

**UNIVERSITE ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR**



**UFR SCIENCES ECONOMIQUES ET SOCIALES  
DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE**

## **Mémoire de Master**

**Intitulé du Master : Politiques publiques, cultures et développement**

**Spécialité : Migrations, Santé et Développement**

**Les déterminants socioculturels du suivi prénatal des grossesses dans la commune de Ziguinchor**

**Présenté et soutenu le 10/06/2020 par :**

**Malang Ngingue**

**Sous la direction de :**

**Dr Fatoumata HANE, Maitre de conférences**

**Membres du Jury :**

**Dr Fatoumata HANE, Maitre de Conférences,  
Présidente du Jury**

**Dr Doudou Dieye GUEYE, Maitre-assistant,  
Examineur**

**Dr Mamadou Aguibou DIALLO, Assistant,  
Examineur**

**Dr Ibrahima Demba DIONE, Assistant,  
Examineur**

**Année universitaire 2018-2019**

# SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	ii
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	iii
DÉDICACES.....	iv
REMERCIEMENTS.....	v
INTRODUCTION GENERALE.....	1
Première PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE.....	2
I.    Cadre Théorique.....	2
II.   Cadre d'Analyse.....	15
III.  Cadre Méthodologique.....	23
DEUXIÈME PARTIE : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES.....	34
INTRODUCTION.....	35
Chapitre I : Caractéristiques générales de la population.....	36
Chapitre II : État des lieux du suivi prénatal dans la commune de Ziguinchor.....	39
Chapitre III : Une réalité aux déterminants divers.....	48
Chapitre IV : Interactions soignants soignés et choix de la structure.....	58
CONCLUSION.....	63
BIBLIOGRAPHIE.....	65
WEBOGRAPHIE.....	68
ANNEXES.....	vi
LISTE DES TABLEAUX, CARTES ET FIGURES.....	vii
GUIDE D'ENTRETIEN.....	viii
QUESTIONNAIRE.....	ix
TABLE DES MATIERES.....	vix

## Liste des sigles et abréviations

**ANSD** : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie

**AVEC** : Association Villageoise d'Epargne Crédit

**CARMMA** : Campagne pour l'accélération et la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique

**CSCOM** : Centres de Santé Communautaire

**CSI** : Centres de Santé Intégrés

**CSMI** : Centres de Santé Maternelle et Infantile

**CPN** : Consultation Périnatale

**CPON** : Consultation Postnatale

**EDS-continue** : Enquête Démographique de Santé continue

**FSUCOM** : Formations Sanitaires Urbaines Communautaires

**FBR** : Financement basé sur les Résultats

**HRP** : Hématomes Rétroplacentaires

**IPAR** : Initiative Prospective Agricole et Rurale

**ODD** : Objectifs de Développement Durable

**OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**PNUD** : Programme des Nations Unies pour le Développement

**RGPHAE** : Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage

**SONU** : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

**SR** : Santé de la Reproduction

**UN** : Nations Unies

**UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

**UNFPA** : Fonds des Nations Unies pour la Population

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## *DÉDICACES*

Je dédie ce mémoire :

À mon défunt père, Mamadou Bamba Ngningue, rappelé à Dieu le 16 août 2019.

À ma très chère mère, Martine Kantoussan.

Grâce à toi, je n'ai jamais manqué de rien Maman !

Tu as toujours œuvré pour m'inculquer toutes ces valeurs qui sont les tiennes, à savoir l'amour, le respect, la dignité et l'honneur. Des valeurs, qui contribuent à faire de moi l'homme que je suis aujourd'hui.

Ce travail est le fruit de ton éducation.

À mon oncle et sa femme, Monsieur et Madame Kantoussan. Pour tous les conseils et le soutien que vous n'avez cessé de m'apporter, depuis toutes ces années où je vis auprès de vous.

## REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à mon encadreur, le docteur Fatoumata Hanne. Sans votre aide si précieuse, ce travail de mémoire n'aurait jamais été réalisé. Vous m'avez guidé et orienté, sans relâche, du début à la fin de ce mémoire.

Ce travail est aussi le vôtre, Madame.

Je remercie également tous les enseignants du département de Sociologie de l'Université Assane Seck de Ziguinchor. D'abord, pour toutes ces années de formations, mais aussi, pour vos conseils et suggestions qui m'ont été essentiels aussi dans la réalisation dans ce travail.

Mes remerciements vont aussi à l'endroit de toutes ces personnes qui ont contribué à mon éducation depuis mon plus jeune âge jusqu'aux portes de l'université. Je veux nommer par-là mes maîtresses du préscolaire, mes instituteurs du primaire, ainsi que mes enseignants du collège et du lycée.

Un grand merci :

À Madame Thérèse Gueye, coordonnatrice en Santé de la Reproduction au district médicale de Ziguinchor. Pour toutes vos orientations et votre aide durant ma phase de documentation et d'enquête.

À Madame Catherine Mendy de la Région Médicale de Ziguinchor, pour l'aide que vous m'avez apportée dans ma documentation.

À toutes ces sages-femmes, infirmiers, infirmières et matrones qui m'ont gentiment accueilli dans les différents postes de santé visités.

À l'ensemble des "Badiénu Gox" avec qui on ces entretenu dans le cadre de ce travail.

Enfin, je ne saurais finir sans dire un très grand merci à toutes ces femmes qui m'ont reçu à leurs domiciles et m'ont accordé un peu de leurs temps pour me permettre de mener mes enquêtes. C'est aussi grâce à elles que ce travail a pu aboutir.

## **Introduction générale**

La grossesse a toujours fait l'objet d'une attention particulière de la part des membres de l'entourage proche des femmes, des politiques et donc de la société en général. Les taux élevés de mortalité maternelle, les normes biomédicales imposent de plus en plus aux femmes la nécessité de respecter les consultations prénatales. L'idée qui sous-entend cette démarche serait d'éviter les décès néonataux et de réduire la mortalité maternelle.

Nous constatons tout de même de réelles difficultés à faire respecter ces consultations aux femmes, ce qui nous a poussé à nous interroger sur les facteurs qui influencent le suivi prénatal. En effet, le suivi prénatal met en jeu diverses logiques. Il peut être perçu comme le lieu de confrontation entre un modèle biomédical de gestion de la grossesse, du début à la fin, et un modèle profane qui découle de la culture, du social, etc. Partant de ce constat nous formulons la question de recherche suivante : quels sont les déterminants socioculturels du suivi prénatal des grossesses dans la commune de Ziguinchor ?

Notre étude sur le suivi prénatal des femmes dans la commune de Ziguinchor comportera essentiellement deux grandes parties :

La première portera sur le cadre théorique et méthodologique. Dans celle-ci, nous essayerons de présenter la problématique et le cadre d'analyse à partir des recherches bibliographiques effectuées sur le sujet. Nous tenterons ensuite de décrire la méthodologie de recherche que nous avons mobilisée pour mener à bien cette recherche.

La deuxième partie quant à elle, concernera l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus sur le terrain. Ce sera bien évidemment le lieu, où toutes les données de l'enquête seront exposées et traitées en étant mises en perspective avec nos questions de recherches ainsi que les hypothèses qui sous-tendent ce travail.

Nous terminerons naturellement par une conclusion. Dans cette partie, nous procéderons à une vérification de nos hypothèses à l'aide des résultats obtenus dans cette étude.

# I. Cadre théorique

## I.1 Problématique

Définie par l’OMS en 1975, dans sa 9<sup>ème</sup> classification internationale des maladies comme étant « *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* » (Bouvier-Colle & al, 2001 : 769), la mortalité maternelle est un phénomène qui a toujours été source de malaise et d’interrogations chez les populations du monde entier et en particulier chez celles des pays du Sud. Elle est devenue aujourd’hui, l’un des principaux sujets de réflexion des décideurs, en atteste d’ailleurs sa présence en 2000 au 5<sup>ème</sup> rang des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), puis dans le volet 3 des Objectifs de Développement Durable (ODD), entrés en vigueur en janvier 2016 par le billet du Programme des Nations unies pour le Développement (PNUD). En effet, il est noté que le « *recentrage sur la question de la mort maternelle peut être considéré comme le résultat d’un combat féministe de la décennie 1970-1980 valorisant la femme autrement que par son seul statut de mère. Femme, elle est aussi à prendre en compte spécifiquement dans l’acte d’enfantement. C’est ainsi que paradoxalement - et bien que les options idéologiques soient différentes- le combat féministe a incité la communauté internationale à s’intéresser aux femmes sous l’angle de ce qui reste encore aux yeux de beaucoup d’hommes et même de femmes leur principale fonction : la reproduction. La « santé de la reproduction » devient un des thèmes majeurs des programmes de développement après la « Conférence internationale sur la Population et le Développement », au Caire en 1994, qui marque un tournant majeur entre autres dans l’approche de la santé et du développement.* » (Pruval, 2009 :7). Cette conférence était importante dans la mesure où elle a permis d’avoir une définition relativement consensuelle de la santé de la reproduction qui pour l’OMS est perçue comme s’inscrivant dans le cadre de la santé en général. Celle-ci étant définie comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité* »<sup>1</sup> tout en ne s’intéressant qu’aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l’appareil reproducteur à tous les stades de la vie. Cette conférence est charnière aussi, parce qu’un plan d’action assez ambitieux a été mis en place avec des axes forts parlant de la santé reproductive surtout en termes d’accès aux soins, aux services de planification familiale, de prévention et de

---

<sup>1</sup> [https://www.who.int/topics/reproductive\\_health/fr/](https://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/)

traitement des infections sexuellement transmissibles, d'information et de conseil sur la sexualité et plus important de grossesses et d'accouchements sans risque<sup>2</sup>.

À cet effet, on note qu'un intérêt croissant a depuis lors été porté sur les questions de santé de la reproduction et plus spécifiquement de mortalité maternelle, en particulier, par les plus grandes instances mondiales de même que certains grands auteurs. Régulièrement, des chiffres sont produits sur la question afin d'en évaluer l'évolution. Des séries de concertations sur le plan international sont de plus en plus organisées dans l'optique d'identifier les manquements à la résolution définitive de ce phénomène et d'y apporter des solutions durables.

En 2011, P.Hancart Petitet écrivait : « *selon les dernières estimations, un nombre absolu de 529.000 femmes meurent chaque année durant la grossesse, l'accouchement et dans les 40 jours qui suivent la naissance. Parmi ces femmes, 99,6% vivent dans des pays du Sud et dans des contextes économiques et sociaux où l'accès aux soins est limité.* » (Hancart Petitet, 2011 :10).

D'après les estimations de l'OMS, en 2015, environ 830 femmes sont mortes chaque jour dans le monde suite à des complications liées à la grossesse, au cours de l'accouchement ou dans les jours qui ont suivi. Ce taux était de 239 pour 100.000 naissances dans les pays en développement, contre 12 pour 100.000 dans les pays développés<sup>3</sup>. Ce qui pose la question de la variabilité de l'ampleur du phénomène suivant les zones géographiques, mais surtout, suivant le niveau de développement du pays dans lequel on se trouve, car on note d'après ces estimations de l'OMS, faites en 2015, que les risques de mort maternelle ne sont pas les mêmes selon que l'on soit dans les pays industrialisés ou dans les pays dits en développement, mais aussi selon que l'on soit issu d'un milieu plus ou moins aisé ou plutôt défavorisé. Lors du sommet de la *Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique* (CARMMA), tenu à Addis-Abeba en janvier 2013, le fonds des Nations unies pour la population (UNFPA) révélait que 57 % de tous les décès maternels du monde surviennent en Afrique, ce qui fait de ce continent, la région du monde où le ratio de mortalité maternelle est le plus élevé. Il note aussi qu'une femme sur 4700 court le risque de mourir de complications liées à la grossesse dans le monde industrialisé, tandis qu'en Afrique, c'est une femme sur 39 qui court ce même risque (UNFPA, 2013 :1). Aujourd'hui c'est pratiquement la même tendance qui continue de s'observer, les femmes se trouvant dans les pays fragilisés par les guerres, la famine et autres calamités, comme le sont la plupart des pays africains, sont les plus exposées

---

<sup>2</sup> <https://www.prb.org/quesestilpasseaucaire/>

<sup>3</sup> <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>



au risque de décès maternels. L'OMS dit qu'une femme sur 54 dans ces pays court ce risque de mourir en donnant la vie<sup>4</sup>.

En plus de ces disparités entre continents, on constate également qu'à l'intérieur d'un même continent les risques de mortalité ainsi que le taux même de mortalité maternelle ne sont pas les mêmes d'une sous-région à l'autre. Ainsi, en Afrique ce taux est beaucoup plus élevé dans la région subsaharienne que partout ailleurs : « *On recense 99 % des décès maternels dans le monde dans les pays en développement. Plus de la moitié d'entre eux surviennent en Afrique subsaharienne, un tiers en Asie du Sud* » (OMS, *op.cit*). Des résultats assez similaires avaient déjà été révélés par une enquête menée 2002 par des chercheurs comme C. Ouédraogo et M-H Bouvier-Colle dans certains pays francophones d'Afrique de l'Ouest, en l'occurrence le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Mali, le Niger, la Mauritanie, le Sénégal. À l'époque, les chiffres étaient déjà assez élevés et faisaient état de plus d'un millier (1200 plus précisément) de morts maternels pour 100.000 naissances vivantes au Sénégal, au Mali et au Niger, 930 pour 100.000 en Mauritanie et au Burkina, enfin 810 pour la Côte d'Ivoire. (Ouédraogo & Bouvier-Colle, 2002 : 82)

Ces inégalités face au risque de mort maternelle se font aussi ressentir entre population riche et pauvre à l'intérieur d'un même pays, ainsi qu'entre populations urbaines et rurales. Au Sénégal d'après l'ANSD, le rapport de mortalité maternelle « *est de 434 décès pour 100.000 naissances vivantes (...) Par ailleurs, le risque de décès est nettement plus élevé durant la grossesse avec 65% des cas au niveau national contre 19% et 16% pendant les 42 jours suivant la fin d'une grossesse et durant l'accouchement, respectivement. La même tendance s'observe aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural avec respectivement 68% et 63% du risque de décès durant la grossesse* » (ANSD, 2014 :212). Il convient tout de même de noter une variabilité de ces indicateurs entre régions, ce qui est le cas au Sénégal comme un peu partout ailleurs. En mesurant le nombre de décès sur 100.000 naissances vivantes. Les régions de Kédougou, Matam, Saint-Louis, Ziguinchor, Kolda, Sédhiou et Tambacounda sont celles qui constituent le premier groupe avec un ratio supérieur à 400 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Tandis que, le second groupe est celui des régions comme Louga, Kaffrine, Kaolack, Fatick, Diourbel, Dakar et Thiès qui enregistrent un ratio inférieur à 400 décès. Ces dernières se situent toutes dans le centre du pays (ANSD *Ibid* :212). Tout ceci s'expliquerait par une concentration des infrastructures sanitaires dans la partie centre du pays qui abrite la

---

<sup>4</sup> <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

capitale, mais aussi par une insuffisance voire une absence de personnels qualifiés dans la plupart des régions constituant le premier groupe. Ce qui réduit ainsi les chances des populations se trouvant dans ces régions de se faire prendre en charge correctement.

On note aussi selon l'âge une certaine variabilité du phénomène, en effet, l'ANSD signale une mortalité assez élevée chez les mères adolescentes, 629 pour 100 000 naissances vivantes plus exactement. D'après elle, « *Ce résultat traduit un risque de décès maternels plus élevé chez les mères âgées de moins de 20 ans. Ce risque reste encore élevé pour les mères de la tranche d'âges 40-49 ans avec un ratio de plus de 500 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Par contre, les mères âgées de 20 et 29 ans sont moins exposées au phénomène avec moins de 400 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ces résultats corroborent l'hypothèse selon laquelle les adolescentes et les femmes aux âges avancés sont plus exposées aux décès maternels* » (ANSD, *Ibid* : 214).

Les causes de la mortalité maternelle de manière globale changent et peuvent être liées à plusieurs facteurs pouvant être d'ordre médical, social ou encore culturel.

Au plan social, les facteurs qui peuvent conduire à une mort maternelle ne manquent pas et peuvent être tout aussi variés à l'exemple de la pauvreté, de l'éloignement des structures de santé, du nombre de grossesses entre autres, des perceptions sociales autour de la grossesse voire même du statut social de la parturiente. D'après Y. Jaffré, les attitudes du personnel diffèrent selon le pouvoir financier de la patiente. Les patientes ayant plus de capital financier, voire social sont traitées avec plus de respect et de motivation que celles n'ayant pas un statut favorable. Le type de prise en charge même de la parturiente est en partie lié à son statut social (Jaffré, 2009 :118). En outre, J. Des Forts montre que l'accessibilité aux soins de santé maternelle pouvait dépendre de deux éléments essentiels, à savoir l'accessibilité matérielle à la maternité (Distance, transport, coût), et l'accessibilité psychologique, c'est-à-dire la perception que se font les femmes des structures de santé modernes (Des Forts, 1998 : 1). Le fort taux de fécondité des femmes africaines est aussi un facteur non négligeable, car cela les expose plus souvent au risque de mort lors d'un accouchement quand on connaît tout le danger que représente celui-ci, surtout dans cette partie du monde où la prise en charge médicale correcte est assez rare. Ce constat, A. Prual n'a d'ailleurs pas manqué de le faire quand il donne les raisons qui, selon lui, pourraient aider à la compréhension de ce phénomène « *Quand une femme européenne a, en moyenne, 1,6 enfants, une femme africaine en a 5,2 multipliant évidemment le risque de mourir d'une grossesse. Cette fécondité élevée est largement la conséquence de la pauvreté. Les enfants sont une sécurité pour les parents. Dans un contexte où il n'existe ni assurance sociale, ni assurance chômage, ni retraite, ils sont la garantie de ne*

*pas mourir de faim à l'âge où on ne peut plus travailler. Par ailleurs, la forte mortalité infanto-juvénile et des jeunes adultes dans des pays à haute prévalence du VIH, « oblige » les femmes à mettre au monde de nombreux enfants pour espérer que quelques-uns survivent à l'âge adulte » (Prual, *op.cit* : 9). Une analyse qui semble assez pertinente, d'autant que l'Afrique reste un continent économiquement instable et où les politiques sociales ne donnent pas la garantie d'une sécurité financière pouvant permettre de se prendre en charge correctement après la retraite. De plus, le statut que la femme occupe dans sa société, le poids que cette société exerce sur elle et enfin le niveau d'instruction n'aident pas dans la lutte contre ce phénomène. En effet, le fait que des jeunes filles soient contraintes de se marier très tôt les expose naturellement à des grossesses précoces et risquées. Ces mariages précoces ne leur permettent pas de poursuivre leurs études, ce qui constitue l'autre risque, puisque le faible niveau d'instruction fait souvent que ces femmes ne savent pas comment s'informer afin de prendre les bonnes décisions à temps à propos du suivi de leurs grossesses. Pour l'UNFPA, dans un rapport publié sur son site en décembre 2012, « les taux de mortalité maternelle sont en étroite corrélation avec les taux d'alphabétisation féminine ; plus les femmes sont instruites plus le taux de mortalité maternelle est faible. » (UNFPA, 2012, p.2).*

Culturellement, la mortalité maternelle est vue comme la résultante d'un ensemble de pratiques et de représentations variables d'une société à une autre. Ainsi on note par exemple des sociétés à l'instar des Peuls du Fouta Djallon en Guinée, ceux de la commune de sélémeta au Sénégal et même des Diolas de la commune de Mlomp au Sénégal, où l'accouchement était traditionnellement pris en charge par le cercle familial (Kanté & Pison, 2010 : 755). Ajouté à cela les pratiques qu'usent les femmes durant leurs grossesses comme la prise de traitements traditionnels « *les femmes enceintes ont leur propre perception des risques sanitaires... Face à ces risques ressentis, les femmes enceintes prennent des décoctés de plantes à titres préventif pour "nettoyer le ventre" et "garder le nid de l'enfant propre". Il s'agit d'un savoir familial qui n'exige pas forcément le recours à un guérisseur* » (Diallo, 2009 : 200). De même que, l'interdiction de certains aliments considérés comme pouvant influencer sur le bien-être du fœtus ou pouvant transmettre à l'enfant un certain nombre de traits comportementaux comme nous dit Y. Diallo : « *La grossesse entraîne un certain nombre de proscriptions alimentaires. La croyance populaire sous-jacente est que le fœtus est « influençable » et assimile les propriétés des aliments ingérés par sa mère. Suivant un type de pensée analogique, la consommation de la viande de certains animaux est interdite, car l'aspect ou le comportement de ces animaux pourraient se retrouver chez l'enfant. Ces restrictions alimentaires pourraient aggraver l'anémie chez une femme enceinte* ». (Diallo, *Ibid*, p. 202). Bien que la prise en charge sanitaire

moderne semble avoir fait de grandes avancées dans ces zones rurales aujourd'hui, il nous paraît tout de même opportun de nous interroger sur ces aspects d'ordre culturel.

Sur le plan médical, la mortalité maternelle s'expliquerait par les nombreuses complications dues à une mauvaise prise en charge durant l'accouchement, bien avant ou après. L'ONG Médecins Sans Frontières, en mars 2012, identifiait cinq causes principales des décès maternels, il s'agit de l'hémorragie, de l'infection, des avortements mal pratiqués, de l'éclampsie et des obstructions pendant l'accouchement<sup>5</sup>. A. Prual soulignait déjà que : « *médicalement, la principale cause de décès maternel (21%) est l'hémorragie de la délivrance et du post-partum<sup>6</sup>. Pourtant, cette pathologie pourrait être évitée, dans la plupart des cas, par une prise en charge correcte de la troisième phase du travail et, lorsqu'elle survient, par des soins appropriés. Le manque de sang et de ses dérivés aggrave cette situation. L'éclampsie<sup>7</sup>, plus difficile à prévenir, mais relativement facile à prendre en charge et en plus avec un coût faible, continue à être responsable de 13% des décès maternels. La dystocie<sup>8</sup> peut être facilement dépistée grâce au suivi du travail par un outil simple et quasiment gratuit, le partographe (diagramme de suivi de la progression du travail). Son dépistage doit entraîner des actions bien standardisées allant jusqu'à l'extraction instrumentale (forceps, ventouse) ou chirurgicale (césarienne). On estime que 5% des grossesses au moins nécessitent une césarienne si on veut seulement sauver la vie de la mère et jusqu'à 15% pour sauver aussi celle de son fœtus. Or, le taux de césarienne varie de 2% en moyenne en milieu urbain africain à ...0% en milieu rural. L'infection, autre cause majeure de décès maternel (8%), pourrait être facilement évitée par des mesures d'hygiène simples et peu coûteuses, y compris lorsque l'accouchement se fait à domicile. Or, 50 à 70% des femmes continuent à accoucher à domicile, même dans certains milieux urbains* » (Prual, 2009 : 10). Si l'on se réfère aux résultats de l'enquête sur les pays francophones réalisée par C Ouédraogo et M-H Bouvier-Colle, ces causes obstétricales directes ont toujours été à l'origine des morts maternelles et le Sénégal ne faisait pas figure de bon élève à l'époque comme le montre cet extrait : « *les causes obstétricales directes représentent la très grande majorité des causes de décès maternels. On retrouve, quel que soit l'établissement examiné, les ruptures utérines, les infections et les hémorragies parmi les trois premières causes. Ces causes, signes de l'absence de surveillance obstétricale, et de soins. Les éclampsies et les hématomes rétro-placentaires<sup>9</sup> sont également très fréquents au Sénégal* » (Ouédraogo & Bouvier-Colle, 2002,

---

<sup>5</sup> <https://www.msf.fr/communiqués-presse/mortalité-maternelle-une-crise-évitable>

<sup>6</sup> Période s'écoulant entre la fin de l'accouchement jusqu'au retour des règles.

<sup>7</sup> Convulsions pendant la grossesse ou juste après l'accouchement.

<sup>8</sup> Accouchement difficile

<sup>9</sup> Complications graves de la grossesse, qui se caractérise par le détachement du placenta de l'utérus

p.84). Ceci montrait déjà les conséquences néfastes que pouvait cacher un suivi prénatal anormal d'une grossesse. Abondant dans le même sens, l'EDS continue de 2015 au Sénégal montre une variabilité du pourcentage de femmes prises en charge lors de l'accouchement par des professionnels suivant l'âge de la mère, le rang de naissance de l'enfant et la région de résidence : « *Le pourcentage de naissances assistées par un professionnel de santé varie selon l'âge de la mère à la naissance de l'enfant et le rang de naissance : de 56 % chez les mères de moins de 20 ans, il passe à 47 % chez celles de 35-49 ans. En outre, de 66 % chez les primipares<sup>10</sup>, il passe à 56 % chez les paucipares<sup>11</sup> (2-3 enfants) et tombe à 41 % chez les grandes multipares<sup>12</sup>... Les régions du Sud et Centre sont celles où les femmes bénéficient le moins fréquemment d'assistance à l'accouchement par du personnel formé. Dans ces régions, plus de la moitié des accouchements sont assistés par des parents ou d'autres personnes non qualifiés (55 % dans le Sud et 51 % dans Centre) » (ANSD, 2015a :116). Un autre aspect non moins important à tenir en compte est le référencement tardif de certaines femmes suite à un accouchement ou une tentative d'accouchement à domicile. Ce problème lié à l'accès aux services de santé avait déjà été souligné par le ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la prévention du Sénégal dans son Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction 2011-2105. En effet, il y est noté que : « *L'accessibilité géographique et financière aux services de SR est encore limitée. Les ressources humaines posent un problème d'insuffisance tant en quantité qu'en qualité surtout au niveau des zones éloignées et difficiles, mais aussi de mauvaise répartition sur le plan national. La couverture en structures offrant des services de santé de la reproduction (blocs SONU, espaces ados, coins du nouveau-né...) est à améliorer. La disponibilité des produits de santé de la reproduction est insuffisante » (Ministère de la santé, 2010 : 14).**

Un ensemble de constats qui jusqu'alors, oriente notre problématique sur la prise en charge des grossesses. Car, que ce soit pour les causes sociales de la mort maternelle, celles culturelles, ou encore celles médicales le problème qui se pose à l'avance, nous semble-t-il, est toujours celui de la manière dont la grossesse a été prise en charge bien avant, pendant et après l'accouchement. « *À l'heure actuelle, le suivi prénatal s'inscrit dans un contexte de médecine préventive orientée vers le dépistage de pathologies à haut risque. Bien entendu, l'anxiété maternelle n'a pas été créée par la surveillance obstétricale, mais les progrès en termes d'investigation, les échographies, les multiples tests anténataux vont occuper une grande place*

---

<sup>10</sup> Femmes qui accouchent pour la première fois

<sup>11</sup> Femmes étant à deux ou trois accouchements

<sup>12</sup> Femmes ayant accouchées plusieurs fois

*et générer un certain nombre d'inquiétudes chez les femmes enceintes* » (Janvier, 2013 : 8). Les données de l'EDS continue révèlent que le pourcentage des femmes s'étant présentées à, au moins, une consultation prénatale durant les cinq années qui ont précédé leur enquête est d'environ 95%, si l'on prend tout le territoire national. Cependant, selon la même source, seulement 47% des femmes ayant accouché durant cette période ont effectué au moins les quatre consultations prénatales recommandées, au moment où 43% n'ont effectué que 2 à 3 consultations. S'agissant du stade de la grossesse auquel a lieu la première visite, l'enquête révèle que c'est juste 58% des femmes qui ont fait leurs premières visites à moins de 4 mois de grossesse (ANSD, 2015a : 107). Des chiffres qui interpellent forcément quand on sait que l'efficacité d'un suivi prénatal dépend essentiellement de la précocité et de la régularité de celui-ci.

Ces constats motivent notre volonté à étudier l'origine des irrégularités ou du retard dans les suivis prénataux des grossesses chez certaines femmes notamment dans la commune de Ziguinchor. Étant donné que c'est une commune qui se trouve dans une des zones citées par le précédent rapport de l'enquête démographique de santé continue comme celles où les femmes fréquentent le moins les structures sanitaires lorsqu'elles tombent enceintes par rapport au reste du territoire national.

## **I.2 Revue critique de la littérature**

Comme tout travail de recherche, la nécessité de situer le nôtre dans un contexte bien déterminé, nous a conduit à faire des lectures sur notre thème de recherche. Ainsi, l'ouvrage coordonné par Y.Jaffré (2009) nous paraît important, en ce sens qu'il permet d'abord de comprendre le contexte dans lequel a émergé la problématique de la mortalité maternelle. En effet, on y note que la question de la mortalité maternelle a été analysée sur pratiquement tous ses aspects, que ce soit ses causes directes comme les complications au cours de la délivrance « *La principale cause de mortalité citée par les sages-femmes et les médecins est l'hémorragie post-partum causée par les hématomes rétro placentaires (HRP). Un groupe sanguin rare et/ou la pauvreté aggravent massivement le risque de décès.* » (Jaffré, 2009 : 220), ou encore celles plus ou moins indirectes à l'exemple de la mauvaise prise en charge des parturientes par le personnel de santé et le manque de professionnalisme de ce dernier. Enfin, cet ouvrage nous renseigne aussi sur les pratiques qu'utilisent les femmes enceintes selon leurs « traditions » par exemple la non-

consommation de certains aliments jugés incompatibles avec la grossesse ou la prise de décoctions considérées comme indispensables au bon déroulement de la grossesse.

L'approche proposée par P. Hancart Petitet dans *L'art des matrones revisité*, met surtout l'accent sur une catégorie d'acteurs très peu étudiés et intervenants spécifiquement dans l'accouchement des femmes, à savoir les matrones. Elle tente de saisir leur savoir-faire, qu'il nomme « *l'art des matrones* » (Hancart Petitet, 2011 :11), dans le contexte des naissances contemporaines dans les pays du sud. Il explique les diverses techniques pour faciliter la délivrance des femmes : « *les descriptions faites par les matrones attestent d'un suivi tant prénatal (palpation, examen, toucher, administration de tisanes, conseils prophylactiques) que post-natal (suivi des suites de couches, bains cicatrisants, soins au nouveau-né), d'une grande disponibilité et d'une grande conscience professionnelle. De plus, les récits d'accouchements mettent en évidence la connaissance de diverses techniques obstétricales particulièrement difficiles à mettre en œuvre. Ces techniques n'étaient pas employées « au feeling », mais dans des contextes précis et à la suite d'un long apprentissage. Les matrones savaient en effet faire rentrer le bébé dans le corps de sa mère en cas de mauvaise présentation. Elles connaissaient également diverses techniques destinées à retourner l'enfant in utero et à le placer en bonne position dans le bassin de sa mère. Ces deux techniques, connues de la biomédecine, sont respectivement nommées version par manœuvre externe et version par manœuvre interne* » (Hancart Petitet, *Ibid* : 40). Cet ouvrage vient compléter ainsi les explications du rôle des matrones dans la gestion des grossesses, déjà notées dans le livre de Jaffré. L'explication détaillée du rôle de ces matrones est importante pour notre travail, car à travers elle, on peut voir certains mécanismes, basés sur les connaissances traditionnelles, qui sont mis en œuvre, pour le bon déroulement d'un accouchement.

Pour parler plus spécifiquement de certaines causes de la mortalité maternelle, Jacqueline Des Forts a étudié les accouchements dits traditionnels (Des Forts, 1998 :1) dans le contexte algérien. Ils s'expliquaient selon elle, soit par un manque de structures de santé facilement accessibles pour les femmes qu'elle dénomme « *l'accessibilité matérielle à la maternité* » (Des Forts, *Ibid* :1) soit par un défaut de confiance de ces femmes en la médecine moderne du fait qu'elles sont encore ancrées solidement à leurs pratiques culturelles, vu comme « *l'accessibilité psychologique* » (Des Forts, *Ibid* : 1). Ces accouchements à domicile restent tout de même d'actualité puisqu'ayant aussi été soulevés quelques années plus tard dans l'ouvrage de Jaffré cité au début.

En parlant de ces difficultés liées à l'accessibilité aux soins de santé, l'ouvrage de Jean-Pierre Olivier de Sardan et Yannick Jaffré nous paraît assez incontournable. On peut noter dans cet

ouvrage, que les auteurs reviennent en effet, sur les problèmes auxquels sont confrontés les patients lorsqu'ils se présentent dans les structures de santé, notamment en termes d'accueil et d'orientation, mais aussi de prise en charge de la part du personnel soignant « *L'environnement inhospitalier dont il s'agit est celui des services publics ou communautaires de soins de santé de premiers recours en milieu urbain ouest-africain. Ils s'appellent hôpitaux à Dakar, formations sanitaires urbaines communautaires (FSUCOM) à Abidjan, centres de santé à Conakry, centres de santé communautaires (CSCOM) à Bamako, centres de santé intégrée (CSI) ou centres de santé maternelle et infantile (CSMI) à Niamey. Partout, dans ces capitales ouest-africaines, ces structures sanitaires publiques sont perçues par les usagers, surtout les plus démunis, comme inaccessibles. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, cette inaccessibilité n'est pas liée exclusivement et principalement à des facteurs financiers : c'est plutôt la mauvaise qualité de l'accueil qui est fortement en cause. Autrement dit, l'accès aux services de santé publique, du point de vue de ces usagers, est largement influencé par la situation d'interaction avec les agents de santé. Ces derniers, en écho aux discours accusateurs des usagers, invoquent leurs conditions de travail et la responsabilité des usagers. Concernant leurs conditions de travail, ils les jugent très mauvaises notamment au regard de la faiblesse des budgets et du niveau bas des salaires. Pour ce qui est de la responsabilité des usagers, les agents de santé stigmatisent les comportements qui ne respectent pas les prescriptions sanitaires et la tendance à la recherche effrénée de faveurs* » (Souley, 2003 : 66). Comme on l'a si bien signalé, cet ouvrage permet de mettre en lumière un des problèmes majeurs des structures sanitaires aujourd'hui, à savoir la qualité de l'accueil et des prestations qu'offrent ces structures. C'est en cela d'ailleurs que cet ouvrage est plus éclairant que l'article de Jacqueline Des Fort, cité juste avant.

L'article d'A. M Kanté et G. Pison, *La Mortalité Maternelle en Milieu Rural Sénégalais. L'expérience du Nouvel Hôpital de Ninéfescha* s'inscrit aussi dans cette logique de description des difficultés liées à l'accès aux structures sanitaires, en insistant plus sur les facteurs d'ordres socioculturels. En effet, Kanté et Pison montrent que la présence d'une structure sanitaire ne suffit pas à ce qu'elle soit fréquentée par les populations. Il faut prendre en compte bien d'autres aspects comme la proximité géographique, le coût financier, mais surtout les facteurs socioculturels, parce que comme l'indique ces auteurs, il peut arriver que dans certaines cultures, le suivi de la grossesse ainsi que l'accouchement soient une affaire purement familiale et doivent être pris en charge par le cercle familial ou l'entourage proche « *Chez les Bedik par exemple, la femme accouche dans sa case et le mari attend à l'extérieur* » (Kanté & Pison, 2010 :756). Il peut arriver aussi que pour certaines raisons d'ordre historique les populations



d'une localité ne se sentent pas concernées par une structure pourtant proche, comme c'était le cas pour l'hôpital de Ninéfescha qui était considéré par les autres ethnies comme uniquement réservé aux Bediks, car ayant été installé dans leur territoire (Kanté & Pison, *Ibid* : 765). Ce qui impacte aussi forcément sur la fréquentation de la structure par les populations, qui vont parfois continuer à accoucher à domicile. Cet article permet d'avoir un début de réponses sur les facteurs d'ordre socioculturel empêchant certaines femmes à se faire suivre par des professionnels de la santé dans certaines zones du Sénégal. Ainsi, si l'ouvrage de J-P. O de Sardan et Y. Jaffré insiste sur le lien entre la qualité de l'accueil par exemple et l'accès aux services sanitaires, l'article de Kanté et Pison revient plus sur le rôle des facteurs socioculturels sur la fréquentation des structures sanitaires.

À côté de cet article, nous avons le mémoire de Boubacar Barry qui insiste de manière générale sur les facteurs favorisant la mortalité maternelle et spécifiquement sur ceux socioculturels qui empêchent la fréquentation des structures sanitaires durant la grossesse : « *L'environnement social et culturel dans lequel vit une femme, la religion ou ses interprétations et les croyances personnelles peuvent constituer des facteurs favorisant la mortalité maternelle en empêchant la prise de bonnes décisions. Les femmes peuvent être amenées à choisir d'accoucher dans des conditions dangereuses pour des raisons culturelles ou religieuses. Pour de nombreuses femmes, une grossesse accidentelle peut entraîner un ostracisme social voire le rejet par la famille. Pour éviter cela, certaines diffèrent souvent leur recours aux soins parfois jusqu'à mourir. Les pesanteurs sociales, les interdits et les tabous affectent surtout les adolescentes et les femmes de nos régions, caractérisées par leur faible pouvoir de décision, leur dépendance économique et leur analphabétisme qui limitent leur accès à l'information utile* » (Barry, 2008 : 25). L'apport de ce mémoire est surtout qu'il nous permet d'appréhender les véritables facteurs socioculturels intervenants dans la prise de décision liée au suivi prénatal. Les travaux de Lydie Ancelot, Liliane Bonnal et Marc-Hubert Depret en 2016, s'inscrivent plus ou moins dans la même logique que ceux de Boubacar Barry. On note, en effet, qu'ils reviennent globalement sur les déterminants du renoncement aux soins chez les femmes en état de grossesse, mais aussi plus spécifiquement sur les déterminants du suivi prénatal. Selon eux : « *Les trois principales causes du renoncement aux soins sont financières (précarité, absence de couverture médicale, ...), informationnelles (faible niveau d'éducation, faible maîtrise de la langue du pays, ...) et spatio-temporelles (éloignement géographique des services de santé, difficultés de transport, délai d'attente pour obtenir un rendez-vous, manque de temps, ...)*. » (Ancelot & al, 2016 : 67). Contrairement au travail de Barry, cet article nous donne un

aperçu global des différents types de déterminants intervenants dans la prise en charge sanitaire des femmes enceintes.

La plupart des articles proposés par les instances onusiennes, sur la question de la mortalité maternelle, comme l'UNFPA, l'OMS ou encore l'UNICEF, insistent surtout sur l'ampleur du phénomène à travers le monde et de manière plus spécifique sur le continent noir, en le mettant en rapport avec le type de prise en charge dont bénéficient ces femmes au moment de la grossesse, pendant l'accouchement et après.

En décembre 2012, l'UNFPA revient sur la variabilité des risques de mort maternelle selon la partie du monde dans laquelle on se trouve ou encore selon qu'on soit riche ou pauvre, insistant par-là sur le fait que ce risque est notamment plus élevé dans la partie subsaharienne de l'Afrique : *« Le risque que court une femme de mourir ou de devenir invalide durant la grossesse et l'accouchement est en rapport étroit avec son statut social et économique, les normes et valeurs de la culture à laquelle elle appartient et le fait de résider dans un lieu géographique reculé. De manière générale, plus une femme est pauvre et marginalisée, plus son risque de mourir est grand. En fait, les taux de mortalité maternelle reflètent les inégalités entre pays riches et pays pauvres plus qu'aucune autre mesure d'ordre sanitaire. En Afrique subsaharienne, le risque d'une femme, calculé sur la durée de vie, de mourir du fait de la grossesse ou de l'accouchement est de 1 sur 39 contre 1 sur 4 700 dans les pays développés. »* (UNFPA, 2012 :1). Le rapport sur *La Santé Maternelle en Afrique* en 2013 vient corroborer cette idée en insistant surtout sur le fait que l'Afrique soit le continent qui subit le plus les morts maternelles : *« malgré les progrès accomplis, 57% de tous les décès maternels surviennent sur le continent, ce qui fait de l'Afrique la région du monde où le ratio de mortalité maternelle est le plus élevé. Les taux de mortalité maternelle varient de pays en pays. »* (UNFPA, 2013 :1)

Dans la même perspective le RGPHAE du Sénégal dans son chapitre VII consacré à la mortalité en général, fait par l'ANSD en 2013, montre la variabilité des chiffres concernant la mortalité maternelle en fonction d'un certain nombre d'indicateurs comme l'âge des mères, le milieu de résidence, la région d'origine. On a pu noter, une forte tendance de morts maternelles chez les adolescentes qui va jusqu'à environ 629 décès notés sur 100.000 naissances vivantes (ANSD, 2014 : 214). Une distinction en deux groupes de régions avec d'une part les régions qui enregistrent un taux général de mortalité maternelle inférieur à 400 décès sur 100.000 naissances vivantes parmi lesquelles on retrouve principalement des régions du centre du Sénégal comme Dakar, Thiès, Kaolack entre autres, et d'autre part les régions dont la moyenne dépasse les 400 décès par an où on a par exemple la région de Kédougou qui a le taux le plus élevé avec 921 décès enregistrés pour 100.000 naissances vivantes, la région de S<sup>t</sup> Louis et la

région de Ziguinchor (ANSD, *Ibid* : 212). Ce rapport est d'autant plus important qu'en plus de donner un aperçu global du phénomène sur tout le Sénégal, il donne un sens à notre étude en permettant de voir l'ampleur du phénomène à Ziguinchor.

L'EDS 2015 révèle dans son chapitre consacré à la santé de la mère, les différences de niveaux dans la prise en charge des femmes que ce soit durant la période pré ou post-natale et même pour l'accouchement. Il insiste aussi sur la qualité des soins à disposition des patientes et sur la qualification du personnel en charge de cela « *Les consultations auprès des médecins sont plutôt rares, surtout en milieu rural (moins de 1 % contre 6 % en milieu urbain); celles auprès d'une infirmière sont plus fréquentes en milieu rural (29 % contre 8 % en milieu urbain) »* (ANSD, 2015a :108).

### **I.3 Justification de l'étude**

Le choix de notre sujet de recherche ne s'est pas fait de manière fortuite. En effet, la question de la mortalité est une question qui de nos jours est au cœur de nombreux débats dans le monde. La réduction du taux de mortalité maternelle figure parmi les objectifs majeurs de développement depuis le début du XXI<sup>e</sup> (OMD puis ODD).

Cependant, au sortir des OMD en 2015, les résultats faisaient état d'une insuffisance du Sénégal dans l'atteinte de la plupart des objectifs, à l'instar de l'objectif 5 relatif à l'amélioration de la santé maternelle « *Des insuffisances ont été notées dans la réalisation de certaines cibles des OMD 1, 2, 4, 5 et 7 »* (IPAR, 11 : août 2016) et ce retard s'expliquait en partie par le manque d'infrastructures pouvant permettre une bonne prise charge des grossesses dans tout le pays, mais aussi par le faible niveau de fréquentation de ces infrastructures dans certaines zones, lorsqu'elles existent. Fort de tout cela, nous avons donc considéré qu'à l'aube des ODD, entrés en vigueur depuis janvier 2016, une recherche approfondie sur le thème de la santé maternelle, notamment sur la question du suivi prénatal des grossesses pourrait aider à la connaissance du phénomène de la mortalité maternelle.

### **I.4 Objectifs de la recherche**

#### **I.4.1 Objectif principal**

Pour mener à bien notre recherche, nous nous donnons comme mission de décrire les déterminants d'ordres socioculturels liés au suivi prénatal d'une grossesse chez la femme enceinte.

Ainsi cette étude vise principalement à mettre en évidence et à analyser ces déterminants dans la commune de Ziguinchor.

#### I.4.2 Objectifs spécifiques

De manière spécifique, il s'agit de :

- Montrer que le suivi prénatal qu'une femme a de sa grossesse dépend essentiellement de son entourage, autrement dit de sa famille et de son voisinage, mais aussi de son profil social.
- Montrer que des facteurs liés aux cultures d'origines des femmes, à savoir leurs traditions peuvent aussi influencer sur le suivi de leurs grossesses.

Un certain nombre d'hypothèses sous-tendent ces objectifs.

## **I.5 Hypothèses**

### I.5.1 Hypothèse principale

Le suivi prénatal d'une grossesse est déterminé par des facteurs d'ordres socioculturels tels que : le profil social des femmes, leur entourage, le statut qu'elles occupent dans leurs familles ou encore leur degré d'attachement à leurs traditions.

### I.5.2 Hypothèses spécifiques

➤ Le manque de moyens financiers, le faible poids décisionnel des femmes au sein de leur famille, la peur du regard qui sera porté sur elles de la part de leur entourage, surtout en cas de grossesses non désirées, le faible niveau d'instruction, l'âge à la grossesse... sont autant d'éléments qui peuvent conduire à un mauvais suivi prénatal.

➤ De manière générale, la grossesse n'est pas perçue comme une maladie nécessitant un suivi prénatal assidu par un spécialiste de la santé. Elle apparaît comme un état normal dans le cours de la vie d'une femme et peut donc être prise en charge par le cercle familial en recourant notamment à des pratiques traditionnelles.

## **II. Cadre d'analyse**

### **II.1 Définition de concepts**

Dans un souci de clarté de notre travail, il est important de définir certains des concepts jusque-là utilisés dans l'étude de notre thème.

### ➤ **Suivi prénatal**

« *La grossesse et l'accouchement sont deux situations où les risques sont accrus pour la santé de la mère et pour celle de l'enfant tant en termes de morbidité qu'en termes de mortalité.* » (Delvoye, 2009 : 19). En ce sens, dans l'optique d'éviter le plus possible ces risques, un suivi prénatal de la femme enceinte par le biais de consultations prénatales est aujourd'hui préconisé presque partout à travers le monde. Des consultations qui s'inscrivent aujourd'hui dans ce qu'on appelle la médecine préventive à travers l'orientation qu'elles ont vers le dépistage des pathologies à haut risque pour la mère, mais aussi dans la médecine prédictive avec notamment les possibilités qu'elles offrent, grâce au développement de la génétique, à prévoir dans le long terme l'apparition de certaines anomalies génétiques. (*Ibid* : 19).

Selon les spécialistes de la santé, le suivi prénatal d'une femme peut être considéré comme normal ou anormal en fonction d'un certain nombre de variables pouvant être d'ordre temporel, c'est-à-dire la période écoulée avant la première consultation chez la femme enceinte ou encore d'ordre numéral, à savoir le nombre de consultations qu'a eu une femme enceinte du début de sa grossesse jusqu'à l'accouchement et qui doivent être d'au minimum trois.

En nous basant ainsi, sur ces précédents éléments, nous pouvons donc définir le suivi prénatal comme l'ensemble des consultations que la femme enceinte effectue auprès d'une sage-femme, d'un gynécologue et parfois d'un médecin généraliste.

### ➤ **Les déterminants du suivi prénatal**

Ce sont là, en effet, tous les éléments liés directement ou non à la femme enceinte et qui interviennent dans son suivi et cela tout au long du processus. Ils peuvent être en rapport avec la situation économique ou sociale de la femme, sa culture, son entourage, ou encore en rapport avec la disponibilité et la qualité de l'offre de soins dont la femme a accès. Ces éléments sont considérés comme déterminant en ce sens qu'ils peuvent influencer dans la prise de décision chez les femmes enceintes pour se faire suivre, mais aussi dans la manière dont elles vont mener leur suivi tout au long de la grossesse. Parmi ces éléments, nous retiendrons notamment la pauvreté, le profil social et la culture.

#### • **Pauvreté**

« *Concept multiforme, elle peut être définie de trois manières différentes ; en termes monétaires : est pauvre celui dont le revenu est inférieur à un certain seuil conventionnel ; en termes subjectifs, c'est une notion qui s'emploie pour désigner les personnes s'étant eux-mêmes déclarées comme pauvres ; et enfin en termes de conditions de vie où sont considérés comme*

*pauvres les individus ou les ménages qui n'ont pas accès à certains biens ou services considérés comme essentiels* » (Alpe & al, 2007 : 220).

Selon un rapport du PNUD, où la pauvreté est aussi définie sous trois formes à savoir l'extrême pauvreté, la pauvreté générale et la pauvreté humaine : « *une personne vit dans la pauvreté extrême si elle ne dispose pas des revenus nécessaires pour satisfaire ses besoins alimentaires essentiels – habituellement définis sur la base de besoins caloriques minimaux [...]. Une personne vit dans la pauvreté générale si elle ne dispose pas des revenus suffisants pour satisfaire ses besoins essentiels non alimentaires – tels l'habillement, l'énergie et le logement – et alimentaires* ». La « *pauvreté humaine* », quant à elle, est présentée comme l'« *absence des capacités humaines de base : analphabétisme, malnutrition, longévité réduite, mauvaise santé maternelle, maladie pouvant être évitée* » [PNUD 2000a : 19]. » (Benicourt, 2001 : 2).

Dans sa thèse de doctorat, Rokhaya Sene s'appuyant sur certains rapports d'organismes internationaux tel que la Banque Mondiale, reprend l'idée de l'ancien président de cette dite banque, selon laquelle : « *être pauvre ne signifie pas seulement avoir un revenu et une consommation trop faibles, mais aussi ne rien avoir en suffisance, qu'il s'agisse de l'instruction, de la nutrition et d'autres aspects du développement* » (Sene, 2005 :53). Cette définition de l'ancien président de la Banque Mondiale s'inscrit dans le même ordre d'idée que celle proposée par le PNUD plus en haut. En effet, elle permet de concevoir la pauvreté autrement que dans son aspect purement économique. La pauvreté, il faut le noter, prend en compte d'autres aspects de la vie comme l'accès à l'éducation, aux soins de santé en général, à l'eau potable à une bonne alimentation entre autres.

Et c'est en sens, que nous jugeons utile de retenir la définition de « *pauvreté humaine* » proposée par le PNUD, car elle en met en exergue l'approche que nous souhaitons avoir de la pauvreté dans ce travail, à savoir son influence sur l'accès aux soins de santé maternelle.

- **Culture**

C'est un mot qui provient du verbe latin "colere" qui désignait le fait de cultiver la terre. Jusqu'au XV<sup>e</sup> siècle, il a servi à désigner exclusivement le travail de la terre. Ce n'est qu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle qu'il prendra le sens qui lui est attribué aujourd'hui en Anthropologie et en Sociologie. En effet, dans ces deux disciplines, le terme culture a un sens à la fois neutre et plus large. Il sert à désigner l'ensemble des activités, croyances et pratiques communes à une société ou à un groupe social particulier (Etienne & als, 2004 : 120). Selon la définition proposée par l'anthropologue Edward B. Tylor en 1871, la culture désigne « *ce tout complexe qui comprend*

*la connaissance, les croyances, l'art, la morale, les lois, les coutumes et les autres capacités ou habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société* » (Alpe & als, 2007 : 64).

La définition de Bronislaw Malinowski reprend à peu près la même approche que celle de Tylor, c'est-à-dire, il voit la culture comme « *cette totalité où entrent les ustensiles et les biens de consommation, les chartes organiques réglant les divers gouvernements sociaux, les idées et les arts, les croyances et les coutumes.* » (Malinowski, 1968 : 4)

C'est un concept qui peut cependant être envisagé selon deux perspectives ; premièrement, elle est considérée comme un héritage, un patrimoine qui se transmet ; deuxièmement, elle est une construction dépendante de la hiérarchie sociale, qui se renouvelle au contact des autres cultures, et qui permet de garder les frontières d'une collectivité particulière.

« *En termes marxistes, la culture est une superstructure idéologique relative, dans une société donnée, à l'infrastructure matérielle de la société (...) Autrement dit, la culture d'une société à un moment déterminé de son histoire est l'expression consciente et inconsciente, figée et dynamique, que les hommes qui la composent ont de leurs activités économiques et politiques, de leurs rapports physiques avec la nature ainsi que des rapports sociaux existant entre eux.* » (Guissé 1979 : 123). Cette définition du mot culture faite par Youssouph Mbargane Guissé, permet de voir les formes de rapports que les individus entretiennent entre eux ou avec leur environnement direct, en un moment donné de leur histoire.

Néanmoins, nous nous en tiendrons ici à la définition que propose Tylor, car elle fait ressortir des éléments importants pour notre travail comme les notions de coutume et d'habitude.

- **Profil social**

Parler du profil social d'une personne renvoie à l'ensemble des caractéristiques que l'on peut retrouver chez une personne et qui sont liées à un certain nombre de variables sociologiques tel que le niveau d'instruction, l'âge ou encore la situation matrimoniale et qui font de lui un individu pouvant être classifié dans une certaine catégorie sociale et souvent enclin à certaines actions considérées comme idéal typique à sa condition ou à ce dit profil.

Cette approche du profil social pourrait être assimilée à ce que Khariseu Niane qualifiait de position sociale, dans son mémoire de master en 2012, en ces termes : « *La position sociale peut être définie comme le statut qu'une société donne à une personne. Ainsi, il s'agit de l'ensemble des droits et obligations socialement déterminés en vertu des valeurs qui ont cours dans un groupe culturellement donné.*

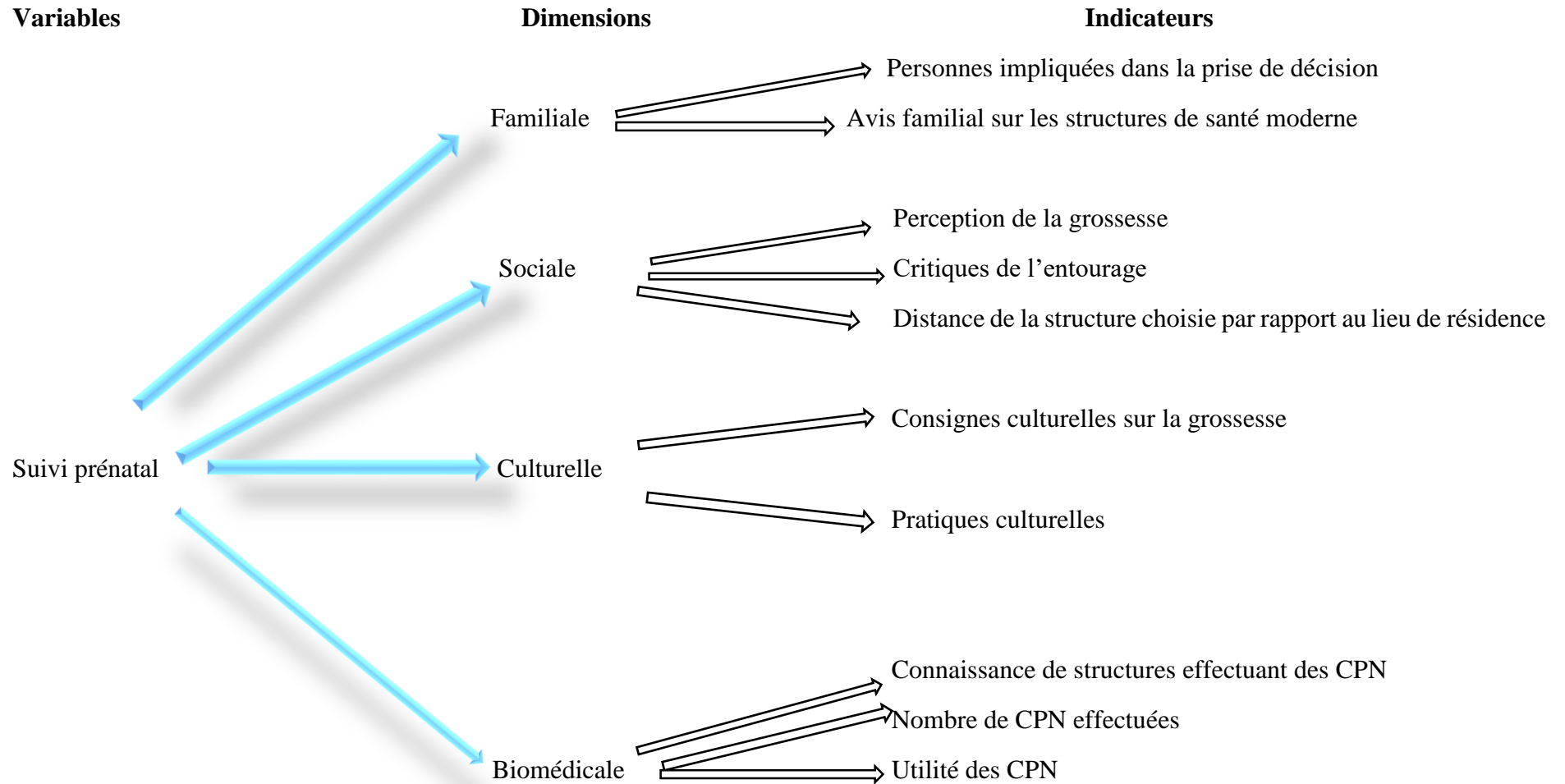
*Appliqué à notre étude ce concept de position sociale prend une autre forme. En effet, la position sociale de la femme n'est jamais figée et change mutuellement tout au long de sa vie.*

*Ainsi ce concept recouvre deux dimensions à savoir la dimension sociale et celle économique. En ce qui concerne la dimension sociale, les indicateurs sont la situation matrimoniale, la situation socio-familiale, le niveau d'instruction et la reconnaissance de son enfant. Pour la dimension économique, les indicateurs sont les ressources financières et le niveau de vie. »*  
(Niane, 2012 : 37)

Dans cette définition, on note en effet, que l'auteur revient sur les différents indicateurs d'ordre social, mais aussi économique permettant de définir, à un moment donné de sa vie la position qu'occupe un individu dans sa société. Cette définition de Khariseu Niane sera adoptée dans notre travail, en ce sens qu'elle permet de comprendre plus facilement la vision que l'on a du profil social.



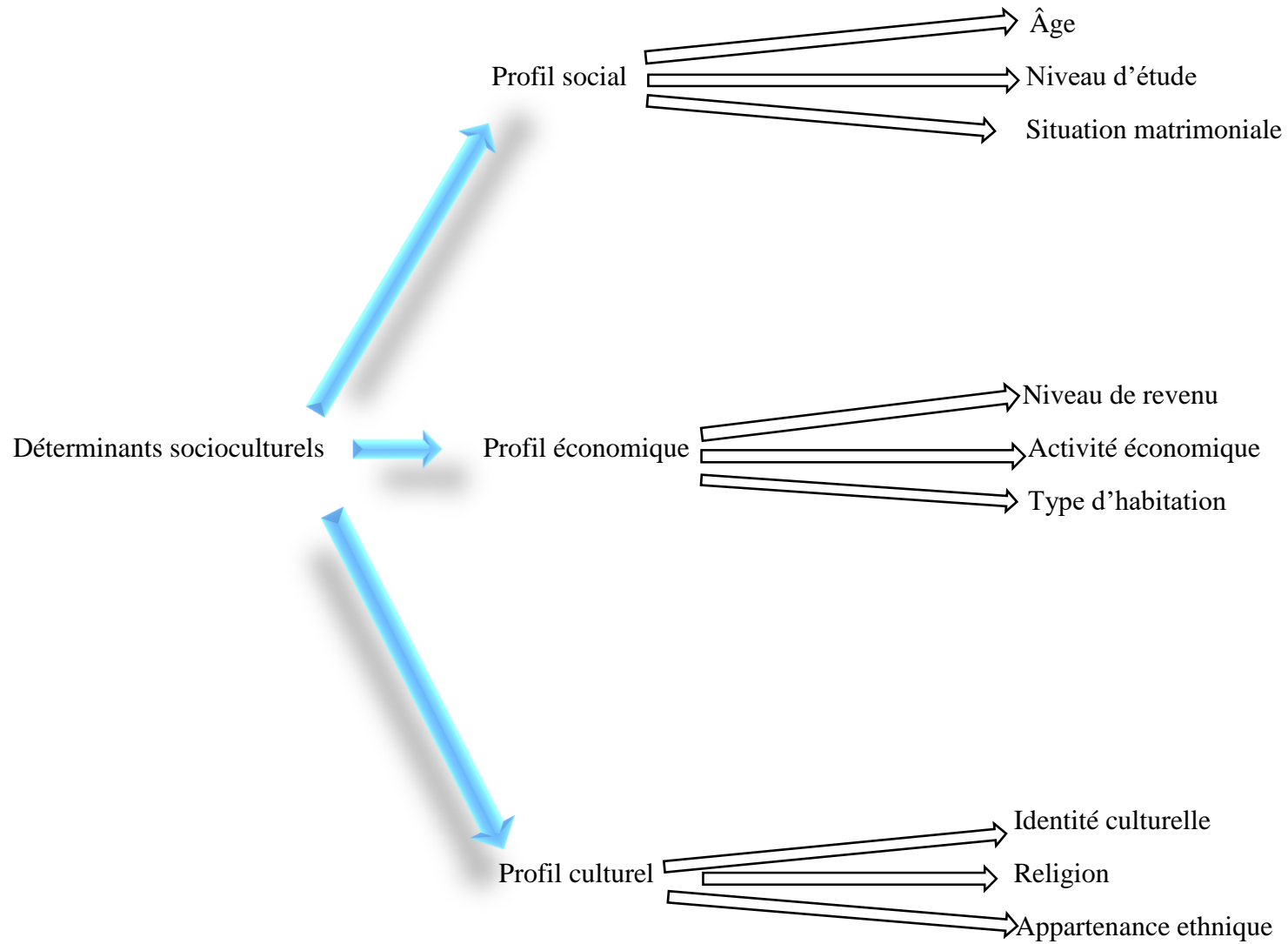
## II.2 Analyse conceptuelle



**Variables**

**Dimensions**

**Indicateurs**



### II.3 Modèle théorique

Le cadre d'analyse dans lequel s'inscrit notre étude s'inspire essentiellement de deux courants. Il s'agit premièrement, du déterminisme. On a pu constater dans nos lectures que le suivi prénatal d'une grossesse a été souvent expliqué en rapport avec d'autres faits qui lui sont connexes. Ce qui renvoie naturellement aux thèses déterministes, comme ce fut le cas dans la plupart des rapports consultés à l'exemple de celui publié par l'UNFPA en 2012 sur le sujet.

Deuxièmement, pour apporter une certaine nuance dans notre analyse, nous avons décidé de faire appel au structuralisme constructiviste qui nous permettra d'avoir une certaine compréhension des décisions que prennent les femmes sur leur suivi. Ces décisions seront analysées en fonction des réalités des champs sociaux auxquels appartiennent les femmes, à savoir la famille ou la société d'appartenance.

Ainsi nous retiendrons comme principaux courants pour notre modèle le déterminisme social et le structuralisme constructiviste.

**Le déterminisme social** a vu le jour avec les travaux d'Emile Durkheim et s'inscrit dans le cadre général de sa pensée qu'est le holisme. Selon lui, « *les faits sociaux résultent de la contrainte sociale qui s'exerce sur les acteurs sans que, le plus souvent, ils en aient conscience.* » (Alpe & als, 2007 : 76). Cette approche nous sera notamment utile lorsqu'il s'agira d'expliquer le type de prise en charge des grossesses. Il sera mis en lien avec d'autres faits qu'on considère comme déterminants. Dans notre cas il s'agira des facteurs d'ordre culturel, car nous pensons que la culture peut avoir un lien avec ce phénomène. Par ailleurs nous noterons que le milieu social joue aussi un rôle déterminant dans les décisions et les comportements des acteurs en son sein. Le contexte social, la situation socioéconomique influe négativement ou positivement, dans la prise en charge des grossesses. C'est en cela que cette théorie est éclairante parce qu'elle va orienter les analyses sur les déterminants du suivi prénatal.

**Le structuralisme constructiviste** : il s'agit là de « *l'expression utilisée par Pierre Bourdieu pour caractériser sa propre posture épistémologique et théorique. Pour lui, il existe dans le monde social "des structures objectives indépendantes de la conscience et de la volonté des agents" et dans le même temps il y a une genèse sociale "des schèmes de perception, de pensée et d'action" qui sont constitutifs de l'habitus aussi bien que des structures sociales (notamment les "champs" dans le vocabulaire de Pierre Bourdieu). Le structuralisme constructiviste s'inscrit dans la volonté de dépasser les oppositions individu/société ou déterminisme/interaction.* » (Alpe & als, *Ibid* : 291). Ce courant vient en appoint pour

matérialiser notre volonté de ne pas se limiter à une posture strictement déterministe, mais d'apporter une certaine nuance à notre analyse en permettant aux individus de pouvoir exprimer aussi leur propre ressenti par rapport à leur milieu d'appartenance ainsi que les logiques d'actions qu'ils ont intériorisées au cours de leur processus de socialisation et qui interviennent aussi dans leurs prises de décisions. En effet, les décisions des individus face à certaines situations ne sont pas seulement conditionnées par le contexte ou le milieu social dans lequel ils se trouvent. Elles peuvent aussi dépendre d'un choix que les individus font eux-mêmes, suite à une analyse de leur situation.

### **III. Cadre méthodologique**

#### **III.1 Présentation de l'univers d'étude**

Notre cadre d'étude est la région de Ziguinchor. Située dans la partie sud-ouest du Sénégal plus connu sous le nom de Casamance, Ziguinchor est une des rares régions du pays à avoir des frontières avec d'autres pays, ce qui en fait une zone assez cosmopolite avec une forte communauté bissau-guinéenne.

Géographiquement, c'est une région limitée au Nord par la Gambie, au Sud par la Guinée Bissau, à l'Ouest par l'océan atlantique et à l'Est par les régions de Sédhiou et Kolda. (ANSD, 2015b : 10)

La végétation y est plutôt dense avec un climat sud-guinéen qui favorise une forte pluviométrie comparée aux régions centres et nord du pays. Le domaine forestier est constitué essentiellement par des forêts denses et sèches et forêts galeries localisées dans la partie sud. Tandis que la mangrove et la palmeraie occupent la zone fluvio-maritime.

Le réseau hydrographique de cette région est surtout animé par le fleuve Casamance qui s'étend sur 350km. C'est un fleuve qui reçoit le Soungrougrou, un affluent de 140km, ainsi que les marigots de Guidel, Kamobeul, Bignona, etc. (*Ibid* : 11)

- **Organisation administrative**

La région de Ziguinchor a été créée en juillet 1984, suite à une réforme administrative qui découpe la région de la Casamance en deux entités administratives, les régions de Kolda et de Ziguinchor. On y note trois départements à savoir Ziguinchor, Bignona et Oussouye. Pour ce qui est des arrondissements, elle en compte huit. Enfin, depuis l'acte III de la décentralisation, cette région compte désormais plus d'une trentaine de communes, dont celle de Ziguinchor qui se trouve être notre lieu d'étude. (*Ibid* : 11)

- Composition ethnique et religieuse

On retrouve dans la région de Ziguinchor une forte diversité ethnique avec une population majoritairement Diolas (57,8%), suivis des Mandingues (11,10%), puis des Pulaars (10,5%) et enfin des Ouolofs, Manjacks, Ballantes, Sérères, Mancagnes... qui occupent toutes des proportions inférieures à 5% de la population totale.

La religion dominante est celle musulmane avec environ 78% de pratiquants, suivi du christianisme (18%), à noter cependant la forte présence d'animistes et de païens dans le département d'Oussouye. (*Ibid : 12*)

- Démographie

Le Recensement Général de la population, de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage de 2013, précise que la région occupe 4% de la population nationale soit environ 549151 personnes avec une densité au km<sup>2</sup> de 75 habitants.

On note que c'est une population essentiellement constituée d'enfants et de jeunes avec respectivement 13% du total de la population âgée de moins de 5ans et 40% ayant moins de 15 ans. La part des adolescents, c'est-à-dire ceux qui ont un âge compris entre 10 et 19ans, est de 26% de la population entière. (*Ibid : 14*)

La population scolarisable est subdivisée en trois catégories d'âge où l'on a d'abord les 3 à 6ans qui représentent 9% de la population totale en 2013, ensuite les 7 à 13ans qui font 11% de la population et enfin les 14 à 19ans qui font une part de 13%, ce qui donnait un total de 33% de la population régionale à l'époque. (*Ibid : 15*)

- L'offre sanitaire dans la région

L'offre sanitaire de la région épouse parfaitement l'architecture pyramidale qu'on retrouve au niveau national avec au sommet l'hôpital régional qui reste la structure de référence, suivi du centre de santé au niveau intermédiaire, des postes de santé au niveau périphérique et enfin des cases de santé qui constituent l'échelon le plus bas de la pyramide. Cette offre est bien entendu complétée par les structures privées.

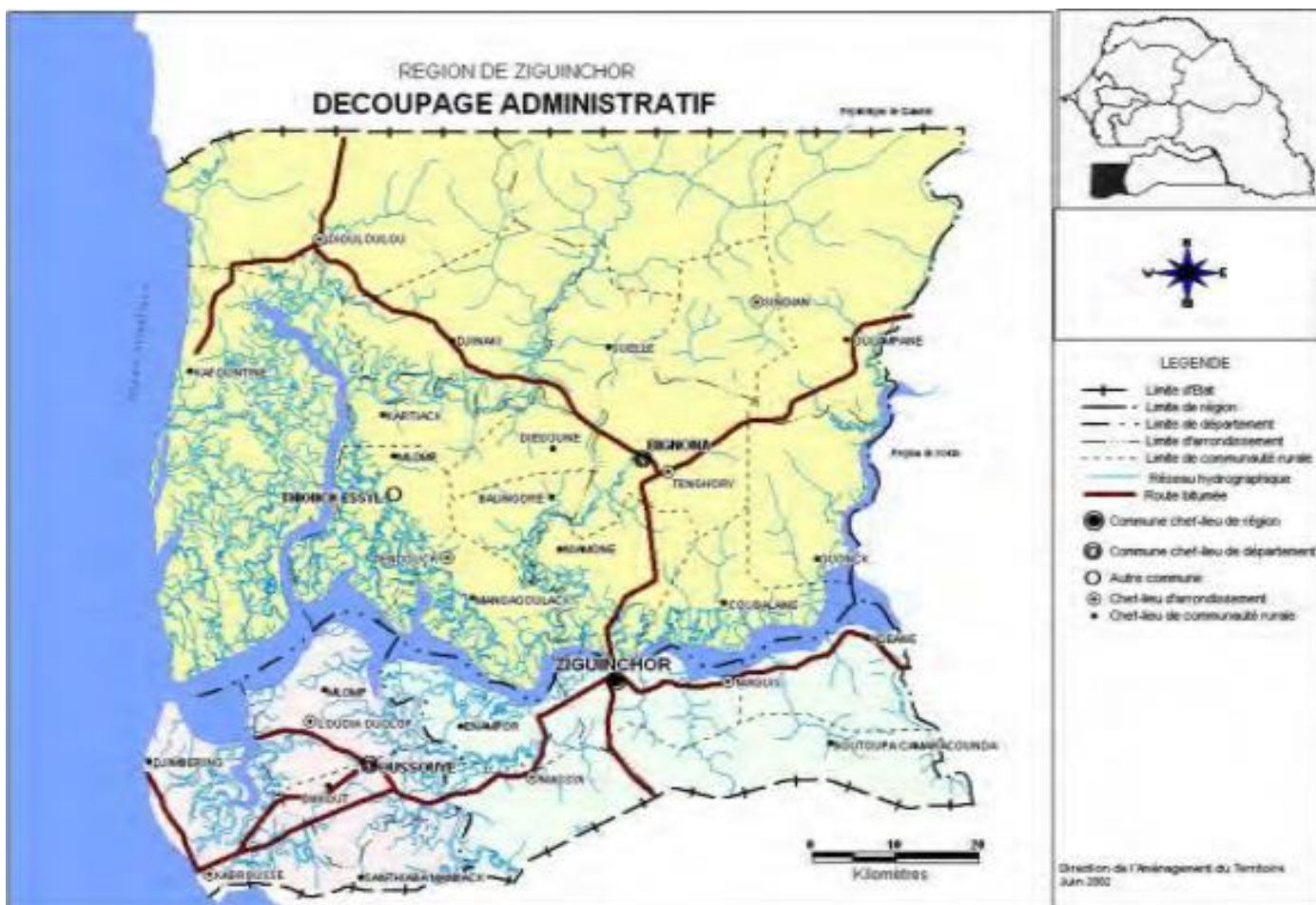
En termes de chiffres, on notera que la région de Ziguinchor compte 5 centres de santé, 99 postes de santé, 83 cases de santé et 12 dispensaires privés catholiques.

Le ratio de la répartition des populations en fonction de l'offre disponible montre qu'on a 356721 habitants pour un hôpital, ce qui dépasse largement les normes de l'OMS qui tournent autour de 150000 habitants par hôpital. On retrouve la même insuffisance au niveau des centres de santé avec 142688 habitants par centre au lieu des 50000 habitants fixés par l'OMS. Cependant, il faut tout de même noter qu'au niveau périphérique la norme a été plus que

respectée avec seulement 7206 habitants par postes de santé, un chiffre qui est assez loin des 10000 habitants fixés par l’OMS. (*Ibid* : 39)

En bref, on retiendra surtout de ces données de l’ANSD, que la région de Ziguinchor présente des caractéristiques plus ou moins différentes de celles des autres régions du pays en termes de compositions ethniques, mais aussi en termes de végétation et climat.

Image 1 : Carte de la Région de Ziguinchor



Source : ANSD, 2015 : Service régional de la Statistique et de la Démographie de Ziguinchor, (SES-Ziguinchor- 2013)

### **III.2 Présentation du lieu d'étude**

Quant à la commune de Ziguinchor, située dans le département de Ziguinchor, chef-lieu de la région du même nom. Elle est devenue une commune de plein exercice en 1956, en application de la loi du 18 décembre 1956.

À ce jour, Ziguinchor compte 35 quartiers selon le dernier découpage de la mairie pour une population totale de 205294 habitants ce qui représente 37,38% sur la taille totale de la population de la région. Elle renferme aussi 81,38% des citoyens de cette même région (ANSD, 2015b : 17)

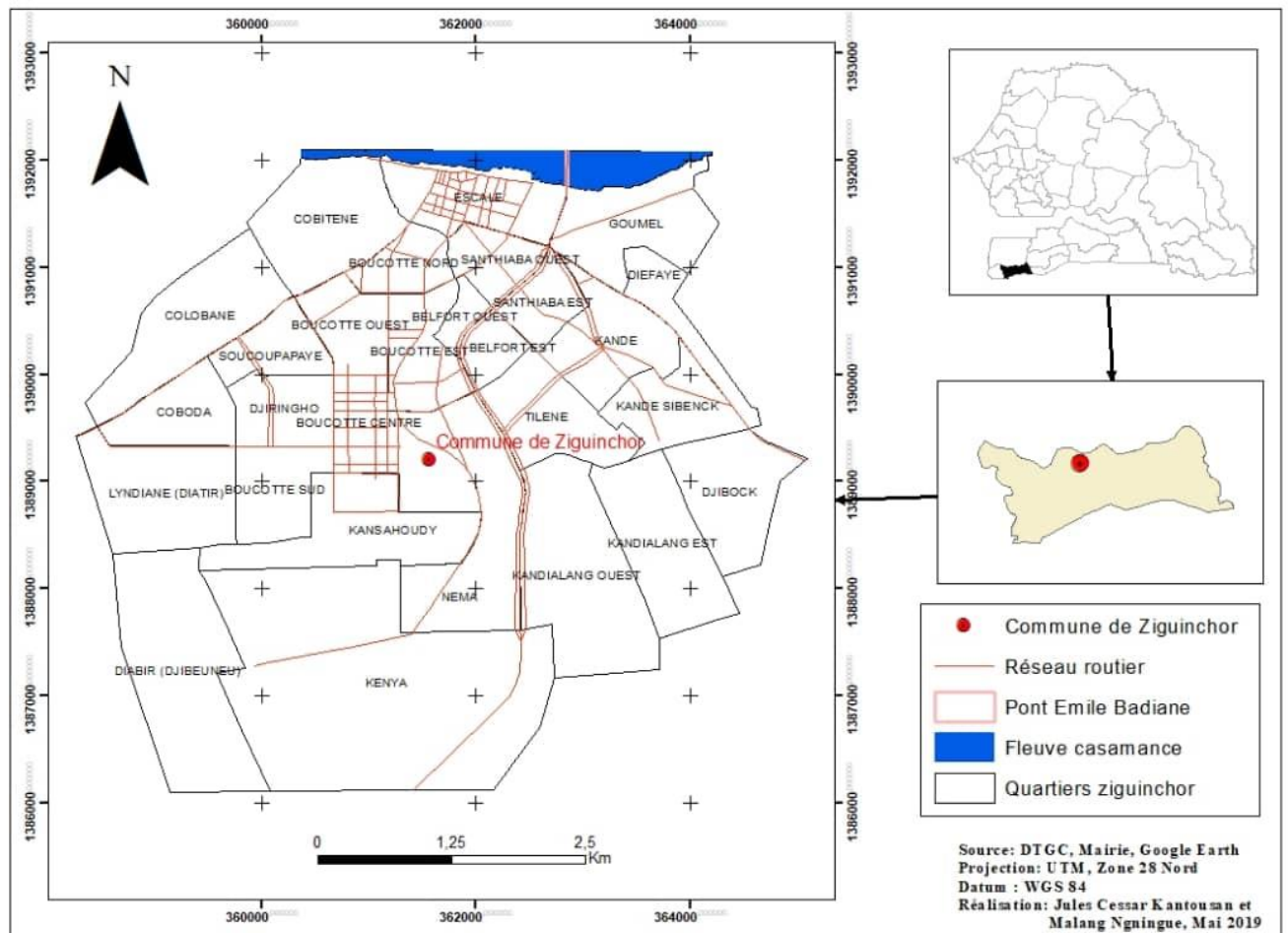
On y retrouve pratiquement toutes les ethnies précédemment citées dans la région. Ainsi qu'une forte communauté bissau-guinéenne.

Sur le plan administratif, la commune abrite notamment la gouvernance de la région ainsi que la préfecture. C'est également le siège du commandement de la zone militaire numéro 5.

En termes d'infrastructures, elle compte entre autres l'aéroport de la région ainsi que sa gare maritime et fluviale, une Université, trois lycées publics, une dizaine de collèges publics et des écoles primaires publiques répandues sur presque toute son étendue.

Pour ce qui est de son plateau médical, en plus de l'hôpital régional, la commune de Ziguinchor abrite un autre grand hôpital, un centre de santé et 19 postes de santé, dont sept avec une maternité selon le district.

Image 2 : Carte de la commune de Ziguinchor



### III. 3 Population ciblée

Notre travail de recherche porte sur les femmes de la commune de Ziguinchor ayant déjà été en état de grossesse au moins une fois.

En ce qui concerne la population mère, nous avons choisi l'ensemble des femmes qui se sont présentées au courant du mois de mars 2019 dans les postes de santé de la commune dotés d'une maternité, ainsi que dans le centre de santé de la commune. Ces femmes ont été recensées à partir des registres de consultations prénatales et d'accouchements de ces différentes structures. Au total, 437 femmes ont été recensées et ce sont ces dernières qui ont constitué la population mère de notre enquête.



### **III.4 Procédure de la recherche**

#### **III.4.1 Le déroulement de l'enquête**

Notre travail de recherche s'est déroulé en trois grandes phases. D'abord il a eu la phase exploratoire, ensuite l'enquête de terrain proprement dite et enfin la phase de traitement et d'analyse des données.

Pour ce qui est de la phase exploratoire, celle-ci nous a mené sur le terrain à la recherche de données susceptibles de nous permettre d'asseoir notre problème. En ce sens, nous avons démarré notre recherche en début 2017 à l'hôpital de la Paix de Ziguinchor, où nous avons consulté les registres d'accouchements et de consultations prénatales et postnatales de cette structure. On a pu constater, en parcourant les registres de l'année 2016, que beaucoup de femmes enceintes ne respectaient pas les visites prénatales et lorsqu'elles avaient fini d'accoucher, elles ne prenaient plus la peine de suivre les visites postnatales jusqu'au terme. En guise d'illustration, au cours du mois de septembre 2016, sur 71 femmes enregistrées, seules 15 ont eu à effectuer les 4 consultations prénatales requises. Sur 66 accouchements à la structure, il n'y a eu que 9 femmes qui ont effectué les 3 consultations postnatales requises. Durant la même période, nous avons aussi eu à visiter le service de la région médicale de Ziguinchor, où l'on a pu obtenir certains documents portant sur notre sujet, ainsi que des entretiens exploratoires. Des visites dans des organisations œuvrant dans ce sens comme "Africare" ont aussi été réalisées. Toutes les informations obtenues au cours de cette période, combinées aux quelques recherches effectuées sur Internet, nous ont permis de pouvoir tout d'abord rédiger notre projet. Cette phase exploratoire sera ensuite approfondie, une fois le projet validé, par des recherches beaucoup plus approfondies sur le sujet. Notamment, au niveau de la Bibliothèque de l'Université Assane Seck de Ziguinchor, du service régional de la statistique et de la démographie de Ziguinchor, de la mairie de la commune de Ziguinchor, du centre international de la santé de la mère et de l'enfant qui se trouve à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, du centre de documentation de sociologie de l'Université Assane Seck de Ziguinchor, mais aussi sur Internet, où l'on a pu obtenir la majorité des œuvres et articles constituant notre littérature.

Suite à cette phase exploratoire, nous sommes passés à l'enquête proprement dite. Celle-ci a démarré en octobre 2018 avec le test des outils de recherche. Pour ce faire nous avons été au niveau du post de santé de "Néma" où nous avons administré quelques questionnaires à des femmes venues en consultation prénatale. Travail à la suite duquel, nous avons pu corriger et améliorer nos questionnaires avant de retourner sur le terrain pour le recueil des données.

L'administration des questionnaires s'est déroulée entre les mois de décembre 2018 et février 2019. Durant cette période, nous avons pu passer une trentaine de questionnaires auprès de femmes que l'on a croisées par hasard au niveau des postes de santé de la commune. Cependant, faute d'une méthodologie adéquate, ce travail a dû être annulé, avant d'être repris 3 mois plus tard, c'est-à-dire en mai 2019, avec cette fois-ci 43 questionnaires administrés en se basant sur des quotas fixés dès le départ pour chaque catégorie de notre population mère. Il faut noter que les 43 femmes à qui l'on a administré ces questionnaires, ont pu être retrouvées grâce à une base de données dont nous disposons et qui comportait les noms, adresses et numéros de téléphones de 437 femmes faisant partie de notre population cible. Les entretiens avec le personnel de santé et communautaires, les observations, ainsi que les groupes de discussions, ont été réalisés durant la période allant du mois de mars à avril 2019.

À la fin de ces enquêtes de terrain, nous avons entamé le dépouillement et l'analyse des données recueillies. Pour ce faire, nous n'avons pas manqué d'utiliser des outils de recherche tel que le logiciel de traitement de données quantitatives Sphinx. Ce dernier nous a permis notamment de pouvoir faire le dépouillement de nos questionnaires, mais surtout, de pouvoir faire sortir les différents tableaux statistiques ainsi que les graphiques qui semblaient incontournables pour une meilleure analyse de notre problématique.

Les données qualitatives elles, ont été utilisées en appoint dans l'interprétation des résultats obtenus. Ainsi, des extraits de discours faits par les différents acteurs impliqués dans le phénomène en question ont été utilisés. Ces discours sont essentiels dans la mesure où, ils constituent le point de vue de chaque individu interrogé par rapport à la question du suivi prénatal des grossesses. Des points de vue qui permettent de prendre plus ou moins une mesure parfaite de l'opinion que la société, de façon générale, se fait sur le sujet abordé.

Cette phase a démarré au mois de juin 2019 pour se terminer en juillet avec la rédaction de la première version de notre document.

### **III.4.2 L'approche quantitative**

#### **III.4.2.1 L'échantillonnage**

Pour notre échantillonnage, nous avons décidé d'utiliser la technique des quotas. C'est une technique d'échantillonnage qui permet de fixer des quotas pour chacune des grandes variables présentes dans la population mère, à l'exemple de l'âge des femmes. Le choix de cette technique repose sur le fait que nous considérons qu'elle était plus adéquate pour assurer une représentativité des grandes variables présentes au sein de notre population mère et avec les

mêmes proportions, dans notre échantillon. Ainsi, notre échantillon est constitué de 10% des femmes venues à la première consultation prénatale durant le mois de mars 2019, mais aussi de 10% de celles qui ont accouché durant le même mois. Ce qui nous a valu un total de 43 femmes à interroger sur l'ensemble des 437 femmes qui constituent notre population mère.

**Tableau 1 : Échantillon à hauteur de 10% de la population mère**

Âges / Statuts	15-19ans	20-25ans	26-49ans	Total
<b>CPN (%)</b>	3 (15%)	7 (36%)	9 (49%)	19 (100%)
<b>Accouchements (%)</b>	4 (15%)	9 (36%)	11 (49%)	24 (100%)
<b>Total</b>	7	16	20	43

Source : Enquête personnelle, Malang Ngingue, avril 2019

Le tableau ci-dessus, permet de voir la répartition des femmes de notre échantillon en fonction de leur tranche d'âge, mais aussi selon qu'elles aient été recensées dans les registres de CPN ou d'accouchements.

### **III.4.2.2 Le questionnaire**

Il a été l'outil de base de cette recherche. Il nous a donné à la fois, la possibilité de décrire les parcours des femmes à partir du type de suivi prénatal que chaque femme a de sa grossesse à travers les questions fermées, et la possibilité de leur laisser s'exprimer librement sur les choix qu'elles ont faits, ceci à travers les questions ouvertes.

Ainsi, en dehors de la première partie nommée "Identification", qui nous a permis de dresser le profil des femmes interrogées, la deuxième partie de notre questionnaire "Approche première sur la grossesse" consistait à appréhender la manière dont les femmes se sont rendues compte de leur état et comment elles l'ont vécu au début. La troisième partie "Suivi et normes du suivi"

était le lieu où la possibilité a été donnée aux femmes de revenir sur le déroulement de leur suivi du début à la fin, ainsi que sur les éventuelles difficultés auxquelles elles ont été confrontées. Pour ce qui est de la quatrième partie “Structures et motivations“, l’accent a surtout été mis sur les éléments qui pouvaient pousser les femmes à choisir une telle structure au lieu d’une telle autre, mais aussi sur ce qui pouvait les motiver à faire, ou à ne pas faire certains examens qui leur sont demandés durant le suivi. La cinquième partie “Culture et entourage proche“ traite essentiellement de questions liées à l’influence de l’entourage proche des femmes, de même que celle des pratiques d’ordres culturelles comme l’usage de médicaments traditionnels, dans le déroulement du suivi.

### **III.4.3 L’approche qualitative**

#### **III.4. 3.1 L’entretien**

Des entretiens ont été réalisés avec le personnel médical en charge du suivi des grossesses comme les sages-femmes auprès de qui nous espérons obtenir des informations sur les difficultés qu’elles rencontrent quant au suivi prénatal des femmes, les possibles raisons des irrégularités notées chez certaines femmes, les risques pouvant découler de cela, les principales causes de mortalité notées dans leurs structures, etc. Les éléments apportés par ces entretiens ont été d’un apport non négligeable dans l’analyse des résultats obtenus à travers nos questionnaires.

Nous avons aussi utilisé cette technique de recherche pour avoir l’avis du personnel communautaire comme les “Bandiénu Gox<sup>13</sup>“ mais aussi celui des matrones. Des entretiens ouverts ont donc été réalisés avec ces dernières sur le thème du suivi prénatal des grossesses.

Au total 8 entretiens ont été réalisés, à savoir 6 avec des sages-femmes et 2 avec des “Badiénu Gox“

#### **III.4. 3.2 L’observation**

Pour notre recherche, nous avons aussi opté pour l’observation dite directe qui consiste pour le chercheur à essayer de saisir les logiques qui sous-tendent les actions des individus observés à partir des formes d’interactions qu’ils entretiennent. Cet outil de recherche nous a permis notamment de pouvoir observer les différentes interactions qu’il pouvait y avoir entre le

---

<sup>13</sup> Femme dont on a assigné au sein de sa communauté le rôle de sensibilisation des autres femmes sur le suivi des grossesses, mais aussi de surveillance et de dénonciations des différentes formes de violences auxquelles les femmes peuvent être victimes.

personnel de santé et les femmes enceintes ou celles ayant récemment accouché. Ainsi, nous avons eu à en mener deux en compagnie des équipes des postes de santé de Kandé II et Néma. En effet, nous nous sommes portés volontaires pour accompagner les agents de ces postes de santé, lors des visites qu'ils ont eu à effectuer sur le terrain pour la vaccination et la sensibilisation des femmes sur l'importance du suivi. Sur place, nous avons pu observer comment se passer la sensibilisation, mais aussi on a pu noter les raisons que la plupart des femmes donnaient pour justifier leurs retards ou absences aux suivis prénataux.

### **III.4.4 Difficultés rencontrées**

Le travail de recherche que nous avons mené ne s'est pas fait sans contraintes. Nous avons en effet, été confrontés à plusieurs sortes de difficultés de la phase de recherche documentaire jusqu'à celle de l'enquête de terrain.

Durant la phase de la documentation, les difficultés auxquelles nous avons été confrontés sont surtout celles liées à la disponibilité des œuvres portant sur notre thème de recherche en général, dans la bibliothèque de l'Université Assane Seck de Ziguinchor, mais aussi sur Internet où les rares qu'on y trouvait étaient souvent inaccessibles gratuitement. L'autre difficulté à laquelle nous avons dû faire face durant cette étape est celle de l'accès aux données statistiques sur le suivi prénatal. Malgré les lettres d'introduction de l'université dont nous disposions, nous avons eu beaucoup de mal à obtenir ces informations auprès du district, à tel point que nous avons été obligés de faire le tour des différents postes de santé ciblés pour notre étude, où nous avons consulté nous même les différents registres pour pouvoir constituer notre population mère.

En ce qui concerne la phase d'enquête de terrain la principale difficulté que nous avons rencontrée était celle liée à la méfiance des populations enquêtées, à notre égard. Plusieurs femmes avec qui nous avons souhaité prendre rendez-vous au téléphone pour discuter de la question nous ont manifesté une réelle méfiance avant de décliner notre demande.

Pour certaines qu'on a pu rencontrer, nous avons noté qu'elles avaient parfois du mal à discuter tranquillement du sujet avec nous. Soit elles ne répondaient pas à toutes les questions posées, soit elles décidaient de mettre fin à l'entretien au bout de quelques questions. C'est le cas par exemple d'une d'entre elles que nous avons trouvée au quartier "Lyndiane" qui a gentiment mis fin l'échange en nous expliquant qu'à cause de son appartenance ethnique, elle ne saurait aborder certaines questions avec un homme.

Face à ces difficultés que l'on a rencontrées pour obtenir des rendez-vous auprès des femmes, nous avons dû, à chaque fois que l'on était en face d'un refus, appeler sur le numéro d'une autre

femme se trouvant dans notre base de données et qui s'inscrit dans la même catégorie que la précédente. Cette technique nous a permis au final d'administrer le nombre de questionnaires dont nous avons besoin.

# Deuxième Partie : Analyse et Interprétation des Données

## **Introduction**

Dans cette partie, il est surtout question de la présentation des données recueillies sur le terrain. Ces données ont été analysées et interprétées selon les normes que requiert la recherche en science sociale.

Cette deuxième partie est constituée dans l'ensemble de quatre chapitres :

Le **premier chapitre** porte sur l'ensemble des caractéristiques de la population étudiée. Ainsi, dans celle-ci, nous avons entre autres des tableaux récapitulatifs des âges des individus de notre population, de leur niveau d'étude, ou encore de leurs situations matrimoniales pour ne citer que cela.

Le **deuxième chapitre** consiste à un état des lieux du suivi prénatal dans la commune. Nous y verrons par exemple la conception que les femmes se font sur la suivi prénatal des grossesses et comment elles gèrent leurs propres suivis.

Dans le **chapitre trois** de cette partie, l'accent a surtout été mis sur les différents déterminants intervenants dans le suivi prénatal de la femme. Que ce soit au moment de la prise de décision ou encore dans le déroulement de celui-ci.

Enfin, le **dernier chapitre** lui porte sur les interactions entre soignants et soignées, en allant du choix de la structure sanitaire à la perception faite par les patientes sur les soins dont elles bénéficient dans ces structures.



# Chapitre I : Caractéristiques générales de la population

## I.1 : Âge des femmes

Tableau 2 : Répartition de la population interrogée par tranches d'âges

Âge	Effectif	Fréquence (%)
15-19ans	7	16,3%
20-25ans	16	37,2%
26-49ans	20	46,5%
Total	43	100%

Source : Enquête personnelle, Malang Ngingue, mai 2019

L'analyse du tableau de la répartition de notre population étudiée par classes d'âge montre que 16,3% des individus qu'on a interrogés ont un âge compris entre 15 et 19ans, 37,2% sont âgés de 20 à 25ans alors que les 46,5% restant ont des âges variant de 26 à 49ans.

Ceci laisse à première vue entrevoir que la tendance à la maternité est beaucoup plus forte chez les femmes de notre échantillon ayant 26ans et plus. On note ensuite que dans la catégorie d'âge des 15-19ans ce phénomène de la maternité est très faible avec une proportion de seulement 16,3%, soit 7 femmes sur les 43 interrogées au total. Enfin, il convient de signaler que ce phénomène semble s'intensifier à partir de l'âge de 20ans puisque 37,2% de notre échantillon est constitué des femmes de cette catégorie, soit 16 femmes sur les 43 de l'échantillon. Cette augmentation du nombre femmes ayant connu la maternité à partir de 20ans s'expliquerait par le fait que le mariage est beaucoup plus fréquent dans la société sénégalaise à partir de cet âge, or cela correspond selon les normes à l'entrée de la femme à la vie sexuelle et donc reproductive. Même si force est aussi de constater que ces valeurs tendent à disparaître aujourd'hui, car nombreux sont les jeunes qui entrent de plus en plus à la vie sexuelle avant même le mariage.

## I.2 Niveau d'étude

**Tableau 3 : Répartition par niveau d'étude**

Niveau d'étude	Effectif	Fréquence
Élémentaire	4	9,3%
Moyen secondaire	19	44,2%
Secondaire	9	20,9%
Supérieur	3	7,0%
Aucun	7	16,3%
Autres	1	2,3%
Total	43	100%

Source : Enquête personnelle, Malang Ngingue, mai 2019

En ce qui concerne le niveau d'étude de l'ensemble des femmes interrogées lors de cette enquête, on constate en analysant le tableau 3 que 44,2% des femmes ont le niveau "moyen secondaire". S'en suit celui "secondaire" qui regroupe près de 21% sur la totalité. Ensuite on a celles qui déclarent n'avoir pas été instruites, qui tournent autour de 16,3%. Enfin, les niveaux "élémentaire" et "supérieur" qui font respectivement 9,3% et 7% de la population totale interrogée. Celles qui ont eu à suivre d'autres formes d'enseignements comme l'école coranique sont juste de 2,3%.

L'interprétation qu'on pourrait faire de cette répartition est qu'on est en face d'une population dont le niveau d'étude est relativement bas. Les femmes ayant déclaré avoir le niveau élémentaire et moyen secondaire regroupent en fait, plus de la moitié de la population totale à savoir 23 femmes. Ajouter à cela les 7 femmes qui ont déclaré n'avoir jamais été à l'école. Ce qui porte le total à 30 femmes qui n'ont pas le niveau du lycée sur les 43 femmes de notre échantillon. Dès lors, on se retrouve avec 9 femmes ayant fréquenté le lycée et 3 seulement qui ont fait des études supérieures.

La pertinence de la prise en compte du niveau d'étude repose essentiellement sur le fait que celui-ci peut être considéré comme un élément pouvant influencer dans le déroulement du suivi chez les femmes enceintes comme l'ont déjà évoqué des auteurs comme Lydie Ancelot, Liliane Bonnal et Marc-Hubert Depret, en parlant de niveau de scolarisation : « *Pour la plupart de ces indicateurs, les jeunes femmes (de moins de 25 ans) et celles issues de classes sociales défavorisées (faible niveau de scolarisation, en situation de non-emploi, pas de couverture*

*sociale complémentaire, revenu faible) ont un suivi de grossesse insuffisant » (Ancelot & al, 2016 : 70). Dans notre travail le type d'influence qu'a eu ce dernier dans le suivi prénatal des femmes que l'on a interrogées sera analysé beaucoup plus largement dans la partie portant sur l'importance que les femmes portent sur le suivi et le respect des rendez-vous.*

### I.3 Situation matrimoniale et Âge

**Tableau 4 : Tableau croisé Situation matrimoniale/Âge**

<b>Situation matrimoniale</b> <b>Âge</b>	<b>Mariée</b>	<b>Célibataire</b>	<b>Veuve</b>	<b>TOTAL</b>
15-19ans	4,7%	9,3%	2,3%	16,3%
20-25ans	30,2%	7,0%	0,0%	37,2%
26-49ans	41,9%	2,3%	2,3%	46,5%
<b>TOTAL</b>	<b>76,7%</b>	<b>18,6%</b>	<b>4,7%</b>	<b>100%</b>

Source : Enquête personnelle, Malang Ngingue, mai 2019

76,7% des femmes interrogées sont mariées, d'après le tableau ci-dessus, au moment où les célibataires ne font que 18,6% de la totalité et les veuves 4,7%.

On peut donc dire que plus de  $\frac{3}{4}$  des femmes concernées récemment par la maternité sont des femmes mariées, c'est-à-dire 76,7% (33) des femmes au total, alors que pour ce qui est des célibataires, elles sont 18,6% des femmes à avoir connu la maternité selon notre échantillon. Ce qui permet logiquement de dire que nous sommes en face d'une population fortement dominée par les femmes mariées.

Sur la classe des femmes ayant un âge compris entre 15-19ans, à savoir 16,3% du total de notre, on note que les 9,3% sont célibataires, les 4,7% sont mariées alors que 2,3% seulement déclarent être veuves, ce qui laisse entrevoir que la majorité des femmes qui tombent enceintes dans cette classe d'âge le sont souvent en dehors des liens du mariage.

S'agissant de celles dont l'âge est compris entre 20 et 25ans (37,2% de l'échantillon total), on a pu constater que la plupart d'entre elles sont mariées, 30,2% des femmes sur les 37,2% au total pour être précis. Une dernière donne qui permet de voir que, une fois arrivées à ce stade

la tendance est plutôt au mariage d'abord avant la maternité. Ce constat vient corroborer l'idée que nous avons évoquée un peu plus en haut, stipulant que l'âge de 20ans correspondait à celle où les chances de mariages étaient beaucoup plus élevées et donc de l'entrée à la vie sexuelle et reproductive.

Pour la dernière classe d'âge qu'on a dans cette étude, c'est-à-dire les femmes âgées de 26 à 49 ans, on constate aussi que la presque totalité d'entre elles est mariée. Sur les 46,5% que représente cette classe dans notre échantillon, 41,9% sont dans un mariage pour 2,3% de célibataires et de veuves.

L'intérêt porté à cette répartition est de pouvoir, dans la suite de notre analyse, voir si le fait d'être célibataire et enceinte influe sur le suivi prénatal, ensuite de voir si cette influence varie selon l'âge des femmes.

## **Chapitre II : État des lieux du suivi prénatal dans la commune de Ziguinchor**

### **II.1 Un suivi prénatal : Quand et pourquoi ?**

Envisager l'étude des suivis prénataux chez les femmes implique bien entendu de mesurer la perception que ces dernières ont de la grossesse et de sa prise en charge. En effet, comme tout autre processus biomédical, pour ne pas dire scientifique, le suivi prénatal d'une grossesse implique un ensemble de normes dont le respect est primordial pour pouvoir, à terme, parler de "bon" suivi ou non comme nous l'expliquait justement une des sages-femmes :

*« Un bon suivi prénatal d'une grossesse chez la femme enceinte est de faire correctement les quatre CPN prénatales. D'abord, la femme doit venir pour la première consultation de la grossesse durant le premier "trimestre" de la grossesse, c'est-à-dire durant les trois premiers mois de la grossesse, elle doit faire au minimum une consultation prénatale. La deuxième consultation doit se dérouler entre le deuxième trimestre, c'est-à-dire, le quatrième, cinquième et sixième mois ; et la troisième consultation prénatale doit se dérouler entre sept et huitième mois ; et la quatrième consultation doit se dérouler durant le neuvième mois de grossesse. C'est ça ! Et ensuite elle doit faire toutes ces analyses à savoir le groupe sanguin (rhésus), test d'Emmel, l'albumine sucre, la glycémie à jeun, syphilis et VIH sida. C'est ça ... ».* (Sage-femme, poste santé lyndiane)

Dans l'optique de pouvoir déterminer le niveau d'information qu'ont les femmes de l'ensemble des normes biomédicales auxquels elles doivent faire attention pour que leur suivi soit considéré

comme “bon“ nous avons inclus dans notre questionnaire quelques questions qu’on a pensé pouvoir nous permettre de mener à bien ce projet. Ainsi, des questions sur la période de leur grossesse, qu’elles pensaient idéal pour démarrer le suivi leur ont été posées. Nous leur avons aussi interrogé sur le fait qu’il soit obligatoire de se présenter à tous les rendez-vous liés au suivi, sur la nécessité de faire tous les examens demandés et enfin sur le fait de refaire le suivi prénatal complet à chaque nouvelle grossesse.

### **II.1.1 Importance du suivi et du respect des rendez-vous**

On a pu noter que la plupart des femmes estimaient qu’il était important de pouvoir commencer très tôt les consultations, à savoir dès le premier trimestre de la grossesse. Ainsi, même s’il est vrai qu’il y’a eu certaines qui considèrent que la grossesse ne nécessite pas forcément de se rendre très tôt dans une structure de santé notamment, tant que la grossesse en question se déroule normalement et que la femme se porte bien, il faut noter que celles soutenant cette idée sont très peu nombreuses si l’on considère l’ensemble des femmes interrogées.

Une première analyse qui laisse présager que la plupart des femmes sont bien conscientes de la précocité que requiert le début du suivi prénatal.

La même tendance a aussi été notée lorsque l’on a cherché à recueillir l’avis de ces femmes sur la nécessité d’être présente à tous les rendez-vous pour les visites prénatales. Les femmes considèrent pour leur grande majorité que la présence à un rendez-vous est tout à fait obligatoire.

Pour justifier cela, les explications qui nous ont été fournies portaient entre autres sur le fait que le respect d’un rendez-vous était capital pour pouvoir évaluer l’état de santé de la future maman ainsi que du bébé comme nous le montrent ces extraits qui suivent :

*« En ratant un rendez-vous, il peut y avoir un problème dans la grossesse et tu ne seras pas au courant, ça m’est déjà arrivé et j’ai fait une césarienne ».* (Femme enceinte, Boucotte, mariée, [26-49ans])

*« Personnellement ça (le suivi prénatal) me rassure ».* (Femme enceinte, Goumel, mariée, [20-25ans])

*« Ça (le suivi prénatal) permet de déceler les anomalies et de prévenir les risques ».* (Femme enceinte, Kandé, mariée, [26-49ans])

« Ça (le suivi prénatal) te protège ainsi que le bébé ». (Accouchée récente, Djibock, mariée, [26-49ans])

« Ça (le suivi prénatal) te permet de connaître les risques potentiels ». (Femme enceinte, Lyndiane, mariée, [26-49ans])

Ces divers extraits de discours permettent tout simplement de voir que les femmes, dans leur plus grande majorité, en plus d'être conscientes de la nécessité de faire le suivi prénatal et surtout de le faire selon les normes, connaissent aussi les avantages et inconvénients qui entourent cet acte. L'absence au suivi présente par exemple, le risque de ne pas pouvoir déceler à temps certaines complications éventuelles liées à la grossesse.

## II.1.2 Nécessité de refaire un suivi complet pour chaque nouvelle grossesse

**Tableau 5 : Répartition des réponses sur la nécessité de faire les examens demandés**

Nécessité examens	Effectif	Fréquence
Oui	42	97,7%
Non	1	2,3%
TOTAL OBS.	43	100%

Source : Enquête personnelle, Malang Ngingue, mai 2019

Sur la question ayant porté sur la nécessité de faire tous les examens demandés durant le suivi. On peut aussi noter que les femmes ont été presque unanimes sur le fait qu'il faut faire ces examens (42 femmes sur 43), soit une proportion de 97,7% (tableau 4), estiment qu'il faut faire tous les examens demandés, car, pour elles, cela permet aux médecins de mieux connaître "ce qui est dans ton corps" ou que cela avait son utilité.

« Pour moi oui, parce que si ce n'était pas utile, on n'allait pas te le demander... » (Femme enceinte, Kandé, mariée, [26-49ans])

« Parce que ce sont eux qui savent, donc il faut faire tout ce qu'ils demandent ». (Femme enceinte, Kandialang, mariée, [26-49ans])

Ces deux extraits de femmes enceintes que l'on a rencontrées chez elles respectivement aux quartiers de "Kandé" et "Kandialang" donnent un aperçu de l'ensemble des réponses qui nous ont été données à ce sujet. On peut ainsi voir l'importance que ces femmes enceintes accordent aux prescriptions qui leur sont faites par les professionnels de la santé durant le suivi.

La tendance n'a pas réellement changé quand il s'est agi de répondre à la question portant sur la nécessité de refaire un suivi prénatal à chaque nouvelle grossesse. Elles estiment presque toutes, que c'est bel et bien une nécessité à cause du fait que chaque grossesse a ses particularités, nous disait d'ailleurs cette femme rencontrée à "Boucotte" :

« Avec une grossesse, on ne sait jamais donc il le faut (faire le suivi) ». (Femme enceinte, Boucotte, mariée, [26-49ans])

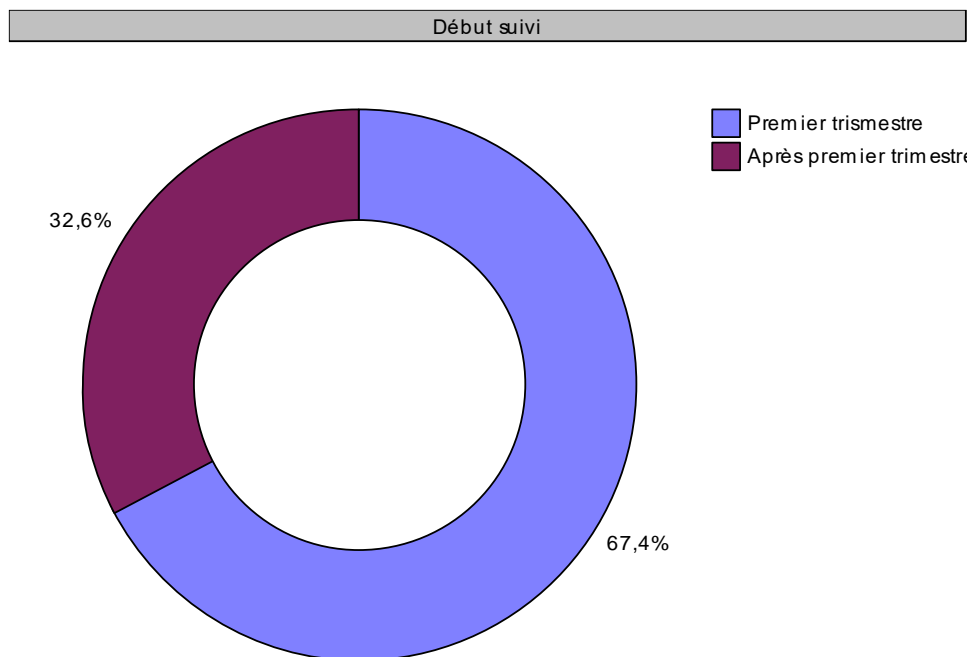
Toutes ces réponses laissent entrevoir que les femmes ont une forte connaissance dans l'ensemble des normes d'un "bon" suivi prénatal ainsi que de l'utilité de bien respecter ces dernières. Ce qui permet de dire que le niveau d'étude que l'on pourrait considérer ici, comme lié au niveau d'information sur les normes du suivi prénatal n'influe pas forcément sur son déroulement chez les femmes, car elles ont toutes pratiquement une assez bonne connaissance de ces normes, quel que soit leur niveau d'étude.

## **II.2 La réalité sur le suivi prénatal des femmes de la commune de Ziguinchor**

Comme signalé un peu plus en haut, le suivi correct d'une grossesse répond à un certain nombre de normes. Il semble clair que les femmes en sont bien conscientes aujourd'hui, au vu des différentes réponses obtenues. Tout de même, toujours dans nos enquêtes nous avons plus ou moins tenté de saisir la façon dont ces femmes faisaient leurs propres suivis, c'est-à-dire si elles parviennent toutes à démarrer leurs suivis prénataux dans le premier trimestre de leurs grossesses, ou encore si elles parviennent à respecter les rendez-vous et les prescriptions médicales.

### **II.2.1 Période de démarrage du suivi prénatal des femmes de la commune de Ziguinchor**

Des réponses qui nous ont été données, on note qu'un peu plus de la moitié des femmes interrogées estiment qu'elles ont démarré leur suivi prénatal dès le premier trimestre de la grossesse conformément à ce qui est conseillé. À côté, nous avons celles qui ont démarré le leur bien après, c'est-à-dire après le premier trimestre, soit 32,6% du total des femmes interrogées comme l'illustre si bien ce graphique ci-dessous.



Graphique 1 : Répartition de la période de démarrage du suivi en fonction des effectifs

Source : Enquête personnelle, Malang Ngingue, mai 2019

Lorsque l'on tente de faire une analyse de la répartition par âge du groupe de femmes ayant répondu qu'elles ont démarré leurs suivis après le premier trimestre on note qu'elles sont composées majoritairement de femmes âgées de plus 20ans. En effet, sur les 32,6% femmes que l'on retrouve dans cette situation, 28% ont un âge supérieur ou égal 20, à savoir 14% pour la tranche d'âge des 20-25ans et 14% autres pour celle des 26-49ans. Nous permettant ainsi de dire que ce n'est pas une tendance liée au jeune âge des femmes enceintes, car les moins de 20ans ne sont que 4,6% comme le montre le Tableau 6.

**Tableau 6 : Croisement entre période de démarrage du suivi et âge**

Début suivi \ Âge	Âge			TOTAL
	15-19ans	20-25ans	26-49ans	
Premier trimestre	11,6%	23,3%	32,6%	67,4%
Après premier trimestre	4,6%	14%	14%	32,6%
TOTAL	16,2%	37,2%	46,5%	100%

Source : Enquête personnelle, Malang Ngingue, mai 2019



## II.2.2 Nombre de consultations prénatales effectuées

Nous avons aussi tenté de connaître le nombre de consultations qu'avaient effectuées toutes celles qui venaient juste d'accoucher pour savoir si elles ont pu faire les quatre consultations prénatales demandées. Pour cette question, nous avons au départ 22 femmes au total.

**Tableau 7 : Nombre de consultations prénatales effectuées par femme**

Nombre de visites	Effectif	Fréquence
≤ 3	11	50%
4	11	50%
TOTAL	22	100%

Source : Enquête personnelle, Malang Ngingue, mai 2019

En ce qui concerne les réponses qui ont été données, on note une répartition égale, 50% de chaque côté, entre celles qui estiment avoir effectué les quatre consultations prénatales requises et celles qui ont fait moins de quatre.

Ces derniers éléments permettent notamment de voir un certain décalage entre le niveau d'information que les femmes ont sur les normes du suivi prénatal et ce qu'elles font réellement lorsqu'elles sont enceintes. En effet, comme nous l'avons démontré au début de ce chapitre, la presque totalité des femmes que l'on a interrogées sur l'importance d'un démarrage précoce du suivi prénatal a estimé que cela était primordial. Cependant, si l'on s'en tient aux chiffres que l'on a obtenus et qui portent sur la période où elles ont réellement commencé à se faire suivre, on constate que c'est 29 femmes seulement sur les 43 femmes de notre échantillon qui ont su démarrer le suivi à temps et que les 14 femmes restantes ne l'ont pas fait. Un nombre qui interpelle forcément, au vu de l'importance que l'ensemble de ces femmes semblaient accorder au démarrage précoce du suivi, de par les témoignages que l'on a vus un plus en haut.

Pour ce qui concerne le nombre de consultations aussi, voir que la moitié des femmes interrogées, à savoir 11 sur les 22 à qui la question a été posée, estime n'avoir pas fait toutes les consultations prénatales requises pose forcément problèmes. Nous ne sommes d'ailleurs pas les seuls que cette situation interpelle, car comme nous avons pu le constater sur le terrain, divers acteurs agissent de part et d'autre afin de trouver des solutions à ce problème, chacun avec une approche bien déterminée.

## **II.3 Des stratégies incitatives**

Comme on a pu le voir jusqu'ici, certaines femmes de la commune de Ziguinchor démarrent un peu tardivement leurs suivis prénataux ou s'absentent parfois à leurs rendez-vous. Face à cette situation, aujourd'hui, on a un ensemble de stratégies mises en place aussi bien par les femmes avec l'appui de certaines ONG, que par les acteurs sanitaires et qui visent à inciter le plus possible les femmes enceintes à mettre fin à cette tendance. C'est le cas notamment des programmes que l'on retrouve dans les associations villageoises d'épargne et de crédit communément appelées AVEC, du projet FBR (Financement basé sur les Résultats) ou encore des stratégies avancées qui sont organisés régulièrement par le personnel de santé présent dans les différentes localités de la commune.

### **II.3.1 Le rôle des AVEC dans le respect des suivis prénataux**

Créées dans les années 2011-2012 par la fédération "Dimbaya Kagnalen" en collaboration avec l'organisation non gouvernementale Child Fund, les AVEC sont des formes de microfinances regroupant pour l'essentiel les femmes dont les enfants bénéficient d'un soutien et d'une protection de la part de la fédération. D'après le responsable de la fédération de "Dimbaya Kagnalen" l'idée de la mise en place de ces associations est surtout venue avec la ferme volonté qu'ils avaient de pouvoir faire en sorte que ces femmes puissent se soutenir mutuellement en ayant en commun un fonds qu'elles allaient gérer elles-mêmes sur le modèle des tontines. À cela s'ajoute aussi leur ambition de faire en sorte que les mêmes femmes puissent, à travers les prêts qui leur seront octroyés au sein de ces associations, créer des activités génératrices de revenus pour pouvoir subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs enfants, qui restent la cible première de la fédération "Dimbaya Kagnalen" ainsi que de son principal partenaire qu'est Child Fund. En d'autres termes, le but de la fédération était de mettre en place une stratégie qui lui permettrait d'accomplir sa mission de protection de l'enfance, en passant par les femmes. Cependant, hors mis ce rôle que joue les AVEC, dans la protection de l'enfant, ces associations ont aussi été vues comme un moyen efficace de pouvoir exercer une autre mission tout aussi importante pour la fédération, à savoir la protection de la femme notamment dans son rôle de reproduction. En effet, à travers les AVEC, des campagnes de sensibilisation, sous forme de causeries, sont régulièrement organisées sur l'importance du suivi prénatal des grossesses par les agents de "Dimbaya Kagnalen" mais aussi par le personnel de santé communautaire comme l'explique une des "Badiénu Gox" rencontré :

*« Maintenant on a des associations de quartiers qu'on appelle les AVEC. On fait des "Tontines" chaque semaine on se rencontre. Du coup, nous, la plupart du temps on se base sur leurs causeries lors de ses rencontres pour leur rappeler qu'elles doivent faire attention à l'état de leurs camarades, parce que le retard dans le suivi amène souvent des conséquences néfastes pour les femmes ». (Badiénu Gox, lyndiane)*

Les AVEC sont aussi le lieu où une "forme de pression sociale" pour reprendre les termes du chargé de la protection au sein de la fédération, est mise à ces femmes afin qu'elles puissent se faire suivre correctement lorsqu'elles tombent enceintes. Le comité de gestion de chaque AVEC, en effet, par le biais de la présidente, est chargé de rappeler à chaque membre de son association qui est enceinte, qu'elle doit aller à ses rendez-vous, mais aussi de vérifier après chaque rencontre que la femme est bel et bien en train de respecter tous ses rendez-vous à l'hôpital. Selon une autre "Badinènu Gox" qui est elle aussi membre d'une AVEC, toute femme n'ayant pas respectée son rendez-vous écope automatiquement d'une amende de la part de son AVEC, le montant pouvant varier d'une association à autre comme on peut le voir dans son témoignage qui suit :

*« Celle-là (parlant d'une AVEC), a fixé l'amende pour un accouchement à domicile à 10.000FCFA, la CPN tardive à 10.000FCFA. Pour ce qui concerne cet autre AVEC, elle a mis l'accouchement à domicile 15.000fcfa, CPN tardive 10,000FCFA. Il n'y a que ça qui peut nous aider vraiment... Celles-là ont dit que l'accouchement à domicile est à 10.000FCFA, CPN tardive 5.000fcfa d'ailleurs dans ce groupe lorsqu'on est parti les rencontrer l'autre jour, déjà, il y'avait une femme (membre d'une AVEC) qui avait deux mois de retard, mais elle n'était pas encore venue à l'hôpital, finalement elle est venue hier se faire consulter parce qu'elle avait peur d'écooper d'une amende». (Badinénu Gox, néma II)*

En bref, les AVEC sont des associations qui participent à la surveillance du suivi des grossesses chez certaines femmes dans la commune.

On en compte environ 250 à travers tout le département de Ziguinchor et toujours selon le chargé de protection de la fédération dans toute la commune, il en a été recensé 122 en fin 2017.

### **II.3.2 Le Financement basé sur les Résultats (FBR)**

C'est un projet mis en place par le ministère de la Santé et de l'action sociale, avec l'appui financier de la banque mondiale afin d'accélérer l'atteinte des objectifs de développement durable, notamment dans le volet santé.

Le FBR consiste en l'élaboration de stratégies permettant l'amélioration des performances des districts sanitaires dans les domaines de la santé maternelle et infantile ainsi que les domaines de la lutte contre la maladie, au niveau des régions cibles, qui sont à ce jour au nombre de six, à savoir Ziguinchor, Kolda, Kaffrine, Kédougou, Sédhiou et Tambacounda. Lors de nos enquêtes, on a ainsi pu noter qu'une de stratégies de ce programme consistait en la mise à disposition de financements incitatifs pour les femmes. En effet, le but est de parvenir à motiver les femmes à se faire suivre correctement durant leurs grossesses en les rémunérant à raison de 5000FCFA par consultation prénatale effectuée à temps et de 10.000FCFA en cas d'accouchement dans une structure de santé. Ainsi, toutes les femmes faisant partie du programme reçoivent après chaque consultation qu'elles ont effectué la somme de 5.000Fcf. Cela dans le but de les motiver à être présentes au prochain rendez-vous comme nous l'a expliqué une des sages-femmes avec qui l'on s'est entretenue.

### **II.3.3 Les “stades avancés“ une occasion pour la sensibilisation**

C'est une des nombreuses autres stratégies qui ont été adoptées par le personnel de santé pour pouvoir faire comprendre aux femmes l'importance qu'il y'avait à se faire suivre régulièrement et surtout à temps, lorsqu'elles sont en état de grossesse. En effet, les “stades avancés“ sont des descentes sur le terrain, qui sont organisées régulièrement par les agents des postes de santé, avec l'aide des relais en fonction de leurs zones d'intervention pour permettre aux populations, notamment les femmes et leurs enfants de pouvoir rattraper leur retard de vaccination. Ils sont aussi l'occasion pour ces agents de santé de faire de la sensibilisation sur certaines questions de santé qui sont plus d'actualité.

Ainsi, on a pu noter que la question du suivi prénatal a souvent été abordée lors de ces descentes. Le personnel de santé essaie, en effet, à travers elles, de comprendre les raisons qui peuvent pousser les femmes à ne pas se rapprocher très tôt des structures pour une consultation lorsqu'elles tombent enceintes, ou encore ce qui pourrait expliquer leurs absences à certains de leurs rendez-vous.

Lors de ces descentes, des séances de causeries sont organisées avec les femmes et la parole leur est donnée afin qu'elles puissent s'exprimer librement sur leur situation et donner leurs

avis. En ce sens, dans une des causeries à laquelle on a participé en compagnie de l'équipe du poste de santé de Kandé II, on a notamment pu entendre les femmes de cette zone évoquaient quelques raisons qui justifieraient souvent leurs absences ou retards aux consultations prénatales. Il s'agit notamment du manque de moyens financiers qui a été souligné par la plupart d'entre elles, mais aussi le manque de temps, car étant souvent occupé par la gestion des enfants et de la famille.

On a aussi pu noter que ces descentes étaient l'occasion pour les agents de santé d'expliquer à ces femmes que la consultation prénatale ne nécessitait pas forcément d'énormes moyens financiers, mais en même temps de les informer sur tous les avantages dont elles pouvaient bénéficier en se faisant suivre correctement, à l'exemple du projet FBR comme leur expliquait une des matrones en ces termes : *« venez à vos visites et au sortir de chaque rendez-vous, allez chez monsieur X muni de votre carnet pour récupérer vos 5.000FCFA. C'est votre argent, faites ce que vous avez à faire et allez-y le récupérer, sinon il va le manger »* répétait-elle assez souvent durant la rencontre, sur le ton de la rigolade.

### **Chapitre III : Une réalité aux déterminants divers**

Comme nous avons bien pu le constater tout au long de ce travail, le suivi prénatal pour certaines femmes ne se déroule pas forcément selon les normes biomédicales, donc nous avons tenté de comprendre ce qui pouvait être véritablement à l'origine d'un tel phénomène. À travers les divers entretiens qu'on a pu mener avec certains des acteurs directement liés au phénomène comme les sages-femmes ou les "Badiénu Gox" entre autres, nous n'avons pas manqué aussi de nous pencher sur cela.

Ainsi, nous avons demandé aux femmes ce qui pouvait être la cause du retard souvent noté dans le démarrage des consultations prénatales ou tout simplement des absences souvent notées. Et pour ces interrogations, divers facteurs ont été cités comme déterminants pour un bon déroulement ou non du suivi, en témoigne les tableaux situés juste en dessous.

**Tableau 8 : Répartition des réponses sur la justification des retards au démarrage des CPN**

<b>Justification retard</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
Manque de temps	2	4,3%
Manque de moyens financiers	25	53,2%
Autres	20	42,6%
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

Source : Enquête personnelle, Malang Ngningue, mai 2019

Étant donné que les répondantes avaient la possibilité de cocher plusieurs réponses à la fois, on note que le “manque moyens financiers“ a été évoqué 25 fois sur l’ensemble des réponses données pour justifier les retards dans le démarrage du suivi, ce qui constitue une proportion de 53,2% des réponses. S’en suit l’option “Autres“ qui a été cochée 20 fois (42,6%) en donnant pour précision des raisons comme la “peur des médicaments“ la “négligence“ ou encore la “méfiance“. Enfin, il y’a bien entendu le “manque de temps“ qui a été coché juste 2 fois, c’est-à-dire une proportion de 4,3% des réponses comme le révèle le tableau 7 ci-dessus.

**Tableau 9 : Répartition des réponses sur la justification des absences aux rendez-vous de CPN**

<b>Absence rendez-vous</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
Non-réponse	2	4,3%
Manque de temps	8	17,0%
Manque de moyens financiers	22	46,8%
Autres	15	31,9%
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

Source : Enquête personnelle, Malang Ngningue, mai 2019

Ce tableau permet de pouvoir observer les réponses qui ont été données pour justifier les absences aux rendez-vous de visites prénatales. On note ici que le manque de moyens financiers reste le motif principal des absences avec un taux de réponse s’élevant à 46,8% sur l’ensemble. Ensuite, nous avons l’option “autres“ qui constitue 31,9% des réponses, avec des justifications

comme la négligence ou la honte entre autres. Enfin, nous pouvons noter aussi que 17% des femmes disent s'absenter à cause du manque de temps.

L'analyse que l'on pourrait faire de ces deux derniers tableaux est que le profil socio-économique des femmes joue un rôle déterminant dans le suivi prénatal des femmes. En effet, on y note que celles disposant de peu de moyens financiers ou affirmant être la plupart du temps occupées soit par le travail domestique ou les études, sont souvent celles qui ont du mal à se faire suivre correctement. L'environnement social des femmes compte aussi dans le suivi, car certaines d'entre elles ressentent de la honte à se montrer en public, ce qui justifie parfois leurs absences aux rendez-vous.

Ces éléments faut le noter, ont déjà été soulignés, pour certains d'entre eux, dans les travaux de Lydie Ancelot, Liliane Bonnal et Marc-Hubert Depret sur les déterminants du renoncement aux soins, comme nous pouvons le voir dans cet extrait : « *Les trois principales causes du renoncement aux soins sont financières (précarité, absence de couverture médicale, ...), informationnelles (faible niveau d'éducation, faible maîtrise de la langue du pays, ...) et spatio-temporelles (éloignement géographique des services de santé, difficultés de transport, délai d'attente pour obtenir un rendez-vous, manque de temps, ...)* ». (Ancelot&all,2016 :67)

### **III.1 La précarité financière des femmes comme principal déterminant**

Partant des différentes observations notées sur les tableaux 8 et 9 ci-dessus, on a pu constater que le manque de moyens financiers était la toute première raison pour justifier le retard dans le démarrage du suivi prénatal chez la femme de même que sa non-présence à un rendez-vous. En effet, d'après les femmes avec qui l'on s'est entretenu, avoir les moyens financiers nécessaires est primordial pour qu'elles puissent avoir le courage de se rendre dans une structure de santé afin d'effectuer leurs visites prénatales.

Pour la plupart d'entre elles, le fait de ne pas avoir les moyens de s'acquitter des frais qui pourraient découler de la consultation prénatale les pousse à rester chez elles. Ce qui est le plus souvent à l'origine des retards que l'on note dans le début de leurs suivis, ou de leurs absences aux rendez-vous, comme nous l'expliquait cette dame.

*« C'est dû au manque d'argent, si ton mari n'a pas d'argent tu ne pas aller faire ta visite, parce que là-bas, ils ne te feront pas de cadeau pour acheter le ticket et tout. Du coup si tu n'as pas cet argent que vas-tu faire ? Ce sont les difficultés qu'endurent les femmes. Ou bien si tu y vas, tu ramènes l'ordonnance qu'on t'a prescrite, ton mari ne paye pas, où se trouve l'utilité d'y*

*aller ? Tu te fatigues pour rien dans ce cas, autant rester et t'en remettre à Dieu, voir quel sera ton sort. Tu fais bouillir des plantes tu bois... ».* (Accouchée récente, Néma II, mariée, [26-49ans])

Un discours assez similaire nous a presque à chaque fois été tenu lorsqu'il s'est agi d'expliquer le rôle que pouvait avoir le manque d'argent dans le démarrage du suivi prénatal. Et même si le personnel de santé ou communautaire estime que ce n'est pas une raison valable pour rester chez soi, car la première consultation ne nécessite pas forcément beaucoup de moyens, nous disait d'ailleurs cette "Badiénu Gox" « *L'argent ? Avec 500fcfa tu payes un carnet à 150fcfa et le ticket 250fcfa, on te rend la monnaie, avec ça seulement tu peux faire la première visite. Mais quand tu leur demandes, elles disent que c'est l'argent. Non ce n'est pas une question d'argent, 500FCFA seulement ? ».* Les femmes restent tout de même convaincues aujourd'hui que le fait de ne pas avoir suffisamment de moyens financiers est une raison valable pour ne faire la consultation prénatale, car on ne peut pas s'y rendre les mains vides, de l'avis de cette autre, âgée d'une vingtaine d'années et mariée à un pêcheur, qui nous disait ceci : « *Pour aller à l'hôpital, il faut toujours avoir de l'argent »* (Femme enceinte, Néma II, mariée, [20-25ans]).

Le lien entre le manque de moyens financiers et la fréquentation des structures sanitaires avaient déjà été fait par Diallo dans sa contribution à l'ouvrage de Jean-Pierre Olivier de Sardan et Yannick Jaffré, comme nous pouvons le voir ici : « *Le manque d'argent entraîne un retard dans la fréquentation des centres de santé (...) Souvent, le manque d'argent, ou l'absence du père qui prend les frais en charge expliquent un recours tardif aux centres de santé. Les pauvres ne viennent consulter qu'en cas de récurrence ou d'aggravation du mal.* » (Diallo, 2003 : 122)

Comme pour le retard dans le démarrage l'argent a aussi été la première justification donnée en ce qui concerne aussi les absences. Selon nos interlocutrices, elles s'absentent souvent pour leurs rendez-vous lorsqu'à l'approche de ceux-ci, elles ne disposent pas de moyens financiers pour pouvoir y aller ou tout simplement lorsqu'elles n'ont pas pu faire tous les examens qui leur ont été demandés lors du précédent rendez-vous. C'est ainsi que cette commerçante dont le mari est instituteur, nous l'expliquait en ces propos :

« *Moi si je n'ai pas d'argent, je n'y vais pas parce qu'avec les sages-femmes si tu n'as pas de quoi payer, certaines te traitent ou te parlent mal "kula warul xamal mu xamal la" ».* (D.S, femme enceinte, Boucotte, mariée, [26-49ans])

« *Des fois elles (les absences) sont liées à l'argent. Je dois d'ailleurs faire une analyse depuis le mois dernier, mais comme ça ne presse pas, j'attends la fin du mois de mai parce qu'il y'avait les fêtes...* » (D.S, femme enceinte, Boucotte, mariée, [26-49ans])



Ce phénomène nous a aussi été souligné par presque toutes les sages-femmes rencontrées, même que certaines trouvent que les femmes devraient malgré tout se rapprocher à chaque fois des postes pour qu'elles essayent de trouver ensemble des solutions, selon les propos d'une d'elles que l'on a interrogée sur le sujet « *Les causes ? En général, on dit les moyens financiers c'est ce qu'elles disent, mais moi je leur dis que "si tu as des problèmes financiers, il faut venir envers la sage-femme, parler avec elle et elle aura des solutions avec vous, mais si tu restes à la maison tu ne fais pas la visite, non seulement tu te mets en danger, tu mets la sage-femme en danger et tu mets tout le monde en danger parce quand il y'aura des complications tout le monde s'en préoccupera et où trouver de l'argent c'est un autre problème aussi" ».*

Le manque de moyens reste ainsi, selon notre enquête, un véritable frein au bon déroulement du suivi prénatal dans la commune.

### **III.2 La peur du regard de la société**

Comme souvent, la grossesse est un des nombreux phénomènes de la société sénégalaise capable de susciter la curiosité des membres de notre entourage. Ainsi, lorsque celle-ci a lieu hors du cadre que cette société considère comme idéal pour ne pas dire normal pour tomber enceinte, à savoir le mariage, il arrive qu'elle suscite un ensemble d'interrogations. En ce sens, il n'est pas rare de voir certaines femmes tenter de cacher leurs grossesses lorsqu'elles tombent enceintes en dehors du mariage et même lorsqu'elles sont mariées afin d'éviter le plus possible que beaucoup de personnes soient au courant de leur état.

C'est en effet, une des autres raisons qui est ressortie de nos enquêtes comme pouvant expliquer les retards de certaines femmes pour démarrer les consultations prénatales. Ainsi pour cette sage-femme, c'est souvent le cas lorsqu'il s'agit d'une grossesse non désirée « *En général, ce ne sont pas les femmes mariées qui viennent en retard, mais ce sont les grossesses non désirées surtout les jeunes filles dès qu'elles tombent enceintes, elles se cachent, elles ne veulent même pas que les autres en sachent quelque chose. C'est pour cela c'est ce contre quoi nous luttons... ».* (Sage-femme, Lyndiane)

Des propos assez similaires nous ont été tenus par une femme que l'on a rencontrée au quartier "Néma II" lors d'un "stade avancé" organisé par l'équipe médicale du poste de Néma : « *Si tu tombes enceinte et le copain n'accepte pas aussi, il dit que ce n'est pas lui qui t'a mis en état, qui va te donner l'argent pour y aller ? Il y'a ça aussi. De même pour nous les mariées, tu te maries, mais tu tombes enceinte d'un autre homme, ça aussi ça en fait partie, les secrets sont là. Si ton mari est au courant de cela il ne va pas te donner de quoi aller à l'hôpital. Les jeunes*

*filles aussi, si le garçon refuse, elles ne peuvent pas non plus se rendre à l'hôpital. S'il n'accepte pas, tu ne peux pas aller à l'hôpital, ce sont des secrets qui sont là, mais moi je vais tout dire parce que je n'ai que des filles, c'est seulement ce dernier (le nouveau-né) qui est un garçon et je les ai tous eus à "belge" (Poste santé Néma II). Les secrets sont là, mais vu que c'est pour un travail, on va tout dire afin que tout le monde sache ».* (Accouchée récente, Néma II, mariée, [26-49ans]).

Hormis les grossesses non désirées, la peur que leurs grossesses soient découvertes par les autres concerne aussi les femmes mariées. En effet, en raison de certaines croyances très répandues dans certaines de ces communautés, ces femmes préfèrent garder secret leur état aussi longtemps que possible pour éviter, disent-elles, le mauvais sort.

Une des femmes enceintes nous confiait à ce propos qu'elle n'aimait pas que beaucoup de gens découvrent qu'elle est en état de grossesse, c'est pourquoi elle préférerait rester la plus discrète possible en évitant surtout de se montrer en public. Pour une des sages-femmes c'est peut-être culturel chez certaines femmes qui à chaque fois qu'elles sont en état préfèrent rester chez elle jusqu'à ce qu'il ne soit plus possible de la cacher pour enfin démarrer leurs consultations : « *Peut-être c'est leur culture comme je vous dis, elles me disent toujours elles ne veulent pas que les gens sachent tôt qu'elles sont enceintes, peut être comme des cultures euh... au temps tu sais qu'une femme peut tomber enceinte, elle va rester ici à se cacher, cacher jusqu'à cinq mois et maintenant ce n'est pas le cas parce qu'il y'a des visites qui sont là donc tu peux venir...* » (Sage-femme, Lyndiane).

De l'avis de certaines femmes enceintes à qui l'on a posé la question, elles cachent leurs grossesses, car elles n'aiment pas que leurs états soient vite découverts par le voisinage, ou encore par peur.

« *J'avais peur de la réaction de ma mère* » (accouchée récente, Kandé, veuve, [15-19ans]).

« *Je la (la grossesse) cache par méfiance* » (accouchée récente, Kandialang, mariée, [20-25ans]).

**Tableau 10 : Répartition des réponses selon que la grossesse ait été cachée ou non**

Grossesse cachée	Effectif	Fréquence
Oui	7	16,3%
Non	34	79,1%
Ne sait pas	2	4,7%
Total	43	100%

Source : Enquête personnelle, Malang Ngingue, mai 2019

Sur le tableau résumant l'ensemble des réponses qui ont été fournies lorsque l'on a tenté de savoir si les femmes cachées leurs grossesses, on note qu'effectivement, 16,3%, soit 7 femmes sur les 43 interrogées ont en un moment donné tenté de cacher leur grossesse. Une portion assez minime dans l'ensemble et qui ne fait pas certes, de ce phénomène un déterminant majeur dans le suivi des femmes, mais dont il faudrait malgré tout tenir compte.

**Tableau 11 : Répartition des réponses sur les grossesses cachées en fonction de la situation matrimoniale**

Cacher/Situation matrimoniale	Mariée	Célibataire	Veuve	TOTAL
Oui	7,%	7,%	2,3%	16,3%
Non	65,1%	11,6%	2,3%	79,1%
Ne sait pas	4,7%	0%	0%	4,7%
TOTAL	76,7%	18,6%	4,7%	100%

Source : Enquête personnelle, Malang Ngingue, mai 2019

En faisant, ensuite le tableau croisé entre la situation matrimoniale des femmes et le fait d'avoir voulu cacher sa grossesse, on constate sur les 16,3% des femmes ayant admis qu'elles ont caché leur grossesse au début, 7% sont des célibataires, 7% sont bel et bien mariées, pour 2,3% de veuves (voir tableau 11). Laisant ainsi apparaître, comme nous l'indiquions un peu plus au-dessus que c'est un phénomène qui ne concerne pas que les célibataires, mais les femmes mariées aussi, qui pour diverses raisons peuvent tenter de laisser leurs grossesses secrètes le plus longtemps possible.

### III.3 Simple négligence ou question d'expérience ?

S'agissant des femmes ayant déjà accouché plusieurs fois, il est noté que la grossesse pouvait devenir au fil du temps un phénomène qu'elles ont fini par apprivoiser. Ce qui les pousse parfois à être moins rigoureuses lorsqu'il s'agit d'obéir à certaines recommandations du personnel de santé. Un manque de rigueur que le personnel associe de la négligence.

*« Elles banalisent, par exemple elles ont tendance à dire “ah à chaque grossesse on me demande des analyses, moi-même je suis fatiguée de ces analyses. Dès que tu es enceinte, on te prescrit des analyses à chaque grossesse, durant toutes mes grossesses. Comme on dit si tu as*

*l'habitude de faire quelque chose ça devient facile pour toi, je suis tombée enceinte deux, trois, cinq voir six fois". Là-bas même j'ai une qui est venue se faire vacciner, elle n'a pas fait toutes ces analyses, quand elle est venue ici à chaque fois que je lui demande elle rit seulement. Je lui ai dit "si tu viens accoucher je vais te renvoyer" elle me répondait c'est " c'est ici que je vais accoucher" et c'est comme ça que cela s'est passé, lorsqu'elle venait accoucher c'était la nuit je n'étais pas là, les matrones l'ont fait accoucher, mais lorsque je l'ai trouvé ici le matin, je lui ai dit "tu as tout fait pour accoucher ici" elle me répondit " je t'avais dit que je vais accoucher ici sans faire mes analyses" elle avait banalisé ça, c'était une dixième grossesse si tu parles, elle rit seulement puis s'en va. Elle n'a pas fait d'analyse elle n'a rien fait, même pour prendre ces fers c'était un problème. » (Infirmière-chef de poste, Kandé 1)*

L'extrait de cet entretien résume clairement la perception de la grossesse qu'ont certaines femmes ayant déjà connu la maternité à plusieurs reprises. En effet, l'analyse de ce discours permet notamment de voir que pour certaines de ces femmes, la grossesse pouvait au fil des années être considérée comme un phénomène normal dans la vie d'une femme. Sa gestion ne suscite plus autant d'inquiétude, qu'elle aurait pu l'être pour une première grossesse, au point de faire du suivi biomédical une obligation. Ces femmes avaient fini par avoir une très bonne expérience du déroulement d'une grossesse et de la gestion de celle-ci. On voit ainsi, d'après les propos de la sage-femme que pour certaines multipares, le fait de répéter à chaque fois les mêmes analyses, à chaque grossesse, n'était pas forcément une nécessité ou encore qu'elles restaient chez elles jusqu'au dernier moment de la grossesse, comme elle nous l'expliquait ici « *Il y'a aussi les grandes multipares celles qui sont à la cinquième "gest" (gestation), sixième, huitième et neuvième gestation. Des fois, elles ne font même pas, ou bien elles viennent au troisième trimestre huitième, neuvième mois pour venir faire leurs CPN là elles banalisent la grossesse, c'est ça...* » (Infirmière-chef de poste, Kandé 1). En effet, comme on l'a si bien dit certaines femmes ayant déjà connu la maternité plusieurs fois finissent par maîtriser les différentes étapes du déroulement d'une grossesse et les signes qui y sont associés. Les connaissances et pratiques traditionnelles dont disposent ces femmes font parfois qu'elles ne ressentent pas la nécessité de se faire suivre par un professionnel de la santé, car elles préfèrent utiliser des remèdes traditionnels tel que l'explique Y. Diallo dans cet extrait : « *Les femmes enceintes ont leur propre perception des risques sanitaires. Dans un ensemble de symptômes, certains seront considérés comme graves, d'autres comme bénins (...) Face à ces risques ressentis, les femmes enceintes prennent des décoctés de plantes à titre préventif pour « nettoyer le ventre » et « garder le nid de l'enfant propre ». Il s'agit d'un savoir familial qui n'exige pas forcément le recours à un guérisseur » (Diallo, 2009 : 200).*

Toutefois, force est de constater que cette situation n'est pas forcément la même chez toutes les femmes. D'ailleurs la majorité de celles à qui l'on a posé la question sur cela estime qu'il faut toujours refaire le suivi, car chaque grossesse a ses particularités.

### III.4 Influence des pratiques et croyances culturelles dans le suivi biomédical

**Tableau 12 : Répartition des réponses selon que la femme utilise ou non des médicaments traditionnels**

Médicaments traditionnels	Effectif	Fréquence
Oui	35	81,4%
NON	8	18,6%
TOTAL	43	100%

Source : Enquête personnelle, Malang Ngingue, mai 2019

Contrairement aux diverses raisons évoquées jusque-là comme constituant un frein au bon déroulement du suivi chez les femmes, les éléments d'ordres culturels sont très peu apparus comme déterminants durant notre enquête.

En réalité, même si à travers les discours de certains membres du personnel, on a pu noter qu'ils considéraient les croyances culturelles, comme pouvant constituer une entrave au bon déroulement du suivi. Ensuite, même si on a noté aussi que 81,4% des femmes prenaient des décoctions (voir tableau 12) et suivaient les consignes que leur donner les aînés en matière de tradition, pour faciliter, selon elles, le déroulement de la grossesse jusqu'à l'accouchement. « Avec les mamans forcément on nous donne des consignes et des gris-gris aussi ». (R.D, femme enceinte, Kandialang, mariée, [26-49ans])

« Ça (les médicaments traditionnels) aide beaucoup lorsqu'on arrive à terme ». (Femme enceinte, Kandé, mariée, [26-49ans])

« Ça (les médicaments traditionnels) permet d'éliminer le sel et facilite l'accouchement. J'utilise ça en fin de grossesse surtout... » (D.S, femme enceinte, Boucotte, mariée, [26-49ans])

Force est de constater que tous ces éléments interviennent ou perturbent rarement le déroulement du suivi biomédical de la grossesse, comme vous pouvez le voir dans le tableau suivant :

**Tableau 13 : Répartition des réponses sur l'influence des consignes traditionnelles dans le suivi biomédical**

Influence consignes	Effectif	Fréquence
Non-réponse	2	4,7%
Oui	3	7,0%
Non	35	81,4%
Ne sait pas	3	7,0%
TOTAL	43	100%

Source : Enquête personnelle, Malang Ngningue, mai 2019

Dans ce tableau, on note que les femmes à 81,4% estiment que les consignes et pratiques traditionnelles qu'elles ont durant leurs grossesses n'influencent en rien leurs décisions d'aller se faire suivre par des spécialistes de la santé. D'après elles, les deux pratiques jouent en fait, des rôles complémentaires et devraient être associées, comme nous disait cette dernière : « *chaque médicament joue un rôle qu'il soit moderne ou traditionnel* ». (Femme enceinte, Lyndiane, mariée, [26-49ans])

Malgré cela, il convient cependant de signaler que certaines des proscriptions, comme les interdits alimentaires, ont été déplorées par les sages-femmes, car considérant qu'elles pouvaient porter atteinte à la santé des femmes enceintes et que celles-ci devraient moins les respecter pour éviter tous risques de malnutrition par exemple.

« *Les risques c'est-à-dire une mauvaise alimentation chez la femme enceinte, moi toute femme qui vient ici je lui dis "une femme enceinte, il n'y a rien qu'elle ne puisse pas manger. Tout ce dont tu as envie, si on te dit "ça, ce n'est pas bon" cache-toi à l'intérieur et mange à ta faim, peut-être c'est en arrivant par exemple vers le huitième, neuvième mois qu'on t'interdit de manger des aliments trop gras entre autres, mais toutefois que tu es enceinte tu dois tout manger, le pain qu'on t'interdit, ne mange pas de crevettes c'est pas bon pour ton enfant, ce sont ceux-là même qui sont bons, le crabe est riche en magnésium, la crevette aussi est bonne, c'est riche en fer"...* » (Infirmière-chef de poste, Kandé 1).

Le discours tenu par cette infirmière permet de voir que les risques liés à la grossesse sont perçus différemment entre un professionnel de la santé et les femmes enceintes ainsi que leurs familles toujours encrées dans les croyances traditionnelles. En effet, pour un professionnel de la santé, les proscriptions alimentaires comportent le risque d'exposer la femme à une mauvaise

alimentation pouvant lui causer des complications, alors que pour les familles ces proscriptions sont faites pour éviter au bébé de naître avec certains traits de caractère qui pourraient être liés à un aliment qui a été consommé par sa maman. Cette idée avait déjà été développée par Yveline Diallo aussi : *«La grossesse entraîne un certain nombre de proscriptions alimentaires. La croyance populaire sous-jacente est que le fœtus est « influençable » et assimile les propriétés des aliments ingérés par sa mère. Suivant un type de pensée analogique, la consommation de la viande de certains animaux est interdite, car l'aspect ou le comportement de ces animaux pourraient se retrouver chez l'enfant. Ces restrictions alimentaires pourraient aggraver l'anémie chez une femme enceinte ».* (Diallo, 2009 : 202)

À la fin de ce chapitre, nous pouvons déjà dire que notre hypothèse relative au poids des éléments d'ordre social tels que le profil social et économique des femmes ou encore leur environnement social sur le bon déroulement du suivi prénatal est confirmée. Tandis que pour les éléments liés à la culture comme l'usage de médicaments traditionnels ou le respect des proscriptions alimentaires au sein de la famille, on tend plus vers une infirmation de l'hypothèse portant sur leur influence dans le suivi des grossesses.

#### **Chapitre IV : Interactions soignants soignées et choix de la structure**

Le choix que les femmes font par rapport à la structure où elles vont se faire consulter n'est jamais une donnée évidente. En effet, si la logique voudrait que toute femme ou tout simplement, tout individu à la recherche de soins se rende dans la structure qui lui est la plus proche, ce que les géographes de la santé qualifient d'offre théorique, il peut y arriver que la réalité soit tout autre en raison de divers facteurs, ce qui permet de parler de l'offre effective, considérée la réalité que l'on retrouve sur le terrain en matière de fréquentation des structures.

Ainsi, nous avons tenté dans notre enquête de voir si cette offre théorique correspondait bien à l'offre effective lorsqu'il s'agit du suivi prénatal dans la commune de Ziguinchor ou si tel n'était pas le cas quels étaient les principaux facteurs qui pouvaient déterminer le choix de la structure chez les femmes enceintes.

En ce sens, lorsque nous avons posé la question sur ce qui motivait le choix de la structure, aux femmes rencontrées, on a noté que la "proximité géographique" a été citée 28 fois sur l'ensemble des 49 réponses données, la "qualité des soins" à 12 reprises, "l'accueil" à 2 reprises et enfin les autres raisons comme "la confiance en une structure" ou encore la "familiarité" avec les membres du personnel" d'une structure ont été évoquées à 7 reprises ainsi que le montre le

tableau 14. Laissant à première vue entrevoir que l'offre théorique correspond plus ou moins à celle effective.

**Tableau 14: Répartition des réponses données pour justifier le choix de la structure**

Facteurs déterminants	Effectif	Fréquence
Proximité géographique	28	57,1%
Qualité des soins	12	24,5%
Accueil	2	4,1%
Autres	7	14,3%
TOTAL	49	100%

Source : Enquête personnelle, Malang Ngingue, mai 2019

Nous parlerons ainsi, en premier lieu de la place qu'occupe la position géographique des structures de santé sur le choix du lieu du suivi prénatal. Et en deuxième lieu nous tenterons de voir l'influence de l'idée que se font les femmes sur la qualité des soins dans chaque structure par rapport à leurs choix.

#### **IV.1 Choix de la structure : entre proximité géographique et logiques diverses**

Comme on a donc pu le constater dans le tableau précédent, la proximité géographique avec une structure reste la toute première raison qui détermine le choix d'une structure pour les femmes enceintes de la commune de Ziguinchor. Cette situation s'expliquerait par la présence de ces structures dans presque toutes les zones de la commune, mais aussi surtout par l'ensemble des efforts de sensibilisation faits par les autorités sanitaires ainsi que le personnel de santé conformément au système de référence et de contre-référence. Selon une femme avec qui on s'est entretenu, on les incite souvent à se rendre dans la structure qui leur est la plus proche pour y effectuer leurs consultations prénatales et de ne se rendre dans une autre située plus haut sur la pyramide sanitaire que lorsqu'elles y ont été référencées :

*« Au début on allait à "Silence" (centre de santé commune de Ziguinchor), mais on nous demande d'aller au poste le plus proche et s'il y'a lieu d'être référencée, on le sera ».* (Femme enceinte, Boucotte, mariée, [26-49ans])

Le constat fait ici semble tout à fait logique au vu de la répartition des structures de santé dans la pyramide sanitaire. Les postes de santé sont en effet, censés accueillir les populations se



trouvant à proximité de leur lieu d'implantation et c'est la raison pour laquelle ces femmes sont incitées à se rendre dans les postes de santé à proximité de chez elles. Cependant l'intérêt porté ici à l'étude du lieu de consultation réside dans le fait que pour diverses raisons, certaines femmes peuvent choisir de se faire consulter dans une autre structure éloignée de leurs lieux de résidence. Comme on a pu le constater sur ces quelques témoignages :

« *Dans la plus proche (la structure de santé), le travail du personnel était trop lent, or je suis seule à la maison pour m'occuper de mes enfants* ». (Femme enceinte, Kandialang, mariée, [26-49ans])

Ce discours permet de voir que cette femme choisit de se rendre dans une structure de santé plus éloignée, car elle considère qu'elle y sera prise en charge beaucoup plus rapidement pour pouvoir rentrer s'occuper de ces enfants.

« *Mon oncle travaille dans la structure où je vais* ». (Femme enceinte, Kandé, mariée, [20-25ans])

Les raisons évoquées par cette autre femme sont plutôt d'ordre relationnel, elle préfère se rendre dans la structure où travaille son oncle, car elle considère qu'elle y sera beaucoup mieux prise en charge. Fréquenter une structure où l'on connaît quelqu'un est un gage de prise en charge rapide, voire personnalisée et de qualité, comme l'avait si bien signalé Jean-Pierre Olivier de Sardan : « *Le malade « recommandé » est en effet, au contraire de l'utilisateur anonyme, particulièrement pris en charge : l'abandon de son poste par le soignant, pour guider son « passe<sup>14</sup> » dans le parcours du combattant d'un centre de santé, n'est pas rare ; ce client privilégié n'aura pas droit qu'aux sourires et à diverses attentions, il aura aussi accès fréquemment à des consultations gratuites, ou à des médicaments gratuits* » (de Sardan, 2003 :167).

« *Je suis toujours allée dans ce poste depuis ma première grossesse* ». (Femme enceinte, Kandé, veuve, [26-49ans])

Pour cette dernière, son choix est lié au fait qu'elle a l'habitude d'aller dans ce poste depuis sa première grossesse, donc elle se sent plus en confiance là-bas.

---

<sup>14</sup> Jean-Pierre Olivier de Sardan : « *les « PAC » (parents, amis et connaissances), significativement appelés parfois les « passes » (pour passe-droit ?)* » (de Sardan, 2003 : 167)

Ainsi on peut dire que le choix de la structure sanitaire est certes majoritairement motivé par la proximité géographique, mais qu'aussi d'autres logiques entrent en jeu dans ce choix et son à tenir en compte.

#### **IV.2 Eviter une structure de santé : une stratégie pour cacher sa grossesse**

La qualité perçue des soins a aussi souvent été évoquée comme déterminant dans le choix de la structure. Pour cette jeune fille que nous avons rencontrée au quartier de "Lyndiane" elle a préféré se rendre à l'hôpital régional, tant bien même qu'elle habitait juste à côté du poste de santé de "Lyndiane" car selon elle, le poste ne faisait pas des échographies raison pour laquelle elle ne s'y est pas rendue. Cependant lorsque nous avons interrogé la "Badiènu Gox" du quartier, la principale raison qui pousse certaines de ces femmes à ne pas fréquenter la structure la plus proche d'elles c'est surtout la méfiance qu'elles ont à l'égard du personnel communautaire que sont les "Badiènu Gox" voire même du personnel médical comme les sages-femmes. En effet, la plupart de ces femmes sont souvent confrontées à cette crainte que leur entourage découvre très tôt qu'elles sont en état de grossesse. Du coup, elles se méfient de tous ceux qu'elles croient capables de divulguer l'information aux autres et pour cela, elles préfèrent se rendre dans la structure la plus éloignée possible de leur domicile, là où le risque de rencontrer une personne qu'elles connaissent est assez faible. Le choix de ces femmes est ainsi guidé par la quête de l'anonymat.

D'après les "Badiènu Gox" même si elles parvenaient parfois à remarquer très tôt une grossesse chez une femme et qu'elles se rapprochaient d'elle pour lui indiquait la marche à suivre. Certaines femmes préféraient tout simplement nier les faits et rester chez elles ou se rendre dans une autre structure plus éloignée pour éviter que cela ne se sache dans l'entourage comme nous l'explique la "Badiènu Gox" de "Lyndiane" dans ces propos : *«elles refusent juste, puisqu'elles pensent que nous les "Badiènu Gox" dès qu'on est au courant que telle est enceinte, on va faire la publicité en quelque sorte, c'est pourquoi elles refusent».*

Ce constat a aussi été fait par celle du quartier de "Néma II" qui nous disait *«d'après moi, je me dis qu'elles se cachent, parce que même moi quand je pars chez quelqu'un pour lui dire "toi tu es enceinte, tu dois venir faire tes visites" elle me répond carrément "je ne suis pas enceinte". Une fille m'a dit "non je le suis pas" je lui ai dit "si !, tu en fais partie" elle a nié, je lui dis alors "du déllu guinaw dé, kanam la dieum"... Elle aussi a raté sa première CPN».*

On a noté un discours presque pareil chez la sage-femme du poste de santé de "Lyndiane" : *«Parce qu'elles pensent que si elles viennent à l'hôpital, c'est en ce moment-là que les gens vont dire donc "Est-ce qu'elle n'est pas enceinte ?" ».*

Un ensemble d'éléments qui montrent que même si la recherche de la qualité est un aspect à ne pas négliger dans le choix, il conviendra néanmoins de signaler qu'elle peut parfois servir prétexte pour éviter de se rendre dans la structure se trouvant dans sa localité par peur d'attirer très tôt l'attention sur son état étant donné que dans la plupart des postes qu'on a visités, les matrones et les "Badiénu Gox" qu'on y rencontre sont souvent des habitants du même quartier. Une stratégie qui n'est pas sans conséquence, car le fait de choisir une structure plus éloignée implique parfois des coûts supplémentaires en termes de transports, ce qui peut dans certains cas provoquer des absences aux rendez-vous lorsque les moyens font défaut.

Néanmoins, ce qui pourra être retenu en définitive dans ce chapitre, c'est que les motivations liées au choix de la structure restent bien assez difficiles à connaître, car si la "proximité géographique" reste la principale source de motivation. Il convient cependant de signaler que d'autres éléments sont souvent pris en compte par les femmes dans ce choix, à l'exemple du type d'accueil dans les structures sanitaires ainsi que des relations qu'entretiennent les patientes avec le personnel soignant comme l'explique cet auteur : « *Tout le monde s'accorde sur le rôle déterminant de l'accueil, du premier contact, dans le processus de traitement du patient. Un patient reçu selon les us et coutumes locales, écouté et réconforté se sent confiant et à l'aise pour dire sa douleur. Il a plus de chance d'appliquer un traitement et de revenir une autre fois dans la structure de santé* ». (Souley, 2003 : 95)

## Conclusion

Le travail de recherche que nous avons entrepris sur les déterminants du suivi prénatal de la grossesse dans la commune de Ziguinchor, nous a poussé à poser quelques interrogations portant sur les facteurs d'origines sociales ou encore culturelles susceptibles d'influer dans le suivi. Pour tenter de répondre à ces interrogations, nous avons émis certaines hypothèses allant dans ce sens, avant de procéder à une enquête de terrain et d'analyser les données recueillies.

Conscient des différentes représentations qui pouvaient tourner autour de la grossesse au sein de la société sénégalaise, la toute première interrogation qu'a suscitée ce sujet était celle de connaître le niveau d'influence que pouvaient avoir les facteurs d'origines sociales dans la gestion d'une grossesse. Nous avons bien entendu eu l'opportunité de pouvoir nous adonner à une recherche d'informations portant essentiellement sur cela.

Ainsi, nous noterons que la société en générale à travers, l'entourage proche des femmes, les rapports qu'elles entretiennent avec les acteurs intervenant dans le suivi des grossesses comme le personnel médical ou communautaire, le profil social des femmes à travers leurs niveaux de revenus et leurs âges sont autant d'éléments qui jouent un rôle primordial dans le déroulement du suivi prénatal de la grossesse.

En effet, nous avons pu constater que la précarité était l'un des tous premiers facteurs intervenant directement dans le suivi correct des grossesses chez les femmes enceintes de la commune de Ziguinchor. Celles-ci avaient du mal à se faire suivre correctement faute de moyens financiers. Ensuite, nos enquêtes nous ont aussi révélé que la méfiance que les femmes pouvaient nourrir envers leur entourage influait énormément dans le déroulement du suivi. La plupart des femmes, notamment les adolescentes, avaient peur que leur grossesse soit vite découverte, mais surtout que celle-ci fasse l'objet d'interprétations négatives de la part de la société. Dès lors, cela était dans certains cas à l'origine du refus chez ces femmes enceintes de fréquenter très tôt les structures sanitaires, car animé par la peur que leur état soit vite découvert par les membres de leur entourage qu'elles pourraient croiser dans ces structures ou tout simplement par le personnel sur place. Une remarque qu'avait déjà faite des auteurs comme Fatoumata Ouattara, Bouma Fernand Bationo et Marc-Éric Gruénais : « *Pour les jeunes filles, il y a la peur ou la honte d'être reconnues dans la structure de soins par des parents, des connaissances de son environnement immédiat, ou plus généralement la crainte de devoir affronter le regard réprobateur des femmes plus âgées* » (Ouattara & al, 2009 : 85). Cette crainte pousse non seulement les femmes, a retardé le plus possible le début de leur suivi, mais

parfois à préférer choisir une structure très éloignée de leur lieu de résidence pour y être prise en charge.

Le poids des éléments d'ordre culturel a aussi été analysé. Pour ces derniers, il a surtout été noté que la prise de médicaments traditionnels faisait partie intégrante du suivi prénatal des grossesses dans la commune de Ziguinchor. En effet, l'usage de décoctions et autres pratiques traditionnelles est considéré comme normal dans la vie d'une femme enceinte. Cependant, il conviendra de signaler que ces pratiques n'interfèrent pas tout à fait dans le suivi biomédical de la grossesse. Les femmes considèrent que l'idéal serait plutôt d'allier les deux types de pratiques, car chacune a son rôle à jouer dans le bon déroulement de la grossesse jusqu'à terme. Ce qui nous amènera en définitive, à souligner que c'est seulement l'une de nos hypothèses qui a été vérifiée, tandis que la seconde relative à l'influence des éléments d'ordre culturel ne l'a pas été. En réalité, les données recueillies sur le terrain montrent que les facteurs d'origines sociales influent bel et bien sur le bon déroulement du suivi prénatal. Les femmes s'absentent à leurs rendez-vous ou démarrent tardivement leurs suivis prénataux à cause du poids que la société exerce sur elles en général, ou de leur profil social. Les éléments d'origines culturels quant à elles, malgré leur présence dans la vie de la future maman, ne gênent aucunement le suivi biomédical de la grossesse. Les femmes parviennent aujourd'hui dans leur grande majorité à allier les deux types de pratiques.

## Bibliographie

ALPE Y et all, 2007, *Lexique de sociologie*, Paris, Éditions Dalloz.

ANCELOT L et all, « Déterminants du renoncement aux soins des femmes durant leur grossesse », in *Revue française d'économie*, vol. XXXI, 2016/4 : 63-107.

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, « Recensement général de la population, de l'habitat, de l'agriculture et de l'élevage », septembre 2014.

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, « Enquête démographique et de santé continue », 2015a.

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, « Situation économique et sociale régionale (Ziguinchor) », 2015b.

BARRY B, « Mortalité maternelle : cause et facteurs favorisants déterminés par l'autopsie verbale dans le département de Bakel », mémoire de master II, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2008

BENICOURT E, « La pauvreté selon le PNUD et la Banque mondiale ». In *études rurales*, n° 159-160, 2001 : 35-54.

CARLES G, « Grossesse, accouchement et culture : approche transculturelle de l'obstétrique ». In *Journal de Gynécologie et Biologie de la Reproduction*, 2014 : 275-280.

DELVOYE P, 2009, « Objectif de la consultation prénatale ». In *Guide de consultation prénatale*, De boeck, Bruxelles : 19-20.

DES FORTS J, « Accouchement traditionnel et mortalité maternelle : vécu et représentation. Tentative d'approche de la situation algérienne ». In *Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales*, 1998/4 : 35-46

DE SARDAN J-P.O, 2003, « Pourquoi le malade anonyme est-il si « mal traité » ? Culture bureaucratique commune et culture professionnelle de la santé ». In JAFFRE Y & DE SARDAN J-P.O, Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest, Paris, Karthala : 165-183.

DIALLO Y, 2009, « On ne sait pas si c'est la vie ou la mort qui va s'en suivre, les services de santé de B ». In JAFFRE Y, La bataille des femmes, Paris, Editions Faustroll Descartes : 147-222.

ETIENNE J et all, 2004, *Dictionnaire de sociologie*, Paris, Hatier.

GUISSE Y M, 1979, *Philosophie, culture et devenir social en Afrique Noire*, Dakar-Abidjan-Lomé, NEA

HANCART PETITET P, 2011, *L'art des matrones revisité*, Paris, Éditions Faustroll Descartes.

INITIATIVE PROSPECTIVE AGRICOLE et RURALE, « Evaluation des capacités de suivi des Objectifs de Développement Durable (ODD) au Sénégal », août 216.

JAFFRE Y, 2009, *La bataille des femmes*, Paris, Éditions Faustroll Descartes.

JANVIER E, « L'entretien prénatal précoce : état des lieux de la formation et des difficultés rencontrées par les sages-femmes d'auvergne », mémoire de master professionnel, Université d'Auvergne, 2013.

KANTE A M, PISON G, « La mortalité maternelle en milieu rural sénégalais. L'expérience du nouvel hôpital de Ninéfescha », *Population* 2010/4 (Vol. 65) : 753-779.

MALINOWSKI B, 1968, *Une théorie scientifique de la culture, et autre essais*, Paris, Éditions Gallimard.

MINISTERE DE LA SANTE, DE L'HYGIENE ET DE LA PREVENTION-DIRECTION DE LA SANTE-DIVISION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION, « Plan stratégique de la santé de la reproduction 2011-2015 », 2010.

NIANE K « L'expérience sociale de la grossesse hors-mariage : le cas des jeunes filles de Pikine », mémoire de master II, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2012.

OUATTARA F et all, « Pas de mère sans un « mari » La nécessité du mariage dans les structures de santé à Ouagadougou (Burkina Faso) », in Revue Autrepart, n° 52 : 81-94.

OUEDRAOGO C, BOUVIER-COLLE M H, « Mortalité maternelle en Afrique : comment, combien et pourquoi ? », in Elsevier Masson, 2002 : 80-89.

PRUAL A, 2009, «Introduction ». In JAFFRE Y, La bataille des femmes, Paris, Editions Faustroll Descartes : 7-12.

SENE R, « La problématique de la population et de la pauvreté au Sénégal dans un contexte d'ajustement structurel », thèse de doctorat, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2005.

SOULEY, 2003, « Un environnement inhospitalier ». In JAFFRE Y & DE SARDAN J.P.O, Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest, Paris, Karthala : 66-95.

Fonds des Nations Unies pour la Population, «Il y a des mères riches, et des mères pauvres : les facteurs sociaux déterminants la mortalité et l'invalidité maternelles», 2012.

Fonds des Nations Unies pour la Population, «La santé maternelle en Afrique», 2013.



## Webographie

<https://www.prb.org/quesestilpasseucaire/> (site consulté le 22-05-2019)

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> (site consulté le 06-11-2019)

<https://www.msf.fr/communiqués-presse/mortalité-maternelle-une-crise-évitable> (site consulté le 07-11-2019)

[https://www.memoireonline.com/07/11/4592/m\\_Mortalité-maternelle-cause-et-facteurs-favorisants-déterminés-par-l'autopsie-verbale-dans-le-d9.html](https://www.memoireonline.com/07/11/4592/m_Mortalité-maternelle-cause-et-facteurs-favorisants-déterminés-par-l'autopsie-verbale-dans-le-d9.html) (site consulté le 22-01-2019)

[https://www.who.int/topics/reproductive\\_health/fr/](https://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/) (site consulté le 24-01-20220)

# ANNEXES

## Listes des cartes et figures

<b>Image 1 :</b> Carte de la région de Ziguinchor.....	25
<b>Image 2 :</b> Carte de la commune de Ziguinchor.....	27
<b>Graphique 1 :</b> Répartition de la période de démarrage du suivi en fonction des effectifs.....	43

## Liste des Tableaux

<b>Tableau 1 :</b> Échantillon à hauteur de 10% de la population mère.....	30
<b>Tableau 2 :</b> Répartition de la population interrogée par tranches d'âges.....	36
<b>Tableau 3 :</b> Répartition par niveau d'étude.....	37
<b>Tableau 4 :</b> Tableau croisé Situation matrimoniale/ Âge.....	38
<b>Tableau 5 :</b> Répartition des réponses sur la nécessité de faire les examens demandés.....	41
<b>Tableau 6 :</b> Croisement entre période de démarrage du suivi et âge.....	43
<b>Tableau 7 :</b> Nombre de consultations prénatales effectuées par femme.....	44
<b>Tableau 8 :</b> Répartition des réponses sur la justification des retards de démarrage des CPN.....	49
<b>Tableau 9 :</b> Répartition des réponses sur la justification des absences aux rendez-vous de CPN.....	49
<b>Tableau 10 :</b> Répartition des réponses selon que la grossesse ait été cachée ou non.....	53
<b>Tableau 11 :</b> Répartition des réponses sur les grossesses cachées en fonctions de la situation matrimoniale.....	54
<b>Tableau 12 :</b> Répartition des réponses selon que la femme utilise ou non des médicaments traditionnels.....	56
<b>Tableau 13 :</b> Répartition des réponses sur l'influence des consignes traditionnelles dans le suivi biomédical.....	57
<b>Tableau 14 :</b> Répartition des réponses données pour justifier le choix de la structure.....	59



## Guide d'entretien 1

Ce guide a été conçu pour le personnel de santé spécialisé dans le suivi prénatal des femmes enceintes, notamment les sages-femmes. Il vise à obtenir des informations sur le déroulement normal d'un suivi prénatal et les risques liés à un suivi anormal d'une grossesse.

### Identification

Nom :

Prénom :

Profession :

Nom de la structure :

Années de service :

### Thème 1 : Grossesse et difficultés liées aux suivies

Qu'est-ce qu'un bon suivi prénatal d'une grossesse ?

Qu'elles sont les risques d'un suivi prénatal anormal d'une grossesse ?

Quelles sont les types de difficultés que vous rencontrez avec les femmes lors de leur suivi prénatal des grossesses ?

Pouvez-vous nous faire le profil des femmes avec lesquelles vous rencontrez souvent plus de difficultés ?

Quelles sont les causes du mauvais suivi prénatal des grossesses chez la plupart des femmes ?

Quelle place occupe l'origine culturelle des femmes enceintes dans leur suivi prénatal ?

L'environnement social de la femme a-t-il une influence sur le suivi prénatal d'une grossesse pour les femmes ?

### Thème 2 : Accouchement et complications : principales causes

Est-ce que vous pouvez nous parler des principales complications que rencontrent les femmes durant l'accouchement ?

Quelles sont celles qui ont le plus causé des cas de mortalité maternelle ?

Pouvez-vous nous expliquer les causes de toutes ces complications ?

Quels sont les risques liés aux interdits alimentaires chez une femme enceinte ?

## Mémoire Ngningue

2019 - UASZ

### Identification

1. Quel est votre âge?

1. 15-19ans  2. 20-25ans  3. 26-49ans

2. Quel est votre niveau d'étude?

1. Élémentaire  2. Moyen secondaire  3. Secondaire  4. Supérieur  5. Aucun  6. Autres

3. Si 'Autres', précisez : \_\_\_\_\_

4. Quelle est votre situation matrimoniale?

1. Mariée  2. Célibataire  3. Veuve  4. Divorcée

5. Combien d'enfants avez-vous?

6. Avez-vous une ou plusieurs coépouses?

1. Oui  2. Non  3. Ne sait pas

7. Quelle est votre profession

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Quelle est la profession de votre conjoint?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Approche première sur la grossesse

9. Comment avez-vous appris que vous étiez enceinte?

1. Absence de règles  2. Test de grossesse  3. Consultation  4. Autres

10. Si 'Autres', précisez : \_\_\_\_\_

11. Quelle a été votre réaction en l'apprenant?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Avez-vous tenté de la cacher?  1. Oui  2. Non  3. Ne sait pas

13. Si "Oui", pouvez-vous nous expliquer pourquoi?

---

---

---

La question n'est pertinente que si Cacher = "Oui"

14. À quel moment avez-vous décidé de vous rendre dans une structure pour faire des visites

1. Premier trimestre       2. Après premier trimestre

### Suivi et normes du suivi

15. Comment a été prise la décision de se rendre dans une structure de santé pour des visites?

---

---

16. Selon vous quel est le moment idéal pour commencer les visites prénatales

1. Début grossesse       2. Stade avancé       3. En cas de complications       4. Autres

17. Si 'Autres', précisez :

---

18. Combien de visites avez-vous effectuées durant votre grossesse?

La question n'est pertinente que si la femme a déjà accouchée.

19. Quelles sont les difficultés que vous-avez rencontrées ou que vous rencontrez durant votre suivi?

---

---

20. Qu'est-ce qui justifie le retard dans le début des visites chez une femme selon vous?

1. Manque de temps     2. Manque de moyens financiers     3. Autres Vous pouvez cocher plusieurs cases.

21. Si 'Autres', précisez :

---

22. Pouvez-vous nous expliquer comment?

---

---

---

23. Pensez-vous qu'il soit obligatoire d'aller à tous les rendez-vous pour une visite?

1. Oui       2. Non       3. Ne sait pas

24. Pouvez-vous nous dire pourquoi?

---

---

---

25. Qu'est-ce qui peut justifier le non-respect d'une visite selon vous?

1. Manque de temps  2. Manque de moyens financiers  3. Autres Vous pouvez cocher plusieurs cases.

26. Si 'Autres', précisez : \_\_\_\_\_

27. Pouvez-vous nous expliquer comment?

---

---

---

### Structures et Motivations

28. Quelle est votre perception sur la prise en charge biomédicale d'une grossesse?

---

---

29. Que pensez-vous de l'accueil dans les structures de santé?

---

---

30. Qu'est-ce qui selon vous détermine le choix d'une structure pour une visite?

1. Proximité géographique  2. Qualité des soins  3. Accueil  4. Autres Vous pouvez cocher plusieurs cases.

31. Si 'Autres', précisez : \_\_\_\_\_

32. Pouvez-vous nous expliquer comment?

---

---

---

---

---

---

33. Que pensez-vous des analyses et échographies qui sont demandées durant les visites?

---

---

34. Trouvez-vous qu'il soit nécessaire de toutes les faire?

1. Oui  2. Non  3. Ne sait pas

35. Pouvez-vous nous expliquer pourquoi?

---

---

36. Pensez-vous que toute grossesse nécessite forcément un suivi biomédical?

1. Oui  2. Non  3. Ne sait pas

37. Pouvez-vous nous dire pourquoi?

---

---

### Culture et entourage proche

38. Quel est le rôle de votre entourage dans votre suivi?

---

---

39. Le voisinage peut-il avoir une influence sur la décision d'aller faire des visites?

1. Oui     2. Non     3. Ne sait pas

40. Pouvez-vous nous expliquer pourquoi?

---

---

41. Est-ce que vous utilisez des médicaments traditionnels durant votre grossesse?

1. Oui     2. NON     3. Ne sait pas

42. Que pensez-vous de l'usage de ces médicaments

---

---

43. Quelles sont les consignes qui sont données à une femme lorsqu'elle tombe enceinte dans votre culture?

---

---

44. Ces consignes ont-elles une influence sur le déroulement des visites selon vous?

1. Oui     2. Non     3. Ne sait pas

45. Pouvez-vous nous dire pourquoi?

---

---



46. Comment est-ce que vous interprétez les maladies qui peuvent arriver en général à une femme enceinte?

---

---

47. À quels types de soins avez-vous recours en général lorsque celles-ci se déclarent?

---

---

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION GENERALE.....</b>	<b>1</b>
<b>Première PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE.....</b>	<b>2</b>
<b>I. Cadre Théorique.....</b>	<b>2</b>
I.1. Problématique.....	2
I.2. Revue critique de la littérature.....	9
I.3. Justification de l'étude.....	14
I.4. Objectifs de la recherche.....	14
I.4.1. Objectif principal.....	14
I.4.2. Objectifs spécifiques.....	14
I.5. Hypothèses.....	15
I.5.1. Hypothèse principale.....	15
I.5.2. Hypothèse spécifique.....	15
<b>II. Cadre d'Analyse.....</b>	<b>15</b>
II.1. Définition de concepts.....	15
II.2. Analyse conceptuelle.....	20
II.3. Modèle théorique.....	22
<b>III. Cadre Méthodologique.....</b>	<b>23</b>
III.1. Présentation de l'univers d'étude.....	23
III.2. Présentation du lieu d'étude.....	26
III.3. Population ciblée.....	27
III.4. Procédure de la recherche.....	28
III.4.1. Le déroulement de l'enquête.....	28
III.4.2. L'approche quantitative.....	29
III.4.2.1. L'échantillonnage.....	29
III.4.2.2. Le questionnaire.....	30
III.4.3. L'approche qualitative.....	31
III.4.3.1. L'entretien.....	31
III.4.3.2. L'observation.....	31
III.4.4. Difficultés rencontrées.....	32

<b>DEUXIÈME PARTIE : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES.....</b>	<b>34</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>35</b>
<b>Chapitre I : Caractéristiques générales de la population.....</b>	<b>36</b>
I.1. Âge des femmes.....	36
I.2. Niveau d'étude.....	37
I.3. Situation matrimoniale et âge.....	38
<b>Chapitre II : État des lieux du suivi prénatal dans la commune de Ziguinchor.....</b>	<b>39</b>
II.1. Un suivi prénatal : quand et pourquoi ?.....	39
II.1.1. Importance du suivi et du respect des rendez-vous.....	40
II.1.2. Nécessité de refaire un suivi complet pour chaque nouvelle grossesse.....	41
II.2. La réalité sur le suivi prénatal des femmes de la commune de Ziguinchor.....	42
II.2.1. Période de démarrage du suivi prénatal des femmes de la commune de Ziguinchor.....	42
II.2.2. Nombre de consultations prénatales effectuées.....	44
II.3. Des stratégies incitatives.....	45
II.3.1. Le rôle des AVEC dans le respect des suivis prénataux.....	45
II.3.2. Le Financement basé sur les Résultats.....	47
II.3.3. Les “stades avancés“, une occasion pour la sensibilisation.....	47
<b>Chapitre III : Une réalité aux déterminants divers.....</b>	<b>48</b>
III.1. La précarité financière des femmes comme principal déterminant.....	50
III.2. La peur du regard de la société.....	52
III.3. Simple négligence ou question d'expérience ?.....	54
III.4. Influence des pratiques et croyances culturelles dans le suivi biomédical.....	56
<b>Chapitre IV : Interactions soignants soignées et choix de la structure.....</b>	<b>58</b>
IV.1. Choix de la structure : entre proximité géographique et logiques diverses.....	59
IV.2 Eviter une structure : une stratégie pour cacher sa grossesse.....	61
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>63</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>65</b>
<b>WEBOGRAPHIE.....</b>	<b>68</b>