

# L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE AU DISTRICT SANITAIRE DE PODOR (SENEGAL) : UNE REALITE TENACE MALGRE LES CONSULTATIONS PRENATALES.

**Sara NDIAYE**

*Enseignant-chercheur*

*Université Gaston Berger de Saint-Louis*

*sara.ndiaye@ugb.edu.sn*

**Hadia Ndiaye SALL**

*Sage-femme d'Etat, District sanitaire de Podor*

*adiasall141@gmail.com*

## Résumé

*L'accouchement à domicile demeure un facteur de risque majeur dans la survenue du décès maternel. En 2020, 691 accouchements à domicile ont été dénombrés au niveau des points de prestations du district sanitaire de Podor où 95% des femmes enceintes avaient utilisé les Consultations prénatales (CPN) au moins une fois. Notre objectif est d'analyser les déterminants de l'accouchement à domicile chez les femmes ayant fait au moins une consultation prénatale lors de leurs dernières grossesses. 216 parturientes à domicile ont été recensées et interrogées par questionnaire. Elles ont une moyenne d'âge de 26 ans, pour la plupart non scolarisées à 61%, ménagères à 88% et résidentes à moins de 5 km d'une structure de santé. L'analyse rend compte d'abord de la prévalence élevée de l'accouchement à domicile (31,5%) qui révèle un paradoxe. Elle révèle ensuite la ténacité de ses déterminants imputables à la socialisation. Pour finir, cet article inventorie des expériences prometteuses de promotion de la santé maternelle à partir d'approches inclusives et innovantes.*

**Mots clés :** *Accouchement, consultation prénatale, représentation, socialisation.*

## Abstract

*Home birth remains a major risk factor for maternal mortality. In 2020, 691 home births were recorded at the service spots of the Podor health district, where 95% of pregnant women had used prenatal consultations (PNC) at least once. Our objective is to analyse the determinants of home birth among women who had at least one prenatal consultation during their last pregnancy. 216 home birthers were identified and surveyed using a questionnaire. They have an average age of 26 years, with most (61%) being unschooled, 88% being housewives, and living less than 5 km from a health facility. The analysis first highlights the high prevalence of home births (31,5%), which reveals a paradox. It then reveals the roughness of the determinants of home birth attributable to the socialisation of home birth. Finally, this article takes stock of promising experiences in promoting maternal health on the basis of inclusive and innovative approaches.*

**Key words:** *childbirth, consultation, representation, socialisation.*

## **Introduction**

Bien que l'accouchement soit un événement naturel, chaque grossesse comporte un risque et est fondamentalement ponctuée de circonstances qui bouleversent son suivi et conditionne la planification de l'accouchement. Ainsi, il est nécessaire d'accompagner la femme durant la grossesse, avec une assistance compétente à l'accouchement et d'éviter, autant que faire se peut, qu'il se déroule à domicile. Car l'accouchement à domicile exacerbe les complications obstétricales telles que les hémorragies du post partum, les déchirures cervico-vaginales, les fistules obstétricales et les infections, lesquelles conduisent à des situations irréversibles.

La recherche des déterminants de l'accouchement à domicile a fait l'objet d'études (Vroh et coll. : 2009, Faye et coll. : 2010, Nkurunziza, M. : 2015, Kwete et coll. : 2016, etc.). Cependant, peu d'entre elles se sont consacrées à l'effet de la communication interpersonnelle lors des consultations prénatales sur le lieu de l'accouchement, préférant dévoiler ces motifs déclarés par les parturientes : le déclenchement inopiné du travail, la survenue nocturne du travail, l'éloignement des structures de santé, l'absence d'un moyen de transport et le retard dans la prise de décision.

Selon l'Enquête Démographique et de Santé continue (EDS-C) 2021, au Sénégal, 20 % des accouchements se déroulent à la maison et 29% ont eu lieu en milieu rural. En 2020, le district sanitaire de Podor avait le score le plus élevé dans la région du Sénégal avec 31,5%, selon le DHIS2. Notre étude a porté sur 216 parturientes à domicile pour relever leurs caractéristiques et mettre en évidence le déterminisme culturel.

Pour améliorer la qualité du suivi de la grossesse et ainsi éviter les accouchements à domicile, le nombre de consultations prénatales recommandées passe de 4 à 8. Lors de cette consultation, le prestataire est tenu de développer une approche basée sur la communication efficace et efficiente avec la femme et sa famille en vue d'identifier de façon précoce les facteurs pouvant exposer la femme à un accouchement à domicile. L'acte d'accouchement étant rendu gratuit dans toutes les structures publiques du Sénégal, cela n'a pas empêché des femmes

d'accoucher à domicile. Ce qui nous amène à interroger les prestataires sur l'efficacité des CPN dans la prévention des accouchements à domicile.

## **1. Méthodologie**

L'étude est transversale à visée analytique dont le recrutement des répondants est rétrospectif, portant sur les déterminants liés à l'accouchement à domicile survenu au district sanitaire de Podor du 01 janvier 2020 au 31 décembre 2020. L'enquête est faite en 2023. La principale unité d'enquête est composée des femmes ayant accouché à domicile durant cette période et ayant fait au moins une CPN dans une structure de soins du district, résidant dans l'aire de responsabilité du district soit au fixe (à 5km du Poste de santé), en stratégie avancée (5 à 10km) ou en stratégie mobile (plus de 15km). Elles sont 216 accouchées à domicile identifiées à travers la technique boule de neige suivant des déclarations de femmes résidentes aux localités couvertes par les structures de soins. L'unité d'enquête secondaire est composée de prestataires ayant délivré des CPN en 2020 dans les 39 structures de soins du district où les CPN sont intégrées dans le paquet d'activités. Une fois à la structure de soins, le critère d'ancienneté dans la délivrance des CPN a été retenu. Ainsi tous les 39 prestataires interrogés sont les plus expérimentés en CPN encore en activité dans le district sanitaire.

## **2. Résultats et discussion**

### ***2.1. Le paradoxe de la densité du réseau sanitaire local***

Le district sanitaire de Podor compte 37 postes de santé, 67 cases de santé, 2 centres de santé et un centre hospitalier de niveau 2. Le district est dense en structures de soins de base, surtout dans sa partie septentrionale.



Les consultations prénatales ont considérablement été généralisées au point qu'à Podor, le rapport annuel de performance de 2020, fait état d'une utilisation des services de consultation prénatale à 95%. Les objectifs de ces CPN sont :

- ✓ Dépister les facteurs de risque antérieurs ou actuels
  - ✓ Vérifier le bon déroulement de la grossesse
  - ✓ Traiter ou orienter la femme présentant une complication
  - ✓ Établir le pronostic de l'accouchement
  - ✓ Prévoir les conditions d'accouchement
  - ✓ Mener des activités préventives en rapport avec les maladies ciblées
  - ✓ Partager le plan d'accouchement en l'évaluant à chaque contact
  - ✓ Faire la promotion de l'accouchement assisté par un personnel qualifié
  - ✓ Faire participer la famille dans le dispositif de prise en charge
  - ✓ Élaborer avec la patiente un calendrier de suivi de la grossesse.
- Les 216 parturientes à domicile interrogées nous révèlent :

Tableau 1 : La répartition des parturientes à domicile selon l'âge

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage
15-19	28	12,96
20-24	70	32,41
25-49	117	54,17
50 et +	1	0,46
Total	216	100

Toutes les tranches d'âge des femmes en âge de reproduction sont concernées par les accouchements à domicile. Celles qui ont plus de 20 ans sont les plus concernées. Elles sont donc relativement adultes.

Tableau 2 : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Aucun	131	60,65
Primaire	28	12,96
Secondaire	53	24,54

Supérieur	4	1,85
Total	216	100

La plupart des parturientes à domicile sont analphabètes et certaines d'entre elles qui ont été scolarisées ont un niveau d'instruction qui dépasse rarement le secondaire.

Tableau 3 : Répartition des femmes selon leur principale activité

Profession	Effectif	Pourcentage
Coiffeuse	1	0,46
Commerçante	7	3,24
Elève	9	4,18
Enseignante	1	0,46
Etudiante	3	1,39
Matrone	1	0,46
Ménagère	190	87,96
Relais	1	0,46
Cultivatrice	3	1,39
Total	216	100

La grande majorité des parturientes à domicile (87,96%) ne mène aucune activité génératrice de revenu. Elles sont alors dépendantes financièrement.

Tableau 4 : Répartition des parturientes à domicile selon le nombre de grossesses

Nombre de grossesses	Effectifs	Pourcentage %
Primipare (1)	53	24,54
Paucipare (2 à 3)	91	42,13
Multipare (4 à 5)	50	23,14
Grande multipare (6 et +)	22	10,19
Total	216	100

Les multipares représentent 72% des parturientes à domicile même si les primipares sont également assez représentées.

Tableau 5 : Le revenu moyen dans le ménage

Revenu moyen	Effectif	Pourcentage
Moins de 25000	123	56,94
Entre 25000 et 49000	76	35,19
Entre 50000 et 74000	13	6,02
Entre 75000 et 99000	3	1,39
Entre 100000 et plus	1	0,46
Total	216	100

La grande majorité des enquêtées (92,13%) réside dans un ménage dont le revenu est inférieur à 50 000 F CFA. Le faible revenu est un déterminant de l'accouchement à domicile. Même si l'acte d'accouchement est gratuit, les analyses et les médicaments ne le sont pas.

## ***2.2. La ténacité des déterminants de l'accouchement à domicile***

L'extrême partie septentrionale du Sénégal est caractérisée par un régime de nuptialité particulier. Une étude réalisée en 2020 par le Groupe d'Etudes et de Recherches Genre et Sociétés (GESTES) a pu souligner les mariages d'enfants (moins de 15 ans chez les filles et moins de 18 ans chez les garçons) comme des réalités de terroir. Pourtant, la localité est également marquée par une importante présence d'ONG déroulant des programmes de lutte contre les mariages d'enfants (Amnesty International, Intrahealth, Tostan). En 2018, elles y ont impulsé l'organisation de déclarations publiques où le consensus communautaire pour l'abandon des mariages d'enfants. Ce qui fait que les grossesses consécutives au mariage d'enfant sont peu référées par la population aux structures de soins.

D'une part, traditionnellement, les femmes accouchaient à domicile avec l'aide des accoucheuses traditionnelles, généralement âgées et reconnues par la communauté comme héritières des connaissances pratiques en accouchements. Les femmes étaient assistées par les accoucheuses

traditionnelles. L'accouchement à domicile présente l'avantage, du point de vue culturel, de pouvoir réaliser des rites de naissance tels que le bain du nouveau-né et l'enterrement du placenta.

D'autre part, l'attitude des prestataires de soins, l'éloignement des structures et le manque de sensibilisation de femmes enceintes conduisent ces dernières à opter pour un accouchement à domicile. Elles sont réconfortées par les femmes qui ont déjà accouché à domicile, reproduisant ainsi une pratique sociale. D'ailleurs, une femme ayant déjà accouché à domicile est dans les prédispositions de la refaire, motivée également dans son choix par les contraintes géographiques et socio-économiques.

Les représentations et construits sociaux de l'accouchement influencent des décisions de femmes à choisir l'accouchement à domicile. Il s'agit là d'une consolidation de pensée collective qui fait de l'accouchement un événement intime qui oblige la femme à ne confier son corps qu'à une catégorie de femmes ayant une légitimité du point de vue de la communauté d'appartenance. C'est ce qui fait que les parturientes ayant entre 20 et 49 ans ont du mal à accepter de se faire assister par des sages-femmes plus jeunes ou de la même génération qu'elles, alors que les accoucheuses traditionnelles ou les matrones sont plus âgées. Ce qui fait d'elles des assistantes idéales du point de vue intergénérationnel.

Dans une autre perspective, les représentations favorables à l'accouchement à domicile ne peuvent être ébranlées dans une catégorie sociale où le niveau d'instruction est bas. En effet, le fait que les parturientes soient majoritairement de niveau de scolarisation limité les rendent plus adoptives de la pensée sociale en ce qui concerne leur expérience génésique. Elles reproduisent le modèle de pensée sur la maternité, déterminées par une socialisation où leur mère et belle-mère constituent les directrices de conscience, sans partage. Ce qui fait qu'une communication d'un prestataire, si efficace soit elle lors d'une consultation prénatale, ne déconstruit pas la pensée sociale.

En matière de choix sur les services publics, l'influence des acteurs institutionnels (le personnel médical) est moins décisive que celle des pairs. En effet, l'Ecole de Columbia a démontré que les personnes opèrent des choix sous l'influence de leur groupe d'appartenance. Ce dernier s'érige en leader d'opinion pour influencer les groupes d'utilisateurs-récepteurs. Ce qui veut dire que les parturientes à domicile sont influencées par leurs cercles d'appartenance (famille, communauté de



femmes) et non par un prestataire de soins. Lors d'une consultation prénatale, même ayant été sensibilisées sur les risques d'accouchement à domicile, les femmes enceintes ne sont pas pour autant résolues à accoucher dans une structure de santé.

L'accouchement représente une épreuve toujours éprouvante. Il requiert de l'endurance et du stoïcisme. « *biddo beboto koy nyuli* » disent les peuls. Ce qui veut dire que l'accouchement survient après un long et âpre moment. Dans la pensée pulaar, la femme ne doit pas s'alarmer dès les premières contractions. La naissance n'intervient qu'au terme d'une longue attente. Pour déterminer le temps adéquat avant d'aller accoucher aux structures de soins, la pensée populaire recommande à la parturiente de tenir une poignée de sable sec jusqu'à ce qu'il soit humidifié par la sueur. C'est seulement à partir de cet instant que le pulaar estime l'opportunité de recourir à une assistance à l'accouchement. Le pulaar l'explique en ces termes « *A nokat leydi njordi a tamaɗum ha lepa ndiyam ndem ngandata yatberema bendi* ».

En milieu rural, pour une femme enceinte, le domicile conjugal est un sanctuaire pour son bien-être lors de l'accouchement. L'adage populaire des femmes de Podor est « *So ALLAH newni ko nder galam so sattini ko nden njabatmi hopital* ». Ce qui veut dire : si Dieu agrée, la femme enceinte n'a pas besoin de se rendre à l'hôpital pour son accouchement. Par contre, le recours à ce dernier traduit une situation impliquant l'immixtion d'autres forces souvent malveillantes qui nécessitent une assistance en dehors de la résidence. Socialement, la quête d'un soin externe auprès d'un prestataire résulte de représentations véhiculées par la communauté qui légitiment ses compétences sur une situation perçue comme *maladie* ou évoluant en s'aggravant.

L'avènement des Postes de santé de proximité avec le développement du capital social des sages-femmes se réappropriant la sphère d'influence des marraines de quartier, n'ébranle pas la réputation des accoucheuses traditionnelles au sein des communautés des femmes. Chaque contrainte d'accès aux structures de soins de base, qu'elle relève de l'analphabétisme, du faible revenu des ménages ou de mésaventures dans les structures sanitaires, reconforte le point de vue des femmes à reproduire les pratiques traditionnelles. Accoucher à domicile est, pour une femme rurale, une norme sociale. Pour elle, c'est accoucher dans une structure sans l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle qui est un risque culturel. Le lieu d'accouchement est d'abord déterminé par les

normes sociales de la maternité. Celles-ci contraignent les femmes enceintes à accepter que la gestion de la grossesse, surtout lors de la première fois, soit confiée aux femmes âgées et aux belles-mères. Ces dernières s'impliquent pour assister socialement toute femme enceinte au sein de leur entourage. Elles motivent la plupart des décisions de femmes de par leur expérience et leur légitimité sociale. Dans les sociétés rurales, la maternité est un domaine du pouvoir patriarcal.

En outre, l'identification de la structure sanitaire où pourrait se dérouler l'accouchement et de la personne qui doit le réaliser permet à la femme enceinte de s'y préparer. Donc, la CPN est un moment essentiel pour déconstruire les préjugés sociaux et établir une relation de confiance. Or, les parturientes interrogées n'ont pas été édifiées sur le plan d'accouchement. Elles ignorent celui qui se chargera de les assister.

### **3. Expériences palliatives adaptées aux déterminants de l'accouchement à domicile**

#### ***3.1. Les protocoles de santé maternelle et néonatale***

Les protocoles de santé maternelle et néonatale sont continuellement mis à jour pour déterminer des schémas de prise en charge qui responsabilisent le personnel soignant lorsque des accouchements se déroulent dans les structures de soins. Ils déterminent les conduites à tenir (CAT) devant chaque situation gynéco-obstétricale tout en se focalisant sur quatre (4) principaux enjeux : l'âge de la grossesse pour faire le suivi et planifier l'accouchement, les pathologies associées afin de les traiter ou de réduire leurs conséquences sur l'issue de la grossesse, les facteurs de morbidité et de mortalité à contrôler et la prévention des risques pour préserver la santé maternelle, infantile et néonatale durant tout le processus. Il y a deux maîtres-mots dans les protocoles gynéco-obstétricaux : *soins* et *surveillance*. Il est planifié huit (8) rendez-vous de consultation prénatale de routine pour réaliser la surveillance et délivrer les soins appropriés.

Toutefois, des études ont dévoilé que l'institutionnalisation des protocoles de santé maternelle contraste parfois avec les considérations émotionnelles et culturelles liées à l'accouchement de la part des femmes. Un auteur de souligner :

certaines femmes préféreront rester chez elles ou se  
contenter des traitements traditionnels

(autotraitements ou recours à un praticien traditionnel). En particulier, si elles ne ressentent pas de problème particulier pendant leur grossesse, plutôt que de devoir subir les traumatismes (mauvais soins, faible empathie du personnel) imposés par des systèmes de santé précaires et quasi défaillants (accès géographique et financier difficile, manque de personnel qualifié, files d'attente interminables dans les services publics de santé, conditions d'accueil démotivantes, etc.). En fait, ces considérations émotionnelles émanent sans doute du niveau d'éducation, des valeurs culturelles, du milieu d'appartenance sociale ainsi que de l'environnement multidimensionnel des femmes. Leur perception du système de santé s'en trouve ainsi impactée. (Ouatarra M. 2023 : 101)

A ce jour, dans les protocoles adoptés au Sénégal, il n'est pas encore prévu d'autoriser les sages-femmes à faire des accouchements à domicile. Des expériences palliatives aux déterminants de l'accouchement à domicile ont été notées dans les pays africains. Nous en décrivons certaines à cause de leur adaptabilité au contexte sénégalais.

### ***3.2. L'accouchement humanisé***

Il s'agit d'une forme de démedicalisation de l'accouchement promue par l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA) en Amérique Latine (Brésil, Bolivie) à la fin des années 1990 avant d'être étendue par la suite en Afrique (Angola, Bénin, Côte d'Ivoire, Madagascar et Sénégal). Il induit des adaptations lors de l'accouchement en satisfaisant des éléments subjectifs comme les choix de la parturiente, le soutien émotionnel de l'entourage familial, l'écoute et le confort pour un accouchement sûr qui préserve la dignité de la femme et les mœurs de la communauté en la matière.

Toutefois, l'influence des sages-femmes sur les positions d'accouchement est déterminante même s'il est question, en principe, de privilégier les préférences des parturientes tant qu'elles sont sûres et sans danger pour elle et le bébé. Émilie Gélinas et Oumar Mallé Samb (2021 : 702) remarquent que « *Plusieurs études montrent que les recommandations*

*provenant des professionnels de santé sont le facteur principal influençant le choix de la position à l'accouchement pour les femmes* ». Deux choses sont particulièrement soulignées par les femmes enceintes ayant expérimenté l'accouchement humanisé :

- L'amélioration de l'interaction entre les femmes et les professionnels de santé : elle laisse entrevoir une plus grande empathie dans l'écoute mutuelle pour déterminer la plus sûre manière d'accoucher dans un cadre rendu autant convivial que possible ;
- Le soutien émotionnel de l'accompagnement d'un proche : la présence active d'un proche en salle d'accouchement favorise une acceptation plus facile de la part de la parturiente sur les procédés au cours de l'accouchement.

### ***3.3. L'école des maris***

L'école des maris est expérimentée au Niger en 2007, au Burkina Faso en 2014, au Togo en 2017 et au Sénégal 2021 pour impulser un changement de comportement des maris en faveur de la santé maternelle. Des maris volontaires sélectionnés sur la base d'appartenance à une communauté sont encadrés par des responsables de services de santé. Ils sont initiés sur des méthodes et techniques actives de sensibilisation des pairs sur les risques et sur les déterminants évitables en santé maternelle, infantile et néonatale.

Hamani Oumarou (2021) décrit l'expérience dans une communauté rurale nigérienne dans le cadre d'un réseau d'acteurs communautaires, notamment avec l'école des maris, les matrones, les mamans lumières et les distributeurs communautaires qui renforce la popularité des services de santé. Remarque-t-il, « *L'avènement des mamans-lumières et, à Tébaram, de l'école des maris, a contribué à accroître l'utilisation des formations sanitaires en matière de consultations* » (Hamani Oumarou, 2021 : 52). Toutefois, les perceptions négatives persistent car :

Le fait que les agents de santé soient essentiellement des hommes constitue le principal facteur de blocage. Sous cet aspect, nombre de femmes sont soutenues par leurs époux qui ont du mal à admettre qu'elles soient consultées par un homme. Selon la croyance de la population, il est interdit à un homme de toucher à la femme d'autrui. (Hamani Oumarou, 2021 : 26).

Cela dit, la féminisation du personnel délivrant les consultations prénatales dans les structures de soins de base est importante au Sénégal. Elle constitue alors un atout pour renforcer l'adhésion des maris aux services de santé maternelle. La masculinisation est, par contre, assez importante qu'au sein des gynécologues obstétriciens des structures de référence (Centres de santé et Centres hospitaliers). Ce qui constitue un biais dans l'adhésion des maris aux soins maternels à ce niveau.

### ***3.4. Les mamans lumières***

Le recours aux marraines de quartier pour la promotion de la santé maternelle est un cas d'école développé au Sénégal durant les années 2000 avec son institutionnalisation dans les districts sanitaires. Ces marraines de quartier sont des acteurs de santé de proximité opérant au sein des quartiers et des villages pour renforcer l'adhésion communautaire et lutter contre les barrières culturelles. Leur légitimité sociale est une ressource considérable sur laquelle s'appuient les responsables de structures de soins de base pour des activités transversales comme la communication, la mobilisation communautaire et l'état civil. Elles ne délivrent pas de soins mais contribuent à l'atteinte des cibles de la santé maternelle en les référant aux structures de soins de base et en participant aux activités de promotion réalisées au niveau des populations.

Au Niger, ce sont les mamans lumières qui constituent le pilier communautaire de la promotion des soins maternels en contexte rural.

Leur principale tâche est de sensibiliser les femmes sur l'hygiène et l'assainissement et sur l'importance de l'espacement des naissances, sur les CPN et l'accouchement assisté par un agent de santé. Le travail des ML est « supervisé » par le responsable de la case de santé. Tous les lundis, en effet, une rencontre a lieu au niveau de la case de santé pour faire le bilan des activités des ML. (Hamani Oumarou, 2021 : 14).

Les mamans lumières sont des auxiliaires communautaires intervenant au profit des femmes, à l'échelle des villages, des hameaux et des groupes

nomades pour les orienter vers les formations sanitaires pour leur accès aux services préventifs, aux consultations prénatales et à l'accouchement assisté. Chaque accouchement à domicile est alors un échec de leur part.

### ***3.5. Le Service d'Assistance Médicale d'Urgence Obstétricale Rurale***

Il est mis en place au Maroc à partir de 2013 pour intensifier les activités de soins ambulatoires en milieu rural par un transfert des parturientes des maisons d'accouchement vers les services de Maternité. Le Service d'Assistance Médicale d'Urgence Obstétricale Rurale (SAMU-OR) est également constitué d'unités polyvalentes chargées des urgences obstétricales, en assurant des interventions primaires médicalisées, des références obstétricales et un renfort aux unités de soins périphériques. Dans la pratique, il est institué une exemption de paiement pour toutes les femmes et/ou les nouveaux nés lors du transfert entre les structures de soins ainsi qu'un plan d'extension du réseau SAMUR dans les sites identifiés comme zones inaccessibles et faiblement desservies. Après deux années d'expérience, le SMUR-OR implique des médecins, renforce la médicalisation des interventions auprès de patients en zones péri-urbaines et rurales, démocratise les soins médicaux d'urgence et de réanimation. Il s'agit d'une extension spatiale de la couverture médicale tout en réduisant les délais d'intervention. Comme le remarque Zineb Kandri Rody (2015 : 43) :

Le territoire de couverture du SMUR primaire terrestre du SAMU 04 concerne la zone urbaine et la zone péri-urbaine de Marrakech dans un rayon de 40 Km. Quant au SMUR primaire hélicoptéré, le territoire de couverture concerne les zones enclavées de la région de Marrakech-Tensift-Al Haouz sur un rayon de 250 km environ. Le point de référence étant l'hôpital Ibn Tofaïl. Mais en partant du principe de l'inter-régionalisation, le SMUR primaire de Marrakech se voit intervenir aussi dans d'autres régions qui ne relèvent pas théoriquement de sa zone de desserte.

L'extension d'une couverture médicale en réduisant les délais des interventions est un enjeu capital en matière de soins maternels. En effet,

la plupart des complications obstétricales s'aggravent avec le temps. En santé maternelle, sur une grossesse, il n'y a point d'affections bénignes ni de morbidités à moindre risque.

### ***3.6. La Plateforme de co-création d'initiatives***

En 2018, la Fondation Sanofi Espoir, Artemedis (ex WAHA) et Saegus ont constitué les précurseurs d'une Plateforme d'immersion au sein des professionnels de santé, des femmes, des acteurs communautaires et des associations pour réaliser une analyse de la situation de la santé maternelle et néonatale au niveau sanitaire et local. Une restitution communautaire leur a permis de valider avec la communauté les facteurs d'influence et les urgences locales en matière de santé maternelle et néonatale. Une mission de co-création en 2019 a porté sur les solutions locales et le portage des initiatives par un cadre opérationnel dénommé *la Plateforme d'initiatives*. Cette dernière vise à favoriser la régulière fréquentation des femmes aux structures de soins, l'autonomisation socio-économique des femmes et l'appropriation des femmes de leur parcours de santé. Pour cela, elle s'appuie sur une unité de coordination en charge des initiatives, un staff de zone constitué de points focaux et de facilitateurs de l'engagement communautaire, ainsi qu'un comité de suivi du cahier des charges des Postes de Santé envers les femmes enrôlées. A ce propos, Abdou Khaly Mbodj (2023 : 1) note :

Composée d'une équipe de quatre personnes, elle adopte une démarche communautaire au plus près des populations pour répondre au mieux à leurs attentes et besoins territoriaux de santé. Les femmes sont au centre du projet. La plateforme intervient en appui des expertises et compétences locales dans le respect des identités comme des organisations sociales et culturelles existantes.

Le mode opératoire pour l'attractivité des structures de soins de base détermine un système de transport dénommé « *Yobouma Rao* » (ce qui veut dire « amènes-moi à Rao ») où les femmes enceintes enrôlées des villages sont garanties d'avoir des chauffeurs conventionnés pour leurs consultations prénatales. Cette initiative est visée par le Sous-préfet, pilotée par le Comité de développement sanitaire (CDS) qui

contractualise avec des chauffeurs habitants des villages et hameaux de la localité, lesquels sont choisis par leur chef de village respectif. La solution innovante « *Jappalante Faju* » (ce qui veut dire « Être solidaire pour se soigner ») réoriente le système de solidarité communautaire des femmes qui jadis portait sur les dépenses cérémonielles (fête de Tabaski, surtout) pour correspondre, à présent, à une micro-assurance santé. Le recouvrement des cotisations est facilité par l'adhésion aux Associations villageoises d'épargne et de crédit (AVEC), lesquelles se sont regroupées en une Fédération des associations villageoises d'épargne et de crédit (FAVEC) pour garantir la viabilité de l'initiative « *Jappalante Faju* ». Ce réseau associatif est un modèle de responsabilisation des femmes en matière de micro-assurance communautaire pour la santé. Par ailleurs, la FAVEC offre une garantie d'accès à un filet socio-économique à travers la *carte santé*, le *compte épargne*, le *micro crédit local*, les *sessions de renforcement de capacités entrepreneuriales*.

### ***3.7. Les cercles de paroles sur les violences gynécologiques et obstétricales***

Au Sénégal, un consortium d'organisations de la société civile<sup>2</sup>, sous l'égide de EQUIPOP, a engagé depuis 2022 une approche innovante consistant à instituer des cercles paroles regroupant des femmes vulnérables sur les violences basées sur le genre afin de promouvoir des solutions partant de leur vécu et d'impulser des sororités. Les cercles de paroles sont thématiques et sont animés par une équipe du consortium dans un cadre convivial et sûr afin de permettre aux participantes de témoigner. Il s'agit particulièrement des femmes vivant avec un handicap, des femmes immigrées, des femmes âgées, des étudiantes, des détenues, des travailleuses de sexe, des femmes vivant avec le VIH et des adolescentes. A l'issue de chaque cercle de parole thématique, une session de renforcement de capacités sur les droits, les mécanismes de signalement, les structures de prise en charge et sur les approches communautaires (y comprises les approches traditionnelles) de sororité est animée avec les participantes.

Par la suite, l'analyse de contenu des témoignages est faite par l'équipe de recherche du consortium en préservant l'anonymat pour élaborer l'argumentaire du plaidoyer auprès des pouvoirs publics en charge des

---

<sup>2</sup> Universités publiques, Groupes de recherche, Réseau des jeunes filles leaders, ONG santé, Alliance nationale pour la santé de la reproduction, etc.



droits humains. C'est ainsi que les violences gynécologiques et obstétricales ont été retenues comme thématique centrale dans le plaidoyer auprès du Ministère de la santé et de l'action sociale du Sénégal prévu en octobre 2024. La documentation de ce processus est confiée au Groupe d'Etudes et de Recherches Genre et Sociétés (GESTES) de l'Université Gaston Berger de Saint-Louis dont les travaux sont en cours au moment de la rédaction de l'article.

## **Conclusion**

Ce n'est pas parce qu'une mesure de santé est institutionnalisée qu'elle donne des résultats escomptés auprès des populations. La prévalence élevée de l'accouchement à domicile démontre que les protocoles de santé maternelle présentent des limites et que les consultations prénatales ne garantissent pas un accouchement planifié et assisté par un personnel qualifié.

Le choix d'un accouchement à domicile ne relève pas non plus simplement de facteurs géographiques, économiques comme l'ont déjà révélé plusieurs études. De la même manière que la subvention des soins à l'accouchement ne résout totalement la barrière financière à l'accès aux soins obstétricaux. L'analyse a montré que l'utilisation des services de santé est dictée par les représentations véhiculées par les groupes de pairs sur les soins obstétricaux. En réalité, la femme enceinte est dans un processus de socialisation de la communauté des femmes où elle appartient qui lui impose des choix culturels.

En définitive, plusieurs réalités concourent à l'accouchement à domicile. On peut citer entre autres le faible niveau d'instruction, la dépendance de la femme, les représentations de l'accouchement et la faible emprise du personnel soignant sur le processus de décision des femmes enceintes.

A travers une approche centrée sur les consultations prénatales, nous avons pu souligner les considérations socio-culturelles que les consultations prénatales de routine ne peuvent ni endiguer ni réduire. Leur ténacité impose l'adoption de mesures plus efficaces comme celles retrouvées dans quelques pays africains comme l'Angola, le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Madagascar, le Maroc, le Niger, le Togo et le Sénégal. Et pour cela, il est nécessaire d'impliquer les maris et les marraines de quartier, de fonder des unités ambulatoires d'urgence

en milieu rural et d'innover dans les salles d'accouchement pour déconstruire les préjugés qui entachent la réputation des Maternités. Cet article invite à une démocratisation des soins obstétricaux tout en communiquant sur les innovations d'humanisation des services de soins et sur les expériences d'inclusion des communautés dans la préservation de la vie des femmes donnant la vie.

## Références bibliographiques

**ANSD/Sénégal** (2013), *Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage*, Dakar, ANSD, 418p

**ANSD/Sénégal** (2021), *Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) en 2021*, Dakar, ANSD, 646p

**Bénie Bi Vroh, Joseph et al.** (2010), « Prévalence et déterminants des accouchements à domicile dans deux quartiers précaires de la commune de Yopougon (Abidjan), Côte d'Ivoire ». In, *Santé Publique*, Vol 21, N°5 janvier 2010, pp 499-506.

**Bope Kwete Michel, BUKURU Nyota et MBARAMBARA Mulongo Pierre** (2016) « Facteurs favorisant les accouchements à domicile dans la zone de Santé rurale de Lamera au Sud-Kivu/RDC », in *International Journal of Innovation and Applied Studies*, Vol. 17 No.4 Septembre 2016, pp. 1183-1189

**Faye Adama et al.** (2010), « Étude des facteurs contributifs de l'accouchement à domicile (Sénégal) ». *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 103 (4), 246-251.

**Gélinas Emilie et Samb Oumar Malla** (2021), « L'impact d'une intervention d'humanisation des accouchements sur l'expérience de soins des femmes au Sénégal », in *Santé Publique*, Vol 33, n°5, pp 695-704

**GESTES** (2020), *Justice sociale et inclusion face aux mariages d'enfants en Afrique de l'Ouest : cas de la Côte d'Ivoire et du Sénégal*, CRDI, 59p.

**Hamani Oumarou** (2021), « Santé maternelle et reproductive en milieu rural nigérien. Croyances, pratiques et utilisation des services de santé reproductive dans trois villages de la commune rurale de Tébaram (Tahoua) », in *LASDEL Etudes et travaux n°131*, 54p.

**Kinzie Barbara et Gomez Patricia** (2004), *Soins maternels et néonataux de base : Un guide destiné au prestataire qualifié*, Baltimore : JHPIEGO/MNH, 64p.

**Mbodj Abdou Khaly** (2023), « Rawal Ak Diam, une plateforme d'accélération de l'impact des projets en santé maternelle et néonatale au Sénégal », in *La revue de santé scolaire et universitaire*, Vol 14, N° 81, pp30-32.

**Nkurunziza Médiatrice** (2015), « Accoucher à domicile malgré la gratuité des soins ». In, *Autrepart* n°74-75, pp 85-100.

**Ouatara Mariame** (2023), *Santé maternelle et complémentarités institutionnelles dans les pays d'Afrique subsaharienne : une analyse des déterminants sociaux de la santé maternelle en Côte d'Ivoire*, Thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Lille Clersé, 458p.

**RODY Zineb KANDRI** (2015), *Le SMUR primaire : Bilan du SAMU régional de Marrakech et perspectives de développement*, Thèse de doctorat de médecine, Université Cadi Ayyad, 115p.