

UNIVERSITÉ CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

DÉPARTEMENT DE GÉOGRAPHIE



RAPPORT DE MASTER

OPTION : Espaces, Sociétés, Développement (ESD)

PARCOURS : Environnement, Territoire, Population et Santé (ETPS)

THEME :

**GÉOGRAPHIE DES ACCOUCHEMENTS A DOMICILE : ANALYSE À
PARTIR DES DONNÉES DE L'OBSERVATOIRE DE NIAKHAR**

Présenté par :

Pape Latyr Faye

Sous la direction :

M. Valérie Delaunay

M. Ibrahima Sy : Maitre de conférences titulaire

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2019/2020

Liste des acronymes

OMS : Organisation Mondiale pour la Santé

CMU : Couverture Maladie Universelle

SMN : Santé Maternelle et Néonatale

MSAS : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

CPN : Consultation Périnatale

ORSTOM : Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-mer

IRD : Institut de Recherche pour le Développement

SR : Santé de la Reproduction

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

SSDS : Système de Suivi Démographique et de Santé

ONU : Organisation Des Nations Unies

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

PEV : Programme Elargi de Vaccination

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I - Problématique	3
I-1 Contexte et justification de la recherche	3
1-3 Les objectifs de la recherche	6
1-4 Hypothèses de la recherche	6
1-3 Discussion conceptuelle	7
II- Cadre méthodologique: état des connaissances	8
II-1 Documents institutionnels	8
II-2 Les travaux de recherche sur les accouchements à domicile.	13
II-2-1 Les travaux de recherche dans le monde	13
II-2-2 Les travaux de recherche sur les accouchements à domicile au Sénégal	15
II-2-3 Les travaux réalisés sur notre terrain de recherche	18
II-3 les autres documents	22
II-4 Les données sur mon terrain de recherche	24
Conclusion	24
I-Tableau Récapitulatif des objectifs et des hypothèses de la recherche	25
II-Méthodologie	25
1. Tableau détaillé des types logiciels, des indicateurs et des sources de données.	25
2. Méthodes	26
III- LA METHODOLOGIE DETAILLEE DU MEMOIRE DE MASTER II	27
CONCLUSION GENERALE	29
Références bibliographiques :	30

INTRODUCTION

Dans toutes les sociétés les enjeux autour de la grossesse et de l'accouchement occupent une place prépondérante. En effet l'accouchement reste un exercice compliqué voir risqué dans beaucoup de région du monde.

Dans les pays les moins avancés, plus d'un demi-million de mères meurent chaque année des suites de l'accouchement et de la grossesse. Quatre-vingt-neuf pour cent des décès maternels ont lieu dans les régions moins avancées et la plupart sont causés par le manque de soins adéquats au moment de la naissance. Cette tragédie peut être évitée. « Il a été établi qu'il est possible de réduire les risques associés à la maternité pour toutes ces femmes. Dans les pays industrialisés, presque toutes les femmes bénéficient des soins et accouchements assistés ; par contre, une femme sur 26 en Afrique sub-saharienne, contre une femme sur 7300 dans ces pays, affronte le risque de mourir dans le cours de sa vie » (**M. Munyemana et al 2010**).

Les femmes décèdent par suite de complications survenues pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La plupart de ces complications apparaissent au cours de la grossesse et pourraient être évitées ou traitées. Les principales complications, qui représentent **75%** de l'ensemble des décès maternels, sont les suivantes :

- hémorragie sévère (pour l'essentiel après l'accouchement) ;
- infections (habituellement après l'accouchement) ;
- hypertension durant la grossesse (pré-éclampsie et éclampsie) ;
- complications dues à l'accouchement ;
- avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité.

Les autres causes de complications sont associées à des maladies comme le paludisme, et le VIH durant la grossesse (**OMS 2019**). D'où l'intérêt de la visite prénatale et de l'accouchement en centre de santé et les soins obstétricaux d'urgence permettent de sauver la vie de milliers de femmes et de nouveau-né.

Partant de ce postulat une analyse poussée de cette mortalité s'impose dans cette région du monde qui est la zone où la santé est la plus fragile, quel que soit l'indicateur retenu pour la mesurer.

Cette situation presque endémique est due à certains paramètres qui font que la fréquentation des institutions sanitaires par les femmes pendant l'accouchement devient problématique. Par exemple la grossesse et l'accouchement forment le cœur des coutumes et des traditions de toutes les ethnies car en découlent la survie de la communauté. Au cours des millénaires, chaque société a élaboré par l'observation de la nature et par la création de mythes et de

religions, un ensemble de rites de protection et d'interdits visant à protéger les mères et leurs fœtus. Certains points communs sont retrouvés comme la relation privilégiée de la femme enceinte avec les esprits et la symbolique autour du placenta et du cordon ombilical. La naissance dans une structure de santé, si elle rassure souvent par la sécurité qu'elle apporte, sera toutefois mal vécue par l'impossibilité de respecter les traditions (**G. Charles 2014**).

À Niakhar, la zone d'intérêt de cette recherche, des chercheurs de différentes disciplines se sont succédés au fil du temps, et fournissent un corpus de résultats de recherche pluridisciplinaire. De plus, cet observatoire de population, santé et environnement offre une qualité très sûre de données grâce à un suivi sur le long terme. Le suivi longitudinal fournit des données de grande précision et complétude, suivies sur une très longue période. Cette quantité de données très fiables sur un même terrain fait de cette zone un lieu privilégié pour les études pluridisciplinaires. (**Delaunay, 2013 ; 2018**).

Dans la zone, l'accouchement à domicile est encore d'actualité malgré une baisse important constaté, en 2014 les accouchements dans les centres de santé (Hôpital, Maternité) ont atteint **50 %** du total des naissances. Les accouchements à l'hôpital représentent environ **10%** des accouchements en centre de santé. (**Delaunay, 2017**).

Le taux de mortalité maternelle s'élevait à **516** décès pour **100 000** entre 1984 et 1997. Selon (**G. Pison et al 2010**) à Niakhar en 2000 près de 8 décès maternels sur 10 ont été attribués à une hémorragie, une éclampsie, ou une dystocie donc les causes des décès maternels sont dans la plupart du temps attribuées à des origines obstétricale directes ou indirectes donc liées à l'accouchement. Or cette mortalité peut être évitée par l'amélioration de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence (**Kodio et al. 2000**). Même si cet accès reste encore difficile en raison d'une offre restreinte (seuls les hôpitaux disposent d'équipements suffisants), l'accouchement en structure de santé encadré de personnel de santé reste un garant de l'orientation des femmes vers une prise en charge.

Ainsi, la persistance de l'accouchement à domicile demeure un sujet d'importance et il est nécessaire d'en comprendre les facteurs et mécanismes. En dépit de la présence de centres de santé de proximité, de nombreuses femmes continuent à accoucher à domicile. D'autres facteurs culturels, sociaux et économiques entre en jeu. En effet les milieux de vie, ainsi que les positions sociales des femmes contribuent de façon conjointe à influencer les expériences de maternité et de recours aux soins (**Sylvain Landry Faye 2008**).

Kroeger explique que les modes d'utilisation des services de santé par les communautés sont le produit de facteurs prédisposant d'ordre individuel, économique et une offre de soins caractérisée par sa qualité et son accessibilité.

(**Beninguissé et al. 2003**) remettent en question la pertinence de l'explication par l'accessibilité géographique. Ils montrent que c'est l'inadéquation entre l'offre et les attentes et préférences culturelles des femmes qui expliquerait leur volonté de ne pas se rendre dans les structures sanitaires et d'accoucher à domicile.

La première partie portera sur la présentation générale de la zone de l'observatoire de Niakhar dans ses aspects physiques et socio-économiques puis sur l'organisation du dispositif institutionnel ; à l'accessibilité en termes géographique et de coût des prestations ; et enfin, à la prise en compte des aspects susceptibles d'influencer le choix du lieu de naissance.

La deuxième partie est consacrée au projet de mémoire de Master II. Dans cette partie, il est question d'abord de rappeler les objectifs et hypothèses. Ensuite une organisation théorique et pratique de la collecte de l'information dans notre zone d'étude (méthode de recueil des données, définition des variables).

I - Problématique

I-1 Contexte et justification de la recherche

Aujourd'hui la mortalité maternelle, néonatale, est une préoccupation majeure pour l'**OMS** et l'**UNICEF** et les acteurs de développement. La mortalité maternelle est très élevée, ce qui est inacceptable. Environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement selon l'**OMS**.

Les conditions d'accouchement constituent alors des facteurs étroitement liés à cette mortalité. Chaque année près de 300 000 femmes perdent la vie au cours de la grossesse, ou après l'accouchement. En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La majeure partie de ces décès s'est produite dans des pays à revenu faible et la plupart auraient pu être évités.

Ainsi le gouvernement du Sénégal a élaboré son **PNDS¹** qui couvre la période 2009 – 2018 dans la perspective d'un Sénégal où des soins de qualité sur le plan curatif, préventif et promotionnel sont accessibles à toutes les couches sociales de la population sans aucune

¹ Met en exergue la volonté de l'Etat de s'attaquer à la problématique des ressources humaines à travers l'amélioration de la disponibilité, de la qualité et de la performance.

forme d'exclusion et où il est garanti un niveau de santé économiquement et socialement productif. A cet effet, la mise en place du programme de couverture maladie universelle garantit l'accès de la population à un paquet minimum de soins surtout ceux vivant en milieu rural.

Assurer les soins de santé primaires et l'atteinte des **OMD**², tels sont les piliers de la politique de santé du Sénégal. Cette politique a pour objectif :

- la réduction de la mortalité maternelle.
- la réduction de la mortalité infantile et juvénile.
- la maîtrise de la fécondité.

Cette politique de santé s'articule autour des points suivants : " L'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique ;

En dépit de ces efforts et des avantages de l'utilisation d'une institution sanitaire pendant l'accouchement pour l'avenir de la santé de la mère et de l'enfant, les maternités sont encore faiblement fréquentées et reste toujours négligés dans certaines parties du monde malgré une bonne desserte médicale.

Au Sénégal les accouchements en centre de santé constitué **81.1%** des naissances vivantes en 2018 avec une mortalité maternelle de **236** pour 100.000 naissances vivantes. Par contre les accouchements a domiciles s'élevait à **26.8%** en 2010 et de **17, 9%** en 2018 (**The Demographic and Health Surveys Program 2020**)

Dans l'observatoire de Niakhar, la proportion de femmes ayant accouché dans un établissement de santé, a augmenté de **30%** entre 1984 et 2014. Malgré cette augmentation, seulement **50%** des femmes utilisent les établissements pour accoucher en 2015 (**Delaunay et al, 2017**).

Les données sur l'utilisation des institutions sanitaires dans les pays en développement font ressortir en certains nombres de facteurs, tel que les facteurs sociaux, culturels, le niveau d'éducation, les expériences de naissance antérieures, le statut socio-économique, l'âge, le sexe, la religion, l'appartenance ethnique, la résidence urbaine, la profession, la parité et l'utilisation antérieure des soins prénatals (**J.B Kaloma et al 2010**).

Dans les années 1980 les accouchements à domicile étaient monnaie courante à Niakhar et leurs fréquences demeure très importante. Néanmoins de gros efforts ont été fournis en termes

² Sur huit objectifs trois sont sur la santé, à savoir, les objectifs : 4- Réduire la mortalité infantile, 5- Améliorer la santé maternelle, 6- Combattre le VIH/SIDA, le Paludisme et autres maladies.

de politique publique et par la société civile afin d'améliorer l'accès à l'accouchement dans un centre de santé (**V. Delaunay 2017**).

L'observatoire de Niakhar est situé dans le département de Fatick, au cœur du bassin arachidier sénégalais. S'étendant sur 15 km de long et 15 km de large, la zone mesure près de 230 km². Une station est située à Niakhar même, à environ 150 km à l'est de Dakar. La zone d'étude de Niakhar est localisée en région sahélienne. La végétation est essentiellement composée de baobabs, de rôniers et de tamariniers. Avec le désintéressement de l'Etat par rapport à la production arachidière, l'arachide est progressivement remplacée par du mil blanc et rouge qui constituent la principale ressource alimentaire. L'élevage (ovins, caprins, bovins et même porcins) est important. La zone d'étude comprend actuellement 30 villages regroupant plus de 50.000 habitants environ, répartis en hameaux et concessions de 16 personnes en moyenne. La population est jeune : **58 %** des habitants ont moins de 20 ans. Les musulmans représentent **70 %** de la population et les chrétiens **25 %**. Si la moitié des hommes est ou a été scolarisée, même peu de temps, plus de **75 %** des femmes n'ont bénéficié d'aucune forme d'instruction. Région rurale à forte densité (plus de 130 habitants au km²), la migration urbaine saisonnière concerne le quart de la population qui cherche un emploi dans les villes.

Trois dispensaires desservent la zone d'étude de Niakhar et sont localisés à l'intérieur du périmètre de celle-ci (Diohine, Toukar et Ngayokheme).

Le plus ancien de ces trois dispensaires se trouve à Toukar il a été ouvert en 1953 et couvre aujourd'hui une population de **16000** habitants, celui de Ngayokheme est créé en 1983 et s'occupe d'une population d'environ **9000** personnes. A Diohine se trouve le dispensaire le mieux équipé de la zone couverte par l'observatoire de Niakhar c'est un dispensaire privé catholique et dessert une population de plus de **17000** personnes Selon (**Delaunay. V 2017**).

Alors que les précédentes études affirment que les principaux facteurs déterminants l'utilisation des services de soins sont le coût, la disponibilité, et la qualité des services, la structure sociale; les croyances de la communauté en matière et les perspectives culturelles ont aussi une influence déterminante sur les décisions et les comportements en matière de santé (**Sadio BA GNING; John SANDBERG 2018**). La littérature sur les réseaux démographiques et les récents arguments théoriques suggèrent également que l'apprentissage à travers des modèles d'interaction hétérogène dans les réseaux sociaux peut avoir une influence sur la perception subjective des phénomènes démographiques et sanitaires, et

potentiellement, à travers cela, un comportement. (Aldiouma Diallo; John SANDBERG et al. 2012)

1-3 Les objectifs de la recherche

➤ Objectif général

Dans cette étude, nous cherchons à analyser l'association des différents facteurs qui sont susceptibles d'influencer le choix du lieu d'accouchement. Cette analyse a pour but de mettre en évidence les facteurs influençant le choix de l'accouchement à domicile/centre de santé dans l'observatoire de Niakhar mais aussi de voir la façon dont ces choix sont repartis dans les différents villages de l'observatoire. La finalité de cette étude est de contribuer à la discussion sur l'accès et le recours aux soins afin de mettre à la disposition des décideurs et des planificateurs des informations pertinentes pour mieux orienter les politiques visant à améliorer l'accès aux soins de santé et par conséquent de réduire la mortalité maternelle et néonatale précoce.

➤ Objectifs spécifiques

- ❖ Déterminer la proportion des femmes qui ont accouchés à domicile durant toute la durée de l'observation par unité géographique.

- ❖ Analyser l'évolution du lieu d'accouchement (établissement de santé/ Concession) dans l'observatoire de Niakhar.

- ❖ Analyser les variables qui influencent le choix du lieu d'accouchement (établissement de santé/ Concession).

1-4 Hypothèses de la recherche

Aux regards des objectifs susmentionnés les hypothèses de recherches sont comme suit :

➤ Hypothèse générale :

Le choix du lieu d'accouchement est fonction de l'association de plusieurs déterminants complémentaires.

➤ Hypothèses spécifiques

- ❖ L'accouchement dans les maternités est fortement lié à l'accessibilité géographique.

- ❖ le choix du lieu d'accouchement est influencé par les choix des femmes du réseau social.

- ❖ Le lieu d'accouchement maternité/concession est fonction de l'accessibilité socio-culturelle.

1-3 Discussion conceptuelle

Pour notre thème portant sur la Géographie des accouchements à domicile. Il nous convient de définir les différents mots clés de notre sujet que voici :

✓ Santé :

Dans le préambule de la constitution de l'**OMS** de **1946**, la santé est définie comme : « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement à une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quel que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou social ». La prise en compte de la dimension socio- spatiale et économique prend toute son importance dans l'amélioration de la santé des populations. Les facteurs qui concourent à la santé ainsi sont par exemple l'accès aux services de santé, au logement, à la nourriture, à l'éducation, à un travail, à un environnement sain...

✓ Mortalité maternelle et néonatale

La mortalité maternelle est définie comme un phénomène associé à la grossesse et à l'accouchement. D'après l'**OMS**, c'est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé mais ni fortuite ni accidentelle ».

La mortalité néonatale est l'ensemble des enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le **28^e** jour de vie. On distingue la mortalité néonatale précoce, pour les décès durant la première semaine, de la mortalité néonatale tardive, pour ceux des trois semaines suivantes.

✓ **Recours aux soins**

Appel au système de soins. Le recours aux soins doit être distingué de l'accès aux soins qui ne traduit qu'une capacité matérielle ou réglementaire à user des services de santé.

Le recours aux soins dépend d'un ensemble de facteurs économiques sociaux et culturels liés entre eux.

Les enjeux les plus importants sont l'accès à des soins spécialisés et coûteux, la prévention ainsi que le délai d'accès aux soins.

Le recours aux soins est alors déterminé par plusieurs éléments le revenu : le diplôme, le milieu social, le lieu d'habitation, le sexe, l'âge... Le recours aux soins dépend d'un ensemble de facteurs dont il est difficile de distinguer l'influence respective (**P. Lombrail; J. Pascal 2005**).

✓ **Observatoire de population**

Encore appelé Système de suivi démographique et de santé (**SSDS**), il consiste en une série d'activités de terrain et de procédures informatiques visant à gérer le suivi longitudinal d'entités bien définies, ou des principaux sujets (personnes, ménages et unités résidentielles), et de tous les résultats connexes sur la démographie et la santé dans une aire géographique clairement circonscrite. Le **SSDS** s'appuie sur un recensement initial visant à définir et à enregistrer la population de référence. Des enquêtes subséquentes permettent de recueillir des données à des intervalles spécifiques afin de recenser les nouveaux habitants, ménages et unités résidentielles, et de mettre à jour les variables clés et les caractéristiques des sujets déjà recensés. Le système central assure la surveillance de la dynamique démographique par des méthodes conventionnelles de collecte et de traitement de données sur les naissances, les décès et les migrations seuls événements démographiques pouvant modifier la taille initiale de la population résidente. (**Population et santé dans les pays en développements volume 1**).

II- Cadre méthodologique: état des connaissances

Dans ce travail la méthodologie est qualitative. Elle s'appuie sur la recherche documentaire et la collecte de données. Cette méthodologie de recherche est basée essentiellement sur la synthèse des documents. C'est ainsi que pour mon travail de recherche portant sur la géographie des accouchements à domicile, nous avons consulté des documents institutionnels, des travaux réalisés sur la problématique des accouchements à domicile dans le monde, au

Sénégal et dans la zone de l'observatoire de Niakhar et d'autres documents susceptible d'être pertinent pour notre thème de recherche.

II-1 Documents institutionnels

L'analyse des documents nous permet d'enrichir à travers une lecture minutieuse la réflexion de notre argumentaire. C'est une condition sine qua non pour tout travail scientifique car il permet de collecter les informations nécessaires à un thème de recherche.

Des mémoires ont été également consultés dans le cadre de ce travail et d'autres ouvrages pour collecter un certain nombre d'informations.

- Le premier document est intitulé «**Soins de santé en Afrique sub-saharienne & mutualisation**» est un **Rapport d'initiative de Véronique de Keyser Députée européenne Vice-Présidente du groupe parlementaire Socialistes & Démocrates paru en Conférence de presse du 06/10/2010.**

Ce document met en exergue les problèmes de santé en Afrique sub-saharienne mettent le modèle de solidarité entre Nord et Sud à l'épreuve. Que l'espérance de vie entre un Africain ou un Européen puisse différer de trente ou quarante ans ne peut qu'interpeller. Cet écart traduit la difficulté de tout un continent, encore marqué au fer par son passé de colonisation, à décoller aujourd'hui. La mauvaise gouvernance de certains pays, les conséquences dramatiques de la crise financière, le changement climatique, les catastrophes naturelles, la pauvreté extrême, les guerres, les paradis fiscaux qui épuisent l'Afrique, l'ultra capitalisme des grandes multinationales, les conflits ethniques, la convoitise suscitée par d'extraordinaires ressources naturelles, les grandes épidémies comme le SIDA : tous ces facteurs mis ensemble et en interrelation créent une situation complexe. L'aide d'urgence prodiguée par des **ONG** financées par **l'UE** et par toute la communauté internationale est une réponse bien parcellaire à cette complexité. Elle permet de parer au plus pressé, et de soigner gratuitement les plus démunis. Mais tous n'ont pas cette chance et ce type d'aide ne fonde pas pour l'avenir un modèle durable. Au contraire, dans certaines régions, de manière paradoxale elle est un frein à une prise en charge de la santé par l'Etat ou par des structures complémentaires, voire alternatives fonctionnant sur une base solidaire. Les indicateurs de santé en Afrique sont si préoccupants qu'une privatisation de la santé ne pourrait qu'accroître encore des inégalités criantes. C'est pourquoi ce rapport appelle de ses vœux des systèmes de santé durables, même s'il est peu vraisemblable, selon la Banque Mondiale, que les pays en développement

puissent avant longtemps financer, sur base de recettes fiscales, leurs propres systèmes nationaux. Des systèmes non lucratifs financés de manière mixtes, à la fois par les ressources de l'Etat, par la solidarité internationale et par la participation des citoyens sont les mieux à même de répondre à l'immense défi de la santé en Afrique sub-saharienne. En 2006 l'aide internationale couvrait **0,25 à 0,5 %** des budgets de santé dans cette région du monde. Mais même avec ce niveau d'aide, le problème reste immense. D'abord, parce que la crise financière que traverse le monde n'incite pas les pays européens à remplir leurs promesses c'est-à-dire arrivé au moins à **0,7 %** du PNB versés pour la coopération en 2010. Enfin parce que très traditionnellement la santé n'est pas une priorité : ainsi l'aide en matière de santé n'arrive qu'à la moitié du montant accordé à l'éducation. Sans sous-estimer l'importance de ce dernier secteur, cet écart en dit long. Ensuite parce que se pose encore et toujours le problème de l'orientation du financement.

- Le second est du **Ministère de la Santé et de l'Action Sociale** et s'intitule **"Mortalité et morbidité évitables et droit de l'homme" contribution du Sénégal.**

La réduction de la mortalité et morbidité maternelle est une priorité internationale et occupe une place importante dans nos politiques de développement au Sénégal. Parmi les objectifs du Plan National de Développement Sanitaire (2009-2018), figure la réduction du fardeau de la morbidité et mortalité maternelle. Pour favoriser une bonne promotion de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle une feuille de route multisectorielle (2006-2015) ainsi qu'un plan d'action national sur la planification familiale (2012-2015) avaient été élaborés. Le document s'articule autour de plusieurs axes tels que :

Le plan politique

L'engagement de l'état dans la couverture maladie universelle (CMU) qui consiste à une Généralisation de la gratuité de la césarienne,
Généralisation de la gratuité des soins chez les enfants de **0-5** ans,
Gratuité du traitement antirétroviral,
Gratuité de la prophylaxie contre le paludisme

Le plan institutionnel

Ou la loi **2005-18** relative à la Santé de la Reproduction stipule la Santé de la Reproduction comme un droit fondamental et universel et intègre : l'orientation, l'information, l'éducation, la communication, la recherche ainsi que la maternité à moindre risque par la surveillance de

la grossesse, de l'accouchement, du post-partum et du post-abortum parmi les soins et services de santé de la reproduction.

Le plan programmatique

Le renforcement de la mise en œuvre des programmes et politiques en vue de réduire la mortalité et la morbidité maternelle, sont notés au niveau du Ministère de la Santé :

La création de blocs de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (**SONU**) dans les centres de santé pour renforcer la multiplication des structures de prise en charge des mères.

La délégation des tâches pour pallier au manque de ressources humaines. Ainsi, des médecins généralistes ont été formés en soins obstétricaux d'urgence.

Le document met également en évidence des défis et perspectives également car les défis existent dans le système de santé au Sénégal pour renforcer la santé maternelle et néonatale qui continue d'être une préoccupation de santé publique. Les statistiques (**EDS**) ont montré que le taux d'achèvement des consultations prénatales reste faible **48%** des gestantes démarrent tardivement leurs premières consultations prénatales car seulement **61,2%** des femmes enceintes démarrent leur **CPN1** avant leur 4ème mois de grossesse avec une disparité entre le milieu urbain où trois gestantes sur quatre **75,9%** démarrent avant le 4ème mois de grossesse contre un gestante sur deux **51,4%** dans le monde rural (**EDSc, 2016**). Le taux des accouchements dans les structures sanitaires doit être amélioré car des accouchements à domicile sont toujours notés **24%** **EDS** de 2016, environ un accouchée sur quatre. Comme le mentionne le document et des efforts considérables devront être fournis pour pallier à ce gap.

- En fin **le rapport de situation concernant la feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement relatif à la santé maternelle et néonatale en Afrique**. Ce document est un rapport de **l'organisation mondiale pour la santé bureau régional pour l'Afrique** qui fait le point sur la situation de la santé maternelle et néonatale en Afrique.

Depuis plusieurs années, le taux de mortalité maternelle et néonatale en Afrique est l'un des plus élevés au monde, représentant environ **50 %** de tous les décès maternels. Pour atteindre la cible de l'objectif n° 5 du Millénaire pour le développement (**OMD 5**), qui vise à réduire de trois-quarts, en 2015, le taux de mortalité maternelle par rapport aux niveaux de 1990, des efforts concertés seront nécessaires pour mener à bien les interventions de santé maternelle et néonatale (**SMN**). Pour relever ce défi, le Comité régional de **l'OMS** a adopté, à sa cinquante-quatrième session en 2004, la résolution **AFR/RC54/R9** intitulée «Feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatif à la santé

maternelle et néonatale en Afrique». Les objectifs de la Feuille de route sont de rendre disponible le personnel de santé qualifié pour assister les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum et de renforcer la capacité des individus, des familles et de la communauté pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né.

En décembre 2010, 43 des 46 pays de la Région africaine avaient établi leur Feuille de route nationale de **SMN** et inclus les questions de santé maternelle, néonatale dans leurs stratégies de réduction de la pauvreté et leurs plans nationaux de développement sanitaire. Trente-cinq pays avaient élaboré des plans opérationnels de **SMN** au niveau des districts,

Pour améliorer la qualité des services de **SMN**, **28** pays ont introduit les audits des décès maternels; en plus, l'Afrique du Sud, le Liberia, le Malawi et le Rwanda ont désormais rendu la déclaration des décès maternels obligatoire dans les 48 heures. Des pays utilisent les outils révisés de planification et de suivi de l'**OMS** pour renforcer leurs interventions en **SMN**. En outre, 12 pays ont utilisé de nouvelles lignes directrices sur les soins essentiels du nouveau-né et les soins néonataux à domicile pour renforcer les capacités des prestataires de soins de santé. Le nombre de pays où plus de **50 %** des femmes bénéficient de services dispensés par du personnel qualifié pendant l'accouchement est passé de 24 en 2005 à 28 en 2008. Sept de ces pays ont même atteint une couverture supérieure à **80 %**. Le pourcentage de femmes enceintes séropositives suivant un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH est passé de **15 %** en 2005 à **54 %** en 2009. Six pays sont parvenus à une couverture de plus de **80 %** de conseil et test du VIH chez les femmes enceintes, tandis que l'Afrique du Sud, le Botswana, la Namibie et le Swaziland ont atteint une couverture antirétrovirale de **80 %** des femmes enceintes séropositives. Grâce à des actions de plaidoyer en faveur de la **SMN**, 15 pays ont éliminé les obstacles financiers aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (**SONU**). De plus, 22 pays ont instauré des journées ou des semaines de la maternité à moindre risque. Tous les États Membres se sont ralliés à la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (**CARMMA**) de l'Union africaine. Par la suite au lancement de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant par le Secrétaire général des Nations Unies, 26 pays de la Région ont renouvelé leur engagement à accélérer la réalisation des **OMD** 4 et 5 par des actions comme l'augmentation du budget de la santé; l'offre gratuite de soins d'urgence liés à l'accouchement; l'augmentation du nombre d'écoles de formation d'infirmiers et de sages-femmes et du nombre d'inscrits dans ces écoles; l'augmentation de la couverture des services de planification familiale; et le renforcement de l'implication de la communauté dans les services de santé maternelle, néonatale. En dépit des engagements et des efforts consentis pour mettre

en œuvre la Feuille de route, seuls deux pays, l'Érythrée et la Guinée équatoriale, sont en bonne voie pour atteindre l'OMD 5. Toutefois, 20 pays réalisent des progrès notables vers l'atteinte de ces OMD. 16 pays sont en train de faire la revue à mi-parcours de leur Feuille de route nationale pour identifier les insuffisances et les goulots d'étranglement et y remédier. Dans la Région, les défis en matière de santé maternelle et néonatale sont bien connus. On peut citer : l'accès insuffisant à des soins de SMN de qualité; la répartition inéquitable de services de SMN de qualité; le manque de ressources financières et humaines; la charge morbide très élevée du VIH/sida, du paludisme et d'autres affections; et la faible participation communautaire. Par ailleurs, la faiblesse des systèmes de santé et surtout des systèmes d'information sanitaire fait obstacle à un suivi systématique des progrès réalisés. La prévalence dans la Région d'autres déterminants de la santé comme la pauvreté, l'inégalité entre les sexes et l'insuffisance des systèmes de communication contribuent à ce que l'accès aux services de SMN ne se fasse pas en temps opportun. Le rapport mentionne également la prochaine étape :

- ✓ Accélérer la mise en œuvre de la Feuille de route en vue de l'atteinte à tous les niveaux des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé maternelle et néonatale;
- ✓ Accroître l'accès à des services de qualité par le renforcement des capacités en matière de SMN;
- ✓ Mobiliser et affecter des ressources humaines et financières pour accélérer la mise en œuvre des interventions de SMN essentielles. Ceci présuppose également l'élimination des obstacles financiers sur le lieu de prestation des services;
- ✓ Intégrer effectivement les programmes de lutte contre le VIH/sida et le paludisme dans les services de SMN;

II-2 Les travaux de recherche sur les accouchements à domicile.

II-2-1 Les travaux de recherche dans le monde

- Ce document est en article de **M. Bope Kwete, R. Bukuru Nyota, and P. Mulongo Mbarambara** et s'intitule **Facteurs favorisant les accouchements à domicile dans la Zone de Santé rurale de Lemera au Sud-Kivu, en RD Congo.**

Ce travail est une étude transversale portant sur les facteurs favorisant les accouchements à domicile dans la zone de Lemera située dans le territoire d'Uvira au Sud Kivu, à l'est de la

république démocratique du Congo. Cette étude avait pour objectif de déterminer les facteurs associés à l'accouchement à domicile dans la zone de Santé rurale de Lemera. Selon le National **Birthday Trust Fund** du Nigeria le choix pour l'accouchement à domicile repose sur différentes raisons : **30%** évoquent l'intimité, le respect, **25%** évoquent le côté pratique, la commodité, l'influence de la famille, **24%** évoquent une réduction du stress, un meilleur contrôle et implication, **11%** évoquent un accouchement hospitalier mal vécu, **10%** évoquent un précédent accouchement à domicile bien vécu, **10%** évoquent la peur de l'hôpital, le rejet des protocoles et règlements, **4%** évoquent l'accompagnement global et la continuité des soins. Ce qui constitue en ensembles de facteurs différents qui n'ont pas le même porté et dont il convient de comprendre les soubassements.

Dans cette étude effectuée au RD Congo le faible niveau d'instruction, la multiparité, l'éloignement de structures sanitaires, l'impréparation de la Parturiente, la non-assistance aux parturientes à la maternité ont eu une association significative avec les accouchements à Domicile dans la Zone de Sante de Lemera.

Les accouchements à domicile et la négligence des **CPN** sont encore très fréquents dans nos milieux à cause des facteurs ci-haut cités qui méritent une attention particulière lors des consultations prénatales et du séjour à la maternité.

- Le deuxième document est titré **Prévalence et déterminants des accouchements à domicile dans deux quartiers précaires de la commune de Yopougon (Abidjan), Côte d'Ivoire Joseph Bénie Bi Vroh, Issaka Tiembré, Pétronille Zengbé-Acray, Judith Gueu Doua, N'cho Simplicie Dagnan, Janine Tagliante-Saracino** dans santé publique **2009/5, pages 499 à 506**

Au Caire en 1994 s'est tenue la Conférence Internationale sur la Population et le Développement. La santé de la mère et de l'enfant, était au centre des préoccupations et est devenue de nos jours un problème majeur de santé publique pour les pays d'Afrique. Ce qui a conduit à l'adoption du concept « santé de la reproduction » allant du renforcement du système de santé à la surveillance de l'accouchement.

Malheureusement en Côte d'Ivoire, la mortalité maternelle est estimée à **543** décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Pour améliorer cet indicateur, l'État a entrepris de gros efforts par la construction de maternités et par la mise en place d'un Programme national de la santé de la reproduction dont le but est de réduire la morbidité et la mortalité maternelle. Parmi les activités dudit programme, figurent la surveillance régulière des grossesses et la

promotion de l'accouchement en milieu hospitalier. Cependant, malgré ces efforts, certaines femmes continuent d'accoucher sans assistance médicale.

On estime qu'un effet, le recensement régulier des activités dans les maternités de la région sanitaire des lagunes (dont fait partie Abidjan) indique que **14,93 %** des accouchements ont eu lieu à domicile en 2003. Dans la commune de Yopougon, les chiffres rapportent **10,42 %** pour l'année 2004. Dans cette étude Mamie Faitai et Yamoussoukro ont été choisis ces deux quartiers partage en communs l'insalubrité, la proximité, et la pauvreté qui y constitue les problèmes majeurs. La population enquêtée est composée de femmes des quartiers précaires de Yamoussoukro et de Mamie Faitai.

Le résultat obtenu sur 421 femmes enquêtées attribue **70%** aux femmes qui ont accouché à domicile dont **47%** à Mamie-Faitai et **23%** à Yamoussoukro. La moyenne d'âge était de 26 ans, avec des âges extrêmes de 15 et 45 ans. Sur le total des femmes enquêtées **40 %** étaient analphabètes et **40%** avaient un niveau primaire. La majorité d'entre elles (**80 %**) avaient un conjoint.

L'analyse des résultats est effectuée d'abord en fonction de la fréquence des accouchements puis les caractéristiques sociales démographiques, les caractéristiques liées à l'accouchement à domicile, les caractéristiques socio-économiques sont également analysées.

La répartition des femmes selon le lieu de résidence montre que la fréquence de l'accouchement est plus développé à Mamie Faitai qu'à Yamoussoukro ceci est expliqué par le fait que Mamie Faitai dispose plus de ménage et dispose d'une offre de soins plus développer que Yamoussoukro.

La prévalence des accouchements à domicile trouvé dans cette étude est en dessous de la moyenne nationale en côte d'ivoire (**44%**) selon l'**EIS 11**.

L'article indique que cette prévalence des accouchements à domicile dans les deux quartiers précaires de la communes de Yopougon est relativement importante (**17%**) et les déterminants tournent exclusivement autour de la problématique de l'accès aux structures de santé, au mauvais accueil des parturientes, à l'accessibilité financière, et à l'ignorance des femmes.

II-2-2 Les travaux de recherche sur les accouchements à domicile au Sénégal

Dans cette partie il est important de noter que la problématique de l'accouchement à domicile n'est pas très bien documenté au Sénégal ce qui justifie également l'intérêt de notre thème de recherche mais néanmoins nous avons lu quelque documents dont le premier est l'œuvre d'un sociologue.

- **Sylvain Landry Faye** et est intitulé « **Devenir mère au Sénégal : des expériences de maternité entre inégalités sociales et défaillances des services de santé** »

Sylvain Landry Faye a mené une étude à Malicounda afin de comprendre les déterminants qui influent sur l'accès aux soins des femmes au Sénégal dans le cadre de la maternité. Ainsi dans cette enquête les résultats établissent que les milieux de vie, les politiques organisant les services de santé maternelle ainsi que les positions sociales des femmes ont contribué de façon conjointe, à influencer les expériences de maternité ainsi que le recours aux soins.

Dans cet article l'auteur qui est un sociologue s'est plus penché sur les indicateurs socio-culturels pour mesurer le degré d'accès aux soins, il n'a pas pris en compte les facteurs géographiques comme indicateur.

Cependant le document renseigne que certaines subissent plus l'effet des dysfonctionnements, alors que d'autres y échappent. Si certaines femmes ont une probabilité plus importante que d'autres de se soigner, de faire les consultations prénatales et d'accéder à des soins de qualité, en échappant à la violence verbale des soignants, ce n'est pas seulement le fruit d'un hasard, mais une production de la société. Cette nuance importante introduit l'idée que la société façonne un statut social, une identité sociale de la femme, avec un ensemble de ressources dont certaines contribuent plus que d'autres à favoriser les trajectoires dans les services et leurs modes d'accès aux soins. La question est donc de savoir quelles sont ces ressources personnelles ou sociales qui caractérisent le mieux le statut social de la femme et qui, par ricochet, sont les plus sollicitées lorsqu'elle recherche un soin durant sa maternité ?

Qu'est ce qui fait qu'une femme ait plus de possibilités qu'une autre à avoir un vécu et une trajectoire de soins de maternité plus favorisée qu'une autre ?

Les données de cet article ont été obtenue à l'issues d'enquêtes essentiellement qualitatives (observation directe, entretiens, récits de vie), menées dans la communauté rurale de

Malicounda (Mbour). Cependant, ce que nous apprennent l'analyse du document, c'est que pris individuellement, aucun des indicateurs ne suffit pour expliquer, de façon suffisante et pertinente, la position sociale de l'individu.

Au contraire, cette recherche a permis de vérifier que ces différents facteurs sont intimement liés dans la trajectoire de vie de la personne. Ce sont des ressources combinées de sorte qu'il est difficile d'attribuer à un facteur un rôle univoque. Ce n'est qu'en analysant la diversité des déterminants, ainsi que leurs connexions, qu'il est possible de comprendre ce qui caractérise la position sociale d'un individu et comment cette position se traduit sur le plan de la recherche de soins. En effet au vu des résultats obtenus, **Silvain Landry Faye** a démontré que le rôle du milieu de vie dans la caractérisation de l'identité sociale indique que nous sommes généralement identifiés, en partie, à partir de notre lieu de résidence et que la femme porte aussi sur elle, sans le vouloir, l'histoire locale, sociologique et politique du quartier où s'installe son mari ou sa famille. Si le choix du milieu de vie est déterminé, en partie, par les capacités économiques et les réseaux d'interconnaissance de la femme à son installation, ce quartier l'expose aussi à certains avantages ou désavantages et au maillage des structures de soins qui est un effet des politiques publiques. A Malicounda, si le milieu de résidence a un impact sur l'identité de la femme, cela n'a pas été déterminant dans les trajectoires de soins : certaines femmes qui habitent Mbour viennent accoucher à Malicounda.

Le revenu, le statut matrimonial, les réseaux de soutien familiaux et communautaires, la capacité à négocier la relation avec le mari, l'instruction et le degré de prestige au sein de la communauté déterminent l'identité sociale de la femme dans son entourage familial, mais aussi dans les services de santé le statut familial de la femme de façon générale, et particulièrement au moment de la grossesse, façonne la façon dont elle est regardée par la communauté. Le document montre que plus la femme est dans les liens du mariage, plus elle dispose de la reconnaissance sociale, mais aussi de soutien socio-familial.

On note également que les ressources économiques contribuent aussi à donner à la femme une position sociale et économique confortable. Par contre, ce ne sont pas les ressources individuelles de la femme qui lui confèrent un pouvoir économique, mais aussi celles du mari et de son entourage familial. Si les niveaux d'instruction et de formation confèrent aussi une position de prestige face aux pairs, dans l'entourage familial et au sein du ménage, leur effet sur la position sociale est souvent modulé par d'autres attributs qui relèvent aussi du capital humain : la maîtrise des codes sociaux de bienséance, de la grammaire sociale permet à la femme de pouvoir activer les relations de plaisanterie entre groupes ethniques, familiaux pour familiariser et créer la relation. Du coup, elle permet de développer le capital social, les

réseaux sociaux et les relations d'interconnaissance. La nature de leur épaisseur contribue à façonner la position sociale de la femme et à lui permettre d'être moins anonyme devant les services de santé. (Jaffré; de Sardan 2006) montrent que plus la capacité à se faire connaître ou reconnaître dans les services de santé est élevée, plus la probabilité d'être bien soigné est grande, et inversement les risques d'être humiliés lors des soins diminuent. Ce sont des ressources non négligeables pour les femmes, des passe-droits qui peuvent combler leur déficit financier et permettre une prise en charge rapide, correcte.

- Le deuxième document est **titré Déterminants de l'utilisation des services de santé de la reproduction (SR) par les populations de transhumants pastoraux de la région de Matam** et est un article de **Ngoné Déguène Samb et Papa Sakho**.

Ce document explique la problématique de l'accouchement à domicile chez les transhumants car chaque année, en fin de saison pluvieuse, les transhumants de la région de Matam quittent leurs villages d'attache situés au Nord pour aller vers le Sud qui offre plus de possibilités de satisfaire les exigences alimentaires de leurs bétails. Ces déplacements alternés, sur de longues distances, dans des endroits enclavés, créent une précarité et un éparpillement qui placent les éleveurs et leurs familles en situation de marginalité sociale et à l'écart des structures de santé. Les femmes, en particulier accompagnent leurs maris dans leurs déplacements et mènent leur grossesse jusqu'à terme, sans aucune consultation prénatale. La plupart accouchent à domicile (en brousse), sans assistance qualifiée ou ont recours à des méthodes traditionnelles d'accouchement, même en cas de complications. D'après **Samb et al** à ces éléments s'ajoutent l'analphabétisme, le bas niveau d'instruction ainsi que certaines pratiques socioculturelles qui accentuent la complexité de la Santé de la Reproduction (SR) des transhumants. Les résultats ont permis d'identifier trois déterminants contextuels principaux qui influencent l'utilisation des services de SR par les transhumants de la région de Matam. Les auteurs mentionnent qu'il s'agit de la difficulté d'accès géographique aux lieux de prestations, de la pauvreté de la carte sanitaire locale en infrastructures et en ressources humaines et du mode d'organisation et de fonctionnement du système de santé, basé sur la fixité, donc plus profitable aux populations sédentaires. La stratégie avancée préconisée pour les populations des zones retirées, est irrégulière et insuffisante à cause du manque de moyens et de disponibilité des équipes, malgré l'implication des comités de santé, des ONG et de l'aide au développement. La stratégie mobile ne concerne que le Programme Elargi de Vaccination.

II-2-3 Les travaux réalisés sur notre terrain de recherche

A Niakhar les travaux de recherche sont variés et pluridisciplinaires : médecine, démographie, recherche clinique, sociologie, anthropologie, géographie, agronomie, etc... Nous avons exploité plusieurs documents de différentes disciplines mais ici nous ne mentionnerons que 3 documents ayant trait à notre thème de recherche.

- Le premier article est intitulé « **Recherche intégrée sur la santé des populations à Niakhar (Sahel sénégalais)** ». C'est un document de **J.P Chippaux, IRD Éditions**.

L'observatoire de Niakhar est créé dans un contexte de manque de données fiables et d'une base solide d'informations démographiques, sanitaires précises afin de pouvoir s'appuyer sur des statistiques fiables pour mieux mettre en œuvre ses stratégies de développement c'est ainsi que **Pierre Cantrelle** a mis en place une plateforme de recherche pluridisciplinaire en 1962 à Niakhar afin de décrire l'état de la population, de suivre l'évolution et servir de modèle pour l'aide au développement au-delà des limites géographiques, socio-économiques, et politico-historique appelé autrefois **ORSTOM** et qui deviendra plus tard l'**IRD**.

Le papier présente également un résumé des travaux effectués dans la zone de l'observatoire de Niakhar jusqu'en 2004. Il retrace l'évolution démographique et sanitaire de la population, ainsi que les résultats des principales recherches qui ont été conduites par les équipes de l'**IRD**.

L'observatoire de Niakhar se situe entre deux communautés rurales de 30 villages repartis sur 203 km², à 150 Km de Dakar au centre du bassin arachidier sénégalais. Le milieu est marqué par un climat sahélo-soudanien et frappé par une pauvreté et une sécheresse depuis plusieurs années.

Les méthodes de collecte d'informations dans la zone de Niakhar sont organisées de la manière suivante :

Une enquête de routine, trimestrielle dans chaque concession de la zone, pour enregistrer les événements (grossesses, naissances, mariages, décès, sevrages, migrations...) qui se sont produits depuis le passage précédent.

Des enquêtes spécifiques annuelles, entre deux recensements : sur la scolarisation, l'équipement des ménages et la production agricole.

Des études ponctuelles, ouvertes aux partenaires : sur la santé de la reproduction, les MST, ou la nutrition par exemple.

La surveillance de certains phénomènes environnementaux (pluviométrie, remplissage des mares).

Dans l'observatoire de population de Niakhar la population est d'environ 50 000 résidents avec une structures d'habitats variées (groupé, polynucléaire ou dispersé) et la répartition spatiale hétérogène.

Les indicateurs démographiques ont été mis en évidence dans ce document et on peut constater qu'à Niakhar la fécondité est très élevée avec une mortalité en nette régression Un enfant sur deux mourait avant l'âge de 5 ans en 1963. Ils ne sont plus que **15 à 20 %** ces dernières années. La population de Niakhar est en perpétuelle mouvement et l'émigration est un pilier de l'économie de la localité.

La carte scolaire montre que les établissements scolaires à Niakhar sont variés (public, privé, laïc, confessionnel).

La production alimentaire est toujours insuffisante dans l'observatoire de Niakhar et les réseaux d'entraide, les retombés de l'émigration se positionnent comme une alternative à ce problème.

Les infrastructures sanitaires de la zone de Niakhar sont constitué deux centres de santé publics de Toukar et de Ngayokheme le dispensaire catholique de Diohine et la case de santé privée de Kalom. Le document nous renseigne aussi que le recours à la médecine traditionnel est encore très répandue dans la zone.

- Le deuxième document est de John SANDBERG : « **Analyse des réseaux sociaux : L'apport des systèmes de suivi démographique et de santé** ».

Il traite principalement de l'influence des réseaux sociaux sur les comportements sanitaires dans la zone de Niakhar et met en exergue l'importance des observatoires de population dans ce type d'étude surtout dans la conception de la méthodologie.

Au moment où les modèles de contagion pour l'étude de la propagation des maladies infectieuses se révèlent notoires en épidémiologie, leurs intérêts en sciences sociales pour l'analyse de la contagion et de la diffusion des croyances et des comportements est moins connu. Nos croyances, nos comportements (y compris ceux en rapport avec la santé) et nos « identités » résultent de l'interaction sociale. Selon John SANDBERG cette observation n'est pas novatrice. Elle suscite un questionnement sur l'importance de l'apprentissage social et de l'influence sociale. D'après une enquête qualitative pilote menée dans la zone de surveillance démographique de Niakhar (Sénégal) sur les relations et les interactions sociales il est possible d'affirmer que cette question est importante. Pour analyser l'influence du réseau social, deux types d'informations sont nécessaires : des données sur les comportements et les

caractéristiques du répondant et sur ceux des membres de leurs réseaux que l'on appelle « **Alters** ». Pour comprendre, par exemple, la diffusion de la planification familiale et de la contraception, il est crucial de connaître l'utilisation et les croyances des alters en matière de contraception. Mais ce genre d'étude présente des contraintes méthodologiques surtout dans l'évaluation du réseau social.

Les contraintes majeures liées à l'étude se trouvent au niveau des difficultés logistiques due à un problème de délimitation et de caractérisation du réseau.

Ainsi pour palier à ce problème la plupart des études sur les réseaux sociaux recueillent un ou deux types de liens spécifiques, mais ceci présente des problèmes vu que d'autres types de liens non prise en compte peuvent influencer les comportements sanitaires du répondant.

L'étude précise aussi que d'autres méthodologies utilisées pour l'analyse des réseaux sociaux par exemple la limitation du nombre d'alters à 4 ou à 5 présente aussi des biais vu que beaucoup d'études montrent que le nombre d'alters susceptible d'influencer la santé des répondants est largement supérieur à ce nombre. Cependant avec un système de suivi longitudinal les erreurs et biais susmentionnés pourrait être facilement corrigé si l'on dispose d'information fiable sur les alters et les répondants. L'avantage du **SDSS** est que les enquêtes se font régulièrement et les informations démographiques et biomédicales sont enregistrées.

John SANDBERG précise que le suivi longitudinal du système de surveillance démographique permet également de contourner le biais d'endogénéité auquel se heurte l'analyse des réseaux sociaux. En effet, lorsqu'on collecte des données transversales, il est difficile de déterminer si ce sont les caractéristiques des alters qui ont pu influencer les croyances et les comportements de l'Ego ou si ces alters ont été sélectionnés en raison justement de leurs caractéristiques ou d'autres facteurs associés à ces caractéristiques. Dans ce dernier cas, les liens de causalité que l'on pourrait identifier seraient fallacieux précise John SANDBERG.

- Et pour finir notre dernier document est titré « **la mortalité par tétanos néonatal : la situation a Niakhar au Sénégal** » c'est un article de **Michelle Garenne** et d'**Odile Leroy**.

La mortalité par tétanos néonatal plus particulièrement la dans la zone de Niakhar était très préoccupante. Dans cet article on expose la létalité du tétanos et son incidence sur la mortalité néonatale mais aussi les facteurs écologiques favorables au développement du tétanos qui rend dangereuse l'accouchement à domicile.

L'étude des causes de décès dans l'observatoire de Niakhar, au Sénégal, a permis de mesurer la mortalité par tétanos néonatal. Cette maladie est responsable de la mort de 16 nouveau-nés sur mille en moyenne. Les trois quarts des décès du sixième jour au neuvième jour lui sont dus, et l'extrême concentration des décès par tétanos aux 6^e et 7^e jours fait de ces deux jours les jours les plus mortels de la vie. La mortalité par tétanos néonatal a une saisonnalité marquée, avec un pic en saison des pluies, et elle frappe plus les garçons que les filles. Ces résultats amènent à s'interroger sur les interactions entre écologie bactérienne et immunité et sur leur corollaire possible : l'effet-dose, question qui ne peut recevoir de réponse dans le cadre de cette étude démo-épidémiologique.

Dans ce document la recherche est axés en premier lieu autour la physiologie même de la pathologie mais surtout sur ces capacités à influencer le taux de mortalité néonatal. Ceci est rendu possible grâce à l'exploitation de données d'enquêtes ethnographiques épidémiologiques et démographiques s'articulant surtout sur les conditions d'accouchement dans la zone de Niakhar combinées aux facteurs d'offres et de recours aux soins.

Les enquêtes ont été réalisées sur la base de ce canevas : les questionnaires ont été examinés sur le terrain, de façon indépendante, par deux médecins.

L'article part du principe que le tétanos est un déterminant de premier niveau dans l'augmentation de la mortalité néonatale.

Cette mortalité néonatale due au tétanos est très répandue en Afrique de l'Ouest plus particulièrement au Sénégal. C'est ainsi que dans la zone Niakhar est mené cette étude pour mettre en évidence les conditions écologiques, l'accouchement à domicile et les autres paramètres liés aux modes de vies au recours et l'offre de soins par apport à la mortalité liées aux bacilles tétaniques.

Les résultats de l'enquête indiquent que la mortalité néonatale à Niakhar est expressément liée au tétanos.

Cette létalité du tétanos dans la zone est due naturellement à une faible vaccination des femmes en état de grossesse mais aussi à des conditions d'accouchements souvent archaïques se faisant dans les concessions sans assistance médicale et surtout dans des endroits de la concession où l'écologie est favorable au développement du bacille tétanique comme le prouvent les résultats. L'étude a aussi démontré que la mortalité s'effectue le plus souvent entre le 6^e et 7^e jour suivant la naissance ce qui prouve la fragilité du nouveau-née et la nécessité de sa protection pendant cette période. La répartition saisonnière est aussi mise en exergue et on constate que la saison des pluies est plus favorable aux germes pathogènes que celles de la saison sèche.

II-3 les autres documents

- Concernant le fonctionnement du système de santé et du système de soins au Sénégal l'ouvrage de **Gérard Salem, 1998** ; de **Rebecca J. Cook et al 2005**; la thèse de **Fatou maria Dramé, 2006** et le **plan national de développement sanitaire (2009-2018)** nous ont permis d'avoir des éléments de connaissances sur le système de soins dans le monde et au Sénégal.

Selon Rebecca J. Cook et al 2005 le système de santé est défini comme un mécanisme qui, dans toute société, transforme ou intègre les connaissances et les ressources humaines et financières du domaine de la santé pour un faire des services correspondants aux préoccupations de cette société. En effet les auteurs montrent que les systèmes de santé ne sont pas arrivés à répondre aux besoins de vaste segment de la population mondiale. Il comporte des lacunes qui arrivent d'un pays à l'autre et même à l'intérieur d'un même pays, notamment les niveaux inégaux des services de santé offerts, l'utilisation inefficace des services et le manque de réceptivité aux attentes et aux points de vue des femmes. En effet les systèmes de santé constituent désormais l'un des plus importants secteurs de l'économie mondiale. Or, les ressources qui y sont affectées sont réparties de façon très inéquitable.

Par ailleurs dans une étude réalisée à Pikine Gérard Salem 1998, montre que le système de soins est organisé de type pyramidal et qui va de la case de santé au poste de santé et au centre de santé dirigé par un médecin ou des médecins. Pikine est alors organisé à un district de santé couvrant toute la ville avec un système de référence des malade au centre de santé Dominique et Roi Baudin. En plus quelques cabinets de médecins privées et cliniques privées, surtout des maternités, une antenne pédiatrique du CHU de Dakar complète l'offre de soins. Cependant à travers la mesure de l'activité des structures publiques de santé qui montre une nette régression du nombre de consultation par jours Gérard Salem révèle un dysfonctionnement du système de soins publique. Ce qui apparait comme un désaveu des structures publiques de la part des pikinois et posent plusieurs séries de question de santé publique. La première est de déterminer le profil démographique et morbide de la population consultante et sa représentativité par rapport à la population Générale. La seconde concerne la traduction spatiale de cette activité inégale : Aire de recrutement des structures et facteurs distance dans l'accès aux soins. La troisième a trait dans l'efficacité de ce système de soins à sa capacité à répondre à la demande aux besoins des pikinois.

Par ailleurs Fatou Maria Dramé, 2006 après avoir montré l'organisation du système de soins au Sénégal évoquent les mêmes dysfonctionnements liées à l'organisation du système de

soins à Dakar tantôt souligné par Gérard Salem. Ces problèmes s'articulent autour des questions relatives à la décentralisation administrative du pays, au statut des hôpitaux et à la coordination des activités de santé et du système de soins au Sénégal.

Cependant le plan national de développement sanitaire (PNDS, 2009-2018) a été le principal document de référence qui a permis de comprendre l'architecture du système de santé et du système de soins au Sénégal.

Le plan national de développement sanitaire, est un document qui fait le bilan des programmes entrepris par le ministère de la santé dans le cadre du développement sanitaire du pays. Il dégage les perspectives à suivre pour atteindre les objectifs visés par le PNDS, à savoir l'amélioration de l'accès aux soins des groupes vulnérables, la baisse de la mortalité maternelle, infantile, l'amélioration de la couverture en poste de santé, la facilitation et l'accès aux médicaments, une bonne gestion des compétences au niveau des collectivités et le budget investit par l'Etat pour le volet de la santé.

L'annuaire statistique mis en place par le service nationale d'information sanitaire (SNIS) est un outil permettant de disposer d'une base de données sanitaire fiable. Le document fournit des données statistiques fiables sur les ressources du système de santé, les activités curatives, préventives, promotionnelles, et l'état de santé de la population.

II-4 Les données sur mon terrain de recherche

Types de données	Source	Document ou site	Echelle	période
Démographiques	IRD	https://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010071521	concession	1983-present
Climatiques	PAS-PNA	https://climateanalytics.org/media/pas-pna_sn_etat_des_lieux_scientifique_fr.pdf	Régionale	2018
Economiques	ANSD	http://www.ansd.sn/ressources/ses/SES-Fatick-2016.pdf	Régionale	2016
Sanitaires	IRD	https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01953400/file/2018.%20Niakhar__memoires_et_perspectives.pdf	concession	1963-present
Agricoles	DAPSA	http://anads.ansd.sn/index.php/catalog/185	Régionale	2018-2019

Conclusion

L'analyse des éléments trouvés dans la littérature montre que notre thème de recherche est d'une importance capitale et mérite une réflexion plus poussée. L'agenda des ODD, les efforts des institutions sanitaires en matière de réduction de la mortalité maternelle et néonatale précoce démontrent la pertinence de l'étude de la dynamique de l'accouchement à domicile. Et le constat majeur que nous avons fait tout au long de cette synthèse bibliographique est que l'Afrique subsaharienne est une zone avec une santé très fragile et est le terrain de plusieurs recherches de développement. Par contre la spatialisation de ces données est lacunaire en Afrique Sub-saharienne et au Sénégal en particulier ce qui constitue justement l'intérêt de cette recherche.

I-Tableau Récapitulatif des objectifs et des hypothèses de la recherche

Le tableau ci-dessous est un tableau récapitulatif de nos objectifs et hypothèses de recherche.

OBJECTIFS	HYPOTHESES
<p><u>Objectifs général :</u> Analyser l'association des différents facteurs qui sont susceptibles d'influencer le choix des lieux d'accouchement.</p>	<p><u>Hypothèse générale :</u> Le choix du lieu d'accouchement dépend de l'association de plusieurs déterminants complémentaires.</p>
<p><u>Objectifs spécifiques :</u> Déterminer la proportion des femmes qui ont accouchés à domicile durant toute la durée de l'observation par unité géographique.</p>	<p><u>Hypothèses spécifiques :</u> L'influence du réseau social de l'individu détermine le choix du lieu d'accouchement.</p>
<p><u>Objectifs spécifiques :</u> Analyser l'évolution du lieu d'accouchement (établissement de santé/Concession) dans l'observatoire de Niakhar.</p>	<p><u>Hypothèses spécifiques :</u> Le lieu d'accouchement maternité/concession est fonction de l'accessibilité culturelle.</p>
<p><u>Objectifs spécifiques :</u> Analyser les variables qui influencent le choix du lieu d'accouchement (établissement de santé/Concession).</p>	<p><u>Hypothèses spécifiques :</u> L'accouchement dans les maternités est fortement lié à l'accessibilité géographique.</p>

II-Méthodologie

1. Tableau détaillé des types logiciels, des indicateurs et des sources de données.

TYPES DE LOGICIELS	INDICATEURS	SOURCES DE DONNEE
Application WORD	Géographiques	Dans les districts sanitaires
Logiciel SPHINX	Economiques	Dans les ménages
Logiciel Quantum Gis, osm Tracker, Google earth etc...	Sanitaires	Sur Internet
Logiciel EXCEL	Socio-culturels et démographiques	Sur les documents trouvés dans les bibliothèques, ANSD, IRD.

2. Méthodes

❖ Méthodes de collecte des données sur l'accès et l'activité des structures de prise en charge de la santé maternelle

Pour bien mener notre étude, nos informations seront prises dans des districts sanitaires, les ménages, sur internet ou sur les documents trouvés dans certaines bibliothèques.

❖ Méthodes d'échantillonnage pour les enquêtes et période envisagé pour la collecte des données

Nous nous baserons sur les indicateurs géographiques, économiques, sanitaires, socioculturels et démographiques. L'étude sera faite sur un échantillon d'une centaine de personnes et les populations ciblées sont les femmes enceintes et les multipares. Nous envisageons de faire cette étude vers les mois d'Avril à septembre. En effet pendant cette période, les structures de santé auront toutes les informations nécessaires, mesures prises sur les dynamiques d'accès aux soins de santé

❖ Méthodes de traitement des données

Les données qui seront recueillies au cours de nos enquêtes seront traitées sur la base :

- De la cartographie par le logiciel Arc gis.
- Du logiciel Excel pour les calculs, le traitement des tableaux et pour la représentation des graphiques.
- De l'application Word pour la représentation de quelques données.
- Du logiciel Sphinx pour l'élaboration des questions.

III- LA METHODOLOGIE DETAILLEE DU MEMOIRE DE MASTER II

INTRODUCTION GENERALE

I-PROBLEMATIQUE

II- DEFINITION CONCEPTUELLE

III-OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE RECHERCHES

IV-METHODOLOGIE DE RECHERCHE

PREMIERE PARTIE: L'OFFRE DE SOINS MATERNELS DANS LA ZONE DE NIAKHAR

CHAPITRE I : PRESENTATION DU SYSTEME DE SOINS AU SENEGAL

CHAPITRE II : L'OFFRE EN SOINS DE SANTE MATERNELS DANS LA ZONE DE NIAKHAR

DEUXIEME PARTIE : LE RECOURS AUX SOINS DE SANTE MATERNELS ET LE TYPE DE RECOURS THERAPEUTIQUES DECLARES PAR LES FEMMES DANS LA ZONE DE NIAKHAR

CHAPITRE I LE RECOURS AUX SOINS MATERNELS

CHAPITRE II LA DISTRUBUTION SPATIO-TEMPORELLE DES ACCOUCHEMENTS DOMICILES/ CENTRE DE SANTE

CHAPITRE III LES TYPES DE RECOURS THERAPEUTIQUES DECLARES PAR LES FEMMES

TROISIEME PARTIE : LES DETERMINANTS QUI INFLUENT SUR LE RECOURS AUX SOINS DES FEMMES ET LA CONSOMMATION MEDICALE

CHAPITRE I : LES DETERMINANTS QUI INFLUENT SUR LE RECOURS AUX SOINS

CHAPITRE II : LA CONSOMMATION MEDICALE

CONSLCLUSION GENERALE

BIBLIORAPHIE

III.1 : méthode de collecte des données :

A. L'enquête de terrain :

- ✓ Cartographie détaillée de la proportion des accouchements à domicile dans chacun des villages de l'observatoire de Niakhar de 1983 à 2018 pour mettre en exergue les villages les plus exposés aux problèmes liés à l'accouchement a domiciles.

- ✓ Enquêtes auprès des ménages et les responsables (agents) de santé pour mieux éclairer les facteurs déterminants de l'accouchement à domicile. Cette enquête combinera deux approches : l'une quantitative et l'autre qualitative.

B. Analyse des données et cartographie :

Elle consiste à exploiter les données obtenues. Nous utiliserons un certain nombre de logiciels comme :

- Excel pour l'exploitation des données sanitaires, socio- économiques et de la confession des graphiques ;
- Sphinx pour l'élaboration d'un questionnaire
- Quantum Gis pour la confection de la carte de la zone de l'observatoire de Niakhar ;

CONCLUSION GENERALE

Le recours à une institution sanitaire pendant la durée de la grossesse et à l'accouchement malgré une hausse substantielle ces dernières années reste faible dans beaucoup de région du monde plus particulièrement en Afrique subsaharienne malgré les efforts fourni par les institutions sanitaires et les acteurs de développement. Cette situation est généralement le fruit de plusieurs facteurs complémentaires allant des croyances religieuses et culturelles à l'âge au sexe, en passant par le statut social, le lieu de résidence, le niveau d'éducation mais aussi la situation socio-économique des populations etc...

Cette combinaison de facteurs ajouter aux difficultés de l'accessibilité géographique et économiques freine le recours des parturientes à une institution de santé et est responsable de milliers de morts qui pourraient être évitées sur le continent.

Donc amélioration de la qualité doit passer par une adéquation de l'offre aux attentes et préférences, ce qui fait appel à une complémentarité dans l'action entre les systèmes traditionnel et biomédical, la recherche d'un espace thérapeutique commun pour la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement.

Références bibliographiques :

- 1 OMS. Données de l'Observatoire mondiale de la santé : Sénégal.
- 2 Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) 2019 208 pages Sénégal
- 3 Chippaux J.-P., 2001. « La zone d'étude de Niakhar au Sénégal » [The Niakhar Study Zone in Senegal], *Médecine tropicale* 61, 2 : 131-135
- 4 DELAUNAY V., La situation démographique dans l'observatoire de Niakhar, de 1963 à 2014, Dakar, IRD, 90 p.
- 5 Delaunay V., Desclaux A., Sokhna C. (éd.), 2018. *Niakhar, mémoires et perspectives. Recherches pluridisciplinaires sur le changement en Afrique*. Marseille et Dakar, Éditions de l'IRD et L'Harmattan Sénégal, 535 p.
- 6 Chippaux J.-P., 2009. « Conception, utilisation et exploitation des autopsies verbales », *Médecine tropicale* 69, 2 : 143-150 •
- 7 Delaunay V., Marra A., Lévi P., Etard J.-F., 2003. « SSD de Niakhar, Senegal », in INDEPTH Network (ed.), *Population et santé dans les pays en développement*, Ottawa, CRDI, vol 1 : 313-321
- 8 Mbengue C, Derriennic Y, Diouf F, Dione D, Diawara L, Diagne A. Evaluation du système de santé du Sénégal. 2009. (28) Ministère de la Santé. Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017 p 10 Gueye A, Seck P. Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers au Sénégal. 2009.
- 9 Sylvain I. Faye ; Devenir mère au Sénégal : des expériences de maternité entre inégalités sociales et défaillances des services de santé Cahiers Santé vol. 18, n° 3, juillet-août-septembre 2008
- 10 Picheral H. (2001), dictionnaire raisonné de la géographie de la santé (307) pages
- 11 12 Adjamagbo A. (ed.), GUILLAUME AGNES (ED.), Koffi N. (ed.) (1999). *Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains*. Paris (FRA) ; 165 p. (Colloques et Séminaires).
- 12 www.horizon.documentation.ird.fr