitaires non-gouvernementales et médicales, regroupant le Canada, les Etats-Unis, le Royaume-Uni, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Suisse et la France, qui donneront naissance à l'UOSSM. L'un des principes fondateurs de l'organisation est de garantir un accès gracieux aux services de santé, sans distinction d'origine, d'opinion politique, de sexe ou de religion. Au fil des années, l'organisation s'est agrandie et regroupe près de 1 000 salariés sur le terrain en Syrie, en plus des équipes de coordination à Paris, à Gaziantep en Turquie et à Erbil au Kurdistan irakien concernant la branche française.

Au début de sa création, l'organisation avait surtout pour objectif de soutenir les structures et le personnel de santé, principalement en acheminant du matériel médical et des médicaments tout en mettant en place un réseau d'approvisionnement. En effet, à ce moment-là, l'UOSSM s'est chargée d'apporter un soutien aux commissions médicales des Conseils Locaux, dans les années 2012-2013, notamment à Alep, et a soutenu la mise en place de centres de santé primaires. Par la suite, l'ONG a développé ses activités de renforcement de capacités d'infrastructures médicales dans d'autres régions de la Syrie notamment au Nord-Est, alors qu'au départ, le principal de ses projets était regroupé au Nord-Ouest du pays. Au-delà du renforcement d'infrastructures médicales, l'organisation a su développer au sein de ses projets un véritable suivi dans plusieurs champs de la santé : soutien psycho-social, santé maternelle et reproductive, mise en place de centres de dialyses et suivi des maladies chroniques ou encore des activités de sensibilisation avec l'implication d'agents de santé communautaires dans les centres de santé. Plus récemment, l'UOSSM a commencé à mettre en place des formations, principalement à Raqqa et à Derick, dans la zone Nord-Est, pour former à la médecine d'urgence avec des modules qui abordent l'échographie en situation d'urgence, la ventilation artificielle, la réanimation cardio-respiratoire ou encore les soins obstétricaux d'urgence.

L'organisation est passée progressivement d'une aide médicale d'urgence à des activités de prévention et de promotion de la santé et est actuellement l'une des ONG médicales la plus importante intervenant sur le territoire Syrien. Elle s'entoure d'un certain nombre de partenaires qui la soutiennent depuis un certain nombre d'années, comme le Centre de Crise et de Soutien du Ministère des Affaires Etrangères (CDCS), Expertise France ou encore la Mairie de Paris.

Ce travail écrit se présentera de la manière suivante : dans un premier temps nous reviendrons sur notre méthodologie. Puis, nous aborderons l'idée que la pratique de la césarienne en Syrie dépend directement et indirectement de plusieurs conséquences liées au conflit tant au niveau social que matériel. Par la suite, une partie sera dédiée à expliciter comment cette pratique est différente en partie en raison des institutions et des structures où elle est adoptée. Nous aborderons enfin des recommandations en termes de prévention au regard de cette pratique et nous terminerons par quelques mots de conclusion.

2. Méthodologie

Pour ce travail de recherche, c'est une approche qualitative qui a été choisie car plus appropriée pour appréhender le point de vue du personnel de santé vis-à-vis de la césarienne. La démarche reste donc dans ce sens inductive puisque les données rassemblées lors des entretiens permettent de les confronter à la littérature ainsi qu'aux hypothèses formulées au commencement de ce projet de recherche et donc de les affiner.

2.1 Recherche de littérature

Dans l'objectif de mieux appréhender la question de la césarienne en Syrie, une recherche d'articles académiques, de rapports d'ONG et d'organisations internationales a été menée au sujet de différentes thématiques. Le sujet de la situation humanitaire en Syrie ainsi que celle des infrastructures médicales ont été explorés pour pouvoir mieux comprendre le contexte de ces dernières années. Cette thématique aborde davantage les conditions de vie, la question des revenus et des dépenses au sein du foyer par exemple ou encore la question de l'alimentation, indispensable pour comprendre le contexte dans lequel s'inscrit notre question de recherche (United-Nations, 2019). Les sources concernant la situation du personnel et des infrastructures médicales en Syrie proviennent davantage d'organisations de plaidoyer et celles que nous avons consultées ont principalement été publiées par Physicians for Human Rights (Physicians for Human Rights, 2021). D'autres organisations à vocation humanitaire, telles que Médecins Sans Frontières, publient régulièrement des articles sur la situation dans le pays sur les mêmes sujets (Médecins sans Frontières, 2021). Des thématiques plus globales ont également été abordées telles que la santé des femmes et maternelle en temps de conflit et dans les pays en développement par exemple. Même si les contextes abordés restent différents de la Syrie, c'est le cas notamment d'études menées dans des pays Africains notamment (O'Hare & Southall, 2007), des parallèles peuvent être faits entre notre terrain de recherche et ces différentes régions et nous aident ainsi à mieux comprendre notre sujet. Des articles concernant la césarienne dans différentes zones géographiques ont donc été sélectionnés : pays africains, Asie, et même le Mexique (Barber, 2010). Par la suite, d'autres articles plus centrées autour de la question de la césarienne ont été choisis notamment concernant la césarienne dans la région du Moyen-Orient et plus précisément en Turquie, Iran, Liban et Jordanie car ce sont des pays

proches géographiquement, également concernés par la crise syrienne pour certains d'entre eux. Ces pays présentent également des caractéristiques communes au niveau historique et concernant le développement du système de santé. De plus, ce sont également des pays qui ont connu des chiffres à la hausse concernant le nombre de naissances par césarienne, et particulièrement l'Iran (Zarshenas et al., 2020). Les sources au sujet de la césarienne en situation de conflit étant peu disponibles voire inexistantes, c'est la raison pour laquelle nous avons davantage concentré les recherches sur la césarienne dans les pays en développement.

Les sources autour de ces thématiques peuvent être classées en deux grandes principales catégories : les rapports d'ONG ou d'organisations internationales telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou le Bureau de la Coordination des Affaires Humanitaires par exemple (OCHA) ainsi que diverses sources venant de plusieurs mécanismes de coordination tels que le Health Cluster. Ces différentes sources sont soit en accès libre sur Internet ou soit nous avons pu y avoir accès par les différents salariés et via l'organisme de stage. Ces sources consistent le plus souvent en des bilans annuels ou en des comptes-rendus et rapports plus réguliers sur les conditions humanitaires en Syrie. L'autre catégorie concerne cette fois-ci les articles scientifiques et académiques, et principalement deux bases de données ont été utilisées : PubMed et Cairn. En lien avec les thématiques citées précédemment, plusieurs mots clés ont été utilisés : « *cesarean and conflict* », « *cesarean and Syria* », « *women's health in conflict* », « *women's health and Syria* », « *obstetric care and conflict* », « *cesarean and developing countries* », « *cesarean and stress* », « *cesarean and violence* », « *sense of security and health* », « *health and Syria* », « *cesarean and Middle-East* », « *pratique de la césarienne* ». Les articles jugés utiles ont été sélectionnés si certains mots clés étaient compris dans le titre des articles et si le contenu du résumé et de l'article pouvait servir à notre travail de recherche. Une méthodologie telle que PRISMA, par exemple, n'a pas été utilisée pour cette recherche de la littérature laissant ainsi plus de marge de manœuvre. A noter que la thématique de la santé maternelle en Syrie pendant le conflit reste peu explorée dans le monde scientifique. Néanmoins, nous avons trouvé certaines études concernant la santé des femmes en Syrie, mais ce sont généralement des articles datés d'avant le début du conflit de 2011.

2.2 Problématisation & hypothèses

L'objectif de ce travail est d'analyser davantage l'impact du conflit en Syrie sur la pratique de la césarienne, pas seulement d'un point de vue quantitatif mais d'essayer de comprendre les raisons et les déterminants qui poussent à recourir à cette pratique. Le point de vue des femmes sur la césarienne étant difficile à analyser pour des questions de langue, d'accès au terrain et de temps, il s'agit de mettre l'accent sur le point de vue des professionnels de santé et du soin. A la suite de nos recherches et des différents échanges informels avec des personnes travaillant dans la structure de stage concernée, nous avons décidé de formuler les trois hypothèses suivantes :

- La pratique de la césarienne serait associée à plus de sûreté pour donner naissance et serait indispensable, voire vitale, pour permettre aux femmes d'accoucher dans le contexte syrien . Nous entendons par contexte syrien ici, la situation de la Syrie depuis 2011 marqué par des violences massives et une précarité extrême depuis ces derniers mois.
- La pratique de la césarienne serait comme un « *remède* », qui permettrait de combler les conséquences engendrées par le conflit, tant au niveau matériel, social et au niveau de l'état de santé des femmes.
- La pratique de la césarienne serait différente selon la manière dont sont gérés les services de santé dans une zone géographique ou une structure donnée, sachant que la gestion des soins a changé au cours du conflit notamment avec la présence grandissante des ONG. De cette manière, cette pratique médicale serait différenciée selon les structures et les professionnels qui la composent, fait qui renvoie aux études d'Anne Paillet sur la différenciation des pratiques en santé (Paillet, 2009). A savoir que les pratiques médicales ainsi que les protocoles diffèrent selon le profil des patients et la structure au sein de laquelle on exerce.

Ces trois hypothèses ont largement contribué à l'élaboration de notre grille d'analyse pour les différents entretiens que nous avons menés et qui seront détaillés par la suite. Cette grille est disponible en annexe à la fin de ce travail.

2.3 Echantillon

Les personnes que nous avons interrogées sont principalement des professionnels de santé et du soin en contact avec les femmes dans les centres de santé de l'ONG de stage et qui exercent au sein des services de santé reproductive (infirmières, gynécologues, médecins, sage femmes...). Des personnes extérieures à la structure de stage font partie du panel et travaillent dans d'autres ONG locales et internationales. Les critères d'exclusion et d'inclusion peuvent être résumés dans le tableau ci-dessous.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none">- Zones (Nord-Est, Nord-Ouest).- Profils des professionnels : gynécologues et obstétriciens , sages-femmes, médecins généralistes, chirurgiens, travailleurs de santé communautaires, infirmières.- Infrastructures : centres de santé primaires, cliniques, hôpitaux, maternités.	<ul style="list-style-type: none">- Professionnels qui ne souhaitent pas participer

Concernant l'équilibre entre les différentes régions syriennes, notre travail se porte principalement sur les zones Nord-Ouest et Nord-Est. L'équilibre entre les professions reste inégal puisque nous avons interrogés un nombre important de gynécologues par rapport aux autres corps de métier. Au sujet des organisations, le nombre de professionnels venant de la structure de stage, l'UOSSM, est beaucoup plus important également.

2.4 Les entretiens semi-directifs

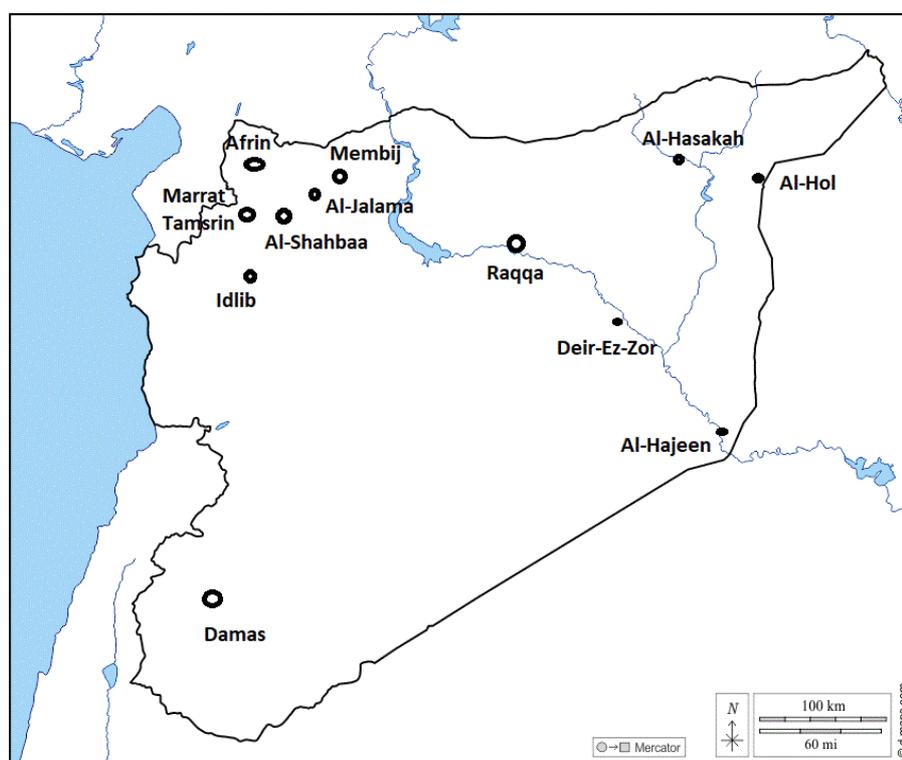
Au cours de cette recherche, treize entretiens ont donc été réalisés, dont dix via l'application Zoom et Skype, et les derniers entretiens sous forme de questions écrites. L'essentiel des entretiens se sont donc déroulés avec des professionnels de l'organisme de stage par laquelle nous avons pu obtenir des contacts avec l'un des coordinateurs de soins de santé primaires pour organiser des entretiens avec des personnes travaillant en Syrie.

Par la suite, d'autres contacts ont été obtenus par ces professionnels en leur demandant s'ils avaient des collègues qui accepteraient de participer, soit par effet boule de neige. Des contacts supplémentaires ont été obtenus par des connaissances personnelles travaillant en Syrie. Nous avons contacté l'association Syria Relief au cours du mois de juillet dont l'un des coordinateurs santé a répondu à notre requête en nous proposant de lui envoyer des questions écrites en anglais qu'il traduirait en arabe pour les transmettre à ces équipes. Un gynécologue de leur équipe a accepté de répondre à nos questions par écrit.

Par ailleurs, d'autres entretiens ont pu être organisés grâce à des organisations partenaires à l'UOSSM. Dans ce cas-ci, la mise en contact a été effectuée par les responsables de stage car elles étaient les principales interlocutrices concernant ces relations partenariales et il était donc préférable de passer par leur intermédiaire. C'est le cas de Médecins du Monde (MDM) et leur filiale Turque Dünya Doktorları Derneği (DDD) qui nous ont donné au mois d'août le contact de trois personnes, dont deux ont répondu favorablement et ont envoyé leurs réponses à nos questions par écrit.

De manière générale, les entretiens ont duré entre cinquante minutes et une heure, à l'exception de celui du coordinateur santé d'Action for Humanity qui a duré une heure et demie. Aussi, les deux premiers entretiens sont considérés comme exploratoires et ont été un peu plus courts que les autres (entre trente et quarante minutes). Ils ont permis d'avoir un premier contact avec le terrain et d'affiner nos hypothèses, et sont ainsi un premier état des lieux sur notre sujet.

Les personnes interrogées lors des entretiens étant souvent arabophones, deux collègues ont assuré la traduction lors de ces entretiens. Une première collègue était en présentiel à mes côtés au bureau de l'UOSSM à Paris et réalisait la traduction de l'arabe vers le français, tandis que la deuxième collègue basée au Royaume-Uni, réalisait la traduction de l'arabe vers l'anglais mais donc à distance. Dans les deux cas de figure, la traduction se faisait donc directement lors des entretiens. L'échange avec le coordinateur de santé s'est réalisé directement en anglais et les entretiens par écrit en anglais également. La carte ci-dessous permet de localiser les différentes régions où exercent les professionnels interrogés et le tableau résume les entretiens réalisés en mentionnant la profession et la zone géographique ainsi que l'organisation d'appartenance.



Source : d-maps

N°	Date	Profession(s)	Zone	Organisation
1	28/06/2021	Gynécologue	Idlib (NOS)	UOSSM
2	28/06/2021	Gynécologue	Marrat Tamsrin (NOS)	UOSSM
3	28/06/2021	Gynécologue	Idlib (NOS)	UOSSM
4	30/06/2021	Gynécologue	Raqqa (NES)	UOSSM
5	03/07/2021	Gynécologue	Ariha (NOS)	SAMS
6	05/07/2021	Gynécologue et sage-femme	Al-Hol (NES)	UOSSM
7	06/07/2021	Sage-femme et infirmière	Al-Hajeen (NES)	UOSSM
8	08/07/2021	Sage-femme et infirmière	Membij (NES)	UOSSM
9	15/07/2021	Gynécologue	Al-Shahbaa (NES)	UOSSM
10	28/07/2021	Coordinateur santé NES	Raqqa (NES)	Action for Humanity
11	16/08/2021	Gynécologue	Al-Jalama (NOS)	DDD
12	20/08/2021	Gynécologue	Idlib (NOS)	Syria Relief
13	28/08/2021	Gynécologue	Afrin (NOS)	DDD

L'entretien numéro un et trois concernant la même personne mais lors du deuxième échange, des questions plus précises sur la césarienne et les services de santé reproductive ont été posées. Concernant la suite des autres entretiens, aucune difficulté majeure n'a été rencontrée. A noter que pour l'entretien dans la zone d'Al-Hajeen, un homme était en présence des deux femmes interrogées qui les guidait, nous pensons, pour certaines questions, ce qui empêchait une communication fluide, ajouté à certains problèmes de connexion Internet même si cet entretien ne reste pas dénué d'éléments constructifs concernant notre travail. De même, la prise de parole était parfois inégale lorsque les entretiens se déroulaient avec deux personnes à la fois. Les trois derniers entretiens ont été conduits par écrit pour des questions de disponibilités et, ce qui, d'un point de vue méthodologique, ne permet pas bien sûr de creuser autant qu'un entretien habituel. En revanche, ces personnes venant d'une zone géographique et d'une organisation différente, il a été jugé utile d'accepter leurs réponses.

2.5 Analyse des données issues des entretiens

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des personnes interrogées et ont été intégralement retranscrits. Après relecture des retranscriptions, les éléments saillants ont été rentrés dans une grille d'analyse préparée en amont des entretiens. Par la suite, les principaux verbatims, traduits de l'arabe, ont été extraits afin d'être utilisés dans le corps du texte et pour constituer des éléments de discussions et d'analyse. Pour des questions d'accès au terrain, les éléments de littérature ont été incorporés avec l'analyse des entretiens car ceux-ci constituent finalement une première analyse de terrain du fait de la distance géographique. Cette démarche semblait ainsi la plus adéquate dans le cadre de notre recherche.

3. La césarienne, une pratique pour remédier aux conséquences matérielles et médicales causées par le conflit

La pratique de la césarienne en Syrie était déjà existante avant 2011 mais le nombre de naissances par césarienne est clairement en hausse depuis le début du conflit. Selon un professionnel que nous avons interrogé et qui travaille pour l'organisation Syria Relief, le taux de césariennes aurait augmenté de 40% depuis le début de la crise¹. Il s'agira donc dans cette partie de mettre en lumière la manière dont le conflit en Syrie a eu un impact sur cette pratique médicale. Nous avons distingué trois principaux éléments explicatifs : les fragiles conditions de santé des femmes, le chamboulement sociétal et celui des infrastructures et en dernier lieu, la question de l'équipement et du personnel de santé.

3.1 La césarienne à l'épreuve des conditions de santé et psychiques des femmes syriennes

Le conflit a été à l'origine de destructions, de violences et de déplacements massifs qui ne sont pas sans conséquences sur l'état de santé des Syriens. L'équilibre psychique des individus a été grandement fragilisé et confrontant ainsi une grande part de la population à un stress quasi-permanent. De même, le fait que les denrées nécessaires à une bonne alimentation ne soient pas toujours disponibles, un grand nombre de personnes est plongé dans une situation de malnutrition. Un aspect qui s'est largement aggravé ces dernières années avec l'inflation de la livre syrienne aussi bien qu'une grande partie de la population est considérée dans une situation d'extrême pauvreté, 98% selon le HNAP de janvier 2021 (HNAP, 2021). Les femmes et jeunes filles ne sont pas épargnées par cette précarité et ont vu leurs conditions de santé fortement se dégrader.

3.1.1 La malnutrition et les troubles psychologiques à l'origine de complications lors de la grossesse et de la naissance

Ces différents éléments concernant la malnutrition et le stress ont été à plusieurs reprises exprimés dans nos entretiens avec une intensité différente certes, mais la manière dont ils ont été évoqués montrent qu'ils ont un impact dans le déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Pour la plupart des professionnels interrogés, la malnutrition joue un élément

¹Entretien 12, gynécologue Idlib, 20 août 2021.

majeur concernant le développement du fœtus et l'état de santé de la femme pendant la grossesse. Une des gynécologues que nous avons interrogées et qui exerce dans la région d'Idlib avec l'UOSSM mentionne la malnutrition comme un véritable enjeu pouvant entraîner certains risques pour les femmes enceintes : « *Du coup il y en a beaucoup qui ont des problèmes de tension durant la grossesse et parfois il faut même leur donner du sang, parce qu'elles sont, elles sont, limites quoi* »². Elle souligne aussi des complications plus récurrentes pendant la guerre telles qu'un placenta trop bas et autres³. Une autre gynécologue qui exerce dans la région d'Al-Shahbaa confirmait que l'accès aux médicaments et aux compléments alimentaires tels que les vitamines par exemple, était rendu difficile par la hausse des prix malgré le fait qu'ils pouvaient jouer un rôle positif dans le déroulement de la grossesse⁴.

Certaines études ont analysé l'impact du stress et des troubles psychiques sur la grossesse. Cet article par exemple met en lumière l'impact du stress ressenti par les femmes sur les fausses couches (Qu et al., 2017). Nous pouvons faire des liaisons similaires avec notre terrain d'étude en Syrie. Selon une sage-femme et une infirmière que nous avons rencontrées et qui travaillent dans le secteur de Membij, les grossesses ont été en effet plus compliquées depuis le début du conflit mais ceci est principalement dû à des raisons psychologiques selon elles : « *(...) mais c'est lié à l'aspect psychologique donc c'est le fait, peut-être elle va se déplacer, elle va pas pouvoir venir au centre au bon moment, elle a pas d'argent pour venir au centre etc etc* »⁵. Nous l'aborderons plus tard dans cet écrit, mais les barrières liées au manque de ressources financières, au peu d'infrastructures et de moyens de transport constituent des facteurs de stress autour de l'accouchement et de la période de grossesse. Presque la majorité des professionnels interrogés pour cette étude ont clairement exprimé que les femmes n'abordaient pas la grossesse de manière sereine et ceci pour plusieurs raisons : les bombardements , les attaques et les déplacements notamment. « *(...) la guerre et les déplacements ont beaucoup impacté les femmes en général, que ce soit sur le niveau physique ou psychologique donc le physique aussi, le fait de se déplacer tout ça, t'as des problèmes de malnutrition, de stabilité, qui font que même*

² Entretien 3, gynécologue Idlib, le 28 juin 2021. Traduit de l'arabe en français par Ilhem.

³ Entretien 1, gynécologue Idlib Idlib, le 21 juin 2021. Traduit de l'arabe à l'anglais par Amina.

⁴ Entretien 9, gynécologue Al-Shahbaa, le 15 juillet 2021. Traduit de l'arabe à l'anglais par Amina.

⁵ Entretien 8, sage-femme et infirmière Membij, le 8 juillet 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

physiquement t'es pas bien »⁶. Le coordinateur de santé pour l'organisation Action for Humanity avec qui nous avons pu échanger, qui coordonne plusieurs infrastructures à Raqqa et dans la région de Deir-Ez-Zor, mentionne aussi les difficultés à se séparer de certains membres de la famille et rappelle que les relations sociales sont « *émotionnelles* » selon lui en Syrie, dans le sens où les individus peuvent être très fortement liés les uns les autres⁷. En effet, en raison des déplacements, les familles peuvent être séparées ou se voir moins régulièrement qu'auparavant constituant ainsi une source de stress.

Des conditions de vie parfois difficiles, dans des camps notamment, peuvent rendre le vécu de grossesse plus difficile aussi. Un rapport rédigé par l'ONG Human Appeal sur la santé reproductive en Syrie pendant le conflit (Human Appeal, 2020) interpelle sur le manque d'accès à l'eau, les attaques, les restrictions alimentaires comme facteur pouvant expliquer les fausses couches ou des nouveau-nés en sous-poids. Le manque d'accès à l'eau entraîne des conditions d'hygiène insuffisantes pour des femmes enceintes et certaines d'entre elles sont obligées de porter des barriques d'eau sur la tête pour pouvoir boire et se laver (Hagedorn, 2019). L'hygiène reste ainsi une question importante. D'après la gynécologue qui travaille à Al-Jalama avec la branche de Turquie de Médecins du Monde (DDM), depuis le début du conflit, le nombre d'infections suite à des césariennes en raison de mauvaises conditions de vie dans les camps notamment est clairement en augmentation⁸.

Pourtant, pour deux professionnels qui ont accepté de répondre à nos questions, le nombre plus fréquent de grossesses compliquées n'est pas forcément lié au conflit. La gynécologue de l'UOSSM que nous avons interrogée à Raqqa s'exprime de la manière suivante : « *les complications sont toujours liées à la femme et sa famille, à sa situation psychologique pendant la grossesse, ça peut varier d'une famille à l'autre, même dans le conflit* ». Pour une autre gynécologue qui intervient dans la ville d'Idlib avec l'organisation SAMS, la hausse du nombre de naissances par césarienne n'est pas due à des grossesses plus compliquées ou à un état de santé dégradé⁹.

⁶Entretien 6, sage-femme et docteur Al-Hol, le 5 juillet 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

⁷Entretien 10, coordinateur santé Raqqa et Deir-Ez-Zor, le 28 juillet 2021. Traduit de l'anglais au français par Maëla.

⁸Entretien 11, gynécologue Al-Jalama, le 16 août 2021.

⁹Entretien 5, gynécologue Idlib, le 3 juillet 2021. Traduit de l'arabe à l'anglais par Amina.

3.1.2 La question de la peur comme élément entravant le processus de naissance

Lorsque nous avons interrogé les professionnels au sujet de la peur autour de l'accouchement, certains ont affirmé que la peur était un véritable enjeu auquel ils faisaient face. La peur de donner naissance de la part de jeunes filles qui accouchent, la peur de ne pas pouvoir atteindre l'hôpital à temps ou encore la peur d'être prise dans une attaque par exemple. Cette peur pour certains professionnels conduirait les femmes à demander une césarienne, pour ne pas souffrir ou pour éviter les bombardements. Selon la professionnelle qui travaille avec l'organisation Syrian American Medical Society (SAMS) dans la ville d'Idlib, la peur autour de l'accouchement est vraiment un enjeu auquel ils font face et qu'ils essayent d'atténuer par la sensibilisation auprès des patientes.

Au-delà de la peur liée à l'accouchement en lui-même, au début du conflit, les femmes présentaient certaines craintes concernant l'avenir et à l'idée de tomber enceinte. La situation s'est stabilisée depuis quelques années tant au niveau du conflit (pour certaines régions seulement) que pour l'accès aux services médicaux ce qui fait que les femmes peuvent davantage se projeter et veulent de nouveau avoir des enfants. En revanche, dans les premières années de la crise, il y avait beaucoup de pressions et d'incertitudes : *« Elle a dit qu'en fait, les femmes elles, surtout pendant la guerre, elles avaient peur de tomber enceinte, il y avait beaucoup de pression, il y a eu moins de naissances. Là maintenant avec les ONG, avec le fait que c'est gratuit, avec le fait que toutes femmes a accès à tout ça. Il y a moins de peurs donc on voit déjà le nombre de naissances augmenter »*¹⁰. Le constat est le même pour un gynécologue et une sage-femme travaillant pour l'UOSSM à Al-Hol : *« Du côté psychologique, les femmes elles ont plus envie de tomber enceinte et d'avoir des enfants, elles avaient plus de vision et l'envie de construire quelque chose car le futur il était pas certain. Donc il a dit que pour lui, oui, ça a beaucoup impacté la santé des femmes, et la santé reproductive spécialement et ça impacté les femmes mais ça a aussi impacté les familles »*¹¹. La gynécologue travaillant dans la région d'Idlib avec l'UOSSM lors de nos entretiens exploratoires, mentionne même la césarienne comme une manière de *« se débarrasser de la grossesse »*¹², tellement que cet événement de la vie peut être vécu comme un événement anxieux. A travers ces extraits, il est

¹⁰Entretien 4, gynécologue Raqqa, le 30 juin 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

¹¹Entretien 6, sage-femme et gynécologue Al-Hol, le 5 juillet 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

¹²Entretien 1, gynécologue Idlib, le 21 juin 2021. Traduit de l'arabe à l'anglais par Amina.

évident que le conflit, de différentes manières, a eu un impact sur le vécu de grossesse ainsi que sur la manière d’appréhender l’accouchement.

Ces éléments peuvent sembler être déconnectés de notre sujet de départ mais ils rentrent également en jeu dans la prise de décision pour le mode de naissance qu’il soit par voie basse ou par césarienne. La peur est un élément récurrent qui a été mis en lumière par les professionnels comme principale raison pour les femmes de demander la césarienne comme nous l’avons mentionné plus haut. La peur liée aux bombardements, les difficultés d’accès renforcent cette peur. D’après cette étude dans le contexte français qui essaye de montrer l’impact des cours de préparation à la naissance et à la parentalité sur la peur d’accoucher, les femmes qui ressentent une plus grande peur face à cet événement ont un moins bon sommeil et se fatiguent plus vite pendant la grossesse, ce qui rend difficile physiquement l’accouchement naturel au-delà des barrières psychologiques. D’où le fait également de recourir à une césarienne (Riquet et al., 2020). Dans le cas de notre étude, les barrières liées à la peur semblent davantage être psychologiques mais nous pouvons néanmoins envisager les conséquences physiques de la peur lors de l’accouchement également.

La peur face à la naissance naturelle et son impact sur la pratique de la césarienne a été constatée dans d’autres types de contextes, notamment celui des pays en développement. Cette étude tente d’analyser les déterminants de cette pratique médicale au Bénin et au Mali, deux pays qui sont à la fois concernés par une sur-utilisation et une sous-utilisation de la césarienne, alors qu’ils connaissent un taux de fécondité important (Schantz et al., 2020). Dans cette étude qui interroge plusieurs professionnels de santé, les chercheurs qualifient la césarienne de cette manière : « *la césarienne par l’angoisse* ». Certaines femmes et leur famille ont peur de la césarienne avec la crainte que cette pratique soit dangereuse et qu’elle puisse engendrer la mort. D’un autre côté, certaines femmes demandent la césarienne par peur de souffrir ou de mourir d’une naissance naturelle, ce qui rejoint en partie ce qui a été exprimé lors des entretiens dans le cadre de notre recherche dans le contexte syrien. Les conditions d’accouchement étant parfois difficiles, avec plusieurs femmes les unes à côté des autres, les femmes voyant d’autres femmes souffrir ou subissant des complications est un fait qui pousse certaines à en effet demander la césarienne de peur d’être dans la même situation que leur voisine de chambre. En revanche, les professionnels de santé interrogés montrent plutôt du doigt un manque de courage ou la peur

de souffrir au sujet des femmes qui demandent la césarienne. On observe bien une dissociation entre le ressenti des femmes et celui des praticiens. Dans le cadre de ce mémoire, le point de vue des femmes n'a pas été relevé, mais du point de vue des professionnels, au moins, nous avons pu constater une certaine peur face à la naissance par voie naturelle, qui est d'ailleurs à la hausse selon certains professionnels depuis le début du conflit.

3.2 Le chamboulement de la société et ses conséquences pouvant être à l'origine de la césarienne

Les bombardements et la violence du conflit rentrent en compte dans les conditions de santé des femmes et des enfants. Les professionnels interrogés décrivent des naissances prématurées, un travail déclenché trop tôt en raison de bombardements ou de chocs dus au conflit, des nouveau-nés avec des malformations dues aux armes chimiques ainsi qu'un grand nombre de femmes qui ont avorté. Les malformations pouvant parfois déboucher sur une césarienne comme le décrit la gynécologue travaillant à Al-Jalama pour la branche turque de Médecins du Monde¹³. Aussi, la structure sociétale par rapport à la période d'avant conflit a été déstabilisée. Certains de ces changements ne sont pas sans impact sur les pratiques sociales et par conséquent sur les pratiques médicales et les comportements en santé.

3.2.1 Une sensibilisation plus réduite pendant le conflit

Un premier aspect qui a été souvent abordé est le manque de sensibilisation des femmes, pointé du doigt par le personnel médical. Certains professionnels interrogés ont également mentionné un manque de sensibilisation venant du personnel soignant. Selon une professionnelle qui exerce dans la région d'Idlib, ce manque de sensibilisation des femmes aurait augmenté pendant le conflit car il y aurait moins d'opportunités de s'ouvrir, d'aller dehors et d'avoir accès à des activités éducatives¹⁴. Ce manque de sensibilisation aux questions de santé reproductive et à la question de la césarienne peut influencer cette pratique de plusieurs manières. Selon la gynécologue travaillant dans un centre de santé primaire à Marrat Tamsrin pour l'UOSSM¹⁵, un certain nombre de femmes sont à nouveau enceintes relativement peu de temps après avoir accouché et selon elle, cela engendre davantage de possibilités de recourir à une césarienne par la suite. Une autre explication est le manque de connaissances sur les

¹³Entretien 11, gynécologue Al-Jalama, le 16 août 2021.

¹⁴Entretien 1, gynécologue Idlib, le 21 juin 2021. Traduit de l'arabe à l'anglais par Amina.

¹⁵Entretien 2, gynécologue Marrat Tamsrin, le 21 juin 2021. Traduit de l'arabe à l'anglais par Amina.

conséquences de la césarienne. D'après la gynécologue qui travaille avec l'organisation SAMS¹⁶, il serait plus facile selon les femmes de donner naissance par césarienne que par voies naturelles et ne sont pas toujours au courant des effets secondaires de cette opération chirurgicale.

3.2.2 Une hausse des mariages précoces et la question des violences de genre

La question des mariages précoces est en partie liée au manque de sensibilisation. Pour certains professionnels, le nombre des mariages et grossesses précoces serait en hausse depuis que le conflit a commencé. Des jeunes filles se marient de plus en plus et les familles, dans certains cas, voient le mariage comme une possibilité pour leurs enfants de s'en sortir dans ce contexte de guerre. Le rapport de l'ONG Human Appeal (Human Appeal, 2020), décrit également une hausse des mariages précoces depuis le début de la crise.

Plusieurs des professionnels de santé avec qui nous avons échangé ont relaté plusieurs situations où elles ont dû accompagner des jeunes filles de douze, treize ou quatorze ans pour leur accouchement. La gynécologue travaillant dans un hôpital à Idlib avec l'organisation SAMS relate qu'elle a eu récemment le cas d'une jeune fille de vingt-ans qui réalisait déjà sa quatrième césarienne. Tomber enceinte à un jeune âge peut engendrer des complications durant la grossesse et l'accouchement, et le jeune âge constitue donc un facteur de risque. Selon la gynécologue qui travaille dans la zone d'Al-Shahbaa¹⁷, les complications liées à un jeune âge à l'accouchement peuvent aussi être à l'origine d'une césarienne. Un grand nombre d'études ont mis en évidence le plus grand risque de complications lorsque la femme est jeune lors de la grossesse. Le rapport sur les soins de santé reproductive en Syrie de l'ONG Human Appeal estime que l'âge est par conséquent un facteur de risque concernant la mortalité maternelle (Human Appeal, 2020).

De plus, un jeune âge à l'accouchement peut être à l'origine également de certaines peurs qui vont pousser ces jeunes filles à demander une césarienne plutôt qu'une naissance par voie naturelle. La gynécologue travaillant à Marrat Tamsrin¹⁸ relate le cas d'une jeune fille de quatorze ans demandant une césarienne car effrayée à l'idée de donner naissance naturellement

¹⁶Entretien 5, gynécologue Idlib, le 3 juillet 2021. Traduit de l'arabe à l'anglais par Amina.

¹⁷Entretien 9, gynécologue Al-Shahbaa, le 15 juillet 2021. Traduit de l'arabe à l'anglais par Amina.

¹⁸Entretien 2, gynécologue Marrat Tamsrin, le 21 juin 2021. Traduit de l'arabe à l'anglais par Amina.

et d'endurer un accouchement long et douloureux.

Pourtant, d'après une gynécologue qui travaille à Raqqa avec l'UOSSM, la question des mariages précoces était déjà présente avant le conflit et n'est donc pas un facteur aggravant concernant cette question. Toujours selon le rapport de Human Appeal, le cas des mariages précoces était bien une réalité avant le conflit, et précise qu'avant le début de la crise, parmi les filles âgées entre 20 et 25 ans, 13% avaient été mariées avant leur 18 ans. La gynécologue de Raqqa constate les difficultés des jeunes filles à s'exprimer et leur incompréhension face à leur grossesse, ce qui rend le travail du médecin et du personnel soignant plus délicat en termes d'accompagnement : « (...) *le mariage précoce ça a toujours existé en Syrie, c'est pas nouveau, c'est pas lié à la guerre, et elle considère que quand une fille de 15 ans quand elle vient c'est très difficile pour elle de comprendre sa situation, de s'exprimer, de savoir pourquoi elle est enceinte et pourquoi elle doit accoucher* »¹⁹.

Des traumatismes antérieurs peuvent aussi engendrer cette peur et des complications qui poussent aussi à la césarienne tant du côté des femmes que du côté des professionnels de santé. De fait, les violences que les femmes ont vécues dans leur vie peuvent avoir un impact sur le déroulement de leur grossesse. Cette étude menée en Islande (Gisladottir et al., 2016), montre que des femmes ayant subi des violences sexuelles dans leur vie sont plus sujettes à des complications pendant la grossesse et donc de devoir procéder à une césarienne. Bouchard montre également que les violences sexuelles sont un facteur pour la césarienne sur demande et ont un impact sur l'accouchement (Bouchard & Lara, 2016). La question des violences sexuelles n'a pas été abordée dans les entretiens, et nous ne pouvons pas envisager si l'impact de ce type de violences est réel sur le nombre de césariennes en tant que tel. En revanche, au cours du conflit, le nombre d'actes de violences sexuelles a littéralement explosé et est un facteur à prendre en considération concernant les conditions de santé des femmes et l'accouchement.

En Syrie, les femmes sont actuellement confrontées à différents types de violences basées sur le genre : verbales, sexuelles, physiques, harcèlement (UNFPA, 2019). Les mariages précoces peuvent aussi être considérés comme une forme de violences. Les jeunes filles se marient de

¹⁹Entretien 4, gynécologue Raqqa, le 30 juin 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

plus en plus tôt car considérées parfois comme un fardeau économique pour la famille au vu des conditions de vie difficiles, mais certaines jeunes filles ont aussi avoué s'être mariées pour fuir les violences de la maison familiale (UNFPA, 2021). Il a été également relevé par certains acteurs humanitaires, la prise de traitements hormonaux par les jeunes filles pour qu'apparaisse plus tôt leur puberté et pour qu'elles puissent se marier plus rapidement (UNFPA, 2021). Ceci a plusieurs conséquences psychologiques ainsi que sur la santé physique. Ceci a été décrit lors de l'entretien par écrit avec la gynécologue travaillant pour la branche turque de Médecins du Monde, disant qu'ils voyaient de plus en plus de jeunes filles prenant des traitements hormonaux et que ceci conduisait étrangement à l'accouchement de jumeaux et nécessitait souvent une césarienne²⁰. Au-delà des violences purement physiques, certaines formes de violences astreignent la liberté des femmes et jeunes filles. Certaines familles, par exemple, pour éviter que leurs filles se fassent harceler limitent leurs déplacements à l'extérieur du foyer notamment à l'école (UNFPA, 2021).

3.2.3 Les difficultés à se déplacer accentuent le peu de temps accordé à la naissance

Les infrastructures médicales ont été certes touchées de plein fouet mais les services de base et infrastructures en général de manière plus large ont été endommagés. Certaines régions de Syrie se retrouvent dépourvues de transports en commun et il est difficile pour certaines tranches de la population de se rendre dans des centres de santé, surtout pour ceux qui habitent loin des infrastructures médicales. Plusieurs études universitaires ont montré que les moyens de transports pour accéder aux services de soins prénataux en temps de conflit sont à prendre en compte en contexte de conflit et de post-conflit, comme le suggère cet article concernant le coût des soins à Bunia (République Démocratique du Congo) (Deboutte et al., 2013). Lors de nos entretiens, il a été évoqué à plusieurs reprises que les femmes étaient contraintes de louer des voitures pour se rendre à l'hôpital lors de l'accouchement. Dans certaines situations, les familles ont leur propre voiture et les femmes, ainsi, viennent avec leur propre véhicule. Le principal problème est que louer une voiture est très cher, et particulièrement dans le contexte d'extrême pauvreté qui touche la Syrie actuellement. D'après la sage-femme et l'infirmière que nous avons interrogées et qui travaillent à Membij, la difficulté d'avoir accès à un transport pour se rendre au centre de santé ou à l'hôpital est source d'une grande pression économique et

²⁰Entretien 11, gynécologue Al-Jalama, le 16 août 2021.

psychologique : « *Pour les femmes aussi c'est très difficile. Parce que la situation économique et financière elle est très mauvaise, la voiture qui va les emmener c'est compliqué. Donc oui, elles ont beaucoup de pression liées à ça* »²¹, « *Après ça coûte cher, donc quand c'est un accouchement, il y a une voiture qui va la déposer et qui va partir. Puis elle va accoucher, elle va en louer une autre, puis elle va repartir* »²². La gynécologue travaillant à Al-Shahbaa ajoute que l'essence coûte cher, et que même en tant qu'organisation médicale, cela reste inabordable pour eux d'envoyer une voiture pour récupérer ou accompagner des patientes. A noter que si les transports sont un obstacle le jour de la naissance, ce problème peut aussi expliquer le fait que certaines femmes ne viennent pas à leur visites anténatales de façon suffisante, sachant que les transports restent chers et qu'elles préfèrent se focaliser sur le jour de l'accouchement pour effectuer une telle dépense plutôt que pour les visites anténatales.

Les bombardements ainsi que les attaques, que ce soit envers les infrastructures médicales ou civiles, sont aussi un facteur qui engendre une peur et des difficultés à se déplacer. Or, un certain nombre de professionnels que nous avons pu interroger exercent encore dans des zones tendues ou bombardées, principalement ceux travaillant dans le Nord-Ouest. Ces violences ne permettent pas aux patientes de pouvoir accorder du temps aux soins pendant la grossesse ainsi qu'à l'accouchement si leur principale préoccupation est d'éviter les bombes afin de rester en vie. Accoucher de manière naturelle à l'hôpital prend parfois du temps et multiplie les chances d'être prise lors d'une attaque, d'où le fait que certaines femmes demandent la césarienne. Les professionnels exerçaient aussi cette pratique face aux attaques dans le but de pouvoir assurer les naissances malgré tout, ajouter à d'autres raisons comme le manque de place adéquat dû aux destructions, le manque de personnel et la forte demande. La gynécologue travaillant dans la région d'Idlib pour l'UOSSM relate qu'au début du conflit, du fait des destructions, il y avait des places et des lits en moins, ce qui limitait la disponibilité pour accueillir les nouveau-nés. De cette manière, dans sa structure, ils transféraient un certain nombre de patientes dans d'autres structures, surtout si elles avaient besoin de soins spécifiques tels qu'une césarienne. Ceci était davantage le cas au début du conflit, depuis quelques années, la situation est plus stabilisée comme l'exprime la gynécologue à Raqqa : « (...) *la situation elle est stable maintenant, c'est sûr que pendant la guerre et les bombardements il y a eu une instabilité et parfois on faisait des césariennes par urgence parce qu'on veut aller plus vite et tout mais maintenant une*

²¹Entretien 8, sage-femme et infirmière Membij, le 8 juillet 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

²²Entretien 8, sage-femme et infirmière Membij, le 8 juillet 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

personne qui doit avoir une césarienne peut avoir une césarienne, une personne qui veut accoucher naturellement peut accoucher naturellement et on n'a pas besoin d'envoyer les femmes ailleurs, tout est bien géré ».

3.3 Un équipement et un personnel disparates pouvant influencer la hausse des naissances par césarienne

Le conflit a eu un impact considérable sur les infrastructures médicales et un grand nombre de médecins et d'infirmières ont quitté le pays. Le nombre réduit des infrastructures médicales, et particulièrement au début de la crise, ainsi que la fuite du personnel soignant ne sont pas sans conséquences sur la relation entre le médecin et le patient ainsi que sur la manière de gérer les différentes situations médicales.

3.3.1 Un nombre de visites anténatales estimé suffisant

Pourtant, un grand nombre des professionnels que nous avons interrogés ont déclaré que les visites anténatales étaient suffisantes concernant les patientes qui venaient dans leur centre ou dans leur structure. Cependant, le gynécologue travaillant pour l'organisation Syria Charity a affirmé lors de l'entretien que les femmes ne bénéficiaient pas suffisamment de visites anténatales²³. Selon une étude réalisée dans le centre à Ahamet de l'ONG SAMS, entre octobre et décembre 2017, environ 39% des femmes qui ont accouché dans leur centre n'avaient pas eu de visites anténatales (Terkawi et al., 2019). Estimer suffisant ou non le nombre de visites anténatales est donc à prendre avec des pincettes et est différent selon les centres et les régions ainsi que la définition que l'on donne au terme suffisant. La gynécologue à Marrat Tamsrin qui exerce depuis les années 1990 constate un réel changement depuis les cinq dernières années. Selon elle, durant les premières années du conflit, il était difficile pour les femmes d'avoir accès aux soins. Ces dernières années, il existe davantage de fonds internationaux et de structures, ainsi il est plus aisé pour les femmes d'avoir recours à des consultations. De même qu'elle affirmait que les activités de sensibilisation avaient été énormément développées ces dernières années par rapport au début du conflit²⁴. Parmi les professionnels que nous avons consultés et selon leur situation, il semblerait même que le suivi anténatal soit attentif et régulier. La gynécologue nous précisait qu'environ 90% des femmes qui fréquentaient sa structure

²³Entretien 12, gynécologue Idlib, le 20 août 2021.

²⁴ Entretien 2, gynécologue Marrat Tamsrin, le 21 juin 2021. Traduit de l'arabe à l'anglais par Amina.

bénéficiaient de visites anténatales régulières et que le suivi était adapté selon leur situation : « *Et elles ont aussi un suivi en fonction de leur situation. Quand c'est une grossesse compliquée, on travaillant dans la région d'Idlib avec l'UOSSM lui dit que c'est compliqué et on lui dit qu'il faut aller plus souvent, quand elle a la tension c'est pareil* »²⁵. Dans le centre de santé à Membij, d'après la sage-femme et l'infirmière, certaines femmes viennent plusieurs fois dans la semaine et obtiennent des compléments alimentaires dans le centre lors de leurs visites²⁶. Pour la gynécologue qui travaille avec l'organisation SAMS, le nombre de visites dépend vraiment d'une femme à l'autre. Elles sont censées venir une fois par mois lorsqu'elles sont enceintes mais certaines viennent plus d'une fois dans le mois et d'autres ne viennent quasiment jamais²⁷. Le coordinateur santé pour l'organisation Action for Humanity, lui, a relevé certains obstacles à un faible nombre de visites anténatales : une connexion internet faible, le fait que certaines femmes n'aient pas de téléphone mobile et bien entendu le manque de ressources financières pour se déplacer jusqu'à des structures médicales²⁸.

3.3.2 Un personnel soignant fonctionnant en équipe mais parfois insuffisant par rapport à la demande

Concernant le personnel médical, les professionnels que nous avons interrogés sont souvent plusieurs et fonctionnent en termes de roulements avec différents corps de métiers dans chaque groupe. Pour la gynécologue qui travaille avec SAMS, il y a deux personnes de chaque profession par rotation²⁹. Elle affirmait également que les équipes réalisaient environ douze césariennes et vingt-cinq naissances naturelles en moyenne par rotation. Pour la sage-femme et l'infirmière qui travaillent à Al-Hajeen, il y a trois équipes qui tournent toutes les vingt-quatre heures, chaque équipe étant composée d'une sage-femme, d'un chauffeur et d'une infirmière³⁰. D'après nos échanges, les infrastructures semblent être bien accompagnées en personnel soignant et pourtant cela ne semble pas suffisant. Parmi les professionnels questionnés, un grand nombre ont évoqué une certaine pression et un stress dans leur pratique face à la forte demande, qui pouvait être aussi accentués par une situation sécuritaire compliquée. A noter

²⁵ Entretien 3, gynécologue Idlib, le 28 juin 2021. Traduit de l'arabe en français par Ilhem.

²⁶ Entretien 8, sage-femme et infirmière Membij, le 8 juillet 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

²⁷ Entretien 5, gynécologue Idlib, le 3 juillet 2021. Traduit de l'arabe à l'anglais par Amina.

²⁸ Entretien 10, coordinateur santé Raqqa et Deir-Ez-Zor, le 28 juillet 2021. Traduit de l'anglais au français par Maëla.

²⁹ Entretien 5, gynécologue Idlib, le 3 juillet 2021. Traduit de l'arabe à l'anglais par Amina.

³⁰ Entretien 7, sage-femme et infirmière Al-Hajeen, le 6 juillet 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

que cette situation de stress est variable selon les périodes. Depuis le début de la guerre, une grande partie du personnel soignant a quitté la Syrie, ce qui expliquerait ces difficultés liées au manque de personnel. L'ONG Human Appeal rapporte qu'en Syrie le nombre de sages-femmes serait 60% inférieur par rapport à la moyenne mondiale et qu'il y aurait 0,02 gynécologue pour 1000 personnes dans le Nord-Ouest de la Syrie, région où nous avons interrogé un grand nombre de professionnels pour cette recherche (Human Appeal, 2020). L'ONG rapporte également dans la région Nord-Ouest un personnel soignant surchargé, spécialement à l'hôpital Al-Imaan dans la ville d'Idlib où ils ont interrogé un certain nombre de professionnels de santé pour leur rapport. Dans cette ville et au sein de cette structure, un certain nombre de professionnels de santé rapportait devoir prodiguer des soins à l'extérieur de l'hôpital ou devoir faire attendre dehors du fait du manque de personnel. La gynécologue travaillant à Al-Jalama indiquait que le manque de personnel ne permettait pas aux sages-femmes de s'occuper de toutes les patientes et ce qui limitait l'accompagnement des naissances naturelles³¹.

Si la question du personnel soignant entre en compte dans la prise en charge des patients, la qualification joue un rôle déterminant. D'autant plus que la question de la qualification et du nombre de personnel a une influence sur le référencement des patients, sujet que nous aborderons plus tard dans cet écrit mais d'un point de vue organisationnel. Cette étude qui recouvre les conditions matérielles de la césarienne dans près de 26 pays à faibles revenus (Ologunde et al., 2014), met en lumière le fait que la césarienne dépend de l'infrastructure et du personnel soignant. Parmi les établissements qui ont fait l'objet de cette étude, ceux qui référençaient des césariennes disposaient en général d'un moindre personnel qualifié pour réaliser l'anesthésie, n'avaient pas toujours de blocs opératoires ou de banques de sang proches de leur infrastructure. En revanche, au sein des structures qui pouvaient réaliser les césariennes, la plupart du personnel présent était des gynécologues obstétriciens tandis que dans les structures qui référençaient il y avait principalement des médecins généralistes et des infirmières. Certes, la qualité et l'équipement des infrastructures rentrent en compte dans le déroulement de cette opération mais avoir du personnel qualifié capable de gérer des complications reste donc un élément fondamental.

³¹Entretien 11, gynécologue Al-Jalama, le 16 août 2021.

3.3.3 Un équipement disparate qui pousse le personnel soignant à s'adapter

Un autre élément qui semble disparate selon les infrastructures est la question de l'équipement. Le matériel de base semble être disponible dans un grand nombre de structures où nous avons interrogés les professionnels mais certains ont noté parfois un manque. Pour reprendre l'étude dans le contexte concernant le Bénin et le Mali, la césarienne est qualifiée comme « *la césarienne de la prévention* » (Schantz et al., 2020). Les sages-femmes et obstétriciens interrogés pour cette étude dans ces deux pays africains parlent d'une césarienne préventive en raison d'un manque d'équipement dans les infrastructures (équipement d'imagerie notamment). Un des praticiens rapporte que dans sa structure, ils n'ont pas de moyens de contrôler le pelvis, ce qui les pousse dans certains cas à recourir à la césarienne. Toujours selon cette étude, le manque d'équipement, le sentiment d'impuissance pour accompagner de manière sûre la naissance ainsi que l'omniprésence de la mort dans les services obstétriques conduisent également à un découragement des professionnels de santé, voire à un burn-out, ce qui pousse davantage à la césarienne qu'à la naissance naturelle.

Nous pouvons retrouver certains de ces constats concernant notre recherche dans le contexte syrien. La gynécologue travaillant dans la région d'Idlib affirmait que le matériel pour l'échographie par exemple était en général accessible dans un grand nombre de structures mais que le doppler par exemple ne l'était pas systématiquement : « *Oui il y a un manque, il y a pas toujours de doppler. Donc oui, il y a un manque, un vrai manque, ... Donc oui il y a un manque, après l'écho il y a partout, mais après tout ce qui est complémentaire, doppler etc, ça manque, ça dépend des hôpitaux, 50 % en ont, 50 % en n'ont pas. Après les raisons pour lesquelles il y a pas, elle sait pas. Elle dit que nous on demande au directeur de l'hôpital, on demande souvent, après parfois ils essayent et on arrive à avoir quelques matériels mais c'est pas toujours le cas donc c'est peut être lié à la région ou peut-être qu'il y a d'autres régions* »³². Pour les professionnels la question matérielle pourrait toujours être améliorée mais est beaucoup mieux qu'il y a quelques années, selon le gynécologue et la sage-femme travaillant à Al-Hol³³. De manière générale, dans les structures où ils réalisent seulement des naissances naturelles, le matériel est correct mais les professionnels considèrent qu'il faudrait investir dans du matériel plus adapté s'ils veulent à l'avenir réaliser des césariennes dans leur centre ou gérer des cas

³²Entretien 3, gynécologue Idlib, le 28 juin 2021. Traduit de l'arabe en français par Ilhem.

³³Entretien 6, sage-femme et gynécologue Al-Hol, le 5 juillet 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

compliqués tout simplement : « *Donc elle dit que là, pour l'accouchement naturel, elles considèrent qu'il y a tout ce qu'il faut, mais si par exemple on veut développer les choses et on veut avoir un service césariennes, oui il nous faut des équipements, il faut qu'on soit bien équipés. Elle insiste sur le fait que c'est très important d'ajouter ça, car le besoin il est là, de gestion des cas compliqués* »³⁴.

En revanche, les professionnels interrogés semblent pouvoir s'adapter à ce manque de matériel et trouvent des solutions en utilisant d'autres équipements : « (...) *nous en tant que Syrien on sait improviser* »³⁵. Trois professionnels ont mentionné un manque de médicaments ou des difficultés pour se les procurer en raison du prix ou en raison du manque de médicaments dans leurs infrastructures. Ce manque de médicaments intervient davantage dans le suivi des patientes plutôt que dans l'opération de la césarienne en elle-même.

Les études et la littérature semblent parfois se contredire au sujet de l'impact matériel sur le nombre de naissances par césarienne. Plusieurs articles indiquent que les pays à faibles revenus peuvent être davantage concernés par un large nombre de césariennes car ils présentent un fort taux de naissance mais des services de santé prénatals insuffisants par rapport aux besoins (Stewart et al., 2015). Au contraire, une autre étude au sujet de la césarienne en Afghanistan indique que les faibles capacités des infrastructures et des services entraînent un faible nombre de naissances par césarienne (Kim et al., 2012). Si la césarienne peut avoir des conséquences sur la santé de la mère et de l'enfant, elle peut aussi sauver des vies et reste nécessaire dans certaines situations. En cas de conflit ou de contexte d'urgence, c'est cette deuxième catégorie de césarienne qui est menacée c'est-à-dire la difficulté d'accès à cette pratique lorsqu'elle est nécessaire (Médecins sans Frontières, 2017).

³⁴ Entretien 8, sage-femme et infirmière Membij, le 8 juillet 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

³⁵ Entretien 6, sage-femme et gynécologue Al-Hol, le 5 juillet 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

Nous avons vu dans cette première partie d'analyse la manière dont a été directement et indirectement influencée la pratique de la césarienne durant une décennie de conflit en Syrie. Ces différentes causes relèvent donc principalement de facteurs structurels et sociaux qui ont été impactés par le conflit : les destructions et le manque de transports ainsi que les barrières psychologiques, dont la peur, sont des éléments exacerbés par la crise et qui entrent en jeu dans la prise de décision pour la césarienne.

Par ailleurs, ce contexte de crise a révélé des ambivalences et contradictions dans les demandes des patientes et dans la pratique des soignants cristallisées par une exacerbation des violences. Pour les femmes, entre trouver un moyen de transport pour se déplacer et les conditions de vie difficiles, l'ambivalence et le doute sont très présents au sujet de l'accouchement. Nous pouvons cependant distinguer certaines caractéristiques présentes dans d'autres pays concernant les raisons pour recourir à cette pratique, notamment la question de la sexualité ou la peur, mais certains de ces aspects n'ont fait que rejaillir avec le conflit. Du côté du personnel soignant, l'ambivalence se situe entre procéder à cette pratique par besoin et continuer à perpétuer certaines violences physiques, qui sont rendues invisibles du fait de la nécessité et de l'urgence engendrées par la guerre. Certaines caractéristiques décrites dans cette première partie d'analyse existaient, certes, avant le début de la crise (les mariages précoces par exemple) mais ont été exacerbées par celle-ci en faisant ressortir des violences structurelles existantes ainsi exacerbées et aussi d'autres liées à la guerre.

Après avoir tenté de démontrer les différentes raisons pour lesquelles la césarienne a pu être impactée par le conflit, nous allons voir désormais que cette pratique reste différenciée selon l'institution et les régions où elle est menée.

4. La césarienne, une pratique différenciée selon les différentes institutions et régions

Si le nombre de césariennes est clairement en augmentation pendant le conflit, la pratique reste cependant différente selon les régions et les institutions. De cette manière, la césarienne et ses manières de l'aborder diffèrent grandement en fonction de l'organisation structurelle et des différentes perspectives des professionnels. C'est également une pratique qui dépend aussi d'un bon système de référencement et d'une bonne coordination entre les structures médicales d'une région donnée.

4.1 Le processus de décision de la césarienne comme étape préliminaire au référencement et différent selon les structures

Selon les besoins de la patiente, le manque d'un médicament spécifique ou d'un équipement en particulier, les professionnels que nous avons interrogés font appel au référencement, c'est-à-dire référer et envoyer la personne dans une autre structure. Dans notre étude plusieurs situations sont possibles : le manque d'un médicament ou d'un équipement comme déjà cité, le fait que la structure où nous avons interrogé les professionnels n'effectuent pas de césariennes ou encore le besoin de soins intensifs pour la personne après l'opération indisponibles dans la structure en question. Cependant, la question du référencement est indirectement liée à celle de la prise de décision concernant la césarienne et c'est la raison pour laquelle nous souhaitons revenir sur le processus décisionnel dans un premier temps avant de revenir sur le référencement et la coordination.

4.1.1 La césarienne seulement pour des raisons médicales d'après les professionnels

Presque la totalité du personnel soignant dans le cadre de cette étude affirmait préférer l'accouchement naturel et réalisait la césarienne uniquement pour des raisons médicales. Même dans certaines situations où la femme ainsi que la famille demandaient la césarienne, les professionnels interrogés préféraient l'accouchement naturel et essayaient de sensibiliser les femmes et la famille : « *Euh, par contre elle dit que eux ils conseillent pas la césarienne à n'importe qui, c'est pas la femme qui décide. Quand elle a peur de l'accouchement*

*naturellement, on essaye de la sensibiliser, de lui expliquer les biens »³⁶. Les précédentes césariennes, un accouchement qui ne progresse pas ou des problèmes de tension sont également des explications qui entrent en jeu dans la décision pour la césarienne³⁷. De plus, la personne est également considérée selon certains facteurs de risques : « *So the patient is monitored from different risk factors : if she is overweight, if she had previous cesarean c-section and other different risk factors. And so she works on the women to get psychologically prepare for a potential c-section just in case »³⁸ ³⁹. La sage-femme et le gynécologue interrogés dans le secteur d'Al-Hol affirment qu'ils ont déjà beaucoup de naissances à accompagner et qu'ils ont peu de temps à accorder à des césariennes sur demande : « *Donc il a dit que eux ils ont déjà pas le temps de gérer les urgences et tout, donc ils vont pas accepter des personnes qui demandent eux la césariennes, ils ont pas ça aujourd'hui, ils considèrent qu'ils ont pas des femmes qui demandent la césarienne, donc tout ce qu'il font c'est pour des raisons médicales. Des femmes qui ont déjà eu des césariennes, ou d'autres raisons. Après quand j'ai demandé est-ce que parfois vous faites ça pour des raisons pratiques, il a dit non, et la sage-femme elle a dit on insiste toujours les femmes à opter pour l'accouchement naturel et on leur explique pourquoi, etc. Donc pour nous la césarienne elle est faite pour des raisons médicales »⁴⁰.***

La césarienne à répétition reste une des raisons médicales pour lesquelles une autre césarienne consécutive est exécutée et l'argument de la césarienne répétitive a été abordé plusieurs fois dans nos entretiens. Pourtant, l'argument qu'une femme doit de manière automatique avoir une césarienne de nouveau si elle a eu des césariennes auparavant a été remis en question et n'est pas médicalement recommandé si la patiente a eu seulement une seule césarienne. Selon un article dont le contexte est le Bangladesh (Aminu et al., 2014), un des professionnels interrogés lors de cette étude a appris au cours d'une formation que seulement 25% à 30% des femmes avec une césarienne à son historique avaient besoin d'une césarienne par la suite alors que lui dans sa pratique recommandait la césarienne systématiquement si la patiente avait déjà eu une

³⁶ Entretien 3, gynécologue Idlib, le 28 juin 2021. Traduit de l'arabe en français par Ilhem.

³⁷ Entretien 5, gynécologue Idlib, le 3 juillet 2021. Traduit de l'arabe à l'anglais par Amina.

³⁸ Entretien 2, gynécologue Marrat Tamsrin, le 21 juin 2021. Traduit de l'arabe à l'anglais par Amina.

³⁹ « *La patiente est considérée selon différents facteurs de risques : si elle est en surpoids, si elle a d'autres césariennes et d'autres facteurs de risques. Elle travaille à préparer la patiente à avoir une césarienne au cas où* ».

⁴⁰ Entretien 6, sage-femme et gynécologue Al-Hol, le 5 juillet 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

césarienne. Ceci montre bien que la césarienne n'est pas une pratique obligatoire après avoir eu une césarienne dans le passé et que le personnel médical n'est pas toujours conscient de la possibilité d'une naissance par voie basse après une césarienne. Dans le cas de notre étude en Syrie, la question de pratiquer une césarienne parce que la patiente a déjà eu une césarienne auparavant relève davantage de vouloir prendre le risque ou non de conduire une naissance par voie basse après une telle opération. L'image que l'on donne du risque est aussi à considérer. Si le personnel soignant transmet l'idée aux patientes que la naissance par voie basse est risquée même après une seule césarienne, ceci refroidit les patientes à l'idée d'avoir recours à une naissance naturelle après une seule opération de ce type.

Dans les différentes structures, il y a des césariennes planifiées ainsi que des césariennes dites en urgence. Concernant les césariennes planifiées à l'avance, la décision se fait avant de référer la patiente vers un autre établissement. En revanche, la gynécologue basée à Raqqa démontre que le suivi régulier pendant la grossesse permet de détecter les complications et les grossesses à risque, ce qui limite le nombre de césariennes en urgence et les complications de dernière minute⁴¹.

Même si les professionnels avancent le fait que la césarienne est souvent effectuée pour des raisons médicales, il arrive que dans certaines situations ce sont les femmes qui demandent à avoir recours à la césarienne. D'après nos échanges avec les professionnels, il y a plusieurs raisons pour lesquelles les femmes demandent d'accoucher par césarienne. La peur de la douleur et de l'accouchement fait partie de ces raisons et notamment chez les jeunes filles, comme nous l'avons déjà mentionné plus haut. La question de la sexualité a été évoquée à deux reprises lors de nos entretiens ainsi que des accouchements naturels antérieurs douloureux qui pousseraient les femmes à demander la césarienne comme l'exprime la gynécologue qui travaille dans le secteur de Raqqa : « *Elle a dit que parfois oui, elle a des patientes qui le demandent. En général c'est un choix de la patiente avec son mari. C'est plus lié à leur vie sexuelle aussi, le fait qu'ils veulent pas ça parce qu'ils veulent pas toucher à cette zone-là, etc etc. Donc dans ce cas, on essaye de les convaincre, on essaye de faire plusieurs séances avec, elle travaille beaucoup sur ça avec les patientes. Parfois on voit qu'il y a pas de changements donc il vont la faire. Et parfois, il y a des femmes aussi qui ont accouché naturellement avant et qui ont subi des choses, c'est-à-dire, peut-être que ça s'est mal passé, il y a eu des*

⁴¹ Entretien 7, sage-femme et infirmière Al-Hajeen, le 6 juillet 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

déchirements et tout, donc elles, elles veulent plus parce qu'elles ont dû faire des opérations esthétiques pour réparer les choses et du coup elles veulent plus retourner à ça et du coup le médecin accepte dans ce cas-là »⁴².

Plusieurs études ont mis en lumière les facteurs de la césarienne sur demande et les raisons médicales pour y recourir dans certains pays en voie développement. Cet article au sujet de la césarienne sur demande au Nigeria (Chigbu et al., 2007) indique que les raisons pour le souhait d'une césarienne dans les pays dits développés relèvent plus de confort, de la volonté de ne pas avoir de conséquences pour les organes tels que le vagin et le pelvis qui seraient dues à l'accouchement naturel. Alors qu'au Nigeria, la césarienne sur demande était liée à l'âge avancé de la mère ou des cas d'infertilité antérieurs. Dans le cas du Nigeria, les raisons seraient davantage liées à des raisons biologiques alors que dans les pays dits développés, elles relèveraient plus du confort.

Une étude intéressante au sujet de cette pratique médicale en Asie du Sud-Est met en lumière différents facteurs à prendre en compte dans le processus de décision de la césarienne (Verma et al., 2020). Les résultats montrent que le nombre de césariennes est plus important chez les mères qui donnent naissance dans des structures privées, dont la taille de leur enfant est en-dessous ou au-dessus de la taille moyenne et même dont le niveau d'étude est plus élevé que la moyenne. Au-delà des facteurs institutionnels et socio-économiques, d'autres études dans des pays en voie de développement s'appuient davantage sur les raisons cette fois-ci médicales qui conduisent à la césarienne. Des données concernant la césarienne venant de différents hôpitaux publics au Bangladesh (Aminu et al., 2014) ont montré que les principales raisons pour exercer cette pratique étaient une précédente césarienne chez la future maman, détresse fœtale, travail qui ne progresse pas et un accouchement après les dates à terme.

Un autre élément qui a été reporté dans la littérature mais qui n'a pas été forcément mentionné lors de nos entretiens est la question de la peur de litige comme pouvant influencer la prise de décision pour la césarienne (Aminu et al., 2014). Le fait qu'une complication pouvant entraîner des conséquences graves puisse découler sur des procédures judiciaires ou internes entre les professionnels soignants, la structure et les familles.

⁴² Entretien 4, gynécologue Raqqa, le 30 juin 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

4.1.2 La prise de décision pour la césarienne et le référencement : une décision qui revient au médecin spécialiste

Dans un grand nombre de cas, du moins parmi le personnel médical interrogé, c'est le médecin ou une personne référente qui prend la décision pour référer une personne pour une césarienne. Le médecin est souvent soutenu et accompagné par des infirmières et sages-femmes. Dans certains cas, ce sont ces dernières qui accompagnent l'accouchement et qui signalent des complications éventuelles au médecin spécialiste de la structure : « *The midwife attends the birth, and if she feels, the midwife that there is something, a complication happening, then the specialist doctor is called and does the referral then* »^{43 44}. La gynécologue basée à Raqqa affirme que la fermeté et la personnalité du médecin jouent un rôle important dans la prise de décision pour la césarienne aussi.

Au sein d'un même secteur ou d'un même corps de métiers, des professions identiques ou voisines ont des pratiques en commun dans leurs activités respectives. Toutefois, des divergences peuvent exister, notamment autour de questions éthiques dans le monde médical. Un article d'Anne Paillet met en perspective les différentes pratiques des infirmières et des médecins autour de questions éthiques dans un service de réanimation de nouveau-nés (Paillet, 2009), à savoir réanimer à tout prix avec une possibilité de handicap sérieux par la suite, ou ne pas réanimer pour éviter des séquelles dans le futur. Parmi les professionnels que nous avons interrogés pour cette enquête, la plupart travaille en équipe avec des personnes de professions différentes (gynécologues, médecins, infirmières), ceci pouvant avoir un rôle dans la prise de décision conduisant à une césarienne. Les questions éthiques pourraient être les suivantes dans ce contexte : donner naissance par césarienne car il y a des risques d'attaques même si il peut y avoir des conséquences sur la santé de la femme et de l'enfant, ou alors préférer l'accouchement par voie basse pour éviter des séquelles mais encourir des risques cette fois-ci sécuritaires ou sanitaires (peu de de place dans les hôpitaux, risques de bombardements par exemple). Cependant, ces tensions ne sont pas ressorties lors de nos entretiens.

Le rôle de la famille est un déterminant essentiel également dans la prise de décision de la césarienne car elle peut influencer la patiente sur le point d'accoucher ou encore le personnel

⁴³ Entretien 9, gynécologue Al-Shahbaa, le 15 juillet 2021. Traduit de l'arabe à l'anglais par Amina.

⁴⁴ « *La sage-femme accompagne la naissance et si elle sent, la sage-femme, qu'il y a quelque chose, une complication qui intervient, alors le docteur spécialiste est prévenu et fait le référencement par la suite* ».

soignant. D'après nos entretiens, les professionnels nous ont dit que la famille exerçait en effet une certaine pression mais qui relevait encore une fois de la peur et de la crainte de voir son épouse ou sa fille souffrir lors de l'accouchement. Le personnel soignant dispose du soutien de la structure et des collègues pour appuyer certaines décisions médicales face à la famille si nécessaire. La gynécologue de Raqqa nous relate sa position face à la famille en ce qui concerne le mode de naissance de la manière suivante : « *Donc elle dit oui, il y a beaucoup de pression. En général on peut avoir des familles qui disent non à la césarienne et qu'ils savent que médicalement il faut la faire. Ils essayent de les convaincre, de leur expliquer, parfois c'est très difficile, ils vont pas comprendre. Mais moi quand j'ai pris ma décision, j'y vais et on essaye de noter les choses dans un document pour nous protéger, mais je le fais, j'y vais même si la famille elle est pas d'accord* ».

4.2 Un référencement et une coordination disparates selon les structures et les régions

La prise en charge de la césarienne, comme une grande partie des soins, dans ce type de contexte, compte beaucoup sur le référencement. En revanche, celui-ci dépend fortement des structures et de la région d'exercice. Cette variation a un impact sur la pratique des soignants concernant la césarienne.

4.2.1 Le référencement comme un élément salvateur pour la prise en charge de la césarienne

Le référencement reste un dispositif important concernant la césarienne car il permet la prise en charge de cas compliqués. Cette étude analyse le contexte afghan et montre que la fréquence des visites médicales des femmes ainsi qu'un bon système de référencement et des bonnes capacités de prise de décision de la part des professionnels de santé, enlèveraient en partie le caractère urgent de la césarienne (Kim et al., 2012). Dans le cadre de notre recherche, la coordination entre acteurs et le référencement dépend fortement des secteurs géographiques ce qui induit donc une prise en charge inégale selon les régions. Malgré ces disparités, la plupart des professionnels interrogés ont estimé que le référencement ainsi que la coordination entre acteurs étaient corrects voire bons. Le référencement était double d'après certains professionnels, c'est-à-dire qu'ils leur arrivaient eux-mêmes de référer des patientes dans d'autres structures mais ils accueillaient aussi des patientes référées par d'autres structures comme l'explique la gynécologue exerçant dans la région d'Idlib avec l'UOSSM : « (...) *il ya une bonne coordination entre les hôpitaux et les centres là-bas, donc il y a beaucoup de*

*référéncements, c'est à dire que parfois c'est des femmes qui viennent d'autres centres quand il n'y a pas ce qu'il faut là où elles étaient. Ou même si c'est un hôpital, parfois l'hôpital il reçoit pas les prématurés etc etc. Donc selon le cas, elles sont référéncées dans des hôpitaux où il y a, où les services permettent bah de faire la césarienne, ... »⁴⁵. Lorsqu'ils reçoivent une demande pour accueillir une patiente, ils prêtent attention à la situation de la patiente en question pour évaluer s'ils sont capables de l'accueillir par rapport à ses besoins : « *Donc elle a dit que sur le référéncement, c'est peut-être encore à améliorer mais elle considère que c'est très bien. Elle dit que c'est le médecin qui décide pour le référéncement. Il y a toujours une personne, qui, qui est le responsable de référéncement dans chaque hôpital et dans chaque endroit. Donc c'est lui qui va dire j'ai besoin d'envoyer telle personne, il va demander une fiche et après il va chercher si dans d'autres endroits il y a d'autres matériel. Et elle pareil, quand elle reçoit des appels et tout, on lui on a ça et c'est elle qui décide si on la prend ou pas* »⁴⁶.*

Certains professionnels interrogés en plus de voir une bonne coordination entre acteurs, y voient un impact positif sur la santé des femmes et en particulier sur la santé reproductive, comme nous l'ont dit la sage-femme et le gynécologue travaillant à Al-Hol : « *Donc il trouve que la coordination elle est très bien. Ils ont une coordination avec les autres centres, ils ont des collègues qui travaillent dans d'autres centres à Hassakeh etc, donc ils vont les appeler, ils vont même essayer de suivre la patiente même quand elle est dans les mains de quelqu'un d'autres, lui expliquer ses antécédents etc. Il trouve que cela oui a un impact positif sur la santé reproductive etc* »⁴⁷.

La gynécologue travaillant dans la ville d'Idlib avec SAMS nous décrit le manque de place et de matériel qui font qu'elle et ses collègues vont référer certaines patientes à d'autres structures. Elle souligne également le fait que ce travail de coordination aide énormément les patientes car cela leur permet de gagner du temps et les décharge d'une certaine préoccupation mentale. En revanche, pour cette professionnelle de santé, le référéncement et la coordination n'ont pas d'impact sur le nombre de césariennes : « (...) *she was saying, we utilize referral system quite*

⁴⁵ Entretien 3, gynécologue Idlib, le 28 juin 2021. Traduit de l'arabe en français par Ilhem.

⁴⁶ Entretien 3, gynécologue Idlib, le 28 juin 2021. Traduit de l'arabe en français par Ilhem.

⁴⁷ Entretien 6, sage-femme et gynécologue Al-Hol, le 5 juillet 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

regularly, between them and, for example there is a delivery ward in UOSSM center in Ariha, (...) they will get referrals from them. Also if they do not have enough beds they will refer patients from their hospital to local hospitals in Idlib. For example, if a woman has a complication or she is coming early and the baby is ... It requires an incubator or something but they don't have availability for that so they will go to find a hospital that can take her and the baby. It takes a lot of time for the woman to look at different places so it helps her quite a lot so it provides better service to the patient and it saves time and it is very efficient. However, it will not have an effect on the c-section rate itself but it does improve health for women in general"^{48 49}. Cette gynécologue soulève une question intéressante à savoir la relation directe entre la qualité de la coordination entre acteurs et le nombre de naissances par césarienne. L'impact de la coordination sur le nombre de naissances par césarienne est difficile à affirmer à travers nos entretiens, mais il est davantage certain que la coordination et le référencement ont une influence sur la qualité de la prise en charge de la patiente pour la césarienne et pour sa santé.

4.2.2 Le référencement dépend de la nature des structures dans un périmètre géographique donné

La question du référencement dépend fortement des relations entre acteurs et structures mais aussi du nombre et de la nature des structures dans un périmètre donné. Parfois, un nombre important de structures ne suffit pas si les liens ne sont pas opérationnels. La gynécologue exerçant à Raqqa, nous a affirmé qu'il y avait un nombre important de structures de santé dans son périmètre : « *Il y a beaucoup de centres, il y a une cinquantaine de centres. Il y a deux hôpitaux et ils sont juste à côté du centre de l'UOSSM. Donc quand elle a des complications elle envoie direct à l'un des hôpitaux* »⁵⁰. Alors que plus loin au cours de son entretien, elle nous disait que la coordination et le référencement dans la région étaient à améliorer : « *Là après où il manque, là où ils ont un problème, c'est la coordination. Le référencement, ils ont*

⁴⁸ Entretien 5, gynécologue Idlib, le 3 juillet 2021. Traduit de l'arabe à l'anglais par Amina.

⁴⁹ Elle disait qu'ils utilisaient le référencement de manière régulière, entre eux et, par exemple il y a une salle d'accouchement dans un centre de l'UOSSM à Ariha (...), ils vont avoir des personnes référencées de leur part. Aussi, s'ils n'ont pas assez de lits, ils vont référer les personnes de leur hôpital à un hôpital local à Idlib. Par exemple, si une femme a une complication, ou si elle vient tôt et que le bébé est (...) qu'il y ait besoin d'une couveuse ou de quelque chose mais qu'ils n'ont pas, ils vont chercher un hôpital qui pourra prendre en charge la patiente et le bébé. Ça prend beaucoup de temps aux femmes de chercher différents endroits, du coup, ça les aide beaucoup, cela donne de meilleurs services aux patients, ça fait gagner du temps et c'est efficace. Néanmoins, ceci n'a pas d'impact sur la césarienne elle-même mais ça permet d'améliorer la santé des femmes en général.

⁵⁰ Entretien 4, gynécologue Raqqa, le 30 juin 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

*pas beaucoup de coordination avec les hôpitaux, donc ils vont l'envoyer direct sans coordonner, sans demander s'il y a de la place et tout. Donc c'est quelque chose qu'ils n'ont pas encore renforcé dans la région et elle dit que nous on demande souvent à renforcer la coordination».*⁵¹ La sage-femme et l'infirmière que nous avons interrogées et qui travaillent à Membij ont également affirmé qu'il y avait un certain nombre de centres privés autour de leur structure. Au contraire, la gynécologue à Al-Shahbaa nous disait que dans la zone où elle travaillait il y avait peu de centres privés et qu'ils travaillaient avec principalement un seul hôpital. Plusieurs structures dont nous avons interrogés les professionnels, pour certaines, avaient des liens privilégiés avec des structures en particulier, comme le cas d'Al-Shahbaa donc mais aussi les deux professionnels de santé que nous avons interrogés à Al-Hol qui travaillaient énormément avec un hôpital à Hassakeh, probablement en raison de la proximité géographique. Cette relation privilégiée avec certaines structures permet un bon suivi des patientes et un suivi de confiance lorsqu'elles sont référées pour une césarienne.

4.3 La césarienne, une pratique différenciée selon les régions et la nature des structures

4.3.1 Une pratique à replacer dans un contexte régional plus large

La question de la césarienne est en effet devenue ces dernières années un défi de santé obstétrique majeur dans la région Moyen-Orient dont les gouvernements peinent à trouver des solutions, particulièrement concernant les césariennes sans raisons médicales. Les origines historiques de cette pratique restent anciennes et trouvent leur place à travers des écrits anciens. Ferdowsi, poète persan majeur du 11^{ème} siècle, dans son écrit appelé *Shahnameh* (Livre des Rois), relate la naissance de Rostam, le personnage principal, dont la mère Rudabeh princesse de Kabul, aidée par son mari Zal, donne naissance par césarienne, avec une boisson alcoolisée comme principal anesthésiant, un simple couteau pour l'incision, une boisson à base d'herbes comme remède et une plume de l'oiseau légendaire de la mythologie iranienne, Simorgh, pour apaiser la cicatrice. Cette pratique aurait été décrite également dans des écrits Juifs très anciens en précisant qu'elle permettait de sauver la mère et l'enfant, et aurait été apprise lors de l'exode de Babylone ou à l'époque Perse pour pouvoir sauver des vies (Azimirad, 2020). Ces récits

⁵¹ Entretien 4, gynécologue Raqqa, le 30 juin 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

n'ont sûrement pas d'impacts directs sur les enjeux actuels, néanmoins, ils montrent bien que cette pratique est présente depuis longtemps.

Selon cette étude datant de 2004 qui balaye la question de la césarienne dans les pays Arabes (JURDI & KHAWAJA, 2004), la césarienne serait associée à des facteurs socio-économiques et démographiques tels que l'urbanisation, le pouvoir d'achat ou encore le niveau d'alphabétisation. Cet article montre également un lien entre la proportion de césariennes et l'institutionnalisation des naissances dans un pays donné, soit les naissances encadrées dans des structures médicalisées. Les auteurs donnent l'exemple du Yémen, où les naissances restent peu encadrées et où en effet le taux de césarienne reste faible. A la suite de ces constats, les chercheurs posent la question de la médicalisation de cette pratique qui pourrait concerner différents pays arabes tels que l'Égypte, le Liban ou la Syrie. L'enquête souligne l'importance de prendre en compte les pratiques du secteur privé, dont les résultats montrent que la proportion de césariennes est plus grande au sein de ces structures que les structures publiques. Un autre facteur à prendre en compte est l'assurance du côté des patientes. Selon les pays, une couverture publique existe, des assurances privées également et leur usage dépend des pays mais ont clairement un rôle dans la prise de décision pour la césarienne. La question de la privatisation est intéressante si elle est mise en perspective avec nos éléments de recherche en Syrie puisque le nombre de structures privées dans ce pays est en augmentation. Pour mettre en perspective ces particularités régionales nous avons choisi de nous attarder sur quatre pays en particulier qui ont parfois des points communs avec notre étude en Syrie et sont : la Turquie, l'Iran, le Liban et la Jordanie. Dans un certain nombre de ces pays, nous pouvons distinguer les caractéristiques communes suivantes avec la Syrie : les disparités régionales, la montée du secteur privé et la question de la peur notamment.

Le cas de l'Iran :

L'Iran connaît une forte hausse du nombre de césariennes ces dernières années ainsi que de profondes mutations de son système de santé. Dans un congrès en 2015, le Ministre de la Santé de la République Islamique d'Iran aurait affirmé que le taux de prévalence serait passé de 37% en 1991 à 53% en 2013, et serait au-dessus de 90% dans les centres privés (Azimirad, 2020). Les raisons pour recourir à la césarienne sont différentes selon les milieux sociaux, les régions et les conditions de l'accouchement et de santé de la future maman. Cette pratique serait surtout appliquée dans le Nord de l'Iran (Zakerihamidi et al., 2015). Cet article publié en 2015

(Ghaedmohammadi et al., 2015) démontre que les principales explications pour recourir à la césarienne, du moins parmi l'échantillon de l'étude, sont les complications, ainsi que les césariennes à répétition. L'analyse des facteurs qui contribuent à avoir recours à cette pratique en Iran ont fait l'objet d'autres articles. Une étude publiée en 2016 essaye d'appréhender l'attitude des femmes face à la césarienne (Siabani et al., 2019). Cette analyse indique que les principaux facteurs seraient l'âge de la mère, la première naissance, l'historique de la femme concernant la césarienne et la peur de la douleur lors de l'accouchement naturel. A noter que l'aspect financier dans la décision des professionnels de santé est un facteur contributif grandissant. Dans certaines régions, notamment à l'Ouest, l'information reste peu accessible ce qui influence les représentations rapides de certaines femmes concernant cette pratique.

Face au nombre grandissant de césariennes, le gouvernement de la République Islamique d'Iran a mis en place certaines mesures pour essayer de limiter et encadrer la pratique à travers le Plan de Transformation pour la Santé (*Health Transformation Plan*). Selon une revue systématique des études concernant l'impact de ce plan, il pourrait avoir eu un impact sur la pratique mais relativement faible par rapport aux effets attendus (Behzadifar et al., 2019).

Le cas de la Turquie :

Avec plus de 80 millions d'habitants, la Turquie a connu ces dernières années une hausse du nombre de naissances par césarienne. La césarienne sur demande serait l'une des raisons principales à cette augmentation ainsi que les progrès concernant la chirurgie abdominale, les anesthésiants locaux et la disponibilité des réserves de sang (Koken et al., 2007). Le taux de césariennes était estimé à 23,8% en 2001 (Koken et al., 2007) et de 50,5% en 2013 (Inal et al., 2017), ce qui reste inférieur à d'autres pays d'Amérique Latine par exemple, mais l'augmentation reste tout de même frappante. D'un point de vue institutionnel, selon cet article, les césariennes étaient davantage réalisées dans les structures publiques au début des années 2000 pour petit à petit basculer dans les structures privées (Inal et al., 2017).

Une étude intéressante datée de 2007 (Koken et al., 2007), s'interroge sur les déterminants de la césarienne sur demande, tant du côté des professionnels que des patientes. Ce papier de Koken et al, montre les résultats obtenus par la distribution de questionnaire à des femmes et professionnels sur les préférences pour recourir à la césarienne au sein du service gynécologique de l'hôpital d'Afyonkarahisar. L'étude met en lumière l'importance du savoir dans la prise de décision. Parmi les femmes du groupe lambda, 44% d'entre elles estiment que

le médecin sait mieux et peut décider de la manière dont la naissance peut se passer, contre 21% parmi le groupe des professionnels de santé. En revanche, les femmes du groupe lambda semblent davantage préférer la naissance par voie basse, ce qui pose question sur les fondements de cette pratique, spécifiquement concernant le gain financier comme nous l'avons abordé plus haut.

D'autres études dans le contexte turc s'attardent sur les préférences des femmes et des professionnels du soins vis-à-vis de la césarienne. Une étude menée dans la ville de Yozgat en 2011 (Akarsu & Mucuk, 2014) interroge plusieurs femmes le lendemain de l'opération dans une clinique privée et dans une clinique publique de la ville. Parmi les femmes qui ont bien voulu répondre au questionnaire, environ 72% des femmes interrogées étaient satisfaites d'avoir eu recours à la césarienne et les principales raisons pour vouloir donner naissance par césarienne étaient la peur de la douleur, la césarienne à répétition et la santé de l'enfant. A contrario, ce qui reste surprenant dans cette étude, est que 87% des femmes qui ont répondu au questionnaire estiment que la naissance naturelle reste le modèle idéal de donner naissance alors qu'elles préfèrent la césarienne dans la pratique. Aussi, 89% des césariennes réalisées avaient décidées selon le médecin en concertation avec la femme, contre environ 13% des césariennes qui étaient à l'origine d'une décision entre la famille et la femme.

Une étude datant de 2012, traite de l'attitude des professionnels de santé dans un hôpital public et deux hôpitaux privés de la ville de Gaziantep vis-à-vis de cette pratique médicale (Kisa et al., 2017). Les raisons pour lesquelles le nombre de césariennes serait trop élevé, diffèrent selon les professions. Pour les obstétriciens, ce serait davantage dû à des difficultés pendant la grossesse et l'accouchement, tandis que pour les sages-femmes par exemple, ce serait davantage en raison du protocole et de l'organisation propre à l'hôpital où elles travaillent.

Le cas du Liban :

Le Liban, pays frontalier avec la Syrie, a été touché de plein fouet par le conflit Syrien avec l'arrivée de plus d'un million et demi de réfugiés pour une population d'environ six millions d'habitants. Un pays marqué également par un difficile accès aux soins par manque de ressources financières pour certains Libanais. De manière similaire à d'autres pays de la région, le Liban a été témoin d'une hausse du nombre de césariennes cette dernière décennie.

Un article publié en 2007 tente d'analyser les facteurs prédictifs qui conduisent à la césarienne chez des femmes qui donnent naissance à leur premier enfant dans neuf hôpitaux de Beyrouth. Parmi les hôpitaux faisant partie de cette étude, seulement un seul respectait les critères de l'OMS au regard de la césarienne. L'étude a également montré une forte relation entre la césarienne et les facteurs suivants : le genre de l'obstétricien (ici les hommes), les jours de la semaine (moins de césariennes le weekend), l'assurance et le mode de paiement. L'étude fait ressortir un élément intéressant concernant le rôle des sages-femmes. Dans l'hôpital respectant les critères de l'OMS, la quasi-totalité des femmes étaient accompagnées de sages-femmes lors de l'accouchement et ce qui pourrait jouer un élément dissuasif pour procéder à la césarienne ou non, sachant que dans cette structure, le nombre de césariennes était plus faible que dans les autres hôpitaux étudiés.

Concernant les facteurs menant à la césarienne, un papier publié en 2008 (Carayol et al., 2008) revient sur les différences régionales concernant la prise de décision pour cette pratique. Les principaux facteurs dans la région du Mont-Liban et Beyrouth étaient liés à l'assurance alors que dans d'autres régions du pays, l'âge de la future mère ainsi que le nombre de visites anténatales étaient davantage considérés concernant la césarienne. L'âge du père et son impact sur la santé du nouveau-né et donc de la césarienne a été analysé dans cette étude de 2018 (El Rafei et al., 2018). Les naissances d'enfants en sous-poids et par césarienne, étaient d'une proportion plus importante lorsque le père avait un âge estimé avancé (supérieur ou égal à 40 ans). Ce dernier aspect reste intéressant car de manière générale, les problèmes de santé liés à la grossesse, la fertilité ou au nouveau-né sont souvent envisagés par rapport à la femme mais rarement par rapport aux hommes.

Le cas de la Jordanie :

La Jordanie, avec un système de santé moderne comparé à d'autres pays de la région, a été impactée par la crise syrienne et connaît une augmentation du nombre de césariennes, et plus particulièrement les césariennes sans indications médicales. Selon cette étude, le taux de naissances par césarienne était de 18% en 2002 contre 30% en 2012 (Rifai, 2014). La même étude montre que les césariennes sans raisons médicales ont augmenté particulièrement dans les hôpitaux universitaires. L'étude met aussi en lumière l'importance d'un accompagnateur pendant l'accouchement qui permettrait de limiter cette pratique médicale, car la femme se sentirait davantage soutenue lors de cette étape de vie. Plusieurs études ont tenté de mettre en

perspective l'avis des femmes et des professionnels de santé vis-à-vis de la césarienne dans le contexte jordanien. Parmi les gynécologues questionnés pour une étude publiée en 2007 (Lataifeh et al., 2009), 7% était favorable pour une césarienne sans indications médicales en ce qui les concerne eux-mêmes ou leur femme. Les principales raisons évoquées étaient : la peur de séquelles sur le long terme, la question de la sexualité, les conséquences pour le périnée ainsi que le choix de l'heure pour l'accouchement. Une autre étude plus récemment publiée en 2020 s'attarde davantage sur la perception des femmes concernant la pratique de la césarienne (Mukattash et al., s. d.). L'article indique que les sources d'information des femmes jordaniennes concernant cette pratique restent principalement Internet ainsi que la famille et les amis, fait plausible puisque la famille est une institution sociale encore importante en Jordanie. Plus de la moitié des participantes ont déclaré que la césarienne engendrait moins de conséquences sur la santé pour l'enfant. La peur était l'une des raisons principales pour recourir à la césarienne.

4.3.2 La césarienne comme pratique à l'honneur dans les structures de santé privées

Nous avons déjà commencé à aborder cette thématique dans la section au-dessus car c'est un aspect déterminant dans le référencement et la coordination mais la nature de la structure médicale a un impact sur les naissances par césarienne. Un grand nombre de professionnels que nous avons interrogés n'ont fait que décrier les méfaits du secteur privé concernant cette pratique, ce qui est appuyé par différentes études du monde universitaire. Cette étude en Asie du Sud-Est montre que le nombre de césariennes est plus important chez les mères qui donnent naissance dans des structures privées (Verma et al., 2020). De même, cette autre étude dans le contexte du Bangladesh mentionne l'influence du secteur privé sur la pratique de la césarienne (Aminu et al., 2014). Au Bangladesh, les raisons relatives au profit financier ont été évoquées. Certains agents essayent de convaincre les patients de signer une décharge afin qu'ils aillent dans des hôpitaux privés pour avoir une césarienne et dans le but de recevoir en retour une contrepartie financière de la part des structures privées.

Dans le cadre de cette recherche en Syrie, nous n'avons pas rencontré de personnes travaillant dans des structures médicales privées ce qui peut être une limite à notre étude. Mais à travers nos entretiens, les raisons suivantes pour recourir à cette pratique dans le secteur privé ont été évoquées. Tout d'abord, les raisons financières, sachant que dans les structures privées, un accouchement par césarienne rapporte plus de gains financiers qu'un accouchement naturel. De

cette manière, la césarienne serait une source de profit. La sage-femme et l'infirmière de Membij ont mis également en lumière des raisons pratiques et de rapidité, qui étaient davantage à l'origine de la césarienne dans le privé que dans le secteur public ou des ONG par exemple : « *Dans le privé, il y a plus de césariennes parce que, soit c'est la femme qui demande donc on va la faire, on va pas lui dire non car de toutes façons ils vont gagner de l'argent. Soit c'est pour la rapidité et des raisons pratiques* »⁵².

De cette manière, lorsqu'une patiente arrive dans une structure privée et qu'elle demande une naissance par césarienne, il y a plus de chances pour qu'on lui dise oui. D'après nos interrogés, certains professionnels du secteur privé prennent à leur avantage le fait que certaines femmes ne soient pas assez informées des conséquences possibles de la césarienne sur leur propre santé et sur celle de l'enfant. Par ailleurs, selon la gynécologue qui travaille dans la ville d'Idlib avec SAMS, le fait que les professionnels du secteur privé puissent donner des informations incomplètes aux patientes est à l'origine d'une méfiance des patientes envers les travailleurs des ONG et les services qu'elles procurent. Les acteurs du secteur privé font sous-entendre que les services de santé dans les ONG sont de moins bonne qualité du fait qu'ils soient gratuits. De la même manière, plusieurs professionnels nous ont dit recevoir des patientes venant de structures privées pour bénéficier d'une césarienne car ne pouvant pas payer ce service dans le privé, tout en leur ayant dit qu'elles risquaient des complications sérieuses. Or, une fois examinées au sein d'une ONG, elles ne présentaient pas forcément les complications dont on leur avait parlé, ou du moins, les complications n'étaient pas aussi graves au point de recourir à une césarienne. Cet aspect est très bien relaté par la gynécologue qui travaille avec l'organisation SAMS : « *Private hospitals creating this reputation that hospitals run by humanitarian organisations, because patients do not have to pay for services they are kind of telling the patient, that because you don't pay the patients are expecting about a bad quality of services. (...) For example in private health providers will do a ultrasound with the woman saying that umbilical cord is over his head and if you don't come now and do a c-section with me, obviously because they are paid for it, then the baby could die today and so that puts pressure on the women to go ahead with a c-section. And when she goes to the government, to the NGO facility, she gets to know, no we can actually do natural delivery and it is perfectly safe to do that. Obviously it created kind of mistrust to the service providers because if you are*

⁵² Entretien 8, sage-femme et infirmière Membij, le 8 juillet 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

not paying money you won't get a good service so it is a very big issue they are facing^{53 54}.

4.3.3 Une préférence pour l'accouchement naturel dans le secteur public et celui des ONG

Si la césarienne semble être une pratique à l'honneur dans le secteur privé, les ONG poussent davantage à l'accouchement naturel et il en serait de même pour le secteur public. Une grande partie des professionnels dans le cadre de cette étude sont strictement en faveur de l'accouchement naturel. Certains nous ont confié que certes la césarienne pouvait être plus rapide et pratique mais que dans tous les cas ils préféreraient la naissance par voie naturelle car il en va de la santé des femmes. La gynécologue travaillant à Raqqa s'est exprimée de la manière suivante concernant sa pratique de la césarienne : *« Elle dit que elle, elle a assez d'expérience et elle a beaucoup travaillé donc pour elle, la césarienne elle est même plus facile qu'un accouchement naturel, donc elle a aucun problème à faire des césariennes et ça la stresse pas, ça la met pas mal à l'aise, au contraire c'est plus les accouchements naturels où elle sait pas comment ça va se passer, où il peut y avoir des complications à la dernière minute donc elle sait pas toujours ce qui peut se passer »*⁵⁵. Mais encore une fois, elle se présente davantage en faveur de l'accouchement naturel au cours de son entretien. Les professionnels interrogés lorsqu'une patiente arrive dans leur structure et demande la césarienne, essayent le plus possible de la raisonner ainsi que leur famille. Même au moment de l'heureux événement, c'est tout un travail de sensibilisation qui est fait par les professionnels mais qui reste parfois difficile.

4.3.4 Une hausse de la pratique disparate selon les régions en raison de la nature des structures

Une professionnelle de santé travaillant à Afrin avec l'organisation DDD nous a clairement affirmé que la pratique de la césarienne était différente selon les régions de Syrie⁵⁶. Lors de nos entretiens, il nous a semblé que la pratique de la césarienne comportait à la fois des

⁵³ Entretien 5, gynécologue, le 3 juillet 2021. Traduit de l'arabe à l'anglais par Amina.

⁵⁴ *« Les hôpitaux privés créent cette réputation que, les hôpitaux dirigés par des ONG, du fait que les patients n'ont pas à payer pour les soins, ils leur disent que la qualité des soins est mauvaise car ils n'ont pas à payer. Par exemple dans le privé, le personnel va procéder à un ultrason en disant que le cordon ombilical est autour de la tête et que si la patiente ne vient pas immédiatement faire une césarienne, parce qu'ils sont payés pour, le bébé pourrait mourir aujourd'hui et ça pousse les femmes à avoir recours à une césarienne. Quand une femme se rend dans une structure publique ou dans une ONG, on lui dit qu'elle peut avoir une naissance par voie basse et que c'est sûr. Evidemment, ça crée une méfiance envers le personnel, si on ne paye pas on n'aura pas un service de qualité, et c'est un véritable enjeu auquel ils font face ».*

⁵⁵ Entretien 4, gynécologue Raqqa, le 30 juin 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

⁵⁶ Entretien 13, gynécologue Afrin, 20 août 2021.

points communs mais aussi des différences régionales principalement selon le type de structures dominantes dans une région donnée. Le Nord-Ouest de la Syrie est un secteur où l'aide internationale et les ONG sont intervenues avant par rapport à d'autres régions, notamment le Nord-Est. A travers le discours des professionnels que nous avons interrogés et qui travaillent dans le Nord-Ouest, l'accès aux soins semble correct et plus facile d'accès notamment grâce à l'aide apportée par les fonds internationaux ces dernières années. Avec un accès aux services de santé plus facile et le fait qu'il y est tout simplement plus de naissances qu'au début du conflit peut aussi expliquer indirectement plus de probabilités d'avoir des césariennes. En revanche, l'idée que la césarienne aurait augmenté en raison de l'aide internationale et des ONG est discutable et les informations à ce sujet restent parfois contradictoires, du moins à travers nos entretiens. Le coordinateur santé que nous avons interrogé affirmait que certaines ONG réalisaient des naissances par césarienne pour avoir plus de fonds et il est vrai que les professionnels de ce secteur sont souvent accusés d'être responsables de la hausse de cette pratique. A contrario, la gynécologue qui avec l'organisation SAMS explique aussi que les naissances par césarienne se produisent en raison des césariennes déjà effectuées avant le début du conflit. Du fait que certaines femmes aient eu une césarienne auparavant, le personnel semble ne pas vouloir prendre le risque d'accompagner une naissance par voie basse. C'est le phénomène des césariennes à répétition : « (...) *it is not because of the current healthcare providers, but a woman comes with previous c-sections she has to have a c-section. And it is something, you know, it was the case even before the conflict. You know it was the fault of people who were doing the c-section for anyone comes in and now they really have to deal with the consequences because whenever someone comes then they have to do a c-section because they had so many before and not because they want to* ». ⁵⁷ ⁵⁸. De plus, lors de nos entretiens, les professionnels de santé essayaient vraiment d'encourager l'accouchement naturel, même dans des moments de tensions ou de bombardements, ce qui remet en cause le fait que les ONG soient purement responsables de la hausse de cette pratique.

⁵⁷ Entretien 5, gynécologue Idlib, le 3 juillet 2021. Traduit de l'arabe à l'anglais par Amina.

⁵⁸ « ... *C'est pas à cause du personnel soignant actuel, mais une femme qui vient et ayant déjà eu une césarienne, doit avoir une autre césarienne. Et c'est quelque chose qui existait déjà avant le conflit. C'était la faute des personnes qui faisaient des césariennes pour n'importe qui venait et maintenant ils doivent gérer ces conséquences car quand n'importe qui vient, ils doivent faire une césarienne parce qu'ils en ont eu avant et non pas parce qu'ils veulent* ».

Par ailleurs, et même si ces deux professionnels n'exercent pas dans le Nord-Ouest, la sage-femme et le gynécologue travaillant à Al-Hol pour l'UOSSM ont relevé un point très intéressant concernant cet aspect. Certaines ONG ou centres de santé enregistrent en effet un certain nombre de naissances par césarienne pour différentes raisons (gratuité des soins par exemple) mais aussi parce que dans un secteur donné, une structure est à la fois l'une des seules d'accès pour des personnes venant de loin et accepte des personnes venant de structures privées qui ne peuvent pas payer les soins. De fait, un centre attire de manière automatique tous les besoins en césarienne d'un secteur géographique en particulier ce qui augmente les chiffres dans les structures plus faciles d'accès. Le gynécologue d'Al-Hol s'exprime de la manière suivante à ce sujet : « (...) si on compare à la population qu'on a et ce qu'on fait, le niveau de césariennes est très correct. Mais vu qu'on nous envoie aussi des césariennes des autres centres, quand par exemple, c'est une clinique privée et que la personne ne veut pas payer (...), du coup on va avoir que les césariennes. Donc on peut avoir 70 personnes en accouchement naturel et 70 personnes en césarienne par mois, à égalité. Mais ça veut pas dire qu'on fait beaucoup de césarienne, il y a une partie des césariennes qui est liée à notre population normale, mais il y a une population qui est que des césariennes de toutes façons, c'est-à-dire elles vont venir chez nous pour faire une césarienne. Donc le taux est élevé ».

Une autre différence régionale notable qui est ressortie lors de nos entretiens se situe cette fois-ci dans la région de Deir-Ez-Zor, dans l'Est de la Syrie. Le coordinateur santé de l'organisation Action for Humanity qui a sous sa supervision des structures médicales à Raqqa et dans la région de Deir-Ez-Zor a pu mettre en lumière certaines différences entre ces deux zones notamment au niveau de la nature des structures médicales et l'impact sur la prise en charge des patientes. Dans le secteur de Deir-Ez-Zor, pour lui, le nombre de centres privés a littéralement explosé depuis le début du conflit. Avant la crise, il n'y avait pas de structures privées, or il y a deux ans, d'après ses propres calculs, le nombre de centres privés était de vingt-huit environ. Ceci peut s'expliquer par des raisons structurelles. D'après ce coordinateur, un grand nombre de Syriens ont fui et continuent de fuir les zones qui sont sous le contrôle du gouvernement, et viennent s'installer dans les zones sous le contrôle des Forces Démocratiques Syriennes (SDF) (dont la région de Deir-Ez-Zor) pour monter leur propre business. Au même titre qu'une personne pourrait ouvrir un restaurant, un grand nombre de médecins ouvrent aussi leur hôpital, donc leur business. Mais ce sont en général des structures très réduites, avec peu

de personnel, et qui proposent peu de services⁵⁹. De plus, dans la région de Deir-Ez-Zor, les distances et les conditions d'accès restent difficiles pour les femmes, et d'après le coordinateur santé, les femmes enceintes ne parcourent pas de grandes distances pour accoucher naturellement mais pour une césarienne la plupart du temps.

D'après ces deux principales observations, il est vrai que la nature de l'institution est déterminante dans la procuration de services de santé et de la césarienne mais ceci est clairement en interaction avec d'autres facteurs. Dans le cas du Nord-Ouest, où le nombre d'ONG est plus important qu'ailleurs, les césariennes effectuées dans ces structures peuvent sembler être plus récurrentes du fait qu'ils proposent des services libres d'accès, mais nous l'avons vu, ceci peut être dû aussi à leur présence ou au nombre de structures privées qui les entourent. Concernant Deir-Ez-Zor, le nombre de structures privées a augmenté et réalisent des naissances par césarienne pour gains financiers, mais ceci est sûrement influencé par les difficultés d'accès des femmes aux structures médicales (principalement concernant la distance géographique etc). Certes la nature de la structure rentre en compte mais entre en interaction avec d'autres facteurs sociaux, économiques, structurels et géographiques.

4.3.5 La question des protocoles et du soutien structurel

La question de l'influence de la nature d'une structure sur la pratique de la césarienne est également liée à la question du protocole suivi. Nous ne sommes pas entrés dans les détails des protocoles suivis lors des entretiens mais nous avons pu tout de même détacher certains éléments concernant cette question. Une partie des professionnels interrogés a déclaré qu'ils ne se sentaient pas influencés par leur structure d'exercice et qu'ils menaient la césarienne uniquement pour raisons médicales. Dans certains cas, certains nous ont dit également avoir le soutien de leurs collègues et de la structure dans leur pratique, notamment concernant la césarienne.

L'UOSSM suit un protocole interne concernant les naissances. Par exemple, selon ce protocole, les professionnels ne prennent pas le risque d'entreprendre une naissance naturelle si la patiente a déjà eu une césarienne auparavant. Pour autant, certains professionnels encouragent la naissance naturelle, et il reste donc à déterminer si cet aspect du protocole est vraiment respecté de tous. Pour d'autres professionnels que nous avons interrogés, et notamment dans le Nord-

⁵⁹ Entretien 10, coordinateur santé Raqqa et Deir-Ez-Zor, le 28 juillet 2021. Traduit de l'anglais au français par Maëla.

Ouest, leur structure suit les grandes lignes indiquées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Pour le coordinateur santé d'Action for Humanity, la plupart des ONG sont en effet censées suivre le protocole de l'OMS mais il reste difficile d'avoir accès à ce protocole en arabe. Pour son organisation à lui, et d'autres organisations d'ailleurs, c'est le protocole de l'ONG Médecins Sans Frontières (MSF) qui est suivi. En revanche pour lui, il est parfois difficile de faire accepter un protocole par tous et de trouver un protocole totalement unifié en langue arabe. D'après lui, les ONG essaient de plus en plus de développer leur propre protocole interne, que ce soit les ONG internationales ou locales, en intégrant plusieurs sources, parfois les directives de l'OMS, parfois celles du Ministère de la Santé syrien ou celles d'autres ONG.

Cette question du protocole peut aussi être à l'origine de différences inter-régionales et intra-régionales. Toujours selon le coordinateur santé d'Action for Humanity, du fait de différences de protocoles et de structures au sein d'une même région, les pratiques médicales diffèrent, et notamment au sujet de la césarienne. Il prend le cas des zones sous contrôle gouvernemental en distinguant les hôpitaux publics et les hôpitaux universitaires. Pour lui, les hôpitaux universitaires qui dépendent du Ministère de l'Education ont un protocole sérieux tandis que les hôpitaux publics liés au Ministère de la Santé ont un protocole plus vague. De ce fait, les régions sous contrôle gouvernemental où il n'y a pas d'hôpitaux universitaires proposeraient un protocole et une pratique de moins bonne qualité : « *In GoS in the cities that is a university hospital the protocol will be strict and everything will be good. GoS where there is no university hospital but public hospital the protocol there is the same like here* »^{60 61}. Il ajoute également : « *University hospitals in Syria, they are 3 or 4. And Ministry of Health they are maybe 60. So university hospitals their main goal is to educate the doctors so they have an up dated guideline, maybe month by month. But Ministry of Health the guideline is maybe 10 years old* »^{62 63}.

⁶⁰ Entretien 10, coordinateur santé Raqqa et Deir-Ez-Zor, le 28 juillet 2021. Traduit de l'anglais au français par Maëla.

⁶¹ « *Dans les zones gouvernementales, dans les villes où il y a un hôpital universitaire, le protocole sera strict et tout ira bien. Dans les zones gouvernementales où il n'y a pas d'hôpitaux universitaires et que des hôpitaux publics, le protocole sera le même qu'ici* ».

⁶² Entretien 10, coordinateur santé Raqqa et Deir-Ez-Zor, le 28 juillet 2021. Traduit de l'anglais au français par Maëla.

⁶³ « *Les hôpitaux universitaires en Syrie, ils sont trois ou quatre. Ceux du Ministère de la Santé peut-être soixante. Le but des hôpitaux universitaires est de former les médecins et ils reçoivent les protocoles à jour, peut-être tous les mois. Mais celui du Ministère de la Santé date peut-être de 10 ans* ».

La césarienne, bien qu'en hausse durant la guerre, fait partie également d'un contexte structurel plus large concernant le développement du système de santé en Syrie ainsi qu'au niveau de la région du Moyen-Orient. Cette pratique avait commencé à augmenter avant le début de la crise en 2011 en Syrie du fait de l'amélioration des services de santé reproductifs depuis les années 90 dans le pays et c'est une pratique qui a explosé dans certains pays de la région comme nous avons pu le mentionner. A l'inverse de la première partie d'analyse, au lieu de parler de paradoxes ici nous aborderons davantage le terme de différenciation. Selon les médecins, les régions syriennes et la nature des institutions, cette pratique reste différenciée, du moins en apparence. La difficulté à mettre en place un protocole unifié à l'ensemble du personnel soignant peut être une des explications à cette différenciation des pratiques concernant la césarienne.

Néanmoins, nous pouvons aussi souligner la présence de certaines règles qui existent mais qui peuvent être interprétées d'une différente manière selon le soignant, la structure ou encore la région, comme la non-obligation de conduire une césarienne après une première opération. Cette différence concernant l'interprétation des règles peut être liée à des raisons financières si on s'attarde sur le secteur privé par exemple, à un manque de sensibilisation de la part du professionnel, ou encore la notion de la prise de risque venant du personnel pour vouloir conduire ou non une naissance naturelle après une première césarienne. La perception des patientes peut aussi changer selon la nature de l'institution, ce qui pourrait conduire à une différenciation des pratiques cette fois-ci au sens où l'entend Anne Paillet. Dans notre cas, nous pourrions considérer que la manière de considérer les patientes dans le secteur des ONG et privé en Syrie est distincte d'où des pratiques médicales différentes concernant la césarienne dans le pays.

En tant que dernière section de cet écrit, nous allons aborder les possibles recommandations concernant l'amélioration de la prévention concernant la pratique de la césarienne au Nord-Est et Nord-Ouest syrien, tant pour les professionnels que pour les femmes.

5. Recommandations et limites

Cette section a pour objectif d'adresser à la fois les limites de cette recherche et les recommandations possibles au sujet de la prévention de cette pratique, tant du côté des médecins que du côté des patientes. Les recommandations qui seront évoquées sont à l'origine de nos propres observations ou été tout simplement évoquées lors des différents entretiens avec les professionnels de santé dans le cadre de cette étude.

5.1 Les recommandations autour de la pratique de la césarienne : entre une formation des professionnels plus approfondie et une plus large sensibilisation des patientes

5.1.1 Une formation des professionnels correcte mais qui pourrait être améliorée depuis plusieurs angles

Un certain nombre des professionnels interrogés ont estimé que la formation et la sensibilisation des professionnels à la pratique de la césarienne était en général suffisante. Pour certains, ils ont souvent des mises à jour sur différents sujets ce qui leur permet de se tenir au courant des nouvelles pratiques. Par contre, d'autres professionnels de santé ont évoqué plusieurs points à travailler quant à la formation du personnel soignant. La sage-femme et l'infirmière qui exercent dans le secteur de Membij ont évoqué la bonne formation des médecins mais celle-ci pouvant être remise en question concernant les sages-femmes, et notamment les sages-femmes traditionnelles⁶⁴. Ces dernières ont l'habitude d'accompagner les accouchements mais sans forcément avoir reçu une formation médicale initiale. Ces dernières années en Syrie, et principalement dû au manque personnel, ces sages-femmes traditionnelles sont un peu formées dans les centres mais selon les professionnelles de Membij, ceci reste insuffisant en termes de formation et surtout concernant la gestion des complications.

Alors que le coordinateur médical pour l'organisation Action for Humanity estimait que de manière globale la formation des professionnels de santé à la pratique de la césarienne était globalement insuffisante, la gynécologue travaillant à Raqqa évoque particulièrement une insuffisance du côté de la pratique plutôt que du côté théorique. Elle suggère l'idée d'avoir davantage de structures et d'hôpitaux accueillant les futurs médecins dans le but de les former

⁶⁴ Entretien 8, sage-femme et infirmière Membij, le 8 juillet 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

à la pratique de la césarienne aux côtés de professionnels de santé expérimentés : « *Donc elle a dit que pour les médecins, elle trouve que ce qui leur manque c'est un hôpital pour des internes, ils ont pas ça tu vois, ils ont pas un hôpital où il y a des stagiaires et donc ça, ça manque car les nouveaux médecins ils sont pas formés. Elle trouve que la formation faut la renforcer, et pas seulement des formations théoriques mais des formations pratiques. Faut surtout des hôpitaux qui prennent des internes pendant une période de trois ans pour les spécialités. Et pour qu'ils soient formés avec des médecins qui ont de l'expérience* »⁶⁵.

Dans tous les cas, la présence d'un personnel formé rassure les patientes et aussi les autres collègues lors des complications comme l'explique la gynécologue travaillant dans la région d'Idlib avec l'UOSSM : « *Ce qui est un peu compliqué, c'est que parfois, eux ils veulent qu'il y ait toujours un chirurgien dans chaque service, parce que parfois elle quand elle ouvre pour une césarienne, elle trouve d'autres complications et elle peut avoir besoin d'un avis, ou même d'une intervention. Donc la présence elle est importante pour elle, et ça c'est quelque chose dont ils souffrent, fin dont elles souffrent les médecins parce qu'il y a pas toujours un chirurgien dans le service* ». Au-delà de la formation en tant que telle, cette gynécologue rapporte que l'expérience du médecin joue un rôle essentiel pour rassurer la patiente et la sensibiliser, et elle n'était pas la seule à évoquer ce sujet : « *Après elle insiste sur le fait que ça dépend du médecin aussi, il y a des médecins qui arrivent à rassurer la patiente, la faire patienter, à déclencher petit à petit jusqu'à aboutir à l'accouchement naturel. Donc elle dit que l'expérience des médecins fait que on n'a pas à faire des césariennes tout le temps quoi* »⁶⁶.

C'est un aspect qui a été très peu abordé pendant les entretiens, mais la manière de communiquer au moment de l'accouchement, donner les informations, et accompagner sont des éléments qui entrent en compte dans la prise de décision de la césarienne. Plusieurs articles ont montré l'impact positif de la présence du père au moment de l'accouchement et il en est de même concernant l'accompagnement du personnel soignant lors de cet événement. Par exemple, cet article (Kruk et al., 2018) se basant sur le contexte Nord-Ouest de la Tanzanie, montre que la présence du père lors de l'accouchement par césarienne aide à réduire le sentiment d'irrespect possiblement vécu par les femmes. Le père étant normalement banni des salles d'accouchement dans les structures médicales publiques en Syrie, ceci pourrait être un

⁶⁵Entretien 4, gynécologue Raqqa, le 30 juin 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

⁶⁶Entretien 3, gynécologue Idlib, le 28 juin 2021. Traduit de l'arabe en français par Ilhem.

levier sur lequel jouer : permettre la présence de quelqu'un de confiance lors de l'accouchement aux côtés des patientes. Cet aspect rejoint le sentiment de sécurité vécu par les mères et pères lors de cet événement. Cette revue de la littérature concernant le sentiment de sécurité lors de soins obstétricaux (Werner-Bierwisch et al., 2018) montre que la présence de la famille et le soutien social (notamment du père) ainsi que l'encadrement du personnel soignant, et plus spécifiquement celui des sages-femmes, contribuent fortement à l'instauration d'un sentiment de sécurité. L'article démontre différentes associations avec le sentiment de sécurité, notamment le sentiment de contrôle lors de la naissance et éviterait ainsi certaines stratégies de coping face au stress. En revanche, le sentiment de sécurité peut être différent selon les femmes et ces différentes perceptions sont à prendre en compte. Pour certaines, le sentiment de sécurité est associé à la médicalisation alors que pour d'autres le sentiment de sécurité est davantage associé à un endroit calme par exemple.

Lors de nos entretiens, les deux professionnelles de Membij travaillant pour l'UOSSM estimaient que la communication avec les patientes était relativement bonne. De même, au vu des efforts de sensibilisation faits par les professionnels, nous pouvons estimer que la communication avec la patiente est relativement bonne en effet et qu'ils s'attachent à délivrer les bonnes informations aux patientes concernant la grossesse et les différences entre accouchement naturel et par césarienne. Ainsi, le comportement du personnel soignant envers les patientes peut être déterminant dans le sentiment de se sentir respecté ou non, et peut avoir des conséquences sur les comportements en santé de ces dernières.

Dans l'étude au sujet du Nord-Est de la Tanzanie (Kruk et al., 2018), parmi les femmes qui ont été interrogées pour l'étude, les actes abusifs qui ont été le plus relevés sont les cris, les commentaires négatifs de la part des professionnels soignants envers les patientes ainsi que l'abandon ou l'ignorance des patientes. Cependant, concernant ces actes abusifs, l'étude rappelle que d'autres facteurs peuvent influencer le sentiment des femmes d'être traitée de manière irrespectueuse lors des soins et de la naissance. Par exemple, les femmes dont c'est la première grossesse ou les femmes qui ont vécu plus de complications pendant la grossesse ressentent un sentiment d'irrespect plus grand lors de la naissance, mais ceci peut davantage révéler une anxiété autour de la grossesse plutôt qu'une demande d'une meilleure prise en charge dans les structures de santé. De même, des facteurs tels que le référencement direct a été

associé avec un sentiment d'irrespect beaucoup moins important car un référencement qui est effectué tard peut provoquer des problèmes administratifs au sein de l'infrastructure et donc des tensions additionnelles. Le fait d'être mariée ou non ainsi que le fait d'avoir été victime de violences sexuelles peuvent être des facteurs qui influencent le sentiment d'irrespect vécu par les femmes dans les infrastructures de santé lors de la naissance.

Une autre étude (Mayra et al., 2021) dans le contexte indien tente d'analyser les facteurs de comportements abusifs tant du côté des femmes que du personnel soignant et plus précisément du côté des sages-femmes. Des attributs tels que l'hygiène de la personne, le nombre d'enfants, l'apparence de la patiente ont été reportés comme rentrant en compte dans les actes abusifs de la part du personnel. De même, les femmes à un âge avancé avec un certain nombre d'enfants recevaient souvent des commentaires suggérant qu'elles étaient trop âgées pour être enceinte à leur âge.

La communication envers la patiente est importante au moment du soin mais aussi en vue de perspectives futures. Dans le sens où un accouchement compliqué peut avoir des conséquences sur l'allaitement par exemple ou avoir d'autres conséquences en termes psychiques, notamment dans le cas des césariennes en urgence. D'après cette étude réalisée dans le contexte grec (Orovou et al., 2020), parmi un échantillon de femmes déterminé, il a été démontré que les femmes ayant eu une césarienne en urgence étaient plus concernées par des situation de stress post-traumatiques que des femmes étant passées par une césarienne sur demande. De même que les césariennes dans l'urgence sont considérées, toujours selon cette étude, comme étant plus traumatiques que la césarienne sur demande. Les femmes concernées par une césarienne en urgence, sont également plus concernées par des complications pendant la grossesse et des passages par les soins intensifs plus réguliers, alors que dans l'étude, les femmes ayant demandé une césarienne étaient plus soutenue par leur conjoint, ce qui peut expliquer que la naissance soit moins traumatique pour les patientes de cette dernière catégorie. De même, une expérience traumatique de la naissance peut causer des difficultés concernant l'allaitement, or, l'allaitement joue un rôle clé dans le développement de traumatismes post-partum. Un sentiment d'irrespect ou le fait de se sentir moins informée peut être dû au fait que lors d'une procédure en urgence les patientes aient moins le temps de lire les formulaires de consentement ou d'être informée calmement comme le suggère cet article réalisé dans le contexte londonien (Odumosu et al., 2012). Parmi les femmes interrogées pour cette étude, celles qui se

souvenaient le moins des informations données, étaient pour la plupart concernées par une procédure en urgence, et ces femmes ont moins d'opportunités de discuter et de lire le formulaire de consentement de manière attentive. Ces patientes auraient également déclaré qu'elles auraient apprécié avoir davantage d'informations à ce sujet pendant la période prénatale.

Des différences de traitement peuvent intervenir selon les caractéristiques sociales des patients. Estelle Carde précise que ces différences de traitement ou cette discrimination reposent sur des perceptions : un individu perçoit une différence d'origine chez une autre personne et applique à la suite un traitement ou une attitude différente (Carde, 2007). Pour elle, cette attitude de la différenciation peut avoir trois impacts majeurs : mettre ces personnes à l'écart du système commun, accentuer leur stigmatisation et faire que ces personnes aient un traitement inapproprié à leur situation. Pareillement, Anne Paillet (Paillet, 2021), en reprenant les travaux de Sudnow, Strauss et de Glaser, revient sur les notions de « *perte sociale* » (*social loss*) et de « *valeur sociale* » (*social value*), dans le sens où l'estimation de la perte sociale d'un patient par le personnel soignant pour son entourage familial et son milieu professionnel pourrait interférer dans les prises de décisions médicales à l'égard de ce patient et d'autres patients, qui sont plus ou moins en concurrence selon leurs différentes caractéristiques sociales. L'âge, le fait d'être parent, la catégorie sociale, le fait d'être médicalement un cas intéressant ou non, peuvent être des caractéristiques qui interviennent dans ce processus de différenciation. Dans notre cas, les femmes accueillies par les professionnels de santé sont parfois des déplacées internes, ceci pouvant éventuellement entraîner des tensions entre personnes locales et d'autres régions, même internes à la Syrie, même si ces constats ne sont pas ressortis lors de nos entretiens.

5.1.2 L'amélioration de la coordination entre acteurs de la santé peut avoir un grand impact sur la prise en charge de la césarienne

Cette question a déjà été évoquée plus haut dans cet écrit mais la question de la coordination entre acteurs médicaux semble être un élément déterminant dans la prise en charge de la césarienne et de la santé des femmes de manière plus large. Le coordinateur santé pour Action for Humanity estime que les ONG, de manière générale, ne sont pas sur la même page en terme de coordination et juge que celle-ci pourrait davantage être améliorée. Pour lui, l'opération militaire de la Turquie en octobre 2019 ainsi que l'arrivée de la Covid en 2020 ont

fortement ébranlé la coordination entre acteurs humanitaires locaux et internationaux, dans le sens où les réunions de coordination se faisaient de plus en plus à distance (via Zoom ou Skype notamment) et qu'il y avait moins de participation qu'auparavant. De plus, du fait que les équipes de coordination des organisations soient en général localisées en Turquie ou à Dohuk au Kurdistan irakien, un fossé s'est créé entre ces équipes coordinatrices et les équipes sur le terrain en Syrie, ainsi qu'avec les autorités locales par conséquent : « *There is a gap between the coordination members and the field. The people who came to the meetings are in Dohuk in Iraq or in Turkey so they don't have an idea on what is happening. Because of that the coordination between them and local authorities is getting worse. We don't know what they are doing, they don't know what we are doing. And even the Covid, local authorities should do regularly meetings but they didn't. In Deir-Ez-Zor they did one meeting in two months* »^{67 68}.

La gynécologue de Raqqa estime que de plus fortes relations entre acteurs pourraient aider à la meilleure prise en charge des patientes, concernant la césarienne et leur santé de manière plus globale. Même si dans certaines zones la coordination reste solide, elle reste dans certains cas à améliorer et il en va du bien-être du personnel médical mais aussi des femmes.

5.1.3 Une sensibilisation des patientes existante mais à renforcer

Le dernier élément que nous avons choisi d'exposer en termes de recommandations autour de la pratique de la césarienne concerne la sensibilisation des patientes. Quand nous avons posé la question sur les recommandations et les moyens d'améliorer la prévention au sujet de cette pratique médicale, l'une des principales réponses a été d'encourager la sensibilisation auprès des femmes, et ceci de différentes manières. A noter cependant qu'un grand travail de sensibilisation continu est déjà réalisé par une partie des professionnels que nous avons interrogés et parfois dès le début de la grossesse quand c'est possible comme l'exprime la gynécologue à Raqqa : « *Concernant les femmes ou les familles, déjà, le fait qu'on commence à suivre la femme dès le début ça aide beaucoup, le fait qu'on la sensibilise sur*

⁶⁷ Entretien 10, coordinateur santé Raqqa et Deir-Ez-Zor, le 28 juillet 2021. Traduit de l'anglais au français par Maëla.

⁶⁸ « *Il y a un fossé entre les équipes de coordination et celles sur le terrain. Les personnes qui venaient aux réunions sont à Dohuk en Irak ou en Turquie et n'ont aucune idée de ce qui se passe. A cause de ça, la coordination entre eux et les autorités locales s'empire. On ne sait pas ce qu'ils font et ils ne savent pas ce qu'on fait. Et même avec la Covid, les autorités locales devraient faire des réunions régulièrement mais ils ne l'ont pas fait. A Deir-Ez-Zor, ils ont fait une réunion en deux mois* ».

certaines choses, comment manger, faire un peu de sport, il y a beaucoup d'astuces comme ça qui peut réduire le risque de la césarienne et rien que suivre la femme pendant sa grossesse ça aide ». D'après cet extrait, on voit bien que la sensibilisation à une bonne hygiène de vie participe de manière indirecte à la réduction de la pratique de la césarienne. La gynécologue qui travaille dans la région d'Al-Shahbaa disait qu'ils essayaient de sensibiliser les femmes en situation de surpoids lors de leur grossesse par exemple pour éviter d'engendrer des complications par la suite⁶⁹. Prévenir des conséquences de la césarienne et expliquer les avantages de l'accouchement naturel peut être un élément clé dans la sensibilisation des femmes : « *Quand elle a peur de l'accouchement naturellement, on essaye de la sensibiliser, de lui expliquer les biens faits* »⁷⁰. Et comme le fait également la gynécologue travaillant dans un hôpital de la ville d'Idlib avec SAMS : « *But she said everytime a patient comes and ask for c-section, she sit down and explains to her the complications of an operation because a lot of women think that's easier to get birth with c-section but actually she is explaining a lot of medical sides effects, it could even sometimes make the women infertile. Not all of the women are not aware of side effects of such complications that could happen* »^{71 72}. D'après elle, les femmes ne seraient pas toujours au courant des conséquences de la césarienne sur leur santé et verraient la césarienne comme une opération facile, ce qui participerait au fait de demander cette opération lors de l'accouchement.

Si cette prévention et sensibilisation existe déjà auprès des femmes, elle est à approfondir selon les professionnels. De plus, avec le conflit et les violences, les opportunités d'accès à des activités éducatives et de sensibilisation ont été grandement réduites, avec moins de probabilités de sortir à l'extérieur car jugé trop dangereux, en particulier pour les jeunes filles, comme le disait la gynécologue que nous avons interrogée qui travaille avec l'organisation SAMS. Certains professionnels ont suggéré d'accentuer davantage sur les flyers et les affiches à destination des femmes. D'autres ont insisté sur le fait que c'était important de pouvoir dédier des équipes d'agents communautaires à ce sujet. Les professionnelles de Membij relataient

⁶⁹ Entretien 9, gynécologue Al-Shahbaa, le 15 juillet 2021. Traduit de l'arabe à l'anglais par Amina.

⁷⁰ Entretien 3, gynécologue Idlib, le 28 juin 2021. Traduit de l'arabe en français par Ilhem.

⁷¹ Entretien 5, gynécologue Idlib, le 3 juillet 2021. Traduit de l'arabe à l'anglais par Amina.

⁷² « *Elle a dit qu'à chaque fois qu'une patiente venait et demandait une césarienne, elle s'asseyait et lui expliquait les complications d'une opération car un grand nombre de femmes pense que c'est plus facile d'accoucher par césarienne, mais elle explique un tas d'effets secondaires, ça peut rendre parfois la femme infertile. Les femmes ne sont pas toutes au courant de ces effets secondaires du fait de complications qui peuvent se produire* ».

l'impact positif du travail des agents de santé communautaire en termes de sensibilisation et que celles-ci pouvaient donc avoir un impact positif sur la sensibilisation au sujet de la question de la césarienne⁷³. Le gynécologue et la sage-femme d'Al-Hol insistent sur le fait de sensibiliser au plus tôt les patientes au sujet de l'allaitement et de l'accouchement par voie basse pour qu'elles puissent se préparer psychologiquement à cet événement. La sensibilisation au sujet de la santé est importante mais développer aussi les opportunités d'accès à des activités éducatives et de sensibilisation pas forcément en lien avec la santé peuvent aussi être considérés comme des leviers. Sensibiliser peut être un moyen d'avertir au sujet des mariages précoces notamment, comme le mentionne très bien cet article du Norwegian Refugee Council (NRC) (Høvring, 2019).

5.2 Les limites de ce travail de recherche

Les limites qui peuvent être adressées dans un premier temps concernent les entretiens semi-directifs. Au total, treize entretiens ont pu être réalisés et ce chiffre peut être estimé limité pour un travail de recherche. De plus, un grand nombre d'entretiens ont été réalisés avec des personnes travaillant au sein d'ONG. Il aurait été intéressant de pouvoir échanger avec un plus large panel de profils : avec des personnes travaillant au sein d'autorités locales, dans des structures médicales publiques ainsi que privées par exemple. Bien entendu, le point de vue des femmes aurait été une valeur ajoutée dans ce travail mais peut faire l'objet d'une autre étude à part entière. Par ailleurs, notre étude se focalise principalement sur l'interaction entre le conflit et la pratique de la césarienne, mais des variables autres que la guerre auraient pu être prises en considération, comme la Covid-19 notamment.

⁷³ Entretien 8, sage-femme et infirmière Membij, le 8 juillet 2021. Traduit de l'arabe au français par Ilhem.

6. Conclusion

Au croisement de différentes sources, les rapports d'organisations internationales ainsi que les entretiens réalisés dans le cadre de cette étude, il est évident que le nombre de césariennes est en hausse en Syrie depuis le début du conflit. Cette pratique n'est pas forcément plus élevée que dans d'autres pays européens, mais c'est le fait qu'elle soit à la hausse depuis le début de la crise qui nous a interpellé et a fait l'objet de ce travail de recherche. Aussi, ce que nous avons essayé de démontrer, ce sont les changements qu'a connus cette pratique et surtout les raisons pour lesquelles cette pratique médicale a été particulièrement mise à l'épreuve pendant la décennie de conflit.

La pratique de la césarienne en Syrie a été impactée de manière directe et indirecte par le conflit, tant au niveau sociétal que matériel. Nous sommes en mesure de qualifier cette pratique tant comme une pratique « réparatrice », et « vitale » que de « pénurie » dans le sens où la naissance par césarienne a été dans certaines situations la solution la plus commode pour donner la vie face aux bombes et de la pénurie car cette pratique est causée dans certains cas par un manque notable (matériel, de personnel etc). L'aide internationale et les services procurés par les ONG ont joué un rôle majeur dans la stabilisation de l'accès aux services de santé pour les Syriens ces dernières années, contrairement aux premières années du conflit. Cette plus grande facilité dans l'accès aux soins a permis également un recours plus facile à cette opération. De cette manière, la complémentarité ou l'interaction entre les difficiles conséquences du conflit et cette aide internationale détient une clé majeure dans la prise en charge de la césarienne actuellement en Syrie.

En retour, cette pratique reste fortement paradoxale car la violence du conflit fait que la césarienne reste parfois primordiale pour donner la vie et plus qu'en situation ordinaire. Mais l'exercice de cette pratique, même si considérée comme parfois nécessaire, engendre des violences inconscientes. Les personnels de santé interrogés semblaient être conscients des conséquences de la césarienne sur la santé, mais se situent également au croisement de ces paradoxes engendrés par le conflit. Cette pratique médicale peut aussi être qualifiée de « différenciée » car la manière de l'approcher reste différente selon les régions et la nature de la structure, nous pensons principalement à la dualité de cette approche entre le secteur privé et humanitaire par exemple. Même si nos entretiens ne permettent pas de détacher des éléments

suffisants à ce sujet puisque nous n'avons pas interrogé des personnes du corps médical dans les structures privées pour comparer, la différenciation peut également s'effectuer dans une visualisation différente des patients selon la nature de la structure. En d'autres mots, et pour reprendre les travaux d'Anne Paillet (Paillet, 2021), la manière de percevoir et de traiter les patients pourrait être différente selon si l'on exerce en Syrie dans une ONG, dans une structure privée ou dans un établissement public, dans le Nord-Ouest ou dans le Nord-Est. Dans tous les cas, de part ces différences entre les structures et les difficultés à avoir un protocole unique à l'ensemble du territoire syrien, ce caractère différencié risque de persévérer par la diversité des acteurs et structures sachant que la Syrie est désormais sous des autorités différentes qui ne permettent pas pour le moment d'avoir un système législatif et de santé unifié au territoire.

Au vu de l'évolution structurelle de la Syrie et d'autres pays de la région en faveur du secteur privé et de sa relative importance pendant le conflit, nous pouvons d'ores et déjà mettre en garde sur le fait que cette pratique risque de persévérer si le secteur privé poursuit son ascension. De même, si ce caractère différencié du système de santé perdure, la pratique de la césarienne a de grandes chances elle aussi de rester différenciée. Pour reprendre les mots du coordinateur santé d'Action for Humanity, les ONG auraient un rôle à jouer dans la mise en place d'un protocole unifié puisque, d'après lui, certaines structures publiques approuvaient et suivaient les protocoles mis en place par certaines organisations humanitaires. Son souhait serait que les organisations humanitaires participent et imposent un protocole de qualité qu'une grande partie des acteurs en santé pourrait suivre. La question de la structuration ne dépend plus uniquement des besoins en santé et de la parole des acteurs de coordination du secteur médical, mais plutôt de la manière dont les organisations et les grandes puissances internationales ainsi que le gouvernement de Damas s'imaginent la Syrie de demain.

7. Bibliographie

- Adatara, P., Strumpher, J., Ricks, E., & Mwini-Nyaledzigbor, P. P. (2019). Cultural beliefs and practices of women influencing home births in rural Northern Ghana. *International Journal of Women's Health*, 11, 353-361. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S190402>
- Ahmad, B., Ryan, V., Maziak, W., Pless-Mulloli, T., & White, M. (2013). The influence of neighbourhood formality status and socio-economic position on self-rated health among adult men and women : A multilevel, cross sectional, population study from Aleppo, Syria. *BMC Public Health*, 13, 233. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-233>
- Akarsu, R. H., & Mucuk, S. (2014). Turkish women's opinions about cesarean delivery. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 30(6), 1308-1313. <https://doi.org/10.12669/pjms.306.5748>
- Akik, C., Semaan, A., Shaker-Berbari, L., Jamaluddine, Z., Saad, G. E., Lopes, K., Constantin, J., Ekzayez, A., Singh, N. S., Blanchet, K., DeJong, J., & Ghattas, H. (2020). Responding to health needs of women, children and adolescents within Syria during conflict : Intervention coverage, challenges and adaptations. *Conflict and Health*, 14(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00263-3>
- Akseer, N., Wright, J., Tasic, H., Everett, K., Scudder, E., Amsalu, R., Boerma, T., Bendavid, E., Kamali, M., Barros, A. J. D., da Silva, I. C. M., & Bhutta, Z. A. (2020). Women, children and adolescents in conflict countries : An assessment of inequalities in intervention coverage and survival. *BMJ Global Health*, 5(1), e002214. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002214>
- Al-Hammami, H. (2018). Prevalence of Cesarean Section at ALTAWLID Hospital during the Syrian Crisis. *Journal of Medical Pharmaceutical and Allied Sciences*, 6(12), 947-953. <https://doi.org/10.22270/jmpas.v6i12.746>

- Almerie, M. Q., Matar, H. E., & Almerie, Y. (2011). A 20-year (1989-2008) audit of maternal mortality in Damascus, Syria. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *112*(1), 70-71. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.08.007>
- Almerie, Y., Almerie, M. Q., Matar, H. E., Shahrour, Y., Al Chamat, A. A., & Abdulsalam, A. (2010). Obstetric near-miss and maternal mortality in maternity university hospital, Damascus, Syria: A retrospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *10*, 65. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-65>
- Alsharaydeh, I., Rawashdeh, H., Saadeh, N., Obeidat, B., & Obeidat, N. (2020). Challenges and solutions for maternity and gynecology services during the COVID-19 crisis in Jordan. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *150*(2), 159-162. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13240>
- Altal, O., Bani Hani, D., Aleshawi, A., Alhowary, A., Obeidat, B., & Bani-Ata, M. (2020). Preparing the Burns Unit to Accommodate Vaginal Delivery and Cesarean Section for Pregnant Women with COVID-19. *Advances in Therapy*, 1-5. <https://doi.org/10.1007/s12325-020-01457-0>
- Ameh, C. A., Mdegela, M., White, S., & van den Broek, N. (2019). The effectiveness of training in emergency obstetric care: A systematic literature review. *Health Policy and Planning*, *34*(4), 257-270. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz028>
- Aminu, M., Utz, B., Halim, A., & van den Broek, N. (2014). Reasons for performing a caesarean section in public hospitals in rural Bangladesh. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*, 130. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-130>

- Ansari, H., & Yeravdekar, R. (2020). Respectful maternity care during childbirth in India : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Postgraduate Medicine*, 66(3), 133-140. https://doi.org/10.4103/jpgm.JPGM_648_19
- Assistance Coordination Unit (ACU). (2021). *Economic Reality In Northern Syria*. https://www.acu-sy.org/en/wp-content/uploads/2017/03/Economic-Reality-in-Northern-Syria_ACU_IMU_Eng.pdf
- Austin, A., Gulema, H., Belizan, M., Colaci, D. S., Kendall, T., Tebeka, M., Hailemariam, M., Bekele, D., Tadesse, L., Berhane, Y., & Langer, A. (2015). Barriers to providing quality emergency obstetric care in Addis Ababa, Ethiopia : Healthcare providers' perspectives on training, referrals and supervision, a mixed methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 74. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0493-4>
- Azimirad, A. (2020). Cesarean Section Beyond Cesar's Borders : A Mini Review on the Cultural History of Cesarean Section High Prevalence Rates in the Middle East. *Archives of Iranian Medicine*, 23(5), 335-337. <https://doi.org/10.34172/aim.2020.23>
- Badakhsh, M. H., Seifoddin, M., Khodakarami, N., Gholami, R., & Moghimi, S. (s. d.). *Rise in Cesarean Section Rate Over a 30-Year Period in a Public Hospital in Tehran, Iran*. 5.
- Balinska, M. A., Nesbitt, R., Ghantous, Z., Ciglenecki, I., & Staderini, N. (2019). Reproductive health in humanitarian settings in Lebanon and Iraq : Results from four cross-sectional studies, 2014–2015. *Conflict and Health*, 13(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0210-4>
- Barber, S. L. (2010). Mexico's conditional cash transfer programme increases cesarean section rates among the rural poor. *European Journal of Public Health*, 20(4), 383-388. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp184>

- Bashour, H., & Abdulsalam, A. (2005). Syrian Women's Preferences for Birth Attendant and Birth Place. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 32(1), 20-26. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00333.x>
- Bashour, H., Abdulsalam, A., Al-Faisal, W., & Cheikha, S. (2008). Patterns and determinants of maternity care in Damascus. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 14(3), 11.
- Bashour, H. N., Kanaan, M., Kharouf, M. H., Abdulsalam, A. A., Tabbaa, M. A., & Cheikha, S. A. (2013). The effect of training doctors in communication skills on women's satisfaction with doctor-woman relationship during labour and delivery : A stepped wedge cluster randomised trial in Damascus. *BMJ Open*, 3(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002674>
- Behzadifar, M., Behzadifar, M., Bakhtiari, A., Azari, S., Saki, M., Golbabayi, F., & Bragazzi, N. L. (2019). The effect of the health transformation plan on cesarean section in Iran : A systematic review of the literature. *BMC Research Notes*, 12. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4081-y>
- Bhandari, T. R., Sarma, P. S., & Kutty, V. R. (2015). Utilization of maternal health care services in post-conflict Nepal. *International Journal of Women's Health*, 7, 783-790. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S90556>
- Bodalal, Z., Agnaeber, K., Nagelkerke, N., Stirling, B., Temmerman, M., & Degomme, O. (2014). Pregnancy outcomes in Benghazi, Libya, before and during the armed conflict in 2011. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 20(3), 175-180. <https://doi.org/10.26719/2014.20.3.175>
- Bouchard, A., & Lara, A. C. de. (2016). La césarienne sur demande maternelle: Quels enjeux pour la femme ? *Corps Psychisme*, N° 69(1), 59-71.

- Brugeilles, C. (2014). L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ?
Autrepart, N° 70(2), 143-164.
- Campbell, K. H., Pettker, C. M., & Goffman, D. (2020). Consolidation of obstetric services in a public health emergency. *Seminars in Perinatology*, 44(7), 151281.
<https://doi.org/10.1016/j.semperi.2020.151281>
- Carayol, M., Zein, A., Ghosn, N., Mazaubrun, C. D., & Breart, G. (2008). Determinants of caesarean section in Lebanon : Geographical differences. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 22(2), 136-144. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2007.00920.x>
- Carde, E. (2007). Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Sante Publique*, Vol. 19(2), 99-109.
- Carquillat, P., Boulvain, M., & Guittier, M.-J. (2016). How does delivery method influence factors that contribute to women's childbirth experiences? *Midwifery*, 43, 21-28.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.10.002>
- Chang, Y.-S., Coxon, K., Portela, A. G., Furuta, M., & Bick, D. (2018). Interventions to support effective communication between maternity care staff and women in labour: A mixed-methods systematic review. *Midwifery*, 59, 4-16. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.014>
- Chi, P. C., Bulage, P., Urdal, H., & Sundby, J. (2015). A qualitative study exploring the determinants of maternal health service uptake in post-conflict Burundi and Northern Uganda. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0449-8>
- Chigbu, C. O., Ezeome, I. V., & Iloabachie, G. C. (2007). Cesarean section on request in a developing country. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 96(1), 54-56.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2006.09.032>

- Chukwuma, A., & Ekhaton-Mobayode, U. E. (2019). Armed conflict and maternal health care utilization : Evidence from the Boko Haram Insurgency in Nigeria. *Social Science & Medicine*, 226, 104-112. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.055>
- Cognet, M. (2017). Du traitement différentiel à la discrimination raciste dans les pratiques cliniques. *Les cahiers de la LCD*, N° 5(3), 25-42.
- Coxon, K., Sandall, J., & Fulop, N. (2013). To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health Risk & Society*, 16. <https://doi.org/10.1080/13698575.2013.859231>
- Cuesta, J. G., Trelles, M., Naseer, A., Momin, A., Mulamira, L. N., Caluwaerts, S., & Guha-Sapir, D. (2019). Does the presence of conflict affect maternal and neonatal mortality during Caesarean sections? *Public Health Action*, 9(3), 107-112. <https://doi.org/10.5588/pha.18.0045>
- Deboutte, D., O'Dempsey, T., Mann, G., & Faragher, B. (2013). Cost-effectiveness of caesarean sections in a post-conflict environment : A case study of Bunia, Democratic Republic of the Congo. *Disasters*, 37 Suppl 1, S105-120. <https://doi.org/10.1111/disa.12015>
- Deboutte, D., O'Dempsey, T., Mann, G., & Faragher, B. (2015). User cost of Caesarean section : Case study of Bunia, Democratic Republic of Congo. *The International Journal of Health Planning and Management*, 30(2), 88-97. <https://doi.org/10.1002/hpm.2208>
- DeJong, J., Ghattas, H., Bashour, H., Mourtada, R., Akik, C., & Reese-Masterson, A. (2017). Reproductive, maternal, neonatal and child health in conflict : A case study on Syria using Countdown indicators. *BMJ Global Health*, 2(3), e000302. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000302>

- de Loenzien, M., Mac, Q. N. H., & Dumont, A. (2021). Women's empowerment and elective cesarean section for a single pregnancy : A population-based and multivariate study in Vietnam. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03482-x>
- Dessureault, A.-M. (2015). La médicalisation de l'accouchement : Impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles. *Devenir*, Vol. 27(1), 53-68.
- Dodd, J. M., Crowther, C. A., Grivell, R. M., & Deussen, A. R. (2017). Elective repeat cesarean section versus induction of labour for women with a previous cesarean birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004906.pub5>
- Doocy, S. (2017). *Humanitarian Needs Among Displaced and Female-Headed Households in Government-Controlled Areas of Syria*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5425854/>
- Dumont, A., & Guilmoto, C. Z. (s. d.). *Les césariennes sont-elles devenues trop fréquentes ?* The Conversation. Consulté 7 mai 2021, à l'adresse <http://theconversation.com/les-cesariennes-sont-elles-devenues-trop-frequentes-148358>
- Dumont, A., & Guilmoto, C. Z. (2020). Trop et pas assez à la fois : Le double fardeau de la césarienne. *Population & Sociétés*, N°581(9), 1. <https://doi.org/10.3917/popsoc.581.0001>
- Eide, K. T., & Bærøe, K. (2020). How to reach trustworthy decisions for cesarean sections on maternal request : A call for beneficial power. *Journal of Medical Ethics*.
<https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106071>
- Eide, K. T., Morken, N.-H., & Bærøe, K. (2019). Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway : A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19.
<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2250-6>

- El Rafei, R., Ghandour, L., Assaf, G., Charafeddine, L., Al Bizri, A., Alameh, M., & Yunis, K. (2018). Children born to mothers in their 20s and fathers in their 40s : Evidence for an increased low birth weight and Cesarean Section deliveries in Lebanon. *Annals of Epidemiology*, 28(6), 368-371. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.04.002>
- Elnakib, S., Abdel-Tawab, N., Orbay, D., & Hassanein, N. (2019). Medical and non-medical reasons for cesarean section delivery in Egypt : A hospital-based retrospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2558-2>
- Firoozi, M., Tara, F., Ahanchian, M. R., & Latifnejad Roudsari, R. (2020). Clinician's and women's perceptions of individual barriers to vaginal birth after cesarean in Iran : A qualitative inquiry. *Caspian Journal of Internal Medicine*, 11(3), 259-266. <https://doi.org/10.22088/cjim.11.3.259>
- Gelly, M., Cristofalo, P., & Gasquet-Blanchard, C. (2019). Choisir la césarienne: Une pratique où convergent habitus de classe et intérêts médicaux. *Revue française des affaires sociales*, 3, 71-90.
- Ghaedmohammadi, Z., Anaraki, A., Khajeian, A., Khajehian, M., & Ostovar, A. (2015). 266 Association of caesarean section and neonatal death : A population-based case-control study in Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 21(4), 266-272. <https://doi.org/10.26719/2015.21.4.266>
- Gisladottir, A., Luque-Fernandez, M. A., Harlow, B. L., Gudmundsdottir, B., Jonsdottir, E., Bjarnadottir, R. I., Hauksdottir, A., Aspelund, T., Cnattingius, S., & Valdimarsdottir, U. A. (2016). Obstetric Outcomes of Mothers Previously Exposed to Sexual Violence. *PLoS ONE*, 11(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150726>

- Hagedorn, E. (2019, juin). *Pregnant and alone: Syrian women fleeing Idlib offensive forced to give birth outdoors*. <https://www.middleeasteye.net/news/pregnant-and-alone-syrian-women-fleeing-idlib-offensive-forced-give-birth-outdoors>
- Harrison, M. S., & Goldenberg, R. L. (2019). Making Cesarean Delivery SAFE in Low- and Middle-Income Countries. *Seminars in perinatology*, 43(5), 260-266.
<https://doi.org/10.1053/j.semperi.2019.03.015>
- Hepp, P., Hagenbeck, C., Gilles, J., Wolf, O. T., Goertz, W., Janni, W., Balan, P., Fleisch, M., Fehm, T., & Schaal, N. K. (2018). Effects of music intervention during caesarean delivery on anxiety and stress of the mother a controlled, randomised study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2069-6>
- HNAP. (2021). *COMPARATIVE OVERVIEW SOCIO-ECONOMIC AND POVERTY COMPARISON JANUARY 2020—2021*.
- Hofmeyr, G. J., & Singata-Madliki, M. (2020). The second stage of labor. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 67, 53-64.
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.012>
- Høvring, R. (2019, février). *What you need to know about Syrian child marriage*.
<https://www.nrc.no/perspectives/2019/what-you-need-to-know-about-syrian-child-marriage/>
- Human Appeal. (2020). *Risking death to give birth. The consequences of conflict on the health needs of women and girls in Syria*.
<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/syria-report-website.pdf>
- Human Rights Council. (2018, mars). *OHCHR / UN Commission of Inquiry on Syria : Sexual and gender-based violence against women, girls, men, and boys a devastating and pervasive*

feature of the conflict and must end now.

<https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/NewsDetail.aspx?NewsID=22833&LangID=E>

Inal, Z. O., Inal, H. A., Kucukkendirici, H., & Oruc, A. S. (2017). Investigation of cesarean sections at Konya Training and Research Hospital Obstetrics and Gynecology Department between 2010 and 2015. *Ginekologia Polska*, 88(4), 6.

IPPF. (2021). *Fighting gender-based violence in Syria*. <https://www.ippf.org/stories/when-national-crisis-leads-domestic-conflict-how-syrian-family-planning>

IRAN. Enfanter dans la douleur (ou pas). (2009, janvier 14). *Courrier international*.
<https://www.courrierinternational.com/article/2009/01/15/enfanter-dans-la-douleur-ou-pas>

Jafarzadeh, A., Hadavi, M., Hassanshahi, G., Rezaeian, M., Vazirinejad, R., Aminzadeh, F., & Sarkoohi, A. (2019). Cesarean or Cesarean Epidemic? *Arch Iran Med*, 22(11), 8.

JURDI, R., & KHAWAJA, M. (2004). Caesarean section rates in the Arab region : A cross-national study. *Health policy and planning*, 19(2), 101-110.

Kabakian-Khasholian, T., Bashour, H., El-Nemer, A., Kharouf, M., & Elsheikh, O. (2018). Implementation of a labour companionship model in three public hospitals in Arab middle-income countries. *Acta Paediatrica*, 107(S471), 35-43. <https://doi.org/10.1111/apa.14540>

Kaplanoglu, M., Bulbul, M., Kaplanoglu, D., & Bakacak, S. M. (2015). Effect of Multiple Repeat Cesarean Sections on Maternal Morbidity : Data from Southeast Turkey. *Medical Science Monitor : International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 21, 1447-1453. <https://doi.org/10.12659/MSM.893333>

- Karami Matin, B., Hajizadeh, M., Najafi, F., Homaie Rad, E., Piroozi, B., & Rezaei, S. (2018). The impact of health sector evolution plan on hospitalization and cesarean section rates in Iran : An interrupted time series analysis. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(1), 75-79. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx169>
- Khawaja, M., Jurdi, R., & Kabakian-Khasholian, T. (2004). Rising Trends in Cesarean Section Rates in Egypt. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 31(1), 12-16.
- Kim, Y.-M., Tappis, H., Zainullah, P., Ansari, N., Evans, C., Bartlett, L., Zaka, N., & Zeck, W. (2012). Quality of caesarean delivery services and documentation in first-line referral facilities in Afghanistan : A chart review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 14. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-14>
- Kisa, S., Kisa, A., & Younis, M. Z. (2017). Opinions and attitudes of obstetricians and midwives in Turkey towards caesarean section and vaginal birth following a previous caesarean section. *The Journal of International Medical Research*, 45(6), 1739-1749. <https://doi.org/10.1177/0300060516663998>
- Kodmani, B. (2016). Chapitre 5 - Syrie: La société s'organise en dehors de l'État. In *Santé mondiale* (p. 143-160). Presses de Sciences Po. <https://www.cairn.info/sante-mondiale--9782724618709-page-143.htm>
- Koken, G., Cosar, E., Sahin, F. K., Tolga Ariozi, D., Duman, Z., & Aral, İ. (2007). Attitudes towards mode of delivery and cesarean on demand in Turkey. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 99(3), 233-235. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.05.031>
- Kruk, M. E., Kujawski, S., Mbaruku, G., Ramsey, K., Moyo, W., & Freedman, L. P. (2018). Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania : A facility and

community survey. *Health Policy and Planning*, 33(1), e26-e33.

<https://doi.org/10.1093/heapol/czu079>

Kruse, A. R., Lauszus, F. F., Forman, A., Kesmodel, U. S., Rugaard, M. B., Knudsen, R. K., Persson, E.-K., Uldbjerg, N., & Sundtoft, I. B. (2021). Effect of early discharge after planned cesarean section on recovery and parental sense of security. A randomized clinical trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(5), 955-963.

<https://doi.org/10.1111/aogs.14041>

Lataifeh, I., Zayed, F., Al-Kuran, O., Al-Mehaisen, L., Khriesat, W., & Khader, Y. (2009). Jordanian obstetricians' personal preference regarding mode of delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(6), 733-736. <https://doi.org/10.1080/00016340902842444>

Loke, A. Y., Davies, L., & Mak, Y. (2019). Is it the decision of women to choose a cesarean section as the mode of birth? A review of literature on the views of stakeholders. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, 286. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2440-2>

Mahdi, S. S., & Habib, O. S. (2010). A study on preference and practices of women regarding place of delivery. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 16(08), 874-878.

<https://doi.org/10.26719/2010.16.8.874>

Marsh, M. (2018). Consent and consequences in obstetrics and gynaecology. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(13), 1635-1636.

<https://doi.org/10.1111/1471-0528.14898>

Matar, H. E., Almerie, M. Q., Alsabbagh, M., Jawoosh, M., Almerie, Y., Abdulsalam, A., & Duley, L. (2010). Policies for care during the third stage of labour : A survey of maternity units in Syria. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(1), 32. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-32>

Mayra, K., Matthews, Z., & Padmadas, S. S. (2021). Why do some health care providers disrespect and abuse women during childbirth in India? *Women and Birth*.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.02.003>

Mbaye, E. M., Dumont, A., Ridde, V., & Briand, V. (2011). « En faire plus, pour gagner plus » : La pratique de la césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal. *Sante Publique, Vol. 23(3)*, 207-219.

McGinn, T. (2005, juin 20). Reproductive Health of War-Affected Populations : What Do We Know? *Guttmacher Institute*.

<https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2000/12/reproductive-health-war-affected-populations-what-do-we-know>

Médecins sans Frontières. (2017). *Performing Safe Cesarean Sections in Conflict Settings*.

https://www.msf.lu/sites/default/files/luxor_cd_web_cae.pdf

Médecins sans Frontières. (2021). *Syrie : Dix ans de conflit*. Médecins sans frontières.

<https://www.msf.fr/decryptages/syrie-dix-ans-de-conflit>

Memmi, D., & Molénat, X. (2010). *Du gouvernement des corps par la parole*. Éditions Sciences Humaines. <https://www.cairn.info/la-sante--9782912601933-page-158.htm>

Milcent, C., & Zbiri, S. (2018). Prenatal care and socioeconomic status : Effect on cesarean delivery. *Health Economics Review*, 8. <https://doi.org/10.1186/s13561-018-0190-x>

Mirzazada, S., Padhani, Z. A., Jabeen, S., Fatima, M., Rizvi, A., Ansari, U., Das, J. K., & Bhutta, Z. A. (2020). Impact of conflict on maternal and child health service delivery : A country case study of Afghanistan. *Conflict and Health*, 14. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00285-x>

- Mourtada, R., Bashour, H., & Houben, F. (2021). A qualitative study exploring barriers to adequate uptake of antenatal care in pre-conflict Syria: Low cost interventions are needed to address disparities in antenatal care. *Contraception and Reproductive Medicine*, 6(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s40834-021-00156-7>
- Mourtada, R., Bottomley, C., Houben, F., Bashour, H., & Campbell, O. M. R. (2019). A mixed methods analysis of factors affecting antenatal care content : A Syrian case study. *PLOS ONE*, 14(3), e0214375. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214375>
- Mukattash, T., azzam, S. A., Yafawi, R., Jarab, A., Nusair, M., Farha, R. A., & Alrabadi, N. (s. d.). *Maternal Perception and Experiences of Cesarean Section Delivery, an Exploratory Study in Jordan* [Data set]. Authorea, Inc. <https://doi.org/10.22541/au.158809514.45455287>
- “My Only Crime Was That I Was a Doctor”. (s. d.). *Physicians for Human Rights*. Consulté 15 mai 2021, à l’adresse <https://phr.org/our-work/resources/my-only-crime-was-that-i-was-a-doctor/>
- Niino, Y. (s. d.). The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. *BioScience Trends.*, 12.
- OCHA. (2021a). *SYRIAN ARAB REPUBLIC 2021 NEEDS AND RESPONSE SUMMARY*. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/som_summary_2021.pdf
- OCHA. (2021b). *SYRIAN ARAB REPUBLIC : COVID 19 Humanitarian Update No. 25*.
- OCHA. (2021c). *Recent Developments in Northwest Syria and RAATA - Situation Report No. 28— June 2021*. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Recent%20Developments%20in%20No>

[rthwest%20Syria%20and%20RAATA%20-%20Situation%20Report%20No.%2028%20-%20June%202021.pdf](#)

OCHA. (2021d). *SYRIAN ARAB REPUBLIC Developments in north-west Syria and Ras Al Ain – Tell Abiad Situation Report No. 29 – July 2021*.

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/nws_and_raata_sitrep29_july2021.pdf

Odumosu, M., Pathak, S., Barnet-Lamb, E., Akin-Deko, O., Joshi, V., & Selo-Ojeme, D. (2012).

Understanding and recollection of the risks associated with cesarean delivery during the consent process. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118(2), 153-155.

<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.03.025>

O'Hare, B. A. M., & Southall, D. P. (2007). First do no harm : The impact of recent armed conflict on maternal and child health in Sub-Saharan Africa. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100(12), 564-570.

Ologunde, R., Vogel, J. P., Cherian, M. N., Sbaiti, M., Merialdi, M., & Yeats, J. (2014).

Assessment of cesarean delivery availability in 26 low- and middle-income countries : A cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 211(5), 504.e1-504.e12.

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.05.022>

Orovou, E., Dagla, M., Iatrakis, G., Lykeridou, A., Tzavara, C., & Antoniou, E. (2020).

Correlation between Kind of Cesarean Section and Posttraumatic Stress Disorder in Greek Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5).

<https://doi.org/10.3390/ijerph17051592>

Ostovar, R., Rashidian, A., Pourreza, A., Rashidi, B. H., Hantooshzadeh, S., Ardebili, H. E.,

Mahmoudi, M., & The members of the panel of the Cesarean Section RAM Study. (2010).

- Developing criteria for Cesarean Section using the RAND appropriateness method. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(1), 52. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-52>
- Özkan, Ş., Chiang, C., Aba, G., & Çelik, Y. (2020). Satisfaction with maternal and birth services : A survey in public hospitals in Turkey. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 33(4/5), 363-372. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-08-2019-0146>
- Paillet, A. (2009). 29. *Les infirmières des services de réanimation néonatale : Gestion et fabrication du secret médical*. La Découverte. <https://www.cairn.info/sociologie-des-groupes-professionnels--9782707152145-page-342.htm>
- Paillet, A. (2021). Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins. *Actes de la recherche en sciences sociales*, N° 236-237(1), 20-39.
- Pattinson, R., Makin, J., Pillay, Y., Broek, N., & Moodley, J. (2015). Basic and comprehensive emergency obstetric and neonatal care in 12 South African health districts. *South African Medical Journal*, 105, 256. <https://doi.org/10.7196/samj.9181>
- Paul AU. (2006, mars 6). *Emergency Caesarean Section in 10 minutes*. Médecins Sans Frontières (MSF/Doctors Without Borders). <https://msf-seasia.org/blog/2868>
- Physicians for Human Rights. (2015a). *Doctors in the Crosshairs: Four Years of Attacks on Health Care in Syria* [Data set]. Koninklijke Brill NV. https://doi.org/10.1163/2210-7975_HRD-2259-2015005
- Physicians for Human Rights. (2015b). *Aleppo Abandoned A Case Study on Health Care in Syria*. <https://phr.org/wp-content/uploads/2015/11/aleppo-abandoned.pdf>
- Physicians for Human Rights. (2017). *Access Denied UN Aid Deliveries to Syria's Besieged and Hard-to-Reach Areas*. <https://phr.org/wp-content/uploads/2018/09/phr-access-denied.pdf>

- Physicians for Human Rights. (2021). Medical Personnel Are Targeted in Syria. *Physicians for Human Rights*. <https://phr.org/our-work/resources/medical-personnel-are-targeted-in-syria/>
- Price, J. I., & Bohara, A. K. (2013). Maternal health care amid political unrest : The effect of armed conflict on antenatal care utilization in Nepal. *Health Policy and Planning*, 28(3), 309-319. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs062>
- P.Tully, K. (2013). *Misrecognition of need : Women's experiences of and explanations for undergoing cesarean delivery*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3613981/>
- Qu, F., Wu, Y., Zhu, Y.-H., Barry, J., Ding, T., Baio, G., Muscat, R., Todd, B. K., Wang, F.-F., & Hardiman, P. J. (2017). The association between psychological stress and miscarriage: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 7(1), 1731. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-01792-3>
- Rafiei, M., Saei Ghare, M., Akbari, M., Kiani, F., Sayehmiri, F., Sayehmiri, K., & Vafae, R. (2018). Prevalence, causes, and complications of cesarean delivery in Iran : A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 16(4), 221-234.
- Ray, C. L. (2015). Évolution des indications et des pratiques de la césarienne. *Laennec*, Tome 63(4), 39-46.
- Rifai, R. A. (2014). Rising cesarean deliveries among apparently low-risk mothers at university teaching hospitals in Jordan : Analysis of population survey data, 2002–2012. *Global Health, Science and Practice*, 2(2), 195-209. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-14-00027>
- Riquet, S., Henni, M., & Fremondriere, P. (2020). Évaluation de la peur de l'accouchement chez les femmes enceintes. *Perinatalite*, Vol. 12(3), 130-139.

- Ronsmans, C., Holtz, S., & Stanton, C. (2006). Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries : A retrospective analysis. *The Lancet*, 368(9546), 1516-1523.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69639-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69639-6)
- Saaka, M., & Akuamoah-Boateng, J. (2020). Prevalence and Determinants of Rural-Urban Utilization of Skilled Delivery Services in Northern Ghana. *Scientifica*, 2020.
<https://doi.org/10.1155/2020/9373476>
- Schantz, C., Aboubakar, M., Traoré, A. B., Ravit, M., de Loenzien, M., & Dumont, A. (2020). Caesarean section in Benin and Mali: Increased recourse to technology due to suffering and under-resourced facilities. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 10, 10-18.
<https://doi.org/10.1016/j.rbms.2019.12.001>
- Schantz, C., Lhotte, M., & Pantelias, A.-C. (2020). Dépasser la tension éthique de la césarienne sur demande maternelle. *Sante Publique*, Vol. 32(5), 497-505.
- Schantz, C., Ravit, M., Traoré, A. B., Aboubakar, M., Goyet, S., de Loenzien, M., & Dumont, A. (2018). Why are caesarean section rates so high in facilities in Mali and Benin? *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 10-14. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.01.001>
- Sen, K., Al-Faisal, W., & AlSaleh, Y. (2013). Syria: Effects of conflict and sanctions on public health. *Journal of Public Health*, 35(2), 195-199. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fds090>
- Siabani, S., Jamshidi, K., & Mohammadi, M. M. (2019). Attitude of pregnant women towards Normal delivery and factors driving use of caesarian section in Iran (2016). *Biopsychosocial Medicine*, 13. <https://doi.org/10.1186/s13030-019-0149-0>
- Singh, N. S., Ataullahjan, A., Ndiaye, K., Das, J. K., Wise, P. H., Altare, C., Ahmed, Z., Sami, S., Akik, C., Tappis, H., Mirzazada, S., Garcés-Palacio, I. C., Ghattas, H., Langer, A., Waldman,

- R. J., Spiegel, P., Bhutta, Z. A., Blanchet, K., & BRANCH Consortium Steering Committee. (2021). Delivering health interventions to women, children, and adolescents in conflict settings : What have we learned from ten country case studies? *Lancet (London, England)*, 397(10273), 533-542. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00132-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00132-X)
- Sobhy, S., Arroyo-Manzano, D., Murugesu, N., Karthikeyan, G., Kumar, V., Kaur, I., Fernandez, E., Gundabattula, S. R., Betran, A. P., Khan, K., Zamora, J., & Thangaratinam, S. (2019). Maternal and perinatal mortality and complications associated with caesarean section in low-income and middle-income countries : A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 393(10184), 1973-1982. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32386-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32386-9)
- Sombié, I., Méda, Z. C., Savadogo, G. B. L., Sanou, G., & Dadjoari, M. (2017). Évolution du taux et de la place des accouchements par césarienne au Burkina Faso. *Sante Publique, Vol. 29*(1), 133-139.
- St-Amant, S. (2015). Naît-on encore ? Réflexions sur la production médicale de l'accouchement. *Recherches familiales, n° 12*(1), 9-25.
- Stewart, B., Wong, E., Papillon-Smith, J., Trelles Centurion, M. A., Dominguez, L., Ao, S., Jean-Paul, B. K., Kamal, M., Helmand, R., Naseer, A., & Kushner, A. L. (2015). An Analysis of Cesarean Section and Emergency Hernia Ratios as Markers of Surgical Capacity in Low-Income Countries Affected by Humanitarian Emergencies from 2008 – 2014 at Médecins sans Frontières Operations Centre Brussels Projects. *PLoS Currents*, 7. <https://doi.org/10.1371/currents.dis.5e30807568eaa09a3e23282ddb41da6>
- Strategic Steering group. (2021). *Humanitarian Needs Overview 2021 Syrian Arab Republic*. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/syria_2021_humanitarian_needs_overview.pdf

Syrian American Medical Society. (2016). *A NEW NORMAL Ongoing Chemical Weapons Attacks in Syria*. https://www.sams-usa.net/wp-content/uploads/2016/09/A-New-Normal_Ongoing-Chemical-Weapons-Attacks-in-Syria.compressed.pdf

Syrie carte géographique gratuite, carte géographique muette gratuite, carte vierge gratuite, fond de carte gratuit, formats graphiques courants frontières, noms. (s. d.). [Map]. Consulté 11 juillet 2021, à l'adresse https://d-maps.com/carte.php?num_car=628&lang=fr

Tamim, H., El-Chemaly, S. Y., Nassar, A. H., Aaraj, A. M., Campbell, O. M. R., Kaddour, A. A., & Yunis, K. A. (2007). Cesarean Delivery Among Nulliparous Women in Beirut : Assessing Predictors in Nine Hospitals. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 34(1), 14-20.
<https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00141.x>

Terkawi, A. S., Bakri, B., Alsadek, A. S., Alsibae, R. H., Alasfar, E. M., Albakour, A. H., Aljouja, A. Y., Alshaikhwais, N. A., Fares, F. A., Flood, P. D., Jnaid, H., Najib, A. A., Saloom, D. A., Zahra, N. A., & Altirkawi, K. A. (2019). Women's health in Northwestern Syria: Findings from Healthy-Syria 2017 study. *Avicenna Journal of Medicine*, 9(3), 94-106.
https://doi.org/10.4103/ajm.AJM_190_18

Trelles, M., Dominguez, L., Tayler-Smith, K., Kisswani, K., Zerboni, A., Vandendorre, T., Dallatomasina, S., Rahmoun, A., & Ferir, M.-C. (2015a). Providing surgery in a war-torn context : The Médecins Sans Frontières experience in Syria. *Conflict and Health*, 9, 36.
<https://doi.org/10.1186/s13031-015-0064-3>

UNFPA. (2019). *OVERVIEW OF GENDER-BASED VIOLENCE IN SYRIA*.
<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/GBV-Advocacy-Brief---Expanded---Final.pdf>

UNFPA. (2021a). *Beyond numbers. Improving gathering of gender based violence data to inform humanitarian response.*

https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/document/s/files/beyond_numbers- improving_gathering_of_gbv_data - final.pdf

UNFPA. (2021b). *Quality Midwifery Care in the Midst of Crisis. Midwifery Capacity Building Strategy for Northern Syria. 2017-2021.*

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/midwifery_strategy_english.pdf

UNFPA. (2021c). *Voices from Syria 2021. Assessment Findings of the Humanitarian Needs Overview.*

https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/document/s/files/voices_2021 - final_180521_eng.pdf

United-Nations. (2019). *Humanitarian Needs Overview 2019. Syrian Arab Republic.*

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2019_Syr_HNO_Full.pdf

Uzuncakmak, C., & Ozcam, H. (2016). Association between Maternal Mortality and Cesarean Section : Turkey Experience. *PLoS ONE*, *11*(11).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166622>

Vedam, S., Stoll, K., Schummers, L., Fairbrother, N., Klein, M. C., Thordarson, D., Kornelsen, J.,

Dharamsi, S., Rogers, J., Liston, R., & Kaczorowski, J. (2014). The Canadian birth place study: Examining maternity care provider attitudes and interprofessional conflict around

planned home birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*. [https://doi.org/10.1186/1471-2393-](https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-353)

[14-353](https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-353)

- Verma, V., Vishwakarma, R. K., Nath, D. C., Khan, H. T. A., Prakash, R., & Abid, O. (2020). Prevalence and determinants of caesarean section in South and South-East Asian women. *PLoS ONE*, 15(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229906>
- Werner-Bierwisch, T., Pinkert, C., Niessen, K., Metzinger, S., & Hellmers, C. (2018). Mothers' and fathers' sense of security in the context of pregnancy, childbirth and the postnatal period : An integrative literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2096-3>
- WHO. (2021a). *SYRIAN ARAB REPUBLIC Recent Developments in Northwest Syria Situation Report No. 24 As of 26 January 2021*. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/nw_syria_sitrep24_20210126.pdf
- WHO. (2021b). *SYRIAN ARAB REPUBLIC Recent Developments in Northwest Syria Situation Report No. 26—As of 26 March 2021*.
- WHO. (2021c). *BI-WEEKLY SITUATION REPORT WHOLE OF SYRIA*. http://www.emro.who.int/images/stories/syria/syria-biweekly-update_issue-7_1-15-april_2021.pdf?ua=1
- WHO. (2021d). *BI-WEEKLY SITUATION REPORT WHOLE OF SYRIA*. http://www.emro.who.int/images/stories/syria/Bi-weekly_reports/whole-of-syria-bi-weekly-report_issue-12_final.pdf?ua=1
- Wiklund, I., Wiklund, J., Pettersson, V., & Boström, A.-M. (2018). New parents' experience of information and sense of security related to postnatal care: A systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 17, 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.06.001>

- Wolf, J. H. (2018). Risk and Reputation : Obstetricians, Cesareans, and Consent. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 73(1), 7-28. <https://doi.org/10.1093/jhmas/jrx053>
- Zakerihamidi, M., Latifnejad Roudsari, R., & Merghati Khoei, E. (2015). Vaginal Delivery vs. Cesarean Section : A Focused Ethnographic Study of Women's Perceptions in The North of Iran. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 3(1), 39-50.
- Zambrana, M. (2018, septembre). Syria: Being a mother in times of war. *Equal Times*.
<https://www.equaltimes.org/syria-being-a-mother-in-times-of>
- Zarshenas, M., Zhao, Y., Binns, C. W., & Scott, J. A. (2020). Incidence and Determinants of Caesarean Section in Shiraz, Iran. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph17165632>
- Ziegler, B. R., Kansanga, M., Sano, Y., Kangmennaang, J., Kpienbaareh, D., & Luginaah, I. (2020). Antenatal care utilization in the fragile and conflict-affected context of the Democratic Republic of the Congo. *Social Science & Medicine*, 262, 113253.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113253>

8. Annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien en français et anglais

Grille d'entretien professionnels de santé

PRESENTATION	<ul style="list-style-type: none">- Pouvez-vous me décrire votre parcours et votre rôle ?- Depuis quand exercez-vous cette profession ?- Depuis combien de temps travaillez-vous dans le secteur de l'humanitaire ?
CONDITIONS DE TRAVAIL	<ul style="list-style-type: none">- Comment jugez-vous le niveau de sécurité de votre lieu de travail?- Quels types de services à destination des femmes vous donnez au sein de la structure?- Etes-vous nombreux dans le service ? Avec qui travaillez-vous ?- Est-ce que les autres structures de santé sont loin de la vôtre ?
PROFILS DES PATIENTES	<ul style="list-style-type: none">- Quel est le profil des patientes que vous recevez en général ?- Comment viennent-elles jusqu'à vos services ?- Seules, référencées ?
SANTE ET SERVICES POUR LES FEMMES CONFLIT	<ul style="list-style-type: none">- Comment le conflit a-t-il impacté la santé des femmes et les services de santé obstétrique ?- Est-ce que les femmes ont des visites anténatales régulièrement ?- Comment estimez-vous les services de santé reproductive ?- Le matériel pour les soins prénatals et l'accouchement sont-ils adaptés ?- Comment pouvez-vous décrire les conditions de vie des femmes ? Est-ce que les conditions de vie ont un impact sur la grossesse ?- Quels sont les principaux obstacles pour l'accès aux soins ?- Comment les femmes vivent leur grossesse ? Anxiété , stress ?- Quelle a été l'évolution du mariage des jeunes filles pendant le conflit ?
NAISSANCES/CONDITIONS NAISSANCES	<ul style="list-style-type: none">- Comment se passent les accouchements en général ?- Y a-t-il un lieu en particulier, anti-douleurs spécifiques et du personnel à disposition pour l'accouchement ?- Vous sentez vous à l'aise lorsque vous accueillez les patientes ? (communication)- Comment gérez-vous les complications au sein du service lors d'un accouchement naturel ou lors d'une césarienne ?- Est-ce que vous avez l'impression de gérer plus de grossesses et accouchements compliqués depuis le conflit ?- Quelle est la proportion de césariennes dans votre centre ?

	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que vous suivez un protocole pour les naissances ? - Comment vous sentez-vous vis-à-vis de ce protocole ?
EXPERIENCE DE LA CESARIENNE	<ul style="list-style-type: none"> -Est-ce que les césariennes sont plus souvent sur demande ou en urgence pendant le conflit ? - Quels sont les facteurs décisifs pour effectuer une césarienne ? - Est-ce que ces facteurs sont différents par rapport à la situation avant le conflit ? -Est-ce que vous vous sentez influencé par la famille ? - Comment ressentez-vous cette pratique ? Plus sûr, simple, rapide ? Ou au contraire , est-ce c'est une expérience stressante ? - Sentez-vous plus à l'aise avec la césarienne ou la naissance naturelle ? Pourquoi ? -Est-ce qu'il vous arrive de référer des femmes enceintes à d'autres structures pour des césariennes et pourquoi ? - Etes-vous satisfait(e) de cette pratique, et les patientes ? -Vous sentez-vous assez soutenu par vos collègues et la structure dans cette pratique ? -Pensez-vous que les professionnels de santé sont assez formés à cette pratique ? -Est-ce que votre pratique de la césarienne a changé pendant le conflit ? Si oui, pourquoi/comment ? - Est-ce la manière la plus sûre de donner naissance dans le contexte actuel syrien ?
COORDINATION ET STRUCTURES	<ul style="list-style-type: none"> -Est-ce que vous savez comment se passe l'encadrement de la grossesse dans d'autres structures ? Publiques, ONG, privées ? - Si vous avez travaillé dans d'autres structures, est-ce que vous vous sentez influencé par le type d'organisation concernant votre pratique ? -Est-ce que vous pensez que cette pratique est différente selon les régions de la Syrie actuelle ? -Pensez-vous que la (meilleure) coordination des différents acteurs de la santé/humanitaire a une influence sur la pratique de la césarienne et la prise en charge de la grossesse ? -Vous sentez-vous à l'aise à travailler avec d'autres structures de santé et acteurs si nécessaire concernant la grossesse/césarienne ? -Vous sentez-vous soutenu par tous ces réseaux dans votre pratique ?
RECOMMANDATIONS & PROMOTION	<ul style="list-style-type: none"> -Est-ce que vous avez des recommandations générales concernant la césarienne et les moyens de prévention ? - Quelles sont les choses à améliorer et quels sont les leviers pour agir ?

Interview matrix

PRESENTATION	<ul style="list-style-type: none"> - Could you tell me a little more about your professional background and your position in UOSSM ? - When did you start this profession ? - How long have you been working in the humanitarian sector ?
WORK CONDITIONS	<ul style="list-style-type: none"> - How do you estimate the security of the place where you are working ? - Which kind of services do you provide towards women in the structure where you work ? - How many people work in the same department/section ? - Are other health facilities far from yours ?
PATIENTS PROFILE	<ul style="list-style-type: none"> - Which kind of women profile do you have in general ? - How do they come to your services ? - Do they come alone or they are referred to your services ?
WOMENS'S HEALTH & SERVICES	<ul style="list-style-type: none"> -How has the conflict impacted women's health and obstetric services ? -Do women have regularly ANC visits ? -How do you estimate RH services in general ? -Is equipment enough for antenatal visits and deliveries ? -Do living conditions have an impact on pregnancy and then c-section according to you ? -What are the main obstacles according to you regarding access to healthcare for women according to you ? -How do you estimate the number of early marriage during the conflict ? -How do women experience their pregnancy ? Stress ?
BIRTHS/BIRTHS CONDITIONS	<ul style="list-style-type: none"> - How are the conditions of deliveries in general ? - Do you have specific rooms and pain killers as well as staff for deliveries ? - How do you manage complications for vaginal and cesarean deliveries ? - Do you feel you manage more difficult cases since the conflict ? - How is the number of c-sections among births in general ? - Do you have a protocol for births and cesareans ? - How do you feel about this protocol ?
EXPERIENCE OF CESAREAN	<ul style="list-style-type: none"> -Are cesarean planned or urgent most of the time ? -What are the decision factors to leading to c-section ? -Do you think you are influenced by the family regarding the delivery ? -How do you experience this practice ? Easier, faster ? Is it a stressful practice ? Is it more secure ? - Do you feel more at ease with natural or c-section

	<p>deliveries ?</p> <ul style="list-style-type: none"> -Do you refer women to other facilities in case of cesarean ? - Are medical staff and women satisfied about this practice ? <p>Is it stressful for women ?</p> <ul style="list-style-type: none"> -Do you think medical staff in general are trained enough about c-sections ? -Do you feel supported enough regarding this practice by the structure where you are working in and from colleagues ? -Has your practice towards c-section changed during the conflict ? - Is it the only secure way to consider deliveries in the Syrian context currently?
STRUCTURES AND COORDINATION	<ul style="list-style-type: none"> -Do you know how pregnancy is managed in other facilities ? Private, public, NGOs ? -Do you think this practice is different regarding the region in Syria ? - Do you feel impacted by the institution where you work in about your medical practice ? -Do you think that a better health coordination system could have an impact on pregnancy issues and cesareans ? -Do you feel ok with working with other actors regarding pregnancy and cesarean if needed ? -Do you feel supported by health actors networks in your practice ?
RECOMMENDATIONS & PROMOTION	<ul style="list-style-type: none"> -Do you have general recommendations regarding cesarean and its prevention ? - What can be improved ? -Which factors can be highlighted in order to influence the cesarean decision making process according to you ?

Annexe 2 : Retranscription entretien n°1

Gynécologue – UOSSM – Région d’Idlib – 21/06/2021 – Via Zoom – Traductrice Amina

Amina : Maëla so, she graduated from Damascus university in OB-GYN and surgery. She had a private hospital and a private clinic. She is now working with different organizations previously in Halab and now in area in Idlib (*greetings in Arabic*).

Maëla, so if you wanna start with your first question and briefly tell about your topic.

Maëla : So you can tell that I am a public health student...

Amina : Yeah, I already told her...

Maëla : Oh you already told her. So maybe with my first question then ?

Amina : Yeah sure !

Maëla : Can she describe a little bit more about her position in UOSSM ? Who does she work with ? The place ? The kind of structure...

Amina : (...) with two other specialized doctors. She works in different facilities and one supported by ‘?’ . So they work on training in the medical profession in Syria and they also have two doctors and also two resident doctors there and they take different services.

So, I just asked if it was a clinic or a hospital. They have a clinic where they do birth attendance but they also have an hospital where they perform surgical procedures.

Maëla : Ok. As a UOSSM worker, does she work in the hospital, in the clinic, or both

? Amina : Both. It’s a hospital and a clinic.

Maëla : Ok. So next question. Has she noticed an evolution or a shift regarding cesarean section compared to the situation before the conflict ? And even if she has noticed a shift during the conflict regarding this issue.

Amina : So Maëla, she was just saying the fact there is definitely an increase compared to before. Actually it is maybe linked to some fears you know, when a woman enters the ninth month she just wants to get rid of the pregnancy. Also she used to work in ‘...’, the cases were almost 50% of c-sections. But now they are trying in both clinics where she works (...) to promote natural birth. But sometimes they can’t because women are coming with previous c-sections and they have to have a c-section. But they really try to encourage and if the woman had one c-section they really try for another natural birth.

Maëla: Ok. She said, like, they do c-sections because before women had c-sections. Does she know if previous c-sections were during the conflict or even before ?

Amina : So another thing is like (...) those c-sections were happening at the beginning of the conflict. Because there was a huge lack of doctors. So midwives were here during labor and then to do the delivery and went straight to a surgeon. And the surgeon did the c-section rather

than going to an OB-GYN doctor. So, because there was a lack of health providers (...) they were not able to give informed choices but now the situation is different. And one of the reasons why women wanted a c-section was because they were afraid of giving birth at night, not getting to the hospital of her choice.

Maëla : Ok. When she said that women sometimes were afraid because of conditions around the birth or because of uncertainty in Syria, has she noticed that the fear was increasing or decreasing during the conflict ? Or she has noticed no shift.

Amina : So she said that the situation goes better because there is in every ten kilometers, there is a health facility and better access. So it reduced the number of c-section.

Maëla : Ok, but in a very general view it has increased or ...?

Amina : It has, compared to before the conflict, it has.

So she was saying that compare to before the conflict it is higher now. But before the conflict there were doctors and facilities that would prefer to have c-sections because it is more profit for them.

Maëla : Ok. Apart from the fear has she noticed other reasons for c-sections from women ?

Amina : She was just saying that apart from that a lot of women who are pregnant for the first time and they fear about the process of labor and so they prefer c-section. Also it is linked to a lack of education and awareness. She said that a lot of hospitals where she works are teaching hospitals so they teach the patients, the residents to really encourage women to go through natural birth and they also speak to the families of the woman who are fearful to encourage them to go through natural labor.

Maëla : Does she think that this lack of awareness has increased or decreased during the conflict ?

Amina : So Maëla I just asked whether awareness has changed. She said that lack of awareness increased. Because of the lack of education, women are not really going education, there is less, you know, opportunity for them about different things.

Maëla : Ok. So maybe she meant like during the conflict, because of the conflict or because of insecurity, they won't go to school or they won't go outside for example so they have less opportunities, in general I mean, it is not related to health directly.

Amina : Yes, it is more educational level.

Maëla : Now from a health providers perspective has she noticed a shift in healthcare providers' preferences to give cesarean sections ?

Amina : So she was saying percentages of c-section in hospitals where she works are less than in other cases and sectors. And also a big aspect that she forgot to mention is early marriage

because young women are prone to be more fearful to go through natural process and so they ask for c-sections because it is something they are really fearful of.

Maëla : Ok. As she worked in different organizations she has an overview on different structures, I would like to know if she noticed differences between NGOs, private sector and even public sector regarding ANC and cesarean and how to prepare the birth for women and everything ?

Amina : So we were talking about the fact that she does not have experience in the private sector currently so she does not know. I asked if there are private health providers, she said there are private hospitals. But also in the public sector they have ANC support from the very first moment of pregnancy even up to the postnatal period. So women are generally women are receiving that sort of care.

Maëla : Ok. I would like to know, she said that there were more and more health facilities able to give surgical operations and c-sections then, and that women were less afraid about giving birth. I would like to know if she thinks there is a link between the higher rate of health facilities and the higher rate of c-sections, like a kind of medicalization of the pregnancy and the birth in Syria during the conflict.

Amina : So Maëla, she was just saying that the services and monitoring have increased but that does not mean it is becoming more medical because actually, they provide women with the chance to give natural delivery. So it is actually the opposite way.

Maëla : Ok. I would like to know, she mentioned that they were trying to do prevention and awareness towards women, she also mentioned they try to talk to the family. So I wanted to know if the family is involved during the decision and making process for cesarean ?

Amina : So she is saying that the family is playing a big role because a lot of women are very nervous about delivery and going through natural birth. The family is nervous as well and the doctors talk to them to encourage them and they also encourage the patient.

Maëla : Ok. Maybe one of my last questions. Do medical personal during the conflict give more and more importance to the birth ? Do they think that during the conflict giving birth is something more important than before ?

Amina : So she was just saying that they encourage it but also she mentioned that women who give birth they might have lost family members and so they want to have children.

Maëla : Ok. Thank you.

Amina : Did you have more questions ?

Maëla : So far I am ok, thank you. If you have questions or comments that you think it would be relevant, feel free of course.

Amina : So Maëla I asked about the main challenges. She mentioned that a big challenge was the lack of equipment, so she mentioned different equipment that are not available. There is not a lot of medicines available. So more material things let's say.

So the number of miscarriages is increasing and I asked about (...) so maternal and neonate mortality is increasing and also adverse obstetric situations like low placenta and things like that. It is something that they don't understand why it is happening but they are also looking into it.

Maëla : Ok thank you.

Amina : (*Greetings in Arabic*)

Annexe 3 : Retranscription entretien n°2

Gynécologue – UOSSM – Marrat Tamsrin – 21/06/2021 – Via Zoom – Traductrice
Amina

Amina : Maela, if you wanna start with the first question and I will translate it to the doctor.

Maela: Yeah. So the first question before talking about cesarean section, I would like to know in which kind of place she works you know : the structure, how many health workers work with her, what's her position.

Amina : So Maela she is working at Marrat Tamsrin, the area that's under Idlib, it's a primary health center. That's also a center for UOSSM (*Arabic between the doctor and Amina*).

So Maela, she is saying she works on, it's a primary health center so I don't think they do deliveries. It's more like guiding women through pregnancy and family planning, and then once the woman is ready to deliver, that's when the referral system takes place. After the delivery she takes care of the women for another 6 weeks.

Maela : Ok. And she is a gynecologist right ?

Amina : Yeah.

Maela : Ok so, before tackling cesarean section, does she think that women have like enough antenatal visits during pregnancy ?

Amina : She was just saying about the difference. She noticed that she's been practicing since the 90's in Syria but she has noticed in the past 5 years a real shift compared to even the early stages of the conflict because it was really difficult to women to access health. But now actually the awareness and the overall sort of antenatal care, there is a lot of awareness in terms of women approaching the health system.

And also there is a better response and health coordination even with community health workers in the health system, not just reproductive health. They found actually that there is a huge difference and that's the results are even a lot better now than 5 years ago.

Maela : So at the beginning of the conflict it was difficult for women to access healthcare but now it is kind of better right ?

Amina : Yeah so she is saying that the situation now is better than 5 years ago.

Maela : Ok. When she sees women in the center, when she wants to refer women for deliveries, can she see at this step if women would need a cesarean section or not ? Or it is the job of other facilities to decide if they need a cesarean.

Amina : So we were just talking about when the decision happens whether after the referral. So it takes place even before. So the patient is monitored from different risk factors : if she is overweight, if she had a previous cesarean c-section and other different risk factors. And so she works on the women to get psychologically prepare for a potential c-section just in case. And now she said that hospitals are a lot better equipped since couple of years to be able to take on such cases.

Maela : Yes, so it is not only cesarean section in an emergency. Like it is kind of planned cesarean section according to risks right ?

Amina : Yeah.

Maela : Other question. Has she seen a difference in the number of cesarean sections during the conflict and between before/during the conflict ?

Amina : So we were just talking about the differences between prior to the conflict and after. But she said that definitely there was an increase in c-sections during the conflict.

She is also saying that there was, they are doing a great effort in terms of family planning, there is ignorance and lack of awareness about, like , literally women get pregnant 6 weeks after delivery. And early childhood marriages increased and she also thinks there is a lack of awareness on women's overall health conditions, are less healthy so they are more prone to have c-section.

Also she said sometimes, camp conditions are sometimes, because of bombing and shelling, they have to deliver the baby quickly and do c-section to avoid any complications.

Maela. Ok. Apart from bombing, attacks, reasons you mentioned, has she noticed a shift in the reasons for request cesarean section ?

Amina : When the women ask for it ?

Maela : Yeah.

Amina : Maela we were just talking about the different reasons and one big reason that she mentioned is the early marriage. So she was saying she had a patient who was 14 years old, she was very fearful and when they are very young they are very fearful and they are afraid of going through labor and they go through c-section. Despite the doctor tries to psychologically you know, but sometimes it is very difficult because of those reasons and also the risk factors, when women have, when there is lack of awareness like getting pregnant after birth also increases c-section.

When women give birth by c-section once, she is (...) vaginal delivery, but when it is multiple c-section it becomes very unlikely that she will be able to give a natural birth and more likely to have c-section over and over again.

Maela : Yes I saw that in the literature when you give birth with c-section you have more chances to give birth again with c-section. Same question for health providers, has she noticed a shift among healthcare providers to have cesarean section for women ?

Amina : We were just talking, she said absolutely not, ... From the health providers perspective they are really trained and informed to try to not do cesarean and follow standard procedures to make sure they are promoting a natural birth.

Maela : Ok which guidelines do they follow ? Because she said they really try to follow guidelines and everything but where do the guidelines come from ? It's like international protocol, national, at the facility level ?

Amina : So it is WHO protocol but they are also keeping on knowledge and courses and stuff like that.

Maela : Maybe one of my last question. She said at the beginning that at the beginning of the conflict it was difficult for women to access health care and it was easier, and what are the reasons for her for such a shift you know ?

Amina : she said that there is more health services in general and more fundings more health providers in general

Maela : So she thinks there is no lack of equipment and medicines, even no lack of health providers ?

Amina : I just ask about the challenges that they face every day. There is no issue ...

Maela : Ok, good then.

Amina : Did you have more questions ?

Maela : I don't have any more questions so far. I really want to thank her. It was helpful and very interesting. I think she was ok to answer questions so thank you very much.

Amina : Maela , I just have one last question.

Maela : Go ahead

Amina : (...) she mentioned that family planning is very important.

Annexe 4 : Retranscription entretien n°3

Gynécologue – UOSSM – Idlib – 28/06/2021 – Via Zoom – Traductrice Ilhem

Maëla : Du coup pour commencer, parce qu'elle en n'avait pas parlé la dernière fois, je voulais savoir quel type de patientes elle recevait, et si elles venaient à son hôpital ou à sa clinique parce qu'elles étaient référées, si elles venaient seules ou comment ça se passait.

Ilhem : Qu'est-ce que tu cherches à savoir quand tu dis profil ?

Maëla : Savoir des personnes de quelle catégorie sociale, des personnes déplacées, est-ce que c'est des locaux...

Ilhem : Elle a dit du coup qu'elle travaille dans un hôpital, elle n'a pas de clinique pour le moment, les femmes qui viennent elles sont déplacées, surtout parce qu'elle travaille dans une zone où il y a beaucoup de camps de déplacés. Et que, il y a une bonne coordination entre les hôpitaux et les centres là-bas, donc il y a beaucoup de référencements, c'est à dire que parfois c'est des femmes qui viennent d'autres centres quand il n'y a pas ce qu'il faut là où elles étaient. Ou même si c'est un hôpital, parfois l'hôpital il reçoit pas les prématurés etc etc. Donc selon le cas, elles sont référencées dans des hôpitaux où il y a, où les services permettent bah de faire la césarienne,...

Maëla : De faire d'autres soins quoi...

Ilhem : Oui.

Ilhem : Elle a dit qu'il y a les deux toujours, les habitants de la région et aussi beaucoup de déplacés qui viennent d'autres régions.

Maëla : Je voulais savoir, selon elle, comment le conflit a impacté la santé des femmes et les services obstétricaux de manière générale.

Ilhem : Du coup elle a dit que, avec la guerre et tout, il y avait beaucoup de pauvreté, de malnutrition. Donc il y a des femmes qui souffrent de malnutrition. Du coup il y en a beaucoup qui ont des problèmes de tension durant la grossesse et parfois il faut même leur donner du sang, parce qu'elles sont, elles sont, limites quoi.

Maëla : Ok. Est-ce qu'elle pense que les femmes ont des visites anténatales, fin avant grossesse, assez régulièrement ?

Ilhem : Avant grossesse ?

Maëla : Oui, fin un suivi de grossesse assez régulier ?

Ilhem : Donc pendant la grossesse ?

Maëla : Oui.

Ilhem : Avant l'accouchement tu veux dire ?

Maëla : Oui.

Ilhem : Donc elle a dit que oui, selon elle, les femmes elles ont des visites... Elles ont assez de visites, 90 % des femmes elles considèrent qu'elles sont suivies régulièrement. Et elles ont aussi un suivi en fonction de leur situation. Quand c'est une grossesse compliquée, on lui dit que c'est compliqué et on lui dit qu'il faut aller plus souvent, quand elle a la tension c'est pareil. Et presque toutes les femmes ont le même nombre de visites pendant la grossesse, donc elle considère qu'elles sont bien suivies.

Maëla : Du coup elle considère que les services sont bien, mais est-ce qu'elle note un manque de matériel spécifique pour l'accouchement, comme des anti-douleurs, ou d'un autre matériel comme pour voir le bébé par exemple ?

Ilhem : Attend on va quand même poser ton autre question, sur ce qu'elle pense des services de santé reproductifs en général.

Ilhem : Donc oui, elle dit que c'est assez, qu'il y a des bons services et que les sages-femmes elles ont des formations donc elle considère que c'est assez couvert quoi dans la région il y a pas de manque.

Ilhem : Oui il y a un manque, il y a pas toujours de doppler. Donc oui, il y a un manque, un vrai manque, ... Donc oui il y a un manque, après l'écho il y a partout, mais après tout ce qui complémentaire, doppler etc, ça manque, ça dépend des hôpitaux, 50 % en ont, 50 % en n'ont pas. Après les raisons pour lesquelles il y a pas, elle sait pas. Elle dit que nous on demande au directeur de l'hôpital, on demande souvent, après parfois ils essayent et on arrive à avoir quelques matériels mais c'est pas toujours le cas donc c'est peut être lié à la région. Donc elle n'a pas dit la raison exacte.

Maëla. Ok. Et est-ce que elle ça la gêne dans sa pratique ou elle arrive à trouver d'autres stratagèmes pour essayer de ...

Ilhem : Ok je vois.

Ilhem : Donc elle dit qu'elle improvise en général, elle trouve des solutions pour utiliser d'autres équipements, et pour elle c'est la santé de la femme et de l'enfant qui sont prioritaires donc elle essaye toujours de compenser.

Maëla : Je voulais savoir, parmi les patientes qu'elle reçoit, comment ces femmes vivent leur grossesse ? Est-ce que c'est avec anxiété, elle sont tranquilles vis-à-vis de ça ? Et pourquoi du coup, si ça va pas.

Ilhem : Donc elle a dit que ça dépend, mais en général oui, les femmes sont plutôt, elle ont plutôt de l'anxiété, elles sont stressées, parce que des fois c'est des zones bombardées, elles sont déplacées, elles vivent dans des tentes et il fait très froid. Donc c'est sûr que ça, ça impacte leur grossesse. Il y en a qui avortent, il y a beaucoup de naissances prématurées, il y a beaucoup de femmes qui sont dans état psychologique difficile parce que les conditions ne sont pas là.

Elle dit, nous on essaye de les rassurer, on essaye de travailler sur le soutien psychologique mais la situation est comme ça.

Maëla : Je voulais savoir comment ça se passait les accouchements en général, que ça soit les accouchements de manière naturelle ou par césarienne, dans la structure où elle travaille.

Ilhem : Comment, quand tu dis, comment ça se passe ?

Maëla : Bah est-ce qu'il y a une salle d'accouchement, est-ce qu'il y a les conditions, tu vois, la disponibilité du personnel, ou si la femme doit accoucher à côté de quelqu'un qui a un cancer quoi.

Ilhem : Donc elle a dit qu'en général dans les hôpitaux, après ça dépend des hôpitaux, il a toujours des salles d'accouchement et des blocs opératoires, donc c'est, c'est comme un bloc opératoire normal quoi, c'est à part. Après les salles d'accouchement ça dépend, il y en a où il y a une seule personne, des fois il y en a plusieurs mais c'est isolé. Fin c'est séparé par des trucs. Elle dit que parfois, c'est surtout les médecins qui ont beaucoup de pression, parce que la banque de sang peut être un peu loin et la femme elle va pas bien et donc ils essayent de voir si elle peut patienter et ils essayent d'avoir le sang et d'appeler la banque et de faire le nécessaire. Si elle est en danger ils vont essayer de l'envoyer vers un hôpital où il y a tout. Donc la coordination elle est toujours là, ils essayent de travailler sur la coordination et le référencement.

Maëla : Et coup, quand il y a une complication, fin, du coup ils réfèrent, mais comment ça se gère au sein du service quoi. Qui, tu vois, qui décide de référer telle personne, comment ça se passe quoi.

Ilhem : Donc elle a dit que sur le référencement, c'est peut-être encore à améliorer mais elle considère que c'est très bien. Elle dit que c'est le médecin qui décide pour le référencement. Il y a toujours une personne, qui, qui est le responsable de référencement dans chaque hôpital et dans chaque endroit. Donc c'est lui qui va dire j'ai besoin d'envoyer telle personne, il va demander une fiche et après il va chercher si dans d'autres endroits il y a d'autres matériel. Et elle pareil, quand elle reçoit des appels et tout, on lui on a ça et c'est elle qui décide si on la prend ou pas.

Maëla : Ok. Est-ce que de manière, du coup, est-ce que de manière générale elle se sent à l'aise quand il y a des patientes et quand il y a des complications comme ça, ou ça la stresse ou ...

Ilhem : Donc elle a dit qu'en général ça va, il y a un cadre et tout donc ils se supportent entre eux. Ce qui est un peu compliqué, c'est que parfois, eux ils veulent qu'il y ait toujours un chirurgien dans chaque service, parce que parfois, elle, quand elle ouvre pour une césarienne, elle trouve d'autres complications et elle peut avoir besoin d'un avis, ou même d'une intervention. Donc la présence elle est importante pour elle, et ça c'est quelque chose dont ils souffrent, fin dont elle souffre, les médecins, parce qu'il y a pas toujours un chirurgien dans le service.

Maëla : Ok. Du coup maintenant j'aimerais plus lui poser des questions sur la césarienne.

(La docteure dit quelque chose en arabe)

Ilhem : Des fois il y a des problèmes avec le...Comment ça s'appelle ? Le cordon, le truc qui nourrit le bébé.

Maëla : Placenta ?

Ilhem : Des fois il a des problèmes, soit il est trop bas soit je ne sais pas quoi donc parfois elle a peur et il lui faut un chirurgien.

Maëla : Est-ce que parmi les césariennes qu'elle a c'est plus souvent des césariennes en urgence, sur demande ou planifiées ?

Ilhem : Donc elle a dit qu'il y a les deux. Il y a des femmes qui viennent, c'est en urgence qu'il faut faire la césarienne, il y a des femmes on leur donne des rendez-vous. Et en général ce sont des femmes qui ont toujours accouché par césarienne donc pour leur santé c'est mieux apparemment. Euh, par contre elle dit que eux ils conseillent pas la césarienne à n'importe qui, c'est pas la femme qui décide. Quand elle a peur de l'accouchement naturellement, on essaye de la sensibiliser, de lui expliquer les biens. Fin c'est mieux d'accoucher naturellement et donc elle essaye de travailler sur ça.

Maëla : Donc les facteurs décisifs, que ça soit la césarienne planifiée ou en urgence c'est vraiment pour des questions de santé quoi ?

Ilhem : C'est ça.

(Ilhem et le médecin échangent en arabe)

Ilhem : Donc, c'est que pour des facteurs de santé, ce qui est lié à la santé. Donc elle a dit que avant-hier ils ont eu le cas d'une femme qui a quitté un hôpital pour venir chez eux parce qu'elle voulait faire une césarienne, du coup elle a signé dans l'autre hôpital pour sortir, et elle est venue et ils ont beaucoup travaillé pour la convaincre et tout et j'ai dit qu'on allait faire des analyses et tout, pour gagner du temps parce qu'elle savait qu'elle pouvait accoucher normalement, il y a aucun problème et du coup elle a dit que la famille était très stressée. On a dû les rassurer, et après elle a fini par accoucher donc ils étaient tous très contents.

Maëla : Ok trop bien. Et est-ce que justement elle se sent influencée par la famille concernant le processus de naissance et la césarienne ?

Ilhem : C'est-à-dire les femmes est-ce qu'elles sont influencées par leur famille ?

Maëla : La femme et le médecin aussi. Est-ce que le médecin se sent influencée par l'avis de la famille ?

Ilhem : Lors d'une césarienne ou pas ?

Maëla : Oui, fin lors du processus de naissance.

Ilhem : Donc elle a dit que en général la famille c'est par peur. Parfois quand ils trouvent qu'elle a passé trop de temps, elle a trop mal, faisons quelque chose etc etc. Après du coup, elle dit que c'est au médecin de savoir rassurer et gérer la situation. Mais en général il y a pas de pressions lié au fait qu'ils préfèrent la césarienne mais elle peut venir du fait qu'ils voient leur fille souffrir ou un mari qui voit sa femme souffrir donc il va pousser vers la césarienne. Et donc si le médecin il trouve que c'est pas nécessaire, que lui il essaye de rassurer. Elle dit que parfois elles vont hurler mais pas de douleur mais par peur. Donc voilà.

Maëla : Est-ce que tu vois ce genre de situation que tu viens de décrire, est-ce qu'elle pense que ça arrivait moins avant le conflit. Est-ce que tu vois ce que je veux dire ? Fin toute cette peur de la douleur et tout ça.

Ilhem : Donc elle a dit que, fin elle, elle a travaillé même avant la guerre et tout et elle considère qu'il y a plus de peurs etc mais c'est lié au fait que les gens ils ont peur de tout en ce moment. Fin il y a beaucoup de pressions et beaucoup de peurs et donc c'est normal qu'ils soient dans cette situation actuelle vu tout ce qu'ils ont vécu. Après moi j'ai demandé si c'est lié au fait que ça soit des jeunes femmes, que l'âge a changé, et elle m'a dit oui. L'âge a changé, il y a plus de mariages à 14 15 ans. Parfois on reçoit des personnes qui accouchent à 14/15 ans donc c'est normal qu'elles ont peur.

Maëla : Est-ce qu'elle trouve que la césarienne est une pratique plus sûre, plus simple, plus rapide ? Ou au contraire est-ce que c'est plus stressant pour elle ?

Ilhem : Est-ce que c'est plus simple qu'un accouchement naturel tu veux dire ?

Maëla : Ouai, plus simple, plus rapide...

Ilhem : Elle a dit que c'est sûr que l'accouchement naturel est plus fatiguant pour moi, mais bon je préfère ça et j'encourage les femmes à accoucher par voie naturelle.

Maëla : Ok. Est-ce que selon elle les professionnels de santé sont assez formés à cette pratique ? Fin de la césarienne.

Ilhem : Du coup pour elle oui, elle dit que oui ils sont assez formés, il y a des spécialistes... Fin les internes par exemples ils sont formés par les spécialistes qui ont de l'expérience. Il y a aussi des mises à jour, comment on peut dire, ils sont toujours updaté, ils ont toujours des exams et des choses comme ça pour être à jour dans leur connaissance. Fin on considère qu'ils sont assez formés.

Maëla : Et, est-ce que elle personnellement, concernant sa pratique pendant le conflit, est-ce qu'elle préférerait effectuer plus de césariennes ? Est-ce que le fait d'être en zone de conflit en tant que médecin, ça a fait qu'elle a préféré faire plus de césarienne ou non ?

Ilhem : Donc elle dit que, tant qu'on est dans des hôpitaux, que même il y a des centres, dans les pires conditions qu'on a eu sous les bombardements etc, j'ai toujours préféré l'accouchement naturel. Fin, si elle est à l'hôpital je la fais attendre, même si les conditions ne sont pas parfaites.

Maëla :Ok.

(Passage en arabe)

Ilhem : Donc elle dit que même le nombre de lit était insuffisant. Parfois quand il y a un bombardement ou quoi ils vont vider l'hôpital et elle va essayer d'envoyer les personnes qui n'ont pas encore accouché vers un hôpital un peu plus loin là où il y a moins de bombardements etc. Mais pour elle, elle va toujours vers l'accouchement naturel et pas opter pour la césarienne parce que c'est pratique ou rapide.

Maëla : Ok, et je voulais savoir si selon les différentes organisations où elle a travaillé est-ce que sa pratique concernant la naissance par rapport à l'institution avait changé ?

Ilhem : Tu veux dire par rapport au théorique ?

Maëla : Par forcément par rapport au théorique mais est-ce qu'elle sent que dans telle institution il y a aurait plus de laisser-aller pour la césarienne, fin je dis n'importe quoi, et que dans d'autres institutions il y aurait plus de....

Ilhem : Oui, tu parles des différentes institutions dans lesquelles elle a travaillé.

Maëla : Oui.

Ilhem : Elle dit que, elle insiste encore une fois sur le fait que la césarienne c'est que pour des raisons liées à la santé de la patiente. Donc parfois si elle a une autre maladie, on est obligé de lui faire une césarienne pour qu'elle se fasse soigner, si elle a été blessée dans un bombardement ou autre, c'est possible. Mais elle trouve que dans toutes les ONG dans lesquelles elle a travaillé, elle a toujours trouvé qu'ils préféraient l'accouchement naturel et ils ont jamais poussé vers la césarienne.

Maëla : Ok. Toutes institutions confondues, est-ce qu'elle pense que la pratique de la césarienne c'est la même dans toutes les zones de la Syrie ? Fin dans les zones qu'elle connaît.

Ilhem : Du coup elle a dit, fin elle, elle trouve que dans la région où elle est il y a plus d'ONG, et que toutes les ONG elles veulent pas la césarienne et si le pourcentage de césarienne augmente, ils vont direct demander pourquoi il a augmenté. Après elle insiste sur le fait que ça dépend du médecin aussi, il y a des médecins qui arrivent à rassurer la patiente, la faire patienter, à déclencher petit à petit jusqu'à aboutir à l'accouchement naturel. Donc elle dit que l'expérience des médecins fait que on n'a pas à faire des césariennes tout le temps quoi. J'ai demandé par rapport aux cliniques privées, et là elle m'a dit que bien sûr dans les cliniques privées il y a beaucoup de césariennes parce que c'est pour, c'est, c'est pour avoir du profit quoi. Parfois elle reçoit des gens qui disent qu'ils n'ont pas pu faire la césarienne parce qu'il faut payer alors qu'elle trouve que la personne n'a pas besoin, et voilà.

Maëla : Fin est-ce que de manière générale elle a des recommandations à faire autour de la césarienne ou selon elle quels seraient les meilleurs moyens d'agir pour la prévention etc ? Fin quels seraient les leviers tu vois, sensibiliser la famille, sensibiliser au mariage précoce par exemple pour éviter le taux de césarienne.

Ilhem : Tu veux dire pour réduire plutôt ?

Maëla : Oui.

Ilhem : Donc les choses les plus importantes, c'est d'interdire le mariage précoce, selon elle, et aussi sensibiliser les femmes et faire en sorte qu'elles soient plus instruites, cultivées etc pour comprendre aussi les bienfaits, les effets secondaires de chaque chose.

Maëla : Ok.

Ilhem : Tu as d'autres questions ?

Maëla : C'est tout.

(Remerciements en arabe).

Ilhem : T'as demandé un numéro ?

Maëla : Oui.

(Passage en arabe)

Ilhem : Elle a dit qu'elle le numéro d'une interne qu'elle peut te donner, car cette interne peut être en contact avec les femmes. Donc si tu veux on lui demande ?

Maëla : Oui, est-ce que c'est le docteur Rawaa ? Parce que Amina...

Ilhem : Comment ?

Maëla : Rawaa

(Passage en arabe)

Maëla : Ah non docteur Rasha, je l'ai contactée déjà.

(Remerciements en arabe).

Annexe 5 : Retranscription entretien n°4

Gynécologue – UOSSM – Raqqa – 30/06/2021 – Via Zoom – Traductrice Ilhem

Maëla : Est-ce que d'abord elle peut décrire un peu son parcours et son rôle à l'UOSSM et depuis quand elle travaille dans l'humanitaire ?

Ilhem : Donc gynécologue depuis 7 ans, elle s'est spécialisée depuis 7 ans, elle travaille dans les ONG depuis 3 ans. Elle est passée par deux ONG avant l'UOSSM. Avant elle était dans tout ce qui était césarienne maintenant elle fait les deux c'est-à-dire accouchement et césarienne.

Maëla : Du coup elle est à Raqqa et comment elle évalue la situation maintenant à Raqqa, est-ce qu'elle considère que c'est un contexte volatile ou comment elle se sent là-bas par rapport à sa pratique ?

Ilhem : Donc elle dit que pour elle la situation elle est stable maintenant, c'est sûr que pendant la guerre et les bombardements il y a eu une instabilité et parfois on faisait des césariennes par urgence parce qu'on veut aller plus vite et tout mais maintenant une personne qui doit avoir une césarienne peut avoir une césarienne, une personne qui veut accoucher naturellement peut accoucher naturellement et on n'a pas besoin d'envoyer les femmes ailleurs, tout est bien géré.

Maëla : Ok. Est-ce qu'ils sont beaucoup dans le service où elle travaille et quels types de services ils donnent à part vraiment s'occuper des naissances ? Est-ce qu'il y a tout le suivi de grossesse avant ?

Ilhem : Est-ce que tu veux dire s'ils s'occupent eux-mêmes des grossesses ?

Maëla : Oui.

Ilhem : Elle dit qu'elle est avec trois sages-femmes trois infirmières, donc elles travaillent par, comment ça s'appelle...

Maëla : Roulement ?

Ilhem : Oui voilà des roulements. Ensuite, elle dit que elle, elle voit la patiente à partir de 7 mois c'est-à-dire elle suit avec à partir de 7 mois et elle analyse la situation de voir si elle a besoin d'une césarienne et ils vont l'envoyer à l'hôpital de Raqqa etc. Et il y a un autre médecin, un autre gynécologue dans le centre, qui suit entre 1 et 7 mois. C'est-à-dire elle, elle prend qu'à partir de 7 mois.

Maëla : Du coup il y a d'autres structures de santé autour de la maternité qui s'occupent aussi de l'accouchement et des grossesses ?

Ilhem : Il y a beaucoup de centres, il y a une cinquantaine de centres. Il y a deux hôpitaux et ils sont juste à côté du centre de l'UOSSM. Donc quand elle a des complications elle envoie direct à l'un des hôpitaux

Maëla : Même question que l'autre jour, quel type de patientes elle reçoit en général ? Déplacées ou des personnes locales ?

Ilhem : Il y a les deux et il n'y a pas de statistiques qui disent le nombre et normalement elle dit que c'est la même chose, il y a égalité à Raqqa ils ont beaucoup de déplacés mais il y a aussi des locaux qui viennent au centre.

Maëla : Ok. Selon elle comment le conflit a impacté la santé des femmes et les services de santé obstétricaux ?

Ilhem : Elle a dit que ça a été beaucoup impacté par les bombardements et la guerre, la pression et le côté psychologique, et aussi que parfois les femmes elles viennent, elles ont subi quelque chose et il faut faire une césarienne, parfois la femme elle est morte et il faut sortir le bébé ou parfois il y a, elle a un problème pendant l'accouchement et il y a pas de sang, il y a pas de banque de sang donc elle meurt aussi, par manque de soins. Donc oui, il ont été très impactés par la guerre mais maintenant elle dit que la situation commence à se stabiliser et que les ONG ont permis de comment dire, de faire revivre, les services.

Maëla : Ok. Est-ce que du coup elle estime que le matériel et tout ça pour les soins prénataux, l'accouchement c'est suffisant ou est-ce qu'elle constate des évolutions par rapport à ça pendant le conflit ?

Ilhem : Elle a dit qu'il y a tout ce qu'il faut, tout ce qui lui faut pour faire des césariennes ou des accouchements naturels. Il y a aussi des médecins spécialisés si jamais elle a besoin de consultations pour voir ce qu'elle doit faire ou un chirurgien ou autre. Après elle parlait de tout ce qui est, comment ça s'appelle les, quand tu veux arrêter de tomber enceinte, comment ça s'appelle, ...

Maëla : Contraception ?

Ilhem : Contraception, ça, ça leur manque un peu, mais tout ce qu'on met dans le corps de la femme...

Maëla : Ah les stérilets ?

Ilhem : Oui c'est ça

Maëla : Et de manière générale, comment les femmes vivent leur grossesse ?

Ilhem : Elle a dit qu'en fait, les femmes elles, surtout pendant la guerre, elles avaient peur de tomber enceinte, il y avait beaucoup de pressions, il y a eu moins de naissances. Là maintenant avec les ONG, avec le fait que c'est gratuit, avec le fait que toutes femmes a accès à tout ça. Il y a moins de peurs donc on voit déjà le nombre de naissances augmenter. Elle a dit aussi que le mariage précoce ça a toujours existé en Syrie, c'est pas nouveau, c'est pas lié à la guerre, et elle considère que quand une fille de 15 ans quand elle vient c'est très difficile pour elle de comprendre sa situation, de s'exprimer, de savoir pourquoi elle est enceinte et pourquoi elle doit accoucher. Du coup, elle dit qu'on a aussi des gens pour les aider tout ce qui est mental health et personnes pour les accompagner.

Maëla : Ok. Comment ils gèrent les complications au sein du service ? Quand il y a des grossesses compliquées ou des complications au moment de la naissance, qui décide qu'est-ce qu'ils font ?

Ilhem : Donc elle a dit que c'est elle, qui prend la décision quand il y a une complication c'est très rare car en général c'est la patiente elle est suivie, donc on s'attend au problème quand il y en a, donc on va directement l'envoyer à l'hôpital quand on sait que c'est une grossesse avec des problèmes. Par contre quand c'est quelque chose de dernière minute et c'est rare, c'est à elle de prendre la décision. Quand elle est dans le centre elle le fait, quand elle l'est pas elle est connectée avec l'équipe par téléphone quand c'est la nuit. Donc c'est elle qui décide. Là après où il manque, là où ils ont un problème, c'est la coordination. Le référencement, ils ont pas beaucoup de coordination avec les hôpitaux, donc ils vont l'envoyer direct sans coordonner, sans demander s'il y a de la place et tout. Donc c'est quelque chose qu'ils n'ont pas encore renforcé dans la région et elle dit que nous on demande souvent à renforcer la coordination.

Maëla : Et, est-ce que depuis le conflit elle a l'impression de gérer des grossesses plus compliquées ou elle constate pas d'évolutions ? Par exemple, je sais pas, des femmes avec le placenta trop bas, ou d'autres complications quoi ?

Ilhem : Elle dit que pour elle, ça n'a rien à voir avec la guerre, fin là par exemple ils ont eu plus d'avortements ou des enfants qui sont nés avec des malformations, c'est lié parfois aux bombardements avec des gaz chimiques ou autres. Mais pour elle, les complications sont toujours liées à la femme et sa famille, à sa situation psychologique pendant la grossesse, ça peut varier d'une famille à l'autre, même dans le conflit. Donc elle, elle dit encore une fois que là, ce qu'ils ont remarqué c'est la hausse des naissances avec la stabilisation.

Maëla : Est-ce qu'elle a l'impression de réaliser plus de césariennes depuis le conflit et est-ce qu'elle constate une augmentation de la pratique ou pas ?

Ilhem : Bien sûr que pendant le conflit ça a beaucoup augmenté et c'est dû à plusieurs raisons. Elle, elle dit, qu'elle était toute seule dans un centre et qu'elle recevait jusqu'à 15 femmes par jour qui devaient accoucher. En général c'est des femmes qui ont, il y a eu un bombardement, elle a eu un choc donc ça a déclenché un truc, ou elle a été blessée donc elle doit réagir rapidement, et elle dit que ça a beaucoup impacté le taux. Maintenant, avec la stabilisation et avec la situation qui s'est calmée, il y en a de moins en moins, on essaye de réfléchir à deux fois avant de le faire. On le fait que s'il n'y a pas d'autres choix.

Maëla : Est-ce qu'elle a des situations où c'est la femme qui demande vraiment une césarienne même s'il y a pas forcément des raisons médicales, et si oui, pourquoi les femmes demandent ?

Ilhem : Elle a dit que parfois oui, elle a des patientes qui le demandent. En général c'est un choix de la patiente avec son mari. C'est plus lié à leur vie sexuelle aussi, le fait qu'ils veulent pas ça parce qu'ils veulent pas toucher à cette zone-là, etc etc. Donc dans ce cas, on essaye de les convaincre, on essaye de faire plusieurs séances avec, elle travaille beaucoup sur ça avec les patientes. Parfois on voit qu'il y a pas de changements donc il vont la faire. Et parfois, il y a des femmes aussi qui ont accouché naturellement avant et qui ont subi des choses, c'est-à-dire, peut-être que ça s'est mal passé, il y a eu des déchirements et tout, donc elle, elle veut plus parce qu'elles ont du faire des opérations esthétiques pour réparer les choses et du coup elles veulent plus retourner à ça et du coup le médecin accepte dans ce cas-là.

Maëla : Ok et du coup est-ce que, elle, fin est-ce que elle personnellement au moment de décider d'une césarienne, elle se sent influencée par la famille ou elle arrive à quand même donner son avis si tu vois les questions de santé sont plus importantes que l'entourage tu vois ?

Ilhem : Donc là, c'est pour pas faire une césarienne.

Maëla : Ouai.

Ilhem : Par exemple, si elle a besoin d'une césarienne et la famille elle veut pas ?

Maëla : Oui aussi.

Ilhem : Donc elle dit oui, il y a beaucoup de pressions. En général on peut avoir des familles qui disent non à la césarienne et qu'ils savent que médicalement il faut la faire. Ils essayent de les convaincre, de leur expliquer, parfois c'est très difficile, ils vont pas comprendre. Mais moi quand j'ai pris ma décision, j'y vais et on essaye de noter les choses dans un document pour nous protéger, mais je le fais, j'y vais même si la famille elle est pas d'accord. Après, concernant les gens qui veulent faire la césarienne alors qu'il faut pas, elle a dit c'est comme ce que j'ai expliqué tout à l'heure, c'est vraiment des cas où le couple ne veut pas, et là on va s'assurer d'attendre la fin de la grossesse pour qu'elle puisse accoucher naturellement et s'il y a pas d'autres solutions on va le faire.

Maëla : Est-ce qu'elle se sent soutenue par ses collègues et l'institution où elle travaille autour de sa pratique vis-à-vis de la césarienne ?

(Passage en arabe)

Ilhem : Mais j'ai pas trop bien compris... C'est quoi la question ?

Maëla : Je sais pas, par exemple s'il y a des complications justement il y a beaucoup de discussions avec la famille, est-ce qu'elle peut avoir le même genre de discussion avec ses collègues et est-ce que l'institution a mis en place, je sais pas, un protocole ou des trucs de protection tu vois.

Ilhem : Donc elle a dit que oui, en général tout ce qui est médical c'est à elle de prendre la décision quand il s'agit de la césarienne parce que c'est la seule à faire la césarienne. Donc après elle est soutenue par les sages-femmes certes mais après c'est à elle de prendre la décision de convaincre. S'il y a des complications, et de comment convaincre, le directeur du centre va voir la famille et va essayer de leur expliquer les choses. Et elle a pas ... Pour elle, c'est elle qui décide.

(Passage en arabe)

Ilhem : Elle a dit que, il y a aussi la personnalité qui joue aussi, s'il me voit hésitante et tout, c'est sûr qu'ils vont aller plus loin mais moi en général, je suis ferme, je sais ce que je veux. Je sais que ma décision est bonne et je suis ferme puis confiante donc en général j'ai même pas besoin de faire appel à quelqu'un d'autre.

Maëla : Je voulais savoir elle comment se sent vis-à-vis de la pratique de la césarienne. Est-ce qu'elle est habituée à faire ça, est-ce qu'elle trouve ça stressant, est-ce qu'elle trouve ça pratique. Est-ce qu'elle a des commentaires là-dessus ?

Ilhem : Elle dit que elle, elle a assez d'expérience et elle a beaucoup travaillé donc pour elle, la césarienne elle est même plus facile qu'un accouchement naturel, donc elle a aucun problème à faire des césariennes et ça la stresse pas, ça la met pas mal à l'aise, au contraire c'est plus les accouchements naturels où elle sait pas comment ça va se passer, où il peut y avoir des complications à la dernière minute donc elle sait pas toujours ce qui peut se passer.

Maëla : Et, est-ce que ce sentiment de facilité c'est influencé par le conflit ?

Ilhem : Je pense qu'on insiste trop sur les question de...

Maëla : Ouai ? On passe à la suite ?

Ilhem : Elle nous a dit plusieurs fois que c'est pas le conflit.

Maëla : Et, est-ce qu'elle se sent influencée par l'institution où elle travaille ? Par rapport à la césarienne.

Ilhem : Donc elle dit que pour elle, c'est le médecin qui doit prendre la décision dans tous les cas, il y a aucun protocole qui vient influencer. Elle dit que bien sûr on travaille sous le protocole mondial, je sais pas lequel, fin en tout cas elle dit qu'on suit un protocole mais c'est comme ce qu'ils apprennent durant leurs études et tout, les cas dans lesquels ils vont procéder à une césarienne. Elle a dit que, elle trouve que non, l'organisation ou le centre, personne ne lui impose quoique ce soit. Après, elle dit qu'elle a quitté son ancien travail parce que un moment on lui a dit de faire une opération qu'elle voulait pas faire et c'est quelque chose qu'elle accepte pas.

Maëla : Ok. Est-ce qu'elle pense qu'une meilleure coordination à Raqqa entre les acteurs et un meilleur niveau de référencement, ça pourrait aider à améliorer la prise en charge de la naissance et de la césarienne ?

Ilhem : Donc, elle dit que oui, que ça manque toujours, comme elle avait dit tout à l'heure. Elle dit que si on la renforce, si on travaille sur ça, c'est sûr que ça va améliorer les choses pour les patientes mais aussi pour les médecins.

Maëla : Est-ce qu'elle a eu des échos sur comment ça se passait la césarienne dans d'autres régions de Syrie ?

Ilhem : Elle dit que c'est la même chose, elle sait pas vraiment, mais pour elle, elle a étudié à Alep, et pareil partout. Après elle parlait de la césarienne par le bas, et celle qui vient en haut, ça je sais pas c'est très médical, fin en tout cas elle dit que maintenant ils la font en bas. Et l'autre ça peut arriver pendant la guerre, ça pourrait arriver quand c'est un chirurgien qui fait l'opération et tout. Mais là aujourd'hui, tout le monde est d'accord sur le fait que c'est en bas, c'est les protocoles qui sont comme ça.

Maëla : Et, l'une des dernières questions, selon elle, quels seraient les moyens pour plus sensibiliser les femmes et aussi les médecins soit pour réduire cette pratique ou mieux les informer en général sur la pratique ?

Ilhem : Donc elle a dit que pour les médecins, elle trouve que ce qui leur manque c'est un hôpital pour des internes, ils ont pas ça tu vois, ils ont pas un hôpital où il y a des stagiaires et

donc ça, ça manque car les nouveaux médecins ils sont pas formés. Elle trouve que la formation faut la renforcer, et pas seulement des formations théorique mais des formations pratiques. Faut surtout des hôpitaux qui prennent des internes pendant une période de trois ans pour les spécialités. Et pour qu'ils soient formés avec des médecins qui ont de l'expérience. Donc ça, c'est en ce qui concerne les médecins. Concernant les femmes ou les familles, déjà, le fait qu'on commence à suivre la femme dès le début ça aide beaucoup, le fait qu'on la sensibilise sur certaines choses, comment manger, faire un peu de sport, il y a beaucoup d'astuces comme ça qui peut réduire le risque de la césarienne et rien que suivre la femme pendant sa grossesse ça aide.

Maëla : Ok.

Ilhem : C'est bon ?

Maëla : Oui.

Ilhem : (*Remerciements en arabe*)

Annexe 6 : Retranscription entretien n°5

Gynécologue – SAMS – ville d’Idlib – 03/07/2021 – Via Zoom – Traductrice Amina

Amina : (*Introduction in Arabic*)

Maëla : So, shall we start ?

Amina : Sure !

Maëla : Ok. So first, could she describe a little bit more about her professional background and her position in UOSSM ?

Amina : Ok, Maëla I am not sure if she works for UOSSM so I just ask.

Maëla: Oh, right.

Amina : Maëla, so doctor Rawaa was saying she used to actually work with UOSSM a few years ago for three years I think in Ariha but now she is working with SAMS which is another organization. The hospital is supporting women and children, health services for women and children, newborns health etc so it’s a specialist hospital in Idlib run by SAMS.

Maëla : Ok. So, how long has she been working in the humanitarian sector ?

Amina : So Maëla she has been working with organisations since 2015.

Maëla : Waou great. They have services for neonates and child but, of course, they also have services for women and pregnancy follow-up and everything, right ?

Amina : Yeah, and it’s a hospital, it’s not just a clinic.

Maëla: Ok. And I don’t know the situation right now in the place where she works, so how does she estimate the level of security where she works ?

Amina : So Maëla, she was just explaining to me that there is absolutely no safety. Even her family is in a place called Ariha, and the Syrian government and Russian allies keep on targeting and bombing civilian areas, for example she was just visiting her family in Ariha few days ago and they targeted it by bombs and things like that. So she was saying like, especially hospitals run by humanitarian organisations are targeted. So a hospital where she used to work with Syria Relief has been targeted. So there is literally no safety.

Maëla : Ok. Next questions, even if the security is not good, is it possible to give medical activities and how many colleagues does she have ? Are they a lot of doctors working in the hospital she works too ?

Amina : Maëla so, about the size of the facility, she said in one shift for example you would have 2 members for a profession. For example you can have two surgeons, two doctors. But all in all, thirty to thirty-five during one shift in terms of reproductive health women and child health, so all services about 30-35. I asked if it was considered a lot for the place where she works but she said like you know, average, she used to work in a place called Teftenaz, it was a hospital supported by Syria Relief and they had a much bigger team basically working there but because the regime got on coming closer and closer, the situation became quite horrible in

terms of security and safety. The doctor stayed the same number but beneficiaries started reducing in numbers because they were so scared to go to the hospitals.

Maëla: Ok. So she is working with different profiles right ? Like surgeons, midwives, doctors, right ?

Amina : Mmmh yes.

Maëla : I have another question, is it the only big health facility in the area and are other facilities far from the place where she works ?

Amina : Maëla so, in terms of the area because she is in Idlib city, there are three other hospitals, so there are three in total, in terms of OB-GYN services. For children health there is a lot of other facilities in the area but in terms of OB-GYN they are three.

Maëla : So it is not that really enough right ? for delivery services.

Amina : Sorry ?

Maëla : Like, did you say there were only three facilities for deliveries right ? Or it is the only one the hospital where she works.

Amina : No, so, they are three in Idlib city but I can double check.

Amina : Maëla, so I just asked if it's enough, so yes, all three hospitals provide delivery services but it is definitely not enough. On average we do 12 c-sections per shift and she said she has 9 beds for c-section patients or operation in general, anything operative but they 12 per shift so ... And 25 natural births per shift on average sometimes even more than that. So what is happening the patient is discharged after 8 hours after she just had a c-section because they just don't have enough beds for everyone. So there is definitely a huge lack of resources and it is definitely not enough.

Maëla : Ok. And now I have more questions about the patient profile. So, can she describe, I do not know how to say in a polite way, what kind of women does she see in the hospital ? Are they IDPs, from host communities, from, high education level background ? This kind of information.

Amina : So, were just talking about whether ... Sorry could just remind me what your original question was ?

Maëla : Mmmh I was curious about the profile...

Amina : Profile, yeah, yeah. So, you know, typically women apparently, coming into the women's health clinic but the majority of them are IDPs people that have left because of the regime, Syrian regime bombing the areas so they had to live the area and coming to Idlib as IDPs and they are more a majority of people (...). Also in terms of ages, it is really crazy, they get 13 or 14 years old giving birth and even sometimes because the education level is so low and there is so much ignorance, families just marry their girls because they think there is no other future for her so whatever comes first to marry her they give her away for that you know. And sometimes even before she gets her period and she sees those cases and the other she had

a patient who was 20 years old and she was performing her fourth c-section. So she had already three sections before. So that's the kind of profile.

Maëla : Ok. How has the conflict impacted women's health and obstetric services according to her ?

Amina : Maëla so, she was saying at the beginning of the conflict, when there was a lot of violence by the regime literally bombing civilians, it was really really difficult and people's health level over all was really really bad you know. The health situation was terrible apparently on the ground. Now you know through the years, there are more interventions, aid, humanitarian organisations opened services and it has become a bit better. She was saying especially with community health and outreach work, PSS, there was a bit more of awareness and the situation is a bit better but there it is still not ideal, maybe you can call it normal now, but she was saying it is not what it should be.

Maëla : Ok. Does she think that women in general have enough ANC visits before giving birth?

Amina : So Maëla, she was saying that it is different to one patient to another. Patients are supposed to come once a month but sometimes there are patients coming four times a month and sometimes there are patients that you see just once or they just don't come if they have a normal pregnancy. But she was saying generally speaking if they have risk factors you know like high pressure during pregnancy, sort of risk factors and she said she was seeing women with 7 or 8 c-sections so obviously they have higher risk of developing complications. As the result of that they really emphasize the fact of checking-up and ANC visits for the patient etc.

Maëla : Ok. Especially for women who don't come very often before giving birth...

Amina : Oh Maëla, I am sorry, There is one thing I forgot to translate, she was also saying it might be due to of a lack of awareness. She was not sure why but there might be a lack of awareness because some people don't come in so it might mean there is a lack of awareness.

Maëla : So it is related to my question kind of, apart from lack of awareness, what are the main obstacles for women to access ANC according to her ?

Amina : Maëla so, there are two main categories for factors. Economic factors so you know, because of the extreme poverty and the difficult situation in terms of the economic situation on the ground some patients are not local so they have to travel, so it is like if they just come once it might be enough because it is a lot of money to pay for transport. Second factors could be something like social factors. So she was kind of saying that there was a patient she passed away, because of hemorrhage, because she was waiting for her husband to come home to almost allow her to go to hospital and seek care. And so she passed away and die because she was waiting for her husband's permission to go. So there are social factors as well. You know it is like the husband controls where she goes and what she does but sometimes they don't allow them to go to her appointments.

Maëla : Ok. Has she noticed an increase in fears from women's side and healthcare providers side ?

Amina : From women or healthcare providers ?

Maëla : Both

Amina : So Maëla, she was just saying that there were fears on the patients and it is actually a really big issue that they are facing. And she emphasized it was a main problem. Private hospitals creating this reputation that hospitals run by humanitarian organisations, because patients do not have to pay for services they are kind of telling the patient, that because you don't pay the patients are expecting about a bad quality of services. So that's put them awful to go to hospitals and going to that clinic because for example in private health providers will do a ultrasound with the woman saying that umbilical cord is over his head and if you don't come now and do a c-section with me, obviously because they are paid for it, then the baby could die today and so that puts pressure on the women to go ahead with a c-section. And when she goes to the government, to the NGO facility, she gets to know, no we can actually do natural delivery and it is perfectly safe to do that. Obviously it created kind of mistrust to the service providers because if you are not paying money you won't get a good service so it is a very big issue they are facing.

Maëla : Ok. Does she think that this fact has increased during the conflict ?

Amina : So Maëla, she was saying this actually has increased by a lot after the conflict started, now she is just emphasizing the point about you know these private hospitals embedding these tools on women's health. Because women sometimes they are not very aware they just hold on what private hospital tell them. So sometimes they tell the woman that, I don't know the medical name for it, the pelvis is too narrow to give birth, and so they immediately take her for a c-section rather than trying a vaginal delivery. And then the NGO facility will examine the patient and sees that actually, the 'pelvis' is perfectly normal and she could have a normal delivery. Because of the private you know, the incentives for the profit, they really to push for c-sections, and c-sections rates are a lot higher in the area.

Maëla : Ok, and at the beginning of the interview she mentioned there were not enough beds. But what does she think about the equipment, or specific pain killer for delivery and pregnancy follow-up ? Is it enough or there is a lack of these material aspects ?

Amina : So Maëla, she was saying that the majority of medication (...) most of it has been provided by the NGO. However, I asked her about the other side, for the service providers when doing c-section and the follow-up are they missing supplemental medications, when doing c-section almost everything is there, it is not the top but we are working with what we have.

Maëla : Ok. Do they have more planned c-sections or more c-sections in emergency ?

Amina : So Maëla I just wanted to double check if I understood correctly the terms she was using. She was saying mostly it is kind of planned c-sections because if they see that patients had previous c-sections in the past two or three or more. And they usually give her an appointment and they tell her to come but it is very very rare that they get it in emergency. Mostly if it is in emergency it means she had one previous c-section but if it is more than that it is usually planned.

Maëla : Ok. Apart from the reason of repetitive c-sections for her what are the main reasons or explanations to conduct a c-section ? Is it only health reasons or sometimes it is on request of women ?

Amina : We were laughing because they have a verb to say 'you are c-sectioned' kind of. If a patient wants a c-section she will go to a private hospital and they do not ask questions. But in terms of them, they don't do it at all unless there is a medical reason for it.

Maëla : During the conflict is c-section, I mean, an easier practice or less stressful practice or on the opposite it is more stressful or it takes more times ? I don't know, what does she think about it ?

Amina : For the providers or women ?

Maëla : For the providers.

Amina : So she is saying that at the beginning of the conflict it was really really, you know, when there was ceasefire, she was wondering what was ceasefire because of many bombings happening in the area so ceasefire are a complete joke actually, but it is a lot better than at the beginning of the conflict when there was constant violence and bombs falling on the heads so the patients, when they did not want to give birth at night, because at night it is usually it is when most of the missiles and air bombs fall on them they will choose to do a c-section, to plan it and to do it accordingly. But of course I asked her when they plan it do they go to an NGO, hospital or private, and she said private, even that NGOs would not go for a c-section according to their protocol.

Maëla : Ok. Does she think she is influenced by her organization where she works about protocols or colleagues . Does she think she is influenced by the family during the process of delivery and c-section ?

Amina : Influenced you mean like what ? When it comes to decision-making ?

Maëla : Yeah . Does she think she is free, totally free to conduct c-section or she thinks family or protocols have also an influence on her practice ?

Amina : So Maëla she did not understand the question. Is this about a patient does not really need medically speaking a c-section when she would do a c-section ? Because of these factors ? What is the question exactly ?

Maëla : Ok, I will say a stupid example. I don't know like, if there any guidelines in the organization that will impose kind of number of c-sections or you know in that case you should provide c-section or should not, this kind of guidelines ? I don't know if it is more clear.

Amina : There was a lot of medical terminology there, which I am not sure I will be able to translate but... She was saying that basically the main message, if you want me to give you the medical terms I can check, but I can give you the main message. The idea is that they don't work according to the patients wants but according to their needs so, if medical needs require a c-section, they will do that and she gave examples about, if the second stage of labor is not progressing, different risk factors that she mentioned happened it is the only the thing they will

decide on c-section but not for example the family of the patient that's not gonna be something they will take into account.

Maëla : Ok. Is c-section a more secure practice in times of conflict according to her ?

Amina : More what practice sorry ?

Maëla : Secure. I mean more sure, I don't know, safe, yeah safer.

Amina : For the patient you mean ?

Maëla : For both.

Amina : So Maëla she is very against c-section unless there is a medical reason for it because she is saying it is not more secure of course, she is against that idea

Maëla : Does she know how c-section is managed in different regions of Syria ? Like, if she had heard something about it but in different regions.

Amina : So Maëla, she said a very important point about, you know she said in government control areas, and even in Aleppo, because she studied in Aleppo, she said that people, would come in and ask for a c-section and get a c-section whereas because of the humanitarian organisations and their interventions they don't do that. They, you know, a woman unless there are medical reasons to do that she will have to give a vaginal birth. And so she was saying the only reason why the rate of c-section is going up in areas outside of NWS and regime controls, it seems it is going up because of them but it is not because of the current healthcare providers, but a woman comes with previous c-sections she has to have a c-section. And it is something, you know, it was the case even before the conflict. You know it was the fault of people who were doing the c-section for anyone comes in and now they really have to deal with the consequences because whenever someone comes then they have to do a c-section because they had so many before and not because they want to. The rate would not be so high in the area where they work. Does that make sense ?

Maëla : Makes sense but I have an additional question about what you've just said. She said that high rates of c-sections was mainly because of previous c-sections but does she think c-section rate has increased in the conflict also because of more complications ?

Amina : Yeah actually she mentioned one point I forgot to translate, the only reason why c-section rate was high at the beginning of the conflict , the idea because patient were, you know, it was very dangerous to give birth at night so they would plan c-section because of security and it was at the beginning of the conflict. And it was the only other reason why c-section rate was high. Can you just repeat the question Maëla.

Maëla : So, there is a high rate of c-section because of repetitive c-sections and conditions to get access to health facilities but does she think that there are higher rates of c-sections because of more health, higher health complications, like, low placenta, higher number of low placenta compared to prior the conflict, these kind of things, I do not know if I am clear.

Amina : So mentioned that the main factor was repetitive c-sections also over-crowded, this 5 million people area where they live so things like that have an effect. But she was saying, health

reasons, not at all actually. Because if anything if the opposite, malnutrition, issues like ... make you more prone to having complications if you have a c-section they will encourage people with such risk factors to through natural birth rather than going through c-sections. You know the social economic and conflict related health conditions don't really have an influence on the rate of c-section. The main think is the repetitive c-section idea. Also she mentioned the idea of over-crowded living conditions because of the high population rate.

Maëla : Ok. I just have two more questions and then it will be khalas. Does she think that a better health coordination could improve the process of deliveries and the process of c-section ? Like a better reference system, coordination between actors, better confidence between actors.

Amina : Maëla, I think the question is not very clear.

Maëla : Yeah maybe but... How can I say that. For example if there is a lack of specific pain killers, or lack of beds in the place where she works, does she think a better referral system could improve the health of women in order to refer someone to another health facility?

Amina : Not only about c-section, in general.

Maëla : About health in general and especially c-section.

Amina : So Maëla, she was saying, we utilize referral system quite regularly, between them and, for example there is a delivery ward in UOSSM center in Ariha,(...) they will get referrals from them. Also if they do not have enough beds they will refer patients from their hospital to local hospitals in Idlib. For example, if a woman has a complication or she is coming early and the baby is ... It requires an incubator or something but they don't have availability for that so they will go to find a hospital that can take her and the baby. It takes a lot of time for the woman to look at different places so it helps her quite a lot so it provides better service to the patient and it saves time and it is very efficient. However, it will not have an effect on the c-section rate itself but it does improve health for women in general.

Maëla : Ok, so last question, does she have any recommendation or advice regarding the improvement of prevention of this practice ?

Amina : Sorry you broke off, ...

Maëla : Does she have comments or recommendations regarding the improvement of the prevention of c-section ?

Amina : Recommendations to improve ...

Maëla : Prevention.

Amina : Maëla, do you know what prevention is in Arabic (laugh)

Maëla : Do I know it ? No

Amina : Maëla; so she is saying the main thing is awareness because many patients of worried of giving natural birth. But she said everytime a patient comes and ask for c-section ,she sit down and explains to her the complications of an operation because a lot of women think that's easier to get birth with c-section but actually she is explaining a lot of medical sides effects, it

could even sometimes make the women infertile. Not all of the women are not aware of side effects of such complications that could happen. So that's the main thing.

Maëla : Does she think that medical providers are enough aware ?

Amina: Oh, she also said that private sector sometimes plays a role to educate women with the wrong information.

Maëla : So I finished with my questions but if both of you have comments or questions feel free to ask.

Amina : Maëla I am just gonna ask about mortality rate if you don't mind whether they record at the hospital or not.

I was just asking about the indicators. It seems sometimes it recorded for newborns but it depends on the organization but there is not kind of centralized way of doing it. Just a question from my side (*laugh*).

Maëla : Sure it is interesting anyway.

Amina : (*Greetings in Arabic*) Maëla I just apologized because sometimes the translation in Arabic was not so good today because sometimes I missed one word or two.

Maëla : It is fine thank you Amina and shukrani kteer doctor and tsharafna.

Annexe 7 : Retranscription entretien n°6

Sage-femme et gynécologue – UOSSM – Al-Hol – 05/07/2021 – Via Zoom – Traductrice Ilhem

Maëla : Quel est leur parcours et leur rôle à l'UOSSM ?

Ilhem : Il a dit qu'il travaille depuis 2001 en tant que gynécologue et chirurgien. Il a travaillé dans des cliniques privées, les cliniques des autorités locales là-bas, et les hôpitaux locaux là-bas et maintenant à l'UOSSM.

Maëla : Ok. Et sa collègue ?

Ilhem : Elle est sage-femme depuis 2003, elle a travaillé avec des hôpitaux publics et là elle travaille avec l'UOSSM. Et elle était avec Relief International aussi avant.

Maëla : Et en ce moment comment ils évaluent le niveau de sécurité de là où ils habitent ? Euh de là où ils travaillent plutôt ?

Ilhem : Il est bien, fin comparé aux années précédentes, il est très bien. Après il y a des zones ou des régions où c'est plus compliqué mais globalement il est bien.

Maëla : Quel type de service ils donnent à destination des femmes dans la structure où ils travaillent ?

Ilhem : Donc il font des consultations, on a des consultations en urgence, des opérations, césariennes, le suivi de grossesse, accouchements naturels, tout ce qui est lié à l'avortement, ils vont intervenir pour le nettoyage, je sais pas comment ça s'appelle. Et aussi tout ce qui est, tu sais quand tu prends la pilule ça a un nom.

Maëla : La contraception ?

Ilhem : Oui la contraception et la sensibilisation et tout ça...

Passage en arabe

Ilhem : Ils sont dans quel centre ?

Maëla : Al-Hol non ?

Ilhem : Donc il a dit que quand c'est des urgences et que la situation est grave ils vont essayer d'intervenir pour ralentir les choses et ensuite essayer de la transférer à un hôpital ou un centre. Si c'est un cas aussi d'une personne qui est pas urgence et qui est du coup un cas grave pareil ils vont la transférer à un hôpital ou un centre qui a plus de moyens donc en général c'est à Hassakeh.

Maëla : Ok et là ils ont où du coup ?

Ilhem : Ils sont à Al-Hol et ils ont aussi un laboratoire, des couveuses et autre chose mais ça reste moyen niveau capacité. Ils ont tout ce qu'il faut mais c'est pas le haut niveau.

Maëla : Quel type de patientes ils ont en général ? C'est des personnes déplacées ou des personnes locales ?

Ilhem : Donc ils disent que c'est plutôt les locaux qui viennent donc c'est dans une région où le seul camp, le camp d'Al-Hol, c'est inaccessible, je pense que tu connais l'histoire de ce camp. Donc ils ont que les locaux et quelques déplacés d'Al-Hasakah, de la province d'Al-Hasakah qui restent minoritaires.

Maëla : Et, selon eux, comment le conflit a impacté la santé des femmes et les services de santé obstétricaux ?

Ilhem : Donc il dit que la guerre et les déplacements ont beaucoup impacté les femmes en général, que ce soit sur le niveau physique ou psychologique donc le physique aussi, le fait de se déplacer tout ça, t'as des problèmes de malnutrition, de stabilité, qui font que même physiquement t'es pas bien. Du côté psychologique, les femmes elles ont plus envie de tomber enceinte et d'avoir des enfants, elles avaient plus de vision et l'envie de construire quelque chose car le futur il était pas certain. Donc il a dit que pour lui, oui, ça a beaucoup la santé des femmes, et la santé reproductive spécialement et ça impacté les femmes mais ça a aussi impacté les familles.

Maëla : Ok. Est-ce qu'ils ont remarqué depuis le début du conflit ou depuis qu'ils travaillent à l'UOSSM une hausse du nombre de grossesses compliquées ?

Ilhem : Il a dit que pendant la guerre il y avait beaucoup de femmes qui avortaient, beaucoup de femmes qui accouchaient des enfants malformés. Il y avait des problèmes liés à la guerre mais maintenant il y a de plus en plus de stabilité on voit un retour aussi à l'envie d'avoir des enfants, et c'est aussi plus stable en termes de grossesse.

Maëla : Ok. Et du coup est-ce qu'ils pensent que les femmes elles ont assez de visites anténatales, fin avant la naissance ?

Ilhem : Ils ont dit que oui, il y a un grand suivi qui peut aussi exister dans toutes les autres zones, il n'y a pas de grandes différences. Même quand ils ont des manques de médicaments ils vont envoyer la personne au bon centre. Donc il y a un référencement. Elle a dit que même des femmes de Hasakah et à Qamishli vont venir au centre car la qualité elle est meilleure. Donc ils considèrent qu'il y a un bon suivi.

Maëla : Du coup je sais pas si je pose la question sur l'équipement.

Ilhem : Si, si.

Maëla : Du coup, est-ce qu'ils pensent qu'ils ont un équipement adapté concernant l'accouchement et le suivi de grossesse ?

Ilhem : Pour lui, il a dit, qu'ils ont ce qu'il faut, avant c'était beaucoup plus compliqué que maintenant. Il dit que nous en tant que Syrien on sait improviser, après il dit que dans le médical c'est mieux d'avoir des meilleurs équipements, d'être en veille de tout ce qui se passe. Il a dit qu'on aimerait bien toujours avoir mieux mais ce qu'on a là est très bien, et même quand on compare aux autres centres on a du bon matériel.

Maëla : Ok. Et j'avais une autre question vis-à-vis du stress. Je voulais savoir comment les femmes elles vivaient leur grossesse et aussi du côté des médecins s'ils se sentaient plus stressés ou speedés dans leur pratique en tout ce qui concerne l'accouchement etc ?

Ilhem : Donc il a dit que oui ils ont beaucoup de stress en tant qu'équipe médicale. Ils sont dans un centre où il y a plein de petits villages autour, donc la demande est énorme et ils ont du s'organiser un peu et du coup envoyer certains patients, essayer de s'organiser entre eux. Mais ils disent qu'il y a beaucoup de stress lié à la quantité de la demande par rapport au stress et voilà.

Il a dit du coup que, parfois le fait d'avoir beaucoup de patients le soir, ça va faire qu'ils vont pas dormir, et du coup ils vont faire les opérations alors qu'ils sont fatigués et que tout est lié. Après lui il dit qu'ils sont dans une région où, c'est un peu une province, pas habitée, et eux ils viennent des villes, travailler dans un endroit qui n'est pas le leur. Et il y a pas trop de services, pour faire à manger ou même pour laver leurs vêtements etc.

Donc il a dit aussi que parfois ils ont des cas très compliqués, qui ont eu beaucoup d'opérations avant, donc il faut faire des opérations vite, quand il compare tout ça avec le stress, il trouve qu'ils travaillent dans des conditions de stress.

Donc il a re-expliqué encore qu'ils galèrent avec le fait qu'ils ont pas de cuisine et de chef et après les femmes elles ont beaucoup de pression aussi, elles viennent de très loin parfois. Elles souffrent aussi pendant le trajet. Mais il a dit que eux ils essayent de filtrer, c'est-à-dire, de voir si elle vient de loin, de donner la priorité, elle est par exemple pauvre, elle a la priorité, mais ils veulent pas non plus qu'elles se sentent opprimées ou différentes des autres, donc ils essayent de gérer ça au mieux.

Ilhem : Il y a encore combien de questions ?

Maëla : Euh, beaucoup.

Ilhem : Oui, oui non mais t'inquiète pas, c'est juste pour moi pour leur dire.

Maëla : Oui, je pense une petite demi-heure, grand max.

Ilhem : Ok.

Maëla : Je voulais savoir comment ça se passait les accouchements en général, est-ce qu'ils avaient une salle spécifique, des anti-douleurs spécifiques et comment ils géraient les complications quand il y en avait ?

Ilhem : C'était quoi la dernière chose ?

Maëla : Comment ils géraient les complications.

Ilhem : Donc il a dit que c'est assez petit. Malheureusement ils ont pas beaucoup d'espace, ils vont faire des travaux de réhabilitation, ils vont agrandir un peu, mais du coup les conditions ne sont pas top, parfois les femmes sont l'une à côté de l'autre, fin, isolées dans une salle mais elles peuvent être ensemble. Après, il dit que quand il y a des complications et tout, on gère la situation, on essaye comme on peut, et parfois on a même accompagné les patientes vers l'hôpital là où elle va accoucher, donc on va aussi avec elle et on fait nous-mêmes l'opération, des fois là-bas on voit qu'elle a pas ce qu'il faut donc on va nous faire l'opération. C'est la première fois que j'entends ça et c'est très bien.

Maëla : Oui je suis surprise aussi. Comment ils estiment la proportion de césarienne ?

Ilhem : Donc il a dit, c'est très bien ça ce qu'il a dit. Il a dit que si on compare à la population qu'on a et ce qu'on fait, le niveau de césarienne est très correct. Mais vu qu'on nous envoie aussi des césariennes des autres centres, quand par exemple, c'est une clinique privée et que la personne ne veut pas payer et du coup la personne ne veut pas venir chez nous, du coup on va avoir que les césariennes. Donc on peut avoir 70 personnes en accouchements naturels et 70 personnes en césariennes par mois, à égalité. Mais ça veut pas dire qu'on fait beaucoup de césarienne, il y a une partie des césarienne qui est liée à notre population normale, mais il y a une population qui est que des césariennes de toutes façons, c'est-à-dire elles vont venir chez nous pour faire une césarienne. Donc le taux est élevé.

Maëla : Donc c'est difficile, à isoler...

Ilhem : C'est ça, après il faut expliquer, mais là ça a été assez bien expliqué.

Maëla : Est-ce que la plupart du temps c'est des césariennes en urgence ou planifiées ?

Ilhem : Il y a les deux. Il y a donc soit les personnes qui viennent en urgence donc c'est des personnes qui (...) et d'autres personnes qui vont venir pour le suivi, on va lui fixer un rendez-vous et elle va venir à son rendez-vous pour faire sa césarienne.

Maëla : Ok, et pour eux c'est quoi les principaux déterminants pour mener une césarienne ? Est-ce que c'est des questions de santé ? La volonté de la femme ou la volonté de la famille ? Ou des questions pratiques ?

Ilhem : Donc il a dit que eux ils ont déjà pas le temps de gérer les urgences et tout, donc ils vont pas accepter des personnes qui demandent eux la césarienne, ils ont pas ça aujourd'hui, ils considèrent qu'ils ont pas des femmes qui demandent la césarienne, donc tout ce qu'il font c'est pour des raisons médicales. Des femmes qui ont déjà eu des césariennes, ou d'autres raisons. Après quand j'ai demandé est-ce que parfois vous faites ça pour des raisons pratiques, il a dit non, et la sage-femme elle a dit on insiste toujours auprès des femmes à opter pour l'accouchement naturel et on leur explique pourquoi, etc. Donc pour nous la césarienne elle est faite pour des raisons médicales.

Maëla : Ok, du coup. Mmmh est-ce qu'ils pensent que les professionnels de santé sont assez formés à cette pratique ?

Ilhem : Il dit que pour notre niveau à nous, notre centre à nous, on trouve que c'est suffisant, on a tout ce qu'il faut, une équipe formée pour gérer les situations. Après il dit que la médecine n'a pas de limites mais que pour nous c'est suffisant.

Maëla : Du coup il préfèrent eux personnellement en tant que médecin pratiquer une naissance naturelle ... Oui ils l'ont dit.

Ilhem : Oui ils l'ont dit.

Maëla : Est-ce qu'ils savent comment ça se passe la césarienne dans d'autres régions de Syrie ?

Ilhem : Ils ont dit que dans tout ce qui est public, c'est pareil, c'est la même chose, les centres et hôpitaux en général ils font la même chose ils sont plus tournés vers l'accouchement naturel. Tout ce qui est privé, ils ont tendance à aller vers les césariennes, les médecins qui veulent pas

attendre, qui veulent aller plus vite, et la femme qui va demander parce qu'elle a ses raisons et le côté financier aussi qui fait que le privé qui fait que tu payes. Du coup il dit qu'il y a de plus en plus d'augmentation de césariennes dans la région lié au fait qu'il y a de plus en plus de centres privés.

Maëla : Il restent deux questions.

Ilhem : Ok.

Maëla : Est-ce qu'ils pensent qu'une meilleure coordination entre les acteurs...

Ilhem : Déjà on peut leur demander s'ils pensent que la coordination est bien. On fait comme ça ?

Maëla : Oui.

Ilhem : Et la coordination permettrait quoi ?

Maëla : Une meilleure prise en charge de la santé des femmes.

Ilhem : Donc il trouve que la coordination elle est très bien. Ils ont une coordination avec les autres centres, ils ont des collègues qui travaillent dans d'autres centres à Hassakeh etc, donc ils vont les appeler, ils vont même essayer de suivre la patiente même quand elle est dans les mains de quelqu'un d'autres, lui expliquer ses antécédents etc. Il trouve que cela oui a un impact positif sur la santé reproductive etc.

Maëla : Mais c'est quelque chose avec laquelle ils se sentent à l'aise quoi ? Ils ont confiance à travailler avec d'autres acteurs.

Ilhem : Donc oui, il y a une confiance, ils envoient les patients vers d'autres centres, après parfois c'est une envie personnelle parfois de vouloir suivre leurs patientes, ça reste quelque chose qui font un peu bénévolement, c'est pas une obligation. Après il y en a qui vont envoyer même à Damas pour des cancers etc, donc il dit que oui ils dit qu'ils ont confiance dans ce système.

Maëla : Ok, du coup c'est ma dernière question. Du coup selon eux, qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer la prévention concernant cette pratique, du côté des femmes mais aussi du côté des médecins ?

Ilhem : (*Remerciements en arabe*). Pour la dernière question, il a dit que pour lui, il y a choses à faire. Il a vu dans d'autres organisations, qu'ils font des choses, c'est de la sensibilisation à tout ce qui est santé. C'est comme des équipes de on va dire, de vulgarisation de la santé, je sais pas comment on dit, c'est-à-dire cultiver les femmes médicalement. Et du coup il disait que ça, ça pouvait aider beaucoup beaucoup, pour aider à comprendre que l'accouchement naturel c'est mieux, l'allaitement naturel c'est mieux, peut-être que les femmes seront déjà prêtes psychologiquement pour ça et qu'il y aura plus de, fin elles auront moins tendance à demander la césarienne donc il dit que pour lui c'est très important, que les femmes là-bas elles ne sont pas du tout sensibilisées, du coup elle va choisir la facilité parfois, ou parfois elle est mal conseillée et la sage-femme elle a aussi ajouté que parfois sous l'espace de quelques minutes quand elle essayait d'expliquer à la femme que l'accouchement naturel c'est mieux ça pouvait

changer un peu, donc s'il y a une équipe dédiée à ça ce serait encore mieux. Après j'ai dit aussi qu'ils essayent de demander à l'équipe de coordination qu'on leur fasse une cuisine et ils m'ont dit en échange qu'on essaye de dire que eux ce qu'ils veulent c'est pas la quantité mais la qualité. Aller ferme c'est bon.

Annexe 8 : Retranscription entretien n°7

Sage-femme et infirmière – UOSSM – Al-Hajeen – 06/07/2021 – Via Zoom – Traductrice Ilhem

Maëla : Est-ce qu'elles peuvent nous décrire leur parcours à toutes les deux et quel est leur rôle à l'UOSSM ?

Ilhem : traduction en arabe.

Maëla : Et si je mets sur UOSSM France pour la connexion ?

Ilhem : Je pense que ça va être pire.

Maëla : Et, si on coupe la vidéo ?

Ilhem : *Propose de couper la vidéo et refait les présentations. On y va ouai.*

Maëla : Du coup, est-ce qu'elles peuvent me décrire leur parcours et leur rôle à l'UOSSM ?

Ilhem : Donc elle s'appelle Mona Al-Kasseem, elle est sage-femme depuis un an et demi et travaille avec l'UOSSM. (*Problème de connexion et changement de lieu*).

Ilhem : Elle s'appelle Meead et travaille avec l'UOSSM depuis un an, elle est infirmière, elle a eu son diplôme en 2013 et elle a travaillé avant comme infirmière urgentiste un truc comme ça.

Maëla : Et, comment elles évaluent l'environnement dans lequel elles travaillent et le niveau de sécurité à Al- Hajeen ?

Ilhem : Donc elle dit que ça va la situation, il y avait des challenges avant mais là ça va.

(*Chuchotements au sujet qu'un homme dans la salle qui dicte partiellement les réponses*).

Maëla : Quel type de services ils donnent aux femmes ? Il y a des services pour la naissance, mais est-ce qu'il y aussi tout le suivi de grossesse ?

Ilhem : Donc elles disent qu'il y a un suivi dès le premier mois de grossesse jusqu'à l'accouchement et même après l'accouchement elles vont suivre encore la femme et encore une fois les trucs de famille là ...

Maëla : Contraception ?

Ilhem : Oui la contraception.

Maëla : Ok. Est-ce qu'ils sont beaucoup à travailler dans la structure où ils sont ?

Ilhem : Tu parles de l'équipe santé reproductive ou tout le monde ?

Maëla : Ouai, santé reproductive.

Ilhem : Donc il y a trois ... Donc ils sont trois groupes. Chaque 72 heures (*passage en arabe*)... Donc il y a trois équipes et à chaque 24h il y a une équipe et donc toutes les 72 heures il y a la même équipe qui y retourne. Et donc il y a une sage-femme, une infirmière, un chauffeur, et la quatrième personne je crois que c'est quelqu'un qui est une admin ou un truc comme ça.

Maëla : Quel type de profil de patientes ils ont ?

Ilhem : Du coup, là tu parles de ...

Maëla : Des déplacées, des personnes locales ou même au niveau socio-économique...

Ilhem : Elle dit que de toutes façons, il y a les 30km des deux côtés qui vont venir au centre et il y a 20% qui sont déplacés et 80% qui sont locaux.

Maëla : Ok. Selon elles comment le conflit a impacté la santé des femmes et les services de santé obstétricaux ?

Ilhem : Elle a dit que ça a fait augmenter les césariennes du fait de la peur ou peut-être d'autres raisons.

Maëla : Ok. Comment ils se sentent au niveau du matériel ? Est-ce qu'ils, pendant, qu'il y a ce qu'il faut et notamment concernant l'accouchement ?

Ilhem : Elles ont dit qu'elles ont tout ce qu'il faut et vu que elles c'est plus des accouchements naturels donc elles ont tout ce qu'il faut, donc il faut pas beaucoup d'équipement. Et pour le suivi, elle dit qu'elles ont tout ce qu'il faut.

Maëla : Est-ce qu'elles ont l'impression de gérer des grossesses plus compliquées depuis le début du conflit ?

Ilhem : Elles dit que la pression et le stress a joué un rôle important mais il y aussi le manque, des, des... Comment ça s'appelle ? Fin les choses importantes.

Maëla : Les besoins primaires ?

Ilhem : Oui voilà. Il y a des problèmes de nutrition, tout ça. Donc oui les femmes voilà il y a plus de complications.

Maëla : Ok. Et elles comment elles se sentent par rapport à leur pratique depuis le début du conflit ? Plus stressées ou ça n'a pas forcément changé ?

Ilhem : Donc elle a dit que l'année dernière c'était compliqué oui, on avait beaucoup de pression, dû à l'instabilité contextuelle et le fait que la sécurité elle était pas là. Mais là ça va mieux.

Maëla : Ok. Et du coup, elle a dit qu'ils faisaient principalement des naissances naturelles là où ils sont, mais il font vraiment aucune césarienne ? Ou quand il faut une césarienne, ils réfèrent quelque part ou... ?

Ilhem : Donc elle a dit qu'ils reçoivent tout le monde mais après ils font que les accouchements naturels parce qu'ils peuvent pas faire de césariennes, du coup ils font référer, ils vont envoyer les femmes à d'autres centres aux alentours.

Maëla : Ok. Et du coup quand ils réfèrent pour une césarienne, quelles sont les principales raisons pour laquelle ils jugent qu'une césarienne est nécessaire ?

Ilhem : Donc euh, elles ont dit que toujours pour des raisons médicales, après il y a rarement des personnes qui vont préférer la césarienne. Et là, elles vont expliquer à la femme, à la famille et tout que la décision elle revient à la femme. De toutes façons, c'est pas elles qui vont faire la césarienne donc c'est quand ils vont référer à l'autre centre qu'ils vont le faire.

Maëla : Ok. Et, est-ce que les césariennes lors du référencement c'est plus quelque chose qui est en urgence ou c'est quelque chose qui est planifié à l'avance ?

Ilhem : Donc parfois c'est des femmes qu'ils vont suivre dès le début et dans les protocoles de l'UOSSM ils font pas d'accouchement naturels pour les personnes qui ont déjà eu des césarienne. Pour éviter je pense, ils vont pas prendre le risque on l'envoie directement. Quand ils savent que la personne a déjà eu une césarienne, ils vont pas prendre le risque de faire un accouchement naturel. Donc parfois c'est prévu mais ça veut pas dire qu'ils vont faire la césarienne mais ils vont l'envoyer à un autre centre ou à une clinique privée et la clinique est juste à côté, donc le chauffeur du centre va l'emmener dans un autre centre.

Maëla : Selon elle, quel est le rôle de la famille ou l'impact du rôle de la famille dans la décision de la césarienne ?

Ilhem : Donc elle a dit que c'est la patiente qui veut ça et parfois il y a la famille qui veut ça aussi.

Maëla : Ok. Du coup est-ce qu'elles pensent que les professionnels sont assez formés à cette pratique ?

Ilhem : Donc elle considère qu'ils sont bien formés, qu'ils ont des formations régulières, c'est le médecin qui prend la décision d'envoyer la femme ou pas. Et donc tout est fait d'une manière qu'elle considère bien et compétente.

Maëla : Est-ce qu'elles savent comment ça se passe la césarienne soit dans d'autres structures soit dans d'autres régions de la Syrie ?

Ilhem : Elle a dit que eux ils sont plus pour l'accouchement naturel, dans les cliniques privées ils font la césarienne pour des raisons financières. Et parfois aussi pratique, pour aller plus vite, etc. Ils insistent sur le fait que parfois pour les médecins c'est plus facile pour aller plus vite.

Maëla : Qu'est-ce qu'elle pense de la coordination et du référencement ?

Ilhem : Donc elle dit qu'il y a pas assez de coordination. Et c'est quelque chose sur laquelle il faut encore travailler.

Maëla : Ouai ok. Du coup elle pense que si on améliore la coordination ça aura un impact sur la prise en charge ?

Ilhem : Oui bien sûr.

Maëla : Et, est-ce qu'elles ont des recommandations générales pour améliorer la sensibilisation à cette pratique que ça soit du côté des femmes ou du côté des médecins ?

Ilhem : Donc elle a dit que en général, celles qui vont préférer la césarienne c'est pour des raisons de peur et de stress et tout. Parfois aussi parce qu'elles vont pas avoir confiance dans

l'équipe qui va intervenir. Elle dit par exemple que lorsque qu'il y a des femmes dans l'équipe pour l'accouchement naturel, les femmes elles sont à l'aise. Et après, elle dit peut être que pour sensibiliser, il faut faire des flyers ou des brochures des trucs comme ça et les distribuer. Envoyer aussi des équipes, ce qu'on a dit hier, de culture de santé...

Maëla : Sensibilisation.

Ilhem : Tu vois même les équipes de soutien psychologique elles sensibilisent et tout. Après, il y a le bouche à oreille ou les voisines elles vont se parler. Du coup voilà. Il reste une question ?

Maëla : Non c'est tout.

Ilhem : *Remerciements en arabe.*

Annexe 9 : Retranscription entretien n°8

Sage-femme et infirmière – UOSSM – Membij – 08/07/2021 – Via Zoom – Traductrice Ilhem

Maëla : Est-ce qu'elles peuvent décrire leur parcours et leur rôle à l'UOSSM ?

Ilhem : Donc elle s'appelle Jihan Elaiwy, elle est sage-femme et infirmière.

Maëla : Ok.

Ilhem : Donc avant elle était à l'UOSSM à Alep et à d'autres hôpitaux. (*Passage en arabe*) Donc elle A'aisha et elle est infirmière. Donc elle a travaillé avant dans des centres privés, elle a travaillé avec l'UOSSM et maintenant avec l'UOSSM. Elle a été diplômée à Alep comme infirmière.

Maëla : Comment elles jugent le niveau de sécurité en ce moment à Membij ?

Ilhem : Donc il est pas très stable mais là par exemple ça va, mais ça reste très instable. Ils savent pas comment ça peut se passer dans quelques jours.

Maëla : Et c'est quoi ? C'est des attaques ? C'est des bombardements ?

Ilhem : Donc là, il y a pas de bombardements aux alentours de Membij, ils pensent aussi que ça peut arriver un jour si jamais il y a un conflit. Après moi, je te dis que Membij c'est plus des entrées différentes, turques ou autres. C'est pas des bombardements mais c'est des entrées.

Maëla : Du coup dans le centre où elles sont, quel type de services de santé ils donnent à destination des femmes ?

Ilhem : Tu veux tout le centre ?

Maëla : La partie pour les femmes.

Ilhem : Donc il y a un cabinet de suivi, de tout ce qu'on a dit la dernière fois, suivi normal des femmes en général ou suivi de grossesse, contraception, sensibilisation. Et elles pour l'accouchement, il y a 24h/24, où il y a des sages-femmes qui travaillent et c'est toujours 7/7 jours.

Maëla : Elles sont nombreuses à travailler dans ces services-là ?

Ilhem : Il y a un gynécologue plus une infirmière dans le cabinet. Après il y a trois sages-femmes, trois infirmières, et trois aides-soignantes, qui vont faire à manger, et qui travaillent par shift, comme les autres centres. Et il y a un médecin qui est responsable de tout ça. C'est-à-dire que, même quand les sages-femmes elles sont besoin de conseils il y a un médecin.

Maëla : Et, est-ce qu'il y a des structures de santé autour de leur centre ? Que ça soit l'UOSSM, d'autres ONG, publiques ou privées ?

Ilhem : Ok.

Maëla : Donc il y a beaucoup d'hôpitaux c'est ça ?

Ilhem : Oui.

Maëla : Et c'est public ou privé en général ?

Ilhem : C'est des centres privés.

Maëla : De quels types de profils de patientes ils reçoivent en général ? C'est plutôt des déplacées ou locaux ?

Ilhem : Donc elle a dit qu'il y a les deux. Après elle peut pas donner les chiffres, mais elle a dit que dans les tableaux tu peux trouver ça, parce qu'à chaque fois ils indiquent, tu peux avoir avec les filles. Elle dit que il y en a qui viennent de la province de Membij, donc de Membij et autour de Membij.

Maëla : Et comment elles viennent celles qui sont plus loin ? En transports en communs, toute seule ?

Ilhem : Donc soit ils vont louer une voiture, soit carrément celles qui ont des voitures elles vont venir dans leur voiture, ou sinon elles vont louer une voiture. Après ça coûte cher, donc quand c'est un accouchement, il y a une voiture qui va la déposer et qui va partir. Puis elle va accoucher, elle va en louer une autre, puis elle va repartir.

Maëla : Selon elles, comment le conflit a impacté la santé des femmes et les services de santé obstétricaux ?

(Rires)

Ilhem : Donc sur la question, on a parlé beaucoup, car elle disait les femmes fonctionnent toujours, il y a toujours des accouchements, c'est là où on a rigolé. Après, elle a dit que oui, il y a des problèmes de malnutrition, des problèmes de ...de fer, etc chez les femmes. Parfois chez les enfants, elle va pas pouvoir allaiter, l'enfant il a pas ce qu'il faut, elles ont même pas, pour trouver du lait d'enfant c'est pas possible, donc il faut donner du riz ou de la Maïzena à un enfant de 6 mois etc donc... Et elle a dit qu'il y a plus de mariages de jeunes, et qu'il y a de plus en plus de jeunes filles qui accouchent en ce moment. Après est-ce que c'est plus compliqué pour elles, non ça va ça se passe bien.

Maëla : Et, est-ce qu'elles pensent que les femmes ont des visites anténatales régulières ou suffisantes ?

Ilhem : Donc, elle a dit que oui, elles ont un bon suivi, les femmes viennent parfois deux fois par semaine. Elles ont des compléments alimentaires, elles essaient de leur fournir tout ce qu'il faut. Après, euh, la deuxième elle a dit que, s'il y a des centres plus grands et tout, ça va servir plus de femmes et c'est sûr que c'est mieux. Mais aujourd'hui on considère que le suivi en lui-même, dans ce centre pour la femme, il est bien et il est suffisant.

Maëla : Et au niveau du matériel pour le suivi et l'accouchement elles pensent que c'est suffisant ?

Ilhem : Donc elle dit que là, pour l'accouchement naturel, elles considèrent qu'il y a tout ce qu'il faut, mais si par exemple on veut développer les choses et on veut avoir un service

césariennes, oui il nous faut des équipements, il faut qu'on soit bien équipés. Elle insiste sur le fait que c'est très important d'ajouter ça, car le besoin il est là, de gestion des cas compliqués.

Maëla : Parce que là du coup en ce moment ils font pas de césariennes dans le centre ? Ils réfèrent ailleurs ?

Ilhem : Donc oui, elles vont les envoyer à l'hôpital, le seul qui est public, donc du coup, qui est pas privé.

Maëla : Comment elles vivent leur pratique en tant que sage-femme et infirmière depuis le conflit et comment les femmes elles vivent leur grossesse ?

Ilhem : Donc elle dit que il y a que ce centre qui est public et l'hôpital et donc elles travaillent dans une pression liée à la forte demande.

Ilhem : Donc oui, elle a dit que pour les femmes aussi c'est très difficile. Parce que la situation économique et financière elle est très mauvaise, la voiture qui va les emmener c'est compliqué. Donc oui, elles sont beaucoup de pression liées à ça.

Maëla : Et je voulais savoir comment ça se passait au sein du service quand il y a une complication ? Qui réfère au sein du service s'il y a une césarienne et comment elles gèrent ça quoi ?

Ilhem : Il y a pas de connexion...

Maëla : Bah si c'est connecté.

Ilhem : Non elle m'entend pas. Donc elle a dit que c'est le médecin qui prend la décision. Elles vont informer le médecin et puis ils vont faire un référencement normal avec la voiture du centre et ils vont l'emmener à l'hôpital. (*Passage en arabe*). Donc le médecin il prend la décision et puis ils la prennent avec la voiture du centre et ils l'amènent à l'hôpital.

Maëla : Et est-ce qu'il y a une bonne communication avec les patientes lors de l'accouchement ? Est-ce qu'elles prennent le temps de les rassurer ou ce genre de chose, ou de les conseiller, fin voilà.

Ilhem : Donc elle a dit oui.

Maëla : Ok. Est-ce qu'elles ont l'impression de gérer des grossesses plus compliquées depuis le conflit ?

Ilhem : Donc elle dit que oui, mais c'est lié à l'aspect psychologique donc c'est le fait, peut-être elle va se déplacer, elle va pas pouvoir venir au centre au bon moment, elle a pas d'argent pour venir au centre etc etc. Et après elles ont parlé aussi de malformations mais ça c'est après l'accouchement.

Maëla : Ok. Et du coup elles font pas de césariennes au centre, mais, comment elles estiment à peu près la proportion ? Fin le nombre de référencements qu'elle font pour la césarienne ?

Ilhem : Ou on peut leur demander leur avis de manière générale sur le nombre de césarienne dans la région ?

Maëla : Oui.

Ilhem : Donc oui, elles ont dit la même chose. Dans le privé, il y a plus de césariennes parce que, soit c'est la femme qui demande donc on va la faire, on va pas lui dire non car de toutes façons ils vont gagner de l'argent. Soit c'est pour la rapidité et des raisons pratiques. Après elles ont beaucoup parlé du côté, fin pour la santé de la femme, le fait que ça se soit dégradé aussi, il y a beaucoup de problèmes de fer, de...comment ça s'appelle, des globules...un manque de fer ...

Maëla : Anémie ?

Ilhem : Anémie oui, donc il y a de plus en plus de femmes qui sont en anémie et apparemment pour ça l'accouchement naturel, il est pas top. Et, voilà. Donc voilà, pour elles, elles disent que dans le public c'est que pour des raisons médicales qu'on va faire des césariennes, et dans le privé c'est pour des raisons pratiques et financières.

Maëla : Et du coup, les personnes qu'elles réfèrent pour les césariennes c'est plus des césariennes un peu plus planifiées en avance ou alors vraiment dans l'urgence ?

Ilhem : Donc la plupart c'est avant. C'est-à-dire que dès que la femmes elle a fait une césarienne avant, elles vont pas prendre le risque de la garder en accouchement naturel, donc ils vont la transférer directement à l'autre centre.

Maëla : Et, est-ce qu'elles personnellement les deux elles sont plus pour des naissances naturelles ou par césarienne ?

Ilhem : Naturelles.

Maëla : Est-ce qu'elles pensent, pas forcément que dans leur centre, mais de manière générale, elles pensent que les professionnels sont assez formés ou sensibilisés à cette pratique ?

Ilhem : Tu veux dire la césarienne ?

Maëla : Oui, la césarienne, pardon, oui.

Ilhem : Donc pour les médecins, elle dit qu'elle pense que oui. Après pour les sages-femmes et tout, elle dit qu'il y en a qui ont pas le diplôme et c'est plus l'expérience. C'est-à-dire il y a un système en Syrie , il y a des femmes qui font ça traditionnellement et elles sont un peu formées dans les centres car il y a un manque de sages-femmes diplômées. Elles considèrent que celles-ci elles sont pas très formées.

Maëla : D'accord. Et, elles ont dit toute à l'heure qu'elles pouvaient avoir l'appui des médecins pour prendre une décision pour la naissance, mais est-ce qu'elles peuvent aussi avoir le soutien de l'organisation, si elles sont un protocole ou quelque chose sur lequel s'appuyer ?

Ilhem : Elle a dit oui. Moi j'ai donné l'exemple de la césarienne qu'ils vont transférer directement quand elle a fait déjà une césarienne oui ça c'est des choses écrites et présentes donc, comme un protocole ou un règlement dans le centre.

Maëla ; Ouai, donc c'est un protocole propre à l'UOSSM ?

Ilhem : Oui.

Maëla : Ok. Est-ce qu'elles savent comment ça se passe la césarienne dans d'autres régions ?
Fin elle en a déjà un peu parlé.

Ilhem : Donc elle a dit que pour elle oui il y a une différence. Là aujourd'hui à Alep c'est pas le cas, on ne fait pas des césariennes aux femmes quand elles demandent mais là dans les centres privés c'est la femmes qui décident. Et plus elles vont demander, plus il y aura de césariennes.

Maëla : Ok. Est-ce qu'elles savent pourquoi les femmes dans le privé elles demandent ? Je sais pas si elles savent.

Ilhem : Donc elle a dit que la souffrance et la douleur, la rapidité, pour des raisons pratiques et.. (rires) elle veut pas le dire. Après je pense qu'il y a aussi tout ce qu'on a parlé la dernière fois.

Maëla : Pour la sexualité ?

Ilhem : Oui.

Maëla : D'accord et qu'est-ce qu'elles pensent de la coordination entre les acteurs de santé à Membij ?

Ilhem : Donc elle a dit que eux, de toutes façons ils travaillent avec l'hôpital dont je t'ai parlé tout à l'heure. Donc elle considère que oui le référencement il est bien. Tout est, fin, il y a un système. Après elle dit que si nous on commence à faire des césariennes, ce serait mieux, même si le référencement il fonctionne, on doit nous aussi ajouter un service césarienne.

Maëla : D'accord et dernière question, est-ce qu'elles ont des recommandations en général pour améliorer la sensibilisation autour de cette pratique ? Que ça soit pour les médecins et les femmes ?

Ilhem : Donc elle dit que pour les femmes il faut faire des campagnes de sensibilisation, des équipes qui vont sensibiliser dans les régions, dans les camps etc. Pour les médecins, elle dit que par exemple dans le privé, de toutes façons, ils vont choisir que les gens qui ont pas beaucoup de diplômes etc etc donc c'est des gens qui vont accepter tout. Donc voilà, je pense que c'est tout. Tu as fini ?

Maëla : Juste une mini question du coup. Est-ce que dans le centre de santé de Membij il y a des agents de santé communautaire tu sais qui vont dans les, soit qui se déplacent dans les foyers ou je sais pas dans les centres publics et qui font de la sensibilisation ?

Ilhem : Comment je vais traduire santé communautaire maintenant...

Ilhem : Donc oui il y a une équipe de community health workers. Donc oui elle a dit que les community health workers ça a un impact très positif sur les patients.

Maëla : Très bien, et bien c'était tout.

Ilhem : *Remerciements en arabe.*

Annexe 10 : Retranscription entretien n°9

Gynécologue – UOSSM – Al-Shahbaa – 15/07/2021 – Via Zoom – Traductrice Amina

Maëla : What is her professional background and in UOSSM ?

Amina : So Maëla, she is an obstetric and gynecologist doctor from Aleppo, she graduated from there and she did her specialization there as well. She works for UOSSM as a supervisory doctor. The center where she works it's only for vaginal or natural births. So there is another doctor who is working there. The deliveries are done by midwives and they are sort of supervisors.

Maëla. Ok. So they don't do c-sections in the center, right ?

Amina : Maëla, the center is specialized in natural births, they don't do c-sections at all. They don't do operations to abort pregnancies or for miscarriages. They don't do them at all at the center. They do natural birth and they also do consultations, so for example the pregnancy follow-up. They also do family planning, things to do with you know, different family planning options and contraception, things like.

Maëla : Ok, thank you. Is it the only health facility in the area ?

Amina : Maëla, there is another hospital, but in terms of specialized services, specialized hospital for natural deliveries, or health facilities for natural deliveries there are the only ones. She also gave me the name of the hospital, but I did not fully catch it so, but we can double check it again.

Maëla : Ok. How does she assess the level of security where she works in Al-Shahbaa ?

Amina : So Maëla, in terms of safety and security, the area is just perfectly fine, it is a really good level of safety and security. However they have different challenges so, they are struggling with other things than safety and security. Fuel prices are really expensive, so it makes the operational, rise of challenges on operations. For example, because of the fuel prices being expensive, the following up of the pregnancy is ok but when it comes to delivery it is quite difficult for women to come to the health center because they cannot send cars, it is really expensive. It is like twenty thousand to send a car to pick-up a patient. And most of the patients are coming from rural areas, and different villages, so they have to travel a long distance and as the fuel prices are very expensive, it is difficult for them do to that. Also there are other challenges that she mentioned, so the fact that there are women who had multiple c-sections, previously, things like that. But in terms of safety, it is fine in the area.

Maëla : So she said that the most part of the women came, come from the rural areas but.. which kind of profile do they see in the center ? Are they IDPs or local persons, local women ?

Amina : Ok she said that there is a mix of people because Al-Shahbaa is very large, so there is a large mix of people and IDPs from different areas, but mainly IDPs from Afrin, but also people from the area, but it is a mix overall.

So Maëla, there were a few points... So Maëla, I am just explaining that there is a research project so I cannot promise that it's said today is gonna be implemented because she was

suggesting few points. So the first point is, she feels that the services provided are not complete because sometimes a woman wants a vaginal delivery but there will be complications so she will go to a c-section but they don't have an operative room for when that happens. So she was suggesting they could benefit from a small operation room in the facility not for c-sections that are planned, because she was saying that a very large percentage of deliveries in the area, so people come from Afrin, 60% of them had previous c-sections and so their c-section is planned. However when a person comes for a natural delivery and it switches into an emergency c-section there should be a facility to provide that. She is also saying there is a positive step now with a laboratory in the facility, which is very helpful and she was saying, maybe also like pediatric doctor so they are sure that the services they are providing to the beneficiaries are complete.

Maëla : When there is a complication during the labor who decides ? Her or someone else ?

Amina : For the c-section?

Maëla : For the reference to the local hospital.

Amina : Yes Maëla, because she is the specialist doctor, she is the one that does the referral. The midwife attends the birth, and if she feels the midwife that there is something, a complication happening, then the specialist doctor is called and does the referral then.

Maëla : Ok. What are the reasons for the reference ? Are they only medical reasons right ?

Amina : No Maëla, it is only for medical reasons. She gave few examples about complications. I am sure of the translation into English but I can double check if you want, but it is only medical reasons.

Maëla. Ok. There are no women asking for it.

Amina : Maëla, so she was saying that it is only for medical reasons. A patient cannot request it because the center is only for medical deliveries. Whenever they feel it is a high risk pregnancy or delivery they would then do the referral.

Maëla : How do the healthcare providers and women feel when there is a complication ? Do they feel like stressed or do they managed it peacefully ?

Amina : So Maëla she was saying whenever there is high risk pregnancy she would inform the patient that it is an option that might happen. So you know the patient is prepared for it. And also the providers are prepared for referral. They keep them in an area to monitor them and also make sure that they are regularly like checked their care is more intensified at that moment in the center and the patient knows exactly (...) if it progresses normally they let it go naturally to a natural birth. But if there is a complication and they need to do a referral, the patient and the provider are prepared. They tell the women there will be a car for them, someone will go in with the patient, to make sure patient arrived safely and the hospital is informed before end as well. All actors are not surprised and informed in time. The referral mechanism is quite well established.

Maëla : Does she think that she has managed more complications regarding pregnancy during the conflict ?

Amina : Maëla, so she was saying that some elements in the blood are quite problematic in the area since the conflict started. Hemoglobins, things like that are pregnant women should be having are low because everything is really expensive so it is difficult for them to get a lot of things. The center used to distribute vitamins and supplements and patients were very happy about that because everything is so expensive. The medicine prices has increased by , pharmaceutical companies have increased prices by 100% of the medications needed during pregnancy so they have no access to medication that easily. And so, even the health center cannot provide medications, even paracetamol they don't have at a certain level it is completely finished. But hopefully now news fundings will be able to provide medications and provide the patients as well.

So Maëla, she was saying that the patient (...) things are positive regarding services but when it comes to access to medication the situation is really bad apparently. They really need better access to medication in order to provide complete services to the patient and in addition to that a small operating room as part of the facility will be really useful.

Maëla Ok. And apart from access to medication and the request for this small operation room, what does she think about the equipment in general ?

Amina : So the equipment for the naturel delivery is perfect, however if they decide to go to the operation room and c-section they will need different equipment and different tools but for natural deliveries they are very well equipped.

Maëla : Does she think that healthcare providers are enough trained to manage complications and c-sections even if they don't do c-sections in the center ?

Amina : So Maëla she was saying they are very well prepared and trained at the health facility to conduct c-section if it is the decision taken because the midwives are trained to assist an operation and the two other doctors have obviously high standards of training and are prepared for that.

Maëla : Ok. Does she think that she is well supported by the structure where she works ? Do they have a protocol or something like this ?

Amina : So she was saying (..) are excellent and they are followed by a devoted team especially now with Covid, the center is really well equipped, social distancing or taking temperature, everyone is insuring that everyone is fine is the center, even at the waiting room things like that. Everyone work very closely and there are strict guidelines for that.

Maëla even for sanitation and medical waste management there is someone at the health facility who is insuring and makes sure that they are implementing relevant guidance.

Maëla : I have an additional question does she think that the family has an influence during, you know, the delivery process to push for a natural delivery or to push for a reference to the hospital to get a c-section ? Or she has noticed nothing.

Amina : Maëla, because they are a center where they only do natural deliveries this is not happen so it might happen at the hospital. But in the center as everyone comes for a natural delivery also you know it is the doctor's decision if they see a woman(...) it is not a really an

option for them to choose or to plan the day of delivery things like that. That's why they don't so much influence from other relatives.

Maëla :Ok. Has she noticed a rise in early marriages since the conflict started ?

Amina : They see early marriage at the age of 17 and it gives complications and sometimes leads to c-sections (*passage en arabe*). There is different complications pre-eclampsia and there is also another one that she mentioned. There is a risk for younger mothers but also for mothers over 40.

Maëla: Ok. Now I have more questions about the coordination and different structures. So she said that the referral system was quite good. Does she think it should be more improved ?

Amina : Currently the only facility they are coordinating with is the hospital but thanks fully it is quite close and the referrals are quite smooth. So she does not have any suggestions to improve it because it is already quite efficient in terms of closeness.

Maëla : Ok.

Amina : Because it is only one hospital anyway in the entire area the coordination between the two sides is already very very good. So there is no any issue there. You know it is only one hospital anyway in the area.

Maëla : Ok. Does she know how c-sections are, or reference for c-section, are conducted in other facilities like private facilities, public or other NGOs ?

Amina : So Maëla, so she was saying there is only one hospital in the area anyway, there is no other hospitals in the area.

Maëla : Because I thought she might know other colleagues in other regions of Syria so.

Amina : Ah in other areas ?

Maëla : Yes. I mean other areas and other structures. But apparently in other structures she does not have any idea but in other areas from geographic perspectives.

Amina : So Maëla, the area is quite large but there is one structure in the area for c-sections. There are private clinics but there is only one hospital.

Maëla : Ok. Does she think it is enough to manage, you know, all-sections in the area or all complications ?

Amina : So Maëla, definitely it is not enough. So she is saying if there was this small operating room as a part of the health center, even it is just for emergencies that would help. Because it is clearly not enough and it is a large area so the one hospital is not enough.

Maëla : Ok. And even if they don't conduct c-sections in the center does she have any idea about the evolution of the number of c-section in the area or in Syria during the conflict ?

Amina : So if c-section rates in all of Syria decreased or increased ?

Maëla : Yes in general just to have an impression about it.

Amina : Overall the number of c-sections is increasing. In certain areas, not the one where she is in, but with (...) security they could have planned c-sections.

Overall she was saying that in the area where she is working they try to decrease the number of c-sections. So even ladies who have had c-section previously, they will try to conduct a natural delivery because sometimes the first inception might not be for medical reasons, so they are really try to do their best do decrease the rates of c-sections in the area.

Maëla: Ok. I heard that in Syria in the last decades the number of private health facilities has increased and I would like to know what does she think about it.

Amina : She was saying that in general in Syria there were more private facilities but not in the area where she is working. And also, in terms of the challenges because obviously private facilities are quite expensive so a natural delivery will be like three hundred thousand and a c-section about five hundred thousand. So the beneficiary will go under really high costs when they want to deliver a baby and the area where they are is kind of (...). So everything is very expensive and it is difficult to get. And if there was more support for them to settle the operation room in the facility even for emergency c-sections that would take the load off and that would help because beneficiaries are looking for free services.

Maëla : Ok and I have a last question. Does she have any recommendation to improve awareness about c-sections towards women or towards healthcare providers ?

Amina : They do have awareness and it is a part of antenatal care for the pregnant women they are following. For example if there is a woman with overweight they will advise her to go on a diet and nutrition plan in order to reduce her weight to minimize the risk during the delivery also if a woman has already high blood pressure they will go on a plan in order to minimize the risks associated to it and they do that this kind of awareness in different teams as well.

Maëla : Ok I don't have any further questions so if she has comments to add or something to say she is welcomed and Amina also if you have comments or questions to say feel free to ask of course.

Amina : So she was saying thank you very much to both of us and if we could take into consideration the ideas that she proposed that would be helpful to the area.

Maëla : I really want to thank her.

Annexe 11 : Retranscription entretien n°10

Coordinateur santé – Action for Humanity – 28/07/2021 – Via Skype

Maëla : Can you present your professional background, your position, and how long have you been working in the humanitarian sector ?

CS: Ok, so my name is X. I am a doctor, I finished the study in gynecology in 2016. And started working in the humanitarian field in 2017. I started working with IRC in 2017 as health officer supervising primary healthcare centers. In 2019, I moved to another NGO, Syria Relief, and I am still working with Syria Relief now, the name of Syria relief changed in 2021 to Action for Humanity, so it is the same organization. My position is health coordinator for NES and in my supervision there is three activities. One : Raqqah maternity and pediatrics hospital, two : chirurgial hospital in eastern country side of Deir- Ez-Zor, three : al medina Covid center in Deir-Ez-Zor.

Maëla : Ok, so, are you based in Raqqah ?

CS : Yes

Maëla : Yes ? Ok. Sometimes do you travel to Deir-Ez-Zor or is it too...

CS : I go to Deir-Ez-Zor once or twice a month.

Maëla : Ok. How do you estimate the security in Raqqa and Deir-Ez-Zor ?

CS: The current situation regarding health activities ?

Maëla : Yes and the security level in general.

CS : Ok, so the security situation is more stable than Deir-Ez-Zor. In general, it is acceptable but it is not very good. Since 2021, ISIS did some activities in Raqqah which was not there in 2020. But ISIS only attack people working with SDF or with the government of Syria. In Deir-Ez-Zor, the security situation is unstable, because SDF they are always weak. Especially in an area, it's about 30km between a village or a town called Bassira in the eastern countryside till, a village called *Leban* (?), our hospital is in the middle. We are in the middle of an unstable situation. This area contains a lot of ISIS members, after the sunset, people can't move free because ISIS will be active against the SDF checkpoints. So, this is in general. Both in Raqqah and Deir-Ez-Zor we have fears that government comes to the SDF place because there is only a river between SDF and government areas in the east. So, and, in Raqqah, the distance between GoS and our center is about 20 or 25 km, so when they are here, yes, and in the last Turkish operation in the North, for 2019, SDF announced that they will give Raqqah city to GoS in order to prevent Turkish army from getting inside. Since that date, people have the feeling that, in a moment, GoS can enter the area, but under the table, we have the impression that there is an alliance between SDF and GoS.

Maëla: Does it have an impact on beneficiaries' access to healthcare ? I mean because of this insecure situation.

CS : Sure, sure. In general, after the sunset, the number of beneficiaries reaching for example the facilities in Deir-Ez-Zor, are very low, so they go to the nearest facility but maybe this nearest facility does not provide the services they need so they have to wait till the morning to go to another facility.

Maëla : Ok.

CS: Yes, this is the access. Medicine, there is an increase in the price of the medicine because SDF is taking the medicines from Iraq, Turkey and Damascus. So the border crossing, sometimes it closes, sometimes it is opened. The fees are high from GoS. The high price of medicines will make the number of beneficiaries reaching free of charge bigger day by day. Also the difference between the exchange rate Syria pound also affects their access to the facilities. Maybe they will need a visit in a free of charge facility but they can't reach it.

Maëla : Ok. So you said you had three infrastructures under your supervision and I would like to know how many people work there ? Especially regarding reproductive health services.

CS: Ok. The third facility which is a Covid facility we don't provide any reproductive health services. For the maternity we have 4 gynecologists, 5 anesthesia assistants, 4 surgeon assistants and 9 midwives plus one midwife supervisor. And about 6 nurses and we are only talking about delivery and cesarean department. Yes, that's it for Raqqah. For Deir-Ez-Zor, we have two gynecologists, 4 surgeon assistants, 6 nurses, 6 midwives and 1 midwife supervisor.

Maëla : Ok. So you also provide c-section in Deir-Ez-Zor right ?

CS : Yeah.

Maëla: Now about the patients and female patients. Which kind of women profile do you have in general ? Are they IDPs, local, and from which social background do they come from ?

CS : Actually, both. We have from IDPs and host community.

Maëla : Ok. We've talked about, you know, the difficulties to access to healthcare. Do you know if they come alone, if they come with relatives, if they can rent a car or something to come to the center. How do they come to your services ?

C : It is hard to come alone. Yeah. General situation, the safety situation, (...) come alone to the facility. Yani, the most number of beneficiaries are coming not in Raqqah city, so women have to rent a car and to come with someone. Public transportations and services are very low, so they have to have money to come to the facility. They have to take a car there is no subway or buses or something like that. For the Covid center, it is in the city but people going to this centre are not in the city so they have to come from a far distance. In general, they will come with someone, in general it is male. Another thing is that, if any woman comes to services for delivery, they will be asked for their ID and husband ID for delivery.

Maëla : The husband's ID is required in the health facility ?

CS : Yes, the husband or someone from the family. So in general women come with their husband and let's say 40% come with their husband, 40% come with their mother, and the other 20% come with their friend or a neighbor. So this 20% won't get access to the services if it is

not an emergency. In the hospital, they will ask if the woman is married and if her relative approves the surgery for example. Emergency cases they do it without any approval from the family and then they will ask the patient to bring someone to complete the register.

Maëla : I did not know that. Is the case in any kind of structure in Syria? Even in NGOs, in public and private ?

CS : Yes.

Maëla : Now regarding women's health, how have the conflict impacted women's health and obstetric services according to you ?

CS : The hard to access health facilities forced the women to have home deliveries. So in general a lot of the women get the delivery at home with a midwife maybe but ... So if anything, if any complication happening during the natural delivery, if the distance is long to the hospital it will increase the danger for the fetus and the mother. After the war the number of health staff in general is getting low, the number of new midwives is low because previously we had institute in Aleppo and Hassakeh for midwives but now we don't have so the number of midwives graduated after let's say 2013 is low. It is hard to send girls and women studying in GoS in Syria. So lack of qualified medical staff is an impact. What else?

Maëla : I was also thinking about living conditions, maybe it had an impact on women's health.

CS : Living conditions, sure, in general we, the number of, if the children who have malnutrition, this we did not see before the war. And, another impact is the number of health facilities providing maternity services is low. Previously there was maternity services in Tabqah, in Raqqah, something like BEmONC center between Tabqah and Raqqah. The referral system was good, transportation was good so all that disappear after the war.

Maëla : Ok and how this low number of health facilities and low number of healthcare providers have an impact on c-section and deliveries process ?

CS : Can you excuse me for a moment ? I have to take this call.

Maëla : Yes sure.

CS : Ok, sorry, your question was how healthcare providers and health facilities have an impact on c-section and delivery process ?

Maëla : Yes.

CS : Yeah, well. Previously for women it was easy to reach a midwife or to reach a doctor, now it's hard. Maybe in their area, the nearest midwife or nearest doctor is 30 or 40 km. So, she will be forced to go to, I don't what they call it in English, it is a midwife but she did not study...

Maëla : A TBA ? Traditional birth assistant or something ?

CS : Yes. So yes.

Maëla : Ok. According to you, do women have enough ANC care during the conflict ?

CS : Yes let me go quickly to some reports.

Maëla : I mean is the follow-up before the delivery is good or it should be ...?

CS : Ok. The number is good. In our facilities, maybe 80% on the women had one visit before the delivery. The ANC is very low. The reasons for a low ANC (...). There are women we could not reach, they don't have a cellphone or they live in an area where there is not internet(...). Sometimes they pay a lot for transportation and they will think it won't be necessary for an ANC so they will not come.

Maëla: Ok. How do you estimate the equipment regarding in general for deliveries and pregnancy follow up in your health facilities and in Syria in general ?

CS : For pregnancy follow up, devices are available (...). I don't know equipment for delivery there are all available.

Maëla : Great. How do women experience their pregnancy during the conflict ? I mean do you think they are more stressed, they are peaceful about this situation?

CS : Mmh, I don't know ...

Maëla : No worries.

CS : Maybe you need to divide the society to understand this question. For example, if you think about the women who are living in camps and she is getting pregnant. First she will have depression because she will think about the increase needs that they don't have, she will think how she could provide the baby when she was at home, her mother was taking care of her, but now she is alone. She will go to a doctor or a midwife in the camp that she did not know previously. She will think that she needs a c-section and how she will get access to free of charge facility, if not, can she afford this in a private facility.

Maëla : So it depends in the situation of the woman.

CS : In general that's it. So you can think about this example. If she is poor she will think the same thing, if she is an IDPs as well. You are from France right ?

Maëla : Yes.

CS : Our society is very emotional. We have deep relationships between each other. So, in general, if someone comes to marry a woman that should go outside her village she will refused because she will leave her brother, mother and sister, tamam ? During the war she won't give the care she had with her mother and her family, maybe her mother will go to another camp and won't see each other, like this.

Maëla : Ok, I see. Do you feel that your teams in Deir-Ez-Zor and Raqqah are more stressed since the conflict started ? Even if you started working a few months ago. Do you think they are too stressed ?

CS : They are stressed ? Yes. We are all stressed. Sometimes they can't, in Deir-Ez-Zor, go to the facilities, because there is a demonstration, cutting of the roads,... We can't do most thing we are scared with of, there is no law. Someone comes and attack a doctor during his work...

Maëla : Yeah, no one protects him.

CS : There is no clear law, and this person will go to jail for three days and that's it. Law is nothing yani, they will ask to kiss each other ... In march this year, SDF (...) came to facility and hit health staff, they burnt cars outside the facility (...) it was an individual mistake by some members or something like that. Staff released after, lost their phone, money. Because of what ? ISIS attacked check points at two hours before and the hospital was 600 away from the facility. And one hour or 2 hours after they attacked some houses and the hospital for nothing.

Maëla : So teams on the field they are stressed mainly because of this kind of insecurity situation ?

CS : Yes.

Maëla : Now I have more questions about c-sections. First of all, I would like to know do you have protocols ? Which kind of protocols do you follow ? Do you follow protocols for your organization or international protocols ?

CS : Maybe all the NGOs here follow WHO protocols but no one really does. If you look for a proper protocol of WHO in Arabic about maternity you won't find it. So for me, what we are using here, we are using MSF protocol. MSF developed very good protocol. We printed this protocol and distributed it between the staff. The protocol they use is the protocol they studied in university. Even the ministry of health approved this protocol. But let's if I want to double check the protocol midwives are using for bleeding for example, she will just talk (...) but it is not an evidence even if she quotes her book from university. It is very challenging here to have an updated in Arabic. Second thing, it is hard to find someone to train midwives.

Maëla : So do you think that healthcare providers should be more trained or do you think they should have more trainings about c-sections in Syria ?

CS : Sure, 100%, about c-section and natural delivery.

Maëla : Ok. What does the protocol say about c-sections ? Does it say the conditions, in which context you have to take c-section or thing like that ?

CS : Yes.

Maëla : Do you know what are the main reasons to go for a c-section, risk factors or maybe cesarean on request ?

CS : We try to make as a doctor decision, the reasons should be medical. But the woman here ask for c-section without any medical justification. When I started working in these facilities two years ago, 70% of deliveries were cesarean. Doctors will tell you that women with two previous c-sections should be cesareaned. The second was that women ask for cesarean. When I ask the doctor why you do a cesarean ? First in NGOs, they will try to increase the number of cesarean in order to get more funds. In Deir-Ez-Zor, the percentage is very high but there are no reasons to decrease this number because the women who live far from the hospital, they don't come for a natural delivery. That's why the number of cesarean will be equal or higher that the number of natural delivery.

Maëla : Ok. Because of this far distance they only come for c-section because they can't deliver in a natural way at home right ?

CS : Exactly.

Maëla: So automatically, cesareans are high in Deir-Ez-Zor right ?

CS : Yes.

Maëla : For women who ask for c-section did you know they ask ? Is it because of fear, stress ?

CS : They just maybe fear of natural delivery, they don't want to have pain. Maybe she is just jealous of her neighbor because her neighbor had a c-section (laugh).

Maëla : Do you think there is a social pressure ? Does the family have an influence ?

CS : Well maybe because of the lack of knowledge they will say natural delivery is painful. There is an impact from the society but not the family, but friends and colleagues and even doctors in private hospitals.

Maëla : I wanted to know, do you think that your staff are used to conduct this practice ? Are they comfortable with cesarean ? Is it a stressful practice or they are used to it ?

CS : It is not easy but they are ok with it, they know that.

Maëla : I have more questions health about coordination now. I would like to know if you are satisfied with the health coordination in Raqqah and Deir-Ez-Zor between different actors.

CS : NGOs are not on the same wages. After the Turkish operation in October 2019, there was a meeting and NGOs came and discussed. But after that all those meetings are on Skype and Zoom after the Covid. So the members of the meetings are not active as they were before et they did not attend the meetings like me. Because those like meetings might be useless. There is a gap between the coordination members and the field. The people who came the meetings are in Dohuk in Iraq or in Turkey so they don't have an idea on what is happening. Because of that the coordination between them and local authorities is getting worse. We don't know what they are doing, they don't know what we are doing. And even the Covid, local authorities should have regularly meetings but they didn't. In Deir-Ez-Zor they did one meeting in two months.

Maëla : Do you sometimes refer women to other facilities when you think their situation is too difficult if you lack a specific medicine or equipment ?

CS : Yeah. Actually we refer only when we see that this case need an intensive care after operation. The second thing is that we do the "local" anesthesia but some women come and ask for general anesthesia which is not the way to go for a c-section. So when we say no she will go to hospital.

Maëla : I heard that the number of private facilities was increasing during the last years. Do you think it has increased also during the conflict ?

CS : In Raqqah maybe it came to where it was. We had 5 or 6 private hospitals and in 2017 we had one or two and after two years it came back to 5. But in Deir-Ez-Zor the number is very

very huge comparing to that area. Two years I counted them and there were about 28 private hospitals. But all that private hospitals are really small, maybe one operation room, 3 or 4 doctors. So each each doctor came and made their own hospital and that's why the number is increasing but actually there is not quality. And they provide few services.

Maëla : Ok so the number is just increasing because doctors want to have their own business or because they don't find job.

CS : Because Deir-Ez-Zor city, country side, is now under SDF. In that area previously there were no private hospitals. So all people who live the city because they can't stay under GoS they come and start their own work. That's why they establish their own hospital.

Maëla : So can we say in a way the increasing number of private facilities because of administrative issues in Syria currently depending on the region you are living in ?

CS : Yeah. In Raqqah, the number of private hospital is still the same. But in Deir-Ez-Zor there were no private hospitals. The people came from GoS to this area so of course there will be new facilities, restaurants everything.

Maëla : Do you know which protocol they follow in public health facilities ?

CS : The one they studied at the college.

Maëla : Is there a difference between government areas or it is the same as in public infrastructures ? I mean I was wondering if in GoS and other areas regarding c-section.

CS : Let's say that there is a difference. In GoS in the cities that is a university hospital the protocol will be strict and everything will be good. GoS where there is no university hospital but public hospital the protocol there is the same like here. So I mean you need to split the hospitals in all Syria into two types. One is university hospital which is linked to university of medicine, where there will be professors or doctors with master degree. The second type are the hospitals linked to the Ministry of health, the first type is linked to higher education ministry. Hospitals linked to the Ministry of Health (...).

Maëla : Because they allow c-section too much because of what ?

CS : They do too much of everything. University hospitals in Syria, they are 3 or 4. And ministry of health they are maybe 60. So university hospitals their main goal is to educate the doctors so they have an up dated guideline, maybe month by month. But ministry of health the guideline is maybe 10 year old.

Maëla : It is not suitable.

CS : What we have in SDF areas is the same like in GoS and their hospitals that are linked to ministry of health.

Maëla : Then NGOs they are impacted by this system I mean the guidelines of health ministry or they have their own system.

CS : Both. Their staff will follow the guidelines of ministry of health. But the NGOs try to develop guidelines for the facility. This is very hard... Like MSF they are using their own.

UBV there are working with KRC. So they try to develop a protocol but they could not. UOSSM which is an organization in maternity and pediatrics they I guess maybe they took the guidelines from the MoH and did some updates. So you will find the same facility the both situation staff working on their previous knowledge and staff working on what NGOs provide.

Maëla: Ok. So it depends.

CS : Yes.

Maëla : One of my last question. I would like to know if you have general comments in order to improve prevention regarding C-section.

CS : One is to develop an united protocol for the SDF area and distribute it. MSF did it for Covid and other NGOs followed. So it is not hard. The goal should focus on the risk of cesarean and promote the benefits of natural delivery. If you ask a midwife the benefits of natural delivery, she does not know. What else ? Yeah law. We need to make a law system. Punish doctors who do c-sections without justifications. That's it.

Maëla : When you talk about common protocol in the SDF area for example do you think it should be common between NGOs only or with other public facilities, other actors.

CS : The idea would be that NGOs take the lead on this and authorities should make sure that actors and private facilities adopt it.

Maëla : I don't have questions but feel free to add something.

CS : Nothing actually.

Maëla : I really want to thank you because I think it will be an added point for my research.

CS : You're welcome.

Maëla : Thank you for taking the time and wish you a nice day, bye.

CS : Bye.

Annexe 12 : Retranscription entretien n°11

Gynécologue – DDD – Al-Jalama – 16/08/2021 – Questions écrites

1- Could you tell me a little more about your professional background and your position ?

I work as a gynecologist in the obstetrics and gynecology department at the maternity center of the DDD organization in the town of Al-Jalama on the Syrian-Turkish border

2- How do you estimate the security of the place where you are working ?

The degree of security is approximately 6 out of 10...There was no direct air strikes, but it happened in the neighboring areas

3- Which kind of services do you provide towards women in the structure where you work ?

We offer services

A:)in the obstetrics and gynecology clinic: diagnosis and treatment of gynecological diseases, family planning, follow-up of pregnant women, diagnosis and follow-up of high-risk pregnancies, follow-up of the patient after delivery..

B:)In the obstetrics department:

*) Diagnosis and delivery of cases of normal labor

*) Providing first aid for high-risk deliveries and referring them to the nearest CEmONC center..

4- How many people work in the service where you work ?

The number of people in the center where I work is generally 55..,in the obstetrics and gynecology department: the morning shift is 35..the night shift is 15

5- How has the conflict impacted women's health and obstetric services ?

6- How do women experience their pregnancy during the conflict ? (stress, fear...)

As a result of the conflict over women's health: In general, cases of anemia increased as a result of poverty, poor living conditions, neglect of pregnancy follow-up due to preoccupation with displacement and fear of coming to medical centers, and not taking the necessary medicines due to the high prices of medicines...

The fear of moving and walking (due to the fear of going out of the house and being exposed to missiles) increased the post-term cases. The fear of missile strikes led to an increase in miscarriages and stillbirths, IUFD.., the fear of staying in hospitals for a long time (all hospitals became the target of missiles), the fear of waiting in hospitals for the development of natural birth led to an increase in the desire for caesarean section. Also, living in camps far from the medical service increased the patient's desire to perform a caesarean section and perform it early

in the day so that she would not have to come at night when the risk of being bombarded increased. .And so on.

7-How do you manage complications for vaginal and cesarean deliveries ?

As for the complications of cesarean and vaginal delivery, such as severe anemia, bleeding during and after childbirth, cesarean wound infection, puerperal infection, postpartum depression, etc., it is received and appropriate treatment is provided for each case.

8-Do you feel you have managed more difficult pregnancies since the conflict started ?

Of course, as a result of the conflict, we faced more difficult cases, the most important of which was anemia during childbirth and the need for more blood transfusions.. I will give you examples of cases that we did not witness or did not witness. Increased after the conflict:

* Increased cesarean complications

And the most common of them is infection, due to the lack of sterilization in hospitals, poor nutrition of the patient and anemia, and lack of personal hygiene before and after the operation.

One of the most serious complications after a caesarean section is a repeat caesarean section in subsequent pregnancies, and one of the most important complications of this complication is placenta previa.

Because of the insistence on having more children, her children often die as a result of the war, even if it was a caesarean section.. We might see a patient who had nine previous caesarean operations... And she wants to get pregnant again...

* It is also strange that some patients, due to their distance from medical centers, prefer to terminate pregnancy by elective caesarean section at a certain time, because there is no means of transportation at night, for example..

* The strange thing is also the spread of uncontrolled use of ovulation-stimulating drugs at an early age (these drugs are given without control), which leads to an increase in twin pregnancies in young women and thus an increase in caesarean sections.

* The high number of fetal malformations as a result of the chemical bombardment of some areas led to the emergence of malformations that are unable to deliver vaginally, such as conjoined twins.

* Hospitals are targeted places for bombing, so the patient cannot wait for a long time inside the hospital for the stages of natural childbirth and then vaginal delivery

Lack of awareness of the risks of cesarean delivery

9-Do you have a protocol for births and cesarean?

There is no special protocol for our center, hospitals generally allow doctors to choose the protocol according to their study and medical reference..

For me, I follow NICE , RCOG guidelines and the latest recommendations from the Uptodate

10- What are the reasons leading to c-section ?

Caesarean sections can be classified as either ‘elective’ (planned) or ‘emergency’.

Emergency Caesarean sections can then be subclassified into three categories, based on their urgency. This is to ensure that babies are delivered in a timely manner in accordance to their or their mother’s needs.

The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) recommends that when a Category 1 section is called, the baby should be born within 30 minutes (although some units would expect 20 minutes). For Category 2 sections, there is not a universally accepted time, but usual audit standards are between 60-75 minutes.

Emergency Caesarean sections are most commonly for failure to progress in labor or suspected/confirmed fetal compromise.

Category & Description of c-section

- 1 :Immediate threat to the life of the woman or fetus
- 2 :Maternal or fetal compromise that is not immediately life-threatening
- 3 :No maternal or fetal compromise but needs early delivery
- 4 :Elective – delivery timed to suit woman or staff

Indications

A planned or ‘elective’ Caesarean section is performed for a variety of indications. The following are the most common, but this is not an exhaustive list:

Breech presentation (at term) – planned Caesarean sections for breech presentation at term have increased significantly since the ‘Term Breech

Other malpresentations – e.g. unstable lie (a presentation that fluctuates from oblique, cephalic, transverse etc.), transverse lie or oblique lie.

Twin pregnancy – when the first twin is not a cephalic presentation.

Maternal medical conditions (e.g. cardiomyopathy) – where labor would be dangerous for the mother.

Fetal compromise (such as early onset growth restriction and/or abnormal fetal Dopplers) – where it is thought the fetus would not cope with labor.

Transmissible disease (e.g. poorly controlled HIV).

Primary genital herpes (herpes simplex virus) in the third trimester – as there has been no time for the development and transmission of maternal antibodies to HSV to cross the placenta and protect the baby.

Placenta praevia – ‘Low-lying placenta’ where the placenta covers, or reaches the internal os of the cervix.

Maternal diabetes with a baby estimated to have a fetal weight >4.5 kg.

Previous major shoulder dystocia.

Previous 3rd/4th perineal tear where the patient is symptomatic – after discussion with the patient and appropriate assessment.

Maternal request – this covers a variety of reasons from previous traumatic birth to ‘maternal choice’. This decision is after a multidisciplinary approach including counseling by a specialist midwife.

11- How do you experience this practice ? Easier, faster ? Is it a stressful practice ? Is it more secure ?

It is true that sometimes a cesarean section is faster than a natural birth, but on the other hand, it is a dangerous procedure.

12- Do you think that medical staff in general is trained enough about c-sections ?

At the beginning of the conflict, there was a severe shortage in the number and experience of the medical staff, but now there are doctors and nurses who have experience, but the number of doctors (especially specialists) is still few.

13- Do you think this practice is different regarding regions in Syria ?

The rate of caesarean sections in northern Syria has gradually increased from 20% ten years ago to almost 40% of all deliveries in the last two years...

This could be due to several reasons including:

- * No legal oversight

- * Not to wait and not to give the stages of labor their natural time

The midwife wants to finish monitoring the patient quickly, sometimes due to the few number of midwives in the center, and the doctor cannot monitor every patient, so she does not give the opportunity for the normal delivery of patients in need of termination of pregnancy through labor induction methods with medicines such as misoprostol.

- * The doctor’s lack of experience in explaining the irregular heartbeat of the fetus and some medical conditions, including the termination of pregnancy for the dead fetus by caesarean section without trying to dilate the neck by dilating the cervix...etc.

- * The absence of partograms (to monitor the progress of labor and therefore refer to it in the event that labor does not develop) in most medical centers.

*The desire to earn money from the patient in some hospitals because there is no legal oversight

*Not using pain relieving methods during labor, so the patient prefers the pain of a caesarean section more than labor's pain , and this increases the rate of caesarean sections

*Failure to experience a vaginal birth after a caesarean section(VBAC) for several reasons

*Ease of termination of pregnancy by caesarean section

*Lack of methods to monitor the fetus during labor ..CTG..etc

*The patient's desire and her fear of experiencing a vaginal birth after C-section due to the lack of community education about the dangers of repeat caesarean sections..

*In addition to the reasons related to the security situation in the region were mentioned in answer

14-Do you think that a better health coordination system have an impact on pregnancy issues and cesarean ?

Of course, improving the level of the health system and increasing medical services will reduce the problems of pregnancy and caesarean section

15-Do you have general recommendations regarding cesarean and its prevention for women and healthcare providers ?

The most important recommendations are educating the community about the risks of caesarean section, avoiding the first caesarean section, giving the opportunity to experience vaginal birth after caesarean section (VBAC), establishing hospitals in safe places, allocating ambulances to bring the patient from areas far from the hospital..

Annexe 13 : Retranscription entretien n°12

Gynécologue – Syria Relief – 20/08/2021 – Questions écrites

1- Could you tell me a little more about your professional background and your position ?

I am an obstetrician-gynecologist.

2- How long have you been working in the humanitarian sector ?

six years ago

3- How do you estimate the security of the place where you are working ?

Unfortunately, the place is relatively unsafe, as we are exposed to attack by armed groups without protecting us, and we are likely to be bombed.

4- Which kind of services do you provide towards women in the structure where you work?

I follow up pregnant women by performing gynecological examinations, and performing obstetric and gynecological surgeries necessary for the patient - natural delivery for pregnant women.

5 - How many people work in the same department/section ?

Eight people.

6- Which kind of women profile do you have in general (local, IDPs) and how they come to your services ?

We have the files of the displaced and resident mirror.. The displaced come from the medical point about 10 km by random means, most of them do not have mobile mechanisms.

7- How has the conflict impacted women's health and obstetric services ?

It affected the woman's health by severe poverty, and the woman's lack of care for her health, which led to a high rate of high-risk pregnant women.

8 - Do women have regularly ANC visits ?

No.

9- Is equipment enough for antenatal visits and deliveries ?

Yes it is enough.

10- What are the main obstacles according to you regarding access to healthcare for women according to you?

Women's non-compliance with health appointments and health visits - Insecurity and safety in

the region - Health ignorance prevalent among patients.

11- How do women experience their pregnancy? (stress, fear...)

Stress-fear-extreme poverty causes her nutritional insufficiency.

12- Do you have a specific rooms and pain killers as well as staff for deliveries ?

Yes.

13- How do you manage complications for vaginal and cesarean deliveries ?

Relatively speaking, the place where I work caters to all our needs in case of obstetric complications.

14- Do you feel you manage more difficult pregnancies since the conflict started ?

Yes.

15- Do you have a protocol for births and cesarean?

Most caesarean sections are (urgent emergency) and increased by 40% during the conflict.

16- Are cesarean planed or urgent most of the time? Has it increased during the conflict ?

No.

17- What are the reasons leading to c-section ?

Increased incidence of bleeding and placental abruption during childbirth - severe arterial hypertension.

18- Do you think influenced by the family regarding the delivery ?

Yes.

19- How do you experience this practice ? Easier, faster? Is it a stressful practice ? Is it more secure?

Tired and tiring.

20- Do you refer women to other facilities in case of cesarean?

No.

21- Are medical staff and women satisfied about this practice ? Is it stressful for women ?

Yes, but it is very stressful.

22- Do you think medical staff in general are enough trained about c-sections ?

No, not trained enough.

23- Do you know how pregnancy is managed in other facilities ? Private, public, NGOs ?

I don't know.

24- Do you think this practice is different regarding the region in Syria ?

No.

25- Do you think that a better health coordination system have an impact on pregnancy issues and cesarean?

Yes.

26-Do you have general recommendations regarding cesarean and its prevention for women and healthcare providers ?

Follow-up pregnancy periodically and conduct the necessary examinations periodically during pregnancy and pay attention to the nutrition of pregnant women for fear of anemia and hypertension, in addition to securing a safe place for the pregnant woman away from fear and tension.

Annexe 14 : Retranscription entretien n°13

Gynécologue – Syria Relief – Afrin – 28/08/2021 – Questions écrites

1/ POSITION & PROFESSIONAL BACKGROUND

- 1. Could you tell me a little more about your professional background and your position?**

I am a Gynaecologist, Graduated from The Faculty of Medicine of Aleppo in 2000, Currently working as a Gynaecologist in Hospitals in Northern Syria, the city of Afrin.

2/ WORK CONDITIONS

- 1. How do you estimate the security of the place where you are working ?**

It does not feel safe at all, because it is situated closely to some terrorist organizations (PKK).

- 2. Which kind of services do you provide towards women in the structure where you work ?**

Dealing with women diseases, Family organization, reproductive health, looking after pregnant women and doing the needed and available test, delivering babies, (normal delivery, caesarean section. Some other operations Etc ...).

- 3. How many people work in the service where you work ?**

There are around 400 workers in our organisation.

- 4. Which kind of women profile do you have in general (local, IDPs) ?**

We deal with all people regardless of whether they were local, refugees, or internally displaced.

- 5. How do women come to your services ?**

They must make their own way unless they are referred from another clinic, transportation would be available only in that case.

3/ REPRODUCTIVE HEALTH SERVICES IN GENERAL

- 1. How has the conflict impacted women's health and obstetric services ?**

The ongoing war has negatively affected women's health, that is because of poverty, lack of equipment and kits, scarcity of food, transportation issues and risks.

- 2. Is equipment enough for antenatal visits and deliveries ?**

We have the required equipments for our services; however, the difficulty is women getting to us.

3. What are the main obstacles according to you regarding access to healthcare for women according to you ?

Been answered in Q1 above

4. How do women experience their pregnancy ? (stress, fear...)

The most thing that people fear is not being able to get to hospital or clinic at the time of the delivery, because of the war and it's hard to travel between cities to get to hospitals

5. How do you manage complications for vaginal and cesarean deliveries ?

It depends on the situation, if we can not deal with the issue, we transfer them to places with higher capabilities.

6. Do you feel you have managed more difficult pregnancies since the conflict started ?

Yes, I dealt with more difficult pregnancies after the conflict, due to the lack of medical attention and care.

4/ CESAREAN

1. Do you have a protocol for births and cesareans?

Yes, we follow a specific protocol.

2. Are cesareans planned or urgent most of the time ?

In most cases, a caesarean section is planned however sometimes we have to deal with urgent emergency cases.

3. What are the reasons leading to c-section ?

Maternal Causes:

- *Previous C-section*
- *cephalopelvic dystocia*
- *maternal diseases (Diabetes, eclampsia and pre-eclampsia).*

Fetal Causes:

- *fetal distress*
- *malpresentation (breech presentation, shoulder presentation, transverse presentation)*
- *post term pregnancy*
- *multiple pregnancy*
- *Macrocosmic fetus*
- *Fetal abnormalities*

Other causes such as (Placenta Prev, Placenta Abruptio, Umbilical cord prolapse).

4. How do you experience this practice ? Easier, faster ? Is it a stressful practice ? Is it more secure ?

Not stressful

5. Do you refer women to other facilities in case of cesarean ?

No

6. Do you think that medical staff in general is trained enough about c-sections ?

Yes, trained well

5/ HEALTH COORDINATION & STRUCTURES

1. Do you know how pregnancy is managed in other facilities ? Private, public, NGOs ?

I have no idea

2. Do you think this practice is different regarding regions in Syria

Yes, it differs from an area to another.

3. Do you think that a better health coordination system would have an impact on pregnancy issues and cesarean ?

Yes, good coordination helps reducing issues with delivery and pregnancy.

6/ PREVENTION & RECOMMENDATIONS

Only perform c-section if it cannot be avoided, also highlighting risks, and encourage normal delivery, educate women more about risks of c-section and benefits of normal delivery.

FREE ADDITIONAL COMMENTS

N/A

10. Résumé

CARIOU	Maëla	24/09/2021
Master 2		
Promotion de la santé et prévention		
La césarienne en temps de conflit. Le cas de la césarienne en Syrie du point de vue de professionnels de santé.		
Promotion 2020-2021		
<p>Résumé :</p> <p>La pratique de la césarienne a été en constante augmentation ces dernières années dans les pays de la région du Moyen-Orient y compris la Syrie, pays où cette pratique médicale a été fortement influencée par le conflit que l'on connaît aujourd'hui. Les destructions massives, les violences ainsi que l'aide apportée par les ONG ont rendu cette pratique que l'on peut qualifier de différenciée car elle est en interaction avec les différences structurelles et régionales. C'est une pratique également que l'on peut qualifier de vitale puisqu'elle a permis de donner la vie dans les temps les plus violents. Il s'agira dans ce mémoire de mettre en lumière les raisons pour lesquelles cette pratique a dû s'adapter aux mutations causées par la guerre du point de vue de professionnels de santé exerçant au sein de différentes ONG internationales.</p>		
<p>Mots-clés : Césarienne, Syrie, conflit, professionnels de santé.</p>		
<p><i>L'École des Hautes Études en Santé Publique et l'Université Rennes 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		

11. Abstract

CARIOU	Maëla	24/09/2021
Master 2		
Health promotion and prevention		
C-section deliveries in conflict settings. The cesarean in Syria from health professionals perspectives.		
Year 2020-2021		
<p><i>Abstract :</i></p> <p>The practice of caesarean section has been steadily increasing in recent years in the countries of the Middle East region, including Syria, where this medical practice has been strongly influenced by the conflict that we know today. Massive destructions, violence and NGO assistance have made cesarean as a differentiated practice as it interacts with structural and regional differences. It is also a practice that can be described as vital because it has enabled healthcare providers to give birth in the most violent times. In this thesis, the aim will be to highlight the reasons why this practice has had to adapt to the changes caused by war from the point of view of health professionals working in various international NGOs.</p>		
<p>Key words : C-section, Syria, conflict, healthcare providers.</p>		
<p><i>L'École des Hautes Études en Santé Publique et l'Université Rennes 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		