

UNIVERSITE GASTON BERGER DE SAINT-LOUIS

UFR DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

SECTION DE SOCIOLOGIE

FAMILLE, EDUCATION, SOCIALISATION

ET CHANGEMENTS SOCIAUX



*L'Excellence au Service
du Développement*

MÉMOIRE DE MASTER 1

Analyse de la prise en charge des parturientes au Centre
Régional Hospitalier (CRH) de Saint-Louis

PRESENTE PAR :

MAHAWA MAME DIATTA

SOUS LA DIRECTION DE :

Pr. FATOU DIOP SALL

Année académique : 2014-2015

SOMMAIRE

SOMMAIRE	i
DEDICACES.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
INTRODUCTION.....	2
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE	5
CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE	6
CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE.....	11
DEUXIEME PARTIE METHODOLOGIE ET CADRE D'ETUDE.....	23
CHAPITRE 3 : CADRE METHODOLOGIQUE	25
CHAPITRE 4 : PRESENTATION DU CADRE D'ETUDE	30
TROISIEME PARTIE ANALYSE ET INTERPRETATION DES PREMIERS RESULTATS.....	37
CHAPITRE 5 : L'ACCES ET L'OFFRE DE SOINS OBSTETRICAUX A LA MATERNITE DU CHR DE SAINT-LOUIS.....	38
CHAPITRE 6 : LES CAUSES DE MORTALITE MATERNELLE ? LES COMPLICATIONS LIEES A LA GROSSESSE.....	40
CHAPITRE 7 : LUTTER CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE : QUELLE PRISE EN CHARGE ?.....	42
CONCLUSION	45
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	47
TABLE DES MATIERES.....	49
ANNEXE	51

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

Mon Papa : ton soutien, ta rigueur, ton souci du travail bien fait m'ont permis de ne pas faillir et tes enseignements resteront un repère pour tes enfants.

Profonde tendresse

Ma Maman : tes prières en notre faveur, ta compréhension, que l'amour qui règne pour tes enfants pérennise.

Profonde affection

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, nous rendons grâce à ALLAH, le tout Puissant de nous avoir donné la santé, la force et la possibilité de faire ce travail.

Je remercie :

Mme Fatou Diop SALL, *durant toutes nos années de formation, vous nous avez prodigué conseil et savoir ; vous nous avez toujours accueillis avec amabilité et simplicité je vous serai reconnaissante.*

Dr. Alpha BA, *pour son encadrement, son aide précieuse qu'il a bien voulu nous apporter tout le long de la réalisation de ce travail. Je ne serai trouver les expressions suffisantes lui exprimer ma gratitude.*

A Papa Moussa FAYE *pour ses orientations et son soutien*

Tous nos enseignants : *Vous nous avez prodigué un enseignement clair et précieux. Veuillez trouver en ce modeste travail, l'expression de ma profonde reconnaissance.*

Mon oncle Amoro BADJI et sa femme Mariama COLY, M. Seydou KA et Fatou BADJI qui n'ont ménagé aucun effort pour me mettre dans de bonnes conditions de travail et m'ont beaucoup soutenus, je vous serai toujours reconnaissante.

Mes frères et sœurs : *grand merci pour votre soutien sans faille*

Les anciens qui m'ont suivi, épaulé et montré le droit chemin, je veux nommer, Ndeye Khadidiatou DIATTA, Sadir DIEDHIOU, Isaïe DIEME, Ousmane DIOUF, Birame NDIAYE, Mariama Ciré BA

Ma gratitude s'adresse aussi à Marie Thérèse Gomis, Almamy Sonko, Ibrahima Ba, Nona CAMARA, ainsi que tous les amis (es) de la promotion P22 qui ont toujours été présent au bon moment pour soit me conseiller, m'assister ou m'aider dans le travail.

Mes remerciements vont aussi à tout le personnel du Centre Régional Hospitalier de Saint-Louis ainsi que le personnel du CAOSP

A toutes les personnes qui, de près ou de loin, m'ont soutenu, guidé et conseillé dans mes études. Veuillez accepter mes sincères remerciements.

INTRODUCTION

La politique nationale dans le domaine particulière de la santé maternelle est d'assurer dans un moindre risque la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement dans les structures publique de santé. Elle est basée sur les Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) qui s'appuie sur la notion de décès maternels évitable puisqu'on connait les causes médicales.

La grossesse est un événement naturel qui se déroule normalement pour la majorité des femmes enceintes. Afin d'identifier d'éventuelles complications et d'améliorer le confort et le vécu de chaque femme enceinte, un suivi est nécessaire. Dans ce contexte, l'information délivrée par les professionnels de santé le plus tôt possible à l'occasion des consultations prénatales à une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et la santé de l'enfant à venir. L'information a pour objectif de favoriser la participation active de la femme enceinte et de lui permettre de prendre avec le personnel de santé les décisions concernant sa santé.

L'amélioration de la santé maternelle est l'une des grandes priorités de l'OMS. L'Organisation œuvre en vue de réduire cette mortalité en fournissant des recommandations cliniques et programmatiques fondées sur des données factuelles, en fixant des normes mondiales et en apportant un soutien technique aux États Membres. En outre, l'OMS préconise l'utilisation de traitements plus efficaces et d'un coût plus abordable, élabore des matériels de formation et des lignes directrices à l'intention des agents de santé et accorde un soutien aux pays pour la mise en œuvre des politiques et programmes et le suivi des progrès accomplis.

Face aux difficultés rencontrées par les structures hospitalières de divers niveaux et dans le cadre de l'opérationnalisation des orientations stratégiques du PNDS, l'Etat du sénégalais entreprend en 1998 la réforme hospitalière. Afin de promouvoir l'accès aux soins de qualité pour tout citoyen et d'améliorer l'organisation et le fonctionnement des établissements publics de santé, deux lois complémentaires sont votées en Février 1998, l'une est intitulée « loi portant sur la réforme hospitalière » et l'autre « loi relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement.

Les complications obstétricales sont les principales causes de morbidité et chez les femmes en âge de reproduction. On attribue souvent la baisse de la mortalité maternelle à l'amélioration de la quantité et de la qualité de l'offre de soins ; une offre dans l'ensemble

encore très insuffisante en Afrique Subsaharienne où l'on enregistre toujours les niveaux de mortalité les plus élevés du monde.

En effet l'Afrique Subsaharienne est la région du monde où la santé est la plus précaire, quel que soit l'indicateur retenu pour mesurer. Le taux de mortalité maternelle y serait de 830 décès maternels pour 100000 naissances(OMS2007).

En outre Au Sénégal, plus qu'ailleurs, l'offre de soin reste insuffisante. La construction de nouvelles infrastructures sanitaires est une priorité, mais suffit-elle à améliorer la santé de la population ?

Par ailleurs dans tout système de soin, la maternité représente toujours un service de très grande importance car, c'est par cette voie que nous prenons tous naissance. Dans tous les pays du monde, la qualité des soins dans un tel service constitue une priorité majeure de santé publique pour améliorer la santé de la reproduction et par conséquent, contribuer au bien-être familial de la famille. Elle est définie selon l'OMS comme « *une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostics et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé* ». Bien que les décès maternels aient été définis comme ceux survenant jusqu'au 42^e jour après l'accouchement, la plupart d'entre eux se produisent entre le troisième trimestre et la première semaine suivante l'accouchement, et le risque de décès est particulièrement élevé lors des deux jours après l'accouchement.

La prise en charge adéquate des urgences obstétricales peut être retardée pour plusieurs raisons. Les accompagnants de la parturiente peuvent mettre du temps à mobiliser les fonds nécessaires à sa prise en charge. Le personnel peut ne pas avoir à sa disposition l'équipement et les médicaments requis pour prendre en charge la parturiente. Les prestataires de soins font parfois preuve de manque de compétences pour la reconnaissance et le traitement rapides des complications obstétricales.

En effet, dans le cadre des programmes de la santé publique et soins maternels, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale a inscrit l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patientes au niveau des services des urgences. La mise en place de cette vision a été appuyée par plusieurs expériences de réorganisation structurelle et fonctionnelle des soins obstétricaux des urgences (SOU). Cet appui vise à satisfaire les usagers des urgences particulièrement en matière de processus et de la qualité des soins.

Ce présent travail vise à analyser le processus de prise en charge des parturientes au niveau de la Maternité de l'hôpital Régional de Saint-Louis.

La première partie traitera d'abord le contexte général de l'étude ; ensuite la deuxième partie, la méthodologie. Il s'agira de faire état du cheminement théorique à la méthodologie qui a été à la base de cette étude. Dans la troisième partie, il s'agira de la présentation des premiers résultats d'analyse des données.

PREMIERE PARTIE :
CONTEXTE GENERAL DE
L'ETUDE

CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

1.1 Contexte sanitaire

Au Sénégal, une politique générale de prise en charge du système sanitaire en 1998, a été adoptée sous le nom de réforme hospitalière. Cette dernière a constitué un axe majeur de la nouvelle politique de santé au Sénégal. En effet, elle a été initiée en 1998 à la faveur des lois 98-08 du 12 Février 1998 et 98-18 du 12 Février relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé. Ces lois ont été complétées par le décret 98-701, relatif à l'organisation administrative des établissements publics du Sénégal. Les objectifs de la réforme participent à la revitalisation du service public hospitalier et s'articulent autour de la qualité des soins et du renforcement des capacités de gestion. La réforme se fonde par ailleurs sur les principes d'accessibilité aux soins des patients, la responsabilité et la mobilisation du personnel autour d'objectifs communs de la primauté, de la qualité et de la sécurité des soins, de la maîtrise des charges financières et du recouvrement des coûts, enfin de l'exercice de la tutelle sur les missions de service public.

Avec les modifications intervenues sur les outils de gestion tels que le manuel d'organisation des hôpitaux, le manuel de procédures et des outils de gestion des ressources humaines ; la réforme hospitalière a buté sur des contraintes de taille autrement dit la faiblesse des ressources humaines et l'insuffisance des moyens d'accompagnements.

Dans sa politique de couverture en infrastructures et en personnels, l'OMS préconise 1 poste de santé pour 10000 habitants ; 1 centre de santé pour 50000 habitants ; 1 médecin pour 5000 à 10000 habitants ; 1 hôpital pour 150000 habitants ; 1^e sage-femme pour 300 FAR (Femme en âge de Reproduction). Au Sénégal, ces chiffres, indicateurs de couverture en infrastructures et en personnels sont loin d'être satisfaisante comparés aux normes de l'OMS.¹

Le Sénégal a adopté son deuxième Document de Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (DSRP -2) pour la période 2006-2010. Le secteur de la santé y occupe une place de choix du fait de son rôle de premier plan dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Le présent Plan National de Développement

¹ Le ratio au Sénégal compte un total de 3084 structures de santé (dont 86 hôpitaux, 242 centres de santé y compris les centres médicaux de garnison (CMG), 1250 postes de santé y compris les infirmeries des maisons d'arrêt et de correction (MAC) et 1506 cases de santé. (EDS-Continue, 2014)

Sanitaire (PNDS 2009-2018) consacre une rupture dans la façon d'aborder le développement sanitaire. Puisque par le passé, la priorité est accordée à la répartition équitable de l'offre de services et au financement de la demande en santé. Le plan repose, en effet, sur une vision d'un « *Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion.* ».²

L'attention portée à la démocratisation des soins dans le cadre du PNDS 2009-2018 n'occulte pas cependant la priorité accordée à la prévention, option politique majeure qui trouve son fondement dans l'ancrage de la politique de santé du Sénégal aux Soins de Santé Primaires. Ce plan est orienté vers la réalisation des OMD santé. Mais un accent particulier sera mis sur l'amélioration de la gestion du secteur dans un cadre multisectoriel afin de mieux prendre en charge les déterminants de la santé et réduire les inégalités. C'est ainsi que les objectifs du PNDS 2009-2018 sont axés autour de quatre (04) points :

- ❖ Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto juvénile ;
- ❖ Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ;
- ❖ Renforcer durablement le système de santé ;
- ❖ Améliorer la gouvernance du secteur de la santé.

A titre d'exemple, le Sénégal à l'instar de beaucoup de pays, a compris que la santé constitue un des piliers de tout développement économique et social. Il a ratifié de nombreux traités et déclarations en matière de santé publique :

1. La Déclaration universelle des droits de l'homme,
2. La charte de l'Union Africaine,
3. La convention des droits de l'enfant pour répondre aux problèmes de santé préventif.

Les progrès sanitaire accomplis peuvent donc dans une bonne mesure être attribués aux politiques de santé mise en œuvre depuis les indépendances. L'offre des soins biomédicaux en quantité semble constitué un véritable problème pour les pouvoirs publics africains, confronté à un double défis démographique et de la stagnation, voire la régression de leurs économies respectives. Au demeurant la santé des populations composante essentielle

² (PNDS 2009-2018) : Plan National de Développement Sanitaire

du développement humain est souvent précaire et les indicateurs sanitaires inquiétants. Le taux de morbidité, de mortalité infanto-juvénile sont très élevés :

La mortalité infanto-juvénile reste élevée au plan national. Pour la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête), les résultats montrent que sur 1 000 naissances vivantes, 47 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire (29 ‰ entre 0 et 1 mois exact et 18 ‰ entre 1 et 12 mois exacts) ; sur 1000 enfants âgés d'un an, 26 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire. (EDS-MICS, 2010-2011)

Le phénomène de santé recouvre tout un domaine de connaissance très large et diversifié. Aujourd'hui la plupart des décès maternels se produisent dans les pays les plus pauvres. Au Sénégal le taux de couverture pour les soins prénatals est de 79% de 1997 à 2005.³ Les statistiques dans le rapport de l'enquête (EDS-Continue, 2014), ont augmenté en matière de consultations prénatales :

On relève que parmi les dernières naissances vivantes ayant eu lieu au cours des cinq dernières années, plus de neuf naissances sur dix (96 %) ont fait l'objet de consultations prénatales auprès de professionnels de la santé (médecins, sages-femmes et infirmières). Ces consultations ont été principalement effectuées par les sages-femmes (71 %), suivies des infirmières (22 %) ; dans très peu de cas, elles ont été fournies par des médecins (3 %). Seulement, 1 % des mères ont effectué des consultations prénatales auprès de matrones et d'accoucheuses traditionnelles.

Cependant, malgré toutes ces avancées, la santé maternelle présente toujours des inquiétudes et des besoins en matière de prise en charge surtout avec certains cas spécifiques impliquant des complications obstétricales. Ainsi, cette situation défavorable de la santé maternelle est de manière générale causée par :

1. Une non surveillance sérieuse prénatale des femmes enceintes, car il a été noté que sur 100 femmes de 15 à 40 ans 30 n'ont pas accès à une surveillance et à des visites prénatales afin de prévenir, par exemple les souffrances au cours de l'accouchement prématuré, le paludisme, le VIH/SIDA.
2. Accès limité aux soins obstétricaux d'urgence en cas de complication lors de l'accouchement. Comme par exemple l'hémorragie post-partum et l'anémie.
3. La pauvreté des populations ou les problèmes liés au manque de personnel qualifié, à la malnutrition et d'insuffisance pondérale à la naissance.

³ EDS, 2005

4. Les mutilations génitales féminines peuvent également être source de mortalité maternelle.
5. Un manque d'éducation, de sensibilisation, d'instruction et d'information des populations en matière de santé, ce qui induit une non régulation des fécondités et naissances rapprochés.

La santé de la reproduction nécessite la surveillance de la grossesse, l'assistance par du personnel qualifié pendant l'accouchement et la prise en charge des complications obstétricales et néonatales. Selon l'EDS IV, la proportion de femmes enceintes ayant effectué au moins une consultation prénatale auprès de personnel de santé qualifié est passée de 82% en 1997 à 87% en 2005 avec un taux d'achèvement (4 CPN) de 40%. La proportion de femmes dont l'accouchement s'est déroulé en structure sanitaire est passée de 48% à 62% avec 52% par du personnel qualifié.

En effet les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) s'inscrivent également dans cette stratégie. Les SONU constituent un paquet d'interventions essentielles pour faire face aux complications qui surviennent lors de l'accouchement. L'accès aux SONU constitue une dimension clé de la lutte contre les décès maternels. Plusieurs pays se sont tournés vers cette stratégie. Les SONU peuvent être divisés en deux catégories : SONU de base et SONU complets.

Les SONU de base peuvent être administrés par des sages-femmes ou des médecins et ne nécessitent pas de compétences chirurgicales. Ils sont composés des interventions suivantes: l'administration d'antibiotiques, de médicaments et d'anticonvulsivants parentéraux; l'extraction manuelle du placenta et des résidus; et l'accouchement par voie basse assisté.

Les SONU complets comprennent toutes ces interventions, en plus de la possibilité d'effectuer des césariennes et des transfusions sanguines. Ils ne peuvent être administrés que par des prestataires de soins ayant les compétences chirurgicales adéquates dans un centre de santé qui dispose de ressources nécessaires. L'accès aux SONU est donc influencé par la possibilité pour une femme d'être transférée d'un centre de santé offrant des soins de base à un autre offrant des soins complets. Les systèmes de référence visent à assurer ce transfert.

1.2 Justification de l'étude

Au Sénégal, on constate une prise de conscience accrue de l'importance du secteur public dans le cadre de la prestation des services de santé. Dans le domaine de la santé la recherche scientifique apporte une contribution très importante aux efforts pour préserver la santé et combattre les maladies. Les complications de la grossesse et de ses suites menacent constamment la santé des femmes en âge de procréer.

Tout problème de santé a une dimension sociale. Une situation sanitaire a toujours un lien avec les caractéristiques sociologiques de la société. Comprendre les causes et conséquences des phénomènes sociaux liés aux politiques publiques sanitaires passent par une lecture sociologique. Ainsi, s'agissant d'une recherche sociologique, l'intérêt de la connaissance scientifique serait de venir à bout des idées, des prénotions afin de permettre une rationalisation des phénomènes sociaux.

L'intérêt pour nous d'étudier la prise en charge des parturientes relève de l'importance de la consultation prénatale ou le suivi de grossesse et à l'amélioration des connaissances sur le fonctionnement du système de soins et aussi une meilleure compréhension sur des causes et facteurs déterminants des décès maternels pouvant servir de lanterne pour les politiques et stratégies actuelles de réduction de la mortalité maternelle.

CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE

2.1 Problématique

On entend par politique de santé l'ensemble des stratégies mises en œuvre par l'Etat pour permettre aux populations d'accéder à des soins de santé aussi bien en qualité qu'en quantité. Elle traduit l'importance de ce secteur pour l'Etat et sa volonté d'apporter des solutions aux problèmes de santé des citoyens. Cette notion recouvre des réalités différentes selon qu'on est politologue, acteur ou théoricien du développement, sociologue ou anthropologue. Il en ressort que pour l'acteur au développement, la santé est un secteur de l'activité économique, un domaine de la vie sociale où l'Etat intervient pour définir ses choix en matière de solidarité nationale, il constitue un moyen de contrôle politique. Mais de l'avis des anthropologues et sociologues la santé fait l'objet d'enjeux sociaux où se dessinent les rapports de pouvoir et de pratiques de distinctions qu'ils s'agissent de la façon dont les gens se soignent ou sont soignés, de la manière dont ils se représentent la maladie ou les thérapies.

La santé est le lieu où s'effectuent les formes d'entre-aide traduisant la nécessité de gérer collectivement les inégalités devant les maladies et les malheurs. La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise en son article 17 qui stipule que :

[...]L'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être [...]

Autrement dit la politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

La santé publique est alimentée par la détérioration des infrastructures physiques et des équipements dans la plupart des institutions de santé. Les pénuries sévères de médicaments et autres fournitures, la baisse des rémunérations du personnel de santé publique et la détérioration de l'environnement de travail ont découragé l'excellence professionnelle. A cela s'ajoute la mise en place de cliniques privées destinées à la population riche.

La santé maternelle, dans une conception plus ou moins simple, correspond à celle d'une mère pendant toute la période féconde située généralement entre 15 et 49 ans. La santé

maternelle concerne d'abord les différentes informations de sensibilisation, de prévention, de formation, et de conseils pratiques préalables donnés à la femme concernant sa santé, celle des membres de sa famille et principalement les enfants, les précautions et pratiques d'hygiène qu'elle doit mener dans son milieu de vie, la maternité et la manière de bien s'y prendre. Elle se poursuit au moment même de la grossesse avec toutes les dispositions sociales, psychologiques et économiques de prévention du bon déroulement de la grossesse afin de favoriser naturellement un accouchement dans de bonnes conditions et un bon état sanitaire de l'enfant et de la mère dans les moments qui suivent, à savoir 42 jours après l'accouchement et les premières années de la vie de l'enfant. En d'autres termes, elle serait le parfait état génétique, biologique, psychologique, économique et social de la femme en âge de procréer. Sa santé et celle des membres de sa famille doivent être hors de danger.

Malgré les efforts fournis par l'Etat du Sénégal, les ONG et la communauté internationale, le taux de mortalité maternelle reste toujours élevé :

Au Sénégal, une femme court un risque d'environ 1 sur 43 de décéder pour cause maternelle pendant les âges de procréation. Ces valeurs peuvent être transformées en une estimation du taux de mortalité maternelle (décès maternels pour 100 000 naissances). L'estimation, qui se rapporte à la dernière décennie est de 392 pour 100 000 naissances. Du fait de l'importance de l'intervalle de confiance associé à cet indicateur⁴, il faut être très prudent quant à l'interprétation du niveau de mortalité maternelle. La valeur réelle du ratio de mortalité maternelle estimé par l'EDS-MICS (392 pour 100 000) se situe entre 330 et 453.

L'estimation du ratio de mortalité maternelle selon la méthode indirecte à partir de l'EDS Sénégal de 2005 était de 434 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Du fait de l'importance de l'intervalle de confiance associé à cet indicateur, il est évident que la mortalité maternelle n'a pratiquement pas changé entre l'EDS 2005 et l'EDS-MICS 2010-11.⁵

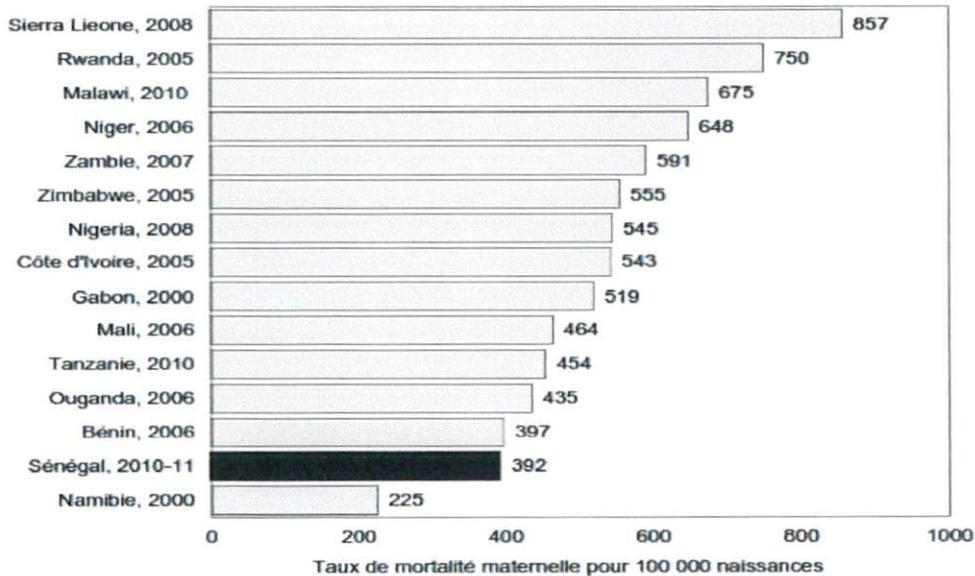
Pourtant ces chiffres du taux de mortalité maternelle bien qu'élevés positionnent le Sénégal en deuxième place des pays de l'Afrique subsaharienne qui ont le moins de mortalités maternelles. Les ratios de mortalité maternelle estimés à partir d'enquêtes EDS menées dans d'autres pays africains sont présentés dans ce graphique⁶ qui suit :

⁴L'intervalle de confiance est affecté par les erreurs de sondage. Par ailleurs, en plus des erreurs de sondage, les estimations obtenues au cours d'une enquête sont également sujettes aux erreurs de mesure ou de collecte. (L'EDS-MICS 2010-11).

⁵EDS-MICS, *Enquêtes Démographiques et de Santé*, 2010-2011, p.273-274.

⁶Op.cit. (p.274)

Graphique 15.2 Mortalité maternelle au Sénégal et en Afrique subsaharienne



Source : EDS-MICS 2010-2011

En effet ce taux de mortalité élevé au Sénégal, peut être assigné non seulement au manque de ressources humaines bien qualifiées et expérimentées, à des forces sociales et culturelles mais aussi à l'insuffisance des infrastructures publiques sanitaires :

À l'heure actuelle, le Sénégal compte un total de 3084 structures de santé (dont 86 hôpitaux, 242 centres de santé y compris les centres médicaux de garnison (CMG), 1250 postes de santé y compris les infirmeries des maisons d'arrêt et de correction (MAC) et 1506 cases de santé. Cependant, en termes de couverture en infrastructures sanitaires, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes⁷ préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).⁸

La santé demeure ainsi un problème qui se pose toujours avec acuité aux pouvoirs politiques comme aux populations ou même aux institutions internationales comme la Banque Mondiale, l'Union Africain et le Fond Monétaire International.

En Afrique, un certain nombre de pays se sont engagés plus ou moins rapidement, mais avec détermination, dans la voie de la participation financière des usagers, sous forme de paiement direct en instaurant un principe de tarification des actes médicaux depuis les années 80. Ce changement de politique (gratuité des soins) aurait suscité de nombreuses controverses

⁷ Normes OMS : 1 poste de santé pour 10 000 habitants ; 1 centre de santé pour 50 000 habitants et 1 hôpital pour 150 000 habitants.

⁸ Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) 2014

fortement tournées au départ vers le seul lien « prix/coût » accès aux soins. Cependant, il s'avéra que les positions ne peuvent être et que les prix, les coûts peuvent certes jouer un rôle dans l'accès aux soins de base, mais qu'ils n'en sont pas les seuls déterminants. Ce qui était posé comme un des objectifs de cette initiative, la qualité de l'offre, prise au sens large sera considérée comme un autre déterminant de l'utilisation des services de santé. Aussi bien que la prise en considération de la qualité soit assez complexe du fait de la multiplicité de ses composantes et des difficultés de mesurer certaines d'entre elles, elle sera introduite dans les modèles de demande de soins.

Selon l'ANSD⁹ (RGPHAE, 2013) la performance notée pour les accouchements assistés par un personnel qualifié est née d'une volonté politique d'amélioration de la santé de la reproduction qui s'est traduite par des initiatives de l'Etat en faveur de la santé de la reproduction. L'introduction progressive de la gratuité des césariennes et des accouchements, le renforcement de la surveillance de la grossesse pour atteindre en 2011 une couverture adéquate en CPN¹⁰ de qualité, la poursuite de la généralisation de l'assistance à l'accouchement. Le Sénégal comptait en 2011, 990 sages-femmes, 126 obstétriciens, 14 généralistes, 60 autres soignants, 1603 travailleurs de santé communautaire, tous ayant de compétences de sage-femme. Selon les normes de l'OMS faudrait au moins 6 sages-femmes pour 1000 naissances pour assurer une couverture complète et une assistance de qualité. Au Sénégal, le ratio est seulement 2 sages-femmes pour 1000 naissance.

2.1.1 Etat de la question

En se documentant sur les systèmes hospitaliers ou sur les soins hospitaliers, on se rend compte que les praticiens des sciences sociales prennent part à l'analyse des phénomènes relatifs aux malades, aux maladies et à la prise en charge de ces derniers. C'est ainsi que les anthropologues et les sociologues de la santé ont conduit des réflexions originales à partir des démarches et des études de terrain sur différentes interrogations sanitaires. Nous abordons ici celles qui se rapportent à la santé publique et à la santé maternelle.

Qu'est-ce que la santé publique ? Cette interrogation suscite en effet de nombreuses réflexions mais la réponse à cette question n'apparaît pas simple. Dans l'ouvrage intitulé *Santé publique* (BRUCKER et FASSIN, 1989) la définissent comme étant :

⁹ Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie

¹⁰ Consultations Prénatales

La santé publique est une discipline dont les contours se sont constamment déplacés au cours des dernières années : succédant à l'hygiène et à la médecine préventive, elle comprend aujourd'hui l'ensemble des interventions concernant la santé des personnes et des collectivités, et déborde ainsi le champ de la médecine pour s'intéresser notamment à l'économie et au social. S'il fallait se hasarder à lui donner une définition actuelle, nous dirions qu'elle est une démarche pratique ayant les politiques de santé pour objet.¹¹

Et, un peu plus loin :

Ainsi orientée vers l'action, elle s'appuie sur des disciplines scientifiques diverses. En particulier l'épidémiologie, l'économie, la démographie, la géographie et les sciences sociales, auxquelles elle demande des outils pour analyser les problèmes de santé, etc.

Autrement dit, il s'agirait d'une discipline très particulière, puisqu'elle s'exprime à travers des actions qui tendent à maintenir ou à promouvoir la santé des gens (individus et groupes), actions s'appuyant sur des résultats issus de recherches venant d'autres disciplines.¹²

La santé maternelle révèle la qualité de la santé des femmes, les dispositifs et soins mis en œuvre pour permettre à la femme d'avoir une espérance de vie normale. Celle-ci (SM) est une branche de la santé de la reproduction du moment où cette dernière (SR) est une composante essentielle et centrale dans la santé publique.

Depuis septembre 2013, le Sénégal est en train de d'expérimenter une politique de couverture maladie universelle qui répond sûrement à une nécessité (couverture effective de 75% de la population à l'horizon 2017). Cependant les programmes de santé de la reproduction tels que SONU, OMD5, ont comme but de lutter contre la mortalité maternelle. Les résultats de l'enquête EDS 2005 révèle une baisse de taux de la mortalité maternelle. Néanmoins ces avancées, aussi positives soient-elles, le Sénégal voit toujours sont retard s'accroître et figure parmi les pays qui observent les taux les plus forts du monde (392 décès pour 100 000 naissances vivantes au Sénégal contre 8 en France en 2010).¹³ Il serait par ailleurs important de développer des stratégies nouvelles répondant aux besoins des

¹¹ Marc-Éric GRUÉNAIS et Jean-Pierre DOZON, *Anthropologies et santé publique*, Cahier des SCIENCES HUMAINES, vol. 28, n°1, Editions de l'ORSTOM, Paris, 1992.

¹² Op.cit.

¹³ TOMASSO Flora, 2013, SANTÉ DES VILLES, SANTÉ DES CHAMPS : Le cas de la reproduction dans le département de Saint-Louis au Sénégal, Thèse pour le doctorat de troisième cycle de Géographie et Aménagement de l'espace.

parturientes et des programmes de soins adaptés à la prise charge de la santé maternelle, afin d'aspirer à une réduction du taux de mortalité maternelle.

Les contraintes majeures de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale sont très souvent liées à l'absence de maîtrise de la fécondité. C'est dans ce sens qu'Etienne BERTHET souligne que :

Dans les risques qui menacent la santé et la vie des hommes le comportement, les habitudes, les styles de vie ont pris et prendront dans l'avenir une place d'autant plus grande dans notre vie quotidienne que les découvertes médicales nous donnerons des moyens de préventions et de plus en plus puissants ¹⁴».

Ainsi BERTHET semble répondre à notre préoccupation selon laquelle il doit figurer nécessairement trois idées essentielles à savoir d'abord que la santé surtout celle des femmes est le développement équilibré et harmonieux de toutes les composantes biologiques, psychologiques et sociales de la personne humaine ce qui implique nécessairement la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme et la perpétuelle adaptation de ce dernier à son environnement. Ensuite, sur le plan individuel, la santé serait un développement et un rendement équilibré, harmonieux de la personne humaine tout au long de sa vie, se matérialisant par sa capacité à développer au maximum ses potentialités et ses possibilités d'actions. Enfin, la santé relève d'une mise en place de tous les dispositifs de prévention pour résister contre les assauts qui peuvent surgir au cours de l'existence humaine.

A cet effet, Laurent VIDAL et ses collègues font remarquer que

...de la littérature anthropologique sur la santé et la maladie en Afrique, aux observateurs et constats –même superficiels- des promoteurs de projets de développement ; un consensus général qui se dégage pour admettre que les pratiques et savoirs populaires sur la souffrance, le traitement et la guérison se trouvent inévitablement et régulièrement confronter aux pratiques et savoirs portés par les représentants de la biomédecine »¹⁵

Ce constat, nous semble-t-il, renvoie en effet à la relation du malade à son milieu et aux soignants. Autrement dit, toute tentative de résolution passerait certainement par la prise en compte des déterminants sociaux de l'organisation et le fonctionnement du système hospitalier en Afrique. Ce système est en fait, assez souvent, caractérisé par sa propre

¹⁴ BERTHET Etienne, 1983, Information et éducation sanitaire, Paris, PUF, Collection Que sait-je

¹⁵ VIDAL. L, FALL A S , GADOU. D, 2005, Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest entre savoirs et pratiques, Paris, l'Harmattan P11

particularité d'être un ensemble de réseaux et de pratiques informelles que l'on ne maîtrise pas assez souvent. La question de la prise en charge à cet effet, répond à la logique de la négociation dans le milieu hospitalier avec une particularité qu'on lui reconnaît. VIDAL souligne encore qu' :

on conçoit aisément que cette confrontation avec l'institution, la hiérarchisation médicale ne puisse prendre forme indépendamment d'un processus de négociation : pour accéder au médecin sans trop attendre, pour obtenir une information sur la nature de sa maladie, la prise de médicaments, les autres démarches de soins dans la structure maintenant ou dans l'avenir.

Cette attitude n'est tout de même pas sans créer les difficultés ou encore des conflits au niveau des établissements de soins publics comme privés en Afrique comme au Sénégal.

Les travaux de Flora TOMASSO montre que ce n'est qu'après la conférence du Caire (1994) sur la santé de la reproduction que le Sénégal donne une place significative à cette dernière dans la politique de santé nationale. En effet la notion de la reproduction semble être relativement nouvelle au Sénégal. Néanmoins de nombreuses confusions subsistent encore à son propos. De ce fait, cette notion recouvre trois facteurs : la santé maternelle, la régulation des naissances et les luttes contre les maladies sexuelles et reproductives.

Selon TOMASSO, au Sénégal, de nombreuses entités gouvernementales ont été appelées à coordonner les activités de la population (Ministère de la santé, de la jeunesse, de l'éducation, de la femme). La plupart des aspects de santé de la reproduction est aujourd'hui confié à la division de la santé de la reproduction du ministère de la santé qui organise et coordonne depuis 2001 les activités préventives, promotionnelles et curative de la santé de la reproduction. Le système de planification repose sur un paquet de services et de nombreuses interventions sanitaires établis dans le but de pouvoir atteindre les OMD relatif à la santé maternelle et infantile.

Il évoque la dispense des soins et des conseils de la santé. Au Sénégal, ce sont les établissements de santé qui se chargent de fournir la plupart des soins reproductifs en fonction de leur niveau dans la hiérarchie sanitaire (hôpitaux, centre de santé, poste de santé). Les ONG et les associations communautaires qui interviennent elles aussi sur l'ensemble du pays ne fournissant en définitive qu'une part infime des services de santé de la reproduction. Il existe cependant, des disparités sociales et géographiques importantes ; pour Tomasso, les mauvais indicateurs de santé maternelle et infantile relèveraient de problèmes sanitaires autant

que d'injustices sociales. Ces dernières, sources d'inégalités sociales, créent en effet, des inégalités sanitaires.

La pauvreté associée au manque d'instruction des mères aux mauvaises conditions d'hygiène et aux carences de l'encadrement médical vont accroître considérablement les risques de détérioration de la santé des populations. Ainsi le niveau de mortalité et de fécondité peuvent varier du simple au double selon que l'on soit riche ou pauvre, instruit ou analphabète ou que l'on réside dans la capitale ou dans le village d'une région excentrée.

Dans la même perspective, la sociologue Fatou DIOP SALL souligne que la sociologie de la santé décrit les inégalités sociales. Sur ce, les populations rurales sont peu desservies en structures de santé de référence particulièrement en soins gynécologiques et obstétricaux d'urgence, la prise en charge des complications néonatales, la prévalence élevée des complications obstétricales ainsi que les comportements sexuels à risque pour les jeunes. De ce fait, les inégalités de santé concernent principalement les femmes, les filles, les nouveaux nés, les adolescents et les jeunes. Ces derniers constituent la composante démographique la plus importante au Sénégal d'où pour elle d'étudier la santé de la reproduction, les programmes de santé sexuelle, maternelle et néonatale.

En poursuivant nos recherches autour de la santé de la reproduction, on note à travers les écrits de Fatou DIOP SALL, que la santé de la reproduction est devenue un enjeu fondamental pour le bien-être des populations essentiellement pour les politiques publiques en matière de population et de développement. Dans ce cas, elle affirme l'apparition d'un nouveau paradigme autour de la reproduction. En effet, les objectifs visés seraient notamment la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la baisse de la fécondité et l'amélioration de la santé des groupes spécifiques (adolescents, jeunes, femmes, etc.). Les politiques publiques subséquentes, devraient dès lors être guidées par des principes de droits humains : le droit des individus et des couples à choisir la taille de leur famille, le droit à l'information, à l'éducation et à l'accès aux méthodes contraceptives.

2.1.2 Problème de recherche

La santé maternelle est influencée par une grande variété de facteurs, y compris le statut économique, la génétique, les modèles de comportement, les systèmes de santé, de soins ainsi que les environnements physiques et sociaux. Aujourd'hui, l'un des grands thèmes pour le développement social demeure la santé mais surtout celle des femmes. Elles sont la première cause mondiale de morbidité, d'infirmité et de décès pour cette cible, surtout dans les pays en développements. Ainsi, nous constatons à travers nos recherches que les études menées sur la santé maternelle sont multiples et faites de façons différentes. La plupart de ces études traitent des déterminants socio-culturels de la mortalité maternelle ou les conditions d'accès financiers et géographiques des femmes dans les hôpitaux.

Par ailleurs d'autres ont aussi écrit sur l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers et aussi la réduction des barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources. Malgré une production scientifique variée et des programmes de prise en charge des soins obstétricaux approfondis, les problèmes semblent persistés et les complications demeurent. Ainsi se pose, toute les raisons de s'interroger sur ces politiques de prise en charge : comment pourront-nous expliquer le retard des stratégies de politique sanitaire visant l'amélioration de qualité de soins pour une maternité sans risque ?

De nos jours celle-ci fait l'objet de recherches démographiques et sociologiques. Certes des projets sont en cours de réalisation pour diminuer la mortalité maternelle mais il reste beaucoup de progrès car ce fléau est en train de faire des ravages. C'est dans cette perspective que s'inscrit notre travail se basant sur l'analyse de la prise en charge des parturientes dans le Centre Régional Hospitalier (CRH) de Saint-Louis.

2.2 Question de recherche

Compte tenu de toutes ces interrogations sur la santé maternelle notre question spécifique serait : **quels types de soins obstétricaux bénéficient les femmes lors des urgences à la maternité de l'hôpital régional de Saint-Louis ?**

2.3 Hypothèse

L'hypothèse que nous formulons est la suivante : eu égard à l'importance accordée à la fécondité dans nos société, une prise en charge des complications obstétricaux pour éviter les décès maternels nécessite un personnel soignant qualifié disponible et des matériels adéquats et conforme aux besoins dans la prestation de service de soin.

2.4. Objectifs de recherche

Pour mieux appréhender cet univers essentiel et complexe, nous avons défini un objectif général et des objectifs spécifiques pour mieux se rendre compte des aspects relatifs à la santé maternelle.

❖ Objectif général

Notre étude vise à analyser et comprendre l'offre de soins obstétricaux à l'hôpital régionale de Saint-Louis.

❖ Objectifs spécifiques

- ✓ Identifier le profil épidémiologique des parturientes
- ✓ Appréhender le système de soins adopté par le personnel de santé qualifié auprès des femmes enceintes.
- ✓ Evaluer les différents problèmes auxquels sont confrontés les acteurs (personnel et les femmes enceintes).

2.5 Conceptualisation

2.5.1 Mortalité maternelle

La mortalité maternelle 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 motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite », selon l'organisation mondiale de la santé(O.M.S). Cette définition donnée par l'O.M.S est unanimement reconnue. La mort maternelle est

devenue un événement très rare mais reste un indicateur reconnu et fondamental de santé d'un pays et un signal à l'attention des professionnels de la santé et des décideurs, témoignant d'éventuels dysfonctionnements du système de soins.

2.5.2 La prise en charge

La prise en charge d'une maladie, constitue un élément important dans le processus de réduction des douleurs ou d'élimination de la pathologie. En présence d'une maladie, « le modèle de prise en charge est très sensible à la perception des symptômes et la gravité qui lui est associée »¹⁶ (Amarasiri de Silva, 2001, p.1369). Il est important de savoir que la prise en charge est bien financière, sociale mais aussi psychologique. Un malade a besoin d'abord d'une assistance médicale mais aussi d'une assistance psycho-sociale. La perception que la population et le malade même ont de la maladie nécessite un service d'orientation, de conseils et de suivi, un dispositif de soins adéquats, une disponibilité de moyens financiers et un support psycho-affectif de base pour permettre au malade de surpasser sa pathologie pour que cette dernière puisse être totalement guérie.

¹⁶ Traduction de l'auteur : « the pattern of care seeking is highly responsive to perceived symptoms and the closely linked perception of severity »

2.6 Opérationnalisation

Mortalité maternelle	Sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Complications obstétricales ✓ Manque d'accès aux soins prénataux appropriés ✓ Non-respect des consultations prénatales (CPN) ✓ Indisponibilité des soins d'urgence ✓ Mauvaise gestion des grossesses à risque ✓ Les causes de premiers des décès maternels
	Préventive	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manque d'informations sur les CPN ✓ Manque de sensibilisation sur la prise en charge des grossesses ✓ Absence de système d'information sanitaire ✓ Inégalités d'accès à l'information liée à la prévention des grossesses
Prise en charge	Médicale	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Accès aux urgences obstétricales ✓ Disponibilité de la palette des soins ✓ Disponibilité d'un personnel qualifié ✓ Accès à un suivi médical post-natal ✓ Qualité des soins ; ✓ Difficultés rencontrées dans la prise en charge
	Socio-économique	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Accès aux ressources financières ✓ Accès aux services sociaux pour les usagers ✓ L'appui et le suivi socio-psychologique des parturientes

DEUXIEME PARTIE
METHODOLOGIE ET
CADRE D'ETUDE

CHAPITRE 3 : CADRE METHODOLOGIQUE

Tout travail scientifique nécessite une méthodologie comme l'explique le professeur Abdoulaye NIANG : « *Une logique opératoire consistant en des démarches pratiques et rationnelle que le chercheur doit effectuer dans le cadre de ses observations et dont la finalité est la production des résultats vérifiable* »¹⁷

Ce chapitre traduit les procédés dans lesquels nous nous sommes introduit pour réaliser cette étude : de la revue de la littérature jusqu'au traitement des informations en passant par la phase de collecte des données.

La spécificité de notre objet exige une approche méthodologique particulière pour une meilleure compréhension et explication des phénomènes sociaux en cours dans un établissement de santé public. La stratégie de recherche déployée pour la collecte des informations, la démarche suivie ainsi que les techniques utilisées pour confronter l'hypothèse à la réalité du terrain sont décrites ci-dessous.

3.1 Présentation de la méthodologie

Pour cette étude basée sur une analyse sociologique, l'accent a été mis essentiellement sur une méthodologie qualitative pour apporter des réponses à la question de recherche.

3.2 Recherche documentaire

La recherche en science sociale, particulièrement en sociologie, obéit à des normes et exigences dans la manière d'appréhender, d'aborder et d'expliquer. C'est dans cette lancée que Gaston BACHELARD précise que le fait scientifique est constaté, conquis et construit. La recension documentaire a débuté par l'exploration bibliographique de tout document disponible en rapport avec la santé maternelle au Sénégal. Notre recherche s'est déroulée à la B.U de l'UGB, au Centre de documentation de l'UFR de LSH, au Laboratoire de recherche (GESTES)¹⁸ et dans les bibliothèques numériques. De manière détaillée la revue de la littérature s'est faite comme suit :

- Des études sur la santé maternelle ;

¹⁷ Abdoulaye NIANG, *le sociologue, les réalités socioculturelles du milieu d'étude et les problèmes posés par l'emploi du questionnaire : «le Dialogue méthodique » une alternative culturelle ?* » In Annales de la faculté des lettres et sciences humaines, p 84 n°30 2000

¹⁸ Groupe d'étude et de Recherches Genre et Sociétés

- Des documents d'enquêtes démographiques de santé ;
- Des études sur la situation sanitaire des femmes enceintes au Sénégal et des politiques développées en leur faveur notamment le SONU (soins obstétricaux et néonataux d'urgence) ;
- Des documents de politiques internationales et nationales sur l'accès aux soins maternels ;
- Des documents sur le système de santé et la prise en charge des parturientes dans les hôpitaux.

3.3 Le choix des cibles

Il s'est fait avant le démarrage de l'enquête et parfois pendant la recherche même pour certains d'acteurs. A travers notre recherche documentaire, on a commencé à cibler des acteurs œuvrant dans la prise en charge des parturientes. Et le contact premier avec ces acteurs, nous ont conduit dans la phase d'entretiens exploratoires. Cette étape de pré-enquête, nous a donné une idée exacte des acteurs auprès desquels nous tenterons de recueillir des informations :

1. Du médecin chef de l'hôpital
2. Du gynécologue-obstétricien
3. De la maîtresse sage-femme
4. De la surveillante de service
5. De la sage-femme
6. Le responsable des soins infirmiers
7. Les infirmiers

3.4 Une enquête qualitative

Dans le but de répondre aux questions "POURQUOI?" et "COMMENT ?", notre choix s'est porté sur une méthode qualitative. Le recours à l'entretien individuel et aux discussions informelles a servi à mettre en contexte les résultats obtenus. L'enquête qualitative s'est donc positionnée comme une exigence de l'enquête du fait des informations significatives tirées auprès des acteurs (médecins, gynécologues, plus précisément le personnel soignant)

Nous avons dès lors adopté une méthode qualitative pour réaliser cette étude sur la prise en charge des parturientes. En effet, comme le souligne R. **GHIGLIONE** et B. **MATALON** « *il est habituel de considérer qu'une enquête complète doit commencer par une*

phase qualitative, sous la forme d'un ensemble d'entretiens non directifs ou structurés, suivie d'une phase quantitative »¹⁹ Par conséquent, la méthode quantitative sera utilisée pour réaliser notre mémoire de master2.

3.4.1 Procédés

Deux techniques d'investigations ont été utilisées dans l'enquête qualitative pour recueillir les informations :

- ❖ Le guide d'entretien pour les professionnels de santé (Médecins et paramédicaux)
- ❖ L'observation au niveau de la structure notamment l'organisation de la répartition des services, le comportement du personnel soignant envers les patientes, les salles de service et d'accouchement, les matériels disponibles et leurs états.

3.4.2 Echantillonnage

Pour construire notre échantillon, les personnes à interviewer ont été sélectionnées sur la base de leur implication dans le processus de PEC (prise en charge) des patientes au niveau de la maternité du CHRSL compte tenu de leur connaissance ou de leur implication dans notre projet. Il s'agit de : Le Médecin chef de l'hôpital ; le Gynécologue-obstétricien ; la Surveillante de service ; la Maîtresse sage-femme ; la sage-femme ; l'Archiviste et le Responsable des Soins infirmiers.

L'importance pour cette étude est de voir le taux de mortalité maternelle mais aussi les conditions dans lesquelles le personnel de santé travaille. Les méthodes d'entretien utilisées se caractérisent par un contact direct avec nos enquêtés, constitués ici principalement par des personnes ressources (le personnel médical , les personnes qui ont eu un contact direct avec des parturientes).

Cependant, lorsqu'on fait usage de la méthode d'entretien, il est inutile, comme l'affirment Rodolphe Giglione et Benjamin Matalon (1998 : 50) « *d'interroger un très grand nombre de sujets. La lourdeur de l'analyse rend difficile l'exploitation systématique d'un nombre important d'entretiens [...]* ». A cet effet, nous avons fait des interviews avec sept (07) personnes ressources.

¹⁹ Rodolphe GHIGLIONE et Benjamin MATALON, Les enquêtes sociologiques. Théories et pratiques Paris, Armand Colin p.29.

3.4.3 Les outils de collectes

Comme outil de collecte nous avons eu à porter notre choix sur deux types d'entretien. D'abord, il y a l'entretien non structuré, que nous avons surtout utilisé dans la phase exploratoire pour recueillir les données de la recherche. Ensuite, il y a l'entretien semi-directif ou guidé avec la confection d'un guide d'entretien que nous avons administré aux acteurs de notre milieu d'étude. Avec le guide d'entretien, nous avons pu avoir la conception, la perception et les représentations que les enquêtés ont sur la question des complications obstétricales entraînant la mort dans la structure de santé.

Les différents thèmes du guide d'entretien sont :

- ❖ Mode d'organisation et fonctionnement de la maternité ;
- ❖ Qualité des soins ;
- ❖ L'importance des consultations prénatales (CPN) ;
- ❖ Les causes de premiers des décès maternels ;
- ❖ Difficultés rencontrées dans la prise en charge (PEC) des parturientes

3.5 L'histoire de la collecte

La phase de collecte de données s'est déroulée dans la période mi-août et Septembre 2015. Elle a consisté à la réalisation d'entretiens et de rencontres avec le Directeur des Ressources Humaines, l'archiviste et le responsable des soins infirmiers respectivement (pour obtenir l'autorisation de stage autrement dit l'accès facile à l'hôpital, les documents concernant la création de l'hôpital et le rapport annuel des données de la maternité qu'ils soient lits, nombre de journée d'hospitalisation et de sortie, nombre de consultation, le taux de césarien et les décès maternels et de la disponibilité des médicaments). Bien qu'elle ait été très difficile du fait du manque de temps du personnel soignant et de l'absence momentanée du gynécologue, elle nous a été d'un apport considérable en matière d'informations recueillies.

3.6 Les difficultés rencontrées

L'étude de la mortalité maternelle semble être complexe et délicat impliquant ainsi des difficultés ; d'ailleurs comme dans toute recherche dite scientifique. En effet, Madeleine GRAWITZ nous fait la remarque que *« il est d'un reproche très général que l'on peut adresser même à ceux qui donnent des indications méthodologiques suffisantes, c'est leur tendance à camoufler les difficultés rencontrées (...) or ce qui intéressent les lecteurs à*

l'esprit scientifique, ce sont justement les difficultés rencontrées »²⁰ (Madeleine GRAWITZ, 2001).

La rédaction d'un mémoire n'échappe pas à la règle et comporte des risques. La recherche en science sociale, plus particulièrement celle sociologique, expose toujours le chercheur à des difficultés. Nous avons rencontré le problème lié à la recherche documentaire. En effet compte tenue de la nécessité de trouver des ouvrages ou des articles relatifs à notre problème spécifique de recherche à savoir des études liées à la prise en charge des parturientes pour réduire ou éviter les décès maternels étaient quasiment impossible.

L'un des problèmes qu'on a eu a rencontré aussi est celui lié à la réticence du personnel au début : les sujets nous voyaient non pas comme un chercheur mais plutôt comme une journaliste.

En plus comme le cadre du travail porte sur l'hôpital qui est une structure de référence lieu dans lequel l'information est précieuse et l'accès difficile il nous a fallu un mois pour obtenir le certificat d'autorisation de stage que vous retrouverai dans l'annexe. De plus, encore le problème capital était lié à la indisponibilité du personnel soignant avec qui on a souvent des rendez-vous les vendredis de 12h30 à 13h.

²⁰ Madeleine GRAWITZ, 2001

CHAPITRE 4 : PRESENTATION DU CADRE D'ETUDE

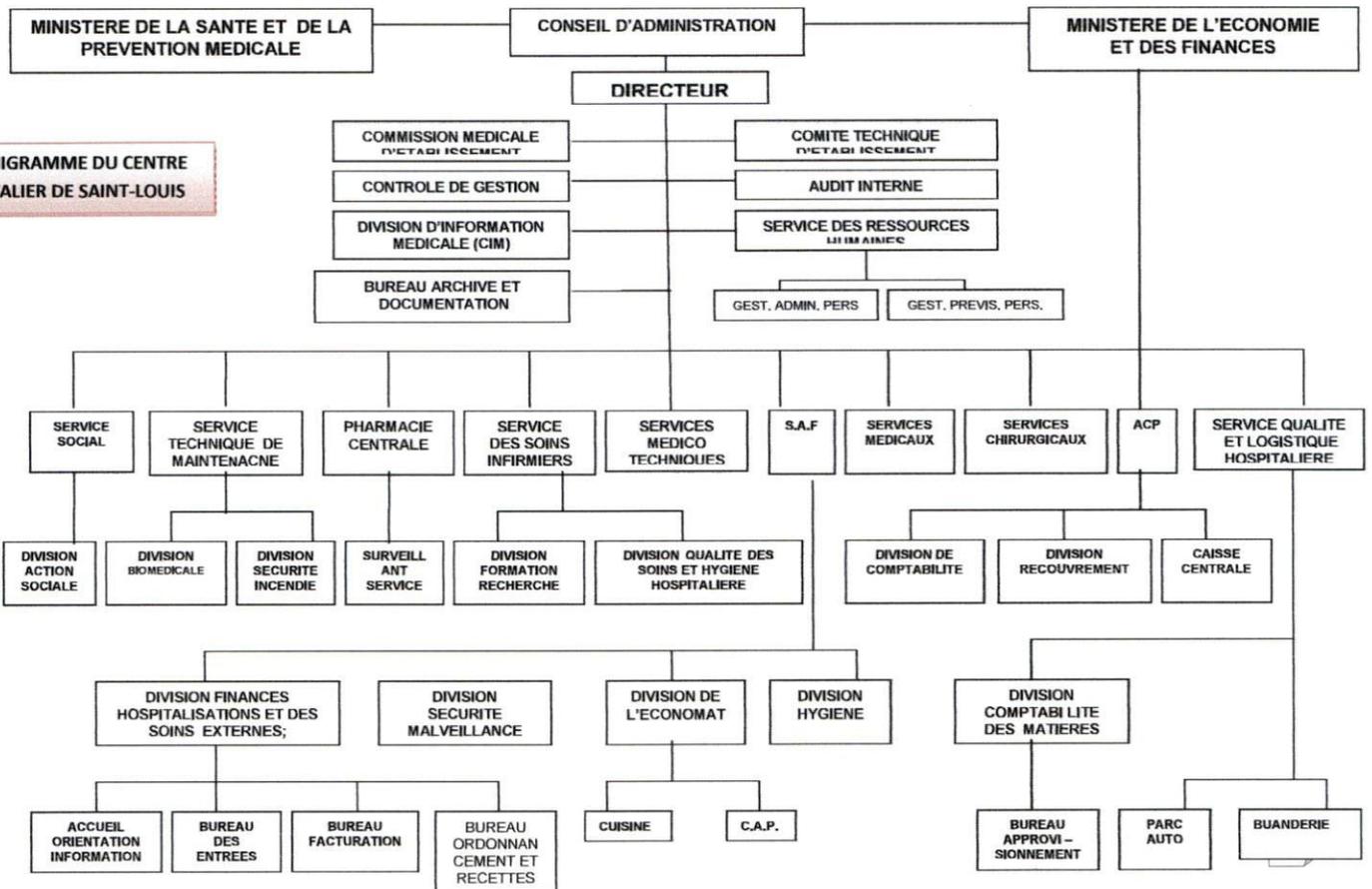
La Commune de Saint-Louis avait fait fortune dans la manne coloniale du fait de sa position : chaque capitale et chaque ville importante de l'époque colonial est dotée d'un grand hôpital vers lequel se font les évacuations sanitaires du territoire qu'il représente. L'hôpital de Saint-Louis est parmi les premiers hôpitaux fondés par des médecins de marine en service colonial et destinés aux militaires et aux fonctionnaires, français et autochtones.

L'hôpital aujourd'hui pluri-centenaire de la ville de Saint-Louis existait sous le nom de l'Hôpital Militaire à l'époque coloniale. Confié d'abord aux médecins de marine, puis au Corps de santé colonial, il est transféré au Sénégal en 1960 et du personnel militaire français y servira pendant encore trente ans. Il est le centre de référence pour le Sud de la Mauritanie, les régions de Matam, Saint-Louis et Louga.

Le CHR de Saint-Louis est régi par un cadre institutionnel²¹ fixant les règles formelles de son organisation. Il est inscrit dans la charte des EPSH (Etablissement Publics de Santé Hospitaliers) qui sont administrés par un Conseil d'Administration, dirigés par un directeur et sont dotés de deux organes consultatifs : la Commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement.

²¹ Décret n° 98-701 du 26 Août 1998 relatif à l'organisation des établissements publics de santé hospitaliers.

ORGANIGRAMME DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-LOUIS



La région de Saint-Louis compte en 2015, en dehors du répertoire des infrastructures du tableau ci-dessous :

- 1 Banque de Sang (BS)
- 1 Pharmacie Régionale d'Approvisionnement (PRA)
- 1 Inspection Médicale Scolaire (IMS).
- 1 Laboratoire Régional d'Analyse (LRA)
- 1 Brigade Régionale d'Hygiène (BRH).

Toutes ces infrastructures sont basées dans le Chef-lieu de la Région, et en l'occurrence dans la Commune de Saint-Louis. La plupart sont implantées autour de la vallée et sur la Route nationale. Cette répartition disproportionnée des infrastructures dans le territoire régional pose un problème de couverture sanitaire surtout dans le Diéri qui connaît une occupation spatiale dispersée.

Tableau 3 : Répartition des infrastructures

District médical	Hôpital	Centre de santé	Poste de santé		Maternité	Case de santé	Sous brigade d'hygiène	Cabinet médical	Pharmacie et officine
			privé	Public					
Dagana	0	1	2	10	8	11	1	0	1
Podor	1	1	3	43	16	67	2	0	3
Richard-Toll	0	1	6	16	13	30	2	1	4
Saint-Louis	1	1	2	16	4	31	1	6	13
Total	2	4	13	85	41	39	6	7	1

Source : District sanitaire, Saint-Louis

L'état de santé de la population

La santé de la population est en amélioration constante dans la région de Saint-Louis, malgré des taux jusqu'à présent inquiétants en termes de mortalité infanto-juvénile et maternelle.

La mortalité infanto-juvénile

La région enregistre un taux de mortalité très élevé, mais ceci reste quand même au-dessous de la moyenne nationale 145.3 ‰ (MICS II 2000). Autrement dit, la mortalité infanto-juvénile passe de 198‰ en 1986 à 130‰ en 2000 selon les différentes enquêtes démographiques menées au Sénégal.

La mortalité maternelle

Il faut signaler que les données concernant la situation des accouchements ne sont pas complètes car tous les rapports provenant de l'ensemble des formations sanitaires ne sont pas disponibles. Les rapports exploités sont estimés à environ 70%. Toutefois, le constat resterait le même s'il y avait exhaustivité des rapports en ce qui concerne les accouchements assistés dans la région. En effet, la plupart des femmes préfèrent accoucher à domicile sous le contrôle des matrones traditionnelles. Ce qui constitue une préoccupation majeure de la politique régionale qui en fait une priorité à travers le PRDS (Programme Régional de Développement Sanitaire). La variation du taux de mortalité maternelle dépendrait de l'assistance et de suivi des femmes enceintes.

Présentation de la maternité du CHR de Saint-Louis

La maternité « Pauline DIACK » de l'hôpital régional Lieutenant-colonel Mamadou DIOUF de Saint-Louis a pour vocation la prise en charge adéquate des problèmes prioritaires de la commune et ses alentours en matière de la santé de la reproduction : la réduction de la mortalité maternelle ; la réduction de la mortalité infanto-juvénile et l'amélioration du dépistage, de la prise en charge et du traitement des affections les plus courantes.

Pour rendre ces objectifs opérationnels, la maternité dispose d'infrastructures adéquates qui permettent d'assurer la santé maternelle et infantile (SMI), de même que la planification familiale (PF), la consultation prénatale (CPN) et la maternité (accouchement, suite de couches), les urgences médicales, le programme élargi de vaccination (PEV) et la nutrition infantile, les examens de laboratoire et les examens radiologiques en vue de

dépistage et du diagnostic précoce des maladies mais ne dispose pas de banque de sang au sein de l'hôpital.

Les services obstétricaux d'urgences y sont disponibles et permanents 24h/24 et 7jours/7. Elle dispose d'un gynécologue-obstétricien assisté et soutenu par une équipe médicale composée de 21 sages-femmes, les infirmières et aides infirmières ainsi que les agents de santé communautaire qui font un total de 12.



Source : Diatta, 2015

La maternité dispose d'infrastructures tels que :

- Une unité de grossesses pathologiques avec 6lits avec une salle d'accouchement avec 7tables d'accouchement dans la salle de travail ;
- Une unité de suite de couches avec 10 lits de suite de couches normales et 6lits de suite de couches pathologiques ;
- Une unité d'aspiration manuelle intra-utérine(AMIU) avec un bloc opératoire et salle d'opération, 4lits pour le suivie post-opératoire immédiat et un service des post-opérées avec 8 lits ;
- Une unité de consultation externe de planning familial.

TROISIEME PARTIE
ANALYSE ET
INTERPRETATION DES
PREMIERS RESULTATS

CHAPITRE 5 : L'ACCES ET L'OFFRE DE SOINS OBSTETRICAUX A LA MATERNITE DU CHR DE SAINT-LOUIS

5.1 L'offre de soins et l'accès aux urgences obstétricales

Toujours dans la perspective de la prise en charge des parturientes et d'améliorer la santé maternelle, la structure élabore un programme et établit des recommandations. Etant une structure de référence, l'hôpital dispose en revanche, une offre de soins moins satisfaisante. En effet, la disponibilité de la palette de soins autrement dit la disponibilité des médicaments pose problème du moment où la pharmacie se situe en dehors de l'hôpital. Néanmoins la disponibilité des services obstétricaux fonctionne 24h /24 et 7jrs/7. Le problème qui se situe entre les sages-femmes et les parturientes est que ces dernières ne respectent pas les rendez-vous, ni les consignes que leurs donnent les responsables de la structure.

La sage-femme souligne que :

Les CPN (consultations prénatales) permettent de prévenir, diagnostiquer ou traiter la plupart des problèmes de santé dont elles souffrent (femmes enceintes), en leur permettant d'obtenir des services essentiels tels que la VAT (vaccination antitétanique), le diagnostic et la prise en charge des maladies comme l'anémie, le paludisme, infection sexuelles ; « mais nioucci barri hamou niouko ».²²

Elle poursuit :

Les principales informations sur les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, les soins prénatals sont indispensables pour améliorer la santé du couple mère-enfant. Beaucoup de femmes viennent tardivement ou ne respectent pas les quatre CPNs recommandées.

Aussi, l'absence d'une salle d'attente oblige les clientes et les accompagnants à attendre au niveau des couloirs. Il y a aussi l'inexistence d'une unité spécialisée en accueil, l'analphabétisme de certaines patientes entraîne une perturbation du circuit de leur PEC (Prise En Charge). L'infirmière raconte : « je trouvais souvent des patientes complètement désorientées cherchant la salle de consultation, la radiologie et la caisse, ce qui nous pousse à perdre beaucoup de temps à leurs montrer les chemins à suivre au lieu de s'occuper des cas urgents. »

²² Expression wolof signifiant : la plupart d'entre elles ne le savent pas.

L'absence d'une banque de sang au sein de la structure dans le CHRSL, l'absence d'une banque de sang dans la structure pose un grand problème lorsqu'il y a la nécessité de faire une transfusion sanguine soit à la parturiente, soit à la nouvelle accouchée.

5.2 Les inégalités d'accès et le manque d'information sur les consultations prénatales

L'objectif des CPNs est de diagnostiquer la grossesse ; déterminer le terme de la grossesse ; rechercher les pathologies associées les facteurs morbides et les signes de danger ; éduquer et conseiller les femmes ; faire le plan de surveillance de la grossesse ; s'assurer de la bonne évolution de la grossesse.

Certaines clientes viennent tardivement à la consultation pour des raisons économique, sociales et géographique. Les femmes socialisées en milieu urbain, appartenant aux castes favorisées ou bénéficiant d'une couverture médicale ont, en effet, tendance à accoucher dans des structures mieux équipées. La précarité économique, les faibles niveaux d'instruction, l'âge, le statut matrimonial ou encore le milieu de résidence ont mis en évidence des inégalités de recours aux soins

Si le recours aux soins est aujourd'hui un facteur de risque avéré, les normes sociales véhiculées sur la sexualité et la maternité pèsent aussi sur les comportements et la santé. Au Sénégal, comme ailleurs, les pratiques sanitaires, sexuelles et reproductives répondent à des valeurs morales et des conceptions spirituelles parfois dangereuses pour la santé : la contraception est une affaire de femmes mariées et les moyens contraceptifs sont sujets à de nombreux préjugés ; la grossesse par tradition, est dissimulée et les consultations postnatales ne sont pas jugées nécessaires ; les tabous alimentaires destinés à protéger la femme enceinte (bananes, œufs cuits, poissons gras cuits, etc.) ou le nouveau-né (l'eau plutôt que le lait maternel lorsqu'il fait chaud) interdisent d'ingérer des aliments pourtant riches en vitamines, en protéines ; enfin l'excision, bien qu'en forte diminution, fait toujours partie des rites de passage et de reconnaissance de la petite fille dans la société. La surveillante de service précise que « *La faible proportion des CPNs ici est liée aux habitudes culturelles. Par tradition, les femmes restent discrètes sur leur grossesse et ne viennent que lorsque leur état ne peut plus être caché aux yeux de leur entourage* ».

CHAPITRE 6 : LES CAUSES DE MORTALITE MATERNELLE ? LES COMPLICATIONS LIEES A LA GROSSESSE

6.1 Modification de l'organisme au cours de la grossesse et les facteurs de la mortalité maternelle

Chez la femme enceinte on note souvent des modifications générales du corps. Certaines sont souvent liées à la sédentarité de celles-ci durant la période de grossesse. L'augmentation du poids constitue une des principales modifications observables de l'organisme. Il est à noter cependant qu'un surpoids peut constituer une source de complications et expose souvent certaines mères à des risques lors de l'accouchement causant ainsi un décès maternel. La sage-femme nous expose ces modifications du corps à travers ces propos :

L'augmentation du poids : elle s'avère de 5 à 12 kg en fin de grossesse. Selon le poids maternel de départ, les variations du poids aux cours de la grossesse s'établissent comme suite 3% au premier trimestre, 10% au second trimestre, 10% au troisième trimestre. Il existe une hyperthermie post-ovulatoire de plus de 20jours. Les téguments connaissent une hyperpigmentation. La peau devient fine et des vergetures peuvent survenir chez 50% des femmes. On note aussi au cours de la grossesse une baisse de l'immunité et une recrudescence voir une aggravation des phénomènes allergiques.

Elle poursuit :

Ces modifications selon nos sources concernent quasiment tous les appareils : le poids de l'utérus passe de 50 à 1200g. Sa capacité passe de 3ml à 4-5l. Il ya l'augmentation du volume plasmique, la pression artérielle : elle dépend de la posture de la femme, les pressions systolique et diastolique baissent de 5 à 10mm hg dans la première moitié de la grossesse pour reprendre progressivement vers le terme, les valeurs d'avant grossesse. On considère la limite supérieure de normalité de la pression artérielle à 140mm hg pour la systolique et 90mm hg pour la diastolique. Nous avons l'augmentation moindre du volume globulaire : hémodilution physiologique. Et enfin l'augmentation des facteurs de la coagulation.
(O.F)

6.2 Les causes liées à la mortalité maternelle

Pour mettre au point et évaluer les politiques et les programmes de la santé, il est important de savoir pourquoi les femmes meurent des suites de grossesse et de l'accouchement. Les causes se subdivisent en causes obstétricales directes et indirectes selon

la sage-femme de la Maternité du CHR de Saint-Louis. Ainsi elle affirme en se basant sur les données factuelles de l'hôpital que : Les causes obstétricales directes représentent 80% et celles indirectes 20%.

La mortalité maternelle résulte souvent de complications obstétricales pendant la grossesse. Nous pouvons citer entre autres le travail et les suites de couche, les interventions, les omissions, le traitement incorrect, la négligence ou l'enchaînement d'événements résultant de pathologies (hémorragies, maladies hypertensives de la grossesse et ses complications, infections, dystocies²³). Ce sont là, les causes obstétricales directes de la mortalité maternelle. Souvent ici à l'hôpital et plus particulièrement à la maternité, la cause la plus fréquente de décès, est l'hémorragie sévère ou grave, aux infections, aux troubles hypertensifs de la grossesse, à la dystocie et aux complications de l'avortement à risque.

Et pour les causes obstétricales indirectes, la sage-femme précise que :

Nous avons l'anémie qui est si importante qu'elle peut provoquer des morts par arrêt cardio-vasculaire, elle semble aussi être à l'origine d'un pourcentage non négligeable de décès par causes obstétricales directes (notamment ceux dus à des hémorragies et à des infections). Le paludisme, l'hépatite, les cardiopathies et de plus en plus dans certains contextes le VIH/SIDA, sont d'autres causes indirectes importantes de mortalité maternelle.

Les causes obstétricales indirectes résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse, non liée à des causes obstétricales, mais aggravée par les effets physiologiques de la grossesse ou par sa prise en charge. Beaucoup de ces pathologies sont des contres indications relatives ou absolues de la grossesse. Les femmes doivent être sensibilisées sur ces complications et informées de ces problèmes afin qu'elles aient la possibilité d'éviter d'autres grossesses en complication pendant le traitement de ces affections grâce à la planification familiale.

²³ **La dystocie** ou le travail prolongé est à l'origine selon nos données de 10% de décès maternels. Elle est souvent causée par une disproportion céphalo-pelvien (la tête du fœtus ne peut franchir le bassin de la mère) ou par une présentation anormale (le fœtus se présente mal dans la filière pelvigénitale). Il nécessite le plus souvent une césarienne.

CHAPITRE 7 : LUTTER CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE : QUELLE PRISE EN CHARGE ?

7.1 Entre prévention et grossesse

Prévenir signifie éliminer ou limiter autant que possible l'exposition aux causes de la mortalité maternelle, y compris réduire la vulnérabilité des parturientes aux effets de ces causes (OMS 2002). Cette approche est la plus prometteuse pour la santé publique et la plus économiquement efficace pour lutter à long terme contre la mortalité maternelle.

Aujourd'hui la prévention a fait apparaître une nouvelle stratégie préventive en matière de santé : la prévention primordiale. Elle désigne en effet, les mesures prises pour réduire les dangers futurs de la population surtout pour la santé maternelle et ainsi inhiber les facteurs de manifestation (environnementaux, économiques, sociaux, comportementaux, culturels) qui augmentent les risques de décès maternels. Elle touche aux grands déterminants de la santé plutôt que de tenter de prévenir l'exposition individuelle aux facteurs de risque, ce que la prévention primaire se donne comme objectif. L'amélioration de l'hygiène (pour empêcher l'exposition aux agents infectieux et une bonne alimentation), par exemple les programmes de nutrition prénatale et de développement du jeune enfant et les stratégies éco-énergétiques sont des exemples de prévention primordiale. Étant donné que ces programmes sont tous à l'échelle de la population, la prévention primordiale entretient un rapport conceptuel avec la santé des populations et la promotion de la santé maternelle. La prévention primordiale en effet, fait partie des approches de santé des populations, lesquelles impliquent un large éventail d'organismes gouvernementaux et portent principalement sur l'élaboration de politiques publiques saines et la modification des déterminants sous-jacents de la santé.

7.2 Mesures hygiéniques de la grossesse

L'hygiène de la grossesse est un ensemble de mesures prophylactiques dont l'objectif est la protection de la gestante et du fœtus. Elle assure un bon déroulement de la grossesse et un meilleur développement fœtal. Cette hygiène permet un accouchement dans de bonnes conditions physiques et psychologiques après un suivi de grossesse à travers les consultations prénatales. Pour le suivi de la grossesse, se sont les sages femmes et le gynécologue qui suivent les femmes enceintes. Si la sage femme constate une situation ou des antécédents

pathologiques, en particulier lors du premier examen prénatal adresse la femme enceinte au médecin généraliste, le plus souvent au gynécologue pour suivre en commun la grossesse.

Le gynécologue nous précise que :

Ces mesures (hygiène de la grossesse) concernent l'alimentation, les soins corporel et vestimentaire, l'activité physique et la santé morale. Et que la surveillance de la grossesse est faite dans les normes par quatre CPNs. Il s'agit d'aider la femme à mener sa grossesse jusqu'à terme et à accoucher dans les meilleures conditions pour elle et son enfant. Malheureusement, les femmes de cette région n'accordent que peu d'importance aux CPN, elles ne viennent qu'en cas d'infection ou après plus de trois (03) de grossesse. (Dr. T).

Ce faisant, il y a la continuité des soins pour assurer le bon fonctionnement de la grossesse pendant toute la période prénatale. Le lieu où la parturiente peut être prise en charge lui est précisé. Enfin il y a le dossier périnatal. Il est recommandé d'utiliser un dossier périnatal structuré et est partagé par le personnel soignant et la parturiente pour le suivi de la grossesse, de l'accouchement.

7.3 Formation et disponibilité d'un personnel

Le fonctionnement du système hospitalier repose sur un dispositif complet qui inclut une disponibilité du matériel et d'un personnel soignant qualifié. Ces mécanismes, réunis, peuvent participer dans la lutte contre certaines pathologies et la prise en charge adéquates d'autres.

Pour fonctionner, le système du CHRSL a besoin d'un effectif de personnel de santé qualifié, matériels et médicaments, suivi des progrès et efficacité du financement. Toutes les femmes doivent recevoir une information compréhensible dès le début de la grossesse, le moment et le contenu des consultations ainsi que l'offre de soins pour le suivi de la grossesse, l'accouchement et la période post-natale.

7.4 L'insuffisance de ressources humaines et matérielles

La disponibilité en infrastructure qui est une des conditions nécessaires d'accessibilité aux soins doit être accompagnée par le recrutement d'un personnel de santé qualifié. Le manque de ressources humaines et matérielles s'explique par l'insuffisance du personnel. Autrement dit la pénurie d'effectif du personnel soignant retentait sur le processus de prise en charge des parturientes surtout le manque d'infirmières qualifiées. Le manque de médecins

spécialistes et gynécologue-obstétriciens pose un grand problème au niveau de la maternité. Le taux d'hospitalisation ou un nombre de passages aux urgences très élevés signent une nécessité de renforcement des prestataires et des matériels.

La sage femme révèle que :

Cette structure souffre du manque de sages femmes, de médecins généralistes et de spécialiste en gynécologie obstétrique. Ce manquement est pourtant négligé au niveau de la direction des ressources humaines, doit être renforcé par des politiques et des programmes de santé pour réduire le taux de décès maternel surtout les femmes qui accouchent à domicile.

La grossesse et l'accouchement ont toujours été le domaine des sages femmes. En cela, la sage femme, a toujours eu une place privilégiée auprès des parturientes. Mais l'accouchement ne se passe pas forcément sans heurt. L'hôpital est surtout est surtout un lieu d'accueil des grande victimes sociales. On n'accouche pas souvent sans de grave raisons dans un hôpital. Une insuffisance en certain matériel de soin révèle qu'il y a une absence d'une politique de maintenance de matériel et de réparation.

CONCLUSION

En définitive retenons que l'inventaire des problèmes sanitaires au niveau du CHR de Saint- Louis laisse apparaître plusieurs difficultés liés au déficit d'infrastructure de soins en personnels de santé qualifiés et en matériels d'équipement et de fonctionnement dans les structures de soins. Parallèlement à ces disfonctionnement on peut recenser de nombreux problèmes liés à l'environnement et à la dégradation du cadre de vie, articulés aux comportements des populations dans certains quartiers, comportements qui ne riment pas avec leur état de santé (déversement des ordures ménagères, et des eaux usées dans les dépôts sauvages dans le fleuve).

L'action des populations sur l'environnement en rapport avec leur présence en permanence dans ces lieux favorise une forte prégnance de certaines maladies récurrentes telles que les maladies diarrhéiques, le paludisme, les dermatoses, les parasitoses intestinales, le péril fécal, les pathologies respiratoires...ces dernières sont toutes des maladies endémiques posuivant toucher une bonne partie de la population et dont les plus vulnérables sont les femmes enceintes et les enfants.

Cette étude préliminaire n'est qu'un projet des orientations théoriques qui donneront corps à notre futur mémoire de Master2. En l'occurrence de ce mémoire de Master1 qui explore l'univers sanitaire, la problématique s'articule autour de la mortalité maternelle.

En effet, notre étude consistait à analyser les soins obstétricaux que les parturientes bénéficient au CHRSL. Notre recherche en partant du cadre théorique et méthodologique nous a permis de situer le problème lié à la santé maternelle et les dispositifs présent par les organisations pour une bonne santé. Ainsi une méthodologie adéquate a été adoptée pour une bonne compréhension du sujet. L'analyse et l'interprétation des données nous ont permis de savoir les problèmes majeurs auxquels sont confrontés les acteurs (soignants et parturientes) dans cette structure de référence.

Retenons aussi que bien qu'il existe différentes interventions qui visent à améliorer la santé maternelle, aucune à elle seule n'est suffisante. Il s'agit plutôt d'élaborer des stratégies, soit de regrouper les interventions et de les distribuer de façon à ce qu'elles atteignent les groupes cibles. Les moyens de distribution des interventions visant à lutter contre la mortalité maternelle sont nombreux. Lorsque la stratégie est préventive, les interventions peuvent êtres

distribuées par le biais des médias ou des écoles. Si la stratégie vise à traiter les complications, les interventions seront distribuées dans les centres de santé, les hôpitaux ou par le biais des accoucheuses. L'augmentation et l'amélioration de l'offre de santé dans cette région suffirait-il pour assurer un meilleur accès aux soins et à accélérer le déclin de la mortalité maternelle ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- **Adam Philip et Herwlich Claudine**, 1994 *Sociologie de la maladie et de la médecine*, sous la direction de De Singly François, Paris Nathan, Page 97
- **BERTHELOT Jean Michel**, 1990, *L'intelligence du social*, Paris, PUF
- **BERTHET Etienne**, 1983, *Information et éducation sanitaire*, Paris, PUF, Collection Que sait je ?
- **BOUDON Raymond**, 1979, *La logique du sociale*, Paris, Seuil
- **COUMBESSI Jean Claude**, 2001, *In La méthode en sociologie*, Paris, PUF, P13
- **FERREOL, Gilles, CAUCHE, Phillipe, DUPREZ Jean-Marie** ; 1991 ; *Dictionnaire de sociologie* ; Paris ; 300P
- **GRAWITZ Madeleine**, 2001, *méthodes des sciences sociales*, 11^e édition, Dalloz, 385 pages
- **GHIGLIONE Rodolphe et BENJAMIN Matalon**, *Les enquêtes sociologiques. Théories et pratiques*, Paris, Armand Colin P29
- **KITTS Jennifer**, 1996, *Droit à la santé : au-delà de la grossesse et de la reproduction*, CRDI, p85
- **MACE Gordon** ; 1988 *Guide d'élaboration d'un projet de recherche* ; Presse de L'Université de Laval
- **Marc-Éric GRUÉNAIS et Jean-Pierre DOZON**, *Anthropologies et santé publique*, Cahier des SCIENCES HUMAINES, vol. 28, n°1, Editions de l'ORSTOM, Paris, 1992.
- **MOREAU, Jacques et TRUCHET Didier** ; 2000 ; *Droit à la santé publique* ; 5^e édition Dalloz ; 295P
- **PAIRE Dupont, ESPER Claudine ; MUZZIN Louise** ; 1999 ; *Droit hospitalier : Etablissement privés et publics* ; 2^e édition, Dalloz 459pp
- **NIANG Abdoulaye**, « Le sociologue, les réalités socioculturelles du milieu d'études et les problèmes posées par l'emploi du questionnaire : « Le Dialogue méthodique, une alternative culturelle » in annales de la faculté des lettres et sciences humaines, P84 n°30, 2000

- **NDIAYE Alfred Inis et al.** *L'exclusion sociale et les initiatives de gratuité des soins de santé au Sénégal : Exemple de la prise en charge des personnes âgées par le Plan Sésame*, Rapport, Mars 2013.
- **QUIVY, R. CAMPENHOUNDT, L.V** ; 1988 ; *Manuel de recherche en science sociales* ; Paris Dunod
- **TOMASSO Flora**, *SANTÉ DES VILLES, SANTÉ DES CHAMPS : Le cas de la reproduction dans le département de Saint-Louis au Sénégal*, Thèse pour le doctorat de troisième cycle de Géographie et Aménagement de l'espace, 2013
- **SALL Fatou Diop** *Politiques publiques de santé et dynamiques de la reproduction : des inégalités sociales aux inégalités de santé. Cas des communautés rurales de Kelle, Léona, Coki et Ngeune Sarr dans la région de Louga*, thèse de Doctorat d'Etat ès Lettres et Sciences Humaines, 2013
- **VIDAL.L, GADOU**, 2005, *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest entre savoirs et pratiques*, Paris l'harmattan.
- **WRIGHT Mills**, 1959, *L'imagination sociologique*, Paris Minuit.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
DEDICACES.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
INTRODUCTION.....	2
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE	5
CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE	6
1.1 Contexte sanitaire	6
1.2 Justification de l'étude.....	10
CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE	11
2.1 Problématique.....	11
2.1.1 Etat de la question	14
2.1.2 Problème de recherche	19
2.2 Question de recherche	20
2.3 Hypothèse.....	20
2.4 Objectifs de recherche	20
2.5 Conceptualisation	20
2.5.1 <i>Mortalité maternelle</i>	20
2.5.2 <i>La prise en charge</i>	21
2.6 Opérationnalisation	22
DEUXIEME PARTIE METHODOLOGIE ET CADRE D'ETUDE.....	23
CHAPITRE 3 : CADRE METHODOLOGIQUE	25
3.1 Présentation de la méthodologie.....	25
3.2 Recherche documentaire	25
3.3 Le choix des cibles	26
3.4 Une enquête qualitative	26
3.4.1 Procédés.....	27
3.4.2 Echantillonnage	27
3.4.3 Les outils de collectes.....	28
3.5 L'histoire de la collecte	28
3.6 Les difficultés rencontrées.....	28
CHAPITRE 4 : PRESENTATION DU CADRE D'ETUDE	30
TROISIEME PARTIE ANALYSE ET INTERPRETATION DES PREMIERS RESULTATS.....	37

CHAPITRE 5 : L'ACCES ET L'OFFRE DE SOINS OBSTETRICAUX A LA MATERNITE DU CHR DE SAINT-LOUIS.....	38
5.1 L'offre de soins et l'accès aux urgences obstétricales.....	38
5.2 Les inégalités d'accès et le manque d'information sur les consultations prénatales	39
CHAPITRE 6 : LES CAUSES DE MORTALITE MATERNELLE ? LES COMPLICATIONS LIEES A LA GROSSESSE.....	40
6.1 Modification de l'organisme au cours de la grossesse et les facteurs de la mortalité maternelle	40
6.2 Les causes liées à la mortalité maternelle.....	40
CHAPITRE 7 : LUTTER CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE : QUELLE PRISE EN CHARGE ?.....	42
7.1 Entre prévention et grossesse	42
7.2 Mesures hygiéniques de la grossesse.....	42
7.3 Formation et disponibilité d'un personnel.....	43
7.4 L'insuffisance de ressources humaines et matérielles	43
CONCLUSION	45
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	47
TABLE DES MATIERES.....	49
ANNEXE	51

ANNEXE

Guide d'entretien pour les professionnels de santé et le personnel soignant

- Mode d'organisation de la maternité
- Condition de travail
- Qualité de soins
- Importance des consultations prénatales
- Etapes et particularités des consultations prénatales
- Les causes premières des décès maternels
- Difficultés rencontrées pour le traitement et la prise en charge globale des parturientes
- Disponibilité des infrastructures
- Le rapport annuel du registre ou dossier périnatal des parturientes

Quelques articles liés au rôle de la sage-femme

Son rôle est de suivre le processus le processus de la grossesse du début jusqu'à l'accouchement.

- L'article 4151-3 du code de la santé publique : « (...) En cas de pathologies maternelle, fœtale et néonatale, déclarée ou suspectée, pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique la sage femme doit faire appel à un médecin ».
- L'article 2122-1 du code de santé publique « La déclaration de grossesse peut être effectué par une sage femme. Toutefois, le premier examen prénatal est pratiqué par un médecin ».
- Selon l'article 4154-1 du même code « L'examen post natal peut être pratiqué par une sage femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.
- La sage femme doit aussi respecter son code de déontologie « La sage femme est libre de ses prescriptions dans les limites fixées par l'article L 370 du code de santé publique. Elle doit dans ses actes et ses prescriptions observer la plus stricte économie compatible avec l'efficacité des soins et l'intérêt de sa patiente ».
- « La sage femme doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien, Sage femme ou Médecin, ainsi que l'établissement où elle

souhaite recevoir ses soins ou accoucher : elle doit tout faire pour faciliter l'exercice de ce droit ».

- « La sage femme doit disposer d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants. En aucun cas elle ne doit exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la sécurité et la qualité des soins et des actes médicaux ».

MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

DIRECTION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE



Tel : 938 24 00 L'ÉTABLISSEMENT ABDOU DIOP Fax : 961 10 23 B.P. 401

SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

AUTORISATION DE STAGE

* * *

Mademoiselle Mahawa Mame DIATTA, Etudiante en Master I Sociologie Famille-éducation à l'Université Gaston Berger de Saint Louis, est autorisée à faire des recherches au niveau du service de documentation et aux services de l'hôpital dans le cadre de sa formation sur les thèmes: « *Santé publique et Soins maternels* » durant la période allant du 10 aout 2015 au 31 aout 2015.

La présente autorisation prend effet à compter de sa date de signature.

LE DIRECTEUR

Docteur Ousmane GUEYE

Ampliations

- Direction/Documentation et Archives
- SAF
- SRH
- SSI
- Chefs de services techniques
- Intéressée
- chrono

MATERNITE

2015

	Janvier	Février	Mars	Total
Lits théoriques	41	41	41	123
Lits occupés	39	39	35	113
Entrées	135	648	130	913
JH	130	641	1	772
Sortis	128	784	2	914
JHMS	120	645	0	765
DC	67	69	23	159
Evacuations	54	67	15	136
Références	67	60	23	150
TOM	54	60	67	181
IRL	3	3	4	10
DMS	3	3	11	17

	Janvier	Février	Mars	Total
Consultants	674	645	541	1860
Consultations	1241	1210	1085	3536

1. Accouchements

Voie basse	Janvier	Février	Mars	Total
Naturels	403	334	351	1088
Ventouse	13	6	7	26
Forceps	5	0	0	5
Manœuvre	0	0	0	0
Césariennes	Janvier	Février	Mars	Total
Prophylactique	20	10	10	30
Urgence	42	58	68	130
TOTAL	62	0	68	130

	Janvier	Février	Mars	Total
Suivi par programme	219	186	226	631
Epistotomies	0	3	1	4
Déchirures	1	0	1	2
GATPA	295	246	297	838

Lieu de l'accouchement	Janvier	Février	Mars	Total
Dans la structure	469	388	425	1282
Dans une autre structure de santé	9	1	3	13
A domicile	4	5	0	9
En cours de route	3	3	2	8

2. Nouveaux-nés

	Janvier	Février	Mars	Total
Naissances vivantes	457	28	11	496
Total mort-nés	64	19	9	92
Mort-nés frais	17	10	7	34
Mort-nés macérés	17	10	7	34

	Janvier	Février	Nouveaux-nés F	Nouveaux-nés M	Janvier	Février
Poids ≤ 2500g	186	267	218	211	116	78
Poids ≥ 4000g	10	10	10	17	10	17

Mars	217	213	114	16
Total	670	642	308	43

	DC 1ère semaine	DC 2ème semaine	DC 3ème semaine	DC 4ème semaine
Janvier	8	0	0	0
Février	5	0	0	0
Mars	7	0	0	0
Total	20	0	0	0

3. Avortements

	Spontanés	Molaires	Provoqués	Thérapeutiques
Janvier	41	1	0	0
Février	55	3	0	0
Mars	49	1	1	0
Total	145	5	1	0

	A.M.I.U	Curage	Curetage	Ttt médical	A.électrique
Janvier	27	13	0	2	0
Février	37	20	0	1	0
Mars	34	16	0	1	0
Total	98	49	0	4	0

4. Grossesses extra-utérines

	Janvier	Février	Mars	Total
GEU rompue	3	1	1	5
GEU non rompue	0	0	0	0
	3	1	1	5

5. Surveillance de la grossesse

Cibles	CPN					CPN +	Total CPN
	1er contact	1	2	3	4		
Janvier	30	16	26	45	26		113
Février	26	17	33	44	36		130
Mars	42	27	49	52	34		162
Total	98	60	108	141	96	0	405

DONNEES

	Janvier	Février	Mars	TOTAL
Nombre de femmes ayant fait 4 CPN	13	11	17	41
Nombre de VAT	82	65	96	243
VAT 1	22	18	40	80
VAT 2	19	17	20	56
VAT 3	27	23	31	81
VAT 4	11	6	4	21
VAT 5	3	1	1	5
Nombre total de TPI	70	66	102	238
TPI 1	25	24	41	90
TPI 2	24	28	33	85
TPI 3	21	14	28	63
Nombre total de femmes ayant déclaré dormir sous	30	26		56
Nbre total de femmes ayant reçu le counseling				0

Nbre de femmes ayant accepté le test de dépistage				0
Nbre de femmes chez qui le test de dépistage a été réalisé				0
Nbre de femmes chez qui le test est positif				0
Nbre de femmes supplémentées en fer	113	156	203	472

6. Consultations post-natales

DONNEES	Janvier	Février	Mars	TOTAL
C-post-natale 1er contact	386	384	377	1 147
C-post-natale 1 (0-3 jours après l'accouchement)	268	182	285	735
C-post-natale 2 (4-9 jours après l'accouchement)	182	172	172	526
C-post-natale 3 (10-42 jours après l'accouchement)	90	90	81	261
Nbre d'accouchées ayant bénéficié des 3 C-post-nat	66	67	72	205
Nbre de femmes ayant reçu la Vit A	2	1	2	5
Administration VPO0	353	278	277	908

DONNEES	Janvier	Février	Mars	TOTAL
Nombre de lits théoriques	41	41	41	123
Nombre de lits occupés	39	39	39	117
Consultations gynécologiques	351	204	427	982
Malades hospitalisées	135	126	131	392
Journées d'hospitalisation des malades	648	645	798	2091
Malades sorties	641	120	128	889
Journées d'hospitalisation des malades sorties	130	645	784	1559
Décès maternel	1	1	2	4
Décès néo-natal	9	5	7	21
Myomectomie	7	6	8	21
Kystectomie	2	1	0	3
Hystérectomie	1	3	5	9
Avortement	42	58	51	151
Grossesse Extra Utérine (GEU)	4	1	1	6
Mole hydatiforme	1	3	1	5
Placenta preavia	9	5	8	22
Hémorragie du postpartum	11	2	4	17
Rupture utérine	0	1	2	3
Rupture prématurée des membranes	5	6	9	20
Accouchement prématuré	17	14	17	48
Hydramnios	0	2	3	5
Anémie	3	6	5	14
Diabète	1	4	2	7
Souffrance fœtale aigüe	38	30	22	90
Macrosomie	11	12	14	37
Hypotrophie	6	8	5	19
Utérus cicatriciel	9	11	16	36
Utérus bicatriciel	11	7	7	25
Utérus tricatriciel	3	2	1	6
Utérus quadricatriciel	1	0	0	1
Bassin rétréci	3	8	16	27
Dépassement de terme	8	6	8	22
Ascite	0	1	2	3
Déchirure douglas	1	1	2	4
Préclampsie	14	18	18	50



This work is licensed under a
Creative Commons
Attribution – NonCommercial - NoDerivs 3.0 License.

To view a copy of the license please see:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

This is a download from the BLDS Digital Library on OpenDocs
<http://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/>