

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AGR	Activité génératrice de revenus
AME	Allaitement maternel exclusif
ANOVA	Analysis Of Variance
ASC	Agent de santé communautaire
AT	Accoucheuse Traditionnelle
CIM	Classification Internationale des Maladies
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CPN	Consultation Périnatale
CPN1	Première Consultation Périnatale
CS	Centre de Santé
EDS	Enquête démographique et de santé
EPS	Etablissement Publique de Santé
FAF	Fer Acide Folique
IEC	Information, Education et Communication
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MSPM	Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale
ODD	Objectif de Développement Durable
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PGAC	Politique de Gratuité de l'Accouchement et de la Césarienne
PS	Poste de Santé
RGPHAE	Recensement général de la population et de l'habitat, de l'agriculture et de l'élevage
SBC	Stratégie à Base Communautaire
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience acquise
SMIG	Salaire minimum interprofessionnel garanti
SONU	Soins Obstétricaux et néonataux d'Urgence

SONUB	Soins Obstétricaux et néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et néonataux d'Urgence Complets
SR	Santé de la Reproduction
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Phases du retard et les facteurs influents dans l'obtention des soins obstétricaux selon Thaddeus et Maine D	11
Figure 2: Schéma conceptuel de l'assistance médicale à l'accouchement	27
Figure 3 : Carte administrative de la région de Kolda	32
Figure 4 : Répartition des femmes enquêtées suivant leur niveau d'instruction dans le district sanitaire de Kolda	41
Figure 5 : Répartition des femmes enquêtées en fonction de la parité dans le district sanitaire de Kolda.....	42
Figure 6: Répartition des femmes enquêtées en fonction du type d'AGR dans le district sanitaire de Kolda.....	43
Figure 7 : Répartition en fonction de la profession du chef de ménage dans le district sanitaire de Kolda.....	44
Figure 8: Répartition des ménages en fonction de la distance domicile-structure sanitaire dans le district sanitaire de Kolda	46
Figure 9: Répartition des femmes en fonction de la durée du trajet domicile-structure de soins dans le district sanitaire de Kolda	47
Figure 10: Répartition des femmes enquêtées selon le niveau de préparation à l'accouchement dans le district sanitaire de Kolda	49

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des femmes ayant accouché de Février 2013 à Janvier 2014 dans le district sanitaire de Kolda (Sénégal) selon les caractéristiques socioéconomiques	45
Tableau II: Répartition des femmes enquêtées dans le district sanitaire de Kolda selon les facteurs de besoins.....	50
Tableau III : Répartition des femmes enquêtées selon les raisons justifiant l'accouchement à domicile dans le district sanitaire de Kolda (n=626).....	51
Tableau IV : Résultat de l'analyse bivariée des déterminants de l'accouchement à domicile selon les facteurs prédisposants des femmes enquêtées dans le district sanitaire de Kolda.....	53
Tableau V : Résultats de l'analyse bivariée des déterminants de l'accouchement à domicile selon les facteurs facilitants dans le district sanitaire de Kolda	55
Tableau VI : Résultats de l'analyse bivariée des déterminants de l'accouchement à domicile selon les facteurs de besoins	57
Tableau VII : Résultats de l'analyse multivariée des déterminants de l'accouchement à domicile dans le district sanitaire de Kolda (n=1445).....	60

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	3
1. GENERALITES.....	4
1.1. Définitions.....	4
1.2. Rappels.....	6
2. EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE DE L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE	14
3. EPIDEMIOLOGIE ANALYTIQUE DE L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE	15
3.1. Facteurs personnels.....	15
3.2. Facteurs d'accessibilité	19
3.3. Facteurs liés aux structures sanitaires	22
4. POLITIQUE DE GRATUITE DES SOINS OBSTETRICAUX AU SENEGAL.....	24
5. CADRE CONCEPTUEL	26
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	28
6. BUT ET OBJECTIFS DE L'ETUDE	29
6.1. But.....	29
6.2. Objectif général.....	29
6.3. Objectifs spécifiques	29
7. CADRE DE L'ETUDE	30
7.1. Caractéristiques géographiques et organisation administrative.....	30
7.2. Caractéristiques démographiques	32

7.3. Caractéristiques socio-économiques.....	33
7.4. Caractéristiques du système sanitaire	33
8. METHODOLOGIE.....	35
8.1. Type d'étude	35
8.2. Période d'étude	35
8.3. Population d'étude	35
8.4. Echantillonnage.....	35
8.5. Collecte des données.....	37
8.6. Saisie des données.....	39
8.7. Analyse des données	39
8.8. Considérations éthiques	40
9. RESULTATS	41
9.1. Partie descriptive.....	41
9.2. Partie analytique.....	52
10. DISCUSSION	61
10.1. Accouchement à domicile.....	61
10.2. Facteurs prédisposants	61
10.3. Facteurs facilitants	62
10.4. Facteurs de besoins	63
CONCLUSION.....	66
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	72
ANNEXES	

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La mortalité maternelle constitue un problème majeur de santé publique dans nos pays. Selon l’OMS, la plupart des décès maternels (99%) se produit dans les pays en développement, dont plus de la moitié, en Afrique sub-saharienne [1]. Au Sénégal, le taux de mortalité maternelle est de 392 décès pour 100.000 naissances vivantes selon l’EDS V [2].

Plusieurs études ont exploré les facteurs de risque de la mortalité maternelle [3 ; 4;5]. Il a été démontré que l’accouchement à domicile, réalisé par des personnes non qualifiées, en constitue l’une des principales causes. Ces accouchements se déroulant parfois dans de mauvaises conditions d’asepsie, les complications sont diagnostiquées tardivement et l’évacuation vers les structures sanitaires pour une meilleure prise en charge est souvent très difficile. Parmi les causes de l’accouchement à domicile, figurent, entre autres, le faible niveau socio-économique, l’inaccessibilité géographique des structures sanitaires, l’analphabétisme des femmes et les consultations prénatales [3 ; 5].

Dans le cinquième Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD 5), les pays se sont engagés à réduire de trois quarts la mortalité maternelle entre 1990 et 2015 [6]. A l’instar de la communauté internationale, le Sénégal a souscrit à l’atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), en adoptant en 2005 une politique visant à augmenter l’accessibilité des services de santé aux populations démunies, à travers la mise en place d’une politique de subvention des accouchements et des césariennes [7].

Malgré cette gratuité des soins obstétricaux, 27 % des accouchements se déroulent à domicile au Sénégal et la situation est préoccupante, surtout en milieu rural [2]. C’est le cas de la région de Kolda qui présente en 2011 une proportion élevée d’accouchements à domicile (57%) [2].

A présent, les Objectifs de Développement Durable (ODD) définissent une nouvelle initiative d'amélioration de la santé maternelle, visant à mettre un terme à la mortalité maternelle évitable [8].

Pour ce faire, il est opportun de comprendre les facteurs de risque d'accouchement à domicile pour lutter contre ce phénomène et contribuer à la réduction de la mortalité maternelle. C'est ainsi que nous avons réalisé ce travail afin d'étudier les déterminants de l'accouchement à domicile malgré la gratuité des soins obstétricaux dans la région de Kolda.

La première partie sera consacrée à la revue de la littérature où nous reviendrons sur les généralités, l'épidémiologie descriptive et analytique de l'accouchement à domicile. Nous y aborderons aussi la politique de gratuité des accouchements et de la césarienne au Sénégal et le cadre conceptuel de l'étude. Nous présenterons ensuite le but, les objectifs et le cadre d'étude, la méthodologie, les résultats, la discussion. Pour finir, après la conclusion nous présenterons les recommandations.

**PREMIERE PARTIE : REVUE
DE LA LITTERATURE**

1. GENERALITES

1.1. Définitions

1.1.1. Accouchement

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus ou de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de vingt-deux semaines d'aménorrhée) [9].

1.1.2. Accouchement à domicile

L'accouchement à domicile se dit de tout processus d'enfantement qui survient dans le domicile de la mère ou dans tout autre domicile, que la naissance soit assistée par un personnel qualifié ou non, ou qu'elle n'ait tout simplement pas été assistée [10].

1.1.3. Personnel qualifié

L'expression « personnel de santé qualifié » s'applique dans certains pays aux personnes ayant une qualification en obstétrique (médecins, sages-femmes et infirmières- accoucheuses) et ayant été formées pour pratiquer des accouchements normaux, diagnostiquer et traiter les complications obstétricales ou, lorsque nécessaire, décider et préparer le transfert de la patiente vers un niveau de soins supérieur. Le personnel de santé qualifié est capable de reconnaître les complications dès leur apparition, de dispenser les soins appropriés, de commencer le traitement et de superviser le transfert de la mère et de l'enfant dans un service où ils pourront recevoir les soins qui dépassent sa compétence ou ne peuvent pas être donnés sur place [11].

1.1.4. Assistance qualifiée

Les soins qualifiés ou l'assistance qualifiée se réfèrent au processus à travers lequel une femme enceinte et son nouveau-né reçoivent des soins adéquats pendant le travail, l'accouchement et lors de la période néonatale et du post-partum immédiat, que l'accouchement survienne à la maison, dans un centre de santé ou dans un hôpital. Pour que ce processus puisse se dérouler, l'accoucheur doit disposer des compétences nécessaires et doit être soutenu par un environnement propice, à divers niveaux du système de santé, y compris un cadre de politique et de réglementation favorables ; des fournitures, un équipement et une infrastructure adéquats ainsi qu'un système de communication et de référence/transport efficace [11].

1.1.5. Accoucheuse traditionnelle

L'Accoucheuse traditionnelle est "une personne qui est réputée dans son entourage pour aider les parturientes et dont la compétence provient d'un héritage familial ou de son apprentissage auprès d'autres accoucheuses traditionnelles" [12].

Les accoucheuses traditionnelles n'ont pas reçu la formation requise pour gérer les accouchements compliqués. En général, elles ne sont pas salariées et n'appartiennent pas au système de santé officiel. Bien qu'elles soient tenues en grande estime par les membres de leur communauté, et souvent les seules personnes disponibles pour assister à l'accouchement, elles ne sont pas incluses dans la définition classique du personnel de santé qualifié [13].

1.2.Rappels

1.2.1. Santé de la reproduction

1.2.1.1. Définition

Selon la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), « *la santé de la reproduction ou santé génésique est un état de complet bien-être physique, mental et social en ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* » [14].

La Santé de la Reproduction (SR) suppose qu'une personne peut mener une vie sexuelle responsable, satisfaisante et « sans risque », qu'elle est capable et libre de procréer selon son choix ainsi que d'utiliser les méthodes de régulation des naissances qui ne sont pas contraires à la loi. Ceci va de pair, pour les hommes et les femmes, avec le droit à l'information sur la régulation de la fécondité [15].

1.2.1.2. Composantes

La conférence du Caire a permis de mettre en évidence neuf (9) composantes minimales :

1. Contraception et Santé Sexuelle ;
2. Surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum ;
3. Surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel du nourrisson, promotion de l'Allaitement Maternel Exclusif (AME) et des bonnes pratiques de sevrage et la vaccination ;
4. Lutte contre les IST y compris le SIDA ;
5. Lutte contre la stérilité ;
6. Prévention des avortements et prise en charge de leurs complications ;

7. Prévention et prise en charge des affections de l'appareil génital, y compris les cancers ;

8. Lutte contre les mutilations génitales et les sévices sexuels ;

9. Santé reproductive des adolescents.

Au Sénégal, la naissance du concept a conduit à une réorganisation des priorités avec :

- La maternité à moindre risque ;
- La sante péri et néonatale ;
- La santé sexuelle et reproductive des adolescents ;
- L'élimination des pratiques néfastes à la santé ;
- La prise en charge des agressions sexuelles ;
- La prévention des grossesses non désirées ;
- La lutte contre les IST y compris le SIDA ;
- La prise en charge des états non infectieux de l'appareil génital.

D'autres domaines pourront être ajoutés en fonction des besoins et priorités [15].

1.2.2. Mortalité maternelle

1.2.2.1. Définition

Selon la dixième révision de la classification internationale des maladies (CIM-10), établie par l'Organisation Mondiale de la Santé, la mortalité maternelle se définit comme « *le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient 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* » [14].

1.2.2.2. Causes

Les morts maternelles se subdivisent en deux groupes :

- Les décès par causes obstétricales directes : sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suite de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'évènements résultant des quelconques facteurs ci-dessus [16]. Ce sont principalement l'hémorragie, les troubles liés à l'hypertension et les infections (Khan et al, 2006) [17].
- Les décès par cause obstétricale indirecte : sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une infection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse [16]. Il peut s'agir de l'infection à VIH, du paludisme, de l'anémie... [17 ; 18].

Mises à part les causes médicales de décès maternel, l'essence du problème réside en une assistance médicale précaire ou inaccessible. Les femmes sont amenées à accoucher chez elles soit seules, soit avec l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle dont la seule qualification est d'avoir déjà eu des enfants ou de pratiquer la médecine traditionnelle. Celle-ci, qu'elle soit formée ou non, ne dispose pas de l'expérience clinique requise, ni des drogues et équipements nécessaires (antibiotiques intraveineux, anticonvulsifs, instruments de chirurgie) pour faire face aux complications liées à l'accouchement [19].

La mortalité maternelle tardive, notion introduite depuis la CIM 10 [14], se définit comme le décès d'une femme résultant de causes obstétricales directes ou indirectes survenu plus de quarante-deux jours, mais moins d'un an, après la terminaison de la grossesse.

1.2.2.3. Incidence

En 2013, dans le monde, 289 000 femmes sont mortes à la suite de complications pendant leur grossesse, lors de l'accouchement ou dans les jours qui ont suivi [18].

L'Afrique est la région du monde où la santé est la plus précaire, quel que soit l'indicateur retenu pour la mesurer. Le ratio de mortalité maternelle y était de 500 décès maternels pour 100 000 en 2013 [1]. En Afrique subsaharienne, une femme a un risque sur 36 de mourir au cours d'une grossesse ou d'un accouchement [20].

Au Sénégal, la mortalité liée à la grossesse et à l'accouchement constitue la première cause de décès chez les femmes en âge de procréer. En 2011, le ratio de mortalité maternelle y était de 392 décès pour 100 000 naissances vivantes [2]. Il existe des disparités entre les zones urbaines et rurales (397 contre 459 décès pour 100 000 naissances vivantes). La région de Kolda constitue une des zones prioritaires d'intervention en matière de maternité à moindre risque, en raison de son niveau de développement socio-sanitaire et socio-économique très bas ; le ratio de mortalité maternelle y est estimé à 588 pour 100000 naissances vivantes [21].

1.2.2.4. Modèle conceptuel des trois retards de la mortalité maternelle

Selon Maine et al [22], trois retards dans l'obtention des soins entraînent de graves conséquences pour la survie, tant des mères que des nouveau-nés :

- **Retards dans la prise de décision de rechercher des soins :** Les complications ne sont pas reconnues comme étant graves par les membres de la famille qui attendent avant de se rendre au Centre de Santé. Des croyances spirituelles ou culturelles risquent aussi de rallonger les retards ou de chercher à obtenir d'autres traitements.

- **Retards pour arriver à la structure de soins** : par manque de transport et/ou d'argent ou bien à cause de la distance et du temps de déplacement pour arriver au centre de santé
- **Retards dans le traitement au centre de soins** : Ce qui peut être dû au manque de personnel qualifié et aux attitudes négatives des agents de santé ou à la faiblesse du plateau médical (manque d'équipement essentiel, de médicaments et de fournitures).

Les deux premiers retards sont imputables à la famille et à la communauté. Le pouvoir de la famille de prendre des décisions appropriées et le soutien apporté aux femmes par la communauté (lorsqu'il faut encourir des frais de transport et les coûts d'urgence) sont remis en question. Le troisième est dû aux prestataires de soins de santé, à l'établissement sanitaire et au système de santé.

La figure 1 présente les phases du retard et les facteurs influents l'utilisation des services de soins selon Thaddeus et Maine.

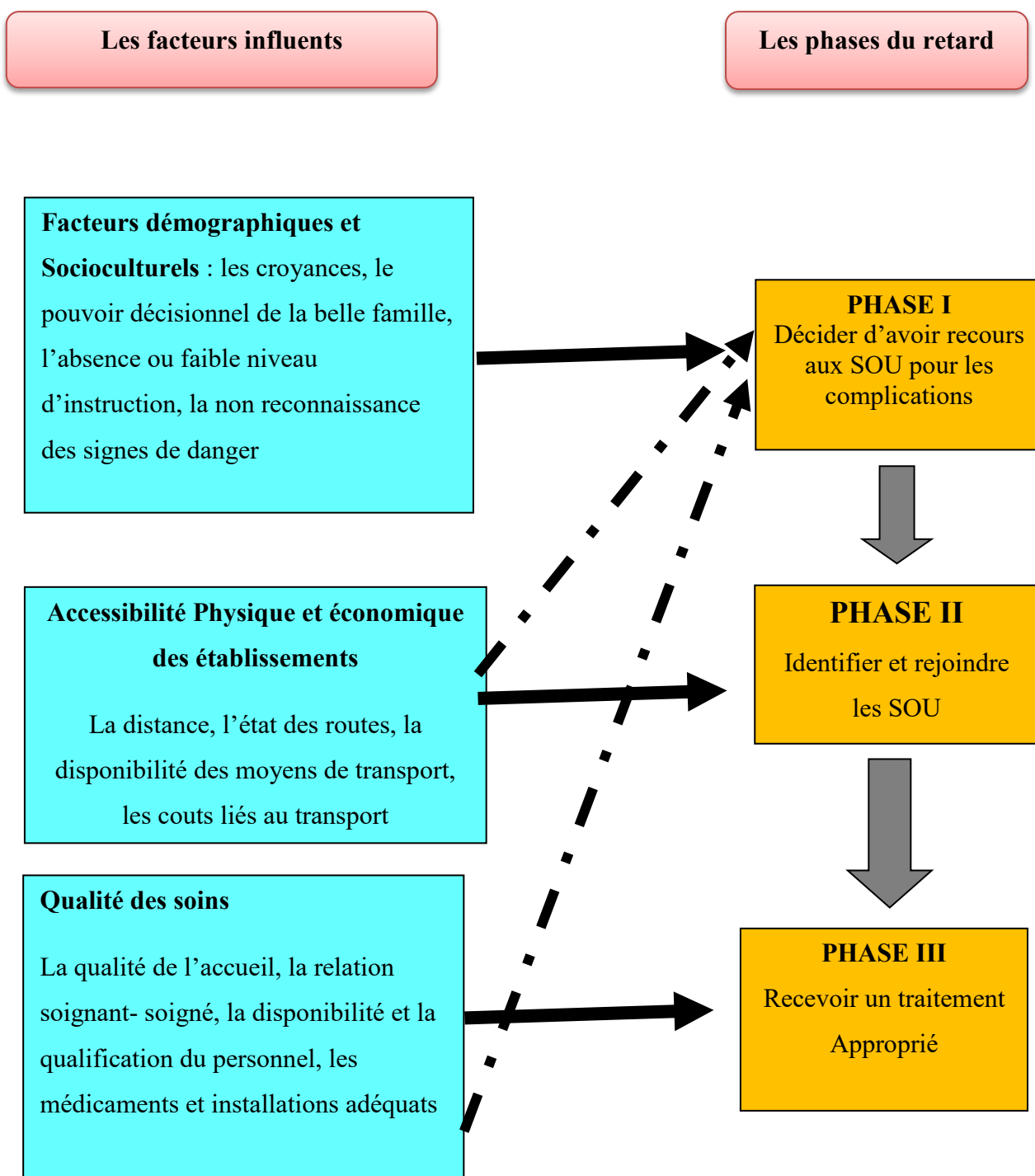


Figure 1 : Phases du retard et les facteurs influents dans l'obtention des soins obstétricaux selon Thaddeus et Maine D [22].

1.2.3. Maternité sans risque

Il s'agit d'une initiative qui vise à atteindre la santé optimale de la mère et du nouveau-né. Elle implique la réduction des taux de morbidité et de mortalité et d'améliorer la santé du nouveau-né à travers l'accès équitable aux soins de santé de base, incluant la planification familiale, les prestations de santé pré et post natale à la mère et à l'enfant ainsi qu'aux soins obstétricaux et néonataux essentiels [23].

Selon l'OMS, une maternité sans risque, c'est « assurer aux femmes les services dont elles ont besoin pour traverser sans danger la période de la grossesse et de l'accouchement afin de pouvoir mettre au monde un bébé bien portant et continuer de jouir d'une bonne santé pour élever ce bébé dans la joie » [24].

1.2.4. Soins obstétricaux et néonataux d'urgence

1.2.4.1. Définition

Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) sont des soins réservés aux femmes enceintes, aux parturientes, aux accouchées et aux nouveau-nés présentant des pathologies ou complications gravido-puerpérales nécessitant un traitement immédiat sans délai et fourni 24h sur 24 [15].

1.2.4.2. Composantes

Les SONU sont divisés en 2 types selon l'offre des services : les soins obstétricaux et néonataux de base (SONUB) et les soins obstétricaux et néonataux complets (SONUC).

❖ SONUB

Les SONUB consistent en la disponibilité des fonctions suivantes :

- Administration parentérale d'antibiotiques ;
- Administration d'ocytociques ;

- Administration d'anticonvulsifs/ sédatifs par voie parentérale ;
- Extraction des débris intra utérins ;
- Révision utérine ;
- Accouchement par voie basse assistée par ventouse ou forceps ;
- Réanimation de base du nouveau-né (aspiration, ventilation à l'ambu, stimulation tactile, lutte contre l'hypothermie).

L'évacuation des produits résiduels dans l'utérus n'intervient pas au moment de l'accouchement, mais lors des complications de l'avortement. Les soins obstétricaux d'urgence primaires doivent être dispensés en milieu médical mais ne nécessitent pas de bloc opératoire [15].

❖ *SONUC*

Les SONUC associent, en plus des 7 fonctions des SONUB :

- La pratique de la césarienne ;
- La transfusion sanguine ;
- La réanimation néonatale complète (aspiration, intubation, réanimation métabolique) ;
- L'administration parentérale d'antibiotiques au nouveau-né ;
- L'administration parentérale d'anticonvulsivants au nouveau-né.

Les soins obstétricaux d'urgence complets demandent un bloc opératoire et sont, en général, dispensés dans les hôpitaux de district [15].

2. EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE DE L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE

Dans les pays développés, presque toutes les femmes accouchent sous la surveillance d'un personnel médical qualifié et en cas de complications, elles ont accès à des soins d'urgence. Malheureusement dans les pays en voie de développement, des problèmes demeurent quant à l'assistance des femmes lors de l'accouchement [25]. Au cours de la dernière décennie, 51% des femmes des pays à faible revenu ont bénéficié de l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement [26].

L'accouchement à domicile continue encore d'être pratiqué dans beaucoup de communautés africaines, révèle une étude effectuée dans quatre pays africains: Sénégal, Mali, Bénin et Burkina Faso [19]. Malheureusement, la rareté des données sinon leur inexistence, a pendant longtemps limité les recherches sur les niveaux et les déterminants du recours aux soins maternels en Afrique.

Au Sénégal, 38% des femmes accouchaient sans l'aide d'un personnel qualifié en 2005 [27] contre 27% en 2011 [2] et 23% en 2013 [28]. Ce phénomène est plus marqué dans les zones rurales avec une proportion de 53,4% d'accouchements à domicile en 2005 [27].

Il a été aussi également montré que les accouchements à domicile sont plus fréquents dans les régions de Kédougou (68%), Kolda (57%), Tambacounda (53%), Sédhiou (52%), représentant les régions les plus pauvres du Sénégal [2].

3. EPIDEMIOLOGIE ANALYTIQUE DE L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE

Il s'agit d'étudier les déterminants de l'accouchement à domicile selon :

- Les facteurs personnels : le milieu de vie, l'âge de la femme, la parité, sa situation matrimoniale, son niveau d'instruction ainsi que celui du conjoint, le désir de grossesse et les croyances culturelles ;
- Les facteurs liés à l'accessibilité : économique (AGR, profession du conjoint, niveau de vie du ménage, dépenses liées à l'accouchement) et géographique de la structure sanitaire ;
- Les facteurs liés au système de soins : connaissance des femmes, qualité des soins, CPN et préparation de l'accouchement.

3.1. Facteurs personnels

3.1.1. Milieu de vie

Le lieu de résidence, du fait de la différence existant entre la ville et le village en matière d'accès à l'information, peut être un facteur explicatif de l'accouchement à domicile.

Toutes choses égales, le milieu de résidence discrimine significativement les femmes relativement à la survenue de l'accouchement à domicile. Il ressort globalement que le fait pour une femme de résider en milieu urbain diminue le rapport de risque qu'elle encourt d'accoucher à domicile de 34,7% [10].

3.1.2. Age

En matière de santé, l'âge exerce une influence sur le recours aux soins. Compte tenu de leur expérience en matière de maternité, les mères plus âgées sont susceptibles d'être conscientes des risques liés à la grossesse et à l'accouchement. D'après une étude faite au Brésil et en Afrique du Sud, ce sont surtout les femmes de moins de 18 ans qui accouchent à domicile, contrairement à celles de plus de 30 ans [29].

Néanmoins, l'effet de l'âge sur le choix du lieu d'accouchement n'est pas toujours vérifié. Dans une étude réalisée dans le district de Teso (Kenya), Ikamari indique, qu'en général, les jeunes femmes étaient plus susceptibles d'accoucher dans un établissement de santé que les femmes âgées [30].

3.1.3. Statut matrimonial

Certaines études portant sur l'état matrimonial ne trouvent aucune association avec l'accouchement en milieu qualifié [31-32], tandis que d'autres trouvent moins d'utilisation parmi les femmes mariées [33-34].

Une étude a examiné séparément les mères célibataires, mariées, divorcées et veuves dans six pays africains. Dans trois des six pays (Tanzanie, Ghana, Burkina Faso), il n'y'avait aucune association entre l'accouchement à domicile et le statut matrimonial. L'accouchement en milieu qualifié était plus fréquente chez les femmes mariées (régime monogame) en Côte d'Ivoire et au Kenya, et chez les veuves et divorcées au Malawi [35].

Au Burundi, ce sont les femmes non mariées qui présentent un risque élevé d'accouchement à domicile (2,865 fois celui des mariées) [36]. Au Sénégal, les femmes vivant en régime polygame ont plus tendance à accoucher à domicile (OR = 2,04 [1,13–3,70] [37].

3.1.4. Parité

La multiparité est retrouvée comme facteur favorisant l'accouchement à domicile [38,39].

En Inde, les primipares ont 1,5 à 2 fois plus de risque d'accoucher dans une structure sanitaire que les paucipares ; les multipares étant moins susceptibles d'accoucher en milieu de soins [40]. Au Rwanda, le risque d'accoucher à domicile était cinq fois plus important chez les paucipares que les primipares [41].

Il est probable que les premières soient plus inquiètes par rapport à leur état tandis que les multipares sont confiantes grâce à l'expérience accumulée dans le passé.

Cependant, la perception du danger d'accoucher à domicile et les expériences malheureuses lors de ce type d'accouchement peuvent favoriser un retour vers les structures sanitaires, expliquant ainsi que le phénomène soit plus important chez les femmes dont la parité est comprise entre deux et trois [37].

3.1.5. Niveau d'instruction de la femme

L'instruction maternelle exerce une influence dans le choix du lieu d'accouchement.

Furuta et al ont souligné dans une étude faite au Népal que les femmes ayant atteint le niveau secondaire étaient plus susceptibles d'accoucher dans une structure de soins que les analphabètes ou celles limitées au primaire [42].

De même, une étude réalisée au Brésil et en Afrique du Sud par Burgard et al a montré que les chances d'accoucher en milieu de soins augmentent de 5 à 9% par année d'instruction de la femme [29].

En effet, l'instruction est un facteur important de changement de la représentation des relations familiales car le pouvoir de décision ne revient plus aux aînés sociaux mais à la mère ou au couple.

3.1.6. Niveau d'instruction du conjoint

L'instruction du mari a un impact sur l'accouchement à domicile. Au Brésil et en Afrique du Sud, l'instruction du conjoint augmente les chances d'accoucher en milieu de soins de 7 à 8% par an d'instruction [29]. Les maris instruits peuvent être plus ouverts vers la médecine moderne [43]. Ils sont conscients des avantages de l'assistance qualifiée et sont plus en mesure de communiquer avec les travailleurs de la santé. Ils peuvent aussi mettre moins de contraintes sur

leurs épouses. Plus le mari est éduqué plus la femme accouche dans une formation sanitaire, mais l'impact de l'éducation de la femme est plus important [44].

3.1.7. Désir de grossesse

D'après certains auteurs, le désir de grossesse exerce un impact sur le choix du lieu d'accouchement. Au Kenya, les risques d'accoucher à domicile augmentent de 40% lorsque la grossesse est soit indésirable ou pas voulu à ce moment-là [45].

Une étude portant spécifiquement sur cette question n'a pas décelé d'association entre le désir de grossesse et les accouchements à domicile en Bolivie et aux Philippines. Cependant, les résultats ont été tout autre aussi bien au Pérou, qu'au Kenya et en Egypte [46]. En effet les femmes ayant une grossesse non désirée peuvent être moins susceptibles de s'investir dans l'assistance qualifiée à l'accouchement que celles qui attachent une grande valeur à l'enfant attendu. Cependant l'accouchement assisté peut être recherché par la mère du fait du risque encouru par elle-même, et non du fait de sa préoccupation pour la santé du nouveau-né [47].

3.1.8. Croyances culturelles

Le lieu d'accouchement est choisi avec un souci permanent de discrétion, de sécurité, d'intimité et de convivialité. Il varie selon les ethnies et les systèmes de filiation (patrilinéaire ou matrilinéaire), mais plus souvent la famille d'origine de la parturiente est le lieu le plus indiqué [48].

En général, l'accouchement se déroule dans un endroit discret, loin des regards envieux et jaloux pouvant provoquer ou prolonger les souffrances de la parturiente. Au Cameroun [49], l'ethnie Beti pense qu'un ennemi pourrait recueillir le sang de l'accouchée pour faire mourir le nouveau-né et bloquer toutes les naissances futures. C'est pour cette raison que la femme choisira,

autant que possible, d'enfanter dans un milieu où elle se sentira le plus en sécurité. Chez les Bambara d'Afrique occidentale et les Joola du Sénégal, c'est pour préserver l'espace social de la souillure du sang de l'accouchement que la naissance se déroule en dehors du village [48,49].

L'espace est aménagé pour accueillir une seule parturiente, « accoucher à plusieurs » est une éventualité totalement exclue [50].

Fort de ce qui précède, il n'est pas étonnant que la pratique simultanée de plusieurs accouchements dans la même salle, l'utilisation collective des salles de séjour et du matériel d'interventions obstétricales, et la proscription ou la limitation de l'entourage familial couramment observés dans les maternités puissent constituer une entrave à l'utilisation des services obstétricaux.

3.2.Facteurs d'accessibilité

3.2.1. Accessibilité économique

L'accessibilité économique fait référence à la relation entre la capacité financière de la famille et les coûts de prestation de service, y compris les médicaments et les frais de transport.

❖ *Profession de la femme*

Un certain nombre d'études ne constate aucun effet de l'état de travail ou de la profession de la mère [43,51], tandis que d'autres constatent que les femmes formellement employées sont plus susceptibles d'utiliser les services de santé au cours de l'accouchement [34,52].

Au Burundi, ce sont les femmes dont le travail reste dans la sphère domestique, comparées aux femmes salariées et aux indépendantes, qui accouchent en dehors des structures de santé, avec un niveau de recours estimé respectivement à 71,8% et 59,1% [36].

Dans deux États du sud de l'Inde [40] et au Népal [53], cependant, les femmes qui travaillent sont moins susceptibles d'utiliser les services de santé que celles qui ne travaillent pas, ce qui peut signifier que le travail est induit par la pauvreté dans ce contexte.

La qualité de la profession est habituellement corrélée au niveau d'éducation et au lieu de résidence qui peuvent donc être des facteurs de confusion lors des analyses statistiques.

❖ *Profession du conjoint*

Il y'a une corrélation positive entre la profession du mari et la fréquentation des services de santé maternelle. Plus le mari a une position élevée, plus il est susceptible de bénéficier de certains avantages comme l'assurance maladie ou d'être exposé aux informations concernant la grossesse et ses dangers motivant le recours à l'accouchement assisté par un personnel qualifié [44]. Dans les zones rurales d'Haïti, cependant, une mère est moins susceptible d'accoucher dans une structure sanitaire lorsque son partenaire qui assure la richesse du ménage contribue à tout ou une partie des dépenses [54], peut-être parce qu'elle a moins d'autonomie dans cette situation.

Une étude réalisée en Turquie ne trouvait aucun effet de l'occupation paternelle en soi, mais lorsque le père avait une assurance-santé, la dernière naissance était plus probable dans un établissement de santé [55].

❖ *Niveau de vie du ménage*

Le niveau de vie influence le recours aux soins maternels par la capacité qu'a le ménage à subvenir aux besoins de santé de la femme.

Par rapport aux femmes pauvres, les femmes qui résident dans un ménage riche ont 85,4% moins de risque d'accoucher chez elles ou chez un parent/ami tandis que celles qui habitent un ménage au niveau de vie moyen en ont 57,9%, révèle une étude réalisée au Cameroun [10].

Les femmes qui résident dans des ménages pauvres sont plus exposées au risque de ne pas recourir aux services de maternité car elles ne jouissent pas d'autonomie financière et décisionnelle. À plus grande échelle, les communautés avec un très faible développement économique sont susceptibles d'être plus traditionnelles, de donner aux femmes moins d'autonomie et d'avoir des attitudes moins positives envers l'utilisation des services de santé [56].

❖ *Dépenses liées à l'accouchement*

Le coût du recours aux soins comprend : le coût du transport, de l'intervention, des médicaments et intrants utilisés, des frais officiels et non officiels payés à la caisse ou chez le personnel, le coût d'opportunité dû au temps de voyage et au temps d'attente perdus au détriment des activités génératrices de revenus, coûts pour le logement et la nourriture [57].

Ces dépenses constituent un obstacle important à l'accouchement assisté dans une formation sanitaire [44]. Les accoucheuses traditionnelles, qui ont des prix négociables et peuvent être payées en nature, sont alors jugées plus abordables [58, 59].

3.2.2. Accessibilité géographique de la structure sanitaire

L'accessibilité des structures sanitaires pose de réels problèmes dans les pays en développement et particulièrement en Afrique [38, 60,61]. Dans les zones rurales, les femmes sont souvent obligées de faire plus de 5 km pour atteindre le service de sante le plus proche. La marche et l'utilisation de véhicule à traction animale constituent les principaux moyens de transport pour les femmes enceintes. Du fait du manque de moyens de transport [50,61] ou de la rapidité de l'accouchement, les femmes accouchent à domicile.

Une étude faite au Sénégal a retrouvé que l'absence de moyens de transport poussait 27% des femmes à accoucher à domicile contre 10% pour celles disposant d'une voiture.

Celles qui vivaient à moins de 5km de la structure sanitaire étaient 17% à accoucher à domicile ; ce chiffre passe à 33% pour les femmes habitant à plus de 5km [37].

3.3.Facteurs liés au système de soins

3.3.1. Connaissances des femmes en matière de santé maternelle

Les connaissances spécifiques sur les risques de l'accouchement et les avantages de l'assistance qualifiée devraient augmenter la recherche de soins, tandis que la reconnaissance des signes de danger et des connaissances sur les interventions bénéfiques disponibles devrait accroître la recherche de soins en cas de complications [62,63].

Les femmes en Zambie qui connaissent les signes de danger pendant la grossesse sont plus susceptibles d'accoucher dans un établissement de santé par rapport à celles qui n'en ont pas [63]. Une tendance similaire, mais non significative, a été observée dans le sud du Laos [64]. De même qu'au Mali où les femmes qui sont informées des complications lors des soins prénatals sont plus susceptibles d'accoucher dans un établissement de santé [54].

3.3.2. Perception de la qualité des soins reçus

La qualité perçue des soins, qui ne se chevauche que partiellement avec la qualité médicale des soins, est considérée comme une influence importante sur la recherche de soins de santé. La perception de la qualité des services est subjective et dépend de l'expérience personnelle ou celle des proches. La qualité des services dépend de l'accueil, de la disponibilité du personnel, des équipements adéquats, des médicaments, du coût des prestations, du devenir de l'accouchement, du respect de l'intimité de la femme, du respect de sa personne... Elle comprend aussi le temps d'attente [57].

Une femme ayant un point de vue négatif par rapport à l'un ou l'autre des éléments sus cités accouchera plus à domicile que dans une formation sanitaire.

Par contre, les patientes ayant reçu des services de qualité ont tendance à revenir ou à conseiller à un proche parent de fréquenter la structure. La satisfaction est un bon indicateur de la qualité des services reçus [65].

Une étude menée au Kenya [65] a montré que la satisfaction était liée à l'empathie des prestataires. Au Bangladesh [66] elle était associée à la communication. Aux Etats-Unis [67], la satisfaction lors de l'accouchement incluait la courtoisie, la disponibilité de l'équipe et le traitement « avec respect».

Beaucoup de femmes se disent insatisfaites de l'attitude du personnel médical caractérisée par un comportement impoli, arrogant. De ce fait, elles négligent les établissements de santé et préfèrent accoucher à domicile [68].

3.3.3. Consultations prénatales

La CPN constitue un moment de contact particulier entre le prestataire et la femme enceinte. Elle permet le dépistage des problèmes de santé et leur suivi chez la mère et le fœtus. Elle permet aussi la prévention des maladies de l'enfant par la vaccination de la mère. Elle doit être l'occasion de donner de nombreux conseils pour l'application des programmes de santé et doit permettre de fidéliser la patiente par rapport aux structures sanitaires, notamment le lieu de l'accouchement [37].

Une étude réalisée au Cameroun a retrouvé que les femmes qui n'ont effectuées aucune CPN ont 10,7 fois plus de risque d'accoucher à domicile que celles qui ont en réalisé quatre et plus. Celles qui ont eu moins de quatre CPN ont près de deux fois plus de risque que l'accouchement se produise à la maison par rapport aux femmes de la catégorie de référence [10].

En plus du nombre de CPN, la qualité de la CPN est déterminante dans le choix du lieu d'accouchement. Faye et al ont retrouvé, dans une étude faite au Sénégal, que des CPN de mauvaise qualité augmente le risque d'accoucher à domicile (OR =4,27 [2,25–8,10]) [37].

Le retard à la première CPN est aussi responsable d'accouchements à domicile. En effet, l'accouchement à domicile est moins fréquent chez les femmes dont la première CPN a été réalisée au premier trimestre de grossesse (OR = 0,69 [0,51–0,83]) [69].

3.3.4. Préparation de l'accouchement

La préparation de l'accouchement dépend de plusieurs facteurs liés à la structure sanitaire, aux prestataires, mais aussi à la femme enceinte ainsi qu'à son entourage. Elle permet de mieux impliquer la femme sur la gestion de sa grossesse. En effet, l'identification de la structure sanitaire où doit se dérouler l'accouchement et de la personne qui doit le réaliser permet à la femme d'avoir de plus amples informations sur la grossesse, particulièrement sur la période d'accouchement. Dans une étude réalisée au Sénégal, Faye et al [69] ont retrouvé que la préparation de l'accouchement diminue le risque d'accouchement à domicile (OR = 0,36 [0,28–0,45]).

4. POLITIQUE DE GRATUITE DES SOINS OBSTETRICAUX AU SENEGAL

Pour surmonter les obstacles financiers aux soins de maternité, le Sénégal a mis en œuvre une Politique de gratuité de l'accouchement et de la césarienne (PGAC). Cette initiative a été lancée officiellement en Décembre 2004 par le MSPM, pour être effective à partir du 1^{er} Janvier 2005 [70].

Cette politique concernait initialement les cinq régions les plus pauvres à savoir Ziguinchor, Kolda, Tambacounda, Fatick et Matam. Elle fut étendue à tous les hôpitaux régionaux (à l'exception de ceux de Dakar) un an plus tard [71].

Placée sous la tutelle technique de la Direction de la Santé, cette initiative sur le plan stratégique est gérée par un comité de pilotage et, sur le plan opérationnel, par la Division des Soins de Santé Primaires d'abord, puis par la Division de la Santé de la Reproduction ensuite [70].

Le paquet de soins comprend :

- Les accouchements dans les Postes de Santé (PS) ;
- Les accouchements dans les Centres de Santé (CS1) ;
- Les césariennes dans les Centres de Santé à SONU ;
- Les césariennes dans les Etablissements Publics de Santé (EPS).

Les cases de santé, structures de niveau communautaire où les accouchements sont effectués par les matrones n'en faisaient pas partie. Les secteurs privé et traditionnel ne faisaient pas partie non plus du mécanisme mis en place [7].

Les objectifs de cette politique sont :

- d'accroître l'accès des femmes aux services de santé de la reproduction ;
- d'assurer une offre de services de santé de la reproduction de qualité ;
- d'augmenter le taux d'accouchements par du personnel qualifié ;
- et de réduire, par conséquent, le taux de la mortalité maternelle.

Une évaluation de cette politique faite en 2007 a retrouvé une augmentation significative (jusqu'à 25% de plus) des accouchements et des césariennes en structure sanitaire. Toutefois, cette même évaluation a montré des difficultés et des insuffisances liées à la communication, la planification, la logistique, et à l'impact sur les finances des structures de santé [71].

5. CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel de notre étude a été adapté de celui d'Andersen et Newman [72] sur les déterminants individuels de l'utilisation des services de santé. Le modèle définit l'utilisation des services de santé en fonction de trois facteurs : les facteurs prédisposants, facilitateurs et de besoin.

- Les facteurs prédisposants associés aux caractéristiques socioculturelles préexistantes avant les problèmes de santé : l'âge, l'instruction, la culture/ethnicité, la situation maritale, les croyances, les attitudes et les connaissances concernant la maladie. Les personnes sont ainsi « prédisposées » à utiliser les services de santé selon leurs croyances individuelles, leurs caractéristiques sociodémographiques ou leur structure familiale et sociale.
- Les facteurs facilitateurs correspondent aux ressources des personnes, à leur revenu et à l'accessibilité des services de santé.
- Les facteurs de besoins sont associés aux besoins perçus et/ou évalués qui poussent l'individu à rechercher de l'aide.

Dans notre étude, le modèle d'Andersen et Newman est utilisé dans l'optique qu'un accouchement médicalement assisté se déroule dans une structure sanitaire ; ce qui renvoie donc à l'utilisation d'un service de santé.

La figure 2 résume le schéma conceptuel de l'étude selon Andersen et Newman.

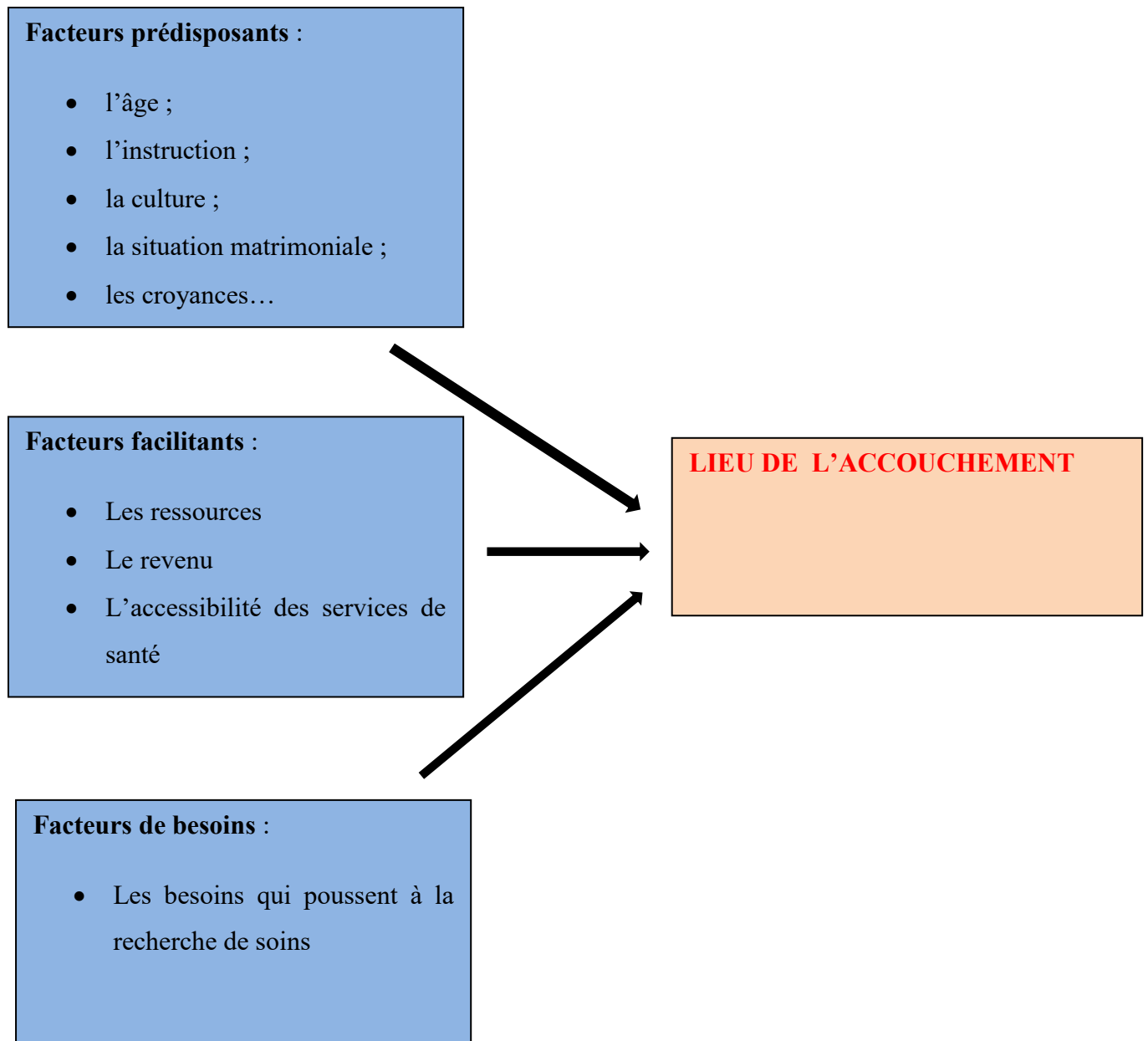


Figure 2: Schéma conceptuel de l'assistance médicale à l'accouchement [72]

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

1. BUT ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

1.1. But

Le but de cette étude est de contribuer à la réduction la mortalité et la morbidité maternelle et néo-natale.

1.2. Objectif général

Notre étude vise à déterminer les facteurs de risque de l'accouchement à domicile dans le contexte de gratuité des soins obstétricaux dans la région de Kolda.

1.3. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de notre étude sont de :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques, économiques et les besoins des femmes mères d'enfant de 0 à 11 mois au niveau de la région de Kolda ;
- Estimer la prévalence des femmes ayant accouché à domicile au niveau de la région de Kolda :
- Identifier les déterminants de l'accouchement à domicile chez les femmes ayant accouché durant la période de l'étude au niveau de la région de Kolda.

2. CADRE DE L'ETUDE

2.1. Caractéristiques géographiques et organisation administrative

La région de Kolda est située au sud du Sénégal, dans la Casamance naturelle, plus précisément en moyenne et haute Casamance. Elle est née de la scission de l'ancienne région de la Casamance en 1984. Une réforme administrative, en date du 10 juillet 2008, divise Kolda en deux entités avec l'avènement du département de Sédhiou qui devient une région administrative à part entière [73].

Elle se situe entre 12°20 et 13°40 de latitude nord, et 13° et 16° de longitude ouest. Elle s'étend sur une superficie de 13721 km² soit 7% du territoire national. Elle est limitée :

- Au Nord par la République de Gambie ;
- A l'Est par la région de Tambacounda ;
- A l'Ouest par la région de Sédhiou ;
- Au sud par les républiques de Guinée et de Guinée Bissau [73].

La région est composée de trois (03) départements: Kolda, Médina Yoro Foula et Vélingara, neuf (09) arrondissements avec quarante-trois (43) collectivités locales. Elle compte mille cinq cent quatre-vingt-neuf (1589) villages officiels [28].

Le climat y est de type soudano guinéen recevant des précipitations qui s'étalent de juin à Octobre avec une intensité maximale en août et septembre, et une saison sèche qui couvre la période de novembre à mai. Les précipitations moyennes varient de 700 à 1300 mm [73].

Le relief est constitué de grés sablo-argileux formant des plateaux avec une végétation naturelle abondante, entrecoupée de vallées dans lesquelles se trouvent les rizières et les pâturages de bas-fonds [73].

Le réseau hydrographique est dense et se compose d'un cours d'eau principal ; la Casamance et de ses affluents [73].

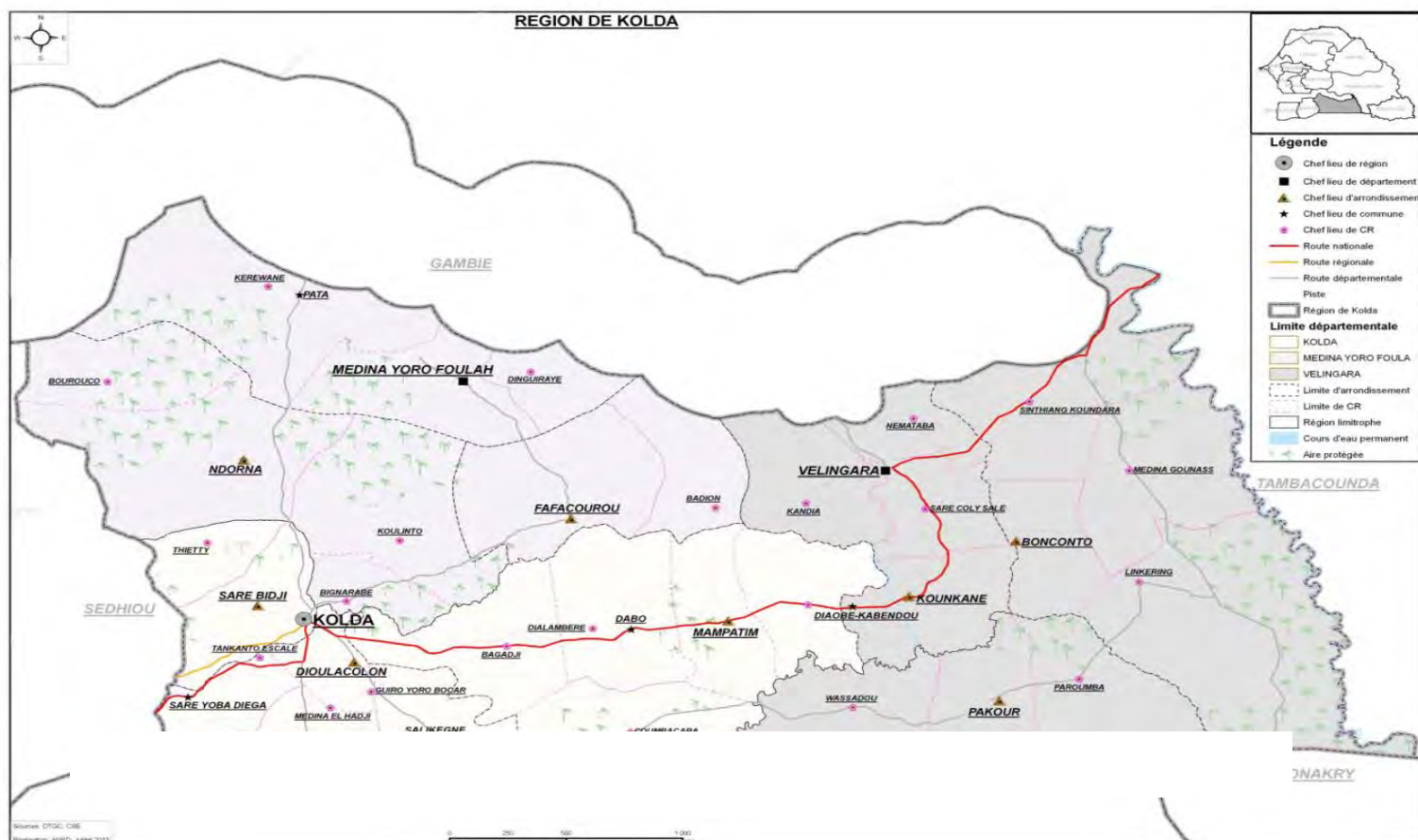


Figure 3 : Carte administrative de la région de Kolda (ANDS, juillet 2011)

2.2.Caractéristiques démographiques

La population de la région de Kolda est estimée à 603675 habitants avec une densité de 48,28 habitants/km². Elle est majoritairement rurale, le taux d'urbanisation étant toujours faible, de l'ordre de 26% [74].

En 2013, l'âge moyen de la population de la région de Kolda est de 20,4 ans. Les femmes en âge de reproduction étaient de 130 591 avec comme nombre des grossesses attendues de 22 144 par an [75].

La population de la région est répartie en plusieurs groupes ethniques où dominent les Peuhls (75,13%), les Mandings (7,31%), les Wolofs (7,22%), les Sarakolés (2,33%), les Diolas (1,36%), les Sérères (1,1%) [74].

2.3. Caractéristiques socio-économiques

L'économie régionale est dominée par l'agriculture et l'élevage.

Avec 4,8% de la population active du pays, Kolda présente le deuxième taux de chômage déclaré le plus élevé du Sénégal (38,8%) après celui de Matam qui est de 54,2% [74].

2.4. Caractéristiques du système sanitaire

2.4.1. Infrastructures sanitaires et ressources humaines

La région connaît toujours des insuffisances dans la prise en charge sanitaire de sa population. La carte sanitaire est composée d'un (01) hôpital, 50 postes de santé dont 43 avec une maternité, 181 cases de santé fonctionnelles, 2 dispensaires privés catholiques, 2 dispensaires privés, 10 cabinets privés, 2 cliniques et 1 maternité privée [74].

Le nombre de personnel spécialisé est très faible. Kolda ne compte que 2% du personnel médical du Sénégal : un médecin pour 66 246 habitants, une sage-femme pour 1429 femmes en âge de procréer et un gynécologue pour 327 437 femmes. Le personnel de santé de la région de Kolda est donc majoritairement constitué d'agents de santé communautaire (ASC) qui représentent 43% du personnel total, ensuite viennent les matrones qui forment 40%, les infirmiers et assimilés 9% [74].

L'accès aux structures de santé par rapport à la proportion de la population générale montre que 45% de la population générale vivent à moins de 5 km d'une structure de santé, 39% sont situés entre 5 et 15 km de la structure sanitaire la plus proche et 16% accèdent à une structure sanitaire au-delà de 15 km [76].

2.4.2. Activités de santé

2.4.2.1. Activité de sensibilisation

Au niveau régional, plusieurs supports et stratégies communautaires sont développés pour accroître le niveau d'information des populations et stimuler la demande. Il s'agit, entre autres, des Stratégies à Base Communautaire (SBC), des caisses de solidarité, des kiosques IEC, des cercles de solidarité des femmes enceintes etc. En outre, les acteurs de la santé s'appuient aussi sur les stratégies des Bajenu Gox, les radios locales, les animations de masse et les causeries pour renforcer la sensibilisation et relever les nombreux défis en matière de prévention. Sur une prévision de 603 Bajenu Gox, 387 ont été enrôlés et formés en 2012 au niveau de la région [76].

2.4.2.2. Activités en santé de la reproduction

En 2013, le nombre total de consultations prénatales se chiffrait à 19 203 pour une cible de 25 572. En 2012, le nombre de CPN enregistrées est de 28 804. Malgré cette baisse du nombre de consultations prénatales, l'année 2013 a enregistré un taux d'achèvement des quatre CPN supérieur à celui de 2012, soit 7,4 femmes pour 100 femmes en 2013 contre 6,0 en 2012 [74].

Pour l'année 2013, les accouchements à la maternité représentaient 90% du total des accouchements tandis que les accouchements à domicile ne sont que de 10%. En 2012, 91% des accouchements ont eu lieu à la maternité et seulement 9% à domicile [74].

Dans la région de Kolda, les axes d'intervention retenus tournent autour du renforcement de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

3. METHODOLOGIE

3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique. Elle est quantitative.

3.2. Période d'étude

L'étude a été menée de décembre 2013 à mars 2014.

3.3. Population d'étude

La population d'étude portait sur l'ensemble des femmes mères d'enfants de 0 à 11 mois ayant accouché entre le 01 février 2013 et le 31 janvier 2014 dans le district sanitaire de Kolda.

3.4. Echantillonnage

3.4.1. Unité statistique

Elle était constituée par les femmes ayant donné naissance au cours des 0 à 11 mois précédant l'enquête.

3.4.2. Critères de sélection

❖ Critères d'inclusion

A été incluse dans l'étude, toute femme ayant accouché :

- d'un enfant vivant ou sans vie à la naissance suite à un accouchement ayant lieu dans la région de Kolda ;
- au cours des 11 mois précédant l'enquête.

❖ Critères de non inclusion :

N'a pas été incluse toute femme :

- absente au cours de deux passages ;
- ou refusant de donner son consentement pour l'entretien.

3.4.3. Procédure de sondage

Un sondage aléatoire à deux degrés a été réalisé. Le premier degré était constitué de districts de recensement (DR) et le deuxième degré des ménages constituant les DR et dans chaque ménage tiré au hasard, toutes les femmes ayant eu une naissance au cours de 12 mois précédant l'enquête ont été interrogées.

3.4.4. Taille de l'échantillon

La formule de Schwartz a été utilisée pour le calcul du nombre de sujets à enquêter.

$$n = \frac{\epsilon^2 * p * (1-p)}{e^2}$$

- n: Taille d'échantillon minimale pour l'obtention de résultats significatifs pour un événement et un niveau de risque fixé ;
- ϵ : Ecart réduit correspondant au risque consenti (1,96) ;
- p: Probabilité de réalisation de l'événement accouchement à domicile ;
- e: Précision (généralement fixée à 5 %).

Comme valeur de p, nous avons pris 0,27 étant donné qu'il a été montré que 27% des accouchements se déroulent à domicile à Kolda en 2013 [2].

La taille de notre échantillon ainsi calculée était de 1348. Après avoir majoré de 5% la taille de cet échantillon de base pour tenir compte des impondérables tels que les non-réponses et les erreurs d'enregistrement, l'effectif total était porté à 1442 femmes à enquêter.

3.5. Collecte des données

3.5.1. Méthode de collecte

Le recueil de données s'est fait sur la base d'un questionnaire lors d'un entretien individuel, qui a été mené par des enquêteurs formés. Les entretiens se sont déroulés au domicile des femmes tirées au sort après leur consentement éclairé.

À la fin de la journée, les questionnaires ont été remis au coordonnateur des activités pour vérification avant de les remettre aux opérateurs de saisie. Les questionnaires mal remplis ont été retournés aux enquêteurs sur place pour complément d'information.

3.5.2. Outils de collecte

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire administré par un enquêteur. Les données collectées ont porté sur les variables démographiques, les caractéristiques socio-culturelles, les facteurs économiques, géographiques ainsi que sur la qualité des soins.

3.5.3. Définition opérationnelle des variables

- ***Accouchement à domicile*** : Il s'agit de l'accouchement réalisé dans le domicile de la femme ou dans tout autre domicile, qu'il soit assisté ou non.
- ***Parité*** : Il s'agit du nombre d'accouchements de la femme. Il est dichotomisé en trois (03 classes) : primipare (01 accouchement), paucipare (2-3 accouchements), multipare (plus de 4 accouchements).
- ***Revenu du chef de ménage*** : Il a été dichotomisé en deux classes selon le SMIG en vigueur au Sénégal (revenu inférieur ou égal à 50.000 CFA et revenu supérieur à 50.000 CFA).
- ***Bien-être économique*** : L'indice de bien-être économique des ménages était construit à partir des données sur les biens de type 1 (animaux domestiques, moyens de transport) et de type 2 (électricité, matériels

électroniques) à la disposition du ménage. La subdivision en quartile a permis d'avoir quatre classes (pauvre, moyenne, assez riche et riche).

- ***Accessibilité géographique*** : Elle a été mesurée sous deux critères :
La distance entre le domicile et la structure sanitaire la plus proche (accessible dans un rayon de 5 km et éloignée au-delà de 15 km) ;
Le temps mis pour se rendre dans la structure de santé avec les moyens de transport habituels (accessible si moins de 15 minutes et éloigné au-delà d'une heure).
- ***Consultation prénatale*** : Elle a été appréciée sur le nombre et la période de la première consultation prénatale (CPN1). Les connaissances et les pratiques sur la CPN ont aussi été appréciées. Le nombre de CPN recommandé est de quatre et la période pour la première est le premier trimestre de la grossesse.
- ***Connaissance de l'intérêt du fer + acide folique durant la grossesse*** : Le rôle du fer et acide folique (FAF) durant toute la grossesse est de lutter contre l'anémie. La variable a été catégorisée en deux classes : « Oui » pour celles qui connaissaient et « Non » pour celles qui ne connaissaient pas le rôle du « fer acide folique »).
- ***Assistance à des programmes de sensibilisation en santé maternelle*** : la variable était dichotomisée en « Oui » pour les femmes déclarant avoir assisté à un programme de sensibilisation en santé (ceci quelle que soit la période à laquelle la femme a assisté, avant ou pendant la grossesse) et en « Non » dans le cas contraire.

- ***Préparation de l'accouchement*** : Elle a été appréciée avec quatre éléments : le choix de la personne qui doit réaliser l'accouchement, le choix du lieu, le fait de garder un peu d'argent et la préparation de serviettes propres. Cette variable score a été dichotomisée en trois classes : absence, moyenne et bonne préparation à l'accouchement.

3.6. Saisie des données

Les données ont été saisies grâce au logiciel Epi Info. Des agents opérateurs de saisie ont été recrutés et formés.

Avec une double saisie, les bases de données ont été nettoyées et les erreurs de saisie détectées ont été immédiatement corrigées.

3.7. Analyse des données

Les données ont été analysées avec le logiciel R. L'analyse comporte deux parties : une partie descriptive et une partie analytique.

3.7.1. Etude descriptive

Les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquences absolues (effectifs) et relatives (pourcentages).

Les variables quantitatives ont été décrites en termes de paramètres de position (moyenne, médiane) et de dispersion (écart-type).

3.7.2. Etude analytique

Dans un premier temps, les proportions des variables ont été comparées grâce à une analyse bivariée. La comparaison des variables qualitatives a été réalisée grâce à un test de Khi carré et en cas de non validité du test de Khi carré, le test de Fischer a été utilisé. Les différences ont été considérées comme significatives en cas de p-value inférieur à 0,05.

Ensuite, une analyse multivariée a été effectuée par une régression logistique simple. Les variables ayant un p inférieur à 0,25 [77] lors de l'analyse bivariée ont été inclus dans le modèle final.

La comparaison des modèles a été effectuée par le test du rapport de vraisemblance avec une procédure descendante.

L'adéquation du modèle final a été faite en utilisant le test de Hosmer et Lemeshow.

Après ajustement, l'accouchement à domicile a été considéré comme associé à une variable dépendante si l'intervalle de confiance de l'odd ratio exclut la valeur 1.

3.8. Considérations éthiques

L'approbation du Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé du Sénégal a été obtenue avant le démarrage des activités de terrain.

Un consentement éclairé a été demandé à toutes les personnes âgées de 18 ans et plus, participant à l'étude. Pour les personnes âgées de moins de 18 ans, le consentement des parents ou du tuteur a été demandé, associé à leur assentiment.

L'anonymat des individus qui ont consenti à participer a été respecté. Dans toutes les utilisations ultérieures des résultats, aucun renseignement permettant de retrouver un participant n'y figurera.

4. RESULTATS

4.1. Partie descriptive

4.1.1. Facteurs prédisposants

4.1.1.1. Age de la femme

Les femmes âgées de plus de 20 ans représentaient 70% des enquêtées soit 423 femmes. La moyenne d'âge était de 25,4 ans avec un écart-type de 6,5. La médiane était de 25 ans avec des extrêmes qui allaient de 14 à 48 ans.

4.1.1.2. Niveau d'instruction

La majorité des femmes (65%) n'avait reçu aucune instruction. Vingt-cinq pour cent des femmes avaient un niveau primaire et 10% ont fait des études secondaires ou supérieures. La figure 4 représente la répartition des femmes enquêtées en fonction de leur niveau d'instruction.

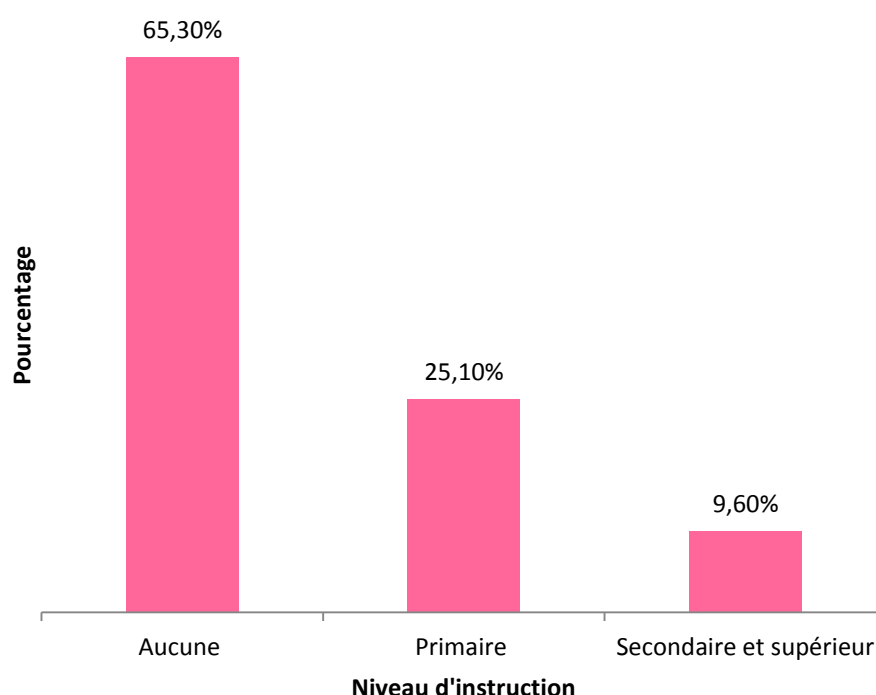


Figure 4 : Répartition des femmes enquêtées suivant leur niveau d'instruction dans le district sanitaire de Kolda (n=1440)

4.1.1.3. Parité

Les femmes ayant au moins quatre (4) accouchements représentaient 47% des enquêtées, celles qui avaient entre 1 et 2 accouchement(s) étaient de 20%. La figure 5 montre la répartition des femmes en fonction du nombre d'accouchements.

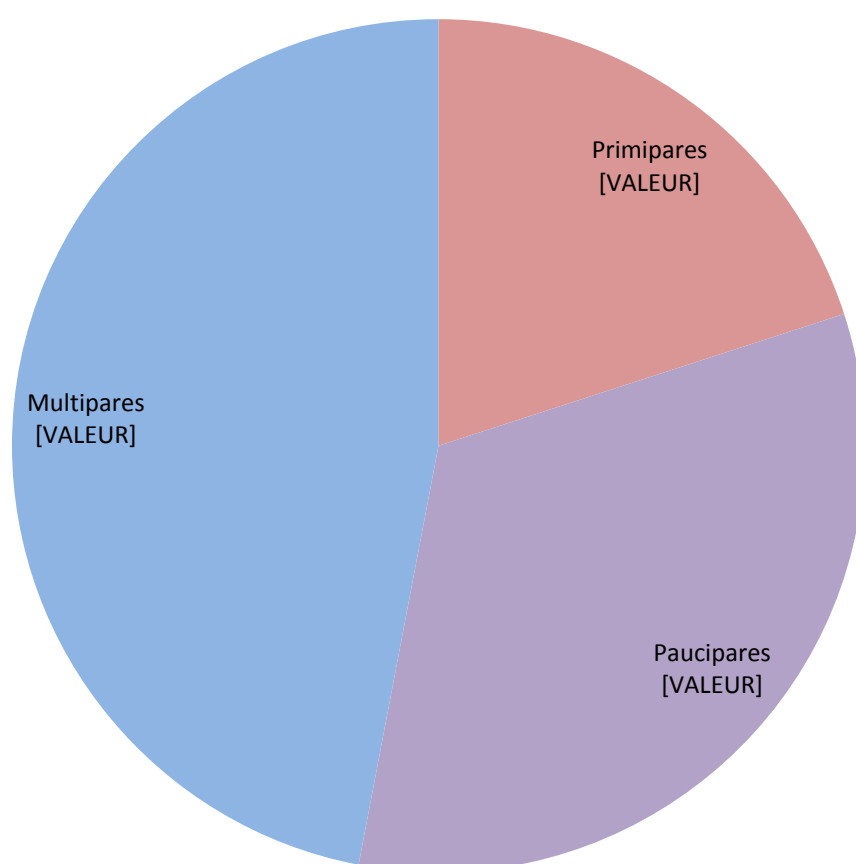


Figure 5 : Répartition des femmes enquêtées en fonction de la parité dans le district sanitaire de Kolda (n=1441)

4.1.2. Facteurs facilitants

4.1.2.1. Caractéristiques socioéconomiques

❖ *Activité génératrice de revenus*

Les femmes au foyer étaient majoritaires à 52%. Une faible proportion 0,9% (6 femmes) étaient des salariées. La figure 6 montre la répartition des femmes enquêtées en fonction de l'AGR exercée.

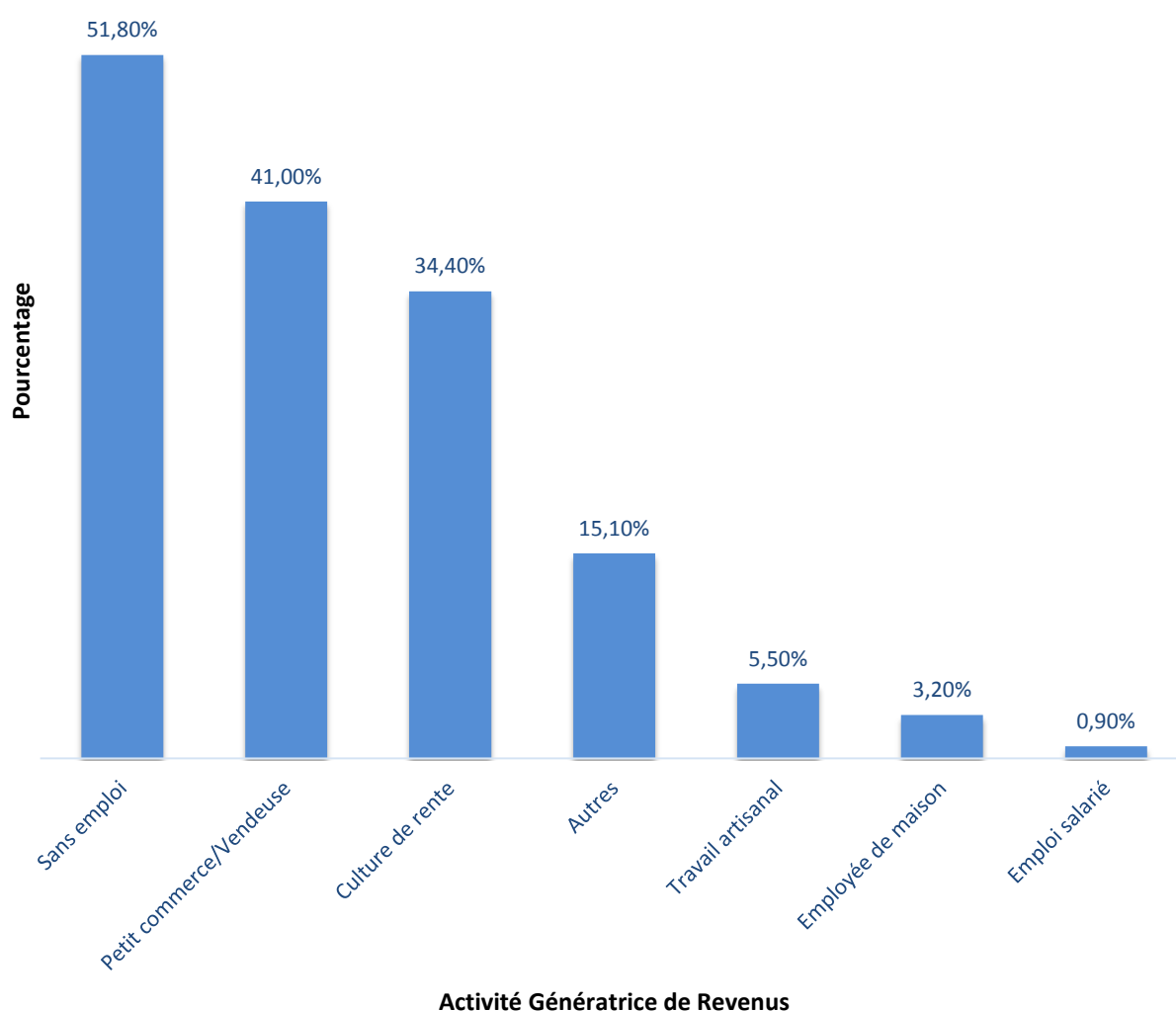


Figure 6: Répartition des femmes enquêtées en fonction du type d'AGR dans le district sanitaire de Kolda (n=1442).

❖ *Profession du chef de ménage*

L'activité professionnelle la plus représentative était celle du groupe des cultivateurs/éleveurs/pêcheurs avec 57,1% (soit 823 ménages). Les autres professions du secteur informel sont constituées par les chauffeurs/routiers, étudiants, militaires... La figure 7 montre la répartition en fonction de la profession du chef de ménage.

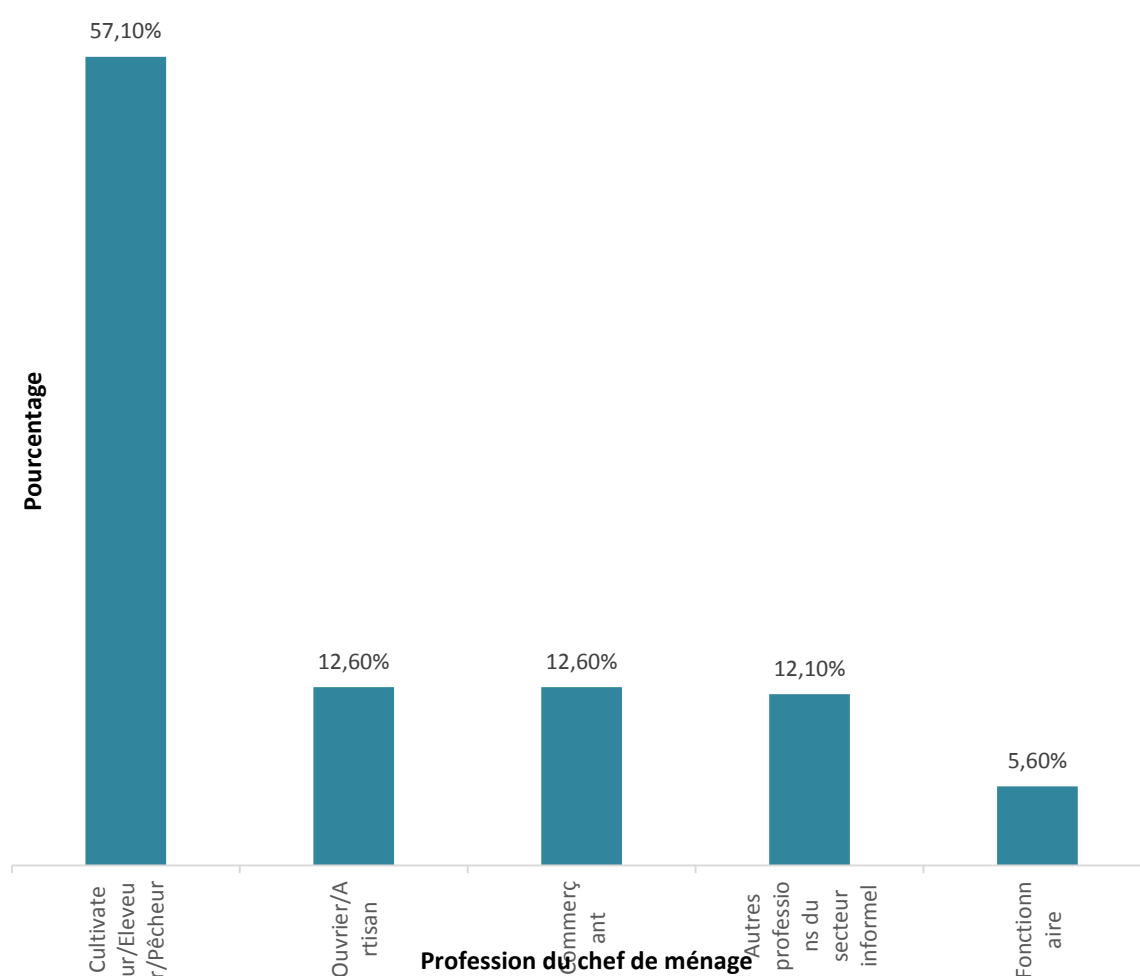


Figure 7 : Répartition en fonction de la profession du chef de ménage (n=1442) dans le district sanitaire de Kolda

❖ *Revenu du chef de ménage*

Nous avons retrouvé que 51% des ménages soit 713 ménages gagnaient moins de 50 000 FCA par mois.

❖ *Bien-être économique du ménage*

Trente-quatre pour cents des femmes enquêtées (34% soit 485 femmes) appartenaient au quartile des très pauvres.

Le tableau I montre la répartition des femmes ayant accouché de Février 2013 à Janvier 2014 dans le district sanitaire de Kolda (Sénégal) selon les caractéristiques socioéconomiques (n=1436).

Tableau I : Répartition des femmes ayant accouché de Février 2013 à Janvier 2014 dans le district sanitaire de Kolda (Sénégal) selon les caractéristiques socioéconomiques (n=1436)

Facteurs socioéconomiques		Fréquences	
		Absolues (n)	Relatives(%)
Activité génératrice de revenus	Oui	747	52,0
	Non	689	48,0
Revenu du chef de ménage	<50 000	713	51,0
	≥50 000	685	49,0
Niveau de bien-être économique des ménages	Très pauvre	485	34,0
	Pauvre	375	26,0
	Moyen	332	23,0
	Riche	236	17,0

4.1.2.2. Accessibilité géographique

❖ *Distance domicile- structure de santé la plus proche*

L'étude a montré que 55% des femmes enquêtées habitaient à moins de 5km de la structure sanitaire la plus proche. La figure 8 montre la répartition des ménages en fonction de la distance entre leur domicile et la structure de soins la plus proche.

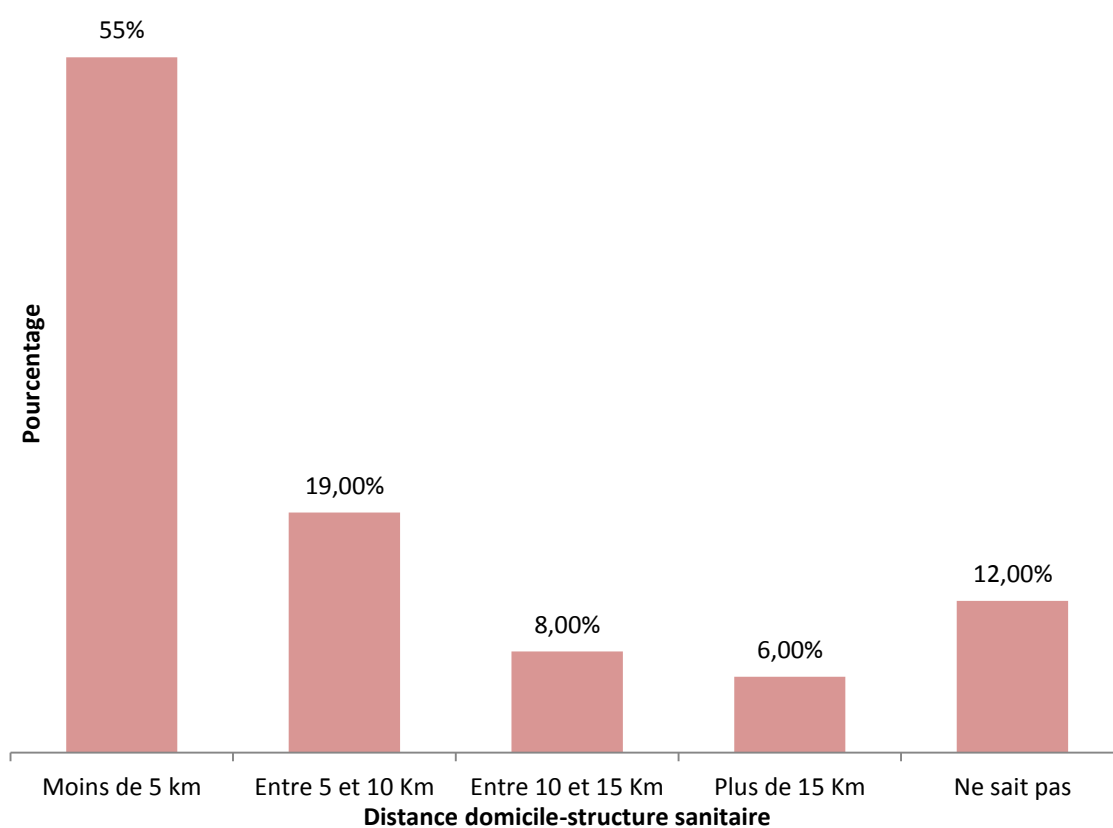


Figure 8: Répartition des ménages en fonction de la distance domicile-structure sanitaire dans le district sanitaire de Kolda (n=1256)

❖ *Temps pour se rendre à la structure sanitaire*

L'étude a montré que 39% des femmes vivaient à moins de 15 minutes de la structure sanitaire la plus proche. La figure 9 montre la répartition des ménages en fonction du temps mis pour accéder à la structure de soins la plus proche.

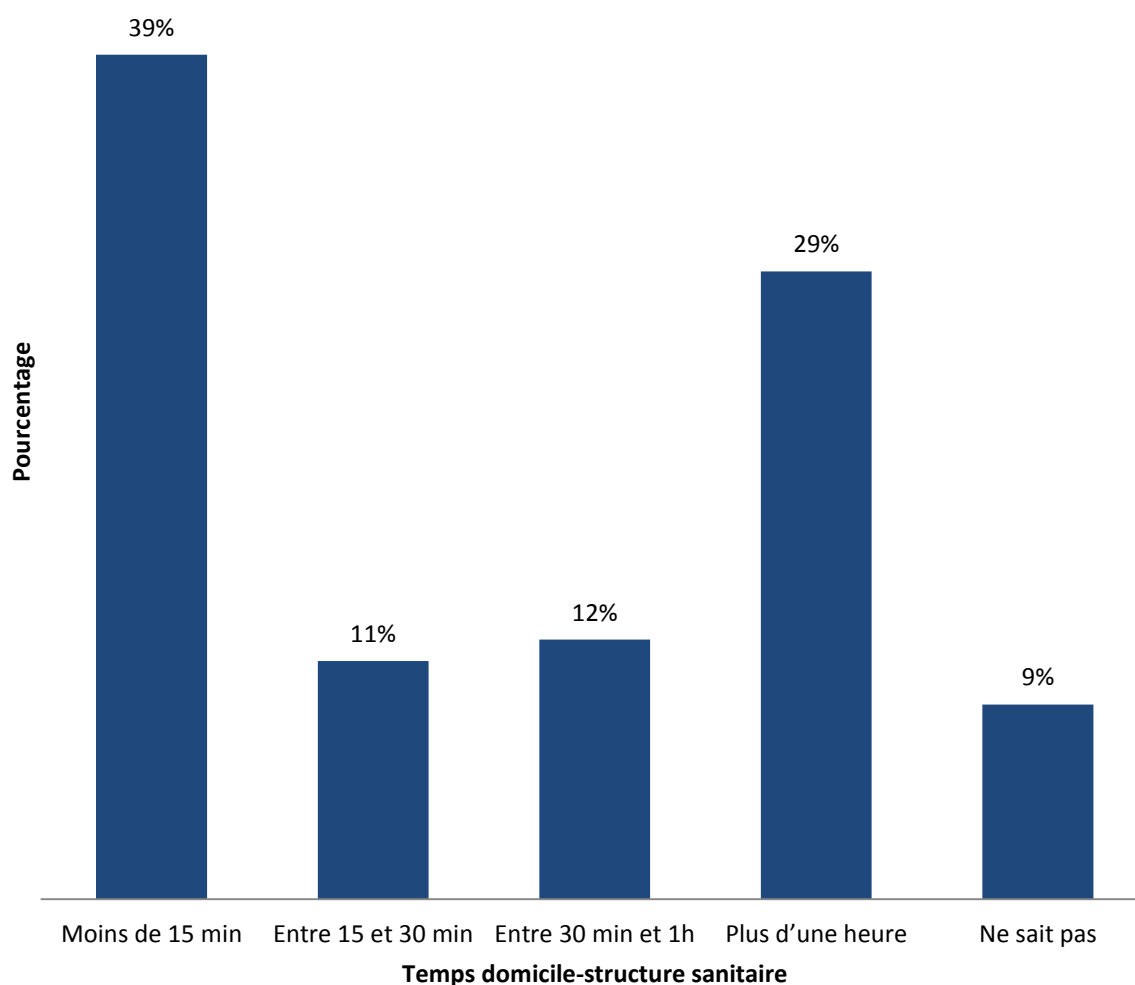


Figure 9: Répartition des femmes en fonction de la durée du trajet domicile-structure de soins dans le district sanitaire de Kolda (n=1256)

4.1.3. Facteurs de besoins

4.1.3.1. Connaissance des femmes sur la santé maternelle

❖ *Connaissance du nombre de CPN à effectuer*

La plupart des femmes enquêtées (66%) affirmait qu'il fallait effectuer au moins 4 CPN durant la grossesse.

❖ *Connaissance de la bonne période de la CPN1*

Parmi les enquêtées, 79% savaient que la CPN1 doit être réalisée au premier trimestre de grossesse.

❖ *Connaissance de l'intérêt du « Fer Acide folique » durant la grossesse*

La majorité des femmes (93%) connaissait l'intérêt du « Fer + Acide folique » durant la grossesse.

4.1.3.2. Participation aux programmes de sensibilisation sur la santé maternelle

L'étude a montré que 53% des femmes ont assisté à des programmes de sensibilisation sur la santé maternelle durant leur dernière grossesse.

4.1.3.3. Pratique de la consultation prénatale

❖ *Période à laquelle la CPN1 est effectuée*

La première consultation prénatale a été effectuée au-delà du 4^e mois de grossesse chez 70% des femmes enquêtées.

❖ *Nombre de CPN réalisées*

Seules 19% des femmes ont eu à faire au moins 4^{eme} CPN au cours de leur dernière grossesse.

4.1.3.4. Préparation de l'accouchement

Les résultats nous montrent que 20% des femmes ont eu une bonne préparation de l'accouchement. La figure 10 montre la répartition des femmes enquêtées en fonction du niveau de préparation à l'accouchement.

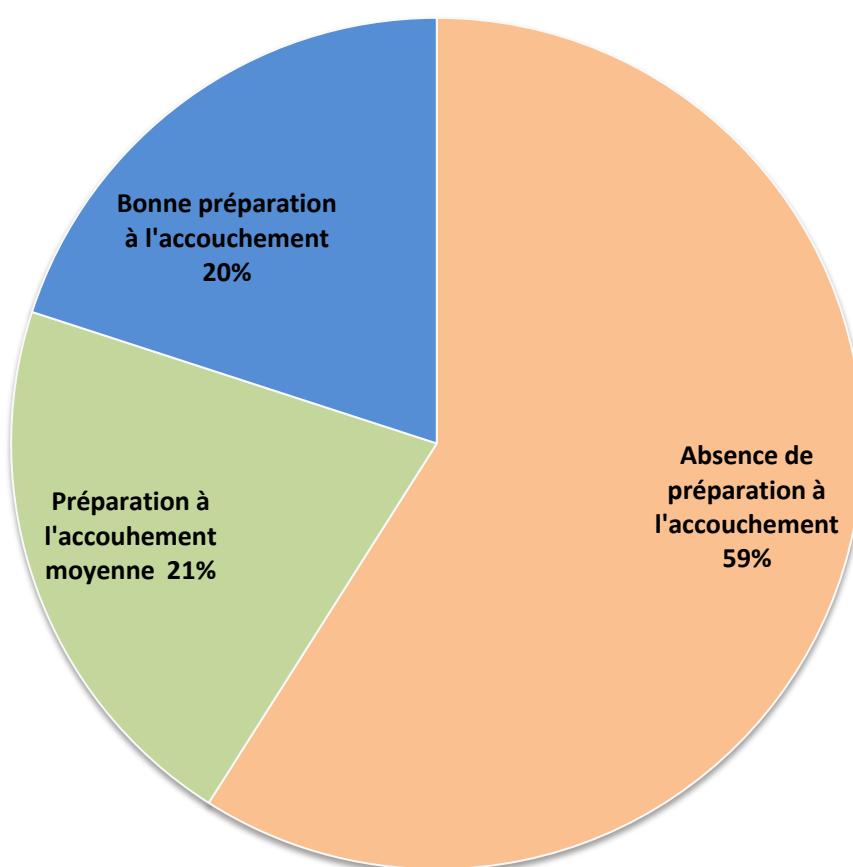


Figure 10: Répartition des femmes enquêtées selon le niveau de préparation à l'accouchement dans le district sanitaire de Kolda (n=1432)

Le tableau 2 montre la Répartition des femmes enquêtées dans le district sanitaire de Kolda selon les facteurs de besoins.

Tableau II: Répartition des femmes enquêtées dans le district sanitaire de Kolda selon les facteurs de besoins

		Fréquences	
Facteurs de besoins		Absolues (n)	Relatives (%)
Connaissance du nombre de CPN	Oui	909	66,0
	Non	468	34,0
Connaissance de la période de la CPN1	Oui	1117	79,0
	Non	297	21,0
Connaissance de l'intérêt du FAF	Oui	1336	93,0
	Non	101	7,0
Programme de sensibilisation sur la santé maternelle	Oui	759	47,0
	Non	673	47,0
Période CPN1 réalisée	< 4 mois	330	30,0
	≥ 4 mois	770	70,0
Nombre de CPN effectuées	≥ 4 CPN	202	19,0
	< 4 CPN	861	81,0
Préparation à l'accouchement	Absence	836	58,0
	Moyenne	307	21,0
	Bonne	289	20,0

4.1.4. Accouchement à domicile

4.1.4.1. Prévalence de l'accouchement à domicile

La proportion de femmes ayant accouché à domicile représentait 43,8% soit 633 femmes.

4.1.4.2. Raisons de l'accouchement à domicile

Les raisons les plus évoquées par les femmes pour justifier l'accouchement à domicile étaient la survenue inopinée du travail (44%) et l'éloignement de la structure sanitaire (26%). Le tableau 3 montre la répartition en fonction des raisons évoquées par les femmes pour expliquer l'accouchement à domicile.

Tableau III : Répartition des femmes enquêtées selon les raisons justifiant l'accouchement à domicile dans le district sanitaire de Kolda (n=626)

Raisons de l'accouchement à domicile	Fréquences	
	Absolues (n)	Relatives (%)
Eloignement de la structure de santé	160	25,5
Manque de moyen de transport	21	3,4
Routes impraticables	3	0,5
Difficultés financières	119	19,0
Surprise par le début du travail	274	43,8
Refus du conjoint	8	1,3
Croyances traditionnelles/culturelles	17	2,7
Autres	24	3,8
Total	626	100

4.2.Partie analytique

4.2.1. Analyse bivariée

4.2.1.1. Lien entre les facteurs prédisposants et l'accouchement à domicile

❖ *Age*

La proportion de femmes de plus de 20 ans accouchant à domicile était de 71,1% contre 28,9% pour les moins de 20 ans. Cependant, l'âge de la mère n'a pas de lien statistiquement significatif avec le fait d'accoucher à domicile ($p=0,34$).

❖ *Niveau d'instruction*

Parmi les femmes analphabètes, 48,4% ont accouché à domicile contre 16% chez celles qui ont un niveau secondaire ou supérieur. Il existe un lien significatif entre l'accouchement à domicile et le niveau d'instruction ($p = 8,51.10^{-12}$).

❖ *Parité*

L'accouchement à domicile était plus fréquent chez les multipares avec 53,5% contre 14,7% chez les primipares. Il y'a un lien significatif entre la parité et l'accouchement à domicile ($p= 1,24.10^{-06}$).

Le tableau 4 montre les liens entre les facteurs personnels (prédisposants) et l'accouchement à domicile.

Tableau IV : Résultat de l'analyse bivariée des déterminants de l'accouchement à domicile selon les facteurs prédisposants des femmes enquêtées dans le district sanitaire de Kolda (n=1445)

Facteurs prédisposants		Accouchement à domicile (Oui) N (%)	P-value
Age	≤ 20 ans	176 (28,9)	0,34
	>20 ans	433 (71,1)	
Niveau d'instruction	Aucun	452 (48,4)	8,51.10 ⁻¹²
	Primaire	156 (43,2)	
	Secondaire/Supérieur	22 (16,1)	
Parité	1 accouchement	93 (14,7)	1,24.10 ⁻⁰⁶
	2-3 accouchements	201 (31,8)	
	≥4 Accouchements	338 (53,5)	

4.2.1.2. Lien entre les facteurs facilitants et l'accouchement à domicile

❖ *Activité génératrice de revenus*

Les femmes exerçant une AGR ont accouché à domicile dans 45,1% des cas. Cependant, l'activité génératrice de revenus n'a pas de lien significatif avec l'accouchement à domicile ($p=0,54$).

❖ *Revenu du ménage*

L'accouchement à domicile était plus fréquent chez les femmes dont les conjoints gagnaient moins de 50.000 FCFA par mois (50,4%). Il y avait un lien statistiquement significatif entre l'accouchement à domicile et le revenu du chef de ménage avec une probabilité égale à $2,32.10^{-06}$.

❖ *Niveau de bien-être économique*

Parmi les femmes appartenant au groupe des « très pauvres », 56,6% ont accouché à domicile. Cette proportion passe à 27,2% pour les « riches ». Il existe un lien significatif entre le niveau de bien-être économique et l'accouchement à domicile avec un p value égal à $2,78.10^{-10}$.

❖ *Distance entre le domicile et la structure sanitaire la plus proche*

Les femmes qui habitaient à moins de 5 km d'un établissement de santé ont été 30% à accoucher à domicile. Cette proportion passe à 68,3% chez celles qui vivaient à plus de 15 km de la structure la plus proche. Il y'a un lien significatif entre l'accouchement à domicile et la distance à la structure sanitaire la plus proche ($<2.2.10^{-16}$).

❖ *Temps pour se rendre à la structure sanitaire la plus proche*

Les femmes qui mettaient plus d'une heure pour accéder à la structure sanitaire la plus proche sont 62,3% à accoucher à domicile contre 27% pour celles qui mettaient moins de 15 minutes. La durée du trajet entre le domicile et la structure sanitaire a un lien significatif avec l'accouchement à domicile.

Le tableau 5 montre les liens entre les facteurs d'accessibilité (facilitants) et l'accouchement à domicile.

Tableau V : Résultats de l'analyse bivariée des déterminants de l'accouchement à domicile selon les facteurs facilitants dans le district sanitaire de Kolda (n=1445)

Facteurs facilitants		Accouchement à domicile Oui N (%)	P-value
Activité génératrice de revenus	Oui	334 (45,1)	0,54
	Non	296 (43,3)	
Revenu du chef de ménage (F CFA)	≤ 50.000	356 (50,4)	2,32.10 ⁻⁰⁶
	> 50.000	257 (37,6)	
Niveau de bien-être économique	Très pauvre	258 (56,6)	2,78.10 ⁻¹⁰
	Pauvre	171 (46,0)	
	Moyen	133 (40,2)	
	Riche	64 (27,2)	
Distance domicile-structure de santé la plus proche	Moins de 5 km	234 (30,0)	<2.2.10 ⁻¹⁶
	Entre 5 et 10 km	167 (61,9)	
	Entre 10 et 15 km	71 (60,2)	
	Plus de 15 km	56 (68,3)	
Temps pour se rendre dans la structure de soins	Moins de 15 min	151 (27,0)	<2.2.10 ⁻¹⁶
	Entre 15 et 30 min	58 (37,4)	
	Entre 30 min et 1h	92 (51,4)	
	Plus d'une heure	254 (62,3)	

4.2.1.3. Lien entre les services de besoins et l'accouchement à domicile

❖ *Connaissances des femmes sur la santé maternelle*

La connaissance des femmes sur la santé de la mère en l'occurrence le nombre de CPN à effectuer, la période de la première CPN ainsi que la connaissance du médicament contre l'anémie a un lien significatif avec l'accouchement à domicile. La proportion des femmes accouchant à domicile diminuait au fur et à mesure que leur connaissance sur la santé de la mère était grande.

❖ *Pratique des CPN*

Les consultations prénatales ont un lien significatif avec l'accouchement à domicile. Les femmes dont la première CPN a été effectuée après le 4ème mois ont accouché à domicile dans 78,2% des cas.

De même, 92,5% des femmes ayant accouché à domicile ont effectué moins de quatre (04) CPN.

❖ *Préparation de l'accouchement*

La préparation de l'accouchement a également un lien significatif avec l'accouchement à domicile. Plus la préparation de l'accouchement est bonne, moins les femmes accouchaient à domicile. Ainsi, la proportion de femmes ayant accouché à domicile est passé de 52,8% à 23,7% si les femmes ont été bien préparées à l'accouchement.

Le tableau 6 montre les liens entre les facteurs de besoins et l'accouchement à domicile.

Tableau VI : Résultats de l'analyse bivariée des déterminants de l'accouchement à domicile selon les facteurs de besoins

Facteurs de besoins		Accouchement à domicile Oui N (%)	P-value
Connaissance du nombre de CPN à effectuer pendant la grossesse	Oui	235 (50,1)	0,0002
	Non	358 (39,5)	
Connaissance de la période à laquelle effectuer la CPN1	Oui	443 (16,2)	2,91.10 ⁻⁰⁷
	Non	169 (56,7)	
Connaissance de l'intérêt du FAF durant la grossesse	Oui	556 (88,8)	6.39.10 ⁻⁰⁹
	Non	70 (11,2)	
Programme de sensibilisation en santé maternelle	Oui	304 (48,2)	0,007
	Non	326 (51,7)	
Période CPN1 effectuée	< 4mois	94 (21,8)	8,48.10 ⁻⁰⁷
	≥ 4 mois	338 (78,2)	
Nombre de CPN effectuées	< 4 CPN	394 (92,5)	3,81.10 ⁻¹⁴
	≥ 4 CPN	32 (7,5)	
Préparation à l'accouchement	Absence	438 (52,8)	2,36.10 ⁻¹⁶
	Moyenne	117 (38,2)	
	Bonne	68 (23,7)	

4.2.2. Analyse multivariée

La régression logistique simple a permis de retenir les facteurs de risque de l'accouchement à domicile.

❖ *Facteurs prédisposants*

L'accouchement à domicile a un lien significatif avec la parité. En effet, l'accouchement à domicile était plus fréquent chez les multipares avec $OR=1,68$ [$1,07-2,64$], chez les femmes dont la parité est comprise entre 2 et 3 et $OR=1,87$ [$1,19-2,94$], chez les grandes multipares (plus de 4 accouchements).

❖ *Facteurs facilitants*

L'accouchement à domicile est également lié à deux éléments des facteurs d'accessibilité : le niveau de vie du ménage et l'éloignement de la structure sanitaire. Les femmes qui ont un niveau de vie moyen étaient moins exposées à l'accouchement à domicile que les très pauvres ($OR=0,6$ [$0,39-0,91$]).

Une distance supérieure à 5km a été retrouvée comme facteur de risque avec $OR= 2,43$ [$1,46-4,02$], de même qu'un trajet de plus de 30 minutes pour atteindre la structure sanitaire la plus proche ($1,52$ [$0,89-2,6$]).

❖ *Facteurs de besoins*

Enfin, l'accouchement à domicile est lié à deux éléments des facteurs de besoins : le nombre de CPN effectuées et la préparation à l'accouchement.

Les femmes ayant effectuées au moins 4 CPN avaient moins de risque d'accoucher à domicile avec un OR ajusté significatif de 0,37 [0,23-0,59]. De même, le risque d'accoucher à domicile diminuait avec la préparation à l'accouchement. Les femmes ayant bénéficié d'une bonne préparation à l'accouchement étaient protégées de l'accouchement à domicile avec un OR=0,26 [0,17-0,41].

Le tableau 7 rapporte les facteurs liés à l'accouchement à domicile chez les femmes ayant accouché de Février 2013 à Janvier 2014 dans la région de Kolda.

Tableau VII : Résultats de l'analyse multivariée des déterminants de l'accouchement à domicile dans le district sanitaire de Kolda (n=1445)

Déterminants	p-value	OR ajusté (IC)
Parité		
1 Accouchement		1
2-3 Accouchements	0,025	1,68 [1,07-2,64]
≥4 Accouchements	0,007	1,87 [1,19-2,94]
Bien être économique du ménage		
Très pauvre		1
Pauvre	0,389	0,84 [0,57-1,24]
Moyen	0,016	0,6 [0,39-0,91]
Riche	0,16	0,71 [0,44-1,15]
Distance de la structure de santé la plus proche		
Moins de 5 km		1
Entre 5 et 10 km	<0,001	2,43 [1,46-4,02]
Entre 10 et 15 km	0,04	2,02 [1,03-3,97]
Plus de 15 km	0,006	3,07 [1,38-6,83]
Temps pour se rendre dans la structure		
Moins de 15 min		1
Entre 15 et 30 min	0,862	1,05 [0,61-1,81]
Entre 30 min et 1h	0,123	1,52 [0,89-2,6]
Plus d'une heure	0,003	2,23 [1,31-3,80]
Nombre de CPN effectuées		
< 4 CPN		1
≥ 4 CPN	<0,001	0,37 [0,23-0,59]
Préparation à l'accouchement		
Absence		1
Moyenne	0,027	0,66 [0,46-0,95]
Bonne	<0,001	0,26 [0,17-0,41]

5. DISCUSSION

Notre étude a montré que la prévalence de l'accouchement à domicile dans l'échantillon était de 43,8%. Les différents facteurs liés à l'accouchement à domicile étaient : la parité, le niveau de bien-être économique du ménage, l'accessibilité géographique de la structure sanitaire, le nombre de CPN effectués et la préparation à l'accouchement.

5.1. Accouchement à domicile

Sur les 1445 femmes enquêtées, 633 (soit 43,8%) ont accouché à domicile. Ce résultat montre une diminution de l'accouchement à domicile dans la région de Kolda où il était de 57% en 2011 [2]. Néanmoins, cette proportion est largement supérieure à la moyenne nationale qui était de 27% en 2011 [2].

Ceci témoigne de l'importance qu'il faut donner aux programmes de sensibilisation en santé et, plus particulièrement, en santé de la reproduction afin de pouvoir ramener les femmes à accoucher dans les structures de santé, de préserver leur survie et celle de leurs enfants.

Le début inopiné du travail, l'éloignement de la structure de santé et les difficultés financières étaient les principales raisons évoquées par les femmes pour justifier l'accouchement à domicile. Ces mêmes raisons ont été retrouvées chez d'autres auteurs [69,78].

5.2. Facteurs prédisposants

Le niveau d'instruction de la femme est un facteur déterminant dans le choix du lieu d'accouchement. Nos résultats nous montrent qu'il y a un lien significatif entre le niveau d'instruction de la femme et son lieu d'accouchement. Les femmes qui avaient un niveau scolaire secondaire ou supérieur avaient moins de risque d'accoucher à domicile que celles qui n'ayant pas bénéficié d'une formation scolaire.

Ceci peut s'expliquer par le fait que les femmes instruites ont une meilleure connaissance des risques liés à l'accouchement non médicalement assisté, car elles ont un meilleur accès à l'information. Ces femmes ont également une meilleure connaissance des structures de santé et bénéficient d'un plus grand pouvoir de décision que les femmes non instruites comme l'atteste l'étude de Furuta et al, 2006 [42].

La parité est aussi déterminante dans le choix du lieu d'accouchement. Notre étude a révélé que le risque d'accoucher à domicile augmente avec la parité. Il est probable que les primipares soient plus inquiètes par rapport à leur état tandis que les multipares soient confiantes grâce à l'expérience accumulée dans le passé. Elles pensent avoir une certaine expérience de l'accouchement et ne la considèrent plus comme une épreuve dangereuse pouvant menacer leur vie. Des explications peuvent aussi être recherchées sur la qualité des accouchements antérieurs, car une mauvaise expérience ou le manque d'intimité peuvent freiner la fréquentation des services de santé. Ces résultats rejoignent ceux de Diallo et al dans une étude faite en République de Guinée [79] et ceux de Faye et Al [37].

5.3.Facteurs facilitants

Les activités principales des enquêtées étaient le ménage et le petit commerce. Cependant, la pratique d'une activité génératrice de revenus n'influence pas le lieu d'accouchement comme le montre aussi l'étude de Vroh et al, 2012 [80]. De même que l'AGR, le revenu du ménage ne conditionne pas le choix du lieu d'accouchement. La gratuité de l'accouchement dans les structures sanitaires peut expliquer cette situation [71].

Nos résultats montrent que le niveau de bien-être économique a une influence sur le choix du lieu d'accouchement. Les femmes des ménages les plus nantis avaient un faible risque d'accoucher à domicile. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les ménages ayant un meilleur niveau de vie sont plus modernes et donc plus réceptifs avec les services sanitaires.

Par contre, celles qui résident dans des ménages pauvres sont plus exposées au risque de ne pas recourir aux services de maternité, car elles vivent dans des milieux défavorisés et ne jouissent pas d'autonomie financière et décisionnelle. Ces résultats rejoignent ceux de Bolam et al [81].

La distance et le temps mis pour rejoindre la structure sanitaire a une influence sur le choix du lieu d'accouchement comme le montrent nos résultats. Plus la distance et le temps mis pour accéder à la structure sanitaire la plus proche est importante (plus de 5 km ou plus d'une heure), plus il y'a de risques d'accoucher à domicile. Cela peut s'expliquer par le fait que l'éloignement de la structure sanitaire nécessite des moyens de transport et donc plus de moyens financiers. Vingt-neuf (29%) % des femmes enquêtées estiment qu'elles mettent plus d'une heure pour aller à la structure sanitaire la plus proche, ce qui peut être dissuasif pour accoucher dans une structure sanitaire surtout si les femmes enceintes ont été surprises par le début du travail, comme rapporté par 44% des femmes enquêtées. Ces résultats vont dans le même sens que ceux trouvés par Thaddeus et al, 1994 [57].

5.4.Facteurs de besoins

Le nombre de CPN effectuées influe sur le choix du lieu d'accouchement. Notre étude a retrouvé que les femmes qui en ont effectué au moins 4 ont plus tendance à accoucher dans une formation sanitaire. Plusieurs études ont montré des résultats similaires [37,69]. En effet, les consultations prénatales ont un rôle prépondérant dans le choix du lieu d'accouchement du fait que le personnel de santé peut sensibiliser les femmes sur les dangers de l'accouchement à domicile. Le contact avec un personnel qualifié pourrait aussi augmenter les connaissances sur l'accouchement par l'éducation à la santé. Aussi, ces CPN peuvent les familiariser avec les établissements sanitaires et la qualité des soins reçus les mettront plus en confiance pour venir y accoucher comme le montre l'étude de Gage et al, 2006 [54].

La préparation de l'accouchement a également un lien significatif avec l'accouchement à domicile. Les femmes ayant bénéficié d'une bonne préparation de l'accouchement sont plus susceptibles d'accoucher dans une structure sanitaire. Dans notre travail, 58% des femmes n'ont pas bénéficié de préparation de l'accouchement et elles ont été 43,8% à accoucher à domicile. En effet, l'identification de la structure sanitaire où doit se dérouler l'accouchement et celle de la personne qui doit le réaliser permet à la femme d'avoir de plus amples informations sur la grossesse, particulièrement sur la période d'accouchement. L'effet de surprise de l'accouchement est en effet souvent responsable d'accouchement à domicile [82]. Ces résultats rejoignent ceux de Faye et al, 2010 [69].

Un accent particulier devrait être mis sur la préparation de l'accouchement lors des CPN. Mais, cela suppose que les prestataires de soins soient assez outillés pour le faire, ce qui n'est pas souvent le cas. Ces aspects devraient être pris en compte lors de la formation [83]. La préparation de l'accouchement peut être entravée par la position de la femme dans la société. Son pouvoir limité dans le ménage ne lui donne pas la capacité de négocier et de prendre certaines décisions [82]. Elle est aussi souvent très mal vue dans ces sociétés, car considérée comme une interférence avec la volonté divine.

Notre étude présente certaines limites. La prévalence de l'accouchement à domicile a été mesurée chez des femmes vivantes, alors que les décès maternels sont importants, surtout chez les femmes ayant accouché à domicile. Cela peut entraîner une sous-estimation de la prévalence de l'accouchement à domicile.

CONCLUSION

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'accouchement à domicile désigne un accouchement qui survient en dehors d'une structure sanitaire, le plus souvent à la maison en l'absence de personnel de la profession médicale tels que sage-femme, gynécologue, obstétricien. Il constitue un problème de santé publique dans les pays en développement car pouvant mettre en jeu la vie de la mère et de l'enfant à naître. Au Sénégal, l'accouchement à domicile est un phénomène très répandu, surtout en zone rurale, du fait de la pauvreté. Ainsi, une politique de gratuité des soins obstétricaux a été mise en œuvre dans toutes les régions du pays. Malgré tout, cette pratique est encore très répandue au Sénégal, surtout dans la région de Kolda. La connaissance des facteurs qui contribuent à l'accouchement à domicile est très importante pour lutter contre ce fléau.

Dans cette perspective, nous nous sommes fixé comme objectif dans le cadre de cette étude d'identifier les déterminants de l'accouchement à domicile en situation de gratuité des soins obstétricaux au niveau de la région de Kolda.

Pour réaliser ce travail, une étude transversale, descriptive et analytique a été menée dans la région de Kolda. Elle concernait les femmes ayant accouché entre le 01 Février 2013 et le 31 Janvier 2014 dans le district sanitaire de Kolda. Nous avons interrogé 1442 femmes après tirage au sort. Les données ont été collectées à domicile à l'aide d'un questionnaire, lors d'un entretien individuel avec consentement de la femme. L'analyse des données a été faite grâce au logiciel R.

Parmi les femmes interviewées 43,8% ont accouché à domicile. Seules 14% d'entre elles ont été assistées par un personnel qualifié.

La moyenne d'âge des femmes interrogées étaient de 25,4 ans (± 6.5 ans) avec des extrêmes allant de 14 à 48 ans. Les femmes de plus de 20 ans étaient majoritaires à 70%. La majorité des femmes (65%) n'était pas scolarisée. Les multipares représentaient 80 % des enquêtées.

Les femmes de l'enquête étaient sans activité génératrice de revenus dans 51,8% des cas, celles dont les chefs de ménage gagnaient moins de 50000 FCFA constituaient la moitié d'entre-elles et 34% des femmes enquêtées appartenaient au quintile de bien-être économique pauvre. Parmi les femmes interviewées, 38% résidaient à plus de 5km de la structure sanitaire la plus proche, 39% d'entre elles mettaient moins de 15 mn pour se rendre à cette structure avec les moyens de transport habituels.

Sur l'ensemble des femmes enquêtées, 66% connaissaient le nombre de CPN à effectuer durant la grossesse, 79% connaissaient la période à laquelle débiter les CPN et 93% connaissaient l'intérêt du FAF durant la grossesse. La majorité des femmes enquêtées (70%) avaient réalisé leur CPN1 avant le 4^{ème} mois. Cependant, elles n'étaient que 19% à avoir effectué les quatre CPN recommandées. Un peu plus de la moitié des femmes (52,6%) avaient assisté aux programmes de sensibilisation en santé maternelle. 20% des enquêtées ont eu à faire une bonne préparation à l'accouchement.

Les déterminants majeurs associés à l'accouchement à domicile étaient : la parité (OR=1,68 [1,07-2,64]), le niveau de bien-être économique (OR = 0,6 [0,39-0,91]), la distance (OR = 3,07 [1,38-6,83]), et le temps (OR=2,23 [1,31-3,80]) mis pour rejoindre la structure sanitaire la plus proche, le nombre de CPN effectuées (OR = 0,37 [0,23-0,59]) et la préparation de l'accouchement (OR=0,26 [0,17-0,41]). En effet, l'accouchement à domicile a un lien statistiquement significatif avec la parité. Les primipares ont moins tendance à accoucher à domicile contrairement aux multipares (surtout si elles ont eu plus de 4 accouchements).

De même le bien-être économique du ménage influe sur le choix du lieu d'accouchement. Les femmes ayant un niveau de vie élevé sont moins sujettes d'accoucher à domicile que les pauvres. L'accessibilité géographique de la structure sanitaire conditionne aussi le lieu d'accouchement. Les femmes résidant à plus de 5 km ou plus de 15 minutes des structures sanitaires sont plus à accoucher à domicile. Enfin, il existe un lien significatif entre l'accouchement à domicile et deux éléments des services liés aux structures de santé : le nombre de CPN effectués et la préparation à l'accouchement. Les femmes ayant effectué au moins 4 CPN et celles qui ont eu une bonne préparation à l'accouchement ont plus tendance à accoucher dans une structure sanitaire.

Au vu de ces résultats, nous pouvons affirmer que l'accouchement à domicile est du ressort de facteurs socioculturels, économiques et sanitaires.

Au terme de notre étude, nous formulons des recommandations qui, exploitées, seraient de nature à augmenter l'accouchement dans les structures sanitaires en présence d'un personnel qualifié dans la région de Kolda.

A l'endroit du ministère de la Santé et de l'action Sociale :

- Renforcer le personnel qualifié en zone rurale ;
- Augmenter le nombre de structures sanitaires en zone rurale et relever leur plateau médical ;
- Renforcer les techniques de communication dans la sensibilisation ; des femmes sur l'importance des CPN et de l'accouchement en structure hospitalière.
- Former les prestataires de soins sur l'accouchement à style libre

A l'endroit du ministère de l'éducation nationale :

- Favoriser la scolarisation et le maintien des jeunes filles à l'école ;

A l'endroit du ministère de la justice

- Lutter contre les mariages précoces

A l'endroit du ministère des infrastructures et transports routiers :

- Améliorer l'état du réseau de transport routier pour faciliter l'accès aux structures sanitaires.

A l'endroit du ministère de finances, des Partenaires Techniques et Financiers :

- Apporter l'appui technique et financier aux populations, leur permettant d'augmenter leur niveau de vie.

A l'endroit de la région médicale de Kolda :

- Mener des activités de formation pour les prestataires du district de Kolda en vue de renforcer leur capacité à sensibiliser les femmes, surtout les multipares, sur l'importance d'effectuer au moins 4 CPN et d'éviter l'accouchement à domicile ;
- Etablir un important contact entre les agents de santé et la population, ce qui permet d'ouvrir le dialogue, de forger des liens de confiance entre la communauté et l'établissement de santé et ainsi améliorer la perception de la qualité des soins qui dépend du rapport entre les agents de santé et la communauté.

A l'endroit du district sanitaire de Kolda :

- Renforcer la mise en œuvre du programme Bajenu Gox ;
- Inciter le réseau des relais, en collaboration avec les Bajenu Gox à :

- Effectuer des visites à domicile, pour informer les femmes sur l'importance de la précocité des CPN et l'importance d'en effectuer au moins quatre au cours de la grossesse ;
- Effectuer ces visites avec des unités mobiles à périodicité régulière ;
- Renforcer la sensibilisation des femmes sur l'importance d'effectuer au moins quatre CPN, sur les risques de l'accouchement à domicile et sur le respect des conseils des prestataires de soins.

A l'endroit des prestataires de soins :

- Améliorer la disponibilité et la qualité de l'accueil des patientes ;
- Communiquer avec la patiente afin de la fidéliser ;
- Expliquer les risques liés à l'accouchement à domicile autant pour la femme que pour le nouveau-né ;
- Eviter d'accoucher les femmes à domicile.

A l'endroit des femmes en âge de procréer :

- Respecter les 4 CPN recommandées ;
- Eviter l'accouchement à domicile et opter pour un accouchement en milieu hospitalier ;
- Suivre les conseils des prestataires de soins.

La connaissance de l'ampleur de la proportion de femmes accouchant à domicile et ses facteurs de risque chez les femmes dans le district sanitaire de Kolda est importante. Il s'avère donc capital d'utiliser les résultats de cette étude pour développer et mettre en œuvre des stratégies afin de réduire considérablement la proportion de femmes accouchant à domicile.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Organisation Mondiale de la Santé.** Rapport sur la mortalité maternelle. Aide-mémoire n°348. Genève : OMS ; 2014.
2. **Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal.** Enquête Démographique et Sanitaire. Dakar. 2010-2011, 520p
3. **BA E, KA T.** Place of delivery among women who had antenatal care in a teaching hospital. *Acta Obstet Gynecol Scand* 86:627–30. 2007
4. **Faye SL.** Devenir mère au Sénégal : des expériences de maternité entre inégalités sociales et défaillances des services de santé. *Sante* 18:175–83. 2008.
5. **Haddad S, Noutgara A, Ridde V.** Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso. *Revue Santé, Société et Solidarité* 2:199–211. 2004
6. **Organisation des Nations Unies.** Objectifs du Millénaire pour le Développement, Rapport 2013. 2013; 63p
7. **Witter S, Armar-Klemesu M, Dieng T.** National fee exemption schemes for deliverie: comparing the recent experiences of Ghana and Senegal. *Studies in health services organisation and policy series.* ITG Press, Antwerp. 2008

- 8. Centre d'Information Régional des Nations Unies (UNRIC). ODD 3 :**
Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. 2015. Disponible sur : <http://www.unric.org/fr/actualite/3652-objectif-de-developpement-durable-3-permettre-a-tous-de-vivre-en-bonne-sante-et-promouvoir-le-bien-etre-de-tous-a-tout-age> (consulté le 28Septembre 2016)
- 9. Merger R, Lévy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique. Elsevier/Masson. Mai 2008.
- 10. Tchango Ngale GA.** L'accouchement à domicile au Cameroun, disparités spatiales et essai d'explication. 7eme Conférence Africaine sur la Population. Johannesburg (Afrique Du Sud). 30 Nov – 4 Dec, 2015.
- 11. Family Care International.** Skilled Care During Childbirth: Livret d'information . New York, FCI. 2002.
- 12. Organisation Mondiale de la Santé,** Fond des Nations Unies pour la Population et Fond des Nations Unies pour l'Enfance. Accoucheuses Traditionnelles : Déclaration conjointe, OMS, Genève (Suisse), 1993.
- 13. Fonds des Nations unies pour la Population (UNFPA).** Mise à jour 2004 sur la mortalité maternelle: accoucher en de bonnes mains. New York, UNFPA, 2004.
- 14. Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA).** Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), Rapport Final. 1994.

15. Politiques et normes de services de Santé de la Reproduction. Dakar.

Non daté. Disponible sur :

<http://advancefamilyplanning.org/resource/politiques-normes-et-protocoles-pnp-en-santé-de-la-reproduction-sénégal-fr> (consulté le 19 Avril 2017).

16. Organisation Mondiale de la Santé. Réduction de la mortalité maternelle : Déclaration commune OMS/UNFPA/UNICEF. Genève, OMS. 1999

17. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet 367(9516):1066-74. 2006.

18. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J et al. Global Causes of Maternal Death: A World Health Organization Systematic Analysis. Lancet Global Health. 2014; 2 (6): e323-e333. Lancet. 2014.

19. Centre Régional de Formation, de Recherche et de Plaidoyer en Santé de la Reproduction CEFOREP. Prévenir la mortalité maternelle par les soins obstétricaux d'urgence. Etude Régionale dans 4 pays (Mali, Burkina Faso, Sénégal, Bénin). Dakar: CEFOREP/SARA/USAID/SAGO ; 1998, 8p.

20. Organisation Mondiale de la Santé. Cibles et stratégies pour mettre un terme aux décès maternels évitables. Genève : OMS ; 2014.

21. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'élevage. Rapport final 2013. Dakar : ANSD/FNUAP/USAID ; Sept 2014

- 22. Maine D, Z Akalin M, Ward V M, Kamara A.** The design and evaluation of maternal mortality programs, New York, Center for population and family health school of public Health, Columbia University. 1997. 170p
- 23. Organisation des Nations Unies. Rapport sur la Conférence Internationale sur le Développement et la Population,** Le Caire 5-13 Septembre 1994. New York: Nations Unies; 1995. p 55-57.
- 24. Ouattara A.** Santé de la Reproduction, Quelle stratégie pour la maternité sans risque au Burkina. L'hebdo du Burkina, Juin 2002,164 :10-15.
- 25. Diallo FB.** Problèmes médicaux et socioculturels de l'inadéquation entre les taux de consultations prénatales et d'accouchements assistés dans les 4 régions naturelles de la Guinée. Médecine d'Afrique Noire 1999;46(1).
- 26. Global strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health,** 2016-2030, New York: United Nations; 2015.
- 27. Ndiaye, Salif, et Mohamed Ayad.** Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 2005. Calverton, Maryland, USA : Centre de Recherche pour le Développement Humain [Sénégal] et ORC Macro. 2006.
- 28. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)** [Sénégal], et ICF International. Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2014). Rockville, Maryland, USA : ANSD et ICF International. 2015
- 29. Burgard S.** Race and pregnancy-related care in Brazil and South Africa. Soc Sci Med 2004, 59(6):1127-1146. 2004

- 30. Ikamari, D E.** Maternal health care utilisation in Teso District. African Journal of Health Sciences, Volume 11, n°1-2, 2004
- 31. Gyimah SO, Takyi BK, Addai I.** Challenges to the reproductive health needs of African women: on religion and maternal health utilization in Ghana. Soc Sci Med 2006, 62(12):2930-2944. 2006
- 32. Nwakoby BN:** Use of obstetric services in rural Nigeria. J R Soc Health, 114(3):132-136. 1994
- 33. Letamo G, Rakgoasi SD.** Factors associated with non-use of maternal health services in Botswana. J Health Popul Nutr 2003, 21(1):40-47.
- 34. Stekelenburg J, Kyanamina S, Mukelabai M, Wolffers I, van Roosmalen J.** Waiting too long: low use of maternal health services in Kalabo, Zambia. Trop Med Int Health 2004, 9(3):390-398.
- 35. Stephenson R, Baschieri A, Clements S, Hennink M, Madise N.** Contextual influences on the use of health facilities for childbirth in Africa. Am J Public Health 2006, 96(1):84-93.
- 36. Nkurunziza M.** Accouchement en structures de soins au Burundi : vers la compréhension d'un paradoxe sanitaire. Non daté. Disponible sur : <http://iussp2009.princeton.edu/papers/90140> (consulté le 10 Octobre 2016)

- 37. Faye A, Faye M, Ba IO, Ndiaye P, Tal-Dia A.** Facteurs déterminant le lieu d'accouchement chez des femmes ayant bénéficié au moins d'une consultation prénatale dans une structure sanitaire (Sénégal). *Revue d'Epidémiologie et de Sante Publique* 58 (2010) 323–329.
- 38. Mbonye AK.** Risk factors associated with maternal deaths in health units in Uganda. *Afr J Reprod Health* 2001; 5(3):47–53.
- 39. Friedman SH, Heneghan A, Rosenthal M.** Characteristics of women who do not seek prenatal care and implications for prevention. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009; 38(2):174–81.
- 40. Navaneetham K, Dharmalingam A:** Utilization of maternal health care services in Southern India. *Soc Sci Med* 2002, 55(10):1849-1869
- 41. Munyemana M, Kakoma JB.** Facteurs influençant le lieu d'accouchement dans le district de Nyaruguru (province du sud du Rwanda). *Revue Médicale Rwandaise*. Décembre 2010, Vol. 68 (4)
- 42. Furuta M, Salway S.** Women's position within the household as a determinant of maternal health care use in Nepal. *International Family Planning Perspectives*. 2006. 32 (1): 17-27.
- 43. Elo IT:** Utilization of maternal health-care services in Peru: the role of women's education. *Health Transit Rev* 1992, 2(1):49-69.
- 44. Gabrysch S, Campbell O.** Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009.

- 45. Magadi M, Diamond I, Rodrigues RN:** The determinants of delivery care in Kenya. *Soc Biol* 2000, 47(3-4):164-188.
- 46. Marston C, Cleland J:** Do unintended pregnancies carried to term lead to adverse outcomes for mother and child? An assessment in five developing countries. *Popul Stud (Camb)* 2003, 57(1):77-93.
- 47. Raghupathy S.** Education and the use of maternal health care in Thailand. *Social Science and Medicine*. 1996. 43 (4): 459-471.
- 48. Erny P.** Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique Noire. Naissance et première enfance, Editions l'Harmattan, Paris. 1988. 355p.
- 49. Laburthe-Tolra P.** Initiations et Sociétés Secrètes au Cameroun. Essai sur la religion Beti, Karthala Editions. 1985. 437p.
- 50. Beninguisse G, Nikiema B, Fournier P et al.** L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique. *Etude de la population africaine*. 2004. Supplément B du vol.19: 243–66.
- 51. Duong DV, Binns CW, Lee AH.** Utilization of delivery services at the primary health care level in rural Vietnam. *Soc Sci Med* 2004, 59(12):2585-2595
- 52. Pebley AR, Goldman N, Rodriguez G.** Prenatal and delivery care and childhood immunization in Guatemala: do family and community matter? *Demography* 1996, 33(2):231-247.

- 53. Sharma SK, Sawangdee Y, Sirirassamee B.** Access to health: women's status and utilization of maternal health services in Nepal. *J Biosoc Sci* 2007, 39(5):671-692.
- 54. Gage AJ, Guirle Calixte M.** Effects of the physical accessibility of maternal health services on their use in rural Haiti. *Popul Stud (Camb)* 2006, 60(3):271-288.
- 55. Celik Y, Hotchkiss DR.** The socio-economic determinants of maternal health care utilization in Turkey. *Soc Sci Med* 2000, 50(12):1797-1806.
- 56. Mekonnen Y, Mekonnen A.** Factors influencing the use of maternal healthcare services in Ethiopia. *J Health Popul Nutr* 2003, 21(4374-382 [http://www.icddrb.org:8080/images/jhpn2104_factor-influencing.pdf].
- 57. Thaddeus S, Maine D.:** Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med* 1994, 38(8):1091-1110.
- 58. Anwar I, Sami M, Akhtar N, Chowdhury M.E, Salma U, Rahmanc et al.** Inequity in maternal health-care services: evidence from home-based skilled-birth-attendant programmes in Bangladesh. *Bulletin of the World Health Organization* 2008; 86:252–259.
- 59. Amooti-Kaguna B, Nuwaha F:** Factors influencing choice of delivery sites in Rakai district of Uganda. *Soc Sci Med* 2000, 50(2):203-213.

- 60. Pison G, Kodio B, Guyavarch E, Etard JF.** La mortalité maternelle en milieu rural au Senegal. *Population (Paris)* 2000; 55(6):1003–18.
- 61. Pearson L, Shoo R.** Availability and use of emergency obstetric services: Kenya, Rwanda. Southern Sudan and Uganda International. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 88(2):208–15.
- 62. Gage AJ.** Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali. *Soc Sci Med* 2007, 65(8):1666-1682.
- 63. Stekelenburg J, Kyanamina S, Mukelabai M, Wolffers I, van Roosmalen J.** Waiting too long: low use of maternal health services in Kalabo, Zambia. *Trop Med Int Health* 2004; 9(3):390-398.
- 64. Phoxay C, Okumura J, Nakamura Y, Wakai S:** Influence of women's knowledge on maternal health care utilization in southern Laos. *Asia Pac J Public Health* 2001, 13(113-19 [<http://aph.sagepub.com/cgi/reprint/13/1/13>]).
- 65. Bazant E, Koenig M.** Women's satisfaction with delivery care in Nairobi's informal settlements international journal for quality in health care. *International Journal for Quality in Health Care*. 2009. 21(2):79-86.
- 66. Senarath U, Fernando DN, Rodrigo I.** Factors determining client satisfaction with hospital-based perinatal care in Sri Lanka. *Trop Med Int Health* 2006; 11:1442–51.

- 67. Harriott EM, Williams TV, Peterson MR.** Childbearing in US military hospitals: dimensions of care affecting women's perceptions of quality and satisfaction. *Birth* 2005; 32:4–10.
- 68. Amooti-Kaguna B, Nuwaha F.** Factors influencing choice of delivery sites in Rakai district of Uganda. *Soc Sci Med* 2000, 50(2):203-213.
- 69. Faye A, Wone I, Samb OM, Tal-Dia A.** Étude des facteurs contributifs de l'accouchement à domicile (Sénégal). *Bull. Soc. Pathol. Exot.* 2010 ; 103:246-251.
- 70. Ministère de la Santé et de la Promotion Médicale.** Evaluation des initiatives de subventions et du fonds social. Septembre 2007. Dakar. Disponible:
http://abtsn.com/documents/rapport_final_etude_initiative_de_subvention.pdf (consulté le 07 Décembre 2016)
- 71. Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP).** Améliorer la santé maternelle. Dakar. 2015. Disponible: http://www.ministerial-leadership.org/sites/default/files/events/event_files/French%20Senegal%20Country%20Spotlight.pdf (consulté le 07 Décembre 2016)
- 72. Andersen R, Newman J.** Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank memorial Fund quarterly Health and Society.* 1973. 51 : 95-124.

- 73. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)**
[Sénégal], Service Régional de la Statistique et de la Démographie de Kolda.
Kolda 2010 : Situation Economique et Sociale régionale 2010. Dakar ; Août
2011, p12-18.
- 74. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)**
[Sénégal], Service Régional de la Statistique et de la Démographie de Kolda
Kolda 2013 : Situation Economique et Sociale régionale 2013. Dakar :
ANSD/SRSD Kolda ; Avril 2015, p12-60.
- 75. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal.** Programme
D'Investissement Sectoriel 2011-2015. Dakar : Ministère de la Santé et de
l'Action Sociale ; 2012, 25p.
- 76. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)**
[Sénégal], Service Régional de la Statistique et de la Démographie de Kolda.
Kolda 2012 : Situation Economique et Sociale régionale 2012. Dakar :
ANSD/SRSD Kolda ; Août 2015, p97-102.
- 77. Hosmer DW, Lemeshow S.** Applied logistic regression. John Wiley, New
York, 1989.307p.
- 78. Leye MMM, Niang K, Diagne Camara M, Faye A, Ba A, Diongue M et
al.** Les déterminants des accouchements à domicile : étude transversale de
janvier à décembre 2010 dans le district sanitaire de Ranerou au Sénégal.
Journal de la SAGO, 2012, vol. 13, n°1

- 79. Diallo F, Diallo T, Sylla M, Onivogui F, Diallo M.C, Balde IS.** Problèmes médicaux et socioculturels de l'inadéquation entre les taux de consultations prénatales (CPN) et d'accouchements assistés dans les 4 régions naturelles de la Guinée. 2009. Disponible : <http://www.santetropicale.com> (consulté en Janvier 2017)
- 80. Vroh J, Tiembre I.** Epidemiology of induced abortion in Côte d'Ivoire. Santé Publique. 2012. 24 Spec No: 67-76
- 81. Bolam A, Manandhar DS, Shrestha P, Ellis M, Malla K, Costello AM.** Factors affecting home delivery in the Kathmandu Valley, Nepal. Health Policy Plan 1998; 13(2):152–8.
- 82. Nikièma B, Haddad S, Potvin L.** Women bargaining to seek healthcare: norms, domestic practices, and implications in rural Burkina Faso. World Dev 2008; 36:608–24.
- 83. Dujardin B.** Politiques de santé et attentes des patients : vers un dialogue constructif. Éditions Karthala, Éditions Charles Léopold Mayer, Paris. 2003

ANNEXES

ANNEXES

IDENTIFICATION		Num questionnaire			
REGION (1 : KOLDA, 2 : SEDHIOU)					
DISTRICT SANITAIRE (1:Kolda, 2: MYF, 3: Vélingara, 4 Sédhiou)					
NUMÉRO DE DR					
NUMÉRO DU QUESTIONNAIRE DANS LA DR					
DATE D'INTERVIEW JOUR / MOIS / ANNÉE	//.../.../ //.../.../ //.../.../.../				
NOM L'ENQUÊTEUR _____		Code			
NOM DU SUPERVISEUR _____		Code			
HEURE DE DEBUT DE L'ENQUETE : /.../.../HEURES /.../.../MINUTES					
QUALITE DE LA PERSONNE ENQUETEE : 1 MERE 2 AUTRE					
NOM DE LA MÈRE		NOM DE L'ENFANT _____			
ÂGE DE LA MÈRE/SUBSTITUT (EN ANNÉES)					
SEXE DE L'ENFANT INDEXE (1=M, 2=F)					
DATE DE NAISSANCE ENFANT		JJ	MM	AAAA	
ÂGE DE L'ENFANT (EN MOIS)		/.../.../.../ mois			
POIDS DE L'ENFANT A LA NAISSANCE		En kilogramme/.../.../.../			
		Ne sait pas			

Q01	Disposez-vous d'un carnet de santé ?		
	1. Oui, carnet disponible 2. Oui, carnet non disponible 3. Non		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q02	Votre enfant dispose t'il d'un carnet de vaccination ?		
	1. Oui, carnet disponible 2. Oui, carnet non disponible 3. Non		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q05	Quel est votre niveau de scolarisation ?		
	1 Aucun		<input type="checkbox"/>
	2 Primaire		
	3 Secondaire		
	4 Supérieur		
Q06	Avez-vous eu d'autres types de formation tels que ?		
	Q061	Enseignement professionnel	1. Oui 2. Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Q062	Ecole coranique	1. Oui 2. Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Q063	Alphabétisation en langues nationales	1. Oui 2. Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q07	Exercez vous une activité génératrice de revenus ?		
	PLUSIEURS REPONSES SONT POSSIBLES, LES NOTER TOUTES		
	Q071	Aucune	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Q072	Travail artisanal	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Q073	Culture de rente (produit source de revenu)	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Q074	Petit commerce/vendeuse	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Q075	Employée de maison (domestique)	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Q076	Emploi salarié	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Q077	Autre (préciser) _____	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q08	Revenu du chef ménage		
	Q081	Inférieur 50000	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Q082	50000 – 100 000	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Q083	100 000 – 200 000	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Q084	Supérieur 200 000	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q09	Profession chef de ménage		
	1. fonctionnaire		<input type="checkbox"/>
	2. Ouvrier/artisan		
	3. cultivateur/éleveur/pêcheur		
	4. commerçant/employé de commerce		
	5. élève/étudiant		
	6. ménagère		
	7. Chauffeur/routier		
	8. Militaire/corps habillés		
	9. Retraité		
	10. Autre		
Q010	Bien de type 1 disposé par le ménage		
	Q0101	Bicyclette	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Q0102	Mobylette/motocyclette	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Q0103	Voiture personnelle	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Q0104	Charrette/véhicule à traction animale	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Q0105	Bœufs	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Q0106</div> <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Q0106</div> <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Q0107</div> <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px;">Q0108</div>	Anes Mouton/chèvres Pirogues/filets de pêche Volaille	1.Oui 2.Non 1.Oui 2.Non 1.Oui 2.Non 1.Oui 2.Non	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></div>
Q011 Bien de type 2 disposé par le ménage			
<div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Q0111</div> <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Q0112</div> <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Q0113</div> <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Q0114</div> <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Q0115</div> <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Q0116</div> <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px;">Q0117</div>	Electricité Radio Télévision Téléphone portable Téléphone fixe Réfrigérateur Réchaud /cuisinière	1.Oui 2.Non 1.Oui 2.Non 1.Oui 2.Non 1.Oui 2.Non 1.Oui 2.Non 1.Oui 2.Non 1.Oui 2.Non	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></div>
Q012 Energie consommée par le ménage			
	1. Électricité 2. Gaz bouteille 3. Charbon de bois 4. Bois à bruler 5. Autre à préciser		<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div>
Q013 Provenance principale de l'eau de boisson			
	1. Eau de robinet 2. Puits à pompe/forage 3. Puits creuse 4. Eau de pluie 5. Eau de surface (fleuve/rivière) 5. Eau en bouteille 5. autre à préciser		<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div>
Q014 Type de toilette utilisé principalement par le ménage			
	1. Chasse 2. Latrine 3. Pas de toilette/brousse 4. autre à préciser		<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div>
Q015 Principal matériel du sol			
	1. Matériau naturel (terre/sable) 2. Matériau rudimentaire (planche de bois/bambou) 3. Matériau moderne (ciment/carreaux) 3. Autres		<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div>

QA02	Combien avez-vous de		
QA021	GROSSESSES		<input type="text"/>
QA022	ACCOUCHEMENTS		<input type="text"/>
QA023	AVORTEMENTS		<input type="text"/>
QA024	ENFANTS MORT-NES		<input type="text"/>
QA025	ENFANTS DECEDES ENTRE 0 ET 28 JOURS		<input type="text"/>
QA026	ENFANTS DECEDES		<input type="text"/>
QA027	ENFANTS VIVANTS		<input type="text"/>

QA03	Avez-vous effectué vos accouchements dans une structure sanitaire		
QA031	Premier	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA032	Deuxième	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA033	Troisième	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA034	Quatrième	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA035	Cinquième	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA036	Sixième	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA037	Septième	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA038	Huitième	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA039	Neuvième	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA0310	Dixième	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>

QA06	Selon vous combien de CPN doit-on effectuer pendant la grossesse?		
NE PAS SUGGERER. ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE			
QA061	Une CPN	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA062	Deux CPN	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA063	Trois CPN	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA064	Quatre CPN ou plus	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA065	Autre (préciser) _____		

QA07	Selon vous à quelle période (en mois de la grossesse) doit-on effectuer les différentes CPN ?		
NE PAS SUGGERER. ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE			
QA071	CPN1		<input type="text"/>
QA072	CPN2		<input type="text"/>
QA073	CPN 3		<input type="text"/>
QA074	CPN 4		<input type="text"/>

QA08	Quel médicament doit-on utiliser pendant la grossesse pour lutter contre l'anémie?		
NE PAS SUGGERER. ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE			
QA081	Association fer-acide folique	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA082	Autre (préciser) _____		

QA10	Avez-vous déjà assisté à des programmes de sensibilisation en santé avant ou pendant votre dernière grossesse		
1.Oui			<input type="text"/>
2.Non			
3.NSP			

QA11	Quels aspects ont été abordés lors de cette sensibilisation?		
NE PAS SUGGERER. ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE			
QA111	Paludisme / Utilisation de moustiquaire	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>

QA112	Vaccination des enfants	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA113	Nutrition	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA114	Allaitement	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA115	Planning familial	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA116	VIH / SIDA	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA117	Mutilation génitale des enfants	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA118	Lavage des mains et hygiène	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA119	Santé maternelle / liée à la grossesse et à l'accouchement	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA1110	Autres (à préciser) _____		<input type="text"/>

QA12	Où avez-vous entendu parler des informations citées ci-. dessous?		
	NE PAS SUGGERER. ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE		
QA121	A LA TELE DIRECTEMENT	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA122	A LA RADIO DIRECTEMENT	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA123	DANS UN JOURNALL DIRECTEMENT	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA124	PAR LES RELAIS COMMUNAUTAIRES	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA125	PAR UNE ASSOCIATION / ONG	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA126	PAR BAJENU GOX (MARRAINE DE QUARITER)	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA127	PAR L'IMAM	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA128	PAR UN AMI / PROCHE / VOISIN	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA129	A la structure sanitaire	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QA1210	Autre (préciser) _____		<input type="text"/>



QB1	Avez-vous été vue par quelqu'un pour les soins prénatals pendant que vous étiez enceinte pour (NOM) ?	
	1.Oui	<input type="text"/>
	2.Non (si non aller à QA19)	

QB2	Si oui, qui avez-vous vu ?	
QB21	Médecin	1.Oui 2.Non
QB22	Infirmier(e)/sage-femme	1.Oui 2.Non
QB23	Matrone/ASC	1.Oui 2.Non
QB24	Accoucheuse traditionnelle	1.Oui 2.Non
QB25	Autre (préciser) _____	1.Oui 2.Non

QB3	Combien de fois avez-vous été vue pour des soins durant votre grossesse ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
------------	--	--

QB4	Aviez-vous un carnet de santé maternel pour la grossesse de (NOM) ?	<input type="text"/>
	1. Oui, carnet disponible	
	2. Oui, carnet non disponible	
	3. Non	

QB5	Si carnet disponible, noter la HU en centimètres à la CPN1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
------------	---	---

QB6	Si carnet disponible, noter l'âge de la grossesse (en mois) à la CPN1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois
------------	--	---

QB7	Si oui, regardez le carnet et notez le nombre de visites prénatales effectuées pendant que la mère était enceinte pour (nom)	<input type="text"/>
	1-CPN1	

	2- CPN2 3-CPN3 4-CPN4 et plus	
QB8	Notez le nombre de dose de SP pris pendant cette grossesse 1-SP1 2-SP2 3-SP3 4-SP non notée	_
QB9	Lors de votre dernière grossesse avez-vous pris du fer + acide folique 1- 1 Oui 2- Non 3- Ne sait	_
QB10	Noter la prescription du fer + acide folique 1- Oui 2- Non	_
QB11	Pendant combien de temps (jours) avez-vous pris le fer pendant cette grossesse ?	_ _ _ jours
QB12	Combien de comprimés de fer preniez-vous par jour ?	_ _ _ comprimés
QB15	Pendant la grossesse, quels conseils vous a-t-on donné pour la préparation de la naissance de (NOM DE L'ENFANT): NE PAS SUGGERER NOTER TOUTES LES REPONSES	
QB151	Choisir qui va assister l'accouchement?	1.Oui 2.Non _
QB152	Choisir le lieu de l'accouchement?	1.Oui 2.Non _
QB153	Acheter et gardé une savonnette?	1.Oui 2.Non _
QB154	Mettre un peu d'argent de côté pour les urgences?	1.Oui 2.Non _
QB155	Préparer du linge propre	1.Oui 2.Non _
QB156	Autre (préciser) _____	1.Oui 2.Non _
QB16	Où avez-vous entendu parler de ces informations sur la préparation de l'accouchement? NE PAS SUGGERER. ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE	
QB161	A LA TELE DIRECTEMENT	1.Oui 2.Non _
QB162	A LA RADIO DIRECTEMENT	1.Oui 2.Non _
QB163	DANS UN JOURNALL DIRECTEMENT	1.Oui 2.Non _
QB164	PAR LES RELAIS COMMUNAUTAIRES	1.Oui 2.Non _
QB165	PAR UNE ASSOCIATION / ONG	1.Oui 2.Non _
QB166	PAR BAJENU GOX (MARRAINE DE QUARITER)	1.Oui 2.Non _
QB167	PAR L'IMAM	1.Oui 2.Non _
QB168	PAR UN AMI / PROCHE / VOISIN	1.Oui 2.Non _
QB169	A la structure sanitaire	1.Oui 2.Non _
QB1610	Autre (préciser) _____	1.Oui 2.Non _

QB17	Avez-vous reçu durant votre dernière grossesse des conseils sur l'importance de faire au moins 4 CPN? 1- Oui 2- Non 3- NSP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
QB18	Avez-vous reçu durant votre dernière grossesse des conseils sur l'importance de prendre du fer durant toute la grossesse? 1- Oui 2- Non 3- NSP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
QB19	Avez-vous reçu durant votre dernière grossesse des conseils sur l'importance de prendre du Misoprostol lors de l'accouchement? 1- Oui 2- Non 3- NSP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
QB20	Vous a-t-on conseillé à quel moment le prendre ? 1- Oui 2- Non 3- NSP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
QB21	Selon vous à quel moment doit-on prendre ce médicament? NE PAS SUGGERER. ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE	
QB211	Avant le début du travail	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/>
QB212	Pendant le travail avant la naissance de l'enfant	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/>
QB213	Après la naissance de l'enfant, avant l'expulsion du placenta	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/>
QB214	Immédiatement après l'expulsion du placenta	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/>
QB215	Moins d'une heure après la naissance	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/>
QB216	1-3 heures après la naissance	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/>
QB217	Plus de 3 heures après la naissance	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/>
QB218	Ne sait pas	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/>
QB219	Autre (préciser) _____	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/>
QB22	Où avez-vous entendu parler ces informations sur le Misoprostol? NE PAS SUGGERER. ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE	
QB221	A LA TELE DIRECTEMENT	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/>
QB222	A LA RADIO DIRECTEMENT	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/>
QB223	DANS UN JOURNALL DIRECTEMENT	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/>
QB224	PAR LES RELAIS COMMUNAUTAIRES	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/>
QB225	PAR UNE ASSOCIATION / ONG	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/>
QB226	PAR BAJENU GOX (MARRAINE DE QUARITER)	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/>
QB227	PAR L'IMAM	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/>
QB228	PAR UN AMI / PROCHE / VOISIN	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/>
QB229	A la structure sanitaire	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/>
QB2210	Autre (préciser) _____	1.Oui 2.Non <input type="checkbox"/>

**QC01 Pour l'accouchement (NOM DE L'ENFANT) avez-vous
(NOTER TOUTES LES REPONSES)**

- | | | | |
|--------------|--|-------------|--------------------------|
| QC011 | Choisi qui va assister l'accouchement? | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |
| QC012 | Choisi le lieu de l'accouchement? | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |
| QC013 | Acheté et gardé une savonnette? | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |
| QC014 | Mis un peu d'argent de côté pour les urgences? | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |
| QC015 | Préparé du linge propre | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |
| QC01C | Autre (préciser) _____ | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |

**QC02 Qui vous a aidé à la préparation de cet accouchement?
NE PAS SUGGERER. ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE**

- | | | | |
|---------------|---------------------------------------|-------------|--------------------------|
| QC021 | A LA TELE DIRECTEMENT | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |
| QC022 | A LA RADIO DIRECTEMENT | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |
| QC023 | DANS UN JOURNALL DIRECTEMENT | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |
| QC024 | PAR LES RELAIS COMMUNAUTAIRES | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |
| QC025 | PAR UNE ASSOCIATION / ONG | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |
| QC026 | PAR BAJENU GOX (MARRAINE DE QUARITER) | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |
| QC027 | PAR L'IMAM | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |
| QC028 | PAR UN AMI / PROCHE / VOISIN | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |
| QC029 | A la structure sanitaire | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |
| QC0210 | Autre (préciser) _____ | | |

QC03 Avez-vous pris du Misoprostol lors de l'accouchement?

- 1- Oui
2- Non
3- NSP

QC04 Combien de comprimés avez-vous pris ?

|| tablettes

**QC05 A quel moment avez-vous pris ce médicament?
NE PAS SUGGERER. ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE**

- | | | | |
|--------------|---|-------------|--------------------------|
| QC051 | Avant le début du travail | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |
| QC052 | Pendant le travail avant la naissance de l'enfant | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |
| QC053 | Après la naissance de l'enfant, avant l'expulsion du placenta | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |
| QC054 | Immédiatement après l'expulsion du placenta | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |
| QC055 | Moins d'une heure après la naissance | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |
| QC056 | 1-3 heures après la naissance | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |
| QC057 | Plus de 3 heures après la naissance | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |
| QC058 | Ne sait pas | 1.Oui 2.Non | <input type="checkbox"/> |
| QC059 | Autre (préciser) _____ | | |

QD01

Où avez-vous accouché de (NOM) ?

1. Domicile
2. Hôpital
3. Clinique privée
4. Centre de santé
6. Poste de santé
7. Case de santé
9. Autre (à préciser) _____

QD02

Si domicile ou autre, quelle est la personne qui vous a assisté lors de l'accouchement?

- 1 MEDECIN
- 2 INFIRMIER/SAGE-FEMME
- 3 MATRONE
- 4 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE
- 5 GUERISSEUR
- 6 PARENT
- 7 AMIS / CONNAISSANCES
- 8 PERSONNE
- 9 NE SE RAPPELLE PLUS
- 10 Autres à préciser

QD03

Si vous avez accouché à domicile, pourquoi n'êtes-vous pas allé dans une structure de santé ?

1. STRUCTURE DE SANTE TROP ELOIGNEE
2. DIFFICULTES FINANCIERES
3. A ETE SURPRISE PAR LE DEBUT DU TRAVAIL
4. N'AVAIT PAS DE MOYEN DE TRANSPORT
5. LE MARI/CONJOINT NE VOULAIT PAS
6. LES ROUTES N'ETAIENT PAS PRATIQUABLES
7. RAISONS CULTURELLES / CROYANCES
8. Autres à préciser

QD04

A combien de km se trouve la structure de santé la plus proche de chez vous ?

1. MOINS DE 5 KM
2. ENTRE 5 ET 10 KM
3. ENTRE 10 ET 15 KM
4. PLUS DE 15 KM
5. NE SAIT PAS

QD05

Combien de temps faut-il pour se rendre dans la structure de santé la plus proche avec le moyen de transport habituel?

1. MOINS DE 15 MINUTES
2. MOINS DE 30 MINUTES
3. MOINS D'UNE HEURE
4. PLUS D'UNE HEURE

5. NE SAIT PAS

QD06 L'enfant est-il né vivant?

- 1- Oui
2- Non
3-NSP

QD07 Si l'enfant est décédé, quand le décès est-il survenu?

1. Mort-né
2. Juste après la naissance
3. Dans les 7 premiers jours
4. entre 7 et 28 jours
5. Au-delà de 28 jours
6. NSP
9. Autre (préciser) _____

QD08 Selon vous à quel moment a-t-on sectionné le cordon ombilical du nouveau-né?

NE PAS SUGGERER. ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE

- QD081** Après la naissance de l'enfant mais avant l'expulsion du placenta 1.Oui 2.Non
QD082 Immédiatement après l'expulsion du placenta 1.Oui 2.Non
QD083 Moins d'une heure après la naissance 1.Oui 2.Non
QD084 Ne sait pas 1.Oui 2.Non
QD089 Autre (préciser) _____

QD10 Après votre accouchement, avez-vous été vue par un professionnel de santé (médecin, infirmier, sage-femme) :

- 1.Oui
2.Non

QD110 Si oui, combien de fois?

Si oui, quand ?

- QD111** Dans les 3 jours ayant suivi (1^e visite) 1.Oui 2.Non
QD112 Si oui, l'enfant a-t-il été vu lors de cette visite 1.Oui 2.Non
QD113 Entre le 7^e et le 15^e jour (2^e visite) 1.Oui 2.Non
QD114 Si oui, l'enfant a-t-il été vu lors de cette visite 1.Oui 2.Non
QD115 Au 45^e jour (3^e visite) 1.Oui 2.Non
QD116 Si oui, l'enfant a-t-il été vu lors de cette visite 1.Oui 2.Non

QD12 Avez-vous été vue par un agent communautaire (matrone, ASC, relais, éducateur) pour le suivi après l'accouchement ?

- 1.Oui
2.Non

QD130 Si oui, combien de fois?

Si oui quand ?

- QD131** Dans les 3 jours ayant suivi (1^e visite) 1.Oui 2.Non
QD132 Si oui, l'enfant a-t-il été vu lors de cette visite 1.Oui 2.Non
QD133 Entre le 7^e et le 15^e jour (2^e visite) 1.Oui 2.Non
QD134 Si oui, l'enfant a-t-il été vu lors de cette visite 1.Oui 2.Non
QD135 Au 45^e jour (3^e visite) 1.Oui 2.Non
QD136 Si oui, l'enfant a-t-il été vu lors de cette 3^e visite 1.Oui 2.Non

QD14 Après votre accouchement, avez-vous reçu une supplémentation en

QF062	Préparation accouchement	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QF063	Accouchement assisté	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QF064	Soins post-partum immédiats	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QF065	CPoN	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QF066	Allaitement maternel	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QF067	Nutrition enfant	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QF068	Santé mère	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QF069	Santé enfant	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>
QF0610	Autre (préciser) _____	1.Oui 2.Non	<input type="text"/>

QF07	Comment avez-vous apprécié ces rencontres	<input type="text"/>
	1.Trés satisfait	
	2.Satisfait	
	3. Moyennement satisfait	
	4.Pas satisfait	
	5.Pas du tout satisfait	

Les questions suivantes permettent d'apprécier l'intensité de l'exposition

Je vais vous lire quelques déclarations et j'aimerais recueillir votre niveau d'accord pour chaque déclaration c'est à dire si vous êtes : Totalelement d'accord= 1 ; d'accord=2 ; moyenne d'accord=3 ; pas d'accord=4 ; pas d'accord=4 ; Non applicable= 9

QF18	J'ai appris davantage sur la santé maternelle grâce au groupe de soutien maternel	<input type="text"/>
	1. Totalelement d'accord	
	2. D'accord	
	3. Moyennement d'accord	
	4. Pas d'accord	
	5. Pas du tout d'accord	
	9. Non applicable	

QF19	J'ai appris davantage sur la nutrition grâce au groupe de soutien maternel	<input type="text"/>
	1. Totalelement d'accord	
	2. D'accord	
	3. Moyennement d'accord	
	4. Pas d'accord	
	5. Pas du tout d'accord	
	9. Non applicable	

QF20	J'ai appris davantage sur la santé des enfants grâce au groupe de soutien maternel	<input type="text"/>
	1. Totalelement d'accord	
	2. D'accord	
	3. Moyennement d'accord	
	4. Pas d'accord	
	5. Pas du tout d'accord	
	9. Non Applicable	

QF21	Je considère fortement les conseils qui m'ont été donné dans les réunions de groupe de soutien maternel	<input type="text"/>
-------------	---	----------------------

- | | | |
|--|--------------------------|--|
| | 1. Totalelement d'accord | |
| | 2. D'accord | |
| | 3. Moyennement d'accord | |
| | 4. Pas d'accord | |
| | 5. Pas du tout d'accord | |
| | 9. Non Applicable | |

QF22

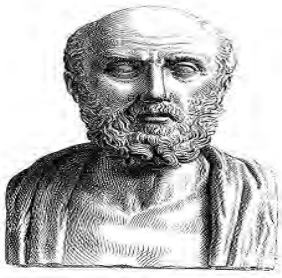
J'ai amélioré ma fréquentation des services de sante grâce au groupe de soutien maternel

- | | | |
|--|--------------------------|--|
| | 1. Totalelement d'accord | |
| | 2. D'accord | |
| | 3. Moyennement d'accord | |
| | 4. Pas d'accord | |
| | 5. Pas du tout d'accord | |
| | 9. Non Applicable | |

Heure de fin de l'enquête : ____H____ mn

JE VOUS REMERCIE DE VOTRE AIMABLE ATTENTION

**AVANT DE QUITTER LA CONCESSION, RENOUVELEZ VOTRE
GRATITUDE À L'ÉGARD DU CHEF DE CONCESSION**



SERMENT D'HYPPOCRATE

« En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je jure et je promets d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je donnerai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.»

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :
Le président du jury

Vu :
Le Doyen.....

Vu et Permis d'imprimer
Pour le recteur, le Président de l'assemblée d'Université Cheikh Anta Diop de Dakar et par
délégation
Le Doyen

**ETUDE DES DETERMINANTS DE L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE EN SITUATION DE GRATUITE DES
SOINS OBSTETRICAUX DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KOLDA (SENEGAL)**

RESUME

Introduction : L'accouchement à domicile constitue une préoccupation majeure au Sénégal, en particulier dans la région de Kolda, malgré la gratuité des soins obstétricaux. L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs déterminants de l'accouchement à domicile en situation de gratuité des soins obstétricaux dans la région de Kolda.

Méthode : L'étude était transversale, descriptive et analytique. Elle a porté sur un échantillon de 1445 femmes tirées au sort parmi celles ayant accouché entre le 1er février 2013 et le 31 Janvier 2014 dans le district sanitaire de Kolda. Les données ont été collectées à domicile à l'aide d'un questionnaire lors d'un entretien individuel après consentement de la femme. Les données ont été analysées avec le logiciel R. Un modèle de régression logistique a été réalisé.

Résultats : L'âge moyen des femmes était de 25,4 (\pm 6,5 ans). Les multipares représentaient 80 % des enquêtées. Elles étaient analphabètes à 65% et très pauvres à 34%. Parmi les femmes enquêtées, 38% résidaient à plus de 5 km de la structure sanitaire la plus proche, 39% mettaient moins de 15 mn pour se rendre à cette structure. La CPN1 a été réalisée avant le 4^{ème} mois chez 70% des enquêtées, 19% en ont effectué 4 et 20% des enquêtées ont bénéficié d'une bonne préparation à l'accouchement. La prévalence de l'accouchement à domicile dans l'échantillon était de 43,8%. Les facteurs liés à l'accouchement à domicile étaient la parité (OR=1,68 [1,07-2,64]), le niveau de bien-être économique (OR = 0,6 [0,39-0,91]), la distance (OR = 3,07 [1,38-6,83]), et le temps (OR=2,23 [1,31-3,80]) mis pour rejoindre la structure sanitaire la plus proche, le nombre de CPN effectuées (OR = 0,37 [0,23-0,59]) et la préparation à l'accouchement (OR=0,26 [0,17-0,41]).

Conclusion : Pour réduire la fréquence des accouchements à domicile, il conviendrait de tenir compte des influences qui s'exercent sur les femmes lorsqu'elles doivent choisir le lieu de l'accouchement.

Mots clés : Accouchement à domicile – Déterminants –Gratuité – Sénégal