

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE

PREMIERE PARTIE :

CADRE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE

CHAPITRE I : REFERENCES THEORIQUES ET CONCEPTUELLES EN MATIERE DE
SANTÉ PUBLIQUE

CHAPITRE II : MATERIELS DE RECHERCHE

DEUXIEME PARTIE : PRATIQUES SOCIALES DES FEMMES RURALES QUI
FREQUENTENT MATERNITE

CHAPITRE III : SOCIOGRAPHIE DES FEMMES QUI FREQUENTENT LA
MATERNITE

CHAPITRE IV : LES RAISONS DES CHOIX DES FEMMES SUR LA
FREQUENTATION DE LA MATERNITE

TROISIEME PARTIE : ANALYSES PROSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS DU
TRAVAILLEUR SOCIAL

CHAPITRE V : ANALYSES DES FACTEURS

CHAPITRE VI : RECOMMANDATIONS

VII-RECOMMANDATIONS DU TRAVAILLEUR SOCIAL

CONCLUSION GENERALE

LISTE DES ABREVIATION ET SIGLES

CSB: Centre de Santé de Base

CPN: Consultation prénatale

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CHRR: Centre Hospitalier Régional de Référence

CHD: Centre Hospitalier de District

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

CSB 1: Centre de Santé de Base niveau 1, centre de soins aux niveaux des Fokontany (zones enclavées)

CSB2: Centre de Santé de Base niveau 2, centre de santé qui se trouve au niveau de la Commune

ENA: éducation nutritionnels ambulatoire

IVG: interruption volontaire de grossesse

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n° 1: La localisation administrative des CSB étudiés	13
Tableau n° 2: Le nombre de personnels médicaux au niveau du CSB II	14
Tableau n° 3: La liste des infrastructures du CSB II	14
Tableau n° 4: La capacité d'accueil en salle d'accouchement du CSB	15
Tableau n° 5: Le calendrier de stage.....	15
Tableau n° 6: Le nombre des femmes étudiées durant l'enquête	16
Tableau n° 7: Echantillonnage de la population étudiée par catégorie d'âge	16
Tableau n° 8: La classification par âge des femmes	18
Tableau n° 9: La situation matrimoniale des enquêtées par ménage	19
Tableau n° 10: Les activités exercées par les femmes	20
Tableau n° 11: Le niveau d'instruction des femmes.....	21
Tableau n° 12: La fréquence de passage des femmes auprès des CSB	23
Tableau n° 13: Le taux de fréquentation des femmes auprès des CSB	24
Tableau n° 14: Les nombres de femme qui fréquentent la maternité	27
Tableau n° 15: Le taux d'utilisation de la maternité.....	29
Tableau n° 16: La fréquentation des autres lieux de maternité.....	29
Tableau n° 17: La satisfaction des femmes vis-à-vis de la prise en charge des CSB.....	30
Tableau n° 18: L'utilisation des CSB suivant la gestation	31
Tableau n° 19: Le degré de satisfaction dans l'utilisation de la maternité	31

LISTE DES FIGURES

Figure n° 1: La photo du CSB II d'Anjomakely	13
Figure n° 2: La comparaison entre la tranche d'âge de l'échantillon	19
Figure n° 3: La comparaison de niveau d'instruction de la population cible	22
Figure n° 4: L'évolution du taux d'utilisation moyenne par unité de temps	25
Figure n° 5: Le taux de fréquentation totale par centre	26
Figure n° 6: Le degré de satisfaction des femmes envers les services de la maternité.....	32

LISTE DES PHOTOS

Photo n° 1: La campagne mère et enfant au CSB II Anjomakely	24
Photo n° 2: La photo d'une femme qui vient d'accoucher son petit garçon à la maternité à Anjomakely	28

**ACCESSIBILITES ET FREQUANTATION DE LA MATERNITES PAR LES
FEMMES RURALES, CAS D'ANJOMAKELY**

INTRODUCTION GENERALE

I -Généralité

Les éléments constitutifs de la vie sociale sont l'éducation, la santé, le travail et tant d'autres que les hommes vivent tous les jours. Pourtant, la santé publique a été toujours une préoccupation primordiale du gouvernement malgache. Comme preuve de cela, presque durant chaque régime, ce secteur avait obtenu au fil du temps et de l'espace, un budget colossal, car une population saine implique une économie très dynamique. C'est ainsi dans le Programme d'Action pour Madagascar, les défis de l'Etat est de construire des centres de santé de base auprès de chaque Fokontany de Madagascar, estimé au nombre de 1.200 CSB I et II. Cette politique a été suivie à titre d'amélioration dans le Plan National pour le Développement de l'année 2015 d'où la vision Madagascar et prospère vise dans l'axe stratégique numéro cinq de construire et de réhabiliter plus de 1.000 infrastructures sanitaires.

Les Centres de Santé de Base a pour mission alors de gérer et de soutenir la population de base au niveau de la santé. Ils doivent assurer le rôle d'animation, de sensibilisation et de mobilisation de la santé auprès de chaque Fokontany. Les centres sont alors équipés de matériels médicaux, de personnels comme des médecins, les infirmiers et les sages-femmes puis des financements nécessaires au bon fonctionnement dont l'objectif est de couvrir le territoire malgache.

1. Question de départ

Grâce à cette politique de libéralisation, le secteur de la santé avait connu aussi des démarches de privatisation, c'est à dire que l'Etat s'est désengagé de la gestion de la santé (en système de monopole) et a ouvert les accès au secteur privé. A partir de cela, la concurrence règne et la satisfaction du patient devient la priorité de tous. On peut rencontrer ce cas dans les grandes villes, mais dans la zone rurale, les CSB tiennent toujours sa monopolisation et que la population locale a l'habitude de les fréquenter. Ainsi, durant notre stage, on s'est posé la question : est-ce que l'utilisation de la maternité reste-elle toujours une grande importance pour les femmes ? En d'autres termes on veut s'interroger sur les déterminants socioculturels qui peuvent inciter ou non les femmes à fréquenter les CSB pour les CPN et l'accouchement ?

De ce fait, nous avons choisi de traiter le thème « pratique et fréquentation de la maternité par des femmes rurales »

2. Hypothèses

Cette recherche constitue en général une piste de réflexion pour évaluer la fréquentation du grand public vis-à-vis des centres de santé de base. A ce titre, afin d'y répondre nous avançons deux hypothèses :

- en premier lieu, les patients fréquenteraient normalement les centres de santé de base pour leur besoin en santé ;
- et en second lieu la qualité de service des CSB diminuerait une fois lorsque la zone de localisation du centre est en milieu rural.

4. objectifs

L'objectif général

Cette recherche nous mène à voir de près si les offres de services publics proposés par les centres de santé de base publique intéressent toujours la population locale et leurs services sont-ils toujours satisfaisants.

Les objectifs spécifiques

- Reconnaitre le comportement des personnels médicaux ainsi que l'arénisation et le fonctionnement du centre ;
- Mener des enquêtes et des entretiens approfondis auprès des femmes qui fréquentent le centre ; axer nos recherches sur la relation soignants /soignées ;
- Connaître l'environnement socio culturel du centre conduisant avec certains acteurs concernés par la santé publique dans la communauté donnée.

5. Méthodologie

Dans cette même lancée dans le but d'avoir des résultats scientifiquement vérifiables, nous avons adopté une méthodologie de recherche composée de trois phases. Tout d'abord, nous avons procédé à la formulation du sujet et à la conception de la recherche, qui est une longue phase car c'est à partir de cela que découle tous les travaux d'études. Ensuite nous avons effectué une descente sur terrain dans le but de collecter des informations pour la rédaction de notre étude. Notre passage a été très bénéfique car c'est le moment à partir duquel nous avons bien cerné le sujet dans la réalité du quotidien. Ainsi, toutes les informations collectées sur le terrain ont été confrontées avec le concept de mémoire pour la vérification des hypothèses, et tout cela nous a entraînés à rédiger cette présente étude.

6. Limite de la recherche

La disponibilité des femmes nous a empêché très souvent même de faire des entretiens avec elles. À ce titre on avait eu des contraintes pour revenir et recueillir les données afin de finaliser toutes les enquêtes nécessaires

7. Annonce du plan

Ainsi, à titre de rapport, ce document est rédigé selon les normes académiques universitaires dont sa présentation se divise en trois parties. En premier lieu il y a la généralité de l'étude avec les matériels et méthodes, ensuite les résultats de la recherche et enfin les discussions et recommandations pour le personnel de santé, l'administration et tous les acteurs en matière de santé publique.

II-Démarche méthodologique

Il s'agit d'une méthodologie qui se repose sur l'approche hypothético-déductive questionnant sur la fréquentation des femmes des CSB et de l'utilisation de la maternité au moment de l'accouchement, la prise en charge et les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales de la santé maternelle et infantile.

L'étude s'est déroulée entre le 7 juin 2014 au 18 septembre 2016 auprès de plusieurs CSB, c'est-à-dire pour une durée de un an, quinze mois, et trois jours. Pourtant, nous avons fait le tour des CSB pour bien connaître la situation réelle. En moyenne, nous avons passé 30 jours dans chaque centre. L'étude n'a pas été continuée, mais à chaque fois que nous faisons le stage, nous avons collecté les données durant les périodes où nous avons visité les CSB. Les autres informations pris hors du stage ne sont pas prises en compte.

Nous avons fait plusieurs stages en CSB II mais nous avons choisi le CSB II Anjomakely pour constituer notre principale zone d'étude, c'est-à-dire la localité où nous avons effectué des enquêtes approfondies et des observations assez prolongées.

Les autres visites nous ont par ailleurs permis de collecter certaines informations complémentaires pour permettre de procéder des approches comparatives.

2.1. La population de l'étude : critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons choisi toutes les femmes qui allaitent leurs enfants au moment de l'enquête quel que soit leur âge respectif. La zone d'étude est située dans le district d'Anjomakely et celles qui ont fréquenté les CSB où nous avons fait la recherche ont été incluses dans la recherche. Ce sont les femmes qui ont fréquenté et utilisé la maternité, sans distinction d'âge ou de catégorie sociale, ainsi que les femmes qui ont fréquenté les CSB hors de la durée de l'étude qui sont exclues de l'étude et même celles qui ont fréquenté et ont utilisé d'autres centres de santé.

2.2. Le mode et la taille de l'échantillonnage

L'échantillonnage aléatoire a été adopté. Nous avons consulté la liste des femmes qui fréquentent le CSB comme base de sondage ; ensuite, nous avons tiré au hasard 36 femmes sur 100 ménages

Nous avons fait une enquête auprès de 36 femmes où les réponses à nos questions se diversifient. Le tableau ci-après constitue la répartition de l'échantillonnage de notre recherche.

Les personnes sont prises par hasard, c'est-à-dire qu'on n'a pas préparé une population cible pour l'enquête, mais nous avons pris seulement tous les archives contenant le nombre de

femmes qui fréquentaient les CSB et nous avons simplement réalisé un dépouillement. La localisation géographique de chaque femme enquêtée se diffère par rapport aux pratiques essentielles qu'elles adoptent ; c'est le premier critère de comparaison. Cela explique que la femme vient de la grande ville, d'où elle est issue d'une zone périphérique ; c'est-à-dire un peu plus loin de la grande ville, ou encore, la personne habite dans une zone enclavée, c'est-à-dire très loin de la ville d'où l'accessibilité des voies routières sont difficiles et elles viennent se faire consulter au CSB en allant à pieds.

2.3. Les variables étudiées

Ainsi, nous avons étudié trois variables à savoir :

La fréquentation, qui signifie le nombre des femmes qui ont fréquenté les CSB par rapport à toutes les femmes enquêtées. Ainsi nous allons faire sortir le taux de fréquentation des CSB par ces femmes.

Ensuite il faut voir les faits qui se rapportent à la fréquentation des CSB par les femmes, et de savoir combien d'entre elles ont accouché à la maternité. On va faire sortir alors le taux de fréquentation de salle de maternité par les femmes.

Enfin, nous allons voir si les femmes qui ont utilisé la maternité sont satisfaites de la prise en charge ou de la qualité des services offertes par les personnels du service sanitaire. Ici, il s'agit du degré de satisfaction des patients vis-à-vis de la maternité. Selon leurs âges varient de: 15 à 18 ans et plus. Selon leur situation matrimoniale, ces femmes sont en couple (mariées) ou vivent seules (veuves, divorcées ou célibataires). Leurs endroits d'habitation se situent en périphérie, dans la grande ville, ou dans les zones enclavées. Elles exercent les professions de ménagère, fonctionnaire, et certaines d'entre elles s'activent dans des fonctions libérales comme agricultrice ou fermière. Les niveaux d'instruction sont caractérisés par : le rang d'analphabète, les études Primaires, Secondaires et Supérieures.

L'approche phénoménologique

C'est une approche initiée par Friedrich ENGELSⁱ et développée par Jean Paul SARTRE qui étudie l'homme en tant que sujet. Il est instable, c'est-à-dire qu'il change d'avis à chaque heure et à chaque minute ; il peut faire son choix. Dans la façon de penser à l'intérieur, l'approche phénoménologique décrit que l'homme met trop d'évidence dans son existence la réalité qu'il vit sans se rendre même pas compte de son destin ou de son essence même en se demandant qui suis-je. Un élément déterminant de l'approche consiste à l'objectivisation dans

tous ses regards. C'est-à-dire que chaque personne cherche toujours à traiter son autrui comme des choses inutiles et manipulables mentalement.

L'approche comparative

L'approche comparative, comme son nom l'indique est un outil de comparaison de deux choses ou de deux personnes ou de deux variables.

En science de l'éducation, c'est l'étude des relations phénomènes et faits éducatifs avec l'environnement actuel du pays dans les volets comme le social, politique, économique, culturel,.... L'approche se repose sur la comparaison des ressemblances et des différences des faits ou des phénomènes observés afin de faire ressortir une spécificité de la zone étudiée et surtout de la population observée.

Approche interactionniste

Par contre aux deux premières approches, l'interactionnisme est une approche développée aux Etats-Unis qui étudie la relation, le rapport et l'interaction (interdépendance) entre deux faits ou deux sociétés, entre les individus, les groupes et aussi entre les faits sociaux

A travers cette approche, les théoriciens conçoivent la société comme la composition des relations interindividuelles et de groupe d'acteurs mais pas comme une totalité entière. On peut dire alors, à travers l'interactionnisme que l'individu s'est construit des relations avec son environnement.

2.4.Le mode de collecte des données

Les données ont été collectées suivant différentes techniques, soit il s'agit de la technique quantitative ou de la technique qualitative.

On parle de la méthode quantitative pour collecter les données chiffrées, c'est-à-dire les nombres. Ce dernier est obtenu par le comptage ou l'appréciation des tableaux ou des registres auprès du CSB sur les caractéristiques socio-démo-culturelles des femmes

Pour la première variable ou la fréquentation, on peut l'obtenir grâce au registre des patients auprès du Chef de poste par l'intermédiaire du rapport mensuel. Ce nombre est obtenu par le comptage des noms par le registre. La même méthode est utilisée pour trouver le nombre des femmes qui ont fréquenté la maternité.

Ici on parle de techniques de compilation des données enregistrées au sein du CSB, c'est-à-dire le traitement pour avoir des résultats palpables.

Par ailleurs, la satisfaction des femmes sont obtenues par le biais d'un questionnaire d'enquête que nous avons-nous même élaboré.

2.5. Le mode de traitement et l'analyse de données

Pour obtenir des informations fiables, nous avons effectué des traitements. Ainsi, nous avons dépouillé les données et après nous avons abordé des différents calculs. Le logiciel Excel nous a vraiment aidés. Ce ne sont que des calculs usuels comme le taux obtenu en rapportant deux variables et multiplié par 100 pour avoir le taux de 100%. Mais le degré de satisfaction est conquis par une mesure de niveau entre le chiffre 0 à 10.

PREMIERE PARTIE :
CADRE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE

Cette étude concerne la santé publique, qui est plus précisément la santé de la mère et de l'enfant. L'UNICEF est un organisme qui est rattachée à l'ONU, elle assure la précaution et le traitement des femmes avec leurs enfants que ce soit des individus particuliers, des groupes d'individus ou même la communauté au niveau international que national. C'est ainsi qu'à Madagascar on y trouve des centres de santé de base qui se répartissent à travers le pays

CHAPITRE I : REFERENCES THEORIQUES ET CONCEPTUELLES EN MATIERE DE SANTE PUBLIQUE

Dans ce chapitre nous allons parler essentiellement des références théoriques et conceptuelles en matière de santé publique notamment sur la santé maternelle et infantile, qui sont deux approches considérées dans cette recherche. D'une part, les méthodes de l'anthropologie une des méthodes en sciences sociales permet d'étudier les questions de santé, de maladie, de guérison et des systèmes de soins. Dans un autre côté, nous avons choisi l'interactionnisme pour pouvoir cerner les rôles et les comportements des acteurs concernés.

Pour mieux les expliquer à propos de la politique publique de santé il est nécessaire de voir certaines méthodes qui peuvent les aider à définir le rôle et la mission des infrastructures implantées pour intervenir auprès d'eux à leur usage.

Section 1 : Santé publique et politique d'intervention de l'Etat

1.1 Approche théorique sur la santé publique

Tout d'abord selon l'OMS la santé publique est une discipline qui prend en charge toutes les dimensions administratives, sociales, politiques et économiques de la santé. Elle s'occupe de préserver la santé, de protéger les groupes d'individus à l'échelle nationale ou internationale. Elle s'occupe de tous les aspects de la santé, tant au niveau préventif que curatif, avec la mise en place des systèmes d'urgence, de la recherche, des risques sanitaires, et de l'éducation... Elle gère l'ensemble des moyens mis en place pour soigner la population et promouvoir la santé.

Dans l'harmonisation de la vie d'une société ou d'une communauté, la préservation de la santé de l'ensemble est la première préoccupation des dirigeants. Mais la gestion d'une masse ou d'une communauté n'est pas une chose simple car elle doit se baser sur la connaissance des traits de caractères de la population du territoire en question ; c'est ainsi que naît le concept de la santé publique. Il s'agit généralement de la façon dont le personnel de la santé d'une région bien définie doit s'occuper de la population dont les femmes, les enfants, les jeunes et autres sans distinction de sexe. Ainsi la santé publique devient actuellement une spécialisation médicale très liée au développement des communautés locales.

En matière de référence théorique les propos de Jean Pierre Olivier de Sardan dans son livre: *Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques* mentionne les relations et la collaboration entre les personnels médicaux et les usagers c'est à dire les femmes et les autres acteurs concernés comme les accoucheuses traditionnelles ou « matrone » appelée RENINJAZA en malgache. Cette référence nous a permis de concevoir les questionnaires et les

contenus des entretiens que l'on avait effectués auprès des différentes catégories d'acteurs que nous avons aussi appris les relations entre les décideurs et la communauté.

Pour Jean Pierre Willem il a proposé surtout le thème et le concept relatif aux pratiques de soins et de prestations en matière de santé publique ; ce point de vue nous a permis de l'aborder dans le sens de la collaboration entre le personnel médical du centre de santé et le patient.

1.2. -Approches théoriques sur la santé publique

Les patients doivent être reçus dans des infrastructures adéquates et spécialisées. Ils devront suivre une norme déjà admise et connue de tous comme les malades et les personnels médicaux. Ces infrastructures sont appelées centre de santé.

Mais il existe deux catégories de centre de santé selon leur statut : les centres publics et les centres privés. En parlant du public, il s'agit d'un centre de santé de base ou CSB qui se trouve dans chaque Fokontany et Commune. On appelle centre de santé de base de premier niveau ou CSB1, tous ce qui se trouvent dans des zones enclavées dont les matériels et les équipements sont ce qui sont des moyens minimums possibles. Ils sont dirigés par des chefs de poste de grade d'infirmier qui assurent toute la réception des malades, c'est-à-dire il exerce la fonction d'un médecin généraliste. Mais par contre, les CSB2 se trouvent dans les zones périphériques ou dans les grandes villes dont les équipements et les matériels médicaux sont quasi complets. Le chef de poste est généralement un médecin diplômé d'Etat et peut ausculter des différents types de maladies.

Les centres de santé privés sont gérés par des personnes non fonctionnaires, c'est-à-dire des établissements qui ne sont pas sous tutelle de l'administration publique. Ils ont leur propre système de fonctionnement. En général on les rencontre dans les grandes villes comme à Antananarivo ou à Toamasina.

Section 2 : Attitude et pratique en santé maternelle infantile

2.1. Anthropologie de la santé publique

Dans la même logique de la généralité, les usagers et les clients du CSB sont les patients, c'est-à-dire, les personnes malades. Ces derniers vont auprès des CSB lorsque leur maladie s'aggrave ou pour faire une simple consultation. Ce va et vient ou le fait de consulter est appelé la fréquentation d'un CSB. Dans l'habitude usuelle, la fréquentation d'un centre de base peut se présenter sous une différente forme. Soit il s'agit de l'accompagnement, c'est-à-dire que la personne en question accompagne une autre personne où elle n'est pas concernée à n'importe

activité auprès du centre de santé. Toutefois, le visiteur est venu pour demander une information, un renseignement ou des conseils concernant le sujet de santé.

Dans le domaine de la santé maternelle, on parle généralement de la consultation prénatale ou CPN. La femme enceinte fréquente ainsi le centre de santé pour un contrôle de grossesse en commençant dès le premier mois jusqu'au moment de son accouchement, c'est-à-dire vers 40^{ème} jour de la semaine.

2.2. Les services et les prestations sollicités par les soignés

La maternité est le lieu spécial pour la prise en charge de la mère et de l'enfant, et lorsqu'on parle de maternité, on pense premièrement à l'accouchement. C'est-à-dire qu'à la 39^{ème} ou à la 40^{ème} semaine d'amélioré, à l'achèvement terme de sa grossesse, la femme vient chez la sage-femme en charge pour préparer l'arrivée du bébé. Nous nous sommes inspirés de la méthode apportée par Jean Pierre Willem qui veut faire une synthèse entre l'art médical, occidental et la thérapie traditionnelle des pays non occidentaux

2.3. La Consultation Prénatale ou CPN

La consultation prénatale confirme le bon déroulement de la grossesse. Elle doit avoir lieu avant la fin du 3e mois de la grossesse, et peut être faite par un médecin ou une sage-femme. Ce premier examen a pour but de garantir la bonne marche de la grossesse ; depuis le jour de la conception de l'enfant, on va présumer la date de l'accouchement par des calculs.

La consultation prénatale est une phase qu'une femme enceinte doit franchir pour le suivi de sa grossesse. Les conseils pour une bonne exécution de l'accouchement sur la santé du fœtus ainsi que les précautions à prendre doivent être transmises lors de la consultation prénatale.

L'examen prénatal débute par un entretien au cours duquel le praticien demande si la femme souffre de nausées, de douleurs récentes, ou si elle a une maladie chronique et des antécédents familiaux ou médicaux comme la cicatrice utérine, la grossesse gémellaire, l'IVG, les naissances prématurées, l'incompatibilité sanguine (rhésus ou plaquettes), etc. Il l'interroge également sur les conditions de vie, de travail, sa vie quotidienne, et si elle a d'autres enfants. Bref, tout ce qui est susceptible de favoriser un accouchement prématuré. En l'absence de risques particuliers, elle pourrait être suivie par le praticien de son choix comme le gynécologue, la sage-femme ou le médecin généraliste. En cas de risque identifié, mieux vaut être prise en charge par un gynécologue-obstétricien au sein d'une maternité. Cette consultation prénatale est également un passeport pour la prise d'un rendez-vous de sa première échographie. Et le plus tôt possible est le mieux. Idéalement, elle doit se faire dans la 12e

semaine d'aménorrhée pour mesurer l'embryon, et dater le début de sa grossesse en mesurant l'épaisseur de la nuque du fœtus. Le praticien lui informera enfin de la possibilité du test des marqueurs sériques qui, en complément de la première échographie, évalue le risque de trisomie 21.

2.4. L'hospitalisation

L'hospitalisation est l'admission d'un patient dans un établissement de santé, qu'il s'agisse d'une clinique, ou d'un hôpital public.

L'hospitalisation indique aussi le fait qu'un individu soit admis au sein d'un centre hospitalier, clinique, d'un centre hospitalier universitaire(CHU), d'un centre hospitalier régional de référence(CHRR) ou d'un centre hospitalier de district(CHD). Tout séjour dans un établissement de soin public ou privé a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou des lésions résultant d'un accident. L'hospitalisation préconise un séjour d'au moins 24 heures prescrit par le médecin en vue d'y recevoir des soins qui pourraient être donnés valablement par traitement hors de l'établissement. Le malade vit quelques jours au sein d'un milieu différent, susceptible de conduire à des problèmes infectieux, à des infections nosocomiales qui pourraient entraîner des complications sur son état de santé. Par conséquent le séjour risque de se prolonger, et au cours de cette période de temps déterminé, la dépense dépassant une importante somme, demeuré toujours à la charge de l'intéressé, à partir de ce contexte des questions se posent à notre recherche: est ce que les infrastructures et les équipements disponibles auprès des CSB peuvent répondre à ces exigences de l'hospitalisation ? Par ailleurs il est aussi nécessaire de connaître les dispositions de les soigner et leurs familles qui doivent les prendre en charge pour assurer matériellement et financièrement les séjours à l'hôpital.

CHAPITRE II : MATERIELS DE RECHERCHE

Section 1 : La zone et matériels d'études

1. Le terrain d'études

Nous avons fait notre stage auprès du CSB II d' Anjomakely, toutefois des passages auprès d'autres centres nous permet d'effectuer une démarche de comparaison dans les secteurs suivants : Antanamalaza, Antsotany, Ampanotokana et Anosiarivo. Pour un simple repère géographique le tableau ci-après présente la localisation des CSB concernés.

Tableau n° 1: La localisation administrative des CSB étudiés

CSB	Commune	District	Région
Anjomakely	Bongatsara	Antsimondrano	Analamanga

Source : Monographie Analamanga 2015

A titre d'illustration voici un aperçu du centre de santé de base d'Anjomakely

Figure n° 1: La photo du CSB II d'Anjomakely



Source : notre propre recherche/crédit photo personnel

La commune se trouve dans des zones accessibles et non éloignées de la ville, toutefois les routes sont difficiles voire même impraticables pendant les saisons de pluie. La distance maximum de chaque Commune par rapport au chef-lieu de district varie de 46 km au maximum à zéro km au minimum.

Tableau n° 2: Le nombre de personnels médicaux au niveau du CSB II

Personnels médicaux					
Centre étudié	Médecins	Infirmier	Sage-femme	Personnels d'appui	Total
CSB II Anjomakely	4	1	1	2	8

Source : Enquêtes personnelles auprès du CSB II Anjomakely, 2016

En général, chaque CSB dispose d'un médecin et d'un infirmier ou sage- femme pour les aider. Le nombre moyen de personnels est de 4 par centre. Il y a 4 médecins généralistes qui assurent les soins dont l'un est le médecin chef de la CSB II. A titre d'appui, il existe un infirmier, une sage-femme pour l'accouchement et deux personnels d'appui dont une aide-soignante et un gardien à la fois garçon de salle.

Tableau n° 3: La liste des infrastructures du CSB II

Centre étudié	Infrastructures médicales					
	Bâtiments	Maternité		Salle de soins	Salle de consultation	Salle d'attente
		Salle d'accouchement	Salle des accouchées			
CSB II Anjomakely	3	1	1	1	5	0

Sources: Enquêtes personnelles auprès du CSB II Anjomakely, 2016

Chaque CSB dispose au minimum d'un bâtiment où existent les salles suivantes : la salle d'accouchement, les salles des accouchées, la salle de soins, la salle de consultation ainsi

que la salle d'attente. Ces bâtiments sont au sein du domaine sanitaire du CSB où le médecin chef siège dans un de ces bâtiments.

Etant donnée la situation actuelle, les bâtiments sont encore en bon état à cause des entretiens que les responsables réalisent tous les six mois.

L'équipement au sein de tous les bâtiments sont ci-après.

Tableau n° 4: La capacité d'accueil en salle d'accouchement du CSB

Les centres étudiés	Le nombre de lit dans la Salle d'accouchement
CSB II Anjomakely	4
CSB Antanamalaza,	2
CSB Anosiarivo	3
CSB AMPANOTOKANA	3
CSB ATSOATANY	3

Sources: Enquête personnelle auprès du CSB II Anjomakely 2016

On s'intéresse plutôt au nombre de salle des accouchées ; c'est à dire la capacité d'accueil de chaque CSB. Ainsi, en moyenne chaque CSB dispose de 3 à 5 lits pour les accouchées par centre.

Tableau n° 5: Le calendrier de stage

Période de stage			
Les centres étudiés	Début de stage	Fin de stage	durée
CSB II Antanamalaza	10 juin 2015	23 juillet 2016	2 semaines
CSB II Anjomakely	23 juillet 2015	25 octobre 2016	2 mois
CSB II Anosiarivo	6 décembre 2015	12 février 2016	2 semaines
CSBII Antsoatany	15 mars 2015	27 septembre 2016	2 semaines
CSBII Ampanotokana	1 octobre 2015	15 octobre 2016	2 semaines

Source : Document des CSB II, 2016

Tableau n° 6: Le nombre des femmes étudiées durant l'enquête

Localisation	Les centres étudiés	Nombre des femmes enquêtées	Proportion %
Périphérique	CSB II Anjomakely	36	16

Source : Document de chaque CSB II

En somme, ces deux tableaux résument notre calendrier et le nombre d'individus cibles à enquêter pour le déroulement de l'étude que nous allons réaliser au sein de la zone que nous avons choisi ; c'est le Fokontany d'Anjomakely et qui a été effectuée auprès d'un CSB II. Les femmes que nous avons choisies à être enquêtées sont au nombre de 36 ou 16 et représentent un pourcentage de 36%. Mais voici comment se présente le tableau d'échantillonnage.

Tableau n° 7: Echantillonnage de la population étudiée par catégorie d'âge

AGE Sexe et pourcentage	18 à 30 ans	30 ans à 50 ans	50 ans et plus	TOTAL
Femme	20	10	6	36
Proportion	56%	28%	16%	100%

Source : Enquêtes personnelles auprès du Fokontany Anjomakely, 2016

Conclusion partielle

La santé met en priorité la vie de l'homme. Elle est la source de tout pour pouvoir s'exercer dans toutes les activités et sans elle on ne peut rien faire. Le corps sain permet à l'individu de faire tous ce qu'il veut. On peut dire aussi que sans la santé on ne peut pas exercer les activités qui nous permettent de gagner notre vie. Nous avons vu ici les différents types d'infrastructures de santé en les caractérisant par leurs entités structurées puis en les distinguant de l'ordre régionale , ainsi elles se catégorisent et se situent entre la capitale, les périphéries et les zones enclavées telles que le CHU, le CHRR, le CHD2, le CHD1, le CSB1, et le CSB2 . La première partie du deuxième chapitre montre que ces études ont besoin de démarches méthodologiques et des techniques de collectes des données, le traitement et l'analyse des données à partir de l'échantillonnage.

DEUXIEME PARTIE :
PRATIQUES SOCIALES DES FEMMES RURALES QUI FREQUENTENT LA
MATERNITE

CHAPITRE III : SOCIOGRAPHIE DES FEMMES QUI FREQUENTENT LA MATERNITE

Dans le présent chapitre, nous allons focaliser notre rédaction sur la présentation des résultats de l'enquête, c'est-à-dire le résultat des collectes d'informations. Il est alors nécessaire de valoriser toutes les réponses fournies par les femmes qui ont été enquêtées et d'analyser ces réponses par les faits qui se sont restitués. Ces réponses seront par la suite dépouillées et présentées selon les groupes d'informations dont nous avons besoin.

Section 1. La classification des femmes étudiées

Pour mieux connaître la population étudiée, il est évident de tourner chaque face et d'étudier les caractéristiques de la population. La première variable d'étude sera donc, le classement par âge de chaque femme.

1.1. La catégorie d'âge des femmes :

La population que nous allons étudier représente le caractéristique de la population jeune, c'est-à-dire que la majorité d'entre elles sont âgées de 18 à 30 ans et ceci est récemment un groupe d'âge formé de femmes en âge de procréer avec un nombre de 131 individus.

Tableau n° 8: La classification par âge des femmes

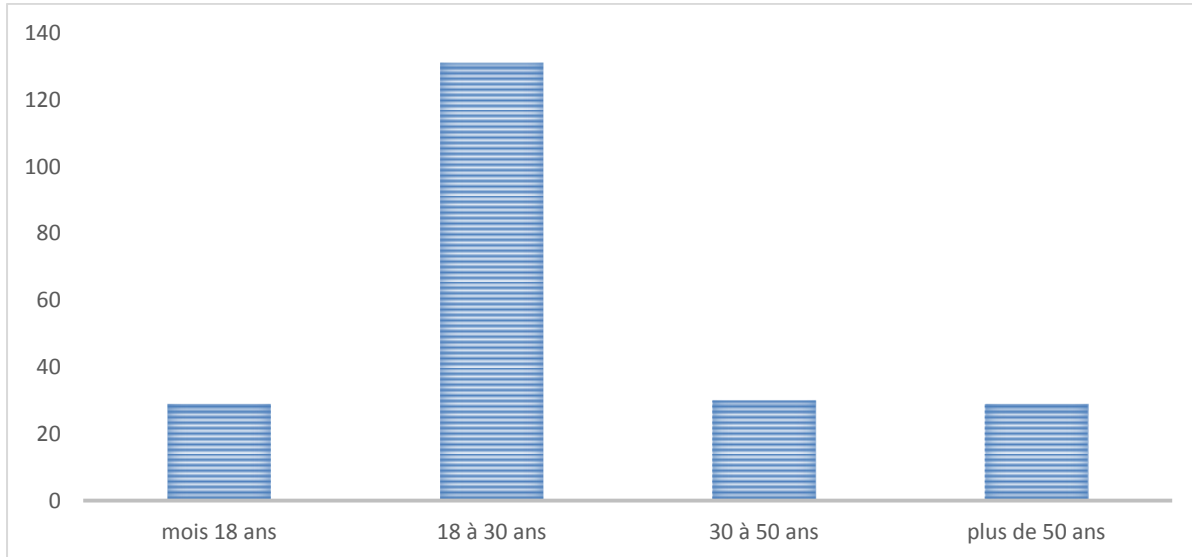
Age Centre	Moins de 18ans	18 à 30 ans	30 à 50 ans	plus de 50 ans	Total
CSB2 Anjomakely	6	23	4	3	36

Source : Document du CSB II, 2016

Ce n'est pas si étonnant si on voit que les femmes entre 18 à 30 ans ont été étudiés car c'est l'image même de la population étudiée par leur culture et leur niveau intellectuel. Ceci explique la rareté de la naissance précoce et l'accouchement moins risqué. Ensuite nous avons la catégorie de femmes âgées de 30 à 50 ans pour un nombre de 36 individus, probablement caractérisé par un effectif amoindri par l'effet ou par l'application du planning familial ; enfin le cas des femmes de moins de 18 ans et celles de plus de 50 ans, toutes au nombre très restreint, explique le fait que habituellement les femmes rurales se marient précocement sauf par accident et celles qui ont plus de 50 ans sont précisément dans la phase de la ménopause.

Références: Monographie du District, d'où la population est jeune avec un âge moyen de 35 ans

Figure n° 2: La comparaison entre la tranche d'âge de l'échantillon



Source : Enquêtes personnelles, auprès du Fokontany 2016

Cette figure en histogramme représente la comparaison du nombre des femmes enquêtées selon la tranche d'âge. La variable 18 à 30 ans est la plus remarquable contre les trois autres c'est-à-dire les moins de 18 ans, les femmes âgées de 30 à 50 ans et les plus de 50 ans.

1.2. La situation matrimoniale des femmes enquêtées

Il existe quatre classes de variables étudiées concernant la situation matrimoniale des femmes. En terminologie consensuelle, la femme est dite célibataire lorsqu'elle est sans époux et n'avait jamais été mariée. La femme veuve est celle qui a perdu son conjoint et qui est déjà décédé, puis la femme divorcée celle qui est en rupture de mariage avec son conjoint. Enfin, la femme mariée, c'est celle qui vit toujours avec son conjoint dans le lien du mariage légal et civil. Ainsi, nous avons restitué la collecte d'informations concernant chaque classe étudiée et énoncée dans le tableau ci-après.

Tableau n° 9: La situation matrimoniale des enquêtées par ménage

Situation matrimoniale	Célibataires	Mariées	Divorcées	Veuves	Total
CSB II Anjomakely	3	16	11	6	36

Source : Document CSB II, 2016

Les femmes mariées représentent la majorité de notre population d'enquête ; elles sont au nombre de 115 individus mais nous avons enquêté 36 d'entre elles qui sont des femmes en âge de procréer. Elles sont plus responsables et plus soucieuses de leur santé par rapport aux autres. Ensuite, il y a les femmes divorcées avec un nombre de 56 individus. Par contre les célibataires et les veuves représentent successivement 21 et 33 individus. On peut constater que les femmes dont leurs maris qui sont encore vivants sont les plus enthousiastes pour la fréquentation des CSB par rapport aux femmes célibataires.

1.3. La profession exercée par les femmes enquêtées :

L'étude que nous avons menée sur la profession des femmes a été faite suivant leur inscription dans leur carte d'identité nationale. Cette étude a été réalisée auprès du centre de santé avant qu'elles y entrent. En ce qui concerne leur profession, nous avons constitué quatre classes à étudier à savoir : la femme ménagère ; c'est celle qui s'occupe de la famille, du foyer et de la maison familiale. Ensuite nous convenons d'appeler ici les différents métiers libéraux comme les activités personnelles. Elles s'activent dans les métiers de commerçantes, de collectrices, de consultantes et d'autres activités indépendantes dans la fonction publique. Mais d'habitude ces femmes rurales restent souvent autonomes, travaillent et gagnent leurs propres argents.

Pourtant, les fonctionnaires sont des femmes qui travaillent dans l'administration et dont la majorité d'entre elles sont des institutrices auprès des EPP ou de personnels dans d'autres institutions de collectivités publiques comme employées de la commune ou agents communautaires. Et enfin, certaines d'entre elles sont des agricultrices qui reflètent ainsi la profession paysanne.

Tableau n° 10: Les activités exercées par les femmes

Profession	Ménagères	Libérales	Fonctionnaires	Agricultrices
CSB II Anjomakely	13	10	3	13

Source : Document du CSB II, 2016

Comme le tableau l'indique, l'activité la plus exercée par les femmes se focalise dans l'agriculture ; soit 108 femmes l'exercent. Cette statistique reflète la réalité sur le terrain, car dans la majorité des cas, les mentions sur la profession de « *mpamboly* » ou agricultrices sont très fréquentes en milieu rural. Ensuite il existe aussi des femmes ménagères, mentionnées dans

leur carte d'identité nationale dénommée « *mpikarakara tokantrano* » en malagasy. C'est pour dire que les femmes de la zone rurale n'ont pas de profession dont la rémunération est bien définie ; Les 30 individus qui travaillent de façon libérale comme les commerçantes, les collectrices et les fonctionnaires sont moins nombreuses.

1.4. Le niveau d'instruction de la femme enquêtée

Le niveau d'instruction est apprécié par le diplôme que chaque individu avait obtenu, car ceci indique le nombre d'années effectuées à l'école par la femme.

L'analphabète veut dire que la femme ne sait ni lire, ni écrire. C'est-à-dire qu'elle n'a jamais fait l'école ou encore qu'elle avait effectué les premiers pas de l'enseignement primaire mais après de longues années d'arrêt et au fil du temps, la femme ne se souvient plus de rien, ni de la notion de lecture ni de l'écriture.

Pour la mention CEPE, c'est à dire les femmes qui ont obtenues le diplôme de CEPE à la fin de l'étude du primaire, on peut faire référence à cinq années d'éducation et d'enseignement. Le BEPC est reçu après les neuf ans d'enseignement qui se rapportent au primaire et secondaire du premier cycle. Le BAC ou Baccalauréat est équivalent à onze années de formations primaires et secondaires du premier cycle et du second cycle. Le BAC plus est l'équivalence des diplômes reçues après les études universitaires ; en se référant à la population cible de notre étude, nous allons savoir si certaines femmes avaient obtenu une formation universitaire.

Tableau n° 11: Le niveau d'instruction des femmes

Niveau d'instruction	Analphabètes	CEPE	BEPC	BAC	BAC et plus
CSB II Anjomakely	6	10	5	6	9

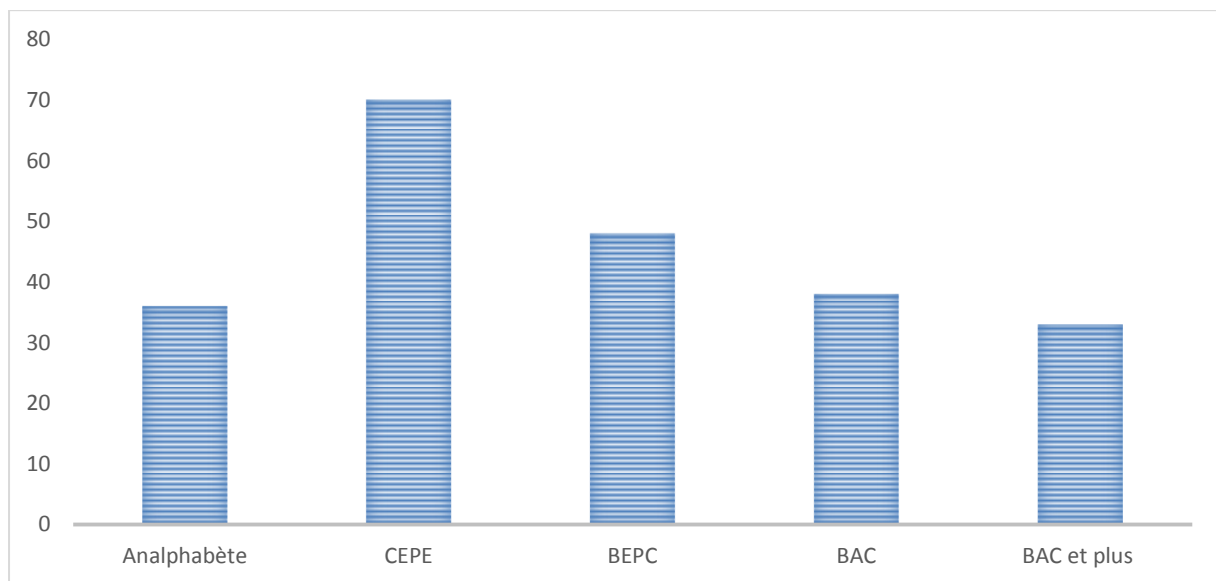
Source : Document du CSB II, 2016

D'après ce tableau, on constate que le niveau d'instruction des femmes est en général basé sur le niveau CEPE. Cette logique peut être expliquée par la présence des EPP auprès de la zone rurale. Mais pour le niveau d'instruction au BEPC, qui est au nombre de 48, on constate que la majorité d'entre elles habitent dans la grande ville, c'est-à-dire dans le chef-lieu qui se situe dans la commune et qui s'explique par la présence d'un collège d'enseignement général (Anjomakely). Les femmes titulaires du diplôme de baccalauréat sont au nombre de 38. Selon notre enquête elles exercent la profession d'institutrice auprès des EPP et CEG. Ces femmes sont qualifiées de mères et femmes aux foyers. Ce sont des jeunes dames sortantes des CRINFP

(Centre Régionale de l'Institut National de Formation Professionnelle). Les analphabètes entre autres représentent les femmes ménagères et les agricultrices qui sont au nombre de 36. Enfin les femmes bachelières exercent le travail d'enseignante tandis que les femmes universitaires représentent les femmes fonctionnaires et responsables des structures de l'administration publique. Elles occupent le poste de secrétaire au sein du CISCO et certaines d'entre elles sont des médecins et infirmières.

La figure ci-après représente la comparaison du nombre de professions constatées durant l'enquête.

Figure n° 3: La comparaison de niveau d'instruction de la population cible



Source : Enquêtes personnelles, Fokontany d'Anjomakely 2016

La morphologie de l'éducation à l'AN (éducation nutritionnels ambulatoire) est remarquable. Le niveau d'instruction est bien réparti, c'est-à-dire que les femmes sont en général bien instruites. Même si la majorité des femmes possèdent le diplôme de CEPE (le variable dominant), on constate que les autres variables sont stables.

Ainsi, les résultats ci-dessus présentent la structure de la population cible, mais pour la seconde partie des résultats, nous allons présenter les résultats du sujet en question par la fréquentation des femmes des CSB.

Section 2 : La fréquentation des CSB par les femmes :

Concernant le variable « fréquentation », on va parler des raisons qui poussent les femmes d'Anjomakely d'aller ou de ne pas aller auprès des CSB. Cette étude est cruciale, car elle permet de constater la notoriété des centres de santé de base publique au niveau du district.

Ainsi, nous allons voir successivement le nombre de fréquentation et le taux de fréquentation.

2.1. La fréquentation de la maternité par les femmes :

Le fait de passer continuellement dans le service de la maternité permet d'évaluer le nombre de passage dans ce lieu par ces femmes. Cela est compté par l'unité de temps et dans notre démarche quantitative nous l'avons référé à la « fréquence ». Cet indicateur permet de répondre à cette question : *combien de fois passez-vous auprès des CSB ?* La réponse est semi fermée, c'est-à-dire soit l'action est journalière et qui se réfère à une femme qui passe tous les jours au CSB pendant la durée de notre stage. Ensuite, il pourrait que la fréquence soit hebdomadaire ; une périodicité par semaine, soit mensuelle qui se réfère par mois ou annuelle qui correspond à une année.

Tableau n° 12: La fréquence de passage des femmes auprès des CSB

Fréquence de visite	Nombre des femmes enquêtées	Journalière	Hebdomadaire	Mensuelle	Annuelle
CSB II Anjomakely	36	3	18	9	6

Source : Document des CSB II, 2016

Parmi les 36 femmes enquêtées, 18 d'entre elles affirment avoir passé une fois par mois au centre de santé. Les raisons de leur fréquentation sont nombreuses : soit des rendez-vous de consultation prénatale donnés par le médecin, soit pour des contrôles systématiques concernant une maladie ou pour faire des pansements ou se faire vacciner.

Par semaine, en majorité les femmes passent auprès des CSB pour faire une consultation prénatale et pour le suivi de leur grossesse. Cette classe d'individus représente 6 personnes. Tandis que celles qui y passent de façon journalière sont au nombre de 3 personnes.

Photo n° 1: La campagne mère et enfant au CSB II Anjomakely



Source : Enquêtes personnelles, auprès du CSB II Anjomakely, 2016

2.2. Le taux de fréquentation des CSB par les femmes :

Cet indicateur est une appréciation brute de la situation, c'est-à-dire par le nombre. Mais en faisant des comparaisons avec d'autres variables, on peut avoir un autre indicateur intermédiaire qui est le taux de fréquentation ou le ratio de fréquentation.

On appelle taux de fréquentation la portion de personnes qui fréquentent les CSB, mais le ratio de fréquentation c'est le rapport entre les personnes enquêtées et les personnes qui fréquentent les CSB. Ces deux indicateurs sont donc intéressants pour apprécier la normalité de la capacité d'accueil du CSB envers la population locale.

Tableau n° 13: Le taux de fréquentation des femmes auprès des CSB

	Journalier	Hebdomadaire	Mensuel	Annuel	Taux total	Taux moyen
CSB II Anjomakely	1,08	6,48	3,24	2,16	12,96	3,24
Taux de fréquentation moyen par centre	1,864	6,146	9,668	4,772		

Source : Document des CSB II

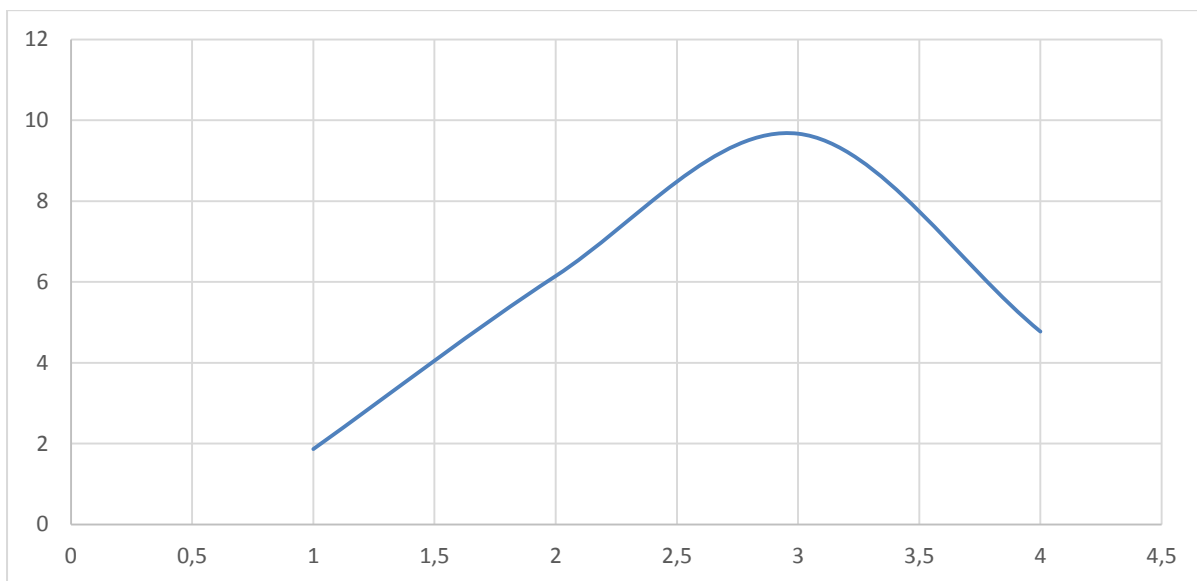
Le taux de fréquentation est le premier indicateur pour mieux connaître et mieux apprécier l'utilisation de la population locale du CSB, c'est aussi l'objet de notre étude. Ce taux

est calculé à partir du nombre de fréquentation de leur choix : journalière, hebdomadaire, mensuelle ou annuelle.

Premièrement si on prend le cas du taux journalier, il représente un taux de 1,864% c'est-à-dire, seulement une personne qui passe au CSB pour se soigner ou se faire une consultation journalièrement. Le taux de fréquentation hebdomadaire est de 6,146%, celui du taux mensuel est de 9,668% et le taux annuel est de 4,772%.

Voici le graphe qui présente l'évolution du taux de fréquentation moyenne selon ses quatre classes étudiées.

Figure n° 4: L'évolution du taux d'utilisation moyenne par unité de temps



Source : Enquêtes personnelles auprès du CSB II Anjomakely, 2016

Suivant ce graphique, les femmes fréquentent le centre de santé mensuellement avec un taux de 9,668% dont les raisons de leur venue sont : la méthode contraceptive, les consultations prénatales, l'accouchement et les suivis de la santé infantine.

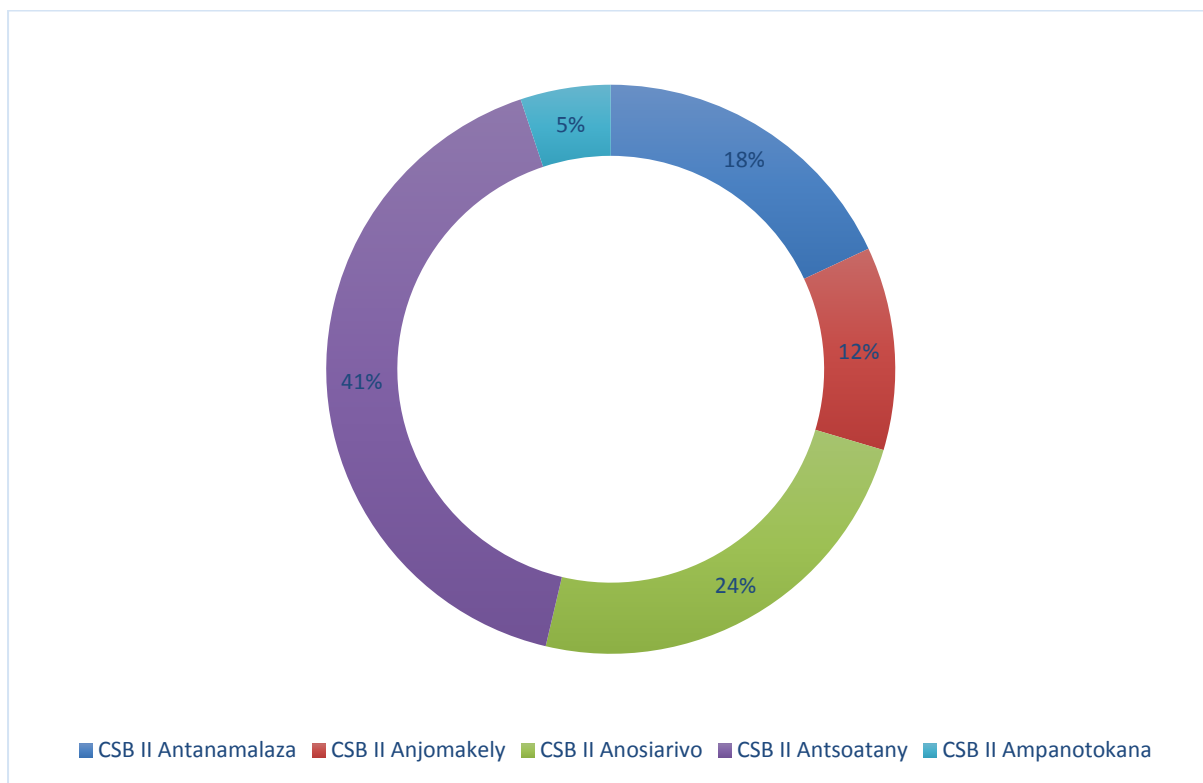
Par an, les femmes font des contrôles et des suivis de maladies de leurs enfants de moins de 5 ans ou encore elles font vacciner leurs enfants pendant les campagnes de vaccination.

2.3. Le taux de fréquentation des femmes auprès des autres centres

A titre de comparaison et outre le taux de fréquentation par unité de temps ou saisonnière, nous avons aussi vu la fréquentation dans certains d'autres centres de santé de base environnants.

Le taux de fréquentation total par centre varie de 5,76% à 20,25%. Pour les zones des grandes villes comme Antsoatany, le taux de fréquentation de ce CSB est de 41%; par contre 18% pour le CSB Antanamalaza ; de 12% pour le CSB Anjomakely ; de 24% pour le CSB Anosiarivo et 5% pour celui d'Ampantokana. La représentation graphique de l'évolution est représentée par la figure ci-après.

Figure n° 5: Le taux de fréquentation totale par centre



Source : enquêtes personnelles, auprès des CSB II de la Commune d'Anjomakely, 2016

CHAPITRE IV : LES RAISONS DES CHOIX DES FEMMES SUR LA FREQUENTATION DE LA MATERNITE

Section 1 La fréquentation de la maternité

Après avoir vu le taux de fréquentation des centres de santé, nous allons voir comme suit la fréquentation de la maternité par les femmes. Mais nous nous rappelons que sur le taux de fréquentation de la maternité, il faut partir de la base du nombre de femmes qui fréquentent le CSB et qui choisissent de se faire consulter à la maternité. Et c'est à partir du nombre total de consultations prénatales ou CPN par rapport au nombre total de femmes qui y accouchent que nous pouvons obtenir le taux d'utilisation. Généralement la maternité est utilisée indistinctement par les femmes rurales pour effectuer des consultations prénatales, pour l'accouchement aussi bien que pour les soins et les suivis des maladies qui touchent la population locale.

1.1. L'utilisation de la maternité par les femmes rurales

Dans ce paragraphe suivant nous allons voir le nombre de femmes qui ont fréquenté le CSB pour les besoins de consultation prénatale et d'accouchement.

Tableau n° 14: Les nombres de femme qui fréquentent la maternité

Localisation	<i>Les centres étudiés</i>	<i>Femmes ayant utilisé la maternité</i>
Commune	CSB II Anjomakely	12
TOTAL		110

Source : Document des CSB II, 2016

Parmi les 110 femmes ayant été enquêtées, les 12 d'entre elles ont déjà fréquenté la maternité durant leur accouchement. Dans ce CSB, avec un total de 12 personnes ayant accouché lors de notre passage ce lieu a été à sa plus forte utilisation de la saison, ce qui veut dire qu'environ 45% des femmes rurales ont utilisé cette maternité selon médecin Chef du CSB II d'Anjomakely.

Photo n° 2: La photo d'une femme qui vient d'accoucher son petit garçon à la maternité à Anjomakely



Source : Enquêtes personnelles au sein du CSB II Anjomakely, 2016

En traitant ces données nous pouvons montrer le taux d'utilisation des CSB.

1.2. Le taux d'utilisation de la maternité par les femmes

Dans notre étude, on parle de l'utilisation des CSB, c'est-à-dire le nombre de femmes qui utilisent la maternité. Mais d'autres parts il existe encore d'autres lieux fréquentés par les femmes enceintes et allaitantes que nous allons aussi analyser les faits qui constituent l'analyse de notre recherche.

Deux indicateurs seront donc pris en compte pour l'appréciation de l'utilisation de la maternité. Il s'agit en premier lieu du ratio d'utilisation et ensuite le taux d'utilisation.

Le ratio représente le rapport entre le nombre de consultation en CPN et le nombre d'utilisation de la maternité pendant l'accouchement tandis que le taux d'utilisation est la proportion d'utilisation de la maternité par rapport au nombre total du CPN

Tableau n° 15: Le taux d'utilisation de la maternité

<i>Localisation</i>	<i>Les centres étudiés</i>	<i>Ratio d'utilisation</i>	<i>Taux d'utilisation</i>
Périphérique	CSBI Ambohijanaka	0,422222222	8,55
Périphérique	CSBI Andingadingana	0,527777778	6,84
Enclavée	CSBI Manjaka Ouest	0,442307692	11,96
Ville	CSBII Andramasina	0,544117647	25,16
Enclavée	CSBII Antotohazo	0,5	2,88
TOTAL		0,48	11,07

Source : Document du CSB II, 2016

En moyenne le ratio d'utilisation de la maternité est de 0 ,48 c'est-à-dire que par rapport à la moyenne de **0, 5** ; les personnes qui ont fréquenté le CSB utilisent la maternité en moins de la moyenne.

Mais par ailleurs, le taux d'utilisation de la maternité par rapport à la CPN est en moyenne de 11,07% ce qui est largement faible. C'est-à-dire que seules, les 11 personnes sur 100 qui utilisent la maternité auprès de ce CSB II, alors 89% représente un taux fort de la non fréquentation des centres de santé

Donc, certaines femmes enceintes font des consultations prénatales auprès du CSB2 d'Anjomakely mais parfois elles préfèrent accoucher vers d'autres centres similaires tels que les CHD ou aller exactement traditionnels chez les matrones de la localité et de même on constate que 89% de la totalité des consultations prénatale ou CPN sont accomplies par les matrones .C'est ce que nous allons voir dans le tableau ci-après.

Tableau n° 16: La fréquentation des autres lieux de maternité

Les centres étudiés	Nombre des femmes enquêtées	CHD	Matrone	CSB
CSB II Anjomakely	36	5	12	19

Source : Document des CSB II, 2016

Ainsi pour le même échantillon de femmes à enquêter, plusieurs d'entre elles se disent avoir fréquenté d'autres personnes ressources pour leur accouchement dont la principale destination est chez les matrones ou « *renin-jaza* ». Pourquoi donc ces femmes choisissent-elles une autre destination pour accoucher alors qu'elles suivent les CPN auprès des CSB ? Peut-être qu'elles ne sont pas satisfaites de la prise en charge du personnel médical.

Section 2 : L'insatisfaction dans l'utilisation de la maternité

L'insatisfaction des femmes enceintes peuvent être un facteur de blocage pour l'utilisation de la maternité, ainsi nous allons voir les raisons de cette obstination à travers plusieurs faits.

2.1. La satisfaction des femmes sur l'utilisation de la maternité

De ce fait, nous avons fait une enquête auprès des femmes qui ont fréquenté les CSB II et qui les ont utilisées sur leur satisfaction vis-à-vis de la qualité de service et de la prise en charge fait par les agents de santé (sages-femmes, infirmières, médecins etc.).

La question que nous avons posée est simple : « *est-ce que vous êtes satisfait de la qualité d'accueil et de traitement au sein de la maternité ?* ». Nous avons donné des choix de réponse comme « satisfait » ou « non satisfait » et « assez satisfait » ou « très satisfait ».

Tableau n° 17: La satisfaction des femmes vis-à-vis de la prise en charge des CSB

Les centres étudiés	Utilisation	Pas satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Très satisfait
CSB II Anjomakely	19	4	8	3	2

Source : Document du CSB II, 2016

Ainsi, la plupart des femmes affirment avoir été satisfaites de la prise en charge et de la qualité de service des maternités auprès des CSB si 17 individus sur 36 ont répondu. Il y a 8 d'entre elles qui affirment avoir été satisfaites contre 4 qui prétendent de n'être pas satisfaites, 3 assez satisfaites et 2 personnes ont été très satisfaites.

Mais cette unité de mesure n'est pas exhaustive, nous devons voir à l'échelle de 1 à 10 le degré de satisfaction des femmes concernant l'utilisation de la maternité.

Mais durant la gestation, nous avons ici la fréquence de la grossesse des femmes ayant passé à la maternité.

Tableau n° 18: L'utilisation des CSB suivant la gestation

CSB	G1		G2 à G3		G4 et PLUS	
CSB II Anjomakely	n	%	n	%	n	%
	11	25,5813953	6	17,1428571	6	18,75

Source : Document des CSB II, 2016

Ainsi, en général ce sont les femmes qui accouchent leur deuxième et troisième enfant qui se rendent vers les CSB avec un taux d'utilisation moyen de 21% en G2 et G3, ensuite le G1, c'est-à-dire les mères qui sont enceintes de leur premier enfant est représenté avec un taux d'utilisation moyen de 19,5% et enfin les G4, c'est-à-dire le quatrième enfant est indiqué par un taux de fréquentation moyen de 17%.

2.2. Le degré de satisfaction des femmes à l'utilisation de la maternité

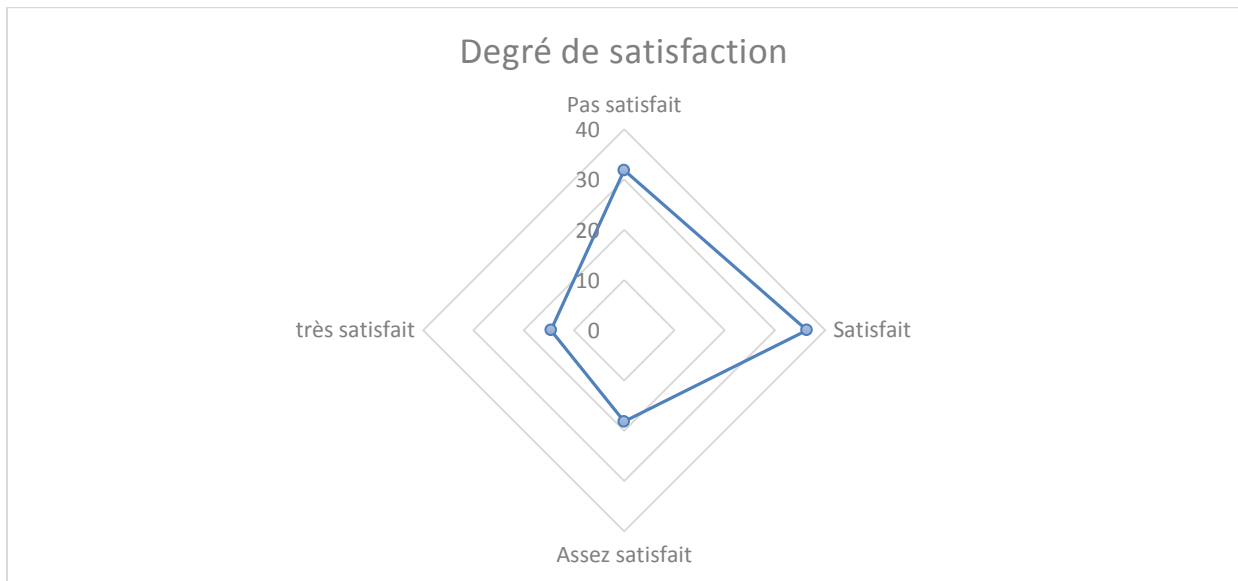
Tableau n° 19: Le degré de satisfaction dans l'utilisation de la maternité

Evaluation	Pas satisfait	Satisfait	Assez satisfait	très satisfait	TOTAL
Degré de satisfaction	3,181	3,636	1,818	1,454	10,089
Degré moyen / 10	2,52	2,880	1,440	1,152	7,992

Source : Document des CSB II, 2016

En appliquant dans une échelle de 1 jusqu'à 10, le degré de satisfaction des femmes qui ont fait la CPN et qui ont accouché au sein des CSB concernant la qualité de service du personnel médical est de 2,52/10, un chiffre qui est largement en dessous de la moyenne de 5/10.

Figure n° 6: Le degré de satisfaction des femmes envers les services de la maternité



Source : Enquêtes personnelles au sein du CSB II Anjomakely, 2016

Selon cette figure présente, les variables tendent tous vers les estimations « satisfait »t et « pas satisfait ». C'est-à-dire que le CSB doit faire des évolutions pour régler ce problème.

Conclusion partielle

La deuxième partie montre les résultats de l'enquête et surtout celui de répondre à leur problématique. D'après ces résultats, plusieurs facteurs montrent la difficulté pour les femmes à fréquenter les CSB, qui est causée par leur niveau d'instruction faible et leur éloignement des CSB.

L'insatisfaction des femmes enceintes et des femmes qui possèdent des nouveaux-nés se posent encore sur les différentes sources de conflits entre les agents du centre de santé et aussi les services et les prises en charges non assurés par les agents de santé. De ce fait, plusieurs raisons peuvent mettre en péril la santé des femmes si elles ne veulent pas pour ainsi y aller à la maternité et accomplir les CPN et l'accouchement.

TROISIEME PARTIE :
ANALYSES PROSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS DU TRAVAILLEUR
SOCIAL

CHAPITRE V : ANALYSES DES FACTEURS

À partir de ces résultats nous allons faire sortir les discussions en partant de l'analyse des variables étudiés.

Section 1 : L'analyse des variables étudiés

Nous avons fait une analyse auprès de 225 femmes issues de différentes localités et que les informations collectées sont faites durant la période de notre stage. Ce qui écarte tous risques d'erreurs en dehors de notre période d'enquête.

Par cette section nous allons voir une analyse des variables que nous avons présentés ci-dessus.

1.1. La fréquentation des CSB

Dans le milieu rural, la plupart des gens ne fréquentent pas des centres de santé de base, car ce n'est que le seul lieu présent et que les centres de santé privés n'existent pas. C'est la raison pour laquelle le taux de fréquentation des CSB est très élevé auprès des CSB lorsqu'il s'agit de CPN, de vaccination ou de contraception. En effet, ce sont les femmes qui sont plus intéressées pour la fréquentation des centres de santé.

En général les objets de fréquentation concernent le domaine sanitaire. Il s'agit pour les femmes de demander des informations concernant leur propre santé, par exemple les maux de têtes, les maux de ventre ou la tension (ce sont les plus fréquents). Mais il y a ensuite les consultations prénatales et les suivis de grossesse. La réalité dans les milieux ruraux nous enseigne que la distance entre les villages et les CSB sont vraiment loin, voire plus de 10 kilomètres à pieds d'homme pour une durée moyenne de 3 heures à marcher, c'est alors que les gens ne veulent pas fréquenter les centres de santé que lors des graves problèmes ou lors des complications... Ainsi, en général les femmes ne vont pas aller selon l'exigence sanitaire du suivi de grossesse à cause de cette distance.

La majorité des femmes exercent le métier d'agricultrice et elles ne veulent pas se démettre de leur travail lors qu'elles s'occupent des travaux champ mais aussi pour faire un va et vient entre la maison et le CSB. Leurs époux, ne veulent pas les accompagner à cause de la préoccupation dans les travaux de champ et aussi les petits boulots pour pouvoir compléter ce qu'ils gagnent?

A cause de ces plusieurs raisons les femmes enceintes ne vont pas chez les médecins qu'une fois par mois si tôt pour suivre la grossesse.

1.2. L'utilisation de la maternité par les femmes enceintes

Dans la majorité des cas, les femmes enceintes n'utilisent pas vraiment les maternités. Ce cas est général et identique dans toutes les zones que nous avons étudiées.

La majorité des femmes enceintes préfèrent se rendre auprès des maternités par peur de se perdre seule à la maison. Elles ont toutes consciences de la gravité d'accoucher seule à la maison sans médicament et avec les personnes peu expérimentées. Comme disait une femme que nous avons rencontrée à la maternité d'Anosiarivo, Madame R.E, qui disait que : *« j'ai peur de rester seule à la maison, vu que mon mari se déplace toujours à cause de son travail, c'est pour cela que je me suis rendue seule au CSB »*. Mais toutefois, le manque de connaissance de la santé et de l'accouchement favorise chaque personne à aller vers les CSB. L'accouchement est une affaire de vie et de mort, or à défaut d'une erreur non maîtrisée, la mort peut survenir.

Dans le milieu rural, les femmes n'utilisent pas la maternité à cause de plusieurs raisons. Il s'agit premièrement de la pauvreté extrême de chaque famille. A titre d'illustration, un foyer gagne mensuellement un revenu de 60.000Ar à 250.000Ar, car c'est le chef de famille même qui travaille. Or, cette somme d'argent est destinée premièrement à 80% et considérée pour la consommation du foyer et tout cela dans les besoins fondamentaux (nourritures et habillements). Donc, à défaut d'épargne le foyer ne peut économiser beaucoup pour subvenir au besoin de l'accouchement.

Section 2. Impacts sociaux des prises en charge

2.1. La satisfaction et la prise en charge

Selon notre enquête, la majorité des femmes qui ont été reçues et traitées ont été satisfaites de la prise en charge du personnel médical, car selon leur dire, la sage-femme accueille les patients chaleureusement. Ainsi, l'expérience des sages-femmes rassurent aussi les femmes qui viennent accoucher ainsi que la disponibilité en matériels ; très efficaces par rapport à la situation sur place.

Force est de souligner que le CSB II d'Anjomakely possède plusieurs atouts en matière de service et les matériels sanitaires sont à la disposition de tous les patients. De même, le coût des prises en charges ne sont pas aussi chers. Ils valent presque la moitié de ce que les patients en doivent. C'est un service public mais le coût est estimé à moindre prix et la qualité des services est très satisfaisante.

De plus, l'infrastructure est moderne et l'environnement est sain. Le CSB possède des salles conformes aux normes internationales. Même si la zone étudiée se trouve en milieu

suburbain, on peut déjà constater que le lieu peut accueillir plusieurs patients quoi qu'ils veuillent se faire consulter, ausculter ou traiter des différentes maladies. Par conséquent, le suivi des traitements des maladies sont approuvables puis les personnels du CSB sont très accueillants.

Mais des fois, les personnels du CSB ne réalisent pas assez de sensibilisation au sein du centre pour faire savoir aux patients les autres programmes de santé lancés par les organisations de santé comme font les autres CSB dans d'autres Communes. En effet, la sensibilisation permet aux patients de savoir ce qu'il faut faire pour préserver la santé.

2.2. Le recours vers les matrones

Les femmes qui ne sont pas satisfaites ont recours aux matrones, c'est-à-dire chez les sages-femmes dites traditionnelles.

Chez les matrones les patientes sont aussi bien accueillies comme au dispensaire. Les matrones sont aussi chaleureuses telles que les agents de santé, et cela incite les femmes à recourir vers elles ou à leurs services.

La tradition est devenue aussi une habitude pour les femmes rurales, car leurs mères et leurs grands-mères ont accouchées chez des matrones et cela se transmet de génération en génération. Ainsi, les matrones sont devenues très reconnues et leur image fascine tout le monde. C'est ainsi que leur intervention dans les suivis de santé des femmes durant la grossesse, l'accouchement et après l'accouchement même est devenue une habitude pour certaines femmes d'aller les consulter.

2.3. Les points forts et les points faibles des CSB

La qualité de soins prodigués se répercute sur la santé des patients. En effet, la femme qui accouche, connaît un grand ralentissement dans sa productivité et sa croissance??

Cette qualité de soins et de prise en charge selon la normalisation internationale, révèle une aptitude d'un service à satisfaire complètement les besoins et les attentes des patients. Selon le résultat de la grille d'observation pour la pratique des soins, 50% sages-femmes ont procédé à l'utilisation des matériels hors normes avant toutes prises en charge de la femme. Mais presque les agents de santé de base n'utilisent pas de champs fendus stériles posés sur le malade avant toute prise en charge. Ces actes non conformes à la norme favorisent le développement des complications ou d'autres sortes d'infections. Aussi dans les centres hospitaliers le taux d'infection constitue un indicateur de la qualité de soins dans le service.

En outre la courte durée de séjour d'hospitalisation dans les salles des accouchées peut aggraver la situation sanitaire de la femme et voir même de son enfant. La fatigue de la femme et les mauvaises prises en charges favorisent d'autres maladies.

Par ailleurs le résultat montre la carence en effectif du personnel soignant, ce qui entraîne une surcharge de travail et provoque parfois des mécontentements ou des plaintes des infirmiers.

Cette surcharge de travail semble énorme pour chacun, (ils effectuent des soins aux plus de 10 malades par jour) ce qui entraîne une démotivation chez le personnel qui finit par un travail de routine. Selon FERRERI et LEGEROU une charge de travail est un ensemble des activités incluant la charge de soins, plus les autres activités. Une surcharge de travail se présente, si un degré élevé de vigilance doit être maintenu pendant des périodes assez longues ou si des informations à traiter se succèdent à des rythmes rapides.

Mais par contre les CSB sont très loin du village et cela constitue un facteur de blocage pour les patients d'aller là-bas, or il n'y a qu'un seul centre dans chaque Fokontany.

Cela paraît difficile pour les gens de fréquenter alors les centres de santé. Il est évident de savoir aussi que les grands hôpitaux tels que les centres hospitaliers ne sont présents qu'en milieu urbain. Si des cas d'urgences et de complications s'annoncent chez les patients qui habitent dans les zones enclavées il se peut que les personnels des CSB1 ou des CSB2 ne prennent plus en charge pour les soigner. Ils les envoient tout de suite à l'hôpital. Prenons par exemple ce cas ; si une femme a fait des suivis de sa grossesse chez une matrone ou chez un autre centre de santé, lorsqu'elle vient pour l'accouchement au sein des CSB, les personnels soignants la rejettent et la fait revenir dans le centre où elle avait suivi le déroulement de sa grossesse. En plus, si elle fréquentait la matrone et c'est pendant l'accouchement qu'elle vienne pour consulter le médecin, des fois des complications peuvent se présenter. Toutefois, les personnels soignants l'envoient tout de suite à l'hôpital ; dans les centres hospitaliers de la grande ville. Elle sera demandée à se faire opérer dans les blocs opératoires pour pouvoir réaliser l'accouchement césarien.

En effet, la plupart des gens qui habitent en milieu suburbain, voire ceux qui sont dans les zones enclavées ne peuvent pas aller dans les centres de santé à cause de leur éloignement.

Par conséquent, certaines femmes habitant dans ces lieux sont en majorité, celles qui possèdent des complications vu les raisons de l'éloignement des CSB, elles préfèrent rester chez elles pendant les neuf mois de grossesses sans réaliser des suivis et des contrôles de santé dans les lieux de santé. Parfois elles se font consulter chez les matrones car c'est le seul moyen pour elles de pouvoir être suivies durant la grossesse.

Par faute de moyens, financiers ou matériels, lors des complications elles vont finir par être transférées dans les blocs opératoires des grands hôpitaux. Certains personnels soignants des grands hôpitaux de la ville ne reçoivent que des gens qui possèdent assez d'argent pour la prise en charge des malades. Une fois, si la femme qui possède des complications pendant l'accouchement sera transférée dans les blocs opératoires, vu la classe sociale d'où elle vient (moyenne ou défavorisée), elle ne sera pas bien traitée par les personnels de l'hôpital. Plusieurs femmes qui viennent de la campagne ou d'autres qui sont issues de la classe moyenne et défavorisée trouvent la mort suite aux complications de l'accouchement. Cela est dû au non suivi de la grossesse mais aussi au non fréquentation des centres de santé.

Il est à remarquer alors que les conséquences des complications de la santé des femmes viennent d'elles-mêmes mais proviennent aussi des manques (financiers et matériels) qui sont toujours des facteurs de blocage pour l'amélioration de leur santé.

CHAPITRE VI : RECOMMANDATIONS

Cette étude a permis d'identifier les facteurs liés aux patients et aux traitements, qui influent sur les variations de la durée de séjours d'hospitalisation. Différents problèmes ont surgi à partir de cette étude :

Section 1 : Recommandations d'ordre sanitaire

En général le grand problème se concentre toujours sur le problème financier. Selon le médecin chef du CSB II d'Anjomakely, les 50% des patients hospitalisés dans le service de l'accouchement et des suivis de santé (Consultation prénatale et postnatale) n'arrivent pas à subvenir aux coûts des dépenses médicaux et des médicaments.

Certes, des complications des plaies opératoires surviennent et les patients présentent des complications au niveau de la plaie opératoire. En effet 20,7% des patients ont eu des infections au niveau de la plaie opératoire. Avant les soins 50% des infirmiers n'ont pas effectué de lavage antiseptique des mains.

De plus, le problème des soins infirmiers n'est pas garanti car la qualité de soins dispensés aux patients s'avère inefficace par manque d'asepsie. La plupart des infirmiers n'utilisent pas de champs fendus stériles au cours de la pratique des soins (Pose de sonde vésicale).

Les problèmes sociaux sont aussi une difficulté pour la réalisation des soins du patient : certains malades hospitalisés ne disposent pas d'accompagnement ou n'ont pas de conjoint, ce qui entraîne une augmentation de surcharges de travail dispensés par les infirmiers. Ils risquent alors de ne pas recevoir des soins de qualité.

Les interventions suggérées ici pourraient aider les décideurs du secteur santé et des autres secteurs dans le processus de résolution de ces problèmes face à la prolongation du séjour d'hospitalisation des malades dans le sens d'une amélioration de la qualité de vie des patients avec une meilleure réinsertion socioprofessionnelle?? Des stratégies sont ainsi proposées sur trois niveaux

1.1 Au niveau des Autorités et de l'hôpital :

- Faciliter l'accès des patients au CSB par l'intermédiaire de l'utilisation des standards de service.

- Pour les Autorités compétentes, créer et améliorer les associations en collaboration avec le responsable de l'établissement telles que : la sécurité sociale, l'assurance maladie, la mutuelle de santé.

- Vulgariser l'adhésion des gens par une tarification plus accessible à tous, aussi bien sur les coûts des interventions que des prix des médicaments selon leur moyen et mener une aide à la prise en charge des coûts d'hospitalisation.

- Créer un budget spécial au cours de l'élaboration du programme de travail annuel au sein de l'établissement. Avec un programme à court terme il peut se réaliser dès la disposition du budget.

En effet, la majorité de la population Malgache n'ont aucune sécurité médicale. Elle touche en général toutes les couches sociales qui représentent les différents secteurs, tels que les agriculteurs (27%), les fonctionnaires (26%), les journaliers, les commerçants, les ouvriers (21%), les retraités (10%), les ménagères (9%), les étudiants (2%), les chômeurs (4%).

Avec le faible pouvoir d'achat, les couts d'accouchement et les éventuelles analyses qui en découlent, les patients se heurtent souvent aux problèmes financiers pour couvrir les coûts afférents aux dépenses médicaux. Dans des cas de complications, des examens complémentaires sont en général onéreux, pourtant nécessaires dans la réalisation des traitements prescrits par le médecin traitant, comme le monitoring, opération césarienne ou autres.

1.2 Au niveau du personnel soignant

- Le gouvernement devrait toujours prendre en charge des allocations budgétaires en matière de santé lors de l'élaboration du programme de Travail Annuel (PTA). L'organisation d'une formation ou d'une remise à niveau du personnel doit être prise en compte chaque année. Une motivation pouvant favoriser l'acquisition d'une bonne qualité de prestation serait les disponibilités des infrastructures de santé avec des différents matériels qui peuvent assurer les traitements.

- Pendant 2 ans, le personnel doit être formé sur le système de communication et le changement de comportement qui sera assuré par des formateurs sous le financement de l'Etat et des bailleurs.

- L'instauration de la démarche de soins peut mener à une amélioration dans la pratique de l'exercice professionnel. La technique de la pose et de l'entretien d'une sonde vésicale doit suivre la norme internationale pour la prévention des infections.

- Des recherches doivent être effectuées (pour le cadre paramédical) selon le moyen, et les paramédicaux doivent être informés pour avoir l'esprit de créativité et s'acquérir des nouvelles connaissances.
- La planification et l'organisation d'un programme de travail devraient être effectuées par chaque équipe, en élaborant la description des postes.
- L'augmentation de l'effectif des personnels soignants et les surveillants chefs, aurait permis d'accepter toute admission de patients et de gérer la bonne marche des soins au sein de chaque service.
- L'hygiène se définit comme la base de la qualité de soins au sein d'un établissement, avec la charge de travail des infirmiers, une recherche d'aide médicale au moment opportun équivalant au recours à un personnel soignant qualifié.

Section 2 : Mobilisation des patients

Le centre de santé, ainsi que les personnels doivent mobiliser les patients afin d'éviter des complications de santé lorsqu'ils ne viennent pas se faire ausculter ou se faire soigner dans les CSB. Voici ce que nous avons exigé pour pouvoir aider les agents de santé à mobiliser les gens :

- Sensibiliser les gens sur l'éducation sanitaire, l'hygiène alimentaire, les préventions de la maladie courante ;
- Organiser des formations qui s'effectuent au niveau des Fokontany ou des arrondissements tous les mois et assurer les sensibilisations par l'intermédiaire des agents de santé à base communautaire(ASBC) à l'aide des financements de l'Etat et des bailleurs.
- Renforcer le système d'Information, d'Education et de Communication pour le Changement de Comportement (IEC-CC), réalisé par des agents de santé au cours d'admission des patients au sein de l'établissement.
- En milieu hospitalier, les toilettes (douches des malades) en soins préopératoires s'avère nécessaire, car les malades en postopératoires, porteurs de sondes vésicales présentent des risques d'infections nosocomiales.
- Renforcer le système d'information, d'éducation, et de la communication (IEC) selon leur moyen et leur niveau d'instruction afin de sensibiliser, de conscientiser les gens sur le contrôle régulier de leur état de santé, et prévenir la survenue des maladies comme l'insuffisance cardiaque, la diabète, l'hypertension artérielle (HTA) qui entraînent des complications au cours de son traitement.

2.1 Mobilisation des femmes enceintes :

Les femmes enceintes doivent être bien accueillies et bien traitées dans le service de soins pour la préservation de leur santé. Pour qu'elles puissent jouir de leurs droits, les mobilisations faites par les agents de santé doivent être :

- L'éducation des femmes enceintes durant toutes les périodes de suivis ou pendant les CPN ;
- Les conseils en matière de nutrition : ce qu'elles doivent manger ou éviter à prendre durant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement ;
- La prudence pour suivre tous les contrôles de santé pour ne pas subir des complications : elles devraient toujours consulter les personnels soignants si des problèmes persistent et peuvent nuire à leur santé

2.2 Mobilisation des membres de la famille de la patiente

Une des membres de la famille de la patiente en question devrait assumer sa surveillance durant son suivi et son traitement depuis la grossesse jusqu'à l'accouchement. De ce fait, la famille est la seule qui pourrait aider la patiente et pour qu'elle puisse améliorer son état de sa santé.

Il faut donc que la famille s'intéresse sur l'évolution de la grossesse de la femme, de la suivre pendant les consultations prénatales et de la contrôler pendant l'accouchement. Il est nécessaire qu'un ou plusieurs membres de la famille s'intéressent au contrôle de santé de la femme enceinte et de la femme allaitante. Parfois ce sont les mères ou les maris qui la suivent. Mais actuellement, vu la situation financière des couples, les femmes viennent seules pour se faire ausculter et même elles viennent seules pour accoucher. Cela peut aussi provoquer des conséquences néfastes pour la santé de la femme car elle ne peut pas se battre toute seule sans l'aide de sa famille.

CHAPITRE VII-RECOMMANDATIONS DU TRAVAILLEUR SOCIAL

Section 1 : Rôles et interventions des travailleurs sociaux

1.1 Envers les parents

Le travailleur social a une place importante sur la résolution des problèmes que ce soit individuel, familial ou en communauté. Il pourra conscientiser les parents des enfants pour éviter la répétition du problème. Ils doivent mettre en prioritaire l'éducation des élèves. En effet, l'épanouissement intellectuel est une source d'évolution dans la vie quotidienne.

L'éducation est la seule raison pour faciliter la compréhension de tout ce qui se passe dans la vie.

1.2 Nos conseils aux parents

Les femmes doivent comprendre plus que l'importance des soins dispensés dans les CSB. Elles se doivent de vouloir être conscientes et de suivre l'instruction nécessaire au centre de santé de base en réduisant leur fréquentation avec la matrone .Nous constatons que la consultation au CSB est la meilleur par rapport à la traditionnelle.

Les parents doivent motiver leurs filles de se faire consulter auprès du CSB. En effet, le service au CSB est plus professionnel par rapport à la matrone. A titre d'exemple, il utilise des matériels des soins plus efficaces et modernes avec des compétences professionnelles. Les soins traditionnels sont plus risqués par rapport aux soins modernes surtout au moment de l'accouchement. Or, l'objectif est de diminuer les risques c'est à dire diminuer le nombre de décès au moment de l'accouchement.

Section 2 : Renforcement de discipline et l'intention d'attirer les patients:

2.1 Améliorer les règlements pour ne pas subvenir aux risques de complications et de décès

Evidemment, les règlements ne servent à rien si on ne les applique pas. L'application des règlements est très importante que tout fonctionnent mieux et pour qu'on prenne mieux au moment du travail pour éviter une mauvaise image devant les patients. Le médecin, les infirmiers et les sages-femmes doivent avoir un bon comportement envers les parents accompagnants leur enfants malades.

En effet, les gestes sont des moyens pour attirer, de motiver, et surtout d'augmenter la confiance entre eux. La confiance joue un rôle très important car il fallait se rapprocher l'un à l'autre un peu plus et de connaître le profond du problème des femmes.

2.2 Demande d'aide au ministère de la santé publique

L'éloignement des centres de santé de base, l'utilisation des matériels inadéquats et l'insuffisance des matériels de soins sont des causes qui empêchent les patients de fréquenter le CSB. A propos de son éloignement l'Etat doit fournir des moyens de transports pour chaque CSB pour transporter les patients le plus vite possible en cas d'évaluation d'urgence et de recruter deux ou trois chauffeurs afin que le travail soit durable.

La subvention matérielle est très nécessaire pour que le travail soit efficace. L'Insuffisance des matériels de soins ne justifie pas de négliger la prise en charge des patients. En effet, tout cela peut augmenter les risques de décès des enfants et des femmes enceintes au cours de l'accouchement.

Conclusion partielle

La dernière partie concerne l'analyse des facteurs bloquants et favorables à la santé mère-enfants et à partir des résultats l'enquête qu'on propose par des recommandations. Les femmes ne sont pas toujours en mesure à fréquenter les CSB. En effet, le manque de argent pour acheter des médicaments, certaines conditions de travail du CSB sont irrégulières, dont les femmes préfèrent être consultées par la matrone. Tout cela est à l'origine sont des problèmes auxquels nous devons trouver des solutions pour améliorer les conditions de la vie familiale .En tant que travailleurs sociaux, nous devons mobiliser, sensibiliser et conscientiser les femmes pour qu'elles comprennent l'importance des soins modernes que l'on peut trouver auprès des CSB.

CONCLUSION GENERALE

En guise de conclusion, la recherche sur le taux d'utilisation de la maternité vue à travers le nombre de CPN nous a permis de mieux se repérer dans le milieu professionnel. Cette étude nous a pris plus de temps à le réaliser, précisément pendant dix-huit mois, durant laquelle la réalisation de l'étude sur terrain a été au rendez-vous.

Le présent document est le rapport succinct de l'étude qui s'était basé sur le comportement des patientes ; les femmes face à la fréquentation et à l'utilisation de la maternité. Ainsi, nous avons adopté une méthodologie graduelle en trois grandes phases à savoir, la collecte d'information, le traitement des données et l'analyse et rédaction.

Dans la première partie nous avons présenté la généralité qui tourne autour du sujet, c'est-à-dire sur les notions de santé, le centre de santé et les concepts de l'accouchement et la consultation prénatale. Ces différents concepts nous cadrent et nous ont fait une balise pour la conduite de l'étude. C'est pour cela que nous avons choisi une population étudiée auprès de cinq centres de santé de base. L'échantillon a été pris par hasard auprès des sexes féminins. On avait constaté que la majorité des femmes vivent dans le milieu rural et qu'elles n'ont pas l'instruction suffisante en matière d'éducation.

Quant à la fréquentation, on avait constaté que la motivation de la population est toujours positive mais se régresse à cause de l'insatisfaction des patients, suite à des problèmes de coût, de distance, d'inconscience après avoir utilisé la maternité. Ainsi nous avons proposé des recommandations comme la sensibilisation et l'éducation pour y remédier.

Bref nos hypothèses de départ ont été vérifiées et affirmant que les CSB intéressent toujours la population du milieu rural quoique les services offerts semblent diminuer de qualités. De ce fait, il faut donc améliorer les prestations de service au niveau de la méthode de travail, et les différents moyens mis en jeu pour maximiser la satisfaction des le besoin de la population.

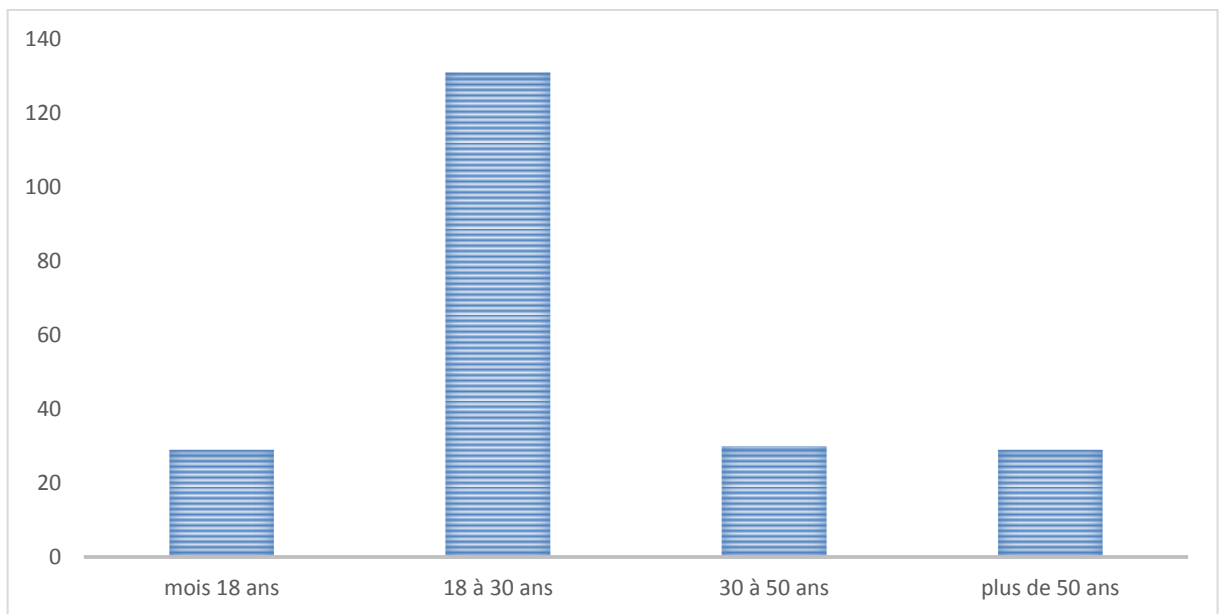
TABLE DE MATIERES

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
LISTE DES ABREVIATION ET SIGLES	4
LISTE DES TABLEAUX.....	5
LISTE DES GRAPHIQUE	6
LISTE DES PHOTOS.....	7
ACCESSIBILITES ET FREQUANTATION DE LA MATERNITES PAR LES FEMMES RURALES, CAS D'ANJOMAKELY.....	8
INTRODUCTION GENERALE.....	1
I -Généralité.....	1
1. Question de départ	1
2. Hypothèses.....	2
4. objectifs.....	2
5. Méthodologie.....	2
6. Limite de la recherche	3
7. Annonce du plan	3
II-Démarche méthodologique	4
2.1. La population de l'étude : critères d'inclusion et d'exclusion.....	4
2.2. Le mode et la taille de l'échantillonnage	4
2.3. Les variables étudiés	5
2.4. Le mode de collecte des données.....	6
2.5. Le mode de traitement et l'analyse de données	7
PREMIERE PARTIE : CADRE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE.....	7
CHAPITRE I : REFERENCES THEORIQUES ET CONCEPTUELLES EN MATIERE DE SANTÉ PUBLIQUE	9
Section 1 : Santé publique et politique d'intervention de l'Etat.....	9
1.1 Approche théorique sur la santé publique	9
1.2. -Approches théoriques sur la santé publique	10
Section 2 : Attitude et pratique en santé maternelle infantile	10
2.1. Anthropologie de la santé publique	10
2.2. Les services et les prestations sollicités par les soignés	11

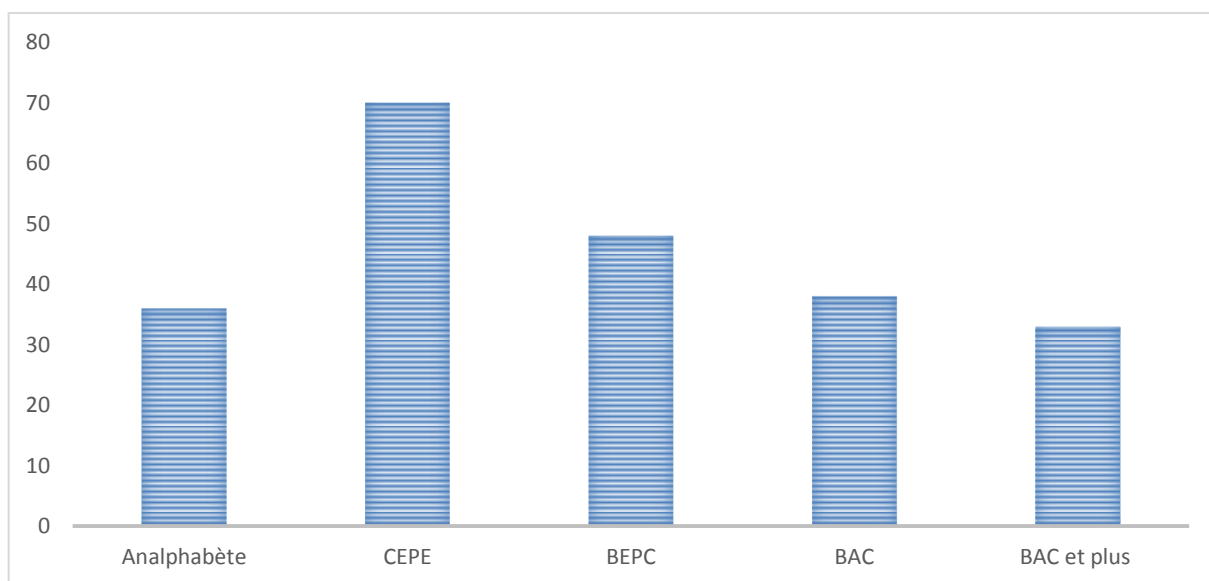
2.3. La Consultation Prénatale ou CPN	11
2.4. L'hospitalisation	12
CHAPITRE II : MATERIELS DE RECHERCHE	13
Section 1 : La zone et matériels d'études	13
1. Le terrain d'études	13
Conclusion partielle.....	17
DEUXIEME PARTIE : PRATIQUES SOCIALES DES FEMMES RURALES QUI FREQUENTENT LA MATERNITE	17
CHAPITRE III : SOCIOGRAPHIE DES FEMMES QUI FREQUENTENT LA MATERNITE	18
Section 1. La classification des femmes étudiées	18
1.1. La catégorie d'âge des femmes.....	18
1.2. La situation matrimoniale des femmes enquêtées	19
1.3. La profession exercée par les femmes enquêtées	20
1.4. Le niveau d'instruction de la femme enquêtée	21
Tableau n° 11: Le niveau d'instruction des femmes	21
Section 2 : La fréquentation des CSB par les femmes :	22
2.1. La fréquentation de la maternité par les femmes :.....	23
2.2. Le taux de fréquentation des CSB par les femmes :	24
2.3. Le taux de fréquentation des femmes auprès des autres centres.....	25
CHAPITRE IV : LES RAISONS DES CHOIX DES FEMMES SUR LA FREQUENTATION DE LA MATERNITE.....	27
Section 1 La fréquentation de la maternité	27
1.1. L'utilisation de la maternité par les femmes rurales.....	27
1.2. Le taux d'utilisation de la maternité par les femmes	28
Section 2 : L'insatisfaction dans l'utilisation de la maternité.....	30
2.1. La satisfaction des femmes sur l'utilisation de la maternité.....	30
2.2. Le degré de satisfaction des femmes à l'utilisation de la maternité	31
Conclusion partielle.....	33
TROISIEME PARTIE :	33
CHAPITRE V : ANALYSES DES FACTEURS	34
Section 1 : L'analyse des variables étudiés.....	34
1.1. La fréquentation des CSB.....	34

1.2. L'utilisation de la maternité par les femmes enceintes.....	35
Section 2. Impacts sociaux des prises en charge.....	35
2.1. La satisfaction et la prise en charge.....	35
2.2. Le recours vers les matrones.....	36
2.3. Les points forts et les points faibles des CSB.....	36
CHAPITRE VI : RECOMMANDATIONS.....	39
Section 1 : Recommandations d'ordre sanitaire	39
1 .1 Au niveau des Autorités et de l'hôpital :	39
1.2 Au niveau du personnel soignant.....	40
Section 2 : Mobilisation des patients	41
2 .1 Mobilisation des femmes enceintes :	42
2 .2 Mobilisation des membres de la famille de la patiente.....	42
CHAPITRE VII-RECOMMANDATIONS DU TRAVAILLEUR SOCIAL	43
Section 1 : Rôles et interventions des travailleurs sociaux	43
1.1 Envers les parents	43
1 .2 Nos conseils aux parents.....	43
Section 2 : Renforcement de discipline et l'intention d'attirer les patients:	43
2 .1 Améliorer les règlements pour ne pas subvenir aux risques de complications et de décès	43
2 .2 Demande d'aide au ministère de la santé publique	44
Conclusion partielle.....	45
CONCLUSION GENERALE.....	46
TABLE DE MATIERES	47
ANNEXE	

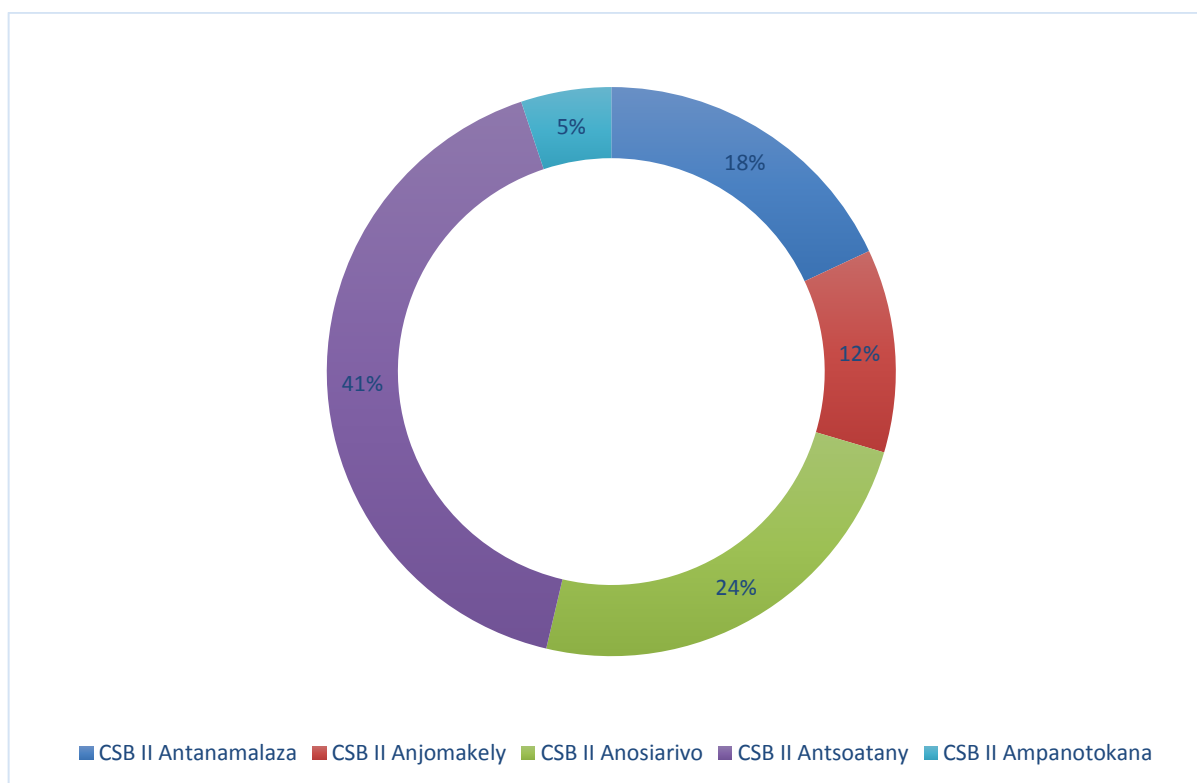
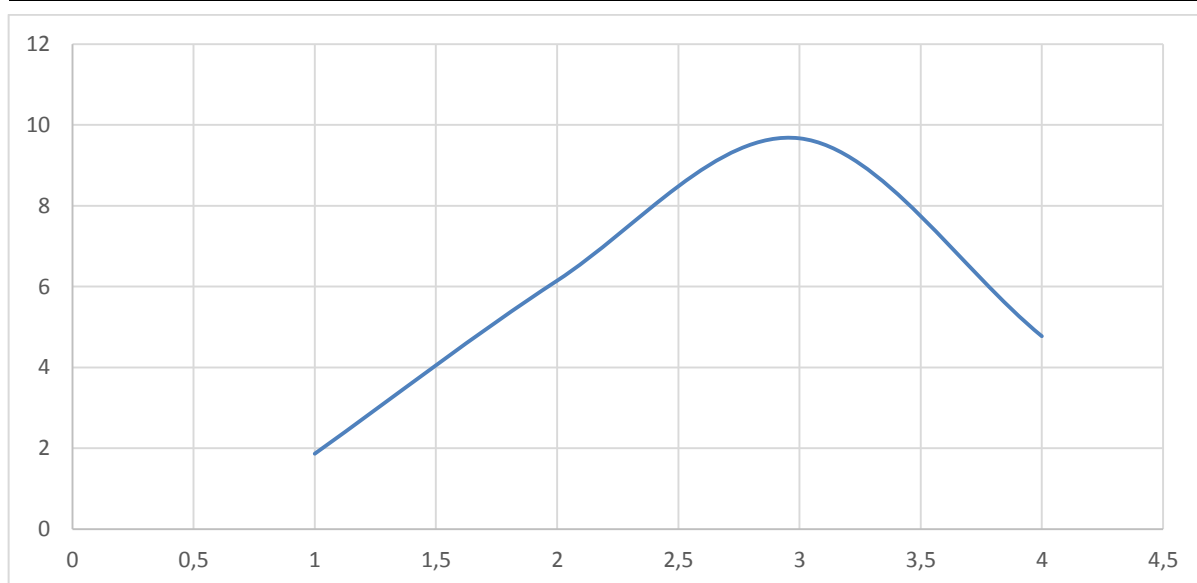
ANNEXE

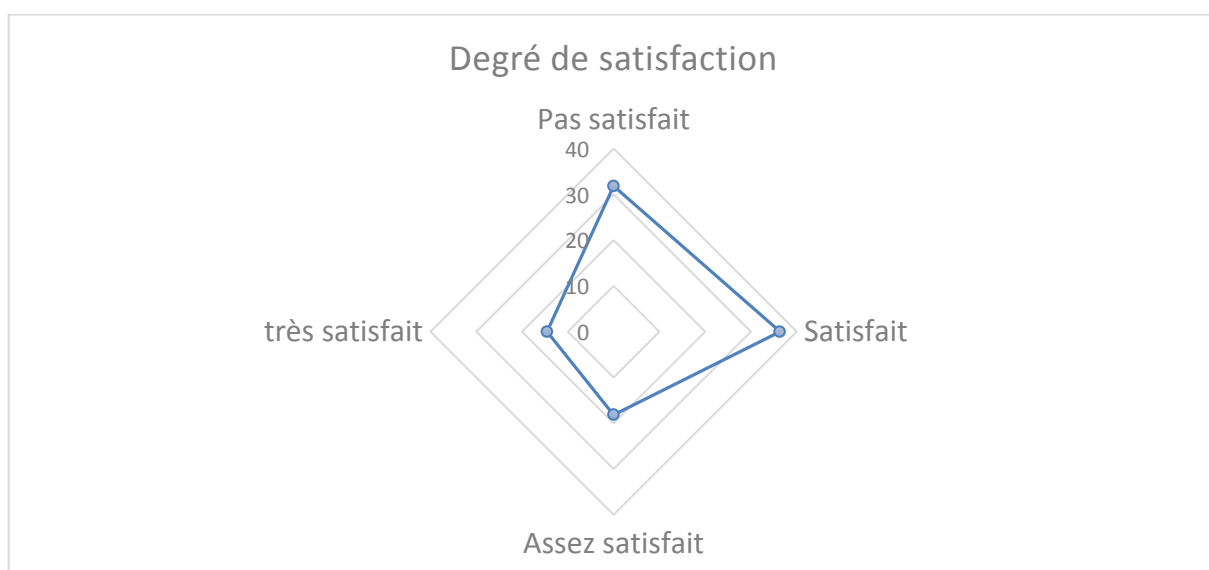


II



III





BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GENERAUX

I- Durkheim (E), *Education et Sociologie*(1922), PUF, 1968, Collection « Le Sociologue »

II- Durkheim (E), *Les règles de la méthode sociologique*(1894), PUF, 1967, Collection « Bibliothèque de Sociologie contemporaine »

III-Sardan (J.P Olivier de), *Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques*, Anthropologie de la santé, 2010

OUVRAGES SPECIFIQUES

IV-Adéart –Tremblay (M), *De l'hôpital médiéval à l'hôpital moderne*, vol 12, n°11, Novembre 1966, p16-22

V-Desclaux (A), *L'éthique médicale appliquée aux sciences sociales : pertinence, limites, enjeux et ajustements nécessaires*, in *Bulletin de la société de pathologie exotique*, vol 101, n°2, 2008, p 77-84

VI-Guyon (L), *Derrière les apparences. Santé et conditions de vie des femmes*, Edition du Québec, 2006

VII-Massé (R), *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Edition Gaétan Morin, 1995

ARTICLES ET REVUES OFFICIELLES

-Isabel Belin, Article publié le 29 juin 2007 Article mis à jour le 5 avril 2016

www.infobebes.com/.../Consultations/...prénatales/Femmesenceintes:ConsultationsClau

- Binet (C) et Gastineau (B), « Mariage et fécondité et autonomie conjugale à Madagascar », Presse des Sciences Po, 2008

WEBOGRAPHIE

<http://classiques.ugac.ca/> consulté le 17 Novembre 2016

QUESTIONNAIRES

1- Adressés aux personnels du Centre de santé :

Ho an'ny mpiasan'ny fahasalamana

- Combien de patients accueillez-vous pendant toute l'année ?

Misy firy eo ny isan'ny marary raisinareo isan-taona?

- Combien de patients accueillez-vous en moyenne pendant 1 mois ?

Misy firy eo ny isan'ny marary raisinareo raha amin'ny antoniny indrindra ao anatin'ny iray volana?

- Combien de chambres comporte le centre de santé de base ?

Firy ny efitra misy ao anatin'ny tobim-pahasalamana?

- Quelles sont les offres médicales que vous disposez ici ?

Inona avy ireo karazana fitsaboana iandraketanareo ato ?

- Combien de médecin disposez-vous actuellement ?

Firy ny mpitsabo miasa ato amin'izao fotoana izao?

- Quelles sont les tranches d'âges des femmes qui visitent votre centre ?

Manao ahoana avy ny salan'ny taonan'ireo vehivavy mitsabo tena ato?

- Quelles sont les différentes raisons de la fréquentation des femmes au sein du CSB?

Inona avy ireo antony mahatonga an'ireo vehivavy manatona ny tobim-pahasalamana toy izao?

2- Pour les femmes :

Ho an'ireo vehivavy

- Où habitez-vous ?

Aiza ianareo no mipetraka ?

- A quelle distance de ce centre de santé se trouve votre maison ?

Aiza ho aizan'ny tobim-pahasalamana no misy ny tranonareo?

-
- Combien de bébés sont nés ici par année, par mois et pas trimestre ?

Misy firy isan-taona, isam-bolana na isaky ny telovolana ny isan-jazakely teraka eto ?

- Pourquoi fréquentez-vous le centre de santé de base ?

Inona ny antony anatonanareo ny tobim-pahasalamana ?

- Êtes-vous satisfait des services offerts par le CSB ?

Afa-po amin'ny fikarakarana ataon'ny tobim-pahasalamana ve ianareo ?

- Pourquoi ?

Inona no antony ?

- Quels sont les problèmes que vous rencontrez ici ?

Inona avy ireo olana mety itanareo mitranga ety ?

- Est-ce que vous faites recours à la matrone ?

Manatona ny renin-jaza ve ianareo ?

- Pourquoi ?

Inona ny antony ?

- Quelles sont les services offerts par la matrone ?

Inona avy ny fikarakarana ataon'ny renin-jaza ?

- Les services offerts par la matrone sont-ils satisfaisants ?

Mahafa-po ihany ko ave ny fikarakarana ataon'ny renin-jaza ?

- Est-ce que les agents de santé vous accueillent bien ?

Mandray tsara anareo ihany koa ve ny mpiasan'ny tobim-pahasalamana ?

- Si oui ou non, expliquez pourquoi ?

Raha eny na tsia, inona ny antony ?

CURRICULUM VITAE ET RESUME

Nom et prénoms: JEANINE FELIX Miha

Adresse: CU ANKATSO I porte 29

Mail:miha.jeani@yahoo.fr

Numéro de tel: 325360013

Domaine de recherche: CSBII Anjomakely

Intitulé de l'ouvrage: Accessibilité et fréquentation de la maternité par les femmes rurales

Nombre de pages: 49

Nombre de figures: 06

Nombre des tableaux: 31

Nombre des photos : 02

RESUME

Dans cette partie nous allons passer en revue les théories et les résultats de certains travaux antérieurs qui concernent l'accessibilité des femmes rurales aux soins de santé. L'accessibilité aux soins de santé est liée à plusieurs facteurs dont les facteurs démographiques, les facteurs économiques, les facteurs socio - culturels, les facteurs politiques, les facteurs organisationnels, etc. La sociologie est en pleine mutation, et ce processus tout en les incluant, ne se limite pas aux seules logiques de la crise des anciens paradigmes et des modes d'approche des sciences sociales les plus classiques. Il comporte aussi des dimensions d'invention conceptuelle et de relance de la recherche, ne serait-ce que dans le renouvellement de ses objets. L'étude des déterminants socioculturels s'avère important sur les pratiques de l'homme. Il est nécessaire pour les sociologues de déterminer les raisons des pratiques des individus dans la société par leur comportement. Force est de souligner que dans notre étude, les problèmes de la non fréquentation des centres de santé viennent des individus par la manque d'accessibilité sur l'éloignement, les problèmes financiers mais aussi l'accoutumance aux pratiques traditionnelles.

ENCADREUR PEDAGOGIQUE: Monsieur SAMUEL RICHARD

Mots clés: santé maternelle et infantile, consultation prénatale, accouchement maternité, développement rural, médecine traditionnelle, médecine modern

GLOSSAIRE:

- **Santé** : c'est un état complet de bien-être physique, mental, et social qui ne consiste pas seulement à une absence d'une maladie et/ou d'infirmité. (selon OMS)
 - **Un enfant** : est humain dans sa période de développement située entre la naissance et la puberté.
 - **Santé de la mère** : c'est la santé de la mère durant sa grossesse, son accouchement jusqu'au moment où elle n'a plus d'enfant.
 - **Santé de l'enfant** : c'est la santé concernant les enfants qui ont l'âge correspondant entre la naissance jusqu'à 5ans.
 - **NOSOCOMIALE**: c'est une infection hospitalière qui a été transmise durant le séjour dans l'établissement de santé et non avant ou après
 - **RATIO**: rapport entre deux grandeurs significative d'un bilan ou d'un compte
- Aménorrhée**: absence de règle en dehors de toute grossesse chez une femme en période d'activité génitale