UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE

Année : 2022 **N° 104**

ÉTUDE DES DÉTERMINANTS DE L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE PODOR EN JUIN 2020 (Saint-Louis SÉNÉGAL)

THESE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN PHARMACIE

(DIPLOME D'ETAT)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le 18 Juin 2022

Par

M. ALPHA NDIAYE

Né le 20 Novembre 1993 à Sinthiou Diamdior {SENEGAL}

MEMBRES DU JURY

PRESIDENT :	**M.**	**Gora**	**MBAYE**	**Professeur Titulaire**
MEMBRES:	**M.**	**Mamadou Makhtar Mbacké**	**LEYE**	**Professeur Assimilé**
	Mme	**Fatou**	**GUEYE TALL**	**Professeur Assimilé**
DIRECTEUR DE THESE :	**M.**	**Mamadou Makhtar Mbacké**	**LEYE**	**Professeur Assimilé**
CO-DIRECTEUR DE THÈSE :	**M.**	**Oumar**	**BASSOUM**	**Maître de Conférences Assimilé**

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE

DECANAT & DIRECTION

DOYEN	**M. BARA NDIAYE**
PREMIER ASSESSEUR	**M. MOMAR CODE BA**
DEUXIEME ASSESSEUR	**M. MASSAMBA DIOUF**
CHEF DES SERVICES ADMINSTRATIFS	**M. HAMDIATOU LY**

DAKAR, LE 1 JANVIER 2022

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR GRADE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2021 – 2022

I. MEDECINE

PROFESSEURS TITULAIRES

Mme Fatou Diallo	AGNE	Biochimie Médicale
M. Abdoulaye	BA	Physiologie
Mme Mariame Guèye	BA	Gynécologie-Obstétrique
M. Momar Codé	BA	Neurochirurgie
M. Mamadou Diarrah	BEYE	Anesthésie-Réanimation
M. Boubacar	CAMARA	Pédiatrie
M. Amadou Gabriel	CISS	Chirurgie Cardio- vasculaire
M. Cheikh Ahmed Tidiane	CISSE	Gynécologie – Obstétrique
M. Mamadou	CISSE	Chirurgie Générale
§M. Jean Marie	DANGOU	Anatomie et Cytologie Patho.
M. Ahmadou	DEM	Cancérologie
M. Daouda	DIA	Gastro-Entérologie & Hépatologie
M. Mouhamadou Lamine	DIA	Bactériologie-Virologie
+*M. Ibrahima	DIAGNE	Pédiatrie
M. Bay Karim	DIALLO	O.R.L
M. Saïdou	DIALLO	Rhumatologie
*M. Babacar	DIAO	Urologie
M. Maboury	DIAO	Cardiologie
§M. Alassane	DIATTA	Biochimie Médicale
M. Charles Bertin	DIEME	Orthopédie – traumatologie
*Mme Marie Edouard Faye	DIEME	Gynécologie-Obstétrique
M. Madieng	DIENG	Chirurgie Générale
*M. Mame Thierno	DIENG	Dermatologie-Vénérologie
M. Pape Adama	DIENG	Chirurgie Thoracique & Cardio-vasculaire
M. Amadou Gallo	DIOP	Neurologie
M. Ibrahima Bara	DIOP	Cardiologie
M. Mamadou	DIOP	Anatomie
M. Papa Saloum	DIOP	Chirurgie Générale
M. Saliou	DIOP	Hématologie – Clinique
Mme Sokhna BA	DIOP	Radiologie
M. Alassane	DIOUF	Gynécologie – Obstétrique
Mme Elisabeth	DIOUF	Anesthésie-Réanimation
M. Raymond	DIOUF	O.R.L
M. Saliou	DIOUF	Pédiatrie
Mme Awa Oumar Touré	FALL	Hématologie – Biologique
M. Papa Ahmed	FALL	Urologie
M. Adama	FAYE	Santé Publique
M. Babacar	FAYE	Parasitologie
M. Papa Lamine	FAYE	Psychiatrie
*M. Papa Moctar	FAYE	Pédiatrie

Mme Louise	FORTES	Maladies Infectieuses
§M. Lamine	GUEYE	Physiologie
M. Serigne Maguèye	GUEYE	Urologie
M. El Hadji Fary	KA	Néphrologie
+*M. Mamadou Mourtalla	KA	Médecine Interne
M. Ousmane	KA	Chirurgie Générale
M. Abdoul	KANE	Cardiologie
M. Oumar	KANE	Anesthésie – Réanimation
M. Abdoulaye	LEYE	Endocrinologie-Métabolisme & Nutrition
Mme Fatimata	LY	Dermatologie-Vénérologie
M. Alassane	MBAYE	Cardiologie
Mme Ndèye Maïmouna Ndour	MBAYE	Médecine Interne
*M. Mouhamadou	MBENGUE	Hépatologie / Gastro-entérologie
M. Mamadou	MBODJ	Biophysique & Médecine Nucléaire
M.		
. Jean Charles	MOREAU	Gynécologie – Obstétrique
M. Philippe Marc	MOREIRA	Gynécologie – Obstétrique
M. Abdoulaye	NDIAYE	Anatomie-Orthopédie-Traumatologie
Mme Fatou Samba Diago	NDIAYE	Hématologie Clinique
M. Issa	NDIAYE	O.R.L
M. Mouhamadou Bamba	NDIAYE	Cardiologie
M. Moustapha	NDIAYE	Neurologie
M. Mor	NDIAYE	Médecine du Travail
Mme Ndèye Fatou Coulibaly	NDIAYE	Orthopédie-Traumatologie
M. Ousmane	NDIAYE	Pédiatrie
M. Papa Amadou	NDIAYE	Ophtalmologie
*M. Souhaïbou	NDONGO	Médecine Interne
*M. Cheikh Tidiane	NDOUR	Maladies Infectieuses
M. Alain Khassim	NDOYE	Urologie
M. Jean Marc Ndiaga	NDOYE	Anatomie& Organogenèse
M. Oumar	NDOYE	Biophysique& Médecine Nucléaire
M. Gabriel	NGOM	Chirurgie Pédiatrique
*M. Abdou	NIANG	Néphrologie
M. El Hadji	NIANG	Radiologie
M. Lamine	NIANG	Urologie
Mme Suzanne Oumou	NIANG	Dermatologie-Vénérologie
M. Abdoulaye	POUYE	Médecine Interne
Mme Paule Aïda Ndoye	ROTH	Ophtalmologie
M. Abdoulaye	SAMB	Physiologie
M. André Daniel	SANE	Orthopédie-Traumatologie
Mme Anne Aurore	SANKALE	Chirurgie Plastique et reconstructive
Mme Anna	SARR	Médecine Interne
*M. Ibrahima	SECK	Santé Publique & Médecine Préventive
M. Moussa	SEYDI	Maladies Infectieuses
*M. Masserigne	SOUMARE	Maladies Infectieuses
M. Ahmad Iyane	SOW	Bactériologie-Virologie
+*M. Papa Salif	SOW	Maladies Infectieuses
M. Mouhamadou Habib	SY	Orthopédie-Traumatologie
Mme Aïda	SYLLA	Psychiatrie d'Adultes
M. Assane	SYLLA	Pédiatrie

§M. Cheickna	SYLLA	Urologie
M. Abdourahmane	TALL	O.R.L
M. Mamadou Habib	THIAM	Psychiatrie d'Adultes
M. Roger Clément Kouly	TINE	Parasitologie-Mycologie
Mme Nafissatou Oumar	TOURE	Pneumo-phtisiologie

+ Disponibilité
* Associé
§ Détachement

PROFESSEURS ASSIMILES

M. Abou	BA	Pédiatrie
Mme Aïssata Ly	BA	Radiologie
*M. El Hadji Makhtar	BA	Psychiatrie d'adultes
M. Idrissa	BA	Pédopsychiatrie
M. Idrissa Demba	BA	Pédiatrie
Mme Mame Sanou Diouf	BA	O.R.L
M. Pape Salmane	BA	Chirurgie Thoracique & Cardio-Vasculaire
M. Mamadou Diawo	BAH	Anesthésie-Réanimation
Mme Marie Louise	BASSENE	Hépato-Gastro-entérologie
M. El Hadji Amadou Lamine	BATHILY	Biophysique Médicale & Nucléaire
M. Malick	BODIAN	Cardiologie
M. Momar	CAMARA	Psychiatrie
Mme Fatou	CISSE	Biochimie Médicale
§M. Mamadou Lamine	CISSE	Gynécologie-Obstétrique
M. Mamadou	COUME	Gériatrie
M. Richard Edouard Alain	DEGUENONVO	O.R.L
M. Hamidou	DEME	Radiologie& Imagerie Médicale
M. Ngor Side	DIAGNE	Rééducation Fonctionnelle
M. Chérif Mouhamed Moustapha	DIAL	Anatomie Pathologique
M. Djibril	DIALLO	Gynécologie-Obstétrique
Mme Mama Sy	DIALLO	Histologie-Embryologie
Mme Viviane Marie Pierre Cissé	DIALLO	Maladies Infectieuses
M. Boubacar Ahy	DIATTA	Dermatologie-Vénérologie
M. Souleymane	DIATTA	Chirurgie Thoracique
M. Demba	DIEDHIOU	Médecine Interne
Mme Marie Joseph	DIEME	Anatomie Pathologique
*M. Mamadou Moustapha	DIENG	Cancérologie
Mme Seynabou Fall	DIENG	Hématologie Clinique
M. Boundia	DJIBA	Médecine Interne
M. Abdoulaye Dione	DIOP	Radiologie
M. Assane	DIOP	Dermatologie-Vénérologie
M. Ousseynou	DIOP	Biophysique&Médecine Nucléaire
M. Abdoul Aziz	DIOUF	Gynécologie-Obstétrique
M. Assane	DIOUF	Maladies Infectieuses
M. Momar	DIOUM	Cardiologie
M. Amadou Lamine	FALL	Pédiatrie
M. Lamine	FALL	Pédopsychiatrie
Mme Anna Modji Basse	FAYE	Neurologie
Mme Fatou Ly	FAYE	Pédiatrie& Génétique Médicale
§Mme Mame Awa	FAYE	Maladies Infectieuses
M. Magaye	GAYE	Anatomie-Chirurgie vasculaire
M. Pape Macoumba	GAYE	Radiothérapie
Mme Mame Diarra Ndiaye	GUEYE	Gynécologie-Obstétrique
M. Mamour	GUEYE	Gynécologie-Obstétrique
M. Modou	GUEYE	Pédiatrie
M. Aly Mbara	KA	Ophtalmologie
M. Daye	KA	Maladies Infectieuses
M. Ibrahima	KA	Chirurgie Générale

M. Sidy	KA	Cancérologie
M. Baïdy Sy	KANE	Médecine Interne
Mme Yacine Dia	KANE	Pneumo-phtisiologie
M. Amadou Ndiassé	KASSE	Orthopédie-Traumatologie
M. Younoussa	KEITA	Pédiatrie& Génétique Médicale
M. Charles Valérie Alain	KINKPE	Orthopédie-Traumatologie
M. Ahmed Tall	LEMRABOTT	Néphrologie
Mme Fatou Aw	LEYE	Cardiologie
M. Mamadou Makhtar Mbacké	LEYE	Médecine Préventive
M. Papa Alassane	LEYE	Anesthésie-Réanimation
M. Aïnina	NDIAYE	Anatomie
M. Ciré	NDIAYE	O.R.L
M. Lamine	NDIAYE	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. Maodo	NDIAYE	Dermatologie-Vénérologie
+*M. Papa	NDIAYE	Médecine Préventive
M. Papa Ibrahima	NDIAYE	Anesthésie Réanimation
M. Boucar	NDONG	Biophysique& Médecine Nucléaire
Mme Ndèye Dialé Ndiaye	NDONGO	Psychiatrie d'Adultes
Mme Maguette Mbaye	NDOUR	Neurochirurgie
M. Oumar	NDOUR	Chirurgie Pédiatrique
Mme Marie Diop	NDOYE	Anesthésie-Réanimation
Mme Ndèye Aby	NDOYE	Chirurgie Pédiatrique
M. Aliou Alassane	NGAÏDE	Cardiologie
M. Babacar	NIANG	Pédiatrie& Génétique Médicale
*M. Mouhamadou Mansour	NIANG	Gynécologie-Obstétrique
M. Aloïse	SAGNA	Chirurgie Pédiatrique
Mme Magatte Gaye	SAKHO	Neurochirurgie
Mme Abibatou	SALL	Hématologie Biologique
M. Simon Antoine	SARR	Cardiologie
M. Mamadou	SECK	Chirurgie Générale
M. Moussa	SECK	Hématologie Clinique
Mme Sokhna	SECK	Psychiatrie d'adultes
Mme Marième Soda Diop	SENE	Neurologie
M. Mohamed Maniboliot	SOUMAH	Médecine Légale
M. Aboubacry Sadikh	SOW	Ophtalmologie
Mme Adjaratou Dieynabou	SOW	Neurologie
M. Abou	SY	Psychiatrie d'adultes
M. Khadime	SYLLA	Parasitologie-Mycologie
M. Alioune Badara	THIAM	Neurochirurgie
M. Ibou	THIAM	Anatomie Pathologique
Mme Khady	THIAM	Pneumo-phtisiologie
M. Aliou	THIONGANE	Pédiatrie & Génétique Médicale
M. Mbaye	THIOUB	Neurochirurgie
M. Alpha Oumar	TOURE	Chirurgie Générale
M. Silly	TOURE	Stomatologie & Chirurgie maxillo-faciale
M. Mamadou Mour	TRAORE	Anesthésie-Réanimation
M. Cyrille	ZE ONDO	Urologie

+ Disponibilité
*Associé
§ Détachement

MAITRES DE CONFERENCES TITULAIRES

M. Léra Géraud Cécil Kévin	AKPO	Radiologie & Imagerie Médicale
Mme Ndèye Marème Sougou	AMAR	Santé Publique
M. Nfally	BADJI	Radiologie& Imagerie Médicale
M. Djibril	BOIRO	Pédiatrie& Génétique Médicale
Mme Maïmouna Fafa	CISSE	Pneumologie
Mme Mariama Safiétou Ka	CISSE	Médecine Interne
M. Mohamed	DAFFE	Orthopédie-Traumatologie
M. André Vauvert	DANSOKHO	Orthopédie-Traumatologie
M. Mohamed Tété Etienne	DIADHIOU	Gynécologie-Obstétrique
M. Saër	DIADIE	Dermatologie-Vénérologie
M. Jean Pierre	DIAGNE	Ophtalmologie
Mme Nafissatou	DIAGNE	Médecine Interne
Mme Salamata Diallo	DIAGNE	Hépatologie / Gastro-Entérologie
M. Abdoulaye Séga	DIALLO	Histologie-Embryologie
M. Moussa	DIALLO	Gynécologie-Obstétrique
M. Mor	DIAW	Physiologie
Mme Aïssatou Seck	DIOP	Physiologie
M. Amadou	DIOP	Bactériologie-Virologie
M. Momar Sokhna dit Sidy Khoya	DIOP	Chirurgie Cardio-vasculaire
M. Mayassine	DIONGUE	Santé Publique
M. Maouly	FALL	Neurologie
M. Mbaye	FALL	Chirurgie Infantile
M. Atoumane	FAYE	Médecine Interne
M. Blaise Félix	FAYE	Hématologie
Mme. Maria	FAYE	Néphrologie
M. Omar	GASSAMA	Gynécologie-Obstétrique
M. Ndiaga Matar	GAYE	Neurologie
M. Alioune Badara	GUEYE	Orthopédie Traumatologie
M. Mamadou Ngoné	GUEYE	Gastro-Entérologie& Hépatologie
M. Abdoul Aziz	KASSE	Cancérologie
Mme Ndèye Aïssatou	LAKHE	Maladies Infectieuses& Tropicales
M. Yakham Mohamed	LEYE	Médecine Interne
Mme Indou Dème	LY	Pédiatrie
*M. Birame	LOUM	O.R.L & Chirurgie cervico-faciale
Mme Aminata Diack	MBAYE	Pédiatrie
Mme Fatimata Binetou Rassoule	MBAYE	Pneumologie
Mme Khardiata Diallo	MBAYE	Maladies Infectieuses
M. Papa Alassane	MBAYE	Chirurgie Pédiatrique
Mme Awa Cheikh Ndao	MBENGUE	Médecine Interne
M. Magatte	NDIAYE	Parasitologie-Mycologie
§M. Khadim	NIANG	Médecine Préventive
M. Aliou Abdoulaye	NDONGO	Pédiatrie
M. Ndaraw	NDOYE	Neurochirurgie
M. Moustapha	NIASSE	Rhumatologie
Mme Marguerite Edith D.	QUENUM	Ophtalmologie
M. Lamine	SARR	Orthopédie Traumatologie
Mme Nafy Ndiaye	SARR	Médecine Interne

M. Ndéné Gaston	SARR	Biochimie
*M. Babacar	SINE	Urologie
M. Abdou Khadir	SOW	Physiologie
§M. Doudou	SOW	Parasitologie-Mycologie
M. Ousmane	THIAM	Chirurgie Générale
M. Souleymane	THIAM	Biochimie
*M. Jean Augustin Diégane	TINE	Santé Publique-Epidémiologie

+Disponibilité
*Associé
§Détachement

MAITRES DE CONFERENCES ASSIMILES

Mme Houra	AHMED	O.R.L
Mme Aïssatou	BA	Pédiatrie
M. El Hadji Boubacar	BA	Anesthésie-Réanimation
M. Massamba	BA	Gériatrie
Mme Nafissatou Ndiaye	BA	Anatomie Pathologie
Mme Djénéba Fafa	CISSE	Pédiatrie
M. Ousmane	CISSE	Neurologie
M. Abdoulaye	DANFA	Psychiatrie
M. Boubacar Samba	DANKOKO	Médecine Préventive
M. Gabriel Nougnignon Comlan	DEGUENONVO	Anatomie Pathologique
M. Sidy Ahmed	DIA	Médecine du Travail
M. Souleymane	DIAO	Orthopédie-Traumatologie
M.Papa Amath	DIAGNE	Chirurgie Thoracique & Cardio-vasculaire
Mme Armandine Eusébia. Roseline	DIATTA	Médecine du Travail
Mme Yaay Joor Koddu Biigé	DIENG	Pédiatrie
M. Baïdy	DIEYE	Bactériologie-Virologie
M. Ndiaga	DIOP	Histologie-Embryologie et Cytogénétique
M. Doudou	DIOUF	Cancérologie
M. Mamadou Lamine	DIOUF	Pédopsychiatrie
M. Mamoudou Salif	DJIGO	Biophysique & Médecine Nucléaire
M. Biram Codou	FALL	Médecine Interne
M. Cheikh Binetou	FALL	Parasitologie-Mycologie
Mme Marième Polèle	FALL	Hépato-Gastro-entérologie
M. Moustapha	FAYE	Néphrologie
M. Mamadou Lassana	FOBA	Chirurgie Plastique et reconstructive
M. Abdou Magib	GAYE	Anatomie Pathologique
Mme Mame Vénus	GUEYE	Histologie-Embryologie
Mme Salimata Diagne	HOUNDJO	Physiologie
M. Mohamed	JALLOH	Urologie
M. Soulèye	LELO	Parasitologie et Mycologie
M. Isaac Akhénaton	MANGA	Parasitologie et Mycologie
M. Mansour	MBENGUE	Néphrologie
M. Joseph Salvador	MINGOU	Cardiologie
M. Joseph Matar Mass	NDIAYE	Ophtalmologie

Mme. Mame Téné	NDIAYE	Dermatologie-Vénérologie
M. Mouhamadou Makhtar	NDIAYE	Stomatologie & Chirurgie maxillo-faciale
M. Ibrahima	NDIAYE	Psychiatrie
M. Michel Assane	NDOUR	Médecine Interne
M. El Hadji Oumar	NDOYE	Médecine Légale
Mme. Médina	NDOYE	Urologie
Mme Aïssatou Ahmet	NIANG	Bactériologie-Virologie
M. Abdourahmane	SAMBA	Biochimie
M. Alioune	SARR	Urologie
M. El Hadji Cheikh Ndiaye	SY	Neurochirurgie
M. El Hadji Malick	SY	Ophtalmologie
M. Amadou	SOW	Pédiatrie
M. Djiby	SOW	Médecine Interne
Mme Maïmouna	TOURE	Physiologie
Mme Racky	WADE	Anatomie et Organogenèse Option Psychiatrie

+Disponibilité
*Associé
§Détachement

II. PHARMACIE

PROFESSEURS TITULAIRES

M. Makhtar	CAMARA	Bactériologie-Virologie
Mme Aminata Sall	DIALLO	Physiologie
Mme Rokhaya Ndiaye	DIALLO	Génétique
M. Mounibé	DIARRA	Physique Pharmaceutique
M. Alioune	DIEYE	Immunologie
*M. Amadou Moctar	DIEYE	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. Tandakha Ndiaye	DIEYE	Immunologie
M. Yérim Mbagnick	DIOP	Chimie Analytique
M. Djibril	FALL	Pharmacie Chimique et Chimie Organique
M. Alioune Dior	FALL	Pharmacognosie
M. Mamadou	FALL	Toxicologie
M. Papa Madièye	GUEYE	Biochimie
M. Modou Oumy	KANE	Physiologie
Mme Ndèye Coumba Touré	KANE	Bactériologie-Virologie
M. Gora	MBAYE	Physique Pharmaceutique
M. Babacar	MBENGUE	Immunologie
M. Bara	NDIAYE	Chimie Analytique
M. Daouda	NDIAYE	Parasitologie
Mme Maguette Dème Sylla	NIANG	Immunologie
Mme Philomène Lopez	SALL	Biochimie
M. Mamadou	SARR	Physiologie
M. Serigne Omar	SARR	Chimie Analytique & Bromatologie
M. Matar	SECK	Pharmacie Chimique et Chimie Organique
M. Guata Yoro	SY	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. Oumar	THIOUNE	Pharmacie Galénique
M. Alassane	WELLE	Chimie Thérapeutique

PROFESSEURS ASSIMILES

Mme Aïda Sadikh	BADIANE	Parasitologie
Mme Kady Diatta	BADJI	Botanique & Cryptogamie
M. William	DIATTA	Botanique et Biologie végétale
MmeThérèse	DIENG	Parasitologie
M. Amadou	DIOP	Chimie Analytique
M. Cheikh	DIOP	Hydrologie
M. Louis Augustin D.	DIOUF	Physique et Biophysique
M. Ahmadou Bamba Koueimel	FALL	Pharmacie Galénique
*M. Babacar	FAYE	Biologie Moléculaire et cellulaire
M. Macoura	GADJI	Hématologie
Mme Rokhaya Sylla	GUEYE	Pharmacie Chimique et Chimie Organique
M. Youssou	NDAO	Droit et Déontologie Pharmaceutiques
Mme Arame	NDIAYE	Biochimie
*Mme Halimatou Diop	NDIAYE	Bactériologie-Virologie
M. Mouhamadou	NDIAYE	Parasitologie-Mycologie

Mme Mathilde M.P. Cabral	NDIOR	Toxicologie
M. Idrissa	NDOYE	Chimie Organique
M. Abdoulaye	SECK	Bactériologie-Virologie
*M. Mame Cheikh	SECK	Parasitologie-Mycologie
M. Madièye	SENE	Pharmacologie
Mme Awa Ndiaye	SY	Pharmacologie
Mme Fatou Gueye	TALL	Biochimie
M. Yoro	TINE	Chimie Organique
Mme Aminata	TOURE	Toxicologie

MAITRES DE CONFERENCES TITULAIRES

*M. Firmin Sylva	BARBOZA	Pharmacologie
M. Mamadou	BALDE	Chimie Physique Générale
Mme Awa Ba	DIALLO	Bactériologie-Virologie
M. Adama	DIEDHIOU	Chimie Thérapeutique & Organique
M. Assane	DIENG	Bactériologie-Virologie
M. Khadim	DIONGUE	Parasitologie-Mycologie
Mme Absa Lam	FAYE	Toxicologie
Mme. Rokhaya	GUEYE	Chimie Analytique & Bromatologie
*M. Moustapha	MBOW	Immunologie
*M. Mamadou	NDIAYE	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. El Hadji Malick	NDOUR	Biochimie
M. Mbaye	SENE	Physiologie
M. Papa Mady	SY	Biophysique

MAITRES DE CONFERENCES ASSIMILES

Mme Fatoumata	BAH	Toxicologie
Mme. Néné Oumou Kesso	BARRY	Biochimie Pharmaceutique
M. Oumar	BASSOUM	Epidémiologie et Santé publique
M. Serigne Ibra Mbacké	DIENG	Pharmacognosie
M. Jean Pascal Demba	DIOP	Génétique Humaine
M. Moussa	DIOP	Pharmacie Galénique
M. Alphonse Rodrigue	DJIBOUNE	Physique Pharmaceutique
*M. Moustapha	DJITE	Biochimie Pharmaceutique
M. Djiby	FAYE	Pharmacie Galénique
*M. Gora	LO	Bactériologie-Virologie
M. Abdou	SARR	Pharmacognosie
Mme Khadidiatou	THIAM	Chimie Analytique & Bromatologie

+Disponibilité
*Associé
§Détachement

III. CHIRURGIE DENTAIRE

PROFESSEURS TITULAIRES

Mme Khady Diop	BA	Orthopédie Dento-Faciale
M. Khaly	BANE	Odontologie Conservatrice
Mme Fatou Lèye	BENOIST	Odontologie Conservatrice
M. Henri Michel	BENOIST	Parodontologie
Mme Adam Marie Seck	DIALLO	Parodontologie
M. Joseph Samba	DIOUF	Orthopédie Dento-Faciale
M. Babacar	FAYE	Odontologie Conservatrice
M. Daouda	FAYE	Santé Publique
M. Cheikh Mouhamadou M.	LO	Santé Publique
M. El Hadj Babacar	MBODJ	Prothèse Dentaire
M. Papa Ibrahima	NGOM	Orthopédie Dento-Faciale
M. Mouhamed	SARR	Odontologie Conservatrice
Mme Soukèye Dia	TINE	Chirurgie Buccale
§M. Babacar	TOURE	Odontologie Conservatrice

PROFESSEURS ASSIMILES

Mme Adjaratou Wakha	AIDARA	Odontologie Conservatrice
M. Abdoulaye	DIOUF	Parodontologie
M. Massamba	DIOUF	Santé Publique
Mme Aïssatou Tamba	FALL	Pédodontie-Prévention
M. Malick	FAYE	Pédodontie
*M. Moctar	GUEYE	Prothèse Dentaire
*M. Mouhamadou Lamine	GUIRASSY	Parodontologie
Mme Aïda	KANOUTE	Santé Publique Dentaire
M. Papa Abdou	LECOR	Anatomo-Physiologie
§Mme Charlotte Faty	NDIAYE	Chirurgie Buccale
M. Paul Débé Amadou	NIANG	Chirurgie Buccale
M. Babacar	TAMBA	Chirurgie Buccale

MAITRES DE CONFERENCES TITULAIRES

M. Abdou	BA	Chirurgie Buccale
M. Mamadou	DIATTA	Chirurgie Buccale
Mme Mbathio	DIOP	Santé Publique
Mme Binetou Cathérine	GASSAMA	Chirurgie Buccale
M. Pape Ibrahima	KAMARA	Prothèse Dentaire
M. Cheikh	NDIAYE	Prothèse Dentaire
Mme Diouma	NDIAYE	Odontologie Conservatrice
M. Mamadou Lamine	NDIAYE	Radiologie Dento maxillo-Faciale
M. Seydina Ousmane	NIANG	Odontologie Conservatrice
Mme Farimata Youga Dieng	SARR	Matières Fondamentales
Mme Anta	SECK	Odontologie Conservatrice
Mme Soukèye Ndoye	THIAM	Odontologie Pédiatrique
Mme Néné	THIOUNE	Prothèse Dentaire

+Disponibilité
*Associé
§Détachement

MAITRES DE CONFERENCES ASSIMILES

M. Alpha	BADIANE	Orthopédie Dento-Faciale
Mme Khady	BADJI	Prothèse Dentaire
Mme Binta	CISSE	Prothèse Dentaire
M. Ahmad Moustapha	DIALLO	Parodontologie
M. Mamadou Tidiane	DIALLO	Odontologie Pédiatrique
M. Mor Nguirane	DIENE	Odontologie Conservatrice
M. Amadou	DIENG	Santé Publique
M. Khalifa	DIENG	Odontologie Légale
M. Serigne Ndame	DIENG	Santé Publique
M. El Hadji Ciré	DIOP	Odontologie Conservatrice
M. Abdoulaye	DIOUF	Odontologie Pédiatrique
Mme Ndèye Nguiniane Diouf	GAYE	Odontologie Pédiatrique
M. Mouhamad	KANE	Chirurgie Buccale
M. Alpha	KOUNTA	Chirurgie Buccale
M. Oumar Harouna	SALL	Matières Fondamentales
M. Sankoug	SOUMBOUNDOU	Odontologie Légale
M. Diabel	THIAM	Parodontologie
M. Amadou	TOURE	Prothèse Dentaire

+Disponibilité
*Associé
§Détachement

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail :

À MON TRES CHER PÈRE** : **SEYDOU AMADOU NDIAYE

Aucune dédicace ne saurait exprimer

L'amour, l'estime, le dévouement et le respect que j'ai toujours eu pour vous De tous les pères, tu as été le meilleur.

Rien au monde ne vaut les efforts fournis jour et nuit pour mon éducation et mon bien être.

Tu es un père, tu es un ami, tu es surtout mon idole.

Tu as toujours cru en moi, tu m'as encouragé, tu m'as remotivé dans mes périodes de doutes et de déception.

Ce travail est le fruit de tes sacrifices que tu as consentis pour mon éducation et ma formation.

Qu'ALLAH SWT te donne longue vie et meilleure santé papa.

À MA TRES CHERE MERE : PEINDA ALY NDIAYE

À celle qui m'a adopté, celle qui est l'étincelle qui illumine mon chemin, celle qui m'a appris à marcher, à courir et à celle qui m'a donné la vie.

Vous êtes la plus douce et la plus merveilleuse de toutes les mamans et qui m'a tout donné sans compter.

Vous êtes affable, honorable, aimable : vous représentez pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.

Vos prières et vos bénédictions m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études.

Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que vous méritez pour tous les sacrifices que vous n'avez cessé de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte.

Vous avez fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études.

Je vous dédie ce travail qui grâce à vous a pu voir le jour et qui concrétise ton rêve le plus cher et qui n'est que le fruit de vos conseils et de vos encouragements.

Vous n'avez pas cessé de me soutenir et de m'encourager, ton amour, ta générosité exemplaire et ta présence constante ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Je vous dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Puisse DIEU, le tout puissant, vous préserve et vous accorde santé, longue vie et bonheur. AMEN

À MON TRÈS CHER ONCLE : MOUSSA ALY NDIAYE

Autant de phrases et d'expressions aussi éloquentes soient-elles ne sauraient exprimer ma gratitude et ma reconnaissance.

Vous avez su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie.

Vos conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite.

Votre patience sans fin, votre compréhension et vos encouragements sont pour moi le soutien indispensable que vous avez toujours su m'apporter.

Je vous dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester votre fierté et ne jamais vous décevoir.

Que Dieu le tout puissant vous préserve, vous accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et vous protège de tout mal.

À MA TRES CHERE EPOUSE: BOUDY DJIBY NDIAYE

Femme pieuse, travailleuse, modèle au cœur géant. Tu es pour moi une référence et un guide.

Ton amour ne m'a procuré que confiance et stabilité. Tu as partagé avec moi les meilleurs moments de ma vie, aux moments les plus difficiles de ma vie, tu étais toujours à mes côtés.

Je te remercie de ne m'avoir jamais déçu. Aucun mot ne pourrait exprimer ma gratitude, mon amour et mon respect.

Qu'ALLAH vous protège et vous donne une longue vie avec une santé de fer !

À MA FILLE : RAMATOULAYE ALPHA NDIAYE

Lorsque tu es venue au monde c'était autour de toi un véritable émerveillement et je me demandais comment, et par quel miracle, par quel mystère, ce joli mioche, ma fille, était là, un petit ange nouveau sur cette terre.

Une immense fierté m'envahissait.

Tu as grandis…

Et pour mes yeux, tu seras toujours la plus jolie…

Et pour mon cœur, tu seras toujours le bonheur de chaque instant…

Oh ! Quelle chance d'avoir une fille comme toi, mon petit rayon de soleil qui éclaire ma vie.

Je t'aime … Qu'ALLAH vous protège et vous donne une longue vie avec une bonne santé !

À MES TRES CHERS FRERES : *YAYA SEYDOU NDIAYE, MOUHAMADOU SEYDOU NDIAYE*

Pour toute l'ambiance dont vous m'avez entouré, pour toute la spontanéité et votre élan chaleureux, Je vous dédie ce travail.

Puisse Dieu le tout puissant exhausser tous vos vœux.

À MES TRES CHERES SŒURS : AMINA SEYDOU NDIAYE, AISSATA SEYDOU NDIAYE et HOULEYE SEYDOU NDIAYE

Je vous dédie ce travail avec tous les vœux de bonheur, de santé et de réussite.

À MA GRANDE FAMILLE *: la famille KAGOU OUMAR NDIAYE SINTHIOU DIAMDIOR*

Mes tantes, mes oncles ainsi que mes cousins et cousines.

À MON TRES CHER AMI : MOUSSA HAMADY SOW

En souvenir d'une enfance dont nous avons partagé les meilleurs et les plus agréables moments.

Pour toute la complicité et l'entente qui nous unissent, ce travail est un témoignage de mon attachement et de mon amour.

À tous mes amis

Babiel Lo, Tidiany ndiaye, Baidy Sarr, Hamady Yero Ydiaye, Amadou Yero Ndiaye, Ablaye Niang, Moussa Mama Ndiaye, Djiby Mama Ndiaye, Hamady Yaya Wade, Alpha Bila, Thierno Ndiaye, Alssane Wade, Bocar Mody Ndiaye, Abass Ndiaye, Hamady Mallal Diallo, Ousmane Harouna Ba, Gueladio Ba, Ablaye Diallo, Ladji Touré Tidiany Sarr, Fama Baidy Sarr, Salamata Sow, Hawa Wade, Syel Samba Dansokho, Coumba sy…

Vous m'avez donné la tendresse et le courage pour réussir. Vous êtes pour moi le symbole de la loyauté et de la sincérité.

Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des frères des sœurs et des amis sur qui je peux compter.

Ce travail vous est spécialement dédié.

Qu'Allah vous garde longtemps parmi nous et vous préserve du mauvais sort ainsi qu'à votre famille.

À toute la famille…

À mon cher Fouta toro…

À mon cher village natal Sinthiou Diamdior…

IN MEMORIUM

À Bocar Mallal Sy et Amina Amadou Ndiaye

Vous êtes parties si tôt, si vite et la douleur a été si grande, mais notre foi nous apaise. Votre bonté, votre douceur, votre magnifique sourire, et votre humour toujoursprésent quelques soient les circonstances, votre altruisme font que l'être que vous avez été, restera toujours dans nos mémoires.

Reposez en paix. AMEN

REMERCIEMENTS

A ALLAH

Je tiens tout d'abord à remercier Dieu le Tout Puissant et miséricordieux, qui nous a donné la force et la patience d'accomplir ce modeste travail.

À Dr Mamadou el hadji Baro : *pharmacie petite cote Mbour*

Pour m'avoir permis de réaliser mon premier stage en officine auprès de votre modeste personne. Vous êtes pétri de qualité humaine, vous incarnez la sagesse, le courage, la patience…

Je vous remercie au plus profond mon cœur que DIEU vous bénisse et vous donne une très longue vie.

À Dr Diagne Khadir : *Pharmacie Sante Yallah Guédiawaye*

Mon stage de fin d'étude c'était au sein de votre officine. Merci de m'avoir si gentiment intégré dans votre équipe.

À Dr Oumar Dème : *pharmacie de la patrie Pikine*

Pour m'avoir offert mon premier poste de pharmacien assistant. Je vous remercie également pour m'avoir fait confiance.

À Dr Oumar Ba : *pharmacie Boliba Ranerou*

Je tiens à vous exprimer ma reconnaissance et ma profonde gratitude.

Vous avez su me faire bénéficier de votre expérience et de vos compétences.

Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez toujours témoignée en m'accordant une grande autonomie.

À Dr fadoume Koudedie Sy : *PHARMACIE BOUBACAR SY OUROSSOGUI*

Vous m'avez fait confiance en offrant mon deuxième poste de pharmaciens assistant. J'ai appris avec vous le sens de la responsabilité.

Veillez recevoir mes sincères reconnaissances.

À Dr Mamadou Dieye

Mon ami, mon coéquipier, je tiens à vous remercier de m'avoir fait profiter de vos expériences.

Je tiens également à remercier mes formidables amis rencontrés à la fac

À Dr Oumar Bocoum, Dr Aboubackry Diallo, Dr Oumou Mamadou Sall, Dr El Hadji Bathily, Harouna Ousmane Sow, Fily Diawara, Dr Awa Ndiaye, Amsata Sall Ndiaye, Alioune Ndiaye, Dr Ibrahima Diatta, Dr Djiby Sow, Gory Kamara, Dr Serigne Diagne Mboup, Dr Khady Fall Diawo, Dr Aminata Seck, Alssane Diop, Dr Issa Pam,…

Merci pour votre soutien et pour avoir égaillé toutes ces années d'études.

Merci pour cette si belle amitié.

A tous mes promotionnaires, la 57éme promo de pharmacie je vous dédie ce travail

A NOS MAÎTRES ET JUGES

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

Monsieur Gora MBAYE

Cher maitre, la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations est la preuve de votre générosité et de votre modestie. Vos qualités scientifique, votre courtoisie, votre simplicité et votre amour pour le travail bien fait, font de vous un exemple à suivre pour toute la génération future. Je ne saurai vous remercier assez.

Veillez accepter cher maitre l'expression de mon admiration et de ma profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Madame Fatou GUEYE TALL

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury de thèse nous honore et nous réconforte. Vos qualités intellectuelles, votre disponibilité à l'égard de tous, votre courtoisie forcent notre admiration.

Soyez assuré, Cher maître, de notre reconnaissance infinie pour tout ce que nous avons appris à vos côtés.

À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur Mamadou Makhtar Mbacké LEYE

Cher maitre, ce travail est le fruit de votre direction éclairée. Tout au long de ce travail, nous avons toujours pu compter sur votre soutien, votre indulgence, et votre rigueur scientifique.

Vos grandes qualités humaines, votre sympathie et votre expérience avérée font de vous un éminent maitre respecté de tous.

Recevez ici maitre, l'expression de notre entière reconnaissance et de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE

Docteur Oumar BASSOUM

Vous avez entrepris ce travail de manière effrénée, à la fois sur le terrain ou dans votre bureau.

La passion que vous dégagez en nous faisant profiter de votre riche expérience stimule l'engagement de chacun.

Merci particulièrement pour votre patience et pédagogie, vos conseils et votre bienveillance, et surtout pour le suivi et la correction de ce travail.

Les mots semblent parfois dénués de sens qu'il m'est difficile de trouver l'expression qui traduit mon attachement et ma reconnaissance pour tous les efforts que vous avez consenti à mon égard.

Veuillez, recevoir cher maître, nos sincères remerciements.

Qu'Allah le tout puissant vous accorde une très longue vie et une santé de fer afin que vous puissiez accéder au rang des plus éminents professeurs et qu'il fasse que l'avenir soit pour vous soulagement et satisfaction.

« Par délibération, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation. »

LISTE DES ABREVITIONS

btts/min : Battement par minute

CCI **:** coefficient de corrélation intra-grappe fixé ici à 1/3

CDS : Comité de Développement Sanitaire

CPN : Consultations Prénatale

CVS : Comité de Vigilance et de Sensibilisation

°C : Degrés Celsius

d **:** demi-largeur désirée de l'intervalle de confiance fixé = 5%

EDS : Enquête Démographique et de Santé

EPS : Effet de Plan de Sondage

HPP : Hémorragie du Post-partum

IC : Intervalle de Confiance

IPRES : Institut Prévoyance de Retraite du Sénégal

k **:** 0,51.

m **:** nombre de sujets par grappe égal à 10

NV : Naissances Vivantes

ODD : Objectifs de Développement Durable

ODK : Open Data Kit

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORa : Odds Ratio ajustés

OS : Orientation Stratégique

p **:** taux de couverture vaccinale attendu = 90%

PGAC : Politiques de Gratuité de l'Accouchement et de la Césarienne

PNDSS : Plan National de Développement Sanitaire et Social

PSE : Plan Sénégal Émergent

PUDC : Programme d'Urgence de Développement Communautaire

RI : Résultats Intermédiaires

SONU : Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence

SRMNEA-N : Stratégie nationale pour la santé Reproductive, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent, et la Nutrition

SRMNIA : Stratégie Mondiale de la santé de la mère du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent

TEE : Taille Effective de l'Echantillon

UCAD : Université Cheikh Anta Diop

z1-α **:** distribution normale standard évalué à 1-α= 5%

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Taux de mortalité néonatale par pays, 2020 13
Figure 2 : Causes mondiales de décès des moins de 5 ans en 2019 14
Figure 3 : Découpage sanitaire du district de Podor 30
Figure 4 : Répartition des femmes selon les tranches d'âge 43
Figure 5 : Répartition des femmes selon le niveau d'étude 43
Figure 6 : Répartition des femmes selon le lieu de résidence 44
Figure 7 : Répartition des femmes selon la distance entre le domicile et la structure de santé 45
Figure 8 : Répartition des femmes selon le revenu mensuel 46
Figure 9: Répartition des femmes selon la fréquence d'utilisation des sources d'informations 47

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des ressources humaines en fonction de leur statut et des besoins au niveau du district 35
Tableau II : répartition des CVS installés en fonctions des localités 36
Tableau III : Répartition des femmes selon le lieu d'accouchement 42
Tableau IV : Répartition des femmes selon le statut matrimonial 44
Tableau V : Répartition des femmes selon les moyens de transport pour se rendre à la structure de santé 45
Tableau VI : Répartition des femmes selon la profession du père 46
Tableau VII : Répartition des femmes selon le niveau socioéconomique 47
Tableau VIII : Répartition des femmes selon l'allocation de la bourse de sécurité familiale 48
Tableau IX : Répartition des femmes selon l'adhésion à l'assurance maladie . 48
Tableau X : Répartition des femmes selon la gestité 49
Tableau XI : Répartition des femmes selon le nombre de CPN réalisées 49
Tableau XII : Accouchement à domicile suivant l'âge 50
Tableau XIII : Accouchement à domicile suivant la scolarisation 50
Tableau XIV : Accouchement à domicile suivant le statut matrimonial 51
Tableau XV : Accouchement à domicile suivant le milieu de résidence 51
Tableau XVI : Accouchement à domicile suivant la distance entre le domicile et la structure sanitaire la plus proche 52
Tableau XVII : Accouchement à domicile suivant les moyens de transport pour se rendre à la structure sanitaire 52
Tableau XVIII : Accouchement à domicile suivant la profession du père 53
Tableau XIX : Accouchement à domicile suivant le revenu mensuel 53
Tableau XX : Accouchement à domicile suivant le quintile de bien-être économique..... 54
Tableau XXI : Accouchement à domicile suivant l'exposition aux médias 55
Tableau XXII : Accouchement à domicile suivant la protection sociale 56

Tableau XXIII : Accouchement à domicile suivant les caractéristiques obstétricales 56
Tableau XXIV : Analyse multivariée des déterminants de l'accouchement à domicile, Podor, juin 2020 58

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 1
PREMIERE PARTIE : TRAVAIL PERSONNEL 5
I. GENERALITES 6
1. Définitions des concepts 6
2. Complications liées à la grossesse et l'accouchement 8
3. Historique de l'accouchement à domicile 9
II. ÉTAT DE SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT 10
1. Morbidité et mortalité maternelle 10
2. Morbidité et mortalité néonatale 12
III. ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR L'AMPLEUR ET LES DETERMINANTS DE L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE 15
1. Ampleur de l'accouchement à domicile 15
2. Déterminants de l'accouchement à domicile 16
4. Raisons de l'accouchement à domicile 19
IV. STRATEGIES DE LUTTE CONTRE L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE 21
V. INITIATIVES EN FAVEUR DE LA SANTE MATERNELLE ET NEONATALE 22
1. Initiative internationale : Objectifs de développement durable 22
2. Initiatives sénégalaises 24
DEUXIEME PARTIE : TRAVAIL PERSONNEL 28
I. BUT 29
II. OBJECTIFS 29
1. Objectif général 29
2. Objectifs spécifiques 29
III. CADRE D'ETUDE 29
1. Données géographiques 29
2. Données administratives 31

3. Données démographiques 31
4. Données économiques 32
5. Carte sanitaire 33
5.1. Les Infrastructures sanitaires 33
5.2. Ressources humaines 34
5.3. Équipements 35
5.4. Logistique roulante 36
IV. METHODOLOGIE 36
1. Type et période d'étude 36
2. Population d'étude 37
3. Echantillonnage 37
4. Collecte des données 39
5. Analyse des données 40
6. Considérations éthiques 41
V. RESULTATS 42
1. Taux de participation 42
2. Partie descriptive 42
2.1. Lieu d'accouchement 42
2.2. Caractéristiques sociodémographiques 42
2.3. Caractéristiques obstétricales 48
4. Partie analytique 49
VI. DISCUSSION 59
1. Fréquence de l'accouchement à domicile 59
2. Déterminants de l'accouchement à domicile 59
3. Limite de l'étude 61
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS 63
REFERENCES 67

INTRODUCTION

L'accouchement à domicile est une pratique d'accouchement en milieu non clinique qui se déroule en résidence **[1]**. Dans les pays en développement, il existe une relation inverse entre la proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié et le taux de mortalité maternelle. Il joue un rôle vital en tant que lieu de survenue de décès maternels dus à des complications obstétricales **[2]**.

Plus d'un décès maternel sur trois et une grande partie des situations les plus menaçantes pour la vie des femmes enceintes sont imputables aux complications qui surviennent durant le travail, l'accouchement ou le post-partum immédiat **[3]**.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la plupart des décès maternels (99%) se produit dans les pays en développement, dont plus de la moitié, en Afrique sub-saharienne **[4]**.

De même, près de la moitié des mortinaissances et d'un quart des décès néonatals sont causés par des complications au cours du travail et de l'accouchement. Les pays à revenu faible et intermédiaire enregistrent une charge de mortalité maternelle et périnatale disproportionnellement plus lourde que les pays à revenu élevé **[3]**.

La majeure partie des décès maternels et néonataux sont évitables. La prévention de ces décès repose en partie sur l'accès aux soins prénatals pendant la grossesse, l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement et l'accès aux soins postnataux précoces. Selon l'OMS, des soins professionnels immédiats et efficaces au moment de l'accouchement peuvent sauver les femmes et leurs nouveau-nés **[5]**.

La disponibilité, l'accessibilité et la qualité des accoucheuses qualifiées et des soins obstétricaux d'urgence sont considérées comme importantes pour réduire le fardeau des décès néonataux précoces **[6]**.

Depuis une vingtaine d'années, les femmes sont encouragées à donner naissance à leur enfant au sein d'un établissement de santé afin de leur garantir

une prise en charge par des professionnels de santé qualifiés et la possibilité d'être rapidement orientées si des soins supplémentaires s'avéraient nécessaires **[3]**.

Cependant, au Sénégal, selon l'enquête démographique et de santé (EDS) conduite en 2019, parmi les naissances ayant eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête, 80 % ont eu lieu dans un établissement de santé. Autrement dit, un nombre négligeable de femmes continue d'accoucher à domicile. L'accouchement dans un établissement de santé est nettement plus fréquent en milieu urbain que rural (96 % contre 71 %). En outre, les résultats par région mettent en évidence un écart important entre l'Ouest où la quasi-totalité des naissances (94 %) se sont déroulées dans un établissement sanitaire et les autres régions, en particulier le Sud (68 %) et le Nord (74,1%) qui restent des zones désavantagées **[7]**.

Les principales limites de l'EDS sont de deux ordres. Premièrement, celles-ci ne montrent pas l'ampleur du phénomène au niveau des subdivisions territoriales infranationales comme le district sanitaire. La conséquence est que les stratégies pourraient ne pas être conformes aux réalités locales. Deuxièmement, les EDS n'explorent pas suffisamment les déterminants de l'accouchement à domicile.

C'est dans ce contexte qu'il est apparu nécessaire de comprendre les déterminants de l'accouchement à domicile pour lutter contre ce phénomène et contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Le district sanitaire de Podor est choisi pour abriter une telle étude en raison de son caractère semi-rural et les difficultés d'accès aux services de santé **[8].**

L'objectif général de cette étude consistait à identifier les déterminants de l'accouchement à domicile dans le district sanitaire de Podor.

Cette thèse est structurée en deux parties. La première partie est une revue de la littérature qui porte sur les généralités, les complications de l'accouchement, l'épidémiologie et les stratégies de lutte contre l'accouchement à domicile et les initiatives en faveur de la santé maternelle et infantile.

La deuxième partie se rapporte à l'enquête de terrain. Elle rend compte du but, des objectifs, du cadre d'étude, de la méthodologie des résultats, de la conclusion et des recommandations.

PREMIERE PARTIE : TRAVAIL PERSONNEL

I. GENERALITES

1. Définitions des concepts

- **Grossesse**

La grossesse est l'état de la femme enceinte. Elle commence avec la fécondation et se termine par l'accouchement. C'est la gestation.

La durée normale de la grossesse est calculée à partir du premier jour des dernières règles. Elle est de 283 jours soit 40 semaines 1/2 d'aménorrhée, 10 mois lunaires, 9 mois du calendrier. Cependant, cette valeur n'est qu'une moyenne et les écarts vont de 266 à 293 jours. L'unité de mesure la plus utilisée actuellement est la semaine. Lorsqu'on parle d'âge gestationnel, on s'exprime en semaine d'aménorrhée révolue **[9]**.

- **Accouchement**

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus ou de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique des quarante et une semaine d'aménorrhée) **[10].**

- **Accouchement à domicile**

L'accouchement à domicile se dit de tout processus d'enfantement qui survient dans le domicile de la mère ou dans tout autre domicile, que la naissance soit assistée par un personnel qualifié ou non, ou qu'elle n'ait tout simplement pas été assistée **[11]**.

- **Accoucheuse traditionnelle**

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

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

- **Professionnel de santé qualifié**

Le personnel de santé qualifié est un professionnel de la santé maternelle et néonatale compétent qui est éduqué, formé et réglementé conformément aux normes nationales et internationales. Ils sont compétents pour fournir et promouvoir des soins fondés sur des preuves, fondés sur les droits de l'homme, de qualité, sensibles à la culture et à la dignité des femmes et des nouveau-nés. Ils sont compétents dans la gestion du travail et de l'accouchement pour assurer une expérience d'accouchement positive aux femmes. De plus, ils sont compétents pour identifier et gérer ou orienter les femmes et / ou les nouveau-nés présentant des complications de santé. Les professionnels de santé qualifiés font partie d'une équipe intégrée de professionnels de santé maternelle et néonatale ; il s'agit notamment des sages-femmes, des infirmières, des obstétriciens, des pédiatres et des anesthésistes - ensemble, ils assurent tous les services vitaux de soins maternels et néonatals **[5]**.

- **Mortalité maternelle**

Les décès maternels sont un sous-ensemble de tous les décès des femmes. Ils désignent les décès qui se produisent pendant la grossesse ou l'accouchement ou dans les 42 jours qui suivent l'accouchement ou la fin de la grossesse. Les décès maternels n'incluent pas les décès dus à un accident ou un acte de violence **[14]**.

- **Mortalité néonatale**
- **Accouchement assisté par du personnel de santé qualifié**

2. Complications liées à la grossesse et l'accouchement

- **Saignements vaginaux après l'accouchement**

On définit tout saignement vaginal excédant 500 ml après l'accouchement comme une hémorragie du post-partum (HPP). Cette définition pose cependant quelques problèmes **[15].**

- **Positions et présentations dystociques**

Les positions dystociques sont des positions anormales du sommet de la tête fœtale (l'occiput servant de point de référence) par rapport au bassin maternel. Les présentations dystociques sont toutes les présentations autres que la présentation du sommet.

La position ou la présentation anormale du fœtus peut se traduire par un travail prolongé ou par une dystocie mécanique **[15]**.

- **Dystocie des épaules**

La tête est dégagée mais les épaules sont enclavées et ne peuvent être dégagées. Elle est imprévisible **[15]**.

- **Travail sur utérus cicatriciel**

L'épreuve utérine, encore appelée « épreuve du travail sur utérus cicatriciel » ou « épreuve de la cicatrice » est la conduite d'un accouchement chez une patiente porteuse d'un utérus cicatriciel. Etait considéré comme échec de l'épreuve utérine, toute issue de la parturition sur utérus cicatriciel qui s'est soldé par une morbi-mortalité maternelle et périnatale et/ou tout échec de terminaison de l'accouchement par voie basse **[16]**.

- **Souffrance fœtale pendant le travail**

Cette complication implique un rythme cardiaque fœtal anormal (inférieur à 100 btts/min ou supérieur à 180 btts/min) et une présence de méconium épais dans le liquide amniotique **[15]**.

- **Procidence du cordon**

La procidence du cordon ombilical est définie par la chute du cordon ombilical au-devant de la présentation fœtale lorsque les membranes sont rompues. Le cordon ombilical se retrouve alors coincé entre les os du bassin maternel et le fœtus **[17]**.

- **Fièvre pendant la grossesse ou le travail**

L'élévation thermique maternelle pendant le travail est un problème fréquent en salle de naissance. Elle représente plus de 5 à 10% des accouchements. Elle se définit par une température supérieure ou égale à 38°C **[18]**.

- **Fièvre après l'accouchement [15].**
- **Déroulement défavorable du travail [15]**
- **Céphalées, vision floue, convulsions ou perte de connaissance, tension artérielle élevée [15]**
- **Travail sur utérus sur-distendu [15].**

3. Historique de l'accouchement à domicile

Le XIXème siècle est celui de la médicalisation de l'accouchement : la formation des sages-femmes est renforcée à partir des années 1840, la médecine découvre le pouvoir d'anesthésiants et d'analgésiques, puis Pasteur va permettre une avancée décisive en 1878 en montrant l'importance vitale de l'asepsie, de l'antisepsie et de la stérilisation dans les pratiques de soins.

Peu à peu, les parturientes vont être attirées par l'hôpital qui perfectionne progressivement les nouvelles méthodes d'accouchement et devient un espace de soins plus sécuritaire du point de vue de l'hygiène en particulier : leur volonté d'abolir la douleur va les rendre de plus en plus dépendantes du médecin.

Une baisse radicale de la mortalité maternelle est constatée au début du XXème siècle. Le XXème siècle, dans la continuité du précédent, favorise de plus en plus le déplacement de l'accouchement du domicile vers l'hôpital, grâce « à l'arrivée des méthodes d'analgésie qui vient profondément entamer la

représentation doloriste de l'accouchement, et à la construction de nombreuses structures hospitalières, notamment dans des lieux plus isolés **[19]**.

Cependant, ce changement de lieu et cette surmédicalisation exponentielle ne font pas l'unanimité et la deuxième moitié du XXème siècle voit s'élever des contestations, tant féminines que médicales : les termes « accouchements à la chaîne », « usines à bébés », « déshumanisation de la naissance » font leur apparition et des critiques sont exprimées à l'égard de « l'hospitalo-centrisme ». Pendant que **Fernand Lamaze**, neurologue et obstétricien français, développe dans sa maternité des Bluets une nouvelle approche de l'obstétrique moderne, l'accouchement sans douleur, par des techniques de relaxation et respiration, afin de redonner aux femmes le contrôle de leur corps, Frédérick Leboyer, gynécologue et obstétricien français, dénonce la violence qui entoure la naissance et, suite à un voyage en Inde où il découvre ce qu'il n'aurait jamais cru possible: la naissance d'un bébé sans pleurs, sans cris, dans le dénuement d'une simple hutte, écrit Pour une naissance sans violence, livre qui rencontre un énorme succès **[19].**

II. ÉTAT DE SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

1. Morbidité et mortalité maternelle

Il est établi qu'environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. En 2015, 303.000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays à revenu faible et la plupart auraient pu être évités **[4]**.

Le niveau élevé de décès maternels ou néonatals dans certaines régions du monde reflète les inégalités dans l'accès aux services de santé et met en lumière l'écart entre les riches et les pauvres. La quasi-totalité des décès maternels (99%) se produisent dans des pays en développement, dont plus de la moitié en Afrique subsaharienne et près d'un tiers en Asie du Sud. Plus de la moitié des

décès maternels se produisent dans des régions instables et plongées dans des crises humanitaires.

Le risque de mortalité maternelle est plus élevé chez les adolescentes de moins de 15 ans. Le risque de décès maternel sur la durée de la vie c'est à dire la probabilité qu'une jeune femme décédera un jour d'une cause liée à la grossesse ou à l'accouchement est de 1 sur 4900 dans les pays développés, contre 1 sur 180 dans les pays en développement. Dans les pays connus pour leur fragilité, ce risque est de 1 pour 54, conséquence de l'effondrement des systèmes de santé **[4]**.

Les principales causes de décès maternels ont été identifiées lors d'une revue de 23 études publiées entre 2003 et 2012. Cette revue a concerné 115 pays. Il est ressorti de cette étude qu'environ 73 % (1 771 000 sur 2 443 000) de tous les décès maternels entre 2003 et 2009 étaient dus à des causes obstétriques directes et les décès dus à des causes indirectes représentaient 27,5 % (672 000, 95 % UI 19·7–37 ·5) de tous les décès. Les hémorragies représentaient 27,1 % (661 000, 19·9–36·2) dont les deux tiers sont classées comme des hémorragies du post-partum (HPP), les troubles hypertensifs 14% (343 000, 11·1–17·4) et la septicémie 10,7 % (261 000, 5 ·9–18·6) de décès maternels. Le reste des décès était dû à l'avortement (7,9% [193 000], 4·7–13·2), à l'embolie (3,2% [78 000], 1·8–5·5) et à toutes les autres causes directes de décès (9·6% [235 000], 6·5–14·3). Les estimations régionales variaient considérablement.

Par exemple, en Afrique subsaharienne, il s'agit de : avortement (9,6%), embolie (2,1%), hémorragies (24,5%), troubles hypertensifs (16·%), septicémies (10,3%), autres causes directes (9,0%), causes indirectes (28,6%).

Au Sénégal, selon l'EDS Continue 2017, le rapport de mortalité lié à la grossesse pour la période 0-6 ans avant l'EDS Continue 2017 est de 273 pour 100. 000 naissances vivantes **[20].** Autrement dit, environ 1 femme sur 80 (0,012) décèdera suite à des causes maternelles durant sa vie reproductive **[14]**.

De 1997 à 2017, le quotient de mortalité néonatale est passé de 37 pour 100 000 à 28 pour 100 000, soit une baisse de 24 % **[20]**.

2. Morbidité et mortalité néonatale

Le premier mois de la vie est la période la plus vulnérable de la survie de l'enfant. Près de la moitié (47%) de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans en 2020 sont survenus pendant la période néonatale (les 28 premiers jours de la vie). Il s'agit d'une augmentation par rapport à 1990 (40%), car le niveau mondial de la mortalité des moins de cinq ans diminue plus rapidement que la mortalité néonatale.

L'Afrique subsaharienne a le taux de mortalité néonatale le plus élevé au monde, à 27 (25-32) décès pour 1.000 naissances vivantes, suivie de l'Asie du Sud à 23 (21-26) décès pour 1.000 naissances vivantes. Un enfant né en Afrique subsaharienne a 11 fois plus de risques de mourir au cours du premier mois de sa vie qu'un enfant né dans la région de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, et un enfant né dans un pays à revenu élevé risque de mourir dans le premier mois qui ne représente qu'un dixième du risque pour un enfant né dans un pays à faible revenu.

Au niveau des pays, les taux de mortalité néonatale en 2020 allaient de 1 décès pour 1.000 naissances vivantes à 44, et le risque de décès avant le 28e jour de vie pour un enfant né dans le pays où la mortalité est la plus élevée était environ 56 fois plus élevé que dans le pays où la mortalité est la plus faible **[21]**.
(Figure 1)

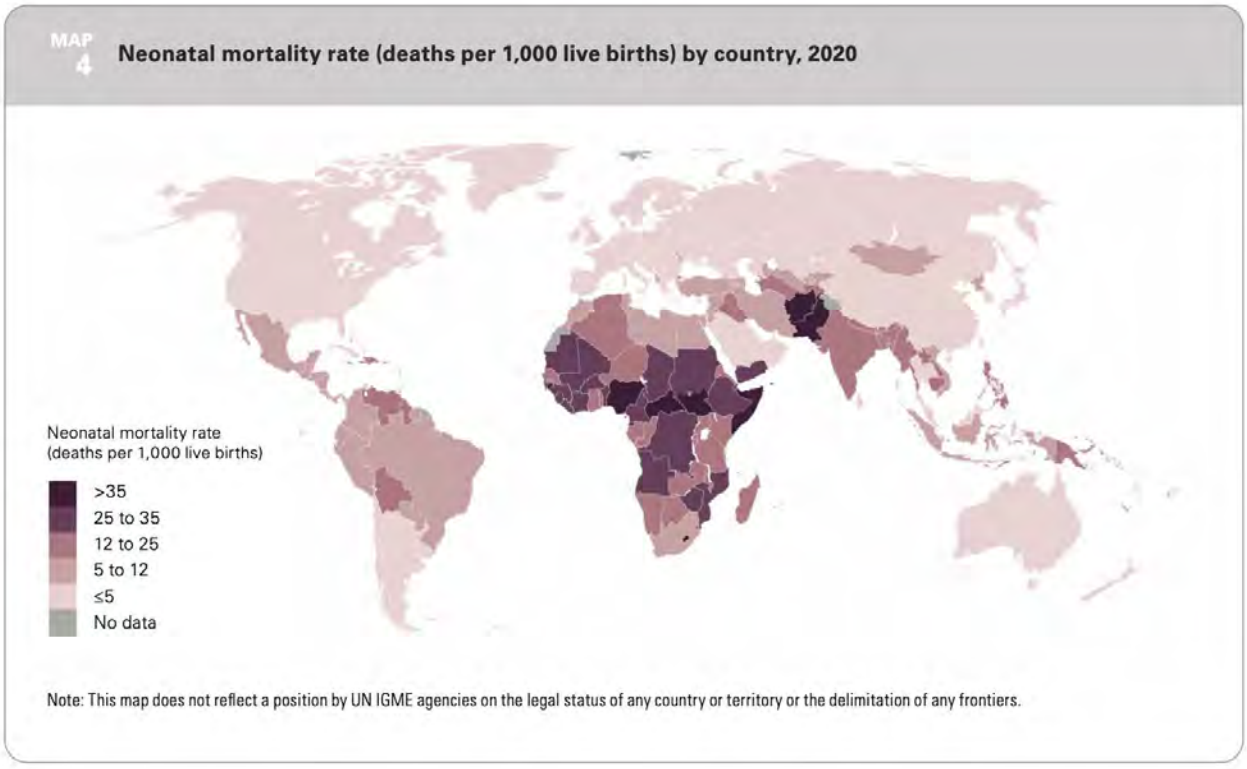

Figure 1 : Taux de mortalité néonatale (décès pour 1 000 naissances vivantes) par pays, 2020 [21].

Au Sénégal, la mortalité néonatale est passée de 40 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 21 décès pour 1000 naissances vivantes en 2020, soit une réduction annuelle de 2,2%. En d'autres termes le nombre de nouveau-nés décédés était 13.000 en 1990 et 12.000 en 2000 **[21]**.

Selon une récente revue systématique publiée dans Lancet en 2022, à l'échelle mondiale, les naissances prématurées et les complications liées à la naissance (asphyxie/traumatisme à la naissance), la pneumonie, la diarrhée et le paludisme restent les principales causes de décès évitables d'enfants âgés de moins de cinq ans **[22]**. (Figure 2)

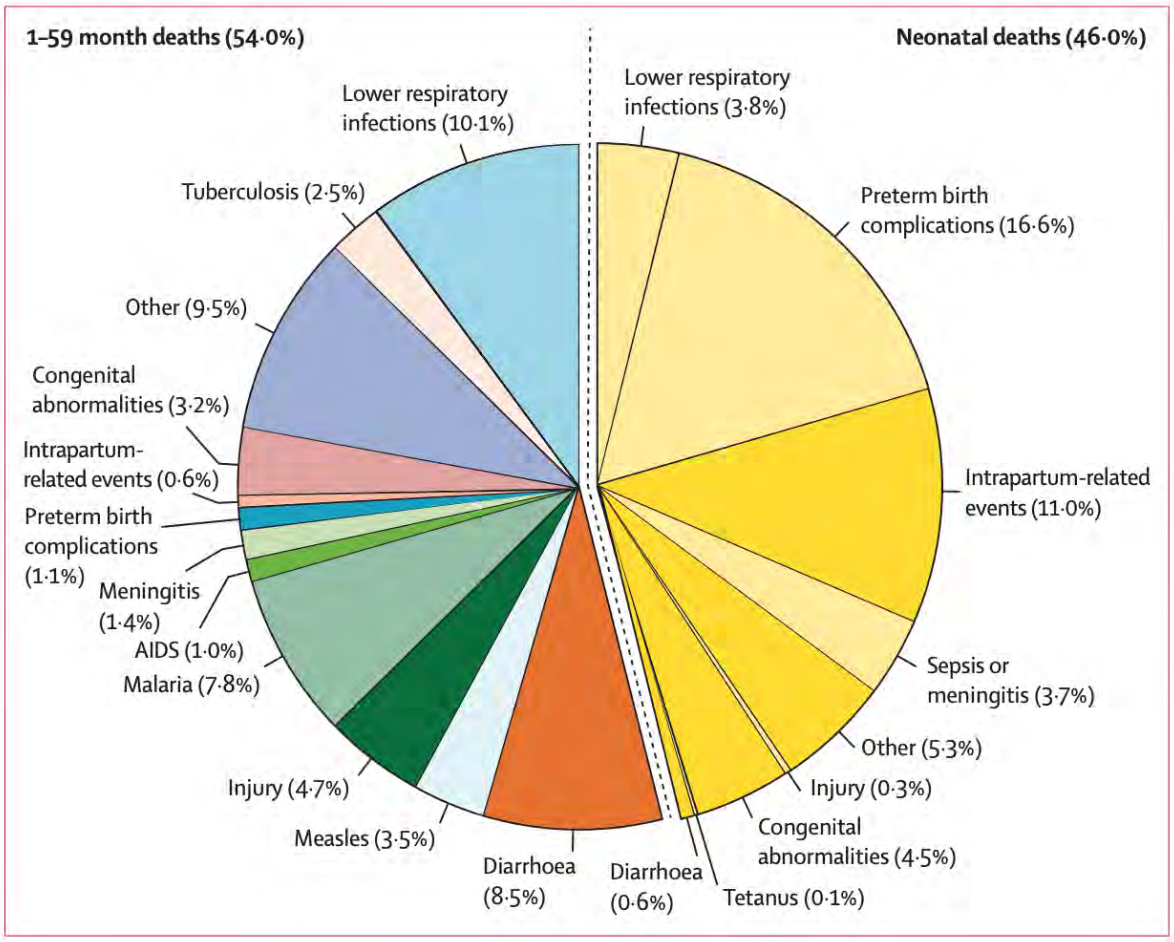

Figure 2 : Causes mondiales de décès des moins de 5 ans en 2019 [22].

Les nourrissons de mères fréquentant les services de soins prénatals étaient considérablement protégés contre les décès néonatals précoces, quel que soit le milieu urbain ou rural. Un risque accru de décès néonatal précoce était également associé aux nourrissons de sexe masculin, aux nourrissons dont la taille à la naissance était plus petite que la moyenne et/ou aux nourrissons signalés comme étant nés prématurément. Un risque réduit a été observé chez les mères ayant un niveau d'éducation élevé **[6]**.

III. ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR L'AMPLEUR ET LES DETERMINANTS DE L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE

1. Ampleur de l'accouchement à domicile

Une revue systématique avec méta-analyse d'études, conduites dans 67 pays à revenu faible et intermédiaire durant la période 2000-2019, a révélé que la fréquence globale de l'accouchement à domicile était de 28 %, avec la fréquence la plus faible dans la région Europe et Asie centrale (5%) et la plus élevée dans la région Asie de l'Est et Pacifique (38%) **[23]**.

En Tanzanie, une enquête transversale menée en 2011 montre que sur 915 femmes en âge de reproduction, 74,5% ont accouchées dans les établissements de santé au cours des deux années ayant précédé celle-ci **[24]**.

Plusieurs études conduites en Éthiopie montrent que l'accouchement à domicile est une pratique courante. En 2016, selon les données issues de 11 régions administratives, le taux d'accouchement à domicile se situait à 73,8% **[25]**. En outre, il est ressorti d'une étude, menée au nord-est du pays en 2015 auprès des femmes ayant accouché dans les 24 mois précédant l'enquête, que 18,4% ont déclaré avoir accouché dans un établissement de santé **[26]**. En 2017, dans le sud-ouest, une étude, menée dans le district de Mana, auprès des femmes qui ont accouché au cours des 24 derniers mois précédant l'enquête, a révélé que la fréquence d'accouchement institutionnel était de 86,4% **[27]**. Une autre étude conduite dans 05 districts situés au sud du pays, du 21 janvier au 4 février 2017, montre que sur 2300 mères parturientes, 72% ont accouché dans des établissements de santé **[28]**.

En Gambie, une EDS réalisée en 2013 chez les femmes âgées de 15 à 49 ans a montré que 39,2% des participantes ont eu leur dernier accouchement à leur domicile **[29]**.

Une étude effectuée en Ouganda a montré une fréquence de l'accouchement à domicile estimée à 60% **[30]**.

Au Kenya, une étude transversale utilisant des méthodes mixtes a estimé que sur 108 femmes, 25,4% ont accouché à domicile **[31]**. Une autre étude kenyane menée dans une zone côtière et rurale auprès de mères fréquentant les services de vaccination infantile dans des établissements de santé a révélé que 26% des répondantes ont accouché à domicile **[32]**.

Une synthèse méta-analytique d'EDS réalisées dans 11 pays d'Afrique de l'est entre 2012 et 2017 a montré que la fréquence de l'accouchement à domicile est 23,68% **[33]**.

Au Burkina Faso, une enquête conduite auprès 1.130 ménages a révélé que 11% avaient accouché à domicile **[34]**.

Une analyse des enquêtes par grappes à indicateurs multiples conduites au Ghana a montré que la fréquence de l'accouchement à domicile est passée de 50,56% en 2006 à 21,37% en 2017-18 **[35]**.

Au Sénégal, des données collectées en 2006 auprès d'un échantillon de 3.093 femmes âgées de 15 à 49 ans, mères d'enfants de 0 à 23 mois dans 05 régions du pays ont montré que 38% des accouchements ont lieu à domicile **[36].** Plus récemment, l'EDS réalisée en 2019, a indiqué que 80,3% des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé. Des disparités suivant les zones ont été constatées. En milieu urbain et rural, l'indicateur était de 96,1%, 71,3%, respectivement **[14]**.

2. Déterminants de l'accouchement à domicile

- **Niveau socioéconomique**

En Inde, il a été constaté que les femmes ayant un faible statut socio-économique ont moins de chance d'accoucher en établissement sanitaire que leurs homologues riches **[37]**.

Une étude ghanéenne a montré que le risque d'accoucher à domicile était plus élevé chez les femmes appartenant au quintile de bien-être économique le plus pauvre (OR = 2,02 : IC95% = 1,06-3,86), **[38]**.

Une autre étude effectuée au sud-est de l'Éthiopie a révélé que les femmes qui appartenaient au quintile de bien-être économique le plus riche étaient trois fois plus susceptibles d'accoucher dans des établissements de santé que celles qui appartenaient au quintile le plus pauvre, (OR = 3,11 ; IC95%=1,66=5,81), **[27]**.
Aussi, des études menées au Nigeria ont révélé que les femmes issues des ménages riches étaient 4 fois plus susceptibles d'utiliser les établissements sanitaires publics pour l'accouchement que les femmes issues des ménages les plus pauvres (OR=4,45 ; IC95%=4,22-4,70) **[39]**. En général, le constat qui se dresse est l'existence d'un gradient socio-économique. En effet, plus le niveau socio-économique est élevé, plus la probabilité d'accoucher dans les établissements sanitaires privés augmente **[39]**.

- **Lieu de résidence**

L'étude ghanéenne a révélé que les femmes habitant les régions qui sont moins dotées de structures sanitaires étaient plus enclines à 'accoucher à domicile (OR = 0,38, IC95%= 0,17-0,84) **[38]**.
En Inde, Patel R, et al. ont montré que le risque d'accoucher à domicile était plus élevé chez les femmes rurales **[37]**.

Au Nigéria, Bolarinwa A. O. et ses collaborateurs ont montré que les mères dont le temps de trajet entre leur domicile et l'établissement de santé le plus proche était inférieur à 30 minutes étaient 1,8 fois plus susceptibles d'accoucher dans les établissements de santé **[40]**.

- **Consultations prénatales**

L'étude Indienne a montré que les femmes ayant une couverture adéquate en CPN (au moins quatre CPN) avaient une probabilité plus faible d'accoucher à domicile que les femmes n'ayant bénéficié d'aucune CPN ; avec une réduction du risque estimée à 66% (OR=0,34 ; IC95%=0,28-0,41) **[37]**.

Au plan contextuel, une étude menée au Nigeria a révélé que les femmes vivant dans des communautés avec un taux plus élevé de CPN étaient près de 300% plus susceptibles d'accoucher dans les structures de santé publiques que celles vivant dans des communautés avec un taux plus faible de CPN **[39]**.

- **Âge de la mère**

Au Sud-Est de l'Éthiopie, une étude transversale a montré que les mères âgées de 15 à 24 ans étaient près de 16 fois plus susceptibles d'accoucher dans des établissements de santé que celles âgées d'au moins 35 ans (OR = 15,71 ; IC95%=4,05- 60,9) **[7]**. En outre, une enquête menée au Nigeria a montré que les femmes qui ont eu leur premier accouchement avant l'âge de 20 ans étaient moins susceptibles d'accoucher dans les établissements de santé que celles qui ont eu leur premier accouchement à l'âge de 20 ans et plus (OR = 0,82 ; IC95 = 0,74-0,90). En effet, les femmes d'âge d'au moins 34 ans et de rang de naissance ≥4 étaient moins susceptibles d'utiliser les établissements de santé publics et privés pour l'accouchement que les femmes d'âge ≥35 ans et celles de rang de naissance ≤3 (OR 0,80 ; IC à 95 % 0,69 ; 0,91 ; OR 0,81 ; IC à 95 % 0,66, 0,98 ; OR 0,81 ; IC à 95 % 0,70, 0,92) **[39]**.

- **Niveau d'instruction du mari**

Une étude Nigérienne a montré que les mères dont les maris avaient un niveau d'éducation primaire ou supérieur étaient près de quatre fois plus susceptibles d'accoucher dans les établissements de santé que les femmes dont les maris n'avaient aucune éducation formelle (OR = 3,84 ; IC95%=2,12, 6,98**), [38].** Une autre étude conduite au Nigeria a montré que les femmes dont les partenaires ont fait des études secondaires ou supérieures (OR=1,41 ; IC95%=1,28-1,57) ou primaires OR=1,26 ; IC95%=1,11-1.42) étaient plus susceptibles d'accoucher dans les établissements de santé **[39]**.

- **Niveau d'étude de la mère**

Une étude effectuée au Ghana a montré que la probabilité d'accoucher à domicile était plus faible chez les femmes qui avaient fait des études secondaires ou supérieures par rapport à celles sans éducation formelle. En effet, le risque diminue de 70% (OR = 0,30 ; IC95%=0,17-0,53), **[38]**.

En Inde, une analyse secondaire d'enquêtes nationales sur la santé familiale menées en 2005-2006 et 2015-2016 a monté que les femmes avec un niveau d'instruction plus élevé avaient moins de risque d'accoucher à domicile que les femmes sans instruction **[37]**.

Au Nigeria, une étude a monté que les femmes ayant une éducation secondaire ou supérieure et au moins une éducation primaire étaient plus susceptibles d'accoucher dans les établissements sanitaires en comparaison des femmes non instruites, (OR=1,26 ; IC95%=1,11-1.42) **[39].**

- **Niveau d'information**

Une enquête Indienne réalisée entre 2005 et 2016 a révélé que les femmes exposées aux médias étaient moins susceptibles d'accoucher à domicile que les femmes n'ayant pas été exposées aux médias (OR=0,89 ; IC95% = 0,84-0,93), **[37]**.

4. Raisons de l'accouchement à domicile

Plusieurs études qualitatives ont exploré les raisons d'accouchement à domicile. Une 'étude conduite au Bangladesh montre que l'accouchement à domicile par les accoucheuses traditionnelles reste la première préférence des femmes enceintes. Selon les auteurs de cette étude, la pauvreté est la raison la plus fréquemment citée par les femmes interrogées. À cela s'ajoutent les croyances traditionnelles, le mauvais état des routes, l'accès limité des femmes à la prise de décision au sein de la famille, le manque de moyens de transport pour se rendre au centre de santé le plus proche.

En outre, les membres de la communauté préfèrent également l'accouchement à domicile en raison du manque de connaissances et de sensibilisation sur les points de prestation de services, de la crainte d'un risque accru d'accouchement par césarienne à l'hôpital et du manque de femmes médecins dans les établissements de santé **[41]**.

Une étude ghanéenne a aussi identifié les raisons des accouchements à domicile dans les zones rurales. Il s'agit surtout de la mauvaise qualité perçue des soins et de la conduite des agents de santé ; la perception que les femmes recevaient de meilleurs soins de la part des accoucheuses traditionnelles ; les contraintes financières et le manque d'accès aux établissements de santé dans les zones rurales **[42]**.

Une étude zambienne a montré que le manque d'autonomie de décision des femmes concernant l'accouchement, la dépendance vis-à-vis du mari et d'autres membres de la famille pour la décision finale, et divers obstacles physiques et socio-économiques, notamment les longues distances, le manque d'argent pour le transport et l'obligation d'apporter des vêtements pour bébés et de la nourriture pendant leur séjour à la clinique, constituent les barrières à l'accouchement en établissement sanitaire. L'étude a aussi révélé la perception négative de la qualité des soins fournis par le personnel de santé est une raison d'accoucher à domicile. De plus, la plupart des femmes avaient une attitude positive envers les accoucheuses traditionnelles et les percevaient comme étant respectueuses, compétentes, amicales, dignes de confiance et disponibles quand elles en avaient besoin **[43]**.

IV. STRATEGIES DE LUTTE CONTRE L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE

Faye A et al. Pensent que l'information des femmes sur le lieu de naissance et la personne qui assistera à l'accouchement et la nécessité d'économiser de l'argent en cas de complications peuvent réduire les accouchements à domicile **[36]**.

Sur le plan social, pour surmonter les obstacles financiers aux soins de maternité, des politiques de gratuité de l'accouchement et de la césarienne (PGAC) peuvent être mise en œuvre **[44]**. Cette politique concernait initialement les cinq régions les plus pauvres à savoir Ziguinchor, Kolda, Tambacounda, Fatick et Matam. Elle fut étendue à tous les hôpitaux régionaux (à l'exception de ceux de Dakar) un an plus tard **[44]**.

Il serait aussi important de favoriser la scolarisation et le maintien des jeunes filles à l'école, augmenter le nombre de structures sanitaires en zone rurale, renforcer les techniques de communication dans la sensibilisation des femmes sur l'importance des CPN et de l'accouchement en structure hospitalière, améliorer l'état du réseau de transport routier pour faciliter l'accès aux structures sanitaires **[36]**.

L'accouchement à domicile est lié à l'accès aux structures sanitaires mais aussi au déroulement de la CPN. Un accent particulier devrait être mis sur la formation des prestataires de soins pour améliorer la qualité de la prise en charge des parturientes dans les structures **[36].**

L'amélioration continue des compétences des sages-femmes du village pourrait améliorer la survie de la mère et du nouveau-né. Les efforts visant à renforcer le système de référence et à améliorer la qualité des services d'accouchement et de soins aux nouveau-nés dans les établissements de santé sont importants, en particulier dans les hôpitaux publics et dans les zones rurales **[20]**.

Les interventions qui devraient se concentrer sur l'amélioration de l'autonomie de décision des femmes concernant l'accouchement et également leur donner les compétences et les ressources nécessaires pour améliorer leur statut socio-économique.

De plus, les interventions et les politiques devraient se concentrer sur les maris, les parents et les amis ainsi que sur l'amélioration des niveaux de dotation en personnel dans les cliniques, par exemple, en s'assurant que les infirmières et les sages-femmes sont toujours disponibles, et en motivant les sages-femmes et les infirmières à servir dans leurs communautés locales en leur offrant des incitations financières, de logement et de formation. Les liens entre les accoucheuses traditionnelles et les sages-femmes devraient être renforcés par une collaboration étroite et la mise en place d'un système de référence fonctionnel **[43]**.

V. INITIATIVES EN FAVEUR DE LA SANTE MATERNELLE ET NEONATALE

1. Initiative internationale : Objectifs de développement durable

Les objectifs de développement durable (ODD) sont un appel universel à l'action pour éliminer la pauvreté, protéger la planète et améliorer le quotidien de toutes les personnes partout dans le monde, tout en leur ouvrant des perspectives d'avenir. Au nombre de 17, les objectifs de développement durable ont été adoptés en 2015 par l'ensemble des États Membres de l'Organisation des Nations Unies dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, qui définit un plan sur 15 ans visant à réaliser ces objectifs.

L'ODD 3 est 'Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge sont des conditions essentielles au développement durable'. Cet objectif comporte neuf cibles dont les deux premières sont respectivement

- D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes
- D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus **[45].**

À l'occasion de l'Assemblée générale des Nations Unies 2015, le Secrétaire général des Nations Unies, Ban Ki-moon, a lancé à New York la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, 2016-2030.
Cette stratégie est une feuille de route pour l'après-2015 qui relève des objectifs de développement durable. Son but est de mettre fin à l'ensemble des décès évitables de femmes, d'enfants et d'adolescents et de créer un environnement dans lequel ces groupes ne se contenteraient pas de survivre, mais pourraient s'épanouir et voir leur environnement, leur santé et leur bien-être transformés. Dans ce document, plusieurs interventions à haut impact sont préconisées afin de faire de l'accouchement une expérience positive **[46]** :

- Accouchement en établissement en présence de personnel qualifié
- Suivi systématique à l'aide d'un partogramme avec des soins appropriés prodigués en temps voulu
- Prise en charge active du troisième stade du travail
- Prise en charge d'un travail prolongé ou d'une dystocie, notamment extraction par ventouse obstétricale ou forceps et césarienne
- Césarienne pour des indications maternelles/fœtales
- Déclenchement du travail en présence d'indications médicales appropriées
- Prise en charge de l'hémorragie du post-partum
- Prévention et prise en charge de l'éclampsie (notamment avec du sulfate de magnésium)

- Détection et prise en charge des femmes présentant des infections ou exposées au risque d'infections (administration prophylactique d'antibiotiques ou césarienne, notamment)
- Dépistage du VIH (en l'absence de test préalable) et prévention de la transmission mère-enfant
- Traitement hygiénique du cordon ombilical à la naissance, et utilisation de Chlorhexidine, le cas échéant

2. Initiatives sénégalaises

Le gouvernement du Sénégal a fait de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune, une priorité. Cela s'est traduit par l'élaboration de plusieurs documents.

- **Plan Sénégal Émergent**

Le Plan Sénégal Émergent (PSE) est le cadre de référence des politiques publiques sénégalaises. La vision est celle « d'un Sénégal émergent en 2035 avec une société solidaire et un État de droit ».

Ce plan tourne autour de trois axes stratégiques

Axe 1 : Transformation structurelle de l'économie et Croissance

Axe 2 : Capital humain, Protection sociale et Développement durable

Axe 3 : Gouvernance, Institutions, Paix et Sécurité

L'axe 2 vise, entre autres, la satisfaction des besoins sociaux de base qui constitue un facteur essentiel à la promotion du développement humain durable. De manière spécifique, le Sénégal veut concrétiser l'éducation de qualité pour tous, la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant, l'accès à un cadre de vie amélioré et la réduction de la dégradation de l'environnement. Il importe aussi de rendre accessibles aux populations nécessiteuses des modules de formation professionnelle en adéquation avec les besoins du marché de l'emploi **[47].**

- **Plan stratégique intégré de la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2020**

Ce plan repose sur une vision : « Un Sénégal où chaque femme, chaque enfant, chaque adolescent (e) et chaque jeune jouit de son droit à la santé et au bien-être de façon équitable et peut participer pleinement à l'édification d'un Sénégal Émergent ».

Les objectifs sont :

- Réduire la mortalité maternelle de 392 pour 100 000 naissances vivantes en 2015 à 285 pour 100 000 naissances vivantes en 2020 ;

Pour atteindre cet objectif, les résultats intermédiaires attendus sont :

- RI 1 : le taux d'achèvement en CPN (au moins 4 CPN effectuées selon les normes) passe de 48 % en 2015 à 70 % en 2020
- RI 2 : la couverture des accouchements par un personnel qualifié passe de 65% en 2015 à 80% en 2020 ;
- RI 3 : 90% des services de Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence (SONU) sont fonctionnels ;
- RI 4 : La qualité de vie des FAR est améliorée ;
- RI 5 : le pourcentage des Femmes âgées de 15 à 49 ans en union utilisant actuellement une méthode contraceptive moderne est augmenté de 21,5% en 2015 à 45% en 2020.
- RI 6. Au moins 80% des nouveaux cas de fistules obstétricales sont dépistés et traités chaque année ;
- RI 7. La prévention des cancers gynécologiques (col, sein, etc.) est assurée
  - Réduire la mortalité néonatale de 23 pour 1000 NV en 2015 à 17 pour 1000 naissances vivantes en 2020 ;
  - Réduire la mortalité infanto-juvénile de 59 pour 1000 NV en 2015 à 42 pour 1000 naissances vivantes en 2020 ;

- Améliorer la santé des adolescent (e) s /jeunes

Le plan stratégique SRMNIA va s'articuler autour des principes directeurs suivants :

- L'engagement et le leadership national ;
- L'approche intégrée ;
- L'articulation à la Stratégie Mondiale de la santé de la mère du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030, à l'initiative « Chaque femme, chaque enfant » et aux cibles du plan mondial « Chaque nouveau- né » ;
- L'approche de planification axée sur les résultats ;
- L'approche multisectorielle et décentralisée ;
- L'équité et la prise en compte des besoins des populations prioritaires ;
- Le respect des droits humains et la prise en compte de la dimension genre ;
- Le respect des croyances et des valeurs de la société sénégalaise.

- **Dossier d'investissement pour l'amélioration de la Santé Maternelle et Infantile**

Le Dossier d'Investissement est la première étape et essentielle du processus du mécanisme de financement mondial. Il s'agit d'une stratégie nationale pour la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et la nutrition (SRMNEA-N) qui décrit les investissements prioritaires nécessaires pour atteindre les objectifs de la SRMNEA-N **[48]**.

Cinq priorités ont été définies :

Priorité 1 : Offrir un paquet intégré d'interventions SRMNIA à haut impact

Priorité 2 : Améliorer l'équité et la demande de services SRMNIA

Priorité 3 : Améliorer la santé des adolescent (e)s /jeunes

Priorité 4 : Renforcer les piliers de l'offre de la SRMNIA

Priorité 5 : Renforcer la Gouvernance du système de santé

Le budget global est estimé à 496 132 650 133.

Les résultats attendus sont :

- Réduire la mortalité néonatale de 23 à 13 décès pour 1 000 naissances vivantes d'ici 2022 Réduire le taux de grossesse chez les adolescentes de 24% à moins de 14% d'ici 2022
- Réduire la mortalité des moins de 5 ans de 35%, passant de 51 à 33 pour 1 000 naissances vivantes d'ici 2022
- Réduire le taux de fécondité des adolescentes de 72 à 66 naissances pour 1 000 femmes d'ici 2022
- Réduire la mortalité maternelle de 38%, passant de 392 à 243 pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2022

- **Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028**

Le PNDSS s'articule autour de trois orientations stratégiques : i) Orientation stratégique 1 (OS1) : Renforcement de la gouvernance et du financement de la santé et de l'action sociale, ii) Orientation stratégique 2 (OS2) : Développement de l'offre de services de santé et d'action sociale, iii) Orientation stratégique 3 (OS3) : Promotion de la protection sociale.

L'OS2 vise à améliorer la prise en charge de la santé du couple mère-enfant et des ado-jeunes (résultat intermédiaires 8) et rendre disponibles les médicaments et autres produits de santé de qualité (résultat intermédiaires 9).

Une des Lignes d'action de l'OS2 est l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité du paquet de services intégré du couple mère-enfant. Cette action devra s'inscrire, entre autres, dans une dynamique : (i) de développement d'un réseau dynamique des Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence (SONU) dans l'ensemble du pays ; (ii) d'amélioration de la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum par le développement de normes et protocoles en santé de la mère et de l'enfant ; (iii) d'amélioration de la prise en charge du nouveau-né **[49]**.

DEUXIEME PARTIE :
TRAVAIL PERSONNEL

I. BUT

Le but de cette étude était de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans le district sanitaire de Podor

II. OBJECTIFS

1. Objectif général

L'objectif général de cette étude était de mettre en évidence les déterminants de l'accouchement à domicile dans le district sanitaire de Podor.

2. Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes dans le district sanitaire de Podor.
- Décrire les caractéristiques obstétricales des femmes dans le district sanitaire de Podor.
- Estimer la fréquence de l'accouchement à domicile dans le district sanitaire de Podor.
- Identifier les facteurs associés à l'accouchement à domicile dans le district sanitaire de Podor.

III. CADRE D'ETUDE

1. Données géographiques

Le district sanitaire de Podor est situé dans la partie la plus septentrionale du pays et dans la moyenne vallée du fleuve Sénégal. Il couvre une superficie de 7082 km² soit 54% du territoire départemental qu'il partage avec le district de Pété. Il est limité :

- Au nord par la République Islamique de la Mauritanie
- Au sud par les districts sanitaires de Linguère et de Dahra (région de Louga)
- A l'ouest par le district sanitaire de Dagana

- A l'est par le district sanitaire de Pété

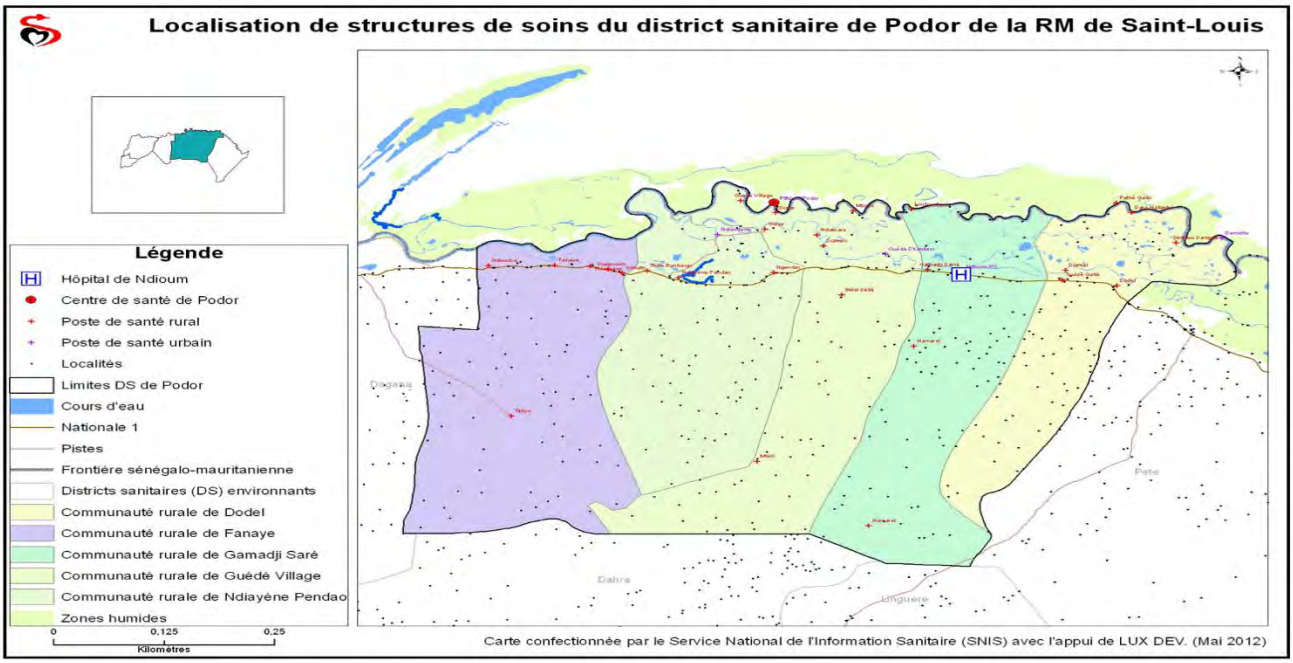

Figure 3 : Découpage sanitaire du district de Podor [8].

Le district est composé de deux grandes zones éco-géographiques le Walo et le Diéri deux termes génériques qui désignent respectivement les terres inondables et celles qui ne sont jamais atteintes par la crue. Entre les deux, s'étend une zone de transition : le Jéjéngol. Podor possède plusieurs types de sols selon les zones et à l'intérieur des zones :

- Les sols du Walo sont : le « palé » limoneux et enrichi par les apports fluviaux
- Le « holaldé » hydro morphe composé essentiellement d'argile.
- Les sols du Jéjéngol sont de texture sableuse et légèrement gravillonnaire
- Les sols du Diéri non inondables, sont pour l'essentiel de type Dior, sablonneux où l'on distingue les sols « seño » aptes à la culture du « souna » et les terres légèrement argileuses « baljol » réputées pour ses herbes nutritives.

Avec une pluviométrie irrégulière, le climat de type sahélien évolue vers un climat subdésertique. La température de l'air balance entre deux maxima, 41,4° en mai et 37,6° en octobre et deux minima, 14,3° en janvier et 24° en aout.

L'insolation surchauffe l'air et crée des tourbillons qui balaient le sol en entraînant des nuages de poussière, sable, limons et fétus de paille, accentuant l'érosion éolienne, facteur de désertification.

Les vents sont dominés par le harmattan chaud, direction nord-Est, caractérisé par une grande sécheresse liée à son long parcours continental.

Cet aperçu du cadre géographique, fait apparaître les problèmes qui se posent dans le département avec les déficits pluviométriques qui impactent négativement sur l'élevage, les cultures pluviales et même de décrues **[8]**.

2. Données administratives

Le district abrite le chef-lieu de tous les services départementaux. Il comprend deux arrondissements et 10 communes :

- L'arrondissement de Thillé Boubacar qui couvre trois communes : Fanaye, Ndiayène Pendao et Niandane ;
- L'arrondissement de Gamadji Saaré qui couvre 7 communes : Dodel, Demeth, Gamadji, Guédé Village, Guédé Chantier ;
- Les communes de Podor et de Ndioum sont sous la tutelle de la préfecture **[8].**

3. Données démographiques

La population du district de Podor, estimée à 247 891 habitants en 2020, est caractérisée par :

- Une croissance de 2,5% l'an soit un dédoublement tous les 28 ans,
- Un rapport de masculinité de 95% soit 120 954 hommes et 126 938 femmes,
- Une jeunesse de la population dont 57% ont moins de 20 ans.

A dominante peulh (90%), on note la présence de wolofs (5%), de Maures, de Sarakolés et de Sérères.

La densité se situe parmi les plus faibles du pays avec 35 habitants au km². 45% des femmes sont en âges de procréation et les enfants (0-4 ans) représentent 16% de la population totale, contre 5% seulement pour les personnes du 3ème âge.

L'inégalité genre (sexuelle) avec l'homme qui règne en maître absolu dans la prise des décisions, notamment en matière de ménage.

L'organisation sociale reposant sur quatre grands groupes pratiquant des activités primaires fonctionnelles distinctes: les Fulbe (Eleveurs), les Tooroobe et Sebbe (Agriculteurs), les subalbe (Pêcheurs), les Ñeeñbe (Artisans) **[8]**.

4. Données économiques

L'agriculture, l'élevage et la commerce sont les principals activitées économiques. L'agriculture est pratiquée en irriguée et en décrue dans le Walo et en pluviale dans le Diéri. Le Diéri constitue la zone de prédilection de l'élevage extensif. Les espèces élevées sont les bovins, les ovins, les caprins, les camelins, les équins, les asins et la volaille. S'agissant du commerce, de nombreux marchés hebdomadaires se tiennent au niveau du district dont les plus grand sont ceux de Thillé, Dodel, Fanaye, Tatqui, Mbiddi faisant brasser plusieurs individus.

Les ménages utilisent l'électricité, la bougie, la lampe tempête et la torche pour l'éclairage, le gaz et le bois de chauffe pour la cuisson. L'électricité est la source d'énergie privilégiée des ménages pour l'éclairage et le fonctionnement des appareils ménagers. Cependant, elle n'est disponible que dans les villes et gros villages situés sur la route nationale. Dans plusieurs villages du Diéri et de l'Ile à Morfila, les populations font recours aux lampes tempêtes, à la bougie et à la torche.

Pour la préparation des repas, les ménages urbains utilisent le gaz et le charbon de bois, tandis que les ruraux sont orientés en particulier sur le bois de chauffe **[8]**.

Les énergies propres, en particulier les plaques solaires, sont utilisées par quelques ménages ruraux pour l'éclairage et le fonctionnement des télévisions.
L'utilisation de ressources forestières par les ménages est assez marquée et risque d'accélérer la désertification.
Le district est traversé sur toute sa longueur par une fibre optique, laissant plusieurs localités sans réseau téléphonique et connexion Internet. La situation est en voie d'amélioration avec la présence de trois opérateurs de téléphonie mobile dans le département : la Sonatel (orange), la Sentel (Tigo) et la Sudatel (expresso). Le groupe Sonatel dispose du plus grand taux de pénétration en téléphonie et en Internet, mais les autres opérateurs commencent à marquer leur présence **[8]**.

5. Carte sanitaire

5.1. Les Infrastructures sanitaires

Le district sanitaire abrite en son sein un Hôpital de niveau 2 (Hôpital Régional de Ndioum) et deux centres de santé :

- Le centre de santé de référence de Podor ;
- Le centre de santé secondaire de Thillé Boubacar

S'agissant du centre de santé de référence de Podor deux services ne sont pas fonctionnels faute d'équipement : le bloc opératoire et la radiologie. Quant à Thillé Boubacar, la fonctionnalité du centre n'est pas encore effective du fait de l'absence de ressources humaines (Médecin, biologiste…) et de certains équipements **[8]**.
Le district compte 38 postes de santé publics répartis selon trois axes :

- L'axe goudron (RN2) de Ndieurba à Dodel qui est bien fourni avec 14 postes que sont : Ndieurba, Fanaye, Thiangaye, Diagnoum, Dimath, Thillé Boubacar, Ndiayèe Pendao, Ngendar, Donaye Tarédji, Gamadji, Ndioum, Touldé Gaalé, Thialaga, Dodel ;

- L'axe du Waalo jadis enclavé (île à morfil) a connu une amélioration considérable grâce au Programme d'Urgence de Développement Communautaire (PUDC), la construction du pont de Ndioum et le Programme de Modernisation des Villes (PROMOVILLES). Il compte 18 poste de santé que sont : Diatar, Guédé Village, Mboyo, Alwar, Pathé Gaalo, Daara, Sinthiou Dangdé, Démeth, Diamal, Marda, Doué, Lodoudou Doué, Niandane, Poste urbain, Guia, Diambo, Ndiawar et Guédé Chantier ;
- L'axe du Dierry, zone de pâturage qui a connu aussi grâce au PUDC un désenclavement dans certaines localités. Le Diéri est parsemé de petits villages, rendant difficile sa couverture en infrastructures de base. Il compte que 6 postes de santé : Namarel, Mbiddi, Tatqui, Ganina, Belel Kellé et Mafré.

Les structures sanitaires parapubliques sont représentées :

- Le service sanitaire de l'Institut Prévoyance de Retraite du Sénégal (IPRES)
- Le poste médical du camp militaire de Podor
- Le poste médical du camp des sapeurs
- Le poste médical de la maison d'arrêt et de correction de Podor

Les structures privées sont les postes de paramédicaux de Thierno Mikailou et Boubba.

5.2. Ressources humaines

Dans le cadre de la politique du ministère de la santé de doubler les postes de santé par un infirmier et une sage-femme, 11 structures ne le sont pas sur les 38. Ceci montre l'effort considérable qui a été fait dans la mise à disposition des ressources humaines. Cependant au niveau du centre de santé le déficit est très net, il s'y ajoute aussi le centre de santé de Thillé non fonctionnel par

insuffisance de ressources humaines. Le tableau ci-dessous donne la situation dans le district et les besoins.

Tableau I : Répartition des ressources humaines en fonction de leur statut et des besoins au niveau du district

Catégories socio - professionnelle	**Etat**			**CDS**	**Gap selon le PNDSS**
	Fonctionnaires.	Contractuels.	**Collectivités locales**		
Médecins	1	1	0	1	1
Dentiste	1	0	0	0	1
Gynécologues	1	0	0	0	1
Sage-femme d'état	8	19	0	1	11
Infirmier diplômé d'état	5	8	0	2	5
assistant infirmier d'état	11	10	0	7	6
Technicien Supérieur	3	0	0	0	2
Assistant social	1	0	0	0	1
Agents d'hygiène	4	0	0	0	

CDS=Comité de développement sanitaire

PNDSS : Plan national de développement sanitaire et social

5.3. Équipements

Le district est confronté à un déficit en équipement surtout dans la prévention et contrôle des infections par l'insuffisance de la disponibilité des autoclaves, l'absence d'équipement pour le bloc opératoire et l'amortissement du mobilier

de bureau. Le centre de santé de Thillé ne dispose d'aucunes dotations pour le rendre fonctionnel.

Il faut signaler que la commune de Podor a dans le cadre d'une convention avec l'état trouvé un financement pour l'acquisition d'un appareil numérique pour le centre de santé.

5.4. Logistique roulante

La logistique roulante pour la liaison et la supervision est vétuste composé de deux 4*4. Le nombre de motos fonctionnels est très insuffisant ou 45% de la population se trouve en zone avancée ou mobile. Les ambulances ont connu une nette évolution cependant le déficit réside toujours pour des postes très éloignés qui sont dans des zones inaccessibles comme le montre le tableau II.

Tableau II : répartition des CVS installés en fonctions des localités

Localités	Podor	Ndioum	Fanaye	Dodel	Daara Halaybé	Donaye Tarédji	Total
Nombre quartiers/villages	7	10	5	6	5	3	**36**
Nombre de CVS installé	7	10	5	6	5	3	**36**
Nombre de personnes orientés	77	110	55	66	55	33	**396**

IV. METHODOLOGIE

1. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique. Elle était conduite en milieu communautaire. Cette etude consistait en une analyse secondaire d'une enquête de couverture vaccinale chez les enfants agés de 12 à

23 mois. Elle était realisée dans le district sanitaire de Podor du 19 au 22 juin 2020.

2. Population d'étude

La population cible était constituée des femmes ayant accouché dans les 24 mois précédant l'enquête. Celles qui etaient présentes le jour de l'enquête constituaient la population source.

3. Echantillonnage

- **Critéres d'inclusion**

Une femme était incluse lorsqu'elle comportait les critéres suivants :

- avoir accouché dans les 24 mois précédent l'enquête.
- avoir passé la nuit précédante dans le menage.

- **Critéres de non inclusion**

- refuser de participer à l'enquête
- avoir des trouble du langage

- **Taille de l'échantillon**

Cette etude consiste en une analyse secondaire des données issues d'une enquête de couverture vaccinale **[50]**. Donc, la taille de l'echantillon est derivée de celle qui est estimée selon les recommandations de l'OMS au sujet de l'enquete de couverture vaccinale, **[51]**.

D'abord, la taille effective de l'échantillon (TEE) est calculée de la façon suivante:

$$n \geq \frac{k\, z_{1-\alpha/2}^2}{4d^2} + \frac{1}{d} - 2\, z_{1-\alpha/2}^2 + \frac{z_{1-\alpha/2} + 2}{k}$$

- $z_{1-\alpha}$: distribution normale standard évalué à 1-α= 5%
- d : demi-largeur désirée de l'intervalle de confiance fixé = 5%
- p : taux de couverture vaccinale attendu = 90%
- k = 0,51.

L'OMS estime que lorsque le taux de couverture vaccinale attendu est compris entre 0,7 et 1-d, k est calculé suivant la formule suivante : k=4(p-d)(1-p+d)=0,51.

Ainsi la TEE est égale à 216 enfants âgés de 12 à 23 mois. Elle correspond au nombre de sujets nécessaire pour un sondage aléatoire simple. Dans le cadre d'un sondage en grappes, cette taille a été augmentée en raison de la variabilité entre les grappes. Pour ce faire, elle est multipliée par un facteur appelé effet de plan de sondage (EPS).

EPS = 1 + (m - 1) X CCI avec

- m : nombre de sujets par grappe égal à 10
- CCI : coefficient de corrélation intra-grappe fixé ici à 1/3

EPS= 1+ (10 - 1) X 0,333=4

Ainsi, la taille minimum de l'échantillon = TEE x EPS= 864. Cet effectif est arrondi à 870. Le nombre de grappes à sélectionner est calculé en faisant le rapport entre la taille de l'échantillon et le nombre d'enfants requis pour chaque grappe.

$$\text{Nombre de grappes} = \frac{870}{10} = 87$$

Ensuite, une répartition proportionnelle à la taille a été faite pour déterminer le nombre de grappes requis pour chaque structure sanitaire.

- **Plan d'échantillonnage**

Il s'agissait d'un sondage en grappes stratifié par structure sanitaire et tiré à deux degrés. Les structures sanitaires (strates) etaient au nombre de 39 au moment de l'enquête.

Le premier degré correspond aux villages et/ou quartiers (unités primaires de sondage) dont la liste (base de sondage) était établie pour chaque strate. Le nombre est attribué proportionnellement à la taille de la structure sanitaire (strate) en termes de nombre d'habitants. La sélection a été faite selon un sondage aléatoire simple utilisant la fonction ALEA du logiciel Excel.

Le deuxième degré correspond aux ménages (unités secondaires de sondage). Un ménage désigne un groupe de personnes vivant et mangeant ensemble, partageant le même espace de préparation des aliments/cuisine **[51]**.

À partir du centre de chaque village ou quartier précédemment inclus (premier degré), une rue était sélectionnée au hasard. L'enquête a commencé avec le premier ménage situé à droite. Les autres ménages sont recrutés de proche en proche jusqu'à ce que nombre de répondantes par grappe soit atteint. Un ménage peut ne pas être inclus en raison d'indisponibilité ou de refus de participer. Dans ce cas, il est remplacé par le prochain ménage. Conformément au principe de l'enquête en grappes, toutes les femmes éligibles d'un ménage sont incluses.

4. Collecte des données

- **Outil de collecte**

L'outil de collecte était un questionnaire électronique. Un pré-test était réalisé auprés en vue de i) familiariser les enquêteurs avec l'outil de collecte, ii) déceler des questions imprécises, difficiles ou inutiles et iii) estimer le temps nécessaire pour le remplissage d'un questioannaire. Les commentaires issus de ce pré-test ont permis de finaliser le questionnaire.

Le questionnaire était conçu sur un support électronique à l'aide d'une application ODK (Open Data Kit). Cette derniére était téléchargée sur un smartphone Android.

- **Enquêteurs et superviseurs**

Les données étaient récoltées par 25 enquêteurs. Pour les besoins de l'enquête, ils ont été sensibilisés sur les objectifs de l'étude et formés sur la technique d'aministration du questionnaire. Au total, trois superviseurs assuraient l'encadrement des enqueteurs. Il s'agissait du medecin chef de district, de son adjoint et d'un enseigant chercheur en santé publique.

- **Méthode de collecte**

Les données étaient recueillies au cours d'une entrevue directe avec les femmes. L'entretien s'est deroulé au domicile de l'enquêtée. Le carnet de santé avait aussi servi de source d'informations. Les données etaient directement saisies sur les tablettes. Chaque soir, les superviseurs vérifiaient les données collectées. Ensuite, les enquêteurs transféraient les formulaires remplis et validés vers un serveur.

- **Variables étudiées**

La variable dépendante est l'accouchement à domicile. Cette variable est dichotomisée en 'oui' et 'non'. Le 'oui' correspond à l'accouchement ayant lieu à domicile. Le 'non' désigne l'accouchement ayant eu lieu dans les etablissements de santé et les cases de santé.

Les variables indépendantes sont : áge, niveau d'etude, statut matrimonial, zone de résidence, distance entre le domicile et la structure sanitaire la plus proche, moyen de transport utilisé pour se rendre à la structure sanitaire, statut professionnel du père de l'enfant, revenu mensuel du ménage, quintile de bien-être économique, exposition aux médias (journal ou magazine, radio et télé), allocation d'une bourse de securité familiale, l'adhésion à l'assurance maladie, gestité, fréquentation des services de CPN,

5. Analyse des données

L'analyse était faite avec le logiciel SPSS version 21 et elle comprenait deux parties : partie descriptive et partie analytique.

- **Partie descriptive**

Dans l'analyse descriptive, les variables qualitatives étaient décrites sous forme d'effectif et pourcentage et les variables quantitatives en moyenne avec l'écart type.

- **Partie analytique**

Elle comprenait deux parties : l'analyse bivariée et l'analyse multivariée

- **L'analyse bivariée**

Il a été procédé à la comparaison de la frequence de l'accouchement à domicile entre les modalités de chaque variable indépendante. Le test de chi2 était utilisé.

L'hypothèse nulle H_0 est : la fréquence de l'accouchement à domicile est identique, quelque soit le niveau de la variable indépendante.

L'hypothèse alternative était H_1 est : la fréquence de l'accouchement à domicile varie en fonction du niveau de la variable indépendante.

- **L'analyse multivariée**

La régression logistique binaire était réalisée selon la procédure pas à pas desecendante. Toutes les variables pour lesquelles la p-value était inférieure ou égale à 0,25 ont été retenues pour modéliser l'accouchements à domicile. Les odds ratio ajustés (**ORa**) et leur intervalle de confiance à 95% (IC95%) ont été déterminés pour chaque variable retenue dans le modèle final. La qualité de l'ajustement du modèle a été recherchée avec le test d' Hosmer et Lemeshow.

6. Considérations éthiques

Cette étude a obtenu l'approbation du Comité d'Éthique de la Recherche de l'Université Cheikh Anta Diop (UCAD). Ensuite, le Medcin-chef du district sanitaire de Podor a autorisé la réalisation de l'etude. Afin de faciliter une appropriation des resultats de l'etude, le medecin chef était associé à la redaction du protocole et à la mise en œuvre de l'etude. Le consentement éclairé et verbal des femmes était recueilli avant l'inclusion. Elles étaient informées que la participation était volontaire et qu'elles avaient la possibilité de se retirer à tout moment. Les données étaient collectées de façon anonyme et confidentielle.

Les résultats étaient transmis au Medecin-chef du district afin de lui permettre de prendre des décisions éclairées en faveur de la santé de la mère et de l'enfant.

V. RESULTATS

1. Taux de participation

Parmi les 870 femmes ciblées, 832 étaient incluses. Le taux de participation est de 96%.

2. Partie descriptive

2.1. Lieu d'accouchement

L'étude a révélé que 130 femmes avaient accouché à domicile, soit une fréquence de 15,63%**.** (Tableau III)

Tableau III : Répartition des femmes selon le lieu d'accouchement

Lieu d'accouchement	Effectif	Pourcentage (%)
Poste de santé	405	48,68
Domicile	130	15,63
Case de santé	128	15,38
Hôpital régional	99	11,90
Centre de santé	57	6,85
Clinique	2	0,24
Hors district	11	1,32
Total	832	100,00

2.2. Caractéristiques sociodémographiques

- **Âge**

L'âge moyen des femmes était de 26,75 ans avec un écart type de 6,95 ans. Les femmes étaient essentiellement âgées entre 20-29 ans 52,76% (n=439).
(Figure 4)

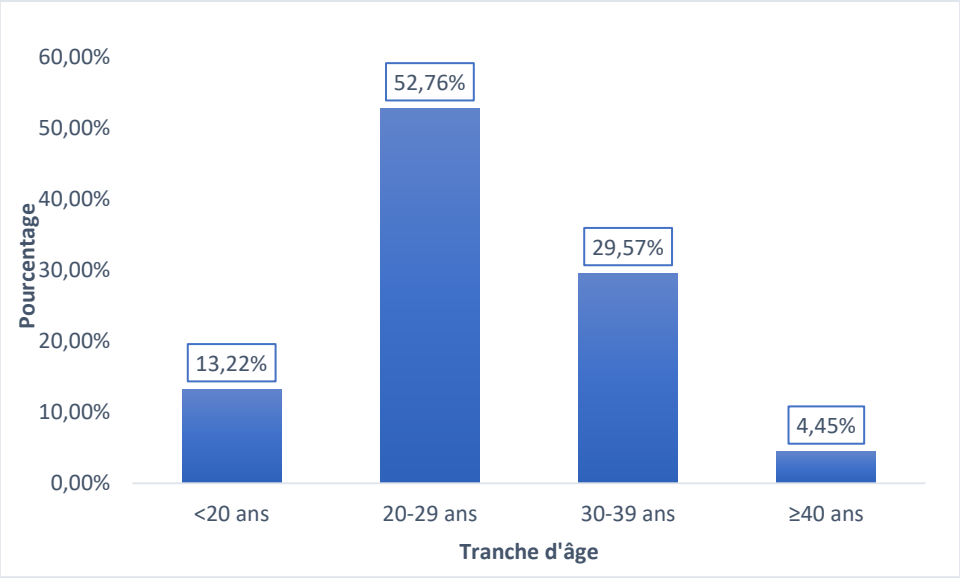

Figure 4 : Répartition des femmes selon les tranches d'âge (n=832)

- **Niveau d'étude**

L'étude a montré que 59,38% des femmes (n=494) n'étaient pas scolarisées. Elles sont suivies de celles qui ont atteint le niveau primaire (17,67%), le niveau moyen (10,82%), le niveau secondaire (9,25%) et le niveau supérieur (2,88%). (Figure 5)

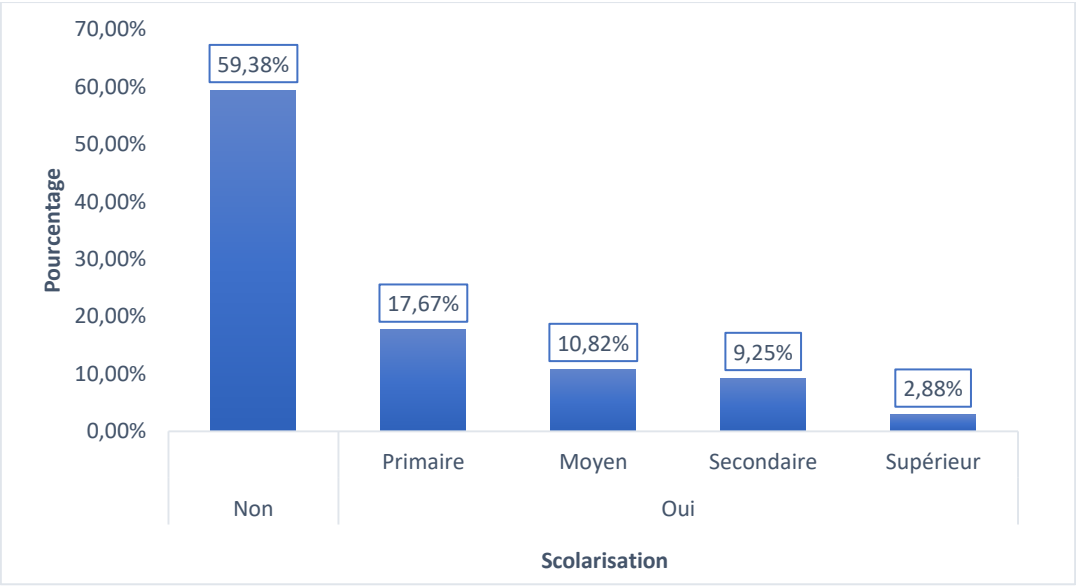

Figure 5 : Répartition des femmes selon le niveau d'étude (n=832)

➢ **Statut matrimonial**

L'étude a révélé que 96,76% des participantes étaient mariées**.** (Tableau IV)

Tableau IV : Répartition des femmes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Régime	Effectif	Pourcentage (%)
Mariée	Monogame	505	60,70
	Polygame	300	36,06
Célibataire		22	2,64
Divorcée		5	0,60
Total		832	100,00

➢ **Zone de résidence**

La proportion des répondantes résidant en zone rurale était de 75,72% (n=630)**.** (Figure 6)

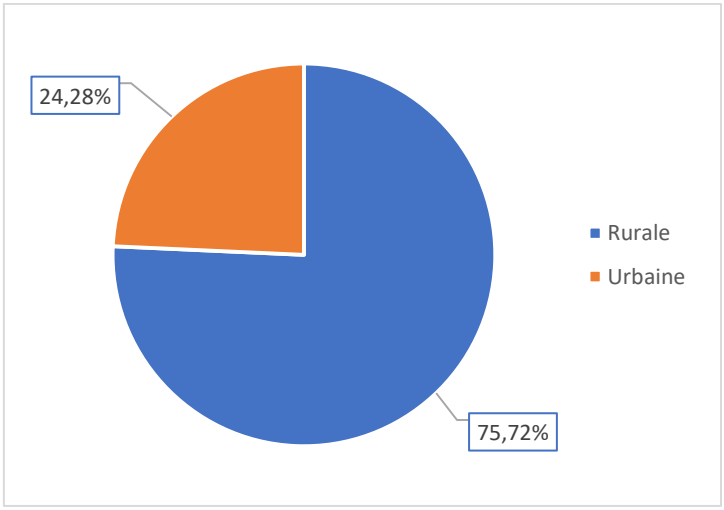

Figure 6 : Répartition des femmes selon le lieu de résidence (n=832)

➢ **Distance entre le domicile et la structure de santé**

Concernant l'accès géographique, l'étude a indiqué que 64,18% (n=534) des mères parcouraient moins de 5 km pour se rendre à la structure de santé la plus proche. En revanche, 16,95%, 11,30% et 7,57% résidaient respectivement dans un rayon compris entre 5 et 10 km, 10 et 15 km et supérieur à 15 km**.** (Figure 7)

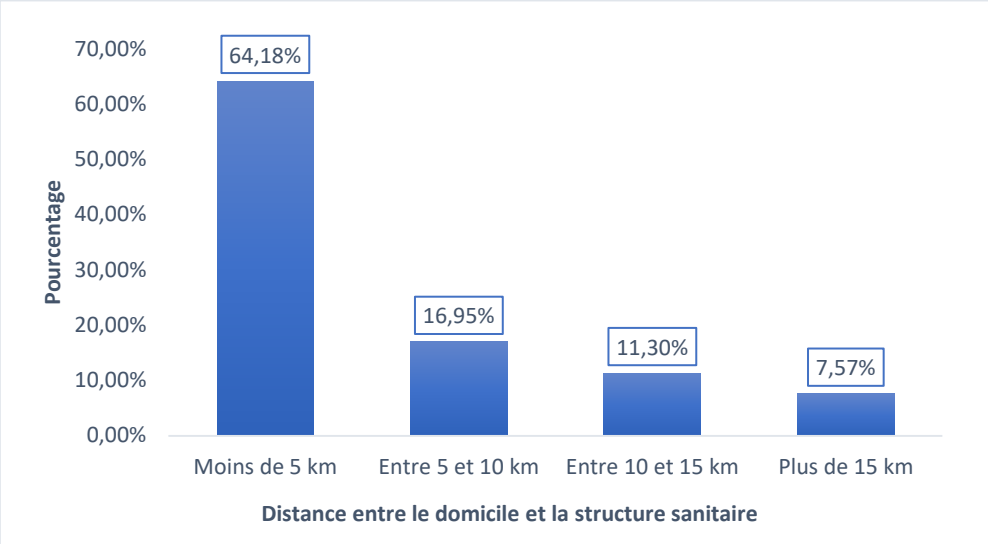

Figure 7 : Répartition des femmes selon distance entre le domicile et la structure de santé (n=832)

- **Moyens de transport utilisés pour se rendre à la structure de santé**

Il ressort de l'étude que 54,21% des femmes ont déclaré marcher pour se rendre à la structure sanitaire la plus proche. Elles sont suivies de celles qui prenaient la charrette comme moyen de transport (36,78%)**.** (Tableau V)

Tableau V : Répartition des femmes selon les moyens de transport pour se rendre à la structure de santé

Moyens de transport	Effectif	Pourcentage (%)
Pied	451	54,21
Charrette	306	36,78
Transport en commun	45	5,41
Véhicule personnel	18	2,16
Motocyclette	12	1,44
Total	832	100,00

- **Statut professionnel du père**

Concernant le statut professionnel, 94,95% des mères ont déclaré que le père de l'enfant a un emploi. (Tableau VI)

Tableau VI : Répartition des femmes selon la profession du père

Statut professionnel du père	Effectif	Pourcentage (%)
En emploi	790	94,95
Sans emploi	42	5,05
Total	832	100,00

- **Revenu mensuel du ménage**

Environ une femme sur deux, soit 49,76%, a déclaré appartenir à un ménage sans revenu mensuel. En revanche, 31,97% des ménages ont un revenu mensuel inférieur à 50 000 francs CFA et 10,46% ont un revenu mensuel compris entre 50 000 et 100 000 francs CFA (Figure 8).

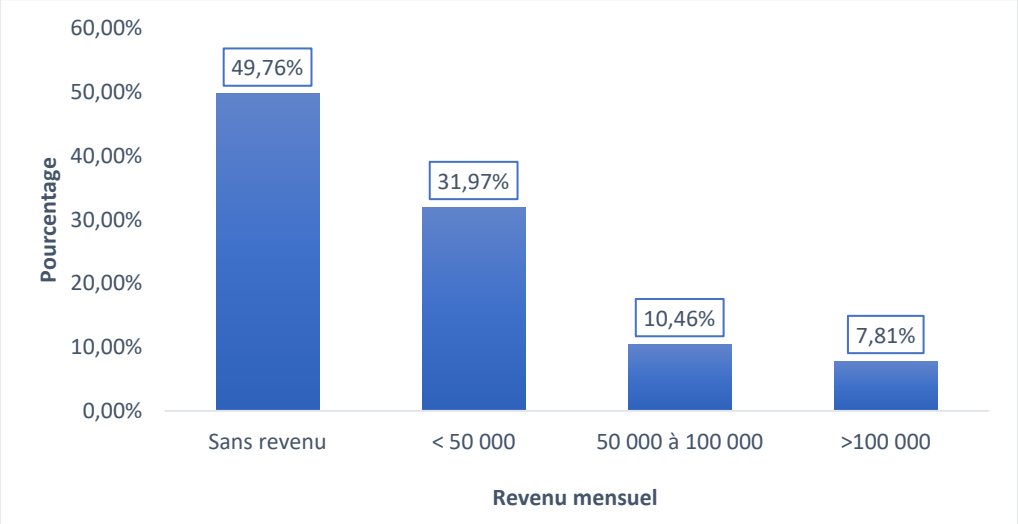

Figure 8 : Répartition des femmes selon le revenu mensuel (n=832)

➢ Quintile de bien-être économique

Les femmes appartenant au quintile le plus pauvre représentaient 19,95% (Tableau VII).

Tableau VII : Répartition des femmes selon le niveau socioéconomique

Quintile de bien-être économique	Effectif	Pourcentage
Plus pauvre	166	19,95
Pauvre	167	20,07
Moyen	166	19,95
Riche	167	20,07
Plus riche	166	19,95
Total	832	100,00

➢ Accès aux médias

Les femmes ayant déclaré n'avoir jamais lu un journal ou un magazine représentaient 84,13%. En outre, 52,76% ont affirmé écouter la radio presque chaque jour. Enfin, 35,22% ont dit regarder la télévision presque chaque jour (Figure 9).

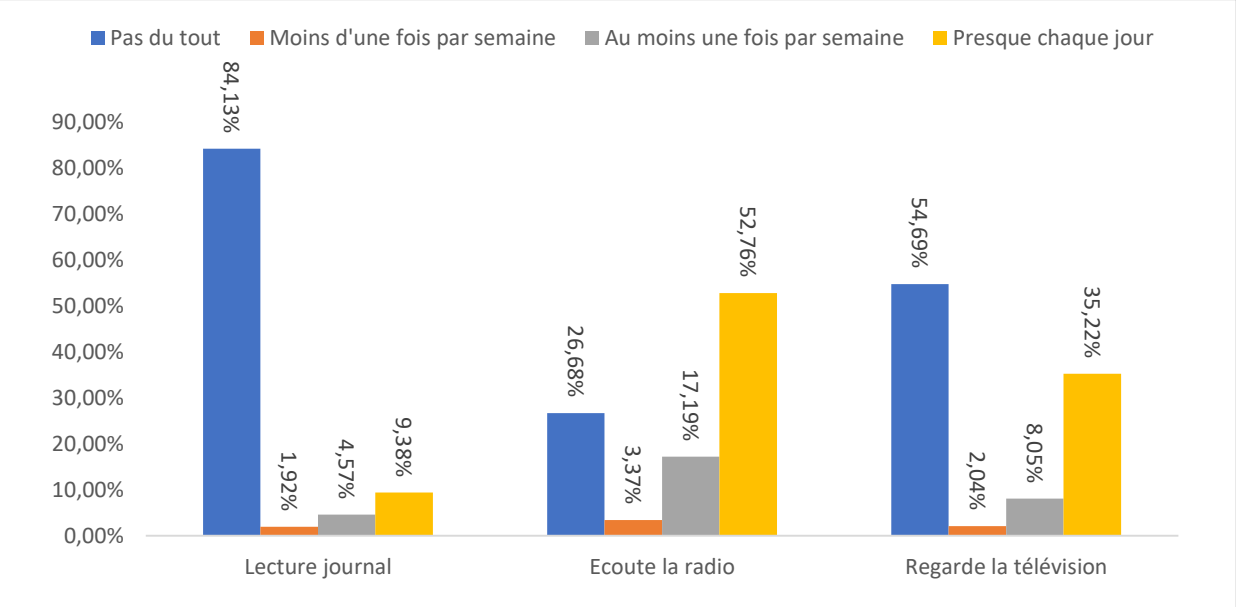

Figure 9: Répartition des femmes selon la fréquence d'utilisation des sources d'informations (n=832)

- **Allocation d'une bourse de sécurité familiale**

Parmi les 832 répondantes, seules 5,53% sont allocataires de la bourse de sécurité familiale (Tableau VIII).

Tableau VIII : Répartition des femmes selon l'allocation de la bourse de sécurité familiale

Allocataire de la bourse de sécurité sociale	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	46	5,53
Non	786	94,47
Total	832	100,00

- **Adhésion à l'assurance maladie**

Seules 4,93% des femmes interrogées ont déclaré être affiliées à un régime de l'assurance maladie (Tableau IX).

Tableau IX : Répartition des femmes selon l'adhésion à l'assurance maladie

Adhésion à l'assurance maladie	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	41	4,93
Non	791	95,07
Total	832	100,00

2.3. Caractéristiques obstétricales

- **Gestité**

La gestité moyenne, c'est-à-dire, le nombre moyen de grossesses antérieures, était de 2,72 avec des extrêmes de 0 et 10 grossesses. L'étude a montré que 12,53% des mères n'ont pas connu de grossesses antérieures à celle ayant abouti à l'accouchement qui fait l'objet de l'enquête (Tableau X).

Tableau X : Répartition des femmes selon la gestité

Gestité (nombre de grossesses)	Effectif	Pourcentage (%)
Nulligeste (0)	90	12,53
Primigeste (1)	177	21,27
Paucigeste (2-3)	309	37,14
Multigeste (4-5)	183	22,00
Grande multigeste (6+)	73	8,77
Total	832	100,00

- **CPN**

Il a été constaté que 88,84% (n=740) des répondantes avaient utilisé les services de CPN. En revanche, la couverture optimale se situait à 51,2% (Tableau XI).

Tableau XI : Répartition des femmes selon le nombre de CPN réalisées

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage (%)
Aucune	92	11,06
1-3	314	37,74
≥ 4	426	51,20
Total	832	100,00

4. Partie analytique

A. Analyses bivariées

a) Accouchement à domicile suivant les caractéristiques sociodémographiques

- **Accouchement à domicile suivant l'âge des femmes**

La proportion des femmes dont l'âge est inférieur à 24 ans et ayant accouché à domicile était de 16,71%. La proportion des mères dont l'âgées est supérieur ou égal à 25 ans et ayant accouché à domicile était de 14,82%. Cette différence n'était pas statistiquement significative (p-value=0,458). (Tableau XII)

Tableau XII : Accouchement à domicile suivant l'âge

Tranche d'âge	Accouchement à domicile					
	Oui		Non			
	N	%	N	%	Total	P value
< 24 ans	59	16,71	294	83,29	353	0,458
≥ 25 ans	71	14,82	408	85,18	479	

- **Accouchement à domicile suivant la scolarisation**

La proportion des mères scolarisées et ayant accouché à domicile était de 5,62%. La proportion des mères non scolarisées et ayant accouché à domicile était de 22,47%. Cette différence était statistiquement significative (p-value=0,0001). (Tableau XIII)

Tableau XIII : Accouchement à domicile suivant la scolarisation

Scolarisation	Accouchement à domicile					
	Oui		Non			
	N	%	N	%	Total	P value
Oui	19	5,62	319	94,38	338	0,000
Non	111	22,47	383	77,53	494	

- **Accouchement à domicile suivant le statut matrimonial**

La fréquence de l'accouchement à domicile chez les mères mariées était de 15,78%. Chez les mères non mariées, l'indicateur était de 11,11%. La différence entre ces deux proportions n'était pas significative (p-value=0,511).
(Tableau XIV)

Tableau XIV : Accouchement à domicile suivant le statut matrimonial

Statut matrimonial	Accouchement à domicile					
	Oui		Non			
	N	%	N	%	Total	P-value
Mariée	127	15,78	678	84,22	805	0,511
Non mariée	3	11,11	24	88,89	27	

- **Accouchement à domicile suivant le lieu de résidence**

La répartition des accouchements à domicile variait significativement suivant le milieu de résidence des femmes, (p-value=0,000). En effet, la proportion des femmes des zones rurales accouchant à domicile (18,89%) était significativement supérieure à celle des femmes résidant en zone urbaine (5,45%). (Tableau XV)

Tableau XV : Accouchement à domicile suivant le milieu de résidence

Milieu de résidence	Accouchement à domicile					
	Oui		Non			
	N	%	N	%	Total	P-value
Rural	119	18,89	511	81,11	630	0,0001
Urbain	11	5,45	191	94,55	202	

- **Accouchement à domicile suivant la distance entre le domicile et la structure sanitaire**

La répartition des accouchements à domicile variait significativement suivant la distance entre le domicile et la structure de santé, (p value=0,0001). La proportion des mères dont la distance entre le domicile et la structure sanitaire est inférieure à 5 km et ayant accouché à domicile était de 09,93%.

Parallèlement, la proportion des mères dont la distance entre le domicile et la structure sanitaire est supérieur ou égal 5 km était de 25,84%. (Tableau XVI)

Tableau XVI : Accouchement à domicile suivant la distance entre le domicile et la structure sanitaire la plus proche

Distance de la structure sanitaire	**Accouchement à domicile**					
	Oui		Non			
	N	%	N	%	Total	P value
< 5 km	53	9,93	481	90,07	534	0,0001
≥ 5 km	77	25,84	221	74,16	298	

- **Accouchement à domicile suivant les moyens de transport pour se rendre à la structure sanitaire**

La répartition de l'accouchement à domicile variait significativement suivant les moyens utilisés pour se rendre à la structure sanitaire (p value=0,0001). La proportion des mères qui marchent pour se rendre à la structure sanitaire et ayant accouché à domicile était de 5,98%. En revanche la proportion des mères qui utilisaient d'autres moyens de transport pour se rendre à la structure sanitaire et ayant accouché à domicile était de 27,03%. (Tableau XVII)

Tableau XVII : Accouchement à domicile suivant les moyens de transport pour se rendre à la structure sanitaire

Moyens de transport pour se rendre à la structure sanitaire	**Accouchement à domicile**					
	Oui		Non			
	N	%	N	%	Total	P value
Marche	27	5,98	424	94,01	451	0,0001
Autres moyens	103	27,03	278	72,97	381	

- **Accouchement à domicile suivant le statut professionnel du père**

Le pourcentage de l'accouchement à domicile chez les mères ayant un père employé s'élève 16,08%. Chez les mères dont le père est sans emploi, la proportion était de 7,14%. La répartition de l'accouchement à domicile variait significativement suivant la profession du père (p value=0,120).
(Tableau XVIII)

Tableau XVIII : Accouchement à domicile suivant la profession du père

Statut professionnel du père	**Accouchement à domicile**					
	Oui		Non			
	N	%	N	%	Total	P value
En emploi	127	16,08	663	83,92	790	0,120
Sans emploi	3	7,14	39	92,86	42	

- **Accouchement à domicile suivant le revenu mensuel du ménage**

La fréquence de l'accouchement à domicile était de 19,57% chez les mères qui n'avaient aucun revenu mensuel. En revanche l'étude a montré que la proportion de l'accouchement à domicile chez les mères bénéficiant d'un revenu mensuel était de 11,72%. La répartition de l'accouchement à domicile variait significativement suivant le fait d'avoir un revenu mensuel ou non (p value=0,002). (Tableau XIX)

Tableau XIX : Accouchement à domicile suivant le revenu mensuel

Revenu mensuel	**Accouchement à domicile**					
	Oui		Non			
	N	%	N	%	Total	P value
Non	81	19,57	333	80,43	414	0,002
Oui	49	11,72	369	88,28	418	

- **Accouchement à domicile suivant le quintile de bien-être économique**

La répartition de l'accouchement à domicile est associée au quintile de bien-être économique du ménage avec un p value=0,000. La proportion des femmes appartenant au quintile de bien-être économique le plus pauvre ou pauvre (29,43%) était significativement plus élevée que celle de leurs homologues issues du quintile de bien-être économique moyen, riche ou très riche (6,41%). (Tableau XX)

Tableau XX : Accouchement à domicile suivant le quintile de bien-être économique

Quintile de bien-être économique	Accouchement à domicile					
	Oui		Non			
	N	%	N	%	Total	P-value
Plus pauvre ou pauvre	98	29,43	235	70,57	333	0,0001
Moyen, riche ou très riche	32	6,41	467	93,59	499	

- **Accouchement à domicile suivant l'accès aux médias**

La proportion des femmes ayant accouché à domicile parmi celles qui ont déclaré lire le journal au moins une fois dans la semaine est de 2,59%. L'indicateur est de 17,74% chez celles qui ont déclaré ne pas lire le journal. La différence est statistiquement significative (p-value-0,000).

La proportion des femmes ayant accouché à domicile parmi celles qui ont déclaré écouter la radio au moins une fois dans la semaine est de 14,78%. Cette proportion est de 17,60% chez celles qui ont déclaré ne pas écouter la radio. Cette différence n'était pas statistiquement significative (p-value=0,304).

La répartition des femmes ayant accouché à domicile parmi celles qui ont déclaré regarder la télévision au moins une fois dans la semaine était de 5,00%. L'indicateur est de 23,73% chez celles qui ont déclaré ne pas regarder la télévision. Cette différence est statistiquement significative (p-value=0,0001). (Tableau XXI)

Tableau XXI : Accouchement à domicile suivant l'exposition aux médias

Exposition aux médias	Accouchement à domicile					
	Oui		Non			
	N	%	N	%	Total	P value
Lit le journal au moins une fois dans la semaine						0,0001
Oui	3	2,59	113	97,41	116	
Non	127	17,74	589	82,26	716	
Écoute la radio au moins une fois dans la semaine						0,304
Oui	86	14,78	496	85,22	582	
Non	44	17,60	206	82,40	250	
Regarde la télévision au moins une fois dans la semaine						0,0001
Oui	18	5,00	342	95,00	360	
Non	112	23,73	360	76,27	472	

- **Accouchement à domicile suivant la protection sociale**

La proportion des femmes ayant accouché à domicile parmi celles qui ont déclaré bénéficier d'une allocution de la BSF est de 6,52%. L'indicateur est de 16,16% chez celles qui ont déclaré ne pas bénéficier d'une allocution de la BSF. La différence est statistiquement significative (p-value-0,080).

La proportion des femmes ayant accouché à domicile parmi celles qui ont déclaré adhérer à un régime d'assurance maladie est de 9,76%. Cette proportion est de 15,93% chez celles qui ont déclaré ne pas adhérer à un régime d'assurance maladie. Cette différence n'était pas statistiquement significative (p-value=0,288). (Tableau XXII)

Tableau XXII : Accouchement à domicile suivant la protection sociale

Protection sociale	Accouchement à domicile					
	Oui		Non			
	N	%	N	%	Total	P value
Allocation de la BSF						0,080
Oui	3	6,52	43	93,48	46	
Non	127	16,16	659	83,84	786	
Adhésion à un régime d'assurance maladie						0,288
Oui	4	9,76	37	90,24	41	
Non	126	15,93	665	84,07	791	

- **Accouchement à domicile suivant les caractéristiques obstétricales**

La fréquence de l'accouchement à domicile était de 16,67% chez les mères qui n'avaient aucune grossesse antérieure. En revanche l'étude a montré que la proportion de l'accouchement à domicile chez les mères qui avaient au moins une grossesse dans les 24 mois précédents l'enquête était de 15,50%. Cette différence n'était pas statistiquement significative (p-value=0,773).

La répartition des accouchements à domicile variait significativement suivant les consultations prénatales, (p value=0,0001). La proportion des mères qui ont effectué des visites prénatales et ayant accouché à domicile était de 13,65%. Parallèlement, la proportion l'accouchement à domicile chez les mères n'ayant pas fait des consultations prénatales était de 31,52%. (Tableau XXIII)

Tableau XXIII : Accouchement à domicile suivant les caractéristiques obstétricales

Caractéristiques obstétricales	Accouchement à domicile					
	Oui		Non			
	N	%	N	%	Total	P value
Gestité						0,773
0	15	16,67	75	83,33	90	
1+	115	15,50	627	84,50	742	
CPN						0,0001
Oui	101	13,65	639	86,35	740	
Non	29	31,52	63	68,48	92	

B. Analyse multivariée

D'après les résultats de l'analyse multivariée, le risque d'accoucher à domicile était significativement multiplié par :

- 2,81 chez les femmes non scolarisées
- 3,44 chez les femmes appartenant au quintile très pauvre ou pauvre
- 3,33 chez les femmes qui se rendent aux structures sanitaires à l'aide de moyens de transport roulants
- 2,17 chez les femmes n'ayant pas bénéficié de consultations prénatales

L'adéquation du model a été réalisé avec le test de Hosmer Lemeshow (p value=0,963). (Tableau XXIV)

Tableau XXIV : Analyse multivariée des déterminants de l'accouchement à domicile, Podor, juin 2020

Déterminants de l'accouchement à domicile	OR [IC à 95%]	P-value
Scolarisation		<0,001
Oui	1	
Non	2,81[1,63-4,84]	
Quintile de bien-être économique		<0,001
Moyen, riche ou très riche	1	
Très pauvre ou pauvre	3,44[2,17-5,46]	
Moyens de transport entre domicile et structure sanitaire		<0,001
Marche	1	
Moyens roulants	3,33[2,06-5,38]	
CPN		<0,001
Oui	1	
Non	2,17[1,27-3,72]	

OR=odds ratio ; IC95%=intervalle de confiance à 95%, CPN=consultations prénatales

VI. DISCUSSION

1. Fréquence de l'accouchement à domicile

Cette étude a montré que, dans le district sanitaire de Podor, la fréquence de l'accouchement à domicile se situait à 15,63% en 2020. Ce résultat indique que l'accouchement à domicile est une pratique assez fréquente au niveau du district. Cette situation est comparable à celle qui prévaut au niveau national puisque selon l'EDSc-2019, parmi les naissances ayant eu lieu au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, 80,3% ont eu lieu dans une structure de santé. Autrement dit, 19,7% des accouchements se sont déroulés hors établissement sanitaire. Dans la zone septentrionale à laquelle appartient le district de Podor, 74,1% des accouchements ont eu lieu dans les établissements de santé **[52]**.

2. Déterminants de l'accouchement à domicile

- **Scolarisation**

Les résultats de cette étude ont montré que le lieu d'accouchement á domicile était significativement influencé par le niveau d'éducation. En effet, les femmes non scolarisées courent un risque multiplié par 2,81 d'accoucher à domicile en comparaison de celles qui sont scolarisées. Cela pourrait être dû au fait que les femmes instruites étaient mieux informées des avantages des soins préventifs et des risques liés à l'accouchement à domicile. Elles pourraient également être plus réceptives aux informations relatives à la santé. Une étude qui s'était déroulée en Éthiopie montre que les femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé (secondaire et supérieur) étaient environ 4,3 fois plus susceptibles d'accoucher dans les établissements de santé que leurs homologues **[53]**. Ce lien significatif entre l'accouchement à domicile et le faible niveau scolaire renseigne à suffisance sur l'importance de promouvoir la littératie en santé. Celle-ci désigne la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé **[54]**.

- **Quintile de bien-être économique**

Cette étude a révélé que le lieu d'accouchement était statistiquement corrélé au quintile de bien-être économique du ménage. Les femmes appartenant au quintile très pauvre ou pauvre couraient 3,44 fois plus de risque d'accoucher à domicile. Cela pourrait être dû au manque de moyens pour pouvoir payer, entre autres, les frais de transport, d'hospitalisation et d'autres services liés à l'accouchement.

En Éthiopie, Mitiku AA et al. ont montré que les femmes riches étaient plus susceptibles d'accoucher dans des établissements de santé que les femmes pauvres **[55]**.

- **Moyens de transport**

Cette étude a révélé que le moyen de transport utilisé pour se rendre aux structures sanitaire la plus proche est un facteur influençant le choix du lieu d'accouchement. En effet, la probabilité d'accoucher à domicile était significativement 3,33 plus élevée chez les femmes qui utilisent des moyens de transport par rapport à celles qui marchent en se rendant aux structures sanitaires. Ce résultat peut paraitre paradoxal. Mais, il est fort probable que la marche soit pratiquée par celles qui habitent près des structures sanitaires. Au Sénégal, il a été retenu qu'un kilomètre fait quinze minutes (mn) de marche à pied **[56].**

Le résultat issu de cette présente étude semble conforme à celui issu d'une revue d'études réalisées dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Selon cette revue, les femmes enceintes qui avaient accès à des établissements de soins obstétricaux en moins de 60 minutes de marche avaient 3,3 fois plus de chance d'accoucher dans des établissements de santé **[57].**

Une synthèse d'EDS conduites dans neuf pays d'Afrique subsaharienne a révélé que les femmes qui pensent que la distance à parcourir entre leur domicile et la structure sanitaire ne constitue pas un grand problème avaient moins de risque d'accoucher à domicile **[58].**

Une étude tanzanienne a révélé que les femmes qui habitent à plus de 5 km des établissements de santé sont environ 3 fois plus enclines à accoucher à domicile par rapport à celles qui habitent à moins de 5 km **[59].**

Cette étude met en lumière un problème d'accès géographique aux services de santé notamment dans la zone du diéry du district sanitaire de Podor.

- **CPN**

Cette étude a également révélé que l'absence de visites prénatales était un autre facteur significativement associé à l'accouchement à domicile. Le risque d'accoucher à domicile est multiplié par 2,17 chez les femmes n'ayant pas fréquenté les services de CPN. En effet, les femmes enceintes n'ayant pas bénéficié de CPN sont moins exposées aux messages de sensibilisation en faveur de l'accouchement dans des conditions sures. Une étude de Faye A et al. a montré que la préparation à l'accouchement diminuait de 64% le risque d'accoucher à domicile. Les auteurs de cette étude pensaient que les CPN devraient être une opportunité pour préparer les femmes enceintes à l'accouchement **[36]**. Une étude réalisée en Inde a révélé que les mères qui ont bénéficié de CPN étaient plus susceptibles d'accoucher dans les établissements de santé que celles qui n'en ont pas bénéficié **[37]**.

3. Limite de l'étude

Il s'agissait d'une analyse secondaire d'une enquête de couverture vaccinale. Donc, l'étude n'a porté que sur des variables déjà disponibles dans la base de données.

Une deuxième limite peut être soulignée. Les femmes interrogées étaient celles qui avaient accouché dans les 24 mois ayant précédé l'enquête. Ce recul est relativement long et pourrait être à l'origine de biais de mémorisation.

Enfin, la liste des ménages n'était pas disponible. Ainsi, les enquêteurs étaient partis du centre de la grappe pour sélectionner les ménages. Cette procédure pourrait introduire un biais de sélection puisqu'elle donne plus de poids aux

ménages qui habitent au centre de la grappe au détriment de ceux qui sont à la périphérie.

Toutefois, ces limites n'entachent pas la pertinence de l'étude puisque celle-ci constitue un point de départ pour documenter les facteurs facilitant et les barrières à l'accouchement en établissement sanitaire.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La plus récente EDS réalisée en 2019 au Sénégal a montré que l'accouchement à domicile demeure une pratique courante notamment dans les régions septentrionale et méridionale du Pays. Il est établi que ce phénomène est l'une des causes de la mortalité maternelle et néonatale. Or, les déterminants de ce phénomène ne sont pas suffisamment documentés notamment en milieu rural. Cette étude a permis de contribuer à combler cette lacune. Le district sanitaire de Podor situé au nord du Sénégal a servi de cadre pour réaliser cette étude.

L'objectif général de cette étude était de mettre en évidence les déterminants de l'accouchement à domicile dans le district sanitaire de Podor.

Pour réaliser ce travail, une étude descriptive et analytique a été menée dans le district sanitaire de Podor. Les données étaient collectées du 19 au 22 juin 2020

La population d'étude était constituée de femmes ayant accouché durant les 24 mois ayant précédé l'enquête. Un échantillonnage en grappes et tiré à deux degré était réalisé dans chacune des 39 structures sanitaires du district. Le nombre de villages ou quartiers attribués à chaque structure sanitaire est proportionnel à la taille de celle-ci en termes de nombre d'habitants polarisés. Le premier degré est le village ou le quartier. Les villages/quartiers sont sélectionnés suivant un sondage aléatoire simple. Le deuxième degré est le ménage. Le centre du village ou quartier a servi de point de départ pour sélectionner le premier ménage se trouvant sur la droite d'une direction choisie au hasard. Les autres ménages sont inclus de proche en proche. Dans chaque ménage présélectionné, toutes les femmes éligibles ont été recrutées.

Les données étaient recueillies au cours d'un entretien en face à face à l'aide d'un questionnaire électronique. Ce dernier était conçu avec le logiciel ODK téléchargé sur des tablettes Smartphone. Vingt-cinq enquêteurs préalablement formés ont recueilli les données.

Au total, sur les 870 femmes ciblées, 832 étaient incluses pour un taux de participation de 96%. Parmi les femmes interviewées, 130 avaient accouché à domicile, soit une fréquence de 15,63%.

L'âge moyen était de 26,75±6,95 ans. En outre, 88,84% des participantes avaient effectué les CPN. Cependant, seules 51,20% avaient effectué au moins 4 CPN. Sur l'ensemble des femmes qui ont participé à l'enquête, 12,53% n'ont pas eu de grossesses antérieures.

Cette étude a révélé que 54,21% des femmes ont déclaré marcher pour se rendre à la structure sanitaire la plus proche.

Sur l'ensemble des femmes qui ont participé à l'enquête, 59,38 % étaient scolarisées. Suivant le quintile de bien-être économique, 19,95% des femmes appartiennent aux catégories des plus pauvres, moyen ou plus riche. En revanche 20,07% de ces femmes appartiennent au quintile du riche ou pauvre.

Ces résultats ont donné lieu aux recommandations suivantes.

❖ Aux femmes en âge de reproduction

- Respecter le calendrier des consultations prénatales

❖ Au personnel de santé

- Réaliser des visites à domicile pour offrir des soins prénataux aux femmes enceintes pauvres ou habitant dans les zones éloignées et difficiles d'accès
- Sensibiliser les femmes en âge de reproduction et les femmes enceintes sur l'importance du respect des consultations prénatales et de l'accouchement en établissement sanitaire.
- Impliquer les acteurs de santé communautaires (Bajenu Gox, matrones, relais, praticiens de médecine traditionnelle) dans le recensement et l'orientation des femmes enceintes vers les structures sanitaires.
- Impliquer les acteurs de santé communautaires (Bajenu Gox, matrones, relais, praticiens de médecine traditionnelle) dans la sensibilisation des femmes enceintes et de leur entourage sur l'importance des CPN à travers le porte à porte
- Accroître la vigilance chez les femmes enceintes non scolarisées sur l'importance de l'accouchement en établissement sanitaire

❖ Équipe cadre de district

- Former le personnel de santé sur les techniques de communication interpersonnelle afin de mieux sensibiliser les femmes enceintes lors des CPN sur l'importance de l'accouchement en établissement sanitaire
- Superviser le personnel de santé en matière de délivrance des services de CPN
- Encourager et appuyer le personnel de santé dans la réalisation des stratégies déplacées afin d'offrir des services de CPN de proximité

❖ Aux autorités étatiques

- Promouvoir l'éducation et le maintien des filles à l'école
- Intégrer (ou renforcer) l'enseignement de la santé reproductive et maternelle dans les curricula de formation élémentaire et secondaire
- Favoriser la collaboration multisectorielle pour lutter contre l'accouchement à domicile (ministère en charge de la santé, ministère en charge de la femme et de l'enfant, ministère en charge de l'éducation, etc.)
- Ériger des infrastructures de soins pour améliorer les accouchements en établissement de santé
- Équiper les postes de santé, les hôpitaux, les centres de santé et les districts sanitaires.
- Renforcer le recrutement.
- Renforcer les mécanismes de protection sociale comme l'assurance maladie et la bourse de sécurité familiale
- Construire des routes dans les zones difficiles d'accès
- Améliorer l'état des routes

REFERENCES

1. Ibrahim SA, Handiso TB, Jifar MS, Yoseph E. Analyzing Prevalence of Home Delivery and Associated Factors in Anlemo District, Southern Ethiopia. Int Ann Med. 2017;1(6).
2. Shah N, Rohra DK, Shams H, Khan NH. Home deliveries: reasons and adverse outcomes in women presenting to a tertiary care hospital. J Pak Med Assoc. 2010 Jul;60(7):555-8.
3. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Afrique. Recommandations de l'OMS Sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement [En ligne]. Brazzaville : OMS ; 2021 [Consulté le 18 mai 2022]. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339794/9789290313366-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Organisation mondiale de la santé. Mortalité maternelle [Internet]. Genève : OMS ; 2014 [Cité le 21 janvier 2021]. Disponible : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality
5. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). A conceptual Framework the definition of skilled health personnel (competent health care professionals providing care-during childbirth). [En ligne]. [Consulté le 18 mai 2022]. Disponible : https://www.figo.org/fr/news/nouvelle-definition-du-personnel-de-sante-qualifie
6. Titaley Cr, Dibley Mj, Roberts Cl. Type of delivery attendant, place of delivery and risk of early neonatal mortality. Analyses of the 1994-2007 Indonesia Demographic and Health Surveys. Health Policy Plan. 2012 Aug ;27(5) :405-16. Doi : 10.1093/heapol/czr053. Epub 2011 Aug 2. PMID : 21810892.
7. Amano A., gebeyehu A., birhanu Z. Institutional delivery service utilization in Munisa Woreda, South East Ethiopia: a community based cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2012 Oct 8; 12:105. doi: 10.1186/1471-2393-12-105. PMID: 23043258; PMCID: PMC3506545.
8. Ministère de la Santé Et de l'Action Sociale. Comité de vigilance et de sensibilisation. PODOR: MSAS; MAI 2020 [Consulté le 18 mai 2022]. 15p
9. Cours étudiants en soins infirmiers. Cours - gynécologie - La Grossesse [Internet]. France : ESI ; 2013 [Cité le 21 janvier 2022]. Disponible sur : https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsi/cours/cours-gynecologie-la-grossesse.html
10. Cours étudiants en soins infirmiers. Cours - gynécologie - accouchement. [Internet] France : ESI ; 09. 2013 [Consulté le 28 septembre 2021]. Disponible sur : http://www.winsos.net/~ninie/fichiers/gynecologie/accouchement.pdf
11. Tchango ngale GA. L'accouchement à domicile au Cameroun, disparités spatiales et essai d'explication [Internet]. 30 Nov. – 4 Déc., 2015. [Consulté le 21 janvier 2022]. Disponible sur : https://scirp.org/reference/referencespapers.aspx?referenceid=3085256

12. Organisation mondiale de la santé, Fond des nations unies pour la population et Fond des nations unies pour l'enfance. Accoucheuses Traditionnelles : Déclaration conjointe [En ligne]. Genève : OMS ; 1993 [Cité le 18 novembre 2021]. Disponible : https://apps.who.int/iris/handle/10665/41468
13. Fonds des nations unies pour la population (unfpa). Accoucher en de bonnes mains [En ligne]. New York, UNFPA, 2004. [Consulté le 21 janvier 2021]. Disponible sur : https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mmupdate05_fre.pdf
14. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). Enquête démographique et de santé continue (EDS-continue) 2019. [Internet]. Dakar : ANSD ; 2020 [Consulté le 12 octobre 2021]. Disponible sur : https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR368/FR368.pdf
15. Organisation mondiale de la santé**.** Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : [enligne]. [Consulté le 18 mai 2022]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43009/9242545872.pdf?sequence=1.
16. Momat FKW, Zalagile PA, Mukalenge FC, Luboya ON, Kalala CT, Mashinda D, et al. Accouchements sur utérus cicatriciel en République Démocratique du Congo : épreuve utérine et facteurs déterminants de l'issue. Pan Afr Med J. 2017 Jun 1 ; 27 :71
17. Barbara A. Procidence du cordon ombilical. Prise en charge obstétricale et analyse de l'issue néonatale à la maternité de Port-Royal [Thèse]. [Paris]. Université Paris Cité-École de sages-femmes Baudelocque ; 2020-05-27.35p. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03022087/document.
18. Bhalil S. Ecole de sages-femmes de Baudelocque. La prise en charge de l'élévation de température maternelle pendant le travail : [Thèse]. [Paris]. Université Paris Descartes - École de sages-femmes Baudelocque ; 2019-06-20.53p.
19. Papiernik E. Accouchement à domicile : Opinion des femmes françaises et risque périnatal. Résultats de l'enquête DOM 2000. O. Dupuis et al. Gynécol Obstét Fertil 2002; 30 : 677-83. Gynecol Obstet Fertil. 2003 Apr ;31(4) :398 ; author reply 398-9. French. Doi : 10.1016/s1297-9589(03)00076-6. PMID : 12821076.
20. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). Enquête démographique et de santé continue. (EDS-continue) 2017 [En ligne] Dakar : ANSD ; Septembre 2018 [cité le 24 mars2022]. Disponible sur :http://www.ansd.sn/ressources/rapports/Rapport%20Final%20EDS%202017.pdf
21. Levels and trends in child mortality United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), Report 2021

22. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL, Prieto-Merino D, Cousens S, Black RE, Liu L. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. Lancet Child Adolesc Health. 2022 Feb;6(2):106-115. doi: 10.1016/S2352-4642(21)00311-4. Epub 2021 Nov 17. Erratum in: Lancet Child Adolesc Health. 2022 Jan;6(1):e4. PMID: 34800370; PMCID: PMC8786667.
23. Hernández-Vásquez A, Chacón-Torrico H, Bendezu-Quispe G. Prevalence of home birth among 880,345 women in 67 low- and middle-income countries: A meta-analysis of Demographic and Health Surveys.
24. Exavery A, Kanté AM, Njozi M, Tani K, Doctor HV, Hingora A, et al. Access to institutional delivery care and reasons for home delivery in three districts of Tanzania. Int J Equity Heath. 2014 Jun 16 ;13 :48. Doi : 10.1186/1475-9276-13-48.SSM Popul Health. 2021 Nov 3 ;16 :100955. Doi : 10.1016/j.ssmph.2021.100955. PMID : 34805477 ; PMCID : PMC8581368.
25. Ketemaw A, Tareke M, Dellie E, Sitotaw G, Deressa Y, Tadesse G, Debalkie D, Ewunetu M, Alemu Y, Debebe D. Factors associated with institutional delivery in Ethiopia: a cross sectional study. BMC Health Serv Res. 2020 Mar 31;20(1):266. doi: 10.1186/s12913-020-05096-7. PMID: 32234043; PMCID: PMC7106663.
26. Ahmed M, Demissie M, Medhanyie AA, Worku A, Berhane Y. Utilization of Institutional Delivery Service in a Predominantly PastoralistCommunity of Northeast Ethiopia [published correction appears in Ann Emerg Med. 2017 Nov ;70(5) :758] [published correction appears in Ethiop J Health Sci. 2018 Nov ;28(6) :809]. Ethiop J Health Sci. 2018 ;28(4) :403-412. Doi :10.4314/ejhs. V28i4.6
27. Yoseph M, Abebe SM, Mekonnen FA, Sisay M, Gonete KA. Institutional delivery services utilization and its determinant factors among women who gave birth in the past 24 months in Southwest Ethiopia. BMC Health Serv Res. 2020 Mar 30 ;20(1) :265. Doi: 10.1186/s12913-020-05121-9. PMID : 32228558 ; PMCID : PMC7106731.
28. Haji Y, Teshome M, Alemayehu A, Mekonnen M, W/gebrieal F, G. /tsasdik A. The Levels of Neonatal Care Practices at Health Facilities and Home Deliveries in Rural Sidama Zone, Southern Ethiopia. J Prim Care Community Health.2018 Jan-Dec; 9:2150132718812181. doi: 10.1177/2150132718812181. PMID: 30419765; PMCID: PMC6236869.
29. Yaya S, Bishwajit G**.** Predictors of institutional delivery service utilization among women of reproductive age in Gambia: a cross-sectional analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2020 Mar 30; 20(1):187. doi: 10.1186/s12884-020-02881-4. PMID: 32228501; PMCID: PMC7106584.

30. Atukunda EC, Mugyenyi GR, Obua C, Musiimenta A, Agaba E, Najjuma JN, et al. Women's Choice to Deliver at Home: Understanding the Psychosocial and Cultural Factors Influencing Birthing Choices for Unskilled Home Delivery among Women in Southwestern Uganda. J Pregnancy. 2020 Jun 3; 2020:6596394. doi: 10.1155/2020/6596394. PMID: 32566299; PMCID: PMC7290878.

31. Chea SK, Mwangi TW, Ndirangu KK, Abdullahi OA, Munywoki PK, Abubakar A, et al. Prevalence and correlates of home delivery amongst HIV-infected women attending care at a rural public health facility in Coastal Kenya. PLoS One. 2018 Mar 20; 13(3): e0194028. doi: 10.1371/journal.pone.0194028. PMID: 29558474; PMCID: PMC5860701.

32. Moindi RO, Ngari MM, Nyambati VC, Mbakaya C. Why mothers still deliver at home: understanding factors associated with home deliveries and cultural practices in rural coastal Kenya, a cross-section study. BMC Public Health. 2016 Feb 3; 16:114. doi: 10.1186/s12889-016-2780-z. PMID: 26842657; PMCID: PMC4738797.

33. Regassa LD, Tola A, Weldesenbet AB, Tusa BS. Further analysis of data from the recent Demographic and Health Survey data. SAGE Open Med. 2022 Mar 23; 10 :20503121221088083. Doi: 10.1177/20503121221088083. PMID : 35342629 ; PMCID : PMC8949735.

34. De allegri M, Tiendrebéogo J, Müller O, Yé M, Jahn A, Ridde v. Understanding home delivery in a context of user fee reduction: a cross-sectional mixed methods study in rural Burkina Faso. BMC PregnancyChildbirth. 2015 Dec 11; 15:330. doi: 10.1186/s12884-015-0764-0.PMID: 26653013; PMCID: PMC4676832.

35. Dzomeku VM, Duodu PA, Okyere J, Aduse-poku L, Dey NEY, Mensah ABB, et al. Prevalence, progress, and social inequalities of home deliveries in Ghana from 2006 to 2018: insights from the multiple indicator cluster surveys. BMC Pregnancy Childbirth. 2021 Jul 21;21(1):518. doi: 10.1186/s12884-021-03989-x. PMID: 34289803; PMCID: PMC8296527.

36. Faye A, Faye M, Bâ IO, Ndiaye P, Tal-dia A. Facteurs déterminant le lieu d'accouchement chez des femmes ayant bénéficié au moins d'une consultation prénatale dans une structure sanitaire (Sénégal).
Rev Epidemiol Sante Publique. 2010 Oct;58(5):323-9.

37. Patel R, Marbaniang SP, Srivastava S, Kumar P, Chauhan S. Why women choose to deliver at home in India: a study of prevalence, factors, and socio-economic inequality. BMC Public Health. 2021 Oct 2; 21(1):1785. doi: 10.1186/s12889-021-11779-5.PMID: 34600528; PMCID: PMC8487549.

38. Ahinkorah BO, Seidu AA, Budu E, Agbaglo E, Appiah F, Adu C, et al. What influences home delivery among women who live in urban areas? Analysis of 2014 Ghana Demographic and Health Survey data. PLoS One. 2021 Jan 4; 16(1): e0244811. doi: 10.1371/journal.pone.0244811. PMID: 33395424; PMCID: PMC7781474.

39. Aremu O, Lawoko S, Dalal K. Neighborhood socioeconomic disadvantage, individual wealth status and patterns of delivery care utilization in Nigeria: a multilevel discrete choice analysis. Int J Womens Health. 2011; 3:167-74. doi: 10.2147/IJWH.S21783. Epub 2011Jul 4. PMID: 21792338; PMCID: PMC3140812.

40. Bolarinwa OA, Fortune E, Aboagye RG., Seidu AA, Olagunju OS, Nwagbara UI, et al. Health facility delivery among women of reproductive age in Nigeria: Does age at first birth matter? PLoS One. 2021 Nov 4; 16(11): e0259250. doi:10.1371/journal.pone.0259250. PMID: 34735506; PMCID: PMC8568178.

41. Sarker BK, Rahman M, Rahman T, Hossain J, Reichenbach L, Mitra DK. Reasons for Preference of Home Delivery with Traditional Birth Attendants (TBAs) in Rural Bangladesh: A Qualitative Exploration. PLoS One. 2016 Jan 5; 11(1): e0146161. doi:10.1371/journal.pone.0146161. PMID: 26731276; PMCID: PMC4701391.

42. Adatara P, Strumpher J, Ricks E. Exploring the reasons why women prefer to give birth at home in rural northern Ghana: a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth 20, 500 (2020). https://doi.org/10.1186/s12884-020-03198-y

43. Sialubanje C, Massar K, Hamer DH, Ruiter RA. Reasons for home delivery and use of traditional birth attendants in rural Zambia: a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth. 2015 Sep 11 ;15 :216. doi : 10.1186/s12884-015-0652-7. PMID : 26361976 ; PMCID : PMC4567794.

44. Fonds des nations unies pour la population (fnuap). Améliorer la santé maternelle [En ligne]. Dakar. 2015 [Consulté le 18 mai 2022]. Disponible : http://www.ministerialleadership.org/sites/default/files/events/event_files/French%20Senegal%20C ountry%20Spotlight.pdf (consulté le 24 Avril 2022)

45. Objectifs de développement durable.
[En ligne]. [Consulté le 18 mai 2022]. Disponible sur: https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/,

46. Kuruvilla S, Bustreo F, Kuo T, Mishra CK, Taylor K, Fogstad H, Gupta GR, Gilmore K, Temmerman M, Thomas J, Rasanathan K, Chaiban T, Mohan A, Gruending A, Schweitzer J, Dini HS, Borrazzo J, Fassil H, Gronseth L, Khosla R, Cheeseman R, Gorna R, McDougall L, Toure K, Rogers K, Dodson K, Sharma A, Seoane M, Costello A. The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030): a roadmap based on evidence and country experience. Bull World Health Organ. 2016 May 1;94(5):398-400. doi: 10.2471/BLT.16.170431. Epub 2016 May 2. PMID: 27147772; PMCID: PMC4850541.

47. Plan Sénégal émergent [PSE]. Réforme de l'Etat et renforcement de l'administration publique [En ligne]. Dakar : PSE ; 2014 [Consulté le 18 mai 2022]. Disponible sur :
https://www.un-page.org/files/public/plan_senegal_emergent.pdf,

48. Ministère de la santé et de l'action sociale [MSAS]. Plan stratégique intègre de la sante de la reproduction, de la mère, du nouveau ne, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2020 [Internet].Dakar : MSAS ; Juin 2018 [Consulté le 19 mai 2022]. Disponible sur :https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/documents/Senegal-dossier-dinvestisement.pdf,

49. Ministère de la santé et de l'action sociale [MSAS]. Plan national de développement sanitaire et social [PNDSS] 2019-2028. Développement des orientations stratégiques[En ligne].Dakar ; MSAS 2019 [Cité le 21 janvier 2021]. Disponible sur :https://www.sante.gouv.sn/sites/default/files/1%20MSAS%20PNDSS%202019%202028%20Version%20Finale.pdf,

50. Bassoum O, Sougou NM, Ba MF, Anne M, Bocoum M, Dieye A, et al. Vaccination against tuberculosis, polio and hepatitis B at birth in Podor health district, Northern Senegal: cross-sectional study of vaccination coverage and its associated factors. BMC Public Health. 2022 Jan 15;22(1):110. doi: 10.1186/s12889-022-12535-z. PMID: 35033057; PMCID: PMC8761353.

51. World health organization vaccination coverage cluster surveys. Reference manual [Internet]. [Cité le 11 mai 2022]. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/handle/10665/272820.

52. Faye, A., Wone, I., Samb, O. et al. Étude des facteurs contributifs de l'accouchement à domicile (Sénégal). Bull. Soc. Pathol. Exot. 103, 246–251 (2010). https://doi.org/10.1007/s13149-010-0056-x

53. Tiruneh SA, Lakew AM, Yigizaw ST, Sisay MM, Tessema ZT. Trends and determinants of home delivery in Ethiopia: further multivariate decomposition analysis of 2005-2016 Ethiopian Demographic Health Surveys. BMJ Open. 2020 Sep 1;10(9): e034786. doi: 10.1136/bmjopen-2019-034786. PMID: 32873665; PMCID: PMC7467527.

54. Ministère de la santé et de l'action sociale [MSAS]. Ministère de la santé et de la promotion médicale. Evaluation des initiatives de subventions et du fonds social [En ligne]. Dakar : MSAS ; Juin 2017. [Consulté le 24 Avril 2022] Disponible sur : http://abtsn.com/documents/rapport_final_etude_initiative_de_subvention.pdf

55. Mitiku AA, Dimore AL, Mogas SB. Determinants of Home Delivery among Mothers in Abobo District, Gambella Region, Ethiopia: A Case Control Study.Int J Reprod Med. 2020 Dec 9; 2020:8856576. doi: 10.1155/2020/8856576. PMID: 33490230; PMCID: PMC7787860.

56. Ministère de la santé et de l'action social [MSAS]. Tome 5 de la carte sanitaire état des lieux de l'offre de soins de santé et besoins globaux [internet]. Dakar : MSAS ; 2018 [Citer le 12 mai2022]. Disponiblesur :https://www.sante.gouv.sn/sites/default/files/carte%20sanitaire%20tome%205%20etat%20des%20lieux%20et%20besoins%20pr%c3%a9visionnels_0.pdf
57. Tegegne TK, Chojenta C, Loxton D, Smith R, Kibret KT. The impact of geographic access on institutional delivery care use in low and middle-income countries: Systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2018 Aug 30 ;13(8) : e0203130. doi : 10.1371/journal.pone.0203130. PMID : 30161201 ; PMCID : PMC6117044.
58. Gebremichael SG, Fenta SM. Determinants of institutional delivery in Sub-Saharan Africa: findings from Demographic and Health Survey (2013-2017) from nine countries. Trop Med Health. 2021 May 26;49(1):45. doi: 10.1186/s41182-021-00335-x. PMID: 34039443; PMCID: PMC8152346.
59. Muhunzi S, Ngocho JS, Mwanamsangu A, Sanga L, Hiza H, Msuya SE, et al. Prevalence, predictors and reasons for home delivery amongst women of childbearing age in Dodoma Municipality in central Tanzania. Afr Health Sci. 2020 Dec;20(4):1933-1942. doi: 10.4314/ahs. v20i4.52. PMID: 34394260; PMCID: PMC8351834

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes Condisciples.

D'honorer ceux qui m'ont instruite dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la Santé Publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :
Le président du jury

Vu :
Le Doyen……

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

RÉSUMÉ

ÉTUDE DES DÉTERMINANTS DE L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE PODOR EN 2020 (SÉNÉGAL)

Introduction : L'accouchement à domicile est une pratique d'accouchement en milieu non clinique qui se déroule en résidence. Il joue un rôle vital en tant que lieu de survenue de décès maternels dus à des complications obstétricales.
Cependant, au Sénégal, selon l'enquête démographique et de santé (EDS) conduite en 2019, parmi les naissances ayant eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête, 80 % ont eu lieu dans un établissement de santé. Autrement dit, un nombre négligeable de femmes continue d'accoucher à domicile. L'objectif général de cette étude consistait à identifier les déterminants de l'accouchement à domicile dans le district sanitaire de Podor.
Méthodologie : Cette étude transversale, descriptive et analytique était réalisée dans le district sanitaire de Podor du 19 au 22 juin 2020. Cette dernière consistait en une analyse secondaire d'une enquête de couverture vaccinale chez les enfants âgés de 12 à 23 mois. La population cible était constituée des femmes ayant accouché dans les 24 mois précédant l'enquête. Les données étaient collectées à l'aide d'un questionnaire électronique sur application ODK (Open Data Kit). L'analyse était faite avec le logiciel SPSS version 21. La régression logistique binaire était réalisée selon la procédure pas à pas descendante. Toutes les variables pour lesquelles la p-value était inférieure ou égale à 0,25 ont été retenues pour modéliser l'accouchement à domicile.
Résultats : Sur les 870 femmes ciblées, 832 étaient incluses soit un taux de participation est de 96%. Plusieurs études qualitatives ont exploré les raisons d'accouchement à domicile. Selon les auteurs de cette étude, la pauvreté est la raison la plus fréquemment citée par les femmes interrogées. À cela s'ajoutent les croyances traditionnelles, le mauvais état des routes, l'accès limité des femmes à la prise de décision au sein de la famille, le manque de moyens de transport pour se rendre au centre de santé le plus proche.
Conclusion : La plus récente EDS réalisée en 2019 au Sénégal a montré que l'accouchement à domicile demeure une pratique courante notamment dans les régions septentrionale et méridionale du Pays. Cette étude a permis de contribuer à combler cette lacune. Pour éradiquer ce phénomène il serait aussi important de favoriser la scolarisation et le maintien des jeunes filles à l'école, augmenter le nombre de structures sanitaires en zone rurale, renforcer les techniques de communication dans la sensibilisation des femmes sur l'importance des CPN et de l'accouchement en structure hospitalière, améliorer l'état du réseau de transport routier pour faciliter l'accès aux structures sanitaires.
Mots clés : Accouchement à domicile, Déterminant…