

UNIVERSITÉ CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR



FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

MÉMOIRE DE MASTER II

LE SUIVI DES FEMMES POST-ACCOUCHEMENT À TOUBA : ENTRE LOGIQUES DE SANTE PUBLIQUE ET RATIONALITES SOCIALES

Présenter par :

Seynabou Sakho

2015076w4

Sous la direction de :

Tidiane NDOYE

Maitre-assistant

ANNÉE ACADÉMIQUE 2019 -2020

Dédicace

Ce travail est dédié à ma mère Ngoné BEYE et à mon défunt père Mohamed SAKHO.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon encadreur, M. Tidiane NDOYE, qui n'a ménagé aucun effort pour la réussite de ce travail. Un homme, qui malgré ses occupations, a porté une attention particulière à nos travaux et nous a impliqué dans son équipe de recherche qui nous permet « d'apprendre la recherche par la pratique ». Merci pour vos critiques, corrections, suggestions et votre professionnalisme sans lesquels nous ne saurions finir ce travail.

Mes remerciements vont aussi à l'endroit de l'ensemble du corps professoral notamment Madame Fatou NDIAYE, Messieurs El Hadji Malick Sy CAMARA, Souleymane GOMIS, Sylvain Landry FAYE, Mouhamadou Moustapha DIEYE, Mame Birame DIOUF, Lamine NDIAYE, Ibrahima DIA, et Samba DIOUF pour leur disponibilité et la formation sur les outils de bases de la méthodologie de recherche sociologique.

Ma reconnaissance s'adresse aussi à mes oncles qui m'ont apporté un soutien total pour la réussite de mes études. Ces remerciements s'adressent également à mes sœurs Bousso, Aminata, Fatima et mon frère Ibrahima.

Ma gratitude va aussi à l'endroit de l'ensemble de l'équipe de l'hôpital Ndamatou notamment Docteur SOURANG, Messieurs SENE, Saliou NDAO et Madame Aissatou NDAO pour leur collaboration, leur disponibilité, leur confiance et leur hospitalité dont ils ont témoigné lors de notre séjour.

Je ne saurais finir sans remercier mon frère Paul Mamba DIÉDHIOU. Merci d'avoir accepté de lire soigneusement mon mémoire pour y apporter des corrections fort utiles.

Listes des tableaux et figures

I. Tableaux

Tableau 1 : Répartition des cibles par catégories	43
Tableau 2 : Répartition des enquêtés suivant l'âge	44
Tableau 3 : Répartition des enquêtés en fonctions des ethnies.....	45
Tableau 4 : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction	45
Tableau 5 : cartographie des cibles en fonction des expériences de maternité	46
Tableau 6 : Matrice des indicateurs de non complétude des CPoN à Touba	47

II. Figures

Figure 1: Taux des femmes ayant fait la CPoN1 et de la CPoN3 à Ndamatou	19
Figure 2: Concept d'accessibilité	24
Figure 3: Dimensions de la qualité perçue	26
Figure 4: Le concept de dispositif communautaire	28
Figure 5: Carte administrative de la région de Diourbel	32
Figure 6: Nuage de mots mettant en exergue l'hétérogénéité des discours des enquêtés	42
Figure 12 : Salle d'attente de la maternité de Ndamatou	50
Figure 13: Photos de la salle de travail de la maternité de Ndamatou.....	51
Figure 14: Coin du nouveau-né, toilette et une table d'accouchement de la maternité	53
Figure 15: Rôles des <i>bajenu gox</i> et relais.....	56
Figure 16: Rôles de la belle-mère, mère, du mari et de la grand-mère	58
Figure 17: Rôles des tradipraticiens	59

Sommaire

Dédicace.....	2
Remerciements.....	3
Listes des tableaux et figures.....	4
Liste des abréviations.....	6
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE I : CADRE THÉORIQUE.....	11
CHAPITRE II : CADRE MÉTHODOLOGIQUE	31
CHAPITRE I : PRÉSENTATION DES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET DE LA MATERNITÉ DE NDAMATOU	42
CHAPITRE II : STRATÉGIES DE PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DE LA GROSSESSE ET DE L'APRES GROSSESSE À TOUBA.....	55
CHAPITRE III : PERCEPTIONS ET ACCESSIBILITÉ DE LA PRISE EN CHARGE À TOUBA	70
CONCLUSION	79
Bibliographie.....	81

Liste des abréviations

ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
BG	Bajenu Gox
CAUTIC	Conception Assistée par l'Usage pour les Technologies, l'Innovation et le Changement
CPN	Consultation Prénatale
CPoN	Consultation Postnatale
DSR	Division de la Santé de la Reproduction
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
EDS	Enquête Démographique de la Santé
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNDSS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
SR	Santé de la Reproduction
VAD	Visite à Domicile

INTRODUCTION

En Afrique subsaharienne, le risque de mortalité maternelle reste très élevé. Il est de 1 sur 38 naissances dans les pays de l'Afrique de l'Ouest contre 1 sur 3700 dans les nations développées¹. Au Sénégal, en 2010, on a enregistré 392 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes². Ce taux demeure encore en hausse en dépit d'une légère baisse. En effet, il a chuté, entre 2010 et 2015, de 392 à 315 décès pour 100 000 naissances vivantes³. En 2017, le taux de mortalité maternelle est estimé à 236 décès pour 100 000 naissances vivantes et celle infantile à 56 décès pour 100 000 naissances vivantes⁴. Si l'on tient compte de ce taux, on remarquera des disparités entre les milieux urbain et rural.

Mais si les risques pour la mère et l'enfant à l'accouchement demeurent importants, ils ne sont pas les seuls facteurs qui entrent en jeu. D'autres facteurs liés à la maternité méritent une attention particulière. C'est le cas du suivi post accouchement qui constitue également une étape cruciale. Cette étape est appelée Consultations postnatales (CPoN). Les CPoN, bien qu'étant un domaine de prédilection de la médecine, interpellent aussi les sciences sociales, notamment la sociologie. En s'intéressant aux CPoN, on se penche à la fois sur une question de santé publique, mais aussi et surtout sur des représentations sociales et culturelles de la santé reproductive en général et de la petite enfance en particulier. Or, Bruno DUJARDIN⁵ soutenait que la santé est un espace où existent des enjeux de pouvoir et où les logiques sociales se confrontent à celles politiques qui, souvent, ne tiennent pas suffisamment compte des besoins, des attentes et des réalités culturelles des populations.

Il convient donc de voir la chaîne d'articulation entre la grossesse, le suivi de la femme et de l'enfant après la naissance pour comprendre la mortalité maternelle et infantile. Les visites prénatales, le lieu de l'accouchement et l'assistance prodiguée à la femme et à l'enfant réduisent probablement le risque de décès de l'enfant et de la mère. S'inscrivant dans la même dynamique, NZITA (1986) précise, à juste titre, que le suivi et l'assistance médicale de la grossesse et de l'accouchement sont des facteurs de différenciation des risques de mortalité maternelle et infantile. Celles-ci constituent alors une priorité pour lutter efficacement contre

¹Rapport OMD 5 : améliorer la santé maternelle, 2015.

²Enquête Démographique Sanitaire (EDS), 2010-2011.

³Selon les résultats de la surveillance des décès maternels et riposte, 2015.

⁴Extrait des rapports d'ANSD et EDS-Continues, 2017.

⁵B. DUJARDIN, 2003, *Politiques de santé et attentes des patients : vers un nouveau dialogue constructif*, Paris, Éditions Karthala, 336 p.

la mortalité maternelle, infantile et les complications qui peuvent compromettre la grossesse. De surcroît, la Direction de la Santé de la mère et de l'Enfant (DSME⁶ en se référant aux prescriptions de l'OMS, recommande au couple mère nouveau-né trois consultations systématiques en post-partum (CPoN) :

- *La première se fait juste après l'accouchement, d'où le nom de (post-partum immédiat) ;*
- *La deuxième, elle, se fait à partir du 8^e jour après l'accouchement (post-partum précoce) ;*
- *La troisième à partir du 40^e jour après l'accouchement. (post-partum tardif).*

Elles permettent d'interroger les femmes sur le déroulement de l'accouchement, des conseils pour l'allaitement, ainsi que la réalisation des examens postnataux (gynécologique, périnée et des muscles abdominaux) et pour faire le point sur l'état de la mère. Cela attribue une qualité aux CPoN quand on sait qu'elles permettent de discuter avec la femme sur le vécu de l'accouchement, des suites de couches et des éventuelles complications en période postnatale. C'est ainsi que notre travail va porter sur la non-observance du suivi de l'après-grossesse, ce que les spécialistes de santé publique appellent « non-complétude des CPoN ».

Après plusieurs investigations, nous avons choisi de travailler à l'hôpital de Ndamatou à Touba, qui réalise un nombre d'accouchements élevé (autour de 400 par mois) alors que le taux d'observance des CPoN est très bas. À ce propos, des politiques et stratégies de subventions ont été mises en œuvre en vue d'assurer la viabilité financière et géographique de celles-ci dans leur grande majorité : l'implication des *Bajjënu Gox* et des relais comme une forte mobilisation communautaire pour assurer la communication et la sensibilisation, l'organisation des visites à domicile (VAD) et des causeries dans les différents quartiers de la commune, le recyclage des infirmiers et des sages-femmes sur la CPN, les techniques d'accouchement et de CPoN. Cependant, à travers nos entretiens exploratoires⁷, nous avons constaté que les femmes qui commençaient leurs CPoN ne les achevaient pas. Comment expliquer cette situation de non-complétude des CPoN de la part des femmes à l'hôpital Ndamatou ?

Pour éclairer les logiques à la fois de santé publique et sociale du suivi des femmes post accouchement à Touba, trois grandes parties sont proposées : dans ce mémoire de Master 2. La première partie traite de la question du suivi des femmes en post-partum à Touba. Elle

⁶La Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME)

⁷Rapport des activités de la maternité de Touba, 2019.

comporte deux chapitres. Le premier chapitre présente le cadre théorique qui décline l'état de la question de la santé reproductive en général et de la santé de la mère et l'enfant en particulier. Le deuxième aborde le cadre méthodologique et évoque la zone d'étude avec ses différentes caractéristiques.

La deuxième et dernière partie fait une analyse de la situation des femmes accouchées récemment (post-partum) dans la commune de Touba en interrogeant les logiques de santé publique affrontées aux rationalités sociales. Elle comprend trois chapitres.

Premièrement, il est question d'une présentation des caractéristiques sociodémographiques des cibles et de la maternité de Ndamatou, en insistant particulièrement sur les expériences vécues des femmes, les salles d'accouchement, de travail et d'attente.

En deuxième lieu, il s'agit d'une analyse des stratégies de la prise en charge communautaire de la grossesse et de l'après-grossesse à Touba. Il montre le niveau d'implication des acteurs communautaires (Bajenu Gox et relais) et de l'entourage familial (belle-mère, mère de la femme et le mari) et les tradipraticiens dans la gestion de l'avant et l'après-grossesse. Il aborde également les pratiques socioculturelles de la prise en charge de la mère et de la petite enfance ainsi que les stratégies affiliées à la prise en charge.

Le troisième chapitre intitulé « les perceptions et accessibilités de la prise en charge des femmes en post-partum » revient sur la manière dont les femmes sont accueillies en analysant les perceptions populaires des CPoN et la question de l'accessibilité culturelle, économique et géographique de celles-ci.



PREMIÈRE PARTIE



LE SUIVI DES FEMMES RÉCEMMENT ACCOUCHÉES À TOUBA EN QUESTION

CHAPITRE I : CADRE THÉORIQUE

Ce chapitre fait l'état de la littérature existante sur la santé de la reproduction en général et de la santé maternelle et néo-natale en particulier. Il évoque la manière dont les auteurs ont étudié la question avant de soumettre leurs thèses à une analyse critique. Ce qui nous permet d'inscrire la recherche dans un continuum et d'aborder la problématique de recherche de manière originale.

I. Revue de littérature

1. Les théories socio-anthropologiques de la petite enfance

L'enfance est d'une importance capitale dans une société et surtout celle sénégalaise. En effet, la prise en charge de la petite enfance au-delà de la médecine se gère culturellement et socialement. À ce propos, Judi AUBEL dans son ouvrage⁸ nous explique l'importance de l'implication des grands-mères dans la prise en charge de l'enfant. Elle montre que ce sont les grands-mères qui connaissent et maîtrisent mieux les pratiques culturelles qui doivent être faites à l'enfant afin de le protéger, mais également de l'aider dans la nutrition. De surcroît, l'auteur estime que les enfants ont besoin des conseils des anciennes qui détiennent selon lui les savoirs traditionnels. De même, que l'implication de la famille en période post-partum, sans pour autant oublier les construits socio-culturels autour de l'accouchement et de sa gestion au sein des familles.

Dans la même perspective, si pour certains le recours aux soins sanitaires est une nécessité, pour d'autres « enfanter » dans la douleur et la souffrance est une fierté. En effet, Sylvain FAYE et *al.* dans leur article⁹, soulignent que certains travaux sur la mortalité maternelle accordent la primauté au fait que cette dernière soit due à un faible recours des femmes aux CPN lors de la grossesse et une tendance à accoucher à domicile sans assistance médicale. Cette attitude renvoie aux croyances qui parfois font que dans certaines sociétés le placenta est utilisé à d'autres fins que nous ne saurons expliciter ou même qu'accoucher dans une structure sanitaire est une honte face à la société. Parallèlement, Catherine MAIA¹⁰ accentue

⁸J. AUBEL, 2011, Grand-Mother Project : *Changement par la culture. Impliquer les grands-mères pour promouvoir la nutrition, la santé et le développement de l'enfant.*

⁹S. FAYE et *al.*, 2009, « Devenir mère au Sénégal : des expériences de maturité entre inégalités sociales et défaillances des services de santé », femmes parturientes et enceintes, (enquête qualitative menée dans une communauté rurale (Malicounda, Sénégal), auprès d'une population de femme parturientes et enceintes.

¹⁰C. MAIA, Mourir en donnant la vie des risques accrus pour les femmes du Sud dans Etudes2004/11(Tome401), p. 473-482

ces propos en précisant que dès le bas-âge elles reçoivent l'éducation selon laquelle accoucher dans la souffrance est un don ou une fierté. De ce fait, pour être considérées au sein de la famille et éviter des railleries, elles doivent adopter des pratiques traditionnelles et accoucher à domicile.

En revanche, Yannick JAFFRÉ¹¹ montre que les politiques sanitaires laissent en rade les représentations sociales des populations. En effet, selon lui, il ne peut y avoir de politique de santé efficace si l'on ne tient pas compte des sujets qui font partie d'un milieu social avec leurs normes et leurs représentations et leurs cultures. Dans cette dynamique, les propos de Bernard HOURS¹² sont assez révélateurs. D'après lui, la santé ne concerne pas seulement la gestion individuelle du corps ni le seul corps, elle transforme plutôt l'objet de la santé en corps socialisé et en corps normalisé.

Toutefois, Gervais BENINGUISSE¹³ estime que le degré de socialisation urbaine de la femme (son contact avec la ville) est susceptible de changer sa façon de penser et d'agir. En d'autres termes, elle sera amenée à délaisser ses pratiques culturelles, en adoptant des comportements modernes et l'abandon des comportements dits traditionnels. Eu égard de ces représentations, force est de constater que l'essence naturelle explique qu'après accouchement sans complication ne nécessite pas forcément un suivi médical formel. Toujours selon l'auteur dans nos sociétés traditionnelles, la grossesse n'est pas considérée comme une maladie, ni comme un état favorable à leur développement, mais comme une réalité naturelle. À cet effet, elle se présente d'après lui comme une combinaison harmonieuse entre le naturel et le spirituel. En gros, la grossesse est le résultat d'une action copulatoire des géniteurs favorisée par l'action providentielle des forces ou esprits transcendants. Ainsi, il serait intéressant de s'interroger sur les « impensés » de la santé publique : la satisfaction des besoins de santé.

2. La littérature sur la non-satisfaction des besoins en soins de santé

Les besoins de soins de santé non satisfaits des femmes peuvent être source de démotivation aux consultations postnatales. L'accueil est un déterminant important pour la qualité de la prise en charge. En effet, quand un patient arrive au niveau de la structure sanitaire et qu'il est

¹¹Y. JAFFRÉ, 2006, « Dynamiques et limites socio-anthropologiques des stratégies de prévention et de contrôle des risques infectieux dans les pays en voie de développement », in *La maîtrise des maladies infectieuses*, un défi de santé publique, une gageure médico-scientifique, Paris, académie des sciences, Rapport sur la science et la technologie, n° 24, pp. 101-115.

¹²B. HOURS, 2001, *Système et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Karthala.

¹³G. BENINGUISSE, 2003, *Entre tradition et modernité. Fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, Paris, L'Harmattan.

bien accueilli, il a tendance à observer le traitement et inversement, il peut s'abstenir de tout contact avec cette structure lorsqu'il n'est pas satisfait. C'est dans cette perspective que Colette BERTHOUD (2000) estime que si la femme accède à la maternité et qu'elle y est mal accueillie, elle s'abstient des visites prénatales et préfère même accoucher chez elle au mépris de toute règle de sécurité. En ce sens, Alain PRUAL¹⁴ montre que la mortalité maternelle est souvent due à l'insuffisance du personnel soignant qui pousse la plupart du temps les femmes à ne pas adopter le traitement en post-partum.

En d'autres termes, l'insuffisance des ressources humaines dans les maternités n'encourage pas le suivi des femmes. En effet, il évoque les facteurs socio-économiques qui ne favorisent pas leur accès de soins. À ce propos, Y. JAFFRÉ, Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN *et al.*¹⁵ montrent que dans les grandes villes de l'Afrique de l'Ouest, les populations ne disposant d'aucun pouvoir sont dans l'incapacité d'obtenir des soins de façon gratuite. Ainsi, affirment-ils, celui qui n'a ni argent ni piston risque fort de mourir sans être pris en charge.

Dans sa tentative de comprendre le non-usage des technologies par les populations, Philippe MALLEIN¹⁶ postule l'idée selon laquelle l'utilité précède l'usage. De fait, il aborde la dimension utilitaire d'une technologie pour comprendre l'usage de cette dernière. Selon lui, les représentations et les connaissances que les individus ont sur la technologie qui leur est destinée, favorise ou non leur usage. Ceci étant, l'auteur développe la méthode CAUTIC (Conception Assistée par l'Usage pour les Technologies, l'Innovation et le Changement). Cette méthode nécessite un certain nombre de caractéristiques pour comprendre l'appropriation d'une innovation¹⁷. Ces caractéristiques sont : le sens, l'avantage, l'utilité, la facilité d'usage, la simplicité de l'idée et la valeur ajoutée perçue.

Toutefois, force est de remarquer que la présence des *Bajjenu Gox* et des relais, et parfois la gratuité des soins présente toutes ces caractéristiques mises en exergue par MALLEIN. Cependant, en dépit de toutes ces propriétés qui devaient favoriser l'appropriation de celles-ci, nous observons des comportements défavorables de la part de certaines femmes en post-partum. Cela veut dire que ce n'est pas la facilité d'usage encore moins l'accessibilité

¹⁴A. PRUAL, Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest vers une maternité à moindre risques, Santé Publique 1999, Volume 11, numéro 2, pp. 167-185.

¹⁵Y. JAFFRÉ, J-P OLIVIER DE SARDAN *et al.*, Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologique du projet « santé urbaine » (Unicef, coopération française). Enquête sur l'accès aux soins dans les cinq (05) capitales de l'Afrique de l'Ouest.

¹⁶Cf. F. BOUDOKHANE, Octobre 2006, « Comprendre le non-usage technique : réflexions théoriques », Groupe de recherche et d'étude sur les médias de L'université Michel Montaigne, Bordeaux3, p.3.

¹⁷Cf. F. BOUDOKHANE, Octobre 2006, *Op. Cit.*

financière qui explique le non-usage des CPoN, puisque le caractère technique est moins important. Dans la même perspective que MALLEIN, Fred DAVIS utilise la méthode *Technology Acceptance Model*, traduction littérale en français de Modèle d'Acception de la Technologie (TAM)¹⁸. Celui-ci renvoie aux perceptions sur l'utilité et aux perceptions sur la facilité d'utilisation de la technologie. Tout compte fait, ces deux modèles cherchent à expliquer le pourquoi et le comment de l'acceptation ou non des TIC dans les pratiques quotidiennes. Par ailleurs, il urge d'appréhender l'accessibilité des soins.

3. L'Accessibilité aux soins, source de démotivation des CPON

L'accessibilité aux soins des populations a longtemps interpellé les chercheurs notamment les médecins, psychologues, sociologues, etc. Cette situation découle non seulement de l'aspect financier, mais également de la distance qui sépare le patient de la structure sanitaire. De ce point de vue, la question a été abordée sous différents angles en tenant compte du contexte dans lequel s'inscrit cette dernière. Une autre accessibilité est non négligeable il s'agit de l'accessibilité culturelle. Ainsi, il est important de préciser que les accouchées récentes à Touba ont tendance à rejoindre le domicile de leur mère pour se reposer en d'autres termes le « NAMPALI » (aller allaiter). Cette période coïncide avec celle des consultations postnatales. La sphère familiale pouvant être éloignée de la structure sanitaire, ce qui pourrait expliquer le non-suivi des CPoN.

Sous ce rapport, dans son article intitulé « l'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou » KOUADIO AKOU AKA¹⁹ montre que le facteur socio-économique et la distance géographique influent sur l'accessibilité aux soins. À cet effet, la plupart des patientes habitent dans des lieux un peu reculés de la structure sanitaire ce qui freine souvent leur fréquentation. Dans le même sillage, les travaux de Caroline DESPRES et al.²⁰. portant sur l'analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre rejoignent celles précitées. Ils y évoquent aussi le terme de notion temporelle c'est-à-dire le nombre d'heure ou de minute que l'individu parcourt pour atteindre le service de santé. Toutefois, il serait judicieux de s'intéresser à la nature des interactions entre soignants et soignées.

¹⁸Un modèle très évalué par les Sciences du Management et les sociologues de la consommation. Il est relaté par F. BOUDOKHANE, Octobre 2006, Op Cit.

¹⁹K. AKOU AKA, 2010, l'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou (Cote d'Ivoire) dans Les Cahiers d'Outre-Mer, n 251, pp. 439-459

²⁰C. DESPRES et al., 2012, Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre.

4. Les interactions soignants-soignés, source de démotivation

Les relations soignants-soignées sont parfois tendues et basées sur l'incompréhension. De ce fait, le soignant et la patiente ne perçoivent pas de la même manière la qualité des soins. Ainsi, pour les patients c'est l'accueil qui fait la qualité alors que pour les prestataires c'est plutôt le plateau technique. En effet, le soignant s'inscrit dans une approche purement médicale ou scientifique revoyant à la dimension « disease²¹ » ; alors que le patient lui, est beaucoup plus dans une dimension « illness » et « sickness²² ». Ce qui importe, c'est que la qualité des soins ne se limite pas uniquement aux dispositifs du système de santé, elle est aussi liée à la nature des interactions qu'entretiennent les soignants et soignée. Dans une vision plus profonde, Y. JAFFRÉ, et J-P. OLIVIER DE SARDAN²³ estiment que le milieu sanitaire ou le lieu de soins est un espace où les interactions entre les soignants et les soignés relèvent de l'ordre de la négociation. Ils montrent qu'en ce qui concerne le traitement, plus le soignant est connu ou reconnu dans les services de santé, plus la probabilité d'être bien soigné est grande, et inversement les risques d'être humilié ou maltraité lors des soins diminuent.

D'ailleurs, les travaux de Tidiane NDOYE²⁴ et *al.*, mettent l'accent sur le comportement des professionnels de santé qui découlent parfois du fait que le patient soit « confié » au médecin. Ce faisant, ils soulignent qu'au niveau des structures de santé l'accessibilité des soins dépend quelquefois des relations que l'on entretient avec le médecin. Dans cette même dynamique, FAYE et NIANG²⁵ ont montré que la connaissance de la sage-femme et le fait d'être reconnue par elle comme une usagère des services peuvent aussi faciliter la prise en charge au moment de l'accouchement et l'obtention d'un certificat d'accouchement. En ce sens, le recours à la CPoN plutôt que d'être un moyen préventif de complications obstétricales devient un moyen de gérer l'interconnaissance entre sages-femmes et femmes enceintes.

²¹Revoie à une dimension éthique, scientifique de la maladie c'est-à-dire la maladie dans sa conception biologique et médicale.

²²Renvoie à une dimension émique de la maladie, c'est-à-dire qui évoque les perceptions et expériences vécues par l'individu. C'est une manifestation de la maladie de façon individuelle, mais aussi par son entourage, une description de la maladie de façon socialisée.

²³Y. JAFFRÉ ET J-P. OLIVIER DE SARDAN, 2003, Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris, APAD-Karthala, Collection Hommes et Sociétés, 462 p.

²⁴T. NDOYE, F.HANE & K. DELAUNEY, 2005, « des taches aux identités des soignants (exemples sénégalais) » in Laurent VIDAL et *al.* (dir.) *Les professionnels de santé en Afrique de l'OUEST*, L'Harmatan.

²⁵FAYE et NIANG, 2013, Étude de la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes et recherche formative sur la supplémentation en fer et en acide folique dans les régions de Dakar et Fatick, Rapport final, p.10. Cette étude a été réalisée pour le compte de la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant (DSRE) avec l'appui de l'initiative pour les Micronutriments (MI).

Dans la même lignée, Tidiane NDOYE et *al.*²⁶ évoquent la délégation des tâches des personnels sanitaires. En effet, cette délégation se fait, à l'occasion de leur absence (baptêmes, mariage, décès). Ce qui induirait un manque de confiance vis-à-vis du personnel délégué parce qu'ils n'ont pas forcément reçu la formation adéquate. Dans une vision plus profonde, l'article d'Abdou Salam FALL et Laurent VIDAL²⁷ montre tout le décalage entre la demande et l'offre de formation. Cet écart est observé entre les types de formations demandées par les professionnels et leurs besoins réels pour leurs activités quotidiennes. Il en est de même pour ce qui est de la priorisation qui n'est pas prise en compte. Ces auteurs concluent que dans un pays comme le Sénégal où la prévalence du VIH est faible, les formations sur la prise en charge du VIH plus particulièrement sur la transmission mère-enfant sont fréquentes alors qu'elles sont d'une moindre nécessité. Toutefois, pour mieux comprendre la problématique étudiée, il serait intéressant de parler de la communication.

5. Communication, un outil d'éclaircissement pour les femmes en post-partum

Dans le domaine de la santé, l'Information, l'Éducation et la Communication (IEC) sont des éléments importants dans le processus de changement de comportement. Ainsi, les travaux de Caroline GOLLE²⁸ montrent que la communication crée des liens qui constituent la racine des relations humaines. On note alors une différence entre communication et relation. La communication représente l'échange, le partage des messages entre interlocuteurs. Quant à la relation, elle est un lien qui se crée entre les personnes qui communiquent de manière signifiante. En ce sens, les études révèlent que la communication entre le soignant et le patient est une condition essentielle au bon déroulement des soins. C'est le cas de GRAHAM et BONACUM²⁹ qui montrent qu'un pourcentage assez considérable d'erreurs des prestataires de santé peut être attribué aux défaillances de communication et à l'absence de travail d'équipe efficace.

Dans cette perspective, pour examiner le degré de satisfaction des femmes n'ayant pas complété leur CPoN, nous citons les travaux de LEY, HAYNES *et al.* (1979). En effet, ces derniers ont mené une étude sur la satisfaction du patient. De cette étude, ils ont révélé que le

²⁶T. NDOYE, F. HANE, & K. DELAUNEY, 2005, op. cit.

²⁷A.S. FALL et L. VIDAL, 2006, « Emergence d'une culture, déclin d'une profession. » *Soigner et prévenir au Sénégal et en Côte-d'Ivoire*. Cahier internationaux de sociologie, n° 121 pp.239-264.

²⁸Ils portent sur *La communication infirmière à domicile patient*. C'est une sorte de stratégie de porte-à-porte ou de stratégie avancée intégrée permettant aux femmes de prendre conscience de l'importance des CPoN.

²⁹L. M. S. GRAHAM et D. BONACUM. 2004, The human factor : the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care, *Qual Saf Health Care*, 13 oct. suppl. n°1, pp. 185-190.

niveau de satisfaction des patients dépend des composantes de la consultation que sont : les aspects affectifs, les aspects comportementaux et la compétence du professionnel de santé. À ce propos, LEY (1988) a passé en revue vingt et une (21) études de patients hospitalisés et a trouvé que 41 % des patients étaient insatisfaits de leurs traitements contre 28 % des patients de médecins généralistes. Il en déduit que la satisfaction du patient résulte du contenu de la consultation menée³⁰. En gros, ses entretiens montrent un certain nombre de problèmes liés à l'inadéquation entre l'offre et la demande de soins. Dans le même sillage, FAYE et NIANG³¹ précisent, à juste titre, que les modes de communication lors des CPN influencent significativement le suivi des CPoN. Du coup, la satisfaction des femmes enceintes d'être informées par les sages-femmes sur la grossesse renforce la probabilité de recourir au service de CPoN. C'est pourquoi il apparaît important que les sages-femmes s'aménagent plus le temps pour discuter avec les femmes enceintes et répondre convenablement à leurs préoccupations. Cependant, l'étude révèle que les services d'informations et de partage de connaissance, qui requièrent une communication interpersonnelle, sont appréciés négativement.

Eu égard à tout cela, dans notre recherche, nous documentons les dispositifs institutionnels, organisationnels et les pratiques professionnelles des services de CPoN à l'hôpital Ndamatou de Touba, c'est-à-dire les déterminants du côté des professionnels de santé. En définitive, toutes ces stratégies de gestion indiquent le risque de ne pas être bien traité par la sage-femme, ce qui repose encore le problème de la qualité des soins du suivi des CPoN. Sur ce, nous allons essayer de voir comment les femmes en post-partum se représentent l'idée des CPoN et dans quel esprit elles font un recours adéquat à celles-ci. Dans la même perspective, nous tenterons de voir les pratiques culturelles intervenant en post-partum pour ainsi comprendre leur impact sur les CPoN.

II. Contexte d'étude et problématique de recherche

1. Accouchement et problématique du recours au CPoN à Ndamatou

Dans le cadre de cette étude, il est important d'expliquer l'état de la question à l'hôpital de Ndamatou pour comprendre les facteurs de non-respect des CPoN. En effet, au niveau de l'hôpital Ndamatou, au moment où le taux d'achèvement des CPN et d'accouchement est élevé, on remarque un faible taux de complétude des CPoN. Ainsi, pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile, l'hôpital de Ndamatou a mis en œuvre plusieurs stratégies et

³⁰Prédiction de l'observance : les travaux de LEY, HAYNES et *al.* 1979 et LEY, 1988.

³¹Rapport final- FAYE et NIANG, 2013, *op. cit.*,

politiques de santé afin d'amoindrir les coûts, l'accessibilité financière des populations en général et des femmes en post-partum en particulier. Parmi celles-ci, nous pouvons citer les politiques de gratuité et d'exemption du paiement direct.

De plus, une cartographie des acteurs de la gestion de la grossesse et de la petite enfance se dessine en fonction des domaines d'intervention et des actions menées. À Touba, comme par ailleurs au Sénégal, différents acteurs³² interviennent dans la gestion et la prise en charge de la grossesse et de la petite enfance au niveau communautaire. Il s'agit des groupes organisateurs de thérapie, composés essentiellement des acteurs de santé à savoir les *Bajjenu Gox*³³ et des relais communautaires. Leur objectif est d'inciter les femmes en âge de reproduction (FAR, femmes âgées de 15-49 ans) à utiliser les services de santé maternelle et infanto-juvénile avant et après accouchement afin d'éviter les complications post-accouchement. À cela, s'ajoute une gestion typiquement communautaire. Là, intervient généralement la grand-mère et la belle-mère, la mère, le mari: l'entourage familial et les tradipraticiens pour la prise en charge communautaire de la grossesse et de la petite enfance. Cependant, à travers nos entretiens exploratoires³⁴, nous avons constaté que les femmes qui commençaient leur CPoN ne les terminaient pas pour beaucoup d'entre elles.

En explorant les coulisses, les données statistiques collectées auprès des registres de consultation nous permettent de nous focaliser sur le recours aux CPoN comme angle de recherche. En effet, il s'avérerait que le recours aux CPoN est l'une des solutions pour pallier à la mortalité post-accouchement. Seulement, le constat est, qu'à Ndamatou, les femmes récemment accouchées ne viennent pas faire ou compléter leurs CPoN. Cette situation à l'interface de l'existence d'un dispositif sanitaire important et d'une forte mobilisation communautaire nous pousse à vouloir comprendre les mobiles du faible recours aux CPoN par les femmes à l'hôpital de Ndamatou.

En dépit de ces initiatives incitatives, les faits significatifs laissent voir un problème lié à la CPoN. En fait, les femmes enceintes respectent voire achèvent leurs CPN en grand nombre et viennent accoucher à l'hôpital, mais n'achève pas leur CPoN. Ce qui est paradoxal, c'est

³²Source : enquête exploratoire de terrain. À noter qu'il y a d'autres, mais dans le cadre de ce travail, ce sont plutôt ces acteurs qui nous intéressent principalement.

³³Les *Bajenu gox* sont des femmes marraines, actrices communautaires influentes recrutées sur la base de leur reconnaissance sociale parmi les femmes de la localité (village ou quartier). Elles assurent la sensibilisation et la communication au niveau communautaire.

³⁴Rapport des activités de la maternité de Ndamatou, 2019.

qu'en dépit des 6724 femmes ayant accouchées, seules 1479 ont complété leur CPoN³⁵, soit un taux de complétude de 22 %. Ce qui pose un problème sociologique du suivi des femmes en post-accouchement à Touba.

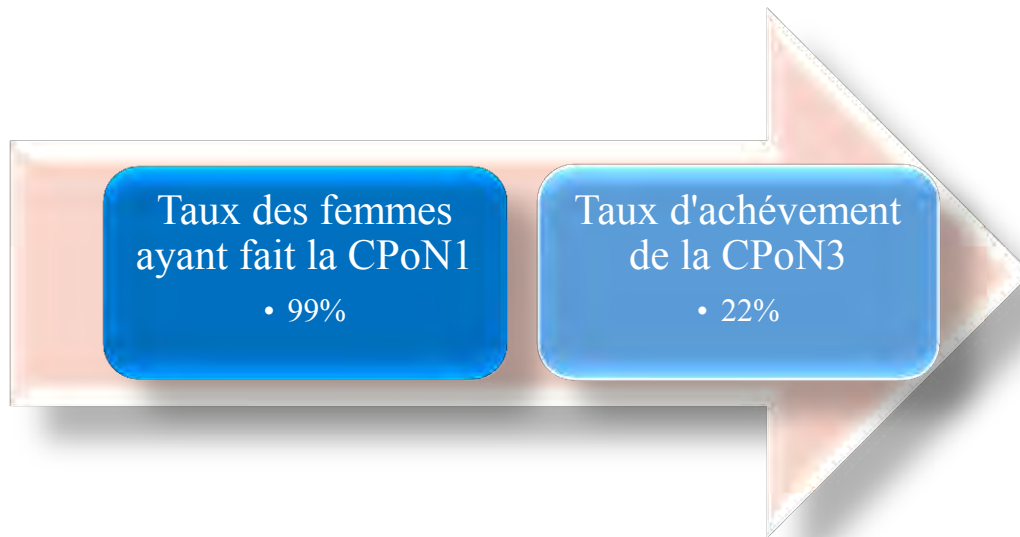


Figure 1: Taux des femmes ayant fait la CPoN1 et de la CPoN3 à Ndamatou

Source : Rapport de la maternité 2019)

Ce faisant, il est important de comprendre les facteurs qui expliquent les taux assez bas de recours à la structure de santé après l'accouchement donc de complétude en CPoN comme diraient les paramédicaux. Dès lors, il s'avère opportun de poser la question principale de savoir : pourquoi malgré les mesures incitatives et le taux élevé d'utilisation des CPN et d'accouchement, il y a une non-complétude des CPoN à l'hôpital de Ndamatou ? Les déterminants sont-ils à rechercher dans l'offre (dans sa définition et dans sa mise en pratique) ou alors dans les perceptions, représentations et pratiques des femmes autour de la CPoN ? Pour mieux approfondir cette question, il est fondamental de consacrer un thème sur la satisfaction des besoins.

2. La satisfaction des besoins, un déterminant de la complétude des CPoN ?

Très souvent, dans le domaine de la santé, un décalage s'opère entre l'offre de soins et les attentes des populations. En ce sens, les propos de Sereen THADDEUS et Deborah MAINE³⁶ sont significatifs quand ils estiment que la perception des femmes sur la qualité des soins peut être influencée par plusieurs facteurs telles que la satisfaction liée à une expérience

³⁵Rapport des activités de la maternité de Ndamatou, 2019. Il faut noter que les 6698 ont achevé au moins la CPoN1.

³⁶S.THADDEUSS, D. MAINE. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Science and Medicine*, 1994 ; 38 : 1091–1110.

antérieure, l'attitude du professionnel, la satisfaction associée aux résultats du traitement, enfin la cohérence avec les croyances locales. De ce point de vue, il semble urgent de retenir et de renseigner ces aspects dans le cadre de cette étude. Ainsi, l'analyse de l'utilisation des services de CPoN au niveau communautaire, en rapport avec les perceptions de la qualité des soins, nous semble très importante. Pour toutes ces raisons, nous posons la question suivante : quelles sont les perceptions des femmes sur le dispositif de CPoN mise en place à NDAMATOU ? Ce dispositif répond-il aux besoins des femmes en post-partum ? Le dispositif de prise en charge communautaire des femmes en post-partum apportera plus d'éléments de réponse à cette question.

3. La prise en charge communautaire des femmes, source de non-complétude des CPoN à Ndamatou ?

Les travaux sur la petite enfance, notamment de Régine SIROTA³⁷ montrent que l'enfance se construit entre les traditions, les champs linguistiques différents et un espace discursif globalisé. Elle montre, en effet, combien il est crucial de prendre en compte les conceptions culturelles des femmes. Ainsi, les entretiens exploratoires laissent apparaître l'existence d'un dispositif communautaire de prise en charge des femmes après accouchement. De ce qui précède, la question qui se pose est la suivante : quel est le lien entre l'existence du dispositif communautaire de prise en charge des femmes après accouchement et le non-recours aux CPoN à NDAMATOU ? Pour mieux répondre à cette question, un autre indicateur s'avère crucial : les relations femmes en post-partum et prestataires de soins.

4. Les rapports femmes et prestataires de soins : une source démotivation ?

L'enquête exploratoire menée à Ndamatou renseigne qu'il existe des acteurs communautaires (*Bajenu Gox* et relais) qui interviennent dans la sensibilisation et l'accompagnement des femmes enceintes en matière de santé communautaire. Leur travail consiste à inciter les femmes en âge de reproduction (FAR) à utiliser les services de santé maternelle et infantile de façon adéquate. Cependant, les femmes font remarquer que leurs rapports avec les sages-femmes lors de l'accouchement sont souvent tendus.

C'est dans cette perspective que HADDAD (1998), cité par HUBER et al.³⁸, montre dans son étude que les personnes interviewées dans les villages de la République Démocratique du

³⁷R. SIROTA, 2012, « L'enfance au regard des sciences sociales », *AnthropoChildren*², (janvier 2012)

³⁸G. HUBER, J. HOHMANN, K. REINHARD, 2003, Mutuelles de Santé : 5 Années d'Expérience en Afrique de l'Ouest, GTZ, 77 p., p. 45

Congo ont mentionnée que cette situation est liée aux relations interpersonnelles avec l'infirmier : respect, patience, courtoisie, bienveillance, honnêteté, franchise, simplicité. Les qualités techniques comme un bon diagnostic, un bon traitement, la disponibilité des médicaments et la guérison sont citées en second lieu après les relations interpersonnelles. Conformément à la vision de HADDAD, d'aucuns pensent que la qualité des soins représente son niveau de satisfaction personnelle. En effet, le patient est sensible à la qualité de l'accueil et de la relation avec le prestataire (écoute et respect), au délai d'attente pour obtenir un rendez-vous et des soins, à la qualité du cadre et l'agrément du cabinet de consultation, au caractère adéquat de l'information fournie. Sur la base de leurs expériences personnelles ou de celles de leurs connaissances et en parlant autour d'eux, les patients se forgent une opinion et sont plus ou moins satisfaits.

Prolongeant la réflexion, A. PRUAL³⁹ juge les soins dans les maternités de mauvaise qualité. En parallèle, Y. JAFFRÉ⁴⁰ estime que les individus et les populations se plaignent souvent de la qualité des soins reçus et particulièrement de l'incapacité des professionnels de santé à établir avec eux une relation de qualité. En ce sens, l'auteur veut montrer que les politiques de santé se focalisent plus sur les aspects techniques ou médicaux et discréditent les considérations populaires vers qui elles sont destinées. Ceci montre l'importance des relations entre soignants et soignées dans l'appréciation de la qualité de l'offre de soins. Dans ce contexte, nous pouvons poser la question suivante : les rapports femmes-prestataires de soins lors de l'accouchement influent-ils sur la complétude des CPoN ? À cela, s'ajoutent les représentations sociales autour de la grossesse qui semblent non négligeables.

5. Les représentations populaires autour de la grossesse

La santé de la reproduction (SR) peut être définie comme le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité⁴¹. La santé maternelle, néonatale et infantile est explorée par plusieurs chercheurs tant sur le plan international que sur le plan africain, notamment sénégalais. Dans les sociétés traditionnelles africaines, la maternité accorde à la femme une identité sociale. Cette phase est

³⁹A. PRUAL, 1999, *op.cit*

⁴⁰Y. JAFFRÉ, 2006, « Dynamiques et limites socio-anthropologiques des stratégies de prévention et de contrôle des risques infectieux dans les pays en voie de développement », in *la maîtrise des maladies infectieuses*, un défi de santé publique, une gageure médico scientifique, Paris, académie des sciences, Rapport sur la science et la technologie, n 24, pp. 101-105.

⁴¹Nations unies, 1997.

perçue comme une période prépondérante chez la femme enceinte et son entourage. En effet, elle est appréhendée comme la source de perpétuation de l'humanité. La grossesse est souvent perçue comme source de joie et de bonheur en milieu africain dans le sens où le nouveau-né est vu comme une bénédiction. En d'autres termes, la grossesse permet à la femme d'exprimer sa féminité et de montrer sa fertilité.

À ce propos, Lamine NDIAYE⁴² montre qu'avec la place importante qu'occupe un enfant dans un ménage (en particulier dans la société Wolof), les couples mariés pourraient avoir des perceptions différentes de la grossesse par rapport aux célibataires dont la grossesse peut éventuellement être mal appréciée. En effet, dans la société Wolof, la grossesse n'était acceptée que dans le cadre d'une union légitime entre deux personnes et par extension entre deux lignées. Ainsi, celles qui sont mariées avant de tomber enceintes sont moins exposées à l'exclusion sociale causée par les grossesses non désirées. À cet effet, certaines filles sont données tôt en mariage par leurs parents qui redoutent les cas de grossesse hors mariage. C'est dans ce sillage nous nous posons la question suivante : est-ce que les représentations sociales sur les grossesses varient selon la situation matrimoniale de la femme enceinte ? Ces représentations influence-t-elles sur le non-suivi des CPoN ?

Pour répondre à cette question, Lamine NDIAYE⁴³ évoque l'avortement clandestin comme une échappatoire à la *mort sociale* (pour reprendre les termes de Lévi-Strauss), source d'une grossesse non désirée. Par la même occasion, il montre dans son article que la grossesse est différemment accueillie par le groupe en fonction de la catégorie de femmes. Ainsi, une femme mariée peut « montrer » son ventre sans risque d'être exclue du corps social ; tandis qu'une femme « adultérine », « célibataire » ou dont la grossesse relève de « l'inceste » cache sa grossesse ou tente de s'en débarrasser pour éviter l'exclusion sociale. Cette exclusion peut être analysée pour reprendre les termes d'Émile DURKHEIM, comme la réponse de la société (wolof) face à l'offense contre sa *mémoire collective*, ses valeurs et ses normes.

Ainsi, dans ce travail, nous formulons un objectif principal et quatre autres secondaires conformément aux questions posées dans la problématique.

⁴²L. NDIAYE, 2015, « Corps du « oui », corps du « non » : Pour une socio-anthropologie de la grossesse en milieu wolof sénégalais, Revue de Sociologie, d'Anthropologie et de Psychologie (RSAP), n° 6, Presse Universitaire de Dakar, pp. 301-316.

⁴³L. NDIAYE, 2015, op, cit.

III. Objectifs de recherche

1. Objectif général

Analyser les facteurs explicatifs de la complétude des CPoN à l'hôpital Ndamatou chez les femmes accouchées récentes.

2. Objectifs spécifiques

- Ethnographier la maternité de Ndamatou en examinant les conditions d'accouchements et l'adéquation entre attentes (socioculturelles et qualité) des femmes et offre de soins postnatals ;
- Documenter les rapports femmes-prestataires de soins lors de l'accouchement et ses conséquences sur la fréquentation de la maternité en post accouchement ;
- Analyser le dispositif communautaire de prise en charge des femmes en post accouchement ;
- Analyser les perceptions de la prise en charge liée à la fréquentation de la maternité en post-accouchement.

IV. Hypothèses de recherche

1. Hypothèse principale

Le dispositif de prise en charge couplé aux représentations socioculturelles de la petite enfance explique le non-respect des CPoN à l'hôpital Ndamatou.

2. Hypothèses secondaires

- L'accessibilité couplée à la qualité perçue des CPoN sont des facteurs qui influencent la complétude des CPoN.
- Les rapports femmes-prestataires de soins lors de l'accouchement influent sur la fréquentation post accouchement.
- L'existence d'un dispositif communautaire de prise en charge des femmes après accouchement influe sur le non-respect des CPoN.
- Les perceptions de la prise en charge globale favorisent la faible fréquentation de la maternité après l'accouchement.

V. Définition et opérationnalisation des concepts et termes clés

1. Accessibilité des CPoN

L'accessibilité des soins renvoie à tout ce qui peut permettre à la femme d'obtenir facilement les soins obstétricaux en tout temps et en tout lieu. Ce concept renvoie généralement à deux

choses à savoir l'accessibilité financière qui se rapporte au coût en argent des soins obstétricaux pour la femme. Il y a de même l'accessibilité géographique qui se rapporte soit à la distance qui sépare le domicile de la femme enceinte à la structure de prestation des CPoN ou encore au temps que met la femme enceinte pour accéder à la structure de santé. Ce temps qui dépend entre autres des obstacles naturels et du moyen de locomotion utilisé et l'accessibilité culturelle se rapportant à l'acceptabilité des CPoN. Traditionnellement, la femme en post-partum rejoint le domicile familial pour le « Nampali ». Ce qui peut être un frein au recours des consultations postnatales. Elle se définit comme la possibilité d'accéder à un équipement ou une ressource, qui sont le plus souvent localisés dans l'espace.

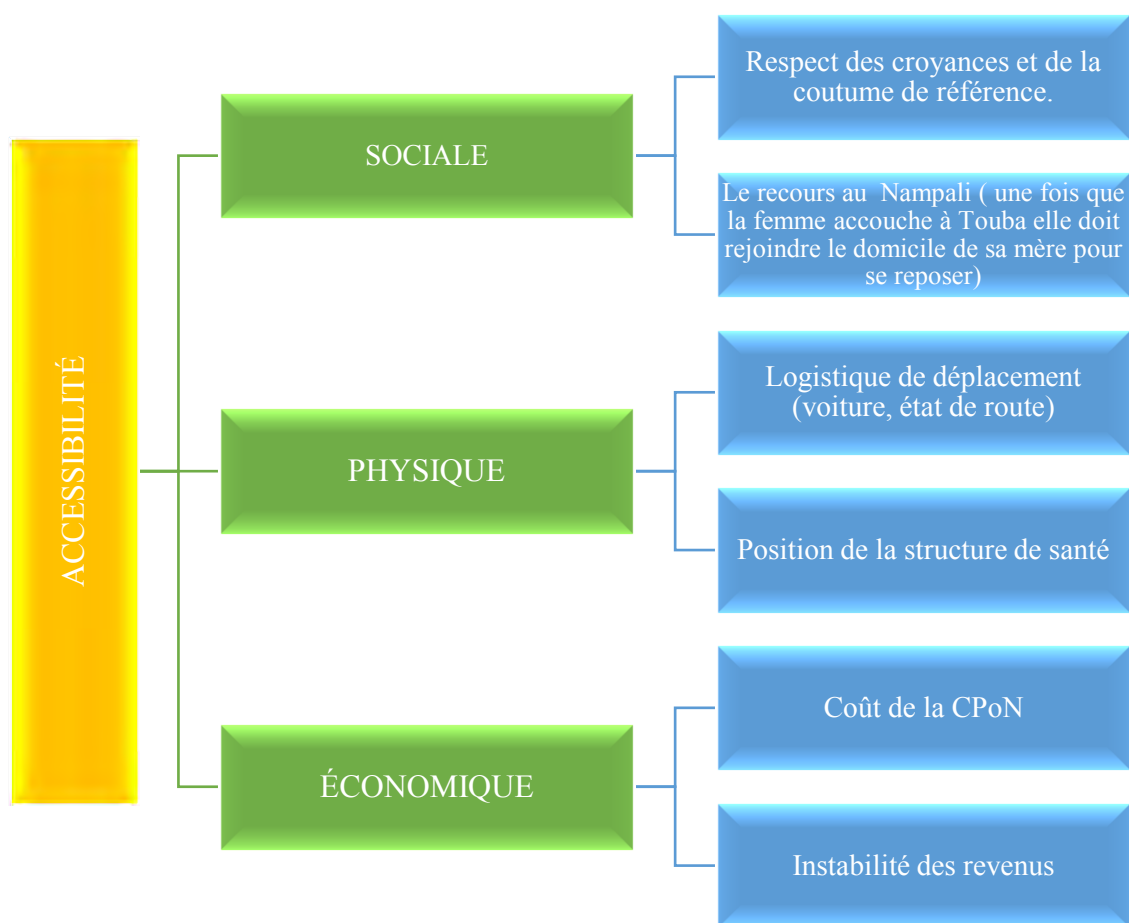


Figure 2: Concept d'accessibilité

2. Communication

Elle renvoie à la manière dont les sages-femmes communiquent l'information aux femmes enceintes lors des sensibilisations et de leurs interactions. Dans le domaine de la communication pour qu'il y ait un changement de comportement des individus, il faut : une Information, une Éducation et une Communication (IEC). L'Information est la transmission

de nouvelles connaissances et savoirs. Pour ce qui est de l'Éducation, elle vise la facilitation de l'apprentissage et aide l'individu à la prise de décisions en connaissance de cause pour un nouveau comportement à court, moyen et long terme. Quant à la Communication, elle désigne un processus bien planifié en vue d'inciter les individus à adopter de nouveaux comportements. Eu égard à tout cela, nous pensons que l'IEC est donc l'art d'inciter les personnes à l'acquisition de nouvelles informations pour un changement propice de comportement.

La communication est devenue un enjeu fondamental dans les sociétés contemporaines en particulier au sein des mondes économique et politique. Le développement de nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) en est un des aspects les plus importants. Les techniques de communication modifient dans certaines mesures les interactions entre acteurs sociaux. Une grande partie de l'activité politique et économique relève par exemple aujourd'hui de la stratégie de communication : cadrage des événements, imposition de problématique, etc.⁴⁴ Dans le cadre de notre étude, il fait référence à l'ensemble des informations des connaissances des femmes renforcées ou corrigées et aux stratégies avancées (message véhiculé lors des causeries mobilisation sociale et fréquentation des VAD). La communication selon Pierre Bourdieu se présente comme un essai programmatique visant « à suggérer de nouveaux usages, de nouvelles formes d'importation des grilles de lecture Bourdieusienne, pour enrichir la compréhension de la communication comme enjeu de société et jeu social ».⁴⁵

Parallèlement, Jean-Pierre DURAND et Victor SCARDIGLI⁴⁶ présentent l'évolution des approches sociologiques de la communication suivant trois orientations : l'information, communication et médias. Dans cette théorie, rappellent-ils, la communication peut se résumer à un schéma E-R (sujet) émetteur (sujet) Récepteur. Si on travaille sur généralement sur un schéma un peu plus complexe, la circulation d'information s'effectuant dans les deux sens et un support technique se mettant en place dans la communication à distance, l'accent est souvent mis sur les problématiques du point de vue récepteur.

⁴⁴FREDERIC LEBARON, (2009) La sociologie de A à Z, 250 mots pour comprendre, Dunod, p. 10.

⁴⁵FABIEN GRANJON, « Stéphane OLIVESI, La communication selon Bourdieu. Jeu social et enjeux de société », Communication, Vol.26/2 /2008, p. 270-275.

⁴⁶J.-P. DURAND et V. SCARDIGLI, Sociologie de la communication et des technologies de l'information, dans la Sociologie contemporaine, Vigot, 2002.

3. Qualité des CPoN

Elle renvoie à la qualité du personnel (disponibilité des médecins, de sages-femmes et d'infirmiers qualifiés), à la qualité des équipements (médicaments essentiels, salle d'accouchement équipé suivant les normes, aux produits et médicaments essentiels et aux relations interpersonnelles entre les prestataires de soins obstétricaux et les femmes enceintes. Elle peut donc être définie comme l'appréciation que les femmes enceintes se font des CPoN.

4. Qualité perçue

Elle désigne un jugement que porte le consommateur ou le patient sur un service ou un produit offert par les prestataires. En termes plus clairs, c'est la comparaison entre la performance du produit ou du service et les attentes du consommateur ou du patient. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle ce concept est quelquefois confondu à celui de la satisfaction du patient. Dans le contexte de cette étude, plus les femmes enceintes sont satisfaites, plus elles suivent correctement les CPoN et vis-versa. Cette satisfaction dépend de la facilité d'accès aux soins, de la disponibilité des prestataires de soins et du matériel, de la prise en charge des besoins des femmes et du comportement des prestataires de soins.

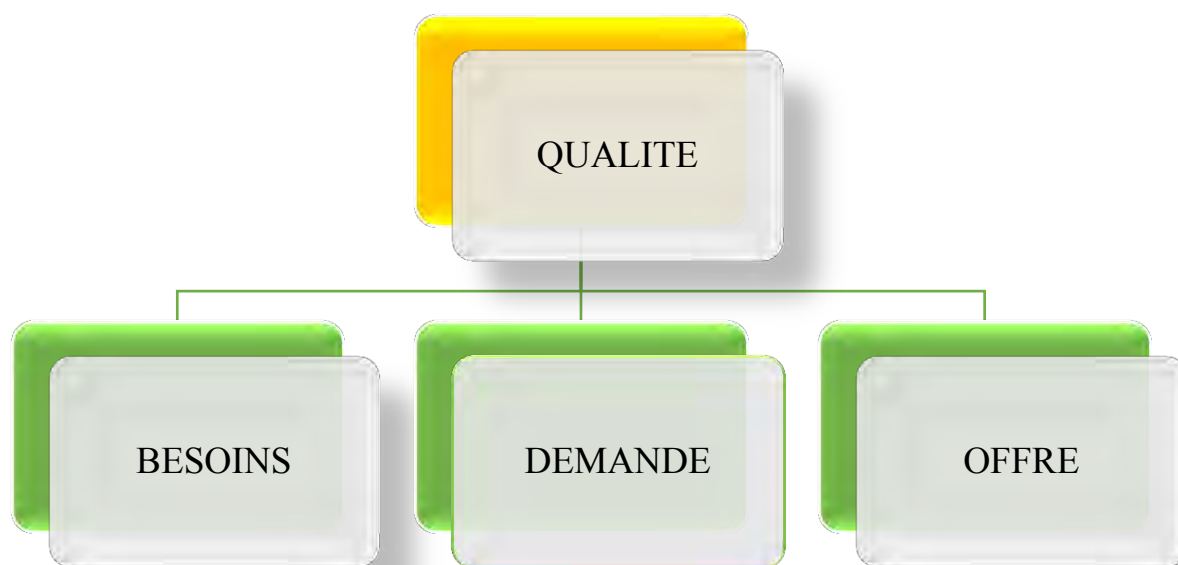


Figure 3: Dimensions de la qualité perçue

Ce schéma ci-après montre qu'on ne peut parler de qualité s'il n'y a pas d'offre de soins adéquate, de besoins exprimés sans oublier la demande. C'est dire que ces trois éléments réunis font l'idéal.

5. Représentations sociales

En tant que verbe, représenter signifie rendre présent un objet ou un sujet absent. En sociologie les représentations constituent des construits intellectuels par lesquels les acteurs se rendent intelligible le monde qui les entoure. C'est ainsi que Denise JODELET⁴⁷ estime que les représentations sociales constituent une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. De même, elles sont désignées comme le savoir du sens commun ou encore savoir naïf, naturel qui renvoient souvent à une vision subjectivée de la réalité sociale, ne serait-ce qu'à cause des valeurs et des normes de ceux qui les portent⁴⁸.

Cette forme de connaissance diffère de celles scientifiques et concerne aussi la façon dont nous, sujets sociaux, appréhendons les événements de la vie courante. En effet, cette connaissance est fondée sur nos expériences, mais aussi des informations, savoirs, modèles de pensée que nous recevons et transmettons par la tradition, l'éducation, la communication sociale, la socialisation. Partant de ce constat, les représentations sociales sont des phénomènes complexes, toujours actifs et agissants dans la vie sociale. Elles sont composées d'éléments divers qui ont longtemps été étudiés de façon isolée : attitudes, opinions, croyances, valeurs, idéologies, etc. Dans le cadre de notre recherche, les représentations sociales peuvent se définir comme un savoir partagé, commun et pouvant influencer sur le comportement des femmes en enceintes vis-à-vis du recours des services de CPoN.

6. Dispositif communautaire

Le dispositif est défini selon Foucault comme un ensemble d'hétérogène constitué de discours, d'institutions, de règles et de lois. Dans le cadre de notre étude, le dispositif communautaire renvoie à la prise en charge de l'après-grossesse au sein de la commune de Touba. Il renvoie également au dispositif organisationnel de prise en charge des femmes en post-partum.

⁴⁷D. JODELET, 1989, *Les représentations sociales*, *Sociologie d'aujourd'hui*, Presse Universitaire de France, 188 p.

⁴⁸S. PAUGAM (dir.), 2010, *Les 100 mots de la sociologie*, Paris, PUF, p. 92.



Figure 4: Le concept de dispositif communautaire

Le schéma ci-dessus montre les indicateurs de non-complétude des CPoN en rapport au dispositif communautaire. D'emblée l'existence d'un dispositif communautaire avec un certain type d'offre de soin répondant aux attentes des femmes en post-partum avec une bonne expérience de prise en charge permet aux femmes de ne pas achever leur CPoN. De même, la qualité de perception des soins a une influence sur le suivi ou pas la femme en post-partum (avec un bon accueil, et une bonne prise en charge). La nature de la communication n'est pas en reste. En effet, la légitimité des acteurs sur leur formation et leur façon de communiquer favorise aussi le suivi ou pas des CPoN. Un autre indicateur important du suivi des soins de façon général et des CPoN en particulier, est l'accessibilité culturelle. Ainsi, le respect des croyances et des coutumes de référence des femmes est important pour le suivi des femmes en post-partum.

VI. Cadre théorique de référence : l'interactionnisme symbolique

L'élaboration d'un cadre théorique de référence est fondamentale en sociologie, car il oriente la recherche, la collecte et l'analyse des données recueillies lors de l'enquête de terrain. C'est donc une grille de lecture qui permet au chercheur de circonscrire son thème d'étude dans un ou deux ensembles sur lesquels il peut s'appuyer pour comprendre les phénomènes sociaux auxquels il s'intéresse. Ainsi, dans cette étude traitant sur la non-complétude des CPoN, nous allons nous référer à l'interactionnisme symbolique. Celle-ci, comme perspective d'analyse,

sera présentée dans chaque aspect de l'investigation, considérant que « la compréhension des situations vécues ne peut se faire sans connaître ce que les personnes comprennent entre elles-mêmes de leur vécu⁴⁹ ». Ce paradigme nous mène à porter une vision particulière sur le phénomène de la complétude des CPoN, qui ne saurait exister sans interactions entre les femmes et les prestataires de soins sans oublier la communauté qui s'influence mutuellement et continuellement. En ce sens, Joel M. CHARON⁵⁰ estime que les décisions qui sont prises par un individu et les actes qui en découlent dépendent, non seulement des interactions qu'il a avec les autres, mais aussi de sa perception de ces interactions, modifiées continuellement selon le contexte.

Pour les interactionnistes, cette notion de perception est essentielle : ce que nous faisons ne provient pas de la réalité telle qu'elle est, mais plutôt de comment nous la définissons. Puisque chaque femme en post-partum vit sa situation de manière différente et selon sa culture d'appartenance. Ce qui importe dans la présente recherche sera donc la situation, ou perception, que les femmes accordent aux CPoN. Ainsi, pour une meilleure compréhension du sujet, de nous référer spécifiquement à l'interactionnisme symbolique d'Herbert BLUMER.

VII. Modèle d'analyse : l'interactionnisme symbolique d'Herbert BLUMER

Nous avons choisi l'interactionnisme symbolique d'Herbert BLUMER comme cadre conceptuel et de référence pour ce travail de recherche parce que les présupposés de cette conception psychosociologique du comportement humain coïncident aux spécifications conceptuelles inhérentes à la problématique inspirée liée à la présente recherche ; qui repose sur la non-complétude des consultations postnatales et les interactions sociales qui les accompagnent. Par exemple, la théorie interactionniste considère la communication sociale comme un moyen central qui permet de construire et de reconstruire progressivement l'identité. Ainsi, selon cette approche, la manière d'agir se produit et se reproduit à la fois dans notre rapport à l'autre, mais aussi avec la société.

Également, cette conception de l'interaction sociale présuppose que le comportement social de l'individu, loin d'être marqué uniquement par la culture, les institutions et les structures sociales de son milieu, procède plutôt des interactions dans lesquelles l'individu se trouve engagé et qui orientent largement son attitude, sa motivation, son adaptation ou ses réactions.

⁴⁹ J. M. CHARON, 2003, *Symbolic Interactionism* : An introduction, An interprétation, An intégration, pp. 22-43.

⁵⁰ J. M. CHARON, 2003, *op. cit.*,

De ce point de vue, le regard, l'action, l'attitude et la réaction de l'autre sont des facteurs considérables qui sous-tendent la conduite sociale de l'acteur. Dans le même sillage, Erving GOFFMAN⁵¹ montre que les actions obéissent à des normes et des règles régies par la société. Il explique ainsi que les actions ne découlent pas d'une motivation individuelle plus explicitement dans le cadre de notre étude, la gestion de la grossesse et de la petite enfance répond à des normes préétablies et des mécanismes de régulation. Eu égard à tout ce qui précède, nous jugeons opportun de recourir à ce modèle d'analyse pour appréhender la problématique susmentionnée plus haut.

⁵¹C. BONNICO, 2007, « Goffman et l'ordre de l'interaction : un exemple de sociologie compréhensive », *Philonsorbonne*, n1, pp.31-48.

CHAPITRE II : CADRE MÉTHODOLOGIQUE

L'élaboration d'un cadre méthodologique est essentielle dans une recherche scientifique. Il s'agit d'énoncer et de décrire la méthode et les techniques utilisées tant pour la collecte des informations que pour leur analyse.

I. Recherche documentaire et enquête exploratoire

Cette activité essentielle dans tout travail de recherche nous a permis, à travers une exploration de littérature portant sur notre thème, d'avoir un support solide pour « bétonner » notre problématique de recherche. Ce travail s'appuie sur les expériences empiriques et des études théoriques produites par les prédécesseurs. Ces « savoirs » antérieurs nous donnent l'occasion non pas de traiter le thème en utilisant les mêmes approches, mais de l'aborder dans une perspective nouvelle permettant de déconstruire les interprétations dépassées et d'inscrire la recherche dans un continuum.

Après l'élaboration de la question de départ, pour arriver à saisir les dimensions de la recherche, nous avons fait le tour des bibliothèques et des centres de documentation (BU, ENTSS, ENDA TIERS-MONDE, ENDSS, CODESRIA, BIBLIOTHÈQUE DU DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE ET SUR INTERNET). De même, nous avons consulté des ouvrages, des articles scientifiques, etc. Nous avons réalisé en plus de la recherche documentaire des entretiens exploratoires auprès des personnes ressources. C'est-à-dire les femmes qui ont accouché à l'hôpital Ndamatou et qui ont achevé la première CPoN. Cette phase est prépondérante, car elle nous a permis d'approfondir les informations de la recherche documentaire. En définitive, ces centres de documentation, les recherches sur internet ainsi que les personnes ressources nous ont permis de mener à bien notre étude.

II. Présentation de la région de Diourbel

L'hôpital NDAMATOU se trouve dans la région de Diourbel, plus précisément dans la commune de MBACKE comme l'indique l'image ci-dessous.

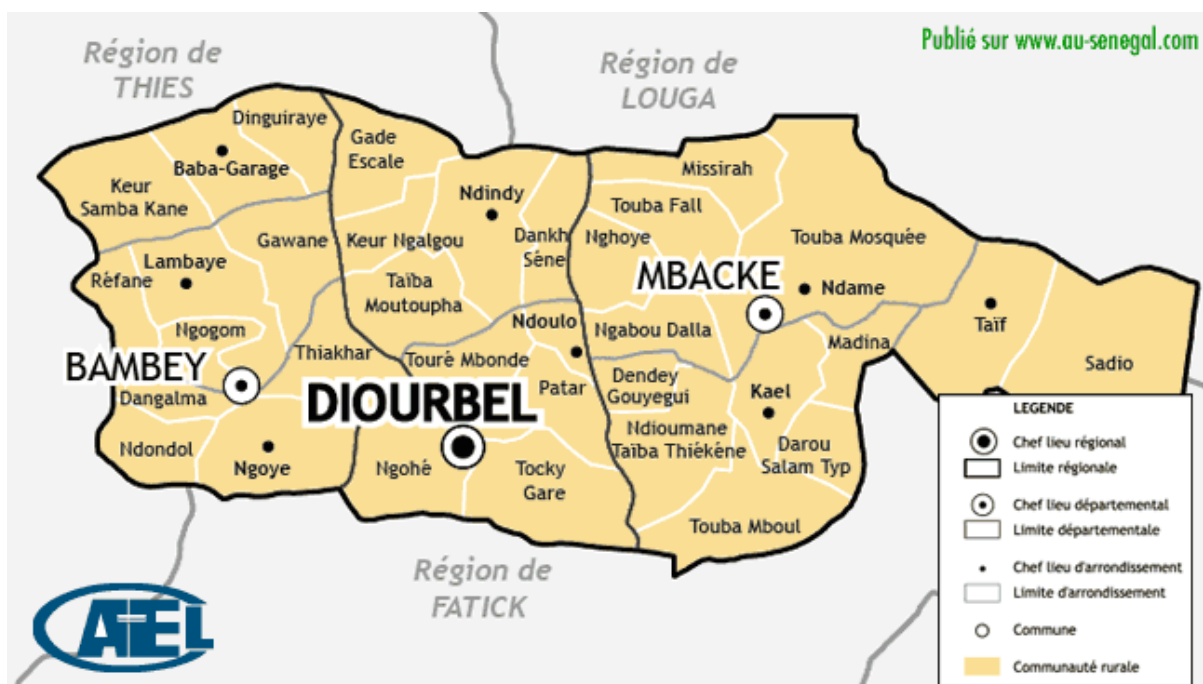


Figure 5: Carte administrative de la région de Diourbel

Source : www.auSenegal.com. Consulté le 29 novembre 2020.

III. Délimitation du cadre d'étude : description de l'hôpital Ndamatou

1. Situation historique

L'établissement public de santé Touba Ndamatou est situé dans la ville de Touba, l'une des plus grandes villes du Sénégal par sa démographie, et de son activité économique surtout tertiaire. Elle a été fondée en 1887 par Cheikh Ahmadou Bamba. La ville fait partie du département de Mbacké, une subdivision de la région de Diourbel. Elle a un statut particulier que lui confère son titre foncier acquis avant les indépendances, ainsi que son organisation hiérarchisée basée sur le Ndigeul du Khalif Général des Mourides. Le Centre de Santé a été construit entre 1982 et 1984 par l'État du Sénégal. C'est en 1985 qu'il a commencé à fonctionner à l'occasion du Magal de Touba. À l'époque, il était la seule structure publique importante qui recevait tous les malades de Touba et des environnants et couvrait une population de 300 000 habitants. Le Centre de Santé a été érigé en District sanitaire le 9 septembre 1990 par Arrêté numéro 32/GRD/AA. Compte tenu de ses performances et d'une démographie exponentielle, il a été érigé en Établissement Public de Santé Hospitalier (EPSH) de Niveau 1 en 2010 par décret n° 2010 – 774 du 15 juin 2010.

2. Situation géographique

La région de Diourbel où se situe la ville de Touba s'étend sur 4 769 km² soit 2,4 % du territoire national. Elle se positionne entre 14 ° 30 et 15 ° de latitude nord et entre 15 ° et 16 ° de longitude ouest. Elle est distante de Dakar de 150 km à l'Est et couvre une population de 1 641 350 habitants avec une densité de 243 habitants par Km² et un indice de fécondité de 5,5. Le Taux d'accroissement est de 3,9 % par an.

La région de Diourbel est limitée par :

- La région de Thiès au Nord, à l'Ouest et au Sud
- La région de Fatick à l'Est et au Sud
- La région de Louga à l'Est et au Nord

Le relief est généralement plat et faiblement accidenté avec l'existence de vallées et de bas-fonds. La région ne dispose pas de cours d'eau pérennes ni de façade maritime encore moins de forêts classées.

Le climat est de type soudano-sahélien à prédominance sahélienne. Les températures sont élevées et varient entre 24 ° et 35 ° en moyenne. La région est comprise entre les isohyètes 400 et 500 mm. Elle se caractérise par 3 types de sols :

- Les sols ferrugineux tropicaux non ou peu lessives appelés « Dior » soit 70 % des sols
- Les sols bruns hydromorphes ou « Deck » soit 15 %
- Les sols ferrugineux tropicaux rouges ou lithosols appelés « Deck-Dior » soit 15 %

La région appartient au bassin sédimentaire du secondaire et du tertiaire ; elle recèle 3 principales nappes souterraines:

- le lutétien capté entre 20 et 95 m (Lambaye)
- le paléocène capté entre 104 et 280 m (Ngoye)
- le Maestrichtien capté entre 240 et 394 m sur toute la totalité de la région

La commune de Touba qui abrite l'EPSH Touba Ndamatou est distante de Dakar de 194 km et couvre une superficie de près de 12 000 hectares. Elle est limitée au Nord par Darou Mouhty et Missirah, au Sud par le département de Gossas, à l'Est par le département de Linguère et à l'Ouest par les communes de Touba Fall et de Kaél. Entre les données de 1988 et celles d'aujourd'hui, il y'a eu une évolution considérable, car depuis lors des milliers de parcelles ont été loties et attribuées gratuitement aux populations venant de villages environnants ou d'autres villes du Sénégal. La saison des pluies s'étend de juin-juillet à septembre-octobre avec d'importantes pluies au mois d'août. La durée moyenne de la saison est de 75-85 jours et la pluviométrie est très variable d'une année à l'autre et tournerait aux

alentours de 500 mm d'eau selon le service départemental de l'agriculture de MBacké. La végétation est de type sahélien, composé d'arbustes, d'épineux et il n'existe pas de forêts.

3. Situation démographique

La population de Touba est estimée à 854 667 habitants (selon les données de la Région médicale de 2016). On constate un accroissement exponentiel de la population du fait de la migration favorisée par le caractère religieux de la ville qui est une ville sainte et la gratuité des parcelles. Ce qui explique le déplacement de villages entiers vers Touba. Les pèlerinages annuels (magals) et les «ziarras» hebdomadaires des «dahiras» font que Touba voit sa population fluctuer durant toute l'année. Lors des journées nationales de vaccination en 2010, le district a fait une extrapolation à partir des enfants 0 – 5 ans vaccinés ce qui a donné une population de 1 060 000 habitants, chiffre qui semble être plus proche de la réalité. La comparaison de ces deux chiffres interpelle tout un chacun pour un recensement exhaustif de la population de Touba. La population est composée de 96 % de wolofs, 3,3 % de Maures ; les autres ethnies représentent 0,7 %. Les populations résidentes sont très mobiles aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays. Les mouvements de population vers Touba sont d'une telle ampleur qu'il existe une zone semi-rurale constituée par les nouvelles habitations à côté de la zone urbaine.

C'est dans ces localités que les problèmes sont les plus aigus (eau, électricité, infrastructures sanitaires). Mais il existe un système de solidarité à travers les organisations qui sont à l'intérieur et à l'extérieur de la ville. Il s'agit des dahiras, des groupements féminins, etc. Ces organisations communautaires de base et la hiérarchisation au sein de la population de la ville constituent des facteurs favorables à la mutualisation pour un accès aux soins de toute la population. Il existe 2 écoles françaises publiques, 12 collèges franco-arabes privés et 264 écoles élémentaires franco-arabes privées. Au niveau de ces écoles les garçons représentent 32 % de l'effectif et les filles 68 %. Il existe également à travers la ville de Touba des milliers d'écoles coraniques appelées *daara* où les enfants sont initiés au coran et à la pratique de l'islam. Les enfants qui sont dans ces *daara* sont entièrement pris en charge par les autorités religieuses qui prennent cette activité très au sérieux, car étant l'une des principales recommandations du fondateur de la confrérie.

L'existence de ces nombreux *daara* (plus de 1600) et les populations démunies des quartiers périphériques justifient le nombre important de cas sociaux (1850 cas pris en charge en 2015) qui constituent un lourd fardeau pour la structure. Le déséquilibre du ratio nombre structures

hospitalières / populations (2 hôpitaux pour 854.667 habitants) explique la sur-fréquentation de l'hôpital qui a un besoin croissant en ressources.

IV. Population cible

1. Cible principale

Cette étude cible principalement les femmes ayant complété les CPN, qui ont accouché à l'hôpital Ndamatou, qui ont fait au moins la première consultation postnatale mais qui ne l'ont pas complété.

2. Cibles secondaires

- Les prestataires de soins (médecins, sages-femmes et responsable de la SR).
- La communauté (les « *Bajenu gox* », les belles-mères, les maris, les grands-mères, les tradipraticiens, les femmes ayant achevé leur CPoN).

Sur la base du principe de diversification et de triangulation, nous allons interroger différentes catégories d'acteurs, pour ne pas être « prisonnier d'une seule source⁵² ». Ce qui fait que nous avons eu trois types de cibles : primaires (les femmes n'ayant pas complété les CPoN), secondaires (les prestataires de soins) et tertiaires (la communauté).

V. Méthode et techniques d'échantillonnage

L'échantillonnage est une opération qui vise à constituer un corpus empirique d'une recherche (Poupart et al, 1997). Elle doit de ce point de vue répondre aux critères de diversification puisque nous sommes dans le cadre de la recherche qualitative et que le souci de triangulation est un principe majeur dans la recherche. Les femmes n'ayant pas achevé leur CPoN sont les cibles directement concernées de la recherche ; donc c'est au sein de cette catégorie que nous allons sélectionner la majeure partie des personnes devant constituer l'échantillon à enquêter. Ainsi, nous utilisons l'échantillonnage non probabiliste, raisonné, car nous ne disposons pas de base de sondage. Nous avons donc utilisé plus précisément, la technique d'échantillonnage par quotas nous permettant d'avoir au sein de la population mère, des acteurs différenciés et bien imprégner notre problématique. Ce type d'échantillonnage nous permet de prendre dans chaque groupe cible des personnes à interroger en essayant autant que possible de diversifier leur profil. Les cibles retenues répondent à des critères d'inclusion et d'exclusion suivant les informations recherchées dans les catégories cibles. Ces critères justifient nos choix et garantissent la qualité des informations collectées.

⁵²J.P. OLIVIER DE SARDAN, 2008, *La rigueur du qualitatif, les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, LOUVAIN-LA-NEUVE, Bruylant-Academicas.a., p. 80.

1. Critères d'inclusion

Sont inclus toutes les femmes ayant accouché à l'hôpital de Ndamatou, qui ont suivi les consultations prénatale à la lettre qui ont effectué au moins la première CPoN mais ne l'ont pas complété. Cette catégorie nous concerne suite à notre volonté de nous intéresser à la question du souvenir des expériences antérieures. De même, les personnes résidant dans les différentes localités au moment de l'enquête et faisant parti des cibles retenues.

2. Critère d'exclusion

Les personnes incluent dans l'échantillon dont l'inaptitude a été constatée et celles refusant de participer ont été exclues de l'étude.

VI. Choix de la méthode

La méthode est selon François DEPELTEAU⁵³, « *une mise en forme particulière pour être mieux adaptée aux phénomènes ou domaines étudiés* ». À travers cette définition, F. DEPELTEAU met en exergue le caractère indispensable dans la compréhension des phénomènes étudiés. Ceci dit, dans l'entreprise d'un travail scientifique digne de ce nom, le choix d'une méthode appropriée est inévitable. Souvent définie comme le chemin par lequel passe tout chercheur afin de cerner son objet d'étude, la méthode permet de recueillir, de vérifier et de contrôler les données sur le terrain. Ainsi, sachant que le choix de la méthode et des outils de collecte dépend de l'objet d'étude, et que cette étude vise à comprendre et à appréhender les rationalités des femmes sur leur non-complétude des CPoN, nous ferons usage exclusivement à la méthode qualitative. À ce propos, la représentativité de celle-ci se fait au niveau du choix des enquêtés qui est un choix raisonné, s'assurant que toutes les catégories cibles sont interrogées, tout en mettant l'accent sur les rationalités, les motivations qui président tels ou tels comportements. Dans cet état de fait, il est judicieux de montrer les outils et techniques qui semblent adéquats dans cette recherche.

VII. Choix des outils et techniques de collecte de données

Les outils et techniques qui semblent adéquats et que nous utiliserons pour ce travail sont : l'entretien libre (exploratoire), l'entretien semi-directif, le *focus group* et l'observation directe.

1. Entretien libre (exploratoire)

L'enquête exploratoire a été menée durant une très longue période. En effet, lors de la première descente sur le terrain pour les besoins d'enquête, nous avons occulté des aspects

⁵³F. DEPELTEAU, 2000, *La démarche d'une recherche en sciences humaines de la question. De départ à la communication des résultats*, Québec, Les presses de l'Université Laval, p. 246.

biographiques ainsi que des aspects extérieurs aux individus nous permettant de mieux saisir le phénomène dans sa dimension holistique. Celle-ci nous a permis de savoir qu'il s'agit d'une non-complétude des CPoN dans la structure de Ndamatou malgré l'accessibilité financière et la communication des acteurs communautaires en matière de santé communautaire et des stratégies avancées.

2. Entretien semi-structuré

Dans cette présente étude, nous nous proposons d'utiliser l'entretien semi-directif afin d'analyser les rationalités qui structurent l'utilisation des CPoN, l'organisation des services de santé et les pratiques professionnelles des prestataires de soins en relation avec la CPoN. Nous allons faire des entretiens avec les femmes ayant achevé les CPN, accouchées dans l'hôpital Ndamatou, qui ont au moins fait la première CPoN mais qui ne l'ont pas complété, les maris, les belles-mères, les grands-mères, les tradipraticiens et enfin le personnel médical et paramédical. Ce qui permet de documenter le mode d'organisation et de l'offre de services de CPoN au niveau de l'hôpital Ndamatou. La méthode de « saturation de l'information » déterminera le nombre de personnes à enquêter (OLIVIER DE SARDAN, *La politique de terrain*, 1995). Lors de l'administration de celui-ci, nous avons au préalable mémorisé les questions, ceci dans le but de faciliter non seulement la discussion, les relances, mais aussi pour permettre à nos interlocuteurs d'avoir confiance en nous.

3. Focus group

Dans le cadre de cette étude, il est aussi intéressant de faire appel au *focus group*. Celui-ci suscite une discussion ouverte et contradictoire permettant de vérifier des informations des entretiens individuels. Aussi, nous aidera-t-il à comprendre les effets perçus des femmes ayant accouché dans la structure de santé en les amenant à s'exprimer librement sur leurs expériences vécues. À noter que les *focus groups* sont prévus exclusivement pour les femmes qui ont complété les CPN, accouché dans la maternité de Ndamatou, mais n'ayant pas complété leurs CPoN.

4. Observation directe

L'observation directe nous a permis, depuis le début de la recherche, de nous orienter et de mieux peaufiner notre problématique. C'est grâce à elle que nous avons pu recueillir certaines données sur les comportements des acteurs et triangulées avec les discours que nous avons à travers des entretiens semi-directifs et des *focus group*. La grille d'observation sera libellée autour de trois grands axes : le dispositif organisationnel (intrants disponibles en CPoN, lieu

de consultation), le déroulement des interventions (sensibilisation des relais et « *Bajenugox* »), rapport aux interventions (acceptabilité, refus de la CPoN).

VIII. Techniques d'analyse de données

À la fin de notre étude, les données qualitatives produites ont été transcrites du wolof en français et saisies. Ensuite, nous avons établi un système de codification aux différents documents produits. En outre, ce système de codification nous a permis de faire ressortir les divergences et les convergences entre différentes notes issues de l'observation ou des entretiens ou encore des *focus group*. En définitive, sur la base de ces codes, l'analyse de contenu nous a permis d'aborder les différentes thématiques de compréhension du non suivi des CPoN.

IX. Négociation de la collecte de terrain : un bricolage continu

1. Histoire de la recherche

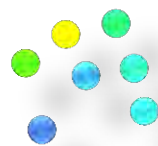
Cette étude a commencé depuis 2018 dans le cadre du projet WASH AND CLEAN piloté par Dr Tidiane NDOYE. Ce projet avait pour mission d'évaluer le niveau d'hygiène dans les maternités de Diourbel. Nous avons participé à l'étude pour la réalisation des enquêtes exploratoires. Cela a facilité notre immersion au niveau de la maternité de Ndamatou. La collecte de données en tant que telle s'est déroulée du 21 août au 30 septembre 2020. Ainsi, pour éviter l'« encliquage » nous avons adopté une posture réflexive en rejoignant les accouchées à domicile. Les enquêtes menées au niveau de la communauté nous ont permis de saisir les expériences des femmes au sein de la maternité. Les entretiens avec les prestataires de soins et les acteurs communautaires nous ont permis de comprendre les politiques et stratégies mises en place en post-partum. Nous avons utilisé exclusivement la méthode qualitative pour comprendre le non-recours au soin en post-partum. Comme dans chaque recherche, nous étions confrontés à des difficultés administratives et d'intégration.

1.1. Difficultés administratives

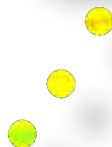
Nous avons été confrontés à quelques difficultés administratives. En effet, pour joindre les accouchées récentes nous avons consultés les registres de la maternité. Cependant, pour la majeure partie des femmes ayant effectué la première CPoN, les numéros n'ont pas été renseignés dans le registre. Ce faisant, nous avons eu quelques difficultés pour les joindre. Pour pallier à cette situation, nous avons vérifié les registres des CPN pour vérifier les numéros de téléphone des femmes.

1.2. Difficultés d'intégration

Les difficultés d'intégration sont énormes. Elles se sont fait ressentir surtout au niveau de l'approche de nos cibles qui été très réticentes au début. Cette reticence est non seulement due à la sensibilité de la grossesse mais également liée au contexte de COVID-19. À l'entame des interactions, les interviewés nous confondaient au personnel médical. Pour résoudre cette confusion nous avons expliqué notre différence vis-à-vis des médecins pour installer un climat de confiance avec nos interlocuteurs. Par contre, les accouchées récentes n'avaient pas trop de temps avec le nouveau-né dont elles devaient s'occuper. De ce fait, nous avons pris en compte cette aspect pour parler rapidement des thématiques essentielles et prendre rendez-vous au besoin.



DEUXIÈME PARTIE



LES FEMMES À TOUBA : ENTRE QUÊTE DE SOINS ET LOGIQUES SOCIALES

La deuxième partie du travail est intitulée les femmes à Touba : entre quête des soins et logiques sociales. En effet, elle aborde l'analyse des résultats de terrain et est constituée de trois chapitres. Dans le premier chapitre, il est question de présenter les caractéristiques sociodémographiques des cibles et la maternité de Ndamatou. Il permet aussi d'expliquer comment l'expérience à la maternité constitue un obstacle pour le suivi en post-partum. Le second chapitre aborde la prise en charge communautaire de la grossesse et de l'après grossesse. Le troisième chapitre se consacre à l'analyse des perceptions et de l'accessibilité de la prise en charge.

CHAPITRE I : PRÉSENTATION DES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET DE LA MATERNITÉ DE NDAMATOU

Ce chapitre est consacré à la présentation des caractéristiques sociodémographiques des cibles touchées et de la maternité. Ainsi, les résultats seront présentés en tenant compte de la tranche d'âge des enquêtés, de leurs ethnies, du niveau d'instruction et de leurs expériences de maternité. De même, il s'agit de faire une ethnographie de la maternité de Ndamatou. Cette description est d'une importance capitale en ce sens qu'elle permet de montrer la manière dont le dispositif d'accueil de la maternité peut influencer le non-recours aux soins en post-partum. Il est aussi question de saisir les expériences des femmes au sein la maternité pour comprendre leurs impacts sur le suivi post accouchement.

I. Présentation des caractéristiques sociodémographiques des catégories cibles

L'analyse des données est une étape essentielle dans une recherche en sciences sociales. Elle exige quelques préalables, notamment la collecte des données permettant la compréhension des déterminants du non recours aux soins. Ainsi, la gestion de la grossesse et de la petite enfance interpelle aussi bien les acteurs communautaires que les personnels de santé.



Figure 6: Nuage de mots mettant en exergue l'hétérogénéité des discours des enquêtés

Ce nuage de mots a été obtenu à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo 12. Une requête de fréquence de mots des différents entretiens permet de voir que les CPoN au-delà des logiques de santé publiques, interpellent les perceptions sociales de la grossesse. Ainsi, pour une meilleure compréhension de notre sujet, la présentation des résultats par cibles est cruciale. Même si nous avons recours exclusivement à la méthode qualitative, cette forme de présentation dans les tableaux permet de mieux faire voir la répartition des enquêtés sans avoir l'ambition du quantitatif. Notre travail a une visée surtout qualitative, compréhensive.

1. Répartition des cibles touchées par catégories

Dans le cadre de cette recherche, six (6) catégories d'acteurs ont été rencontrées. Il s'agit des prestataires de soins, des accouchées récentes, des belles mères, des tradipraticiens, des bajenu gox et des maris. Cette rencontre avec ces différentes cibles ont permis de saisir le rôle et l'implication de ces derniers dans la prise en charge de l'avant et l'après grossesse. Ces différentes cibles sont présentées dans le tableau ci-dessus.

Tableau 1 : Répartition des cibles par catégories

Catégories d'acteurs	Entretiens réalisés
Prestataires de soins	10
Accouchées récentes	20
Belles mères	10
Tradipraticiens	5
Bajenu gox	5
Maris	4
Total	54

Ce tableau montre le nombre d'entretiens réalisés selon les différentes cibles de l'étude. À y voir de plus près, nous constatons que (dix) 10 enquêtés ont été touchés pour les cibles prestataires de soin et belles mères. Pour les cibles tradipraticiens et les bajenus gox (cinq) 5 ont été effectués. Ce qui nous a permis de recueillir leurs implications dans la gestion de la grossesse et de la petite enfance. Concernant la catégorie d'accouchées récentes, (vingt) 20 entretiens ont été réalisés. En ce qui concerne les maris, (quatre) 4 d'entre eux ont été interviewés.

2. Répartition des enquêtés en fonction de l'âge

Les données ont été classées en tenant compte de l'âge des différentes cibles touchées. L'âge des enquêtés est un indicateur important pour comprendre le suivi des CPoN dans la

commune de Touba. Son importance repose sur le fait qu'il renseigne sur la perception des femmes sur les pratiques culturelles. Ceci étant, plus l'âge de la femme est avancé et plus le recours aux pratiques culturelles est fortement recommandé et vice versa. Le tableau suivant fait un aperçu des données suivant l'âge des enquêtés.

Tableau 2 : Répartition des enquêtés suivant l'âge

Tranche d'âge	Entretiens réalisés
(10-20)	10
(20-25)	12
(25-30)	10
(30-35)	8
(40-45)	12
(50-55)	12
Total	54

Le tableau ci-après présente les données des enquêtés de 15 à 55 ans. À la lumière de cette figure, force est de remarquer que (dix) 10 enquêtés ont été touchés, lors de l'étude dans les tranches d'âge de 15-20 et 25-30 ans. Concernant les tranches d'âge allant de 20-25 ans ; de 40-45 ans et 50-55 ans, nous avons un effectif de (douze) 12 entretiens. Dans la tranche d'âge de 30-35 ans, on enregistre (huit) 8 entretiens réalisés. Ceci étant, plus l'âge de la femme est avancée et plus les pratiques culturelles sont fortement recommandées et vice versa. Cela montre en effet, que les représentations du suivi des CpoN varient selon l'âge.

3. Répartition des enquêtés en fonction de l'ethnie

Les résultats obtenus ont été répartis en fonction de l'ethnie d'appartenance. Cette répartition est une donnée non négligeable pour comprendre le non recours aux logiques de santé publiques en post-partum. En effet, elle permet de comprendre que les pratiques culturelles édictées avant et après grossesse diffèrent d'une ethnie à une autre. Ainsi, chaque ethnie a ses méthodes et pratiques de gestion de la grossesse et de la petite enfance. Par exemple, chez les Peulhs, une eau plus connue sous le nom « Nandal » est utilisée pour la boisson à la fois de la mère et du nouveau-né. Cette eau est censée protéger le couple mère-nouveau-né contre les esprits maléfiques. Le tableau ci-dessus montre les données recueillies suivant l'ethnie d'appartenance.

Tableau 3 : Répartition des enquêtés en fonctions des ethnies

Ethnies interrogées	Entretiens réalisés
Wolofs	38
Sérères	12
Peulhs	4
Total	54

Ce tableau illustre les résultats des enquêtés en tenant compte des ethnies d'appartenance. À cet effet, elle montre que (dix) 38 enquêtés appartiennent à l'ethnie wolof. Concernant l'ethnie sérère, (douze) 12 ont été effectués dans la commune de Touba. Quant à l'ethnie peulh, nous nous retrouvons avec (quatre) 4 entretiens effectués. Ce faisant, retenons que les rationalités sociales de l'avant et d'après grossesse varient d'une ethnie à une autre.

4. Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction

Dans la commune de Touba, le niveau d'instruction influe sur le recours ou non des logiques de santé publiques en post-partum. À ce propos, il constitue une donnée phare pour comprendre le suivi des femmes après accouchement. Son importance repose sur le fait qu'elle montre que plus la personne est instruite, plus elle s'abstient de la gestion sociale de la grossesse et vice versa. Le tableau suivant, montre les résultats des entretiens en précisant le niveau d'instruction des cibles.

Tableau 4 : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction des enquêtés	Entretiens réalisés
Non instruit	28
Niveau secondaire	15
Niveau supérieur	11
Total	54

Ce tableau ci-dessus présente le niveau d'instruction des cibles de l'étude en tenant compte de ceux non instruits, ceux du niveau secondaire et ceux du niveau supérieur. La lecture de ce tableau permet de voir que (vingt-huit) 28 entretiens ont été réalisés avec des cibles non instruites. Par rapport à la catégorie du niveau secondaire, nous avons enregistré (quinze) 15

entretiens. En ce qui concerne la cible du niveau supérieur, (onze) 11 ont été touchés dans la commune de Touba. Ceci révèle que le niveau d’instruction impacte significativement le recours des soins en post-partum à Ndamatou.

5. Répartition des enquêtés en fonction de l’expérience de maternité

Les informations recueillies de cette étude, ont été présentées en insistant sur les expériences de maternité des femmes. La répartition des enquêtés en fonction de l’expérience est un déterminant de taille dans le processus de compréhension du non suivi des CPoN. Elle permet de comprendre comment le nombre d’enfant peut influencer sur le recours aux dispositifs communautaire de prise en charge de l’avant et l’après grossesse en insistant sur les rationalités qui les sous-tendent. En effet, comme susmentionné, les « nouvelles mamans » accordent peu d’importance à la prise en charge communautaire de la grossesse et de l’après grossesse. Le tableau suivant donne un aperçu de ce qui précède.

Tableau 5 : cartographie des cibles en fonction des expériences de maternité

Expériences de maternité des enquêtés	Entretiens réalisés
1 enfant	12
2 enfants	10
3 enfants	21
4 enfants et+	11
Total	54

Ce tableau reflète les cibles touchées en fonction du nombre d’enfants des enquêtés. Cette cartographie permet de voir que nous avons enregistré (douze) 12 entretiens de la catégorie des cibles ayant 1 enfant. S’agissant de la cible avec (deux) 2 enfants, (dix) 10 ont été effectués dans la commune de Touba. Concernant la cible ayant (trois) 3 enfants, les entretiens réalisés sont au nombre de (vingt et un) 21. Dans la cible des interviewés dont le nombre d’enfants est de 4 enfants et+, les entretiens obtenus sont au nombre de (onze) 11. Cette catégorisation des nombres d’enfants montre à quel point l’expérience de maternité freine le suivi des femmes en post-partum. Toutefois, nous avons regroupé les facteurs du non suivi des CPoN dans une matrice. Cette matrice offre l’opportunité de comprendre à premier vu les facteurs explicatifs du non-recours des services en post-partum à Ndamatou

Tableau 6 : Matrice des indicateurs de non complétude des CPoN à Touba

DETERMINANTS DU NON RECOURS AUX LOGIQUES DE SANTE PUBLIQUE EN POST-PARTUM		
PRINCIPAUX FACTEURS	DIMENSIONS	INDICATEURS
Dispositifs d'accueil	Organisationnelle	• Insuffisance du plateau médical. • Lits et tables d'accouchement insuffisant • Partage des lits. • Accouchement par terre. • Étroitesse de la salle d'accouchement et de la salle d'attente.
Personnels de la maternité (SF, Matrones, stagiaires)	Structurelle	• Insuffisance de Personnel. • Comportement vis-à-vis des soignantes. • Expérience dans la structure sanitaire. • Nature de la communication. • La longue file d'attente. • Problème d'orientation, de conseils à l'arrivée de la maternité
Prise en charge communautaire de la grossesse et de l'après grossesse.	Culturelle	• Implication de l'entourage dans la grossesse (mari, belle-mère, la mère,). • Perceptions sociales de la grossesse : différences ethnoculturelles de prise en charge • Perceptions sur la planification familiale
Stratégies mises en place	Organisationnelle	• Soin du nombril, Damp, toxantal etc. • Sensibilisation par les acteurs communautaire (bajjenus gox, relais communautaire). • Qualité perçue des stratégies.
Accessibilité financière et géographique	Économique et culturelle	• Instabilité des revenus mensuels. • Respect des coutumes le Nampali. • Etat des routes. Distance qui sépare le district et la structure de santé

II. Ethnographie de la maternité de Ndamatou

L'ethnographie de la maternité permet de documenter les conditions des femmes dans cette structure. Elle présente la maternité en montrant le dispositif organisationnel, la situation des salles d'attente, de travail et d'accouchement.

1. Présentation de la maternité de Ndamatou

La maternité de l'hôpital Ndamatou se présente dans un bâtiment ancien. Les journées au sein de la maternité sont rythmées par les vas et vient incessants des accompagnants, des parturientes, des visiteurs et des femmes qui viennent en consultations. La maternité est composée d'une salle d'accouchement, d'une salle de travail, une salle dite « salle de réveil », une salle post-opérée et deux autres salles qui font office de suites de couches et de grossesses pathologiques. La porte d'entrée des patientes s'ouvre dans la salle d'attente des accompagnantes et des femmes qui viennent en CPN et en CPoN. Les journées à la maternité nous ont permis de comprendre que la maternité de Ndamatou accueille un nombre élevé de patients. Ceci est d'autant plus vrai quand on se réfère aux propos de Bronislaw Malinowski KASPAR⁵⁴ qui soutient que *« les gens ne font généralement pas ce qu'ils disent qu'ils font, mais autre chose. Par conséquent, il faut être là et regarder pour savoir ce qu'ils font »*. En effet, ces propos nous ont permis de comprendre qu'à force de séjourner à l'hôpital de Ndamatou, on finit par avoir un autre regard de la maternité.

Ce nouveau regard permet de voir que la capacité d'accueil ne répond pas à la demande de la population. La répartition des prestataires de soins est la suivante : 27 sages-femmes, 2 assistantes, 1 sage-femme chargée des CPoN et 6 aides-soignantes. De même, pour une population aussi peuplée que Touba, une seule sage-femme est chargée de faire les CPoN à l'hôpital de Ndamatou. Pourtant, selon l'OMS il doit y avoir 1 sage-femme pour 300 FAR⁵⁵, dans une structure sanitaire. Alors qu'à la maternité de Ndamatou, seule une sage-femme est chargée de prendre en charge plus de 400 femmes en post-partum. Ceci montre le décalage entre les usages prescrits et les besoins réels. Ainsi, la maternité enregistre plus de 400 accouchements par mois. Ce nombre élevé de patientes est dû à l'insuffisance de structures sanitaires à Touba. La commune ne compte que deux hôpitaux pour une population d'environ un million et quelques habitants. En plus, la maternité reçoit des références de toute la zone de Kaffrine. Les infrastructures ne suivent pas l'évolution de la population. Ceci étant, il ressort

⁵⁴ B.M. KAPAR, 1922, *Argonauts of the Wertern Pacific*

⁵⁵ Femmes en âge de reproduction (de 15 à 49 ans).

des données recueillies que le personnel est confronté à un volume de travail important. Cette situation ne favorise pas une prise en charge adéquate des parturientes :

« Nous travaillons dans des conditions vraiment déplorable... est ce que c'est possible de maintenir ça ? De respecter les normes est ce que ça sera possible ? Dans ces conditions ? Imaginez une salle où on reçoit 20 accouchements on reçoit 40 malades par jours, est ce que ça sera possible d'assurer correctement comme il faut les choses et de respecter les normes. Actuellement on a dépassé 500 accouchements(...) Dans une situation pareil, la capacité d'accueil aura forcément des problèmes » (DB_Sage-femme_29 ans_ Ndamatou_Touba).

Les entretiens révèlent à quel point les prestataires sont surchargés à la maternité de Ndamatou. Dans ce cadre, l'insuffisance des ressources humaines se fait ressentir sur la prise en charge de parturientes et finit par influencer significativement le recours au CPoN. De ce point de vue, il serait important de décrire les conditions d'attente afin de saisir leur impact sur le recours aux soins postnataux.

2. La salle d'attente de la maternité

Nous avons fréquenté la salle d'attente de la maternité durant nos visites au sein de l'hôpital. Elle est aménagée juste à l'entrée de la maternité. Il s'agit d'une tente qui accueille les femmes qui viennent en CPN, celles qui viennent en CPoN et les accompagnantes des accouchées. Ainsi, elles ne sont pas séparées parce qu'il y a un projet d'extension de la maternité. Ce faisant, les femmes qui viennent en CPN, celles qui viennent en CPoN et les accompagnantes des accouchées partagent la même salle d'attente. Cette tente d'attente est un abri provisoire qui n'offre pas d'intimité et de confort (chaleurs, insuffisance de bancs, etc.) aux femmes qui viennent en CPoN. Ces conditions d'attente, comme le soulignent nos interlocutrices, ne sont pas favorables pour le post-partum. Ces images donnent un aperçu de la situation décrite :



Figure 7 : Salle d'attente de la maternité de Ndamatou

Comme nous pouvons le constater dans ces images prises dans la salle d'attente de Ndamatou, les conditions d'attente sont défavorables pour les femmes. Cependant, il serait intéressant d'analyser les expériences vécues dans la salle de travail.

3. La salle de travail et de réception de la maternité

Des observations au sein de la maternité ont permis de décrire le fonctionnement de la salle de travail. En effet, une fois dans la maternité, au moment où les accompagnants règlent les factures, la femme est accueillie dans la salle de travail avant de rejoindre la salle d'accouchement qui fait également office de salle d'orientation. Elle est visiblement surchargée de patientes qui s'allongent à même le sol et est également caractérisée par une atmosphère désordonnée des habits qui traînent de partout. En plus d'être exiguë, la salle de travail compte 5 lits, un nombre insuffisant. Par conséquent, les accouchées sont dans l'obligation de partager les lits à deux, à trois voire s'allonger par terre :

« Nous étions trois, c'était moi et deux autres femmes, nous étions dans la même situation, nous avons partagé le même lit. Les lits d'hôpitaux ont tendance à être petits, mais nous étions obligés de le partager. Franchement c'est la chose qui nous a déplu à l'hôpital Ndamatou, vraiment (...) Il y a eu un instant où j'étais couché sur les carreaux, il y a beaucoup de plus de patientes que de lits (...) C'est insuffisant »
(MFS_24ans_ accouchée récente _Darou khoudos_Touba)

Cet extrait d'entretien montre les conditions défavorables dans la salle de travail. À cet effet, les parturientes pointent du doigt les prestataires de soins sur leur capacité d'accueil. Cette expérience des femmes dans la salle de travail pousse certaines à faire recours à d'autres méthodes de prise en charge et même parfois d'accoucher à domicile. Leur mémoire gardée ne les incite pas à venir effectuer leurs consultations postnatales, car l'environnement hospitalier n'est pas propice.



Figure 8: Photos de la salle de travail de la maternité de Ndamatou

À titre illustratif, ces photos ont été prises dans la salle de travail de Ndamatou. Elles montrent qu'en réalité les femmes se partagent les lits à 2 voire 3. Ces conditions en phase de travail constituent un blocage pour suivre les CPoN. Ceci étant, il serait important de montrer les expériences vécues dans la salle d'accouchement.

4. La salle d'accouchement de la maternité de Ndamatou

La salle d'accouchement de la maternité se trouve juste après la salle de travail. Elle est équipée de 3 tables d'accouchements, d'un appareil respiratoire et d'un coin du nouveau-né. Juste à l'entrée de la salle, se trouve un isoloir qui sert de toilette pour les parturientes. Elle est étroite pour accueillir 20 accouchements par jour. Cette étroitesse est couplée à une insuffisance des tables d'accouchements. Dans ce contexte, nous assistons à des accouchements par terre :

« ! C'est largement insuffisant hein, oui c'est largement et largement insuffisante. Il y'a même des dames qui sont obligées d'être par terre parce que déjà, il y'a une grossesse pathologique qui est là et qui n'a pas de place. On ne peut pas leur dire de rentrer chez elle, on est obligé donc de les prendre et parfois même de faire des accouchements à même le sol hein...Parce que nous avons 3 tables d'accouchements vous imaginez pour une population aussi importante ? Et nous avons en moyenne une vingtaine d'accouchement par jour (...) Vraiment la capacité d'accueil est très limitée. Nous sommes très limitées du point de vue de la capacité d'accueil. »
(DS_Gynéco_45_Ndamatou_Touba)

Au vu de cet extrait d'entretien, l'on se rend compte que la salle d'accouchement a atteint son seuil et que les tables d'accouchement ne sont pas conformes à la demande des parturientes. Face à cette insuffisance, elles sont obligées d'accoucher à même le sol :

« Oui j'en ai vu une qui été par terre qui attendait son enfant. On lui a demandé pourquoi elle se mettait par terre. Elle nous a dit qu'elle n'avait pas de lit. Et que c'est les sages-femmes qui lui ont demandé de se mettre par terre. Même quand je sortais de l'hôpital je l'ai laissé là-bas, elle a passé deux jours par terre. Elle passé ces nuits aussi en suite de couche sous le sol. » (K_25ans_Accouchée récente_Darou Khoudoss_Touba)

Ces encadrés nous renseignent sur les conditions d'accouchement des femmes à Ndamatou. L'expérience de la femme dans la maternité devient dès lors un indicateur de taille pour comprendre le suivi des femmes en post-partum. Par ailleurs, précisons que la première CPoN se fait juste après l'accouchement. À cet effet, ces conditions renseignent sur la suite de celles-ci. Cette expérience négative de la maternité ne les incite pas à suivre leurs consultations postnatales. C'est sans doute ce qu'avait compris C. BERTHOUD (2000) lorsqu'elle estimait que si la femme accède à la maternité, mais qu'elle y est mal prise en charge, elle s'abstient de tout contact avec la structure et préfère même accoucher chez elle au mépris de toute règle de sécurité et forçement du suivi médical en post-partum.



Figure 9: Coin du nouveau-né, toilette et une table d'accouchement de la maternité

L'observation permet de voir le dispositif de la salle d'accouchement. La lecture de ces images admet de voir que l'intimité des femmes n'est pas respectée dans la salle d'accouchement. En effet, cet isoloir faisant office de toilette n'offre pas d'intimité aux parturientes. Ce qui peut avoir des effets délétères sur le suivi des femmes en post-partum.

En définitive, ce chapitre nous a permis non seulement de présenter les caractéristiques sociodémographiques des catégories cibles de l'étude, mais aussi de montrer le fonctionnement de la maternité. Ainsi, les expériences dans la maternité constituent un obstacle majeur pour le suivi post-accouchement. Cette analyse montre également que l'aspect organisationnel et le déficit des ressources humaines sont source de repli à Ndamatou. Cependant, face à ces difficultés, les parturientes ne se penchent-elles pas sur le dispositif communautaire de prise en charge en post-partum ?

CHAPITRE II : STRATÉGIES DE PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DE LA GROSSESSE ET DE L'APRÈS GROSSESSE À TOUBA

Ce chapitre fait un focus sur les acteurs intervenants dans la prise en charge communautaire et l'ensemble des pratiques sociales établies autour de la grossesse et de la petite enfance. Ainsi, force est de constater que dans la commune de Touba, l'entourage familial et les interdits du khalife qu'ils appellent communément le « Ndigeul » jouent un rôle très important dans la prise en charge de l'après-grossesse. D'où l'intérêt d'en saisir le sens, les rationalités et leur impact sur la discontinuité des logiques de santé publiques en post-accouchement. Il aborde également les stratégies mises en place pour booster le suivi des CPoN. Ce faisant, il serait important d'explicitier la cartographie des acteurs intervenants dans la prise en charge en post-partum.

I. Cartographie des acteurs intervenants dans la prise en charge de la grossesse et de l'après grossesse

Nombre d'acteurs interviennent dans la prise en charge de la grossesse et de l'après grossesse. Il s'agit des acteurs communautaires (Bjenu gox et relais), des acteurs familiaux (mère, belle-mère, grand-mère, maris) et des acteurs intermédiaires (tradipraticiens).

1. Acteurs de santé communautaire : Bajjenu gox et Relais

Pour rappel, les *Bajenu Gox* sont des femmes leaders de la communauté qui ont pour rôle de plaider, de sensibiliser et d'accompagner les FAR (femmes en âge de reproduction), les femmes enceintes ou non, leurs enfants et leur famille. Dans la communauté de Touba, elles ont un rôle de mobilisation sociale pour l'amélioration de la santé des femmes et de leurs enfants. Elles sont chargées de répertorier les femmes enceintes dans le quartier, de les accompagner et de leur donner des conseils. Elles incitent les femmes à suivre convenablement la grossesse et l'après-grossesse à travers le VAD. En plus des « *Bajenu gox* », on y retrouve les relais communautaires organisés autour des structures de santé. Ils ont pour rôle de sensibiliser les femmes, de leur faciliter l'accès à la structure et de les y ramener en cas de non-respect des rendez-vous ou d'arrêt de suivi des CPN, d'éviter les accouchements à domicile et de booster le suivi des CPoN. C'est dire que les *Bajenu Gox* et les relais communautaires sont des groupes de soutien social :

« Nous sommes là pour les suivre à respecter leurs CPN. C'est également un moyen de discuter des suites de couches, d'aborder la planification familiale, la

vaccination...Nous organisons des VAD pour discuter avec les dames car ici le niveau d'instruction moy lolou... Donc on insiste vraiment. » (BG _Ndindi_40ans_Touba)

Cet extrait d'entretien montre que les *bajenu gox* de Touba interviennent dans la prise en charge avant et après grossesse. Ainsi, elles sont des actrices communautaires qui ont pour rôle de sensibiliser les FAR à travers les causeries à domicile l'importance des CPoN.

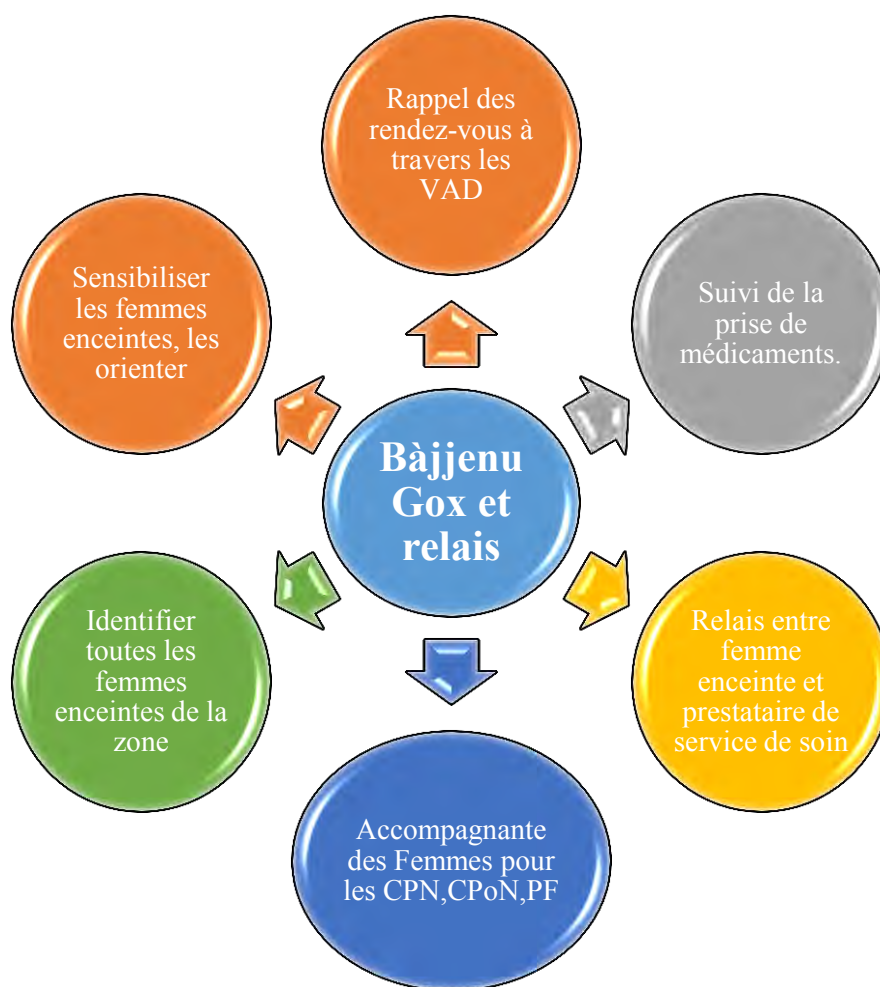


Figure 10: Rôles des *bajenu gox* et relais

Cette figure regroupe les principales fonctions des relais et des *bajenou Gox*. Elle montre l'implication de ces acteurs dans la prise en charge de la grossesse. En effet, ces acteurs jouent un rôle de mobilisation et de sensibilisation dans la gestion de l'avant et de l'après-grossesse. Par ailleurs, il convient de noter d'autres acteurs de la prise en charge de l'avant et l'après- grossesse, il s'agit de l'entourage familial.

2. Acteurs familiaux du post-partum : belle-mère, grand-mère, mère, mari

Il est ressorti de cette étude que l'entourage familial de la femme s'engage dans la gestion de la grossesse, de l'après-grossesse et de la petite enfance à Touba. Il s'agit de la grand-mère, de la mère, du mari et de la belle-mère. Parlant du mari, il est l'acteur principal. Étant le premier informé de la grossesse, il occupe un rôle de prise de décision, le dernier mot lui revient. C'est lui aussi qui prend en charge les frais de consultation et le coût des ordonnances ainsi que les charges après l'accouchement. La belle-mère et la mère de la femme, quant à elles, sont chargées de préparer la femme enceinte culturellement. Elles donnent les premiers conseils, pour la gestion de la grossesse. Puisque la femme vit avec sa belle-mère à Touba, cette dernière joue le rôle de prise de décision pour la divulgation de la grossesse. Ainsi, elle veille à ce que la femme enceinte prenne correctement ses médicaments (parfois médicaments traditionnels). C'est à la belle-mère d'accompagner la femme enceinte chez le tradipraticien (la médecine traditionnelle). Elle est aussi chargée de faire les massages à la femme enceinte, ce qui permet de mieux préparer l'accouchement.

De même, après l'accouchement, même si la belle-mère est impliquée pour la gestion de la petite enfance, c'est plus la grand-mère qui se charge du bain de l'enfant et du suivi de la mère en post-partum en lui donnant des plantes médicinales. En comparaison aux propos de J. AUBEL⁵⁶, il convient de noter que l'implication des grands-mères dans la prise en charge de la petite enfance est d'une importance capitale. À travers son ouvrage, elle estime que les grands-mères maîtrisent mieux les pratiques culturelles de prise en charge de l'enfant. Par ailleurs, ces pratiques culturelles jouent, non seulement le rôle de protection de l'enfant contre les esprits maléfiques, mais encore l'aide dans la nutrition.

⁵⁶J. AUBEL, 2011, Grand-Mother Project : *op cit*

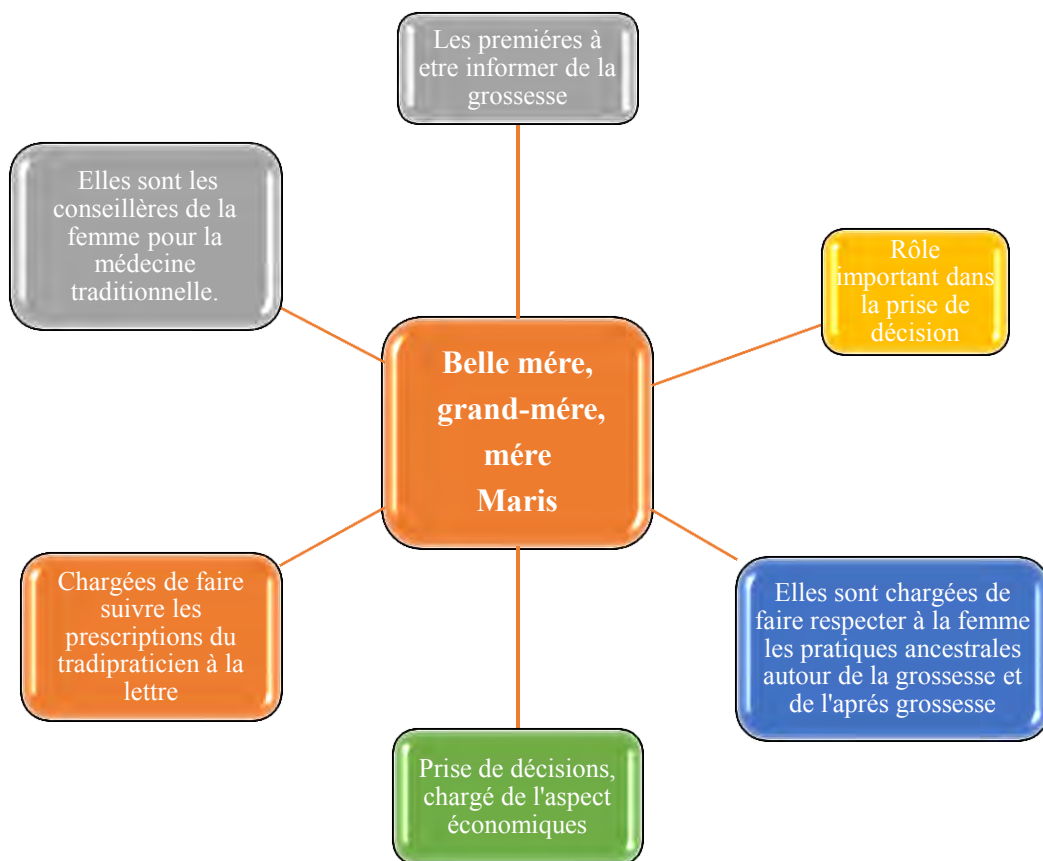


Figure 11: Rôles de la belle-mère, mère, du mari et de la grand-mère

Cette figure permet de voir comment intervient l'entourage familial dans la gestion de la grossesse et de la petite enfance. Elle montre que la gestion de la grossesse n'est toujours pas du ressort de la femme. Elle est une construction sociale émanant de l'implication d'autres acteurs tels que : l'entourage familial. Outre celle-ci, les tradipraticiens jouent un rôle majeur dans la protection de l'enfant et de la mère.

3. Autres acteurs communautaires: les tradipraticiens

Dans la commune de Touba, le tradipraticien est souvent interpellé par la belle-mère pour des besoins de protection de la femme enceinte et de l'après-grossesse. Sur ce, selon les représentations sociales, la femme enceinte attire les « mauvais œil » et les esprits maléfiques. C'est dans ce cadre qu'il intervient pour prescrire les médicaments traditionnels que la femme utilise pour se protéger. En plus de cela, il confectionne des amulettes pour la femme enceinte (qu'elle doit utiliser d'ailleurs en post-partum) pour se protéger contre le « mauvais œil ».

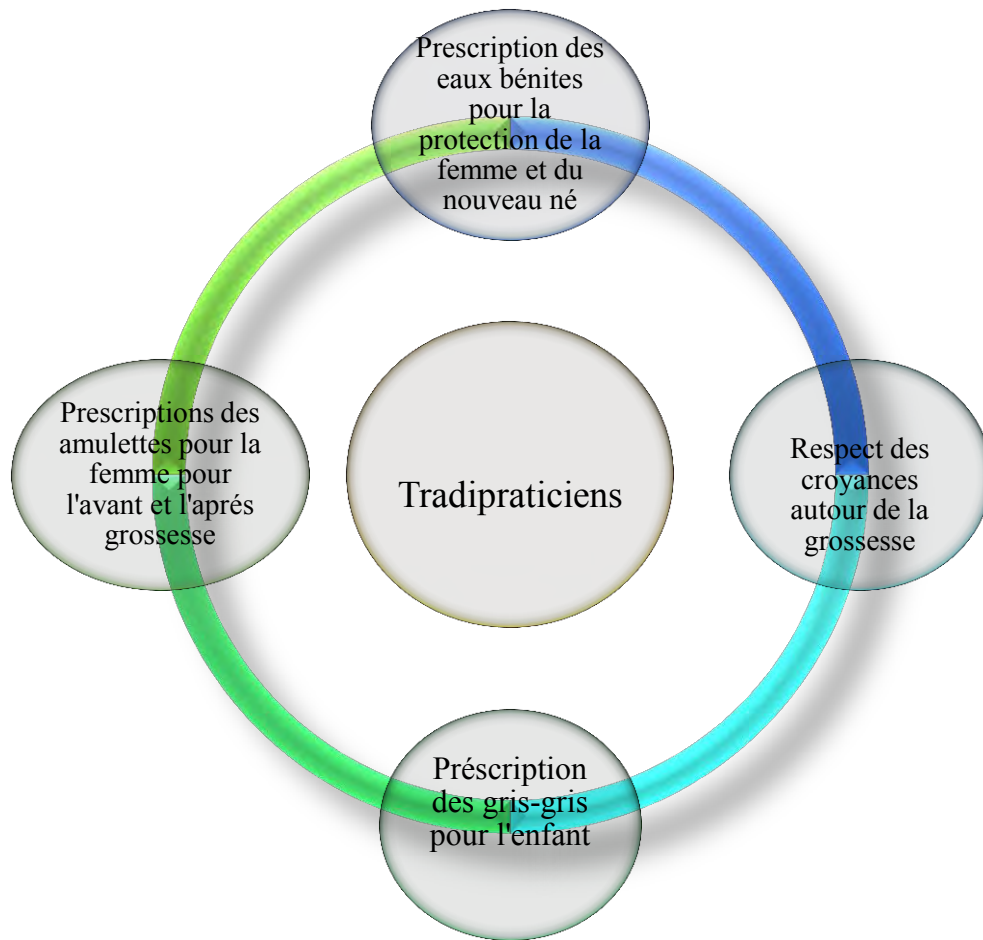


Figure 12: Rôles des tradipraticiens

La cartographie des acteurs intervenants est cruciale. Elle montre que le non-recours aux soins postnataux n'est toujours pas du ressort de la femme. Ces acteurs susmentionnés font partie intégrante de la gestion de la grossesse et de la petite enfance. De ce point de vue, même si les accouchées récentes ont l'intention de suivre les consultations postnatales, l'entourage peut s'interposer à ce qu'elle rejoigne la structure sanitaire. Par ailleurs, les représentations culturelles de la grossesse sont multidimensionnelles et appréhendées de manière différente selon les ethnies d'appartenance.

II. Particularités de la grossesse dans la commune de Touba

Après avoir expliqué dans la partie précédente les acteurs intervenant dans la prise en charge, il s'agit dans celle-ci d'aborder la particularité de la grossesse à Touba. Cette partie évoque la gestion de la grossesse au niveau communautaire, l'influence socioreligieuse et la pluralité de pratiques de gestion en post accouchement.

1. Gestion de la grossesse au niveau communautaire : une gestion ethnicisée

Dans les sociétés traditionnelles africaines, la grossesse est perçue comme une période particulière. Cette particularité de la grossesse tient au fait qu'elle suscite une attention spécifique. À cet effet, la femme enceinte est communément appelée « jiguène bu werul ». De ce fait, elle est considérée comme une personne vulnérable, qui doit être protégée mystiquement. Cette protection passe avant tout par le port du voile sur le ventre, et l'interdiction des sorties au crépuscule. Ceci étant, la prise en charge au niveau communautaire est accentuée sur les pratiques culturelles. Cependant, il est important de préciser qu'il existe une différence ethnoculturelle de gestion de la grossesse. Ainsi, en milieu wolof à Touba, au début de la grossesse, la femme porte une amulette (gris-gris) communément appelée « watal ». Celle-ci est apportée habituellement par la belle-mère ou la mère de la femme. Dans cette ethnie, il est nécessaire que la femme porte cette amulette autour du bassin pour se protéger des « esprits maléfiques » qui rôdent autour d'elle. Dans ce même ordre d'idées, une autre pratique de gestion de la grossesse reste visible chez les wolofs : il s'agit du gris-gris « diaalawle » appelé aussi « walle ». Ce gris-gris est porté pendant toute la grossesse et en post-partum. Il permet de se protéger contre les esprits maléfiques et d'éviter d'attraper une maladie au moment de l'accouchement :

« J'entends les gens dire que si l'enfant a le "le wallé " on doit lui faire porter un "téré " qui s'appelle dialawlé. C'est une coutume pour nous la grossesse est vraiment une période à risque raison pour laquelle nous appliquons les coutumes de nos ancêtres ».
(TR_accouchée récente_34ans_Ndamatou_Touba)

En revanche, à Touba, notamment en milieu Peulhs, la femme enceinte doit user d'une eau appelée « nandal ». Celle-ci est une eau bénite par le tradipraticien à partir d'un récita de versets coraniques. Dans cette eau, le tradipraticien y postillonne et la mélange avec du papier contenant des écritures saintes. Chez les Peulhs, la femme enceinte et le nouveau-né attirent les esprits maléfiques. C'est la raison pour laquelle elles sont considérées comme des « personnes très vulnérables » qu'il faut protéger. Ainsi, elles doivent utiliser cette eau bénite au troisième mois de la grossesse. Chez les Sérères par contre, l'eau en provenance de la Mecque appelée « ndohu zam zam » est recourue. La rationalité de cette pratique réside sur le fait qu'elle permet d'atténuer les douleurs au moment de la grossesse.

Les résultats suggèrent que la gestion de la grossesse implique d'autres aspects qu'il convient de noter : il s'agit des croyances sociales. La prise en compte de ces aspects lors des CPoN est

cruciale. Elle permet de savoir qu'au-delà des normes de santé publique, les normes sociales constituent un frein à la non-complétude de celles-ci. À cet effet, ces idées rejoignent les propos de BLUMER lorsqu'il estime que la prise en charge de la grossesse et de l'après-grossesse n'est pas « individuelle, mais collective ». La grossesse interpelle ainsi un groupe social qui est le fruit d'une construction sociale autour de la grossesse. Toutefois, il convient de noter un autre facteur déterminant dans le suivi des CPoN : la religion.

2. Influences socioreligieuses sur la non-complétude des soins postnataux

Les facteurs de discontinuité sont également à chercher dans la religion. En effet, il existe de nombreux « daara »⁵⁷ regroupant parfois des centaines d'enfants apprenant le coran. Dans chaque quartier il y'a un chef religieux qui s'appuie sur les chefs et/ou les délégués de quartier pour faire passer les messages et les enseignements du mouridisme. La communauté de Touba est entièrement musulmane et les membres sont des adeptes du fondateur du mouridisme. Dans cette perspective, la famille mouride est de type élargi avec un père de famille, le plus souvent polygame et de nombreux enfants. Cette nécessité d'avoir plusieurs enfants renvoie à une perception sociale selon laquelle une coépouse ne doit pas avoir plus d'enfants que l'autre. La considération de la femme dans son foyer à Touba repose principalement sur sa fécondité. Ainsi, plus elles ont des enfants plus elles sont considérées par le mari et la belle-mère. Cette conception est aussi importante pour l'homme qui prouve sa virilité. Eu égard de cette forte mobilisation autour de la religion et des perceptions sociales sur la fécondité les maris empêchent leurs femmes d'aller à l'hôpital pour les consultations postnatales, car la planification familiale y est abordée :

Nous sommes des mourides et des talibés de surcroît(...) Tu n'es pas sans savoir que la planification familiale est juste une méthode pour les français de restreindre la descendance du prophète toute la lutte de Serigne Touba va en ce sens (...) Donc moi en tant que chef de famille et disciple de Serigne Touba je n'accepterai jamais cela. Je préfère qu'elle reste à la maison. (MB_Mari_39ans_Shawga_Touba)

En se basant sur les enseignements de Cheikh Ahmadou Bamba, la planification familiale est perçue dans la commune de Touba comme une méthode de restriction des naissances. C'est dire que cette réticence des maris relève d'une construction sociale issue de la religion. Il ressort de nos interlocuteurs que « la planification familiale n'est pas recommandée par la

⁵⁷ Le mot « daara » renvoie à une école coranique. Le terme désigne précisément un centre d'éducation religieuse voire tout lieu où on enseigne le coran.

religion musulmane ». (MB_Mari_39ans_Schawga_Touba) Par conséquent, la religion a une prégnance sur les perceptions négatives de la population de Touba à propos de la planification familiale et par ricochet, le refus des consultations postnatales. Par ailleurs, comme il existe une gestion de la grossesse, il en existe une pluralité de pratiques culturelles pour le couple mère-enfant.

III. Pluralité de pratiques culturelles autour du couple mère nouveau-né

Une pluralité de pratiques ethnoculturelles est donnée au couple mère-enfant. Il s'agit de l'accueil, de la gestion du nombril, du « toxantal » et du « damp ». Des pratiques qui montrent la particularité de la prise en charge communautaire en post accouchement.

1. Un accueil ethnoculturel réservé au nouveau-né

L'arrivée du nouveau-né à Touba est accompagnée d'un ensemble de rituels pour le protéger des risques sociaux qui l'entourent. Ces rituels varient en fonction des ethnies présentes à Touba. Ainsi, il ressort des entretiens que le nourrisson représente aussi bien pour les Sérères, les Wolofs et les Peulhs, un bien social, culturel et économique, qui nécessite une certaine protection. À cet effet, en milieu Peulhs et Wolofs, une fois à la maison, avant d'allonger le bébé sur le lit, un ensemble de prières sont réalisées dans la chambre. Quant à la nouvelle maman, le grand-père du bébé ou un marabout, récite des versets coraniques et crachote sur sa tête. Après avoir effectué cette prière, du sucre et du mil sont éparpillés sur le lit du bébé. Toujours selon cet ethnie, un vêtement appartenant au père du bébé est utilisé sur lequel ils éparpillent du mil et du sucre avant de l'installer sur son lit. S'agissant des Sérères, la tradition exige de mettre du mil, du sel, des brindilles de balai et un couteau sous l'oreiller du bébé. Ces derniers doivent être utilisés auparavant dans la maison pour plus d'efficacité. Aux interviewés de renchérir que cette pratique permet au bébé de ne pas avoir peur des esprits maléfiques la nuit. Les feuilles de pomme de Sodome ou « poftan » est aussi accrochée dans les quatre coins de la chambre du bébé pour le protéger des mauvais esprits durant les premiers jours. Ces rituels d'accueil du bébé montrent à quel point les coutumes et les croyances sociales interviennent dans la prise en charge de la petite enfance. Cependant, au-delà de l'arrivée du nouveau-né, le soin apporté au nombril constitue une autre représentation culturelle au sein de la commune de Touba.

2. Le soin du nombril selon les ethnies

Au niveau de l'hôpital de Ndamatou, il s'avère que la sensibilisation sur les soins du nombril n'est donnée qu'à la deuxième CPoN. Ceci étant, les femmes ne reçoivent que sur demande la

prescription du crayon salva pour la cicatrisation du nombril. Par conséquent, celles qui ne viennent pas en CPoN adoptent les pratiques ancestrales établies par la société pour soigner le nombril. Ce faisant, nous retrouvons une vague de pratiques pour soigner le nombril à Touba. Le « Xander » est une pratique que l'on retrouve dans toutes les catégories d'ethnies de cibles touchées par cette étude. Il est défini comme un morceau d'encensoir en terre rouge cuite qui est gratté au sol pour obtenir une poudre. Cette poudre est mélangée à du beurre de karité. Cette mixture est ensuite appliquée après chaque bain sur le nombril du bébé. Elle permet de soigner le nombril au bout de 3 à 7 jours :

« C'est une cassure d'encensoir (...) Ce sont en fait les débris que vous allez prendre et les gratter. Ensuite, vous le mettez dans un sachet ou même un pot. Ainsi, après chaque douche, vous en prenez pour l'appliquer au niveau du nombril. Au fur et à mesure que vous le faites, le nombril finira par se cicatriser, ce sont des coutumes. »
(AG_29ans_Commerçante_Ndamatou_Touba)

Néanmoins, le « xander » n'est pas la seule méthode à Touba pour soigner le nombril. À ce propos, même s'il existe des similitudes pour la gestion du nombril, quelques différences s'opèrent entre les différentes ethnies. En effet, les données recueillies montrent qu'en milieu Peulhs, l'huile « Segal » est utilisée pour le soin du nombril. Cette huile est appliquée dans le nombril du nouveau-né après les bains. En revanche, chez les Sérères, le recours aux cendres de journaux ou de l'emballage du sucre, du café Touba est une pratique de gestion du nombril. La vaseline, le mentholatum, et l'huile de machine sont des pratiques visibles chez les Wolofs. Ces données recueillies montrent qu'à côté des logiques de santé publiques, il existe des dispositifs communautaires appliqués en post-partum.

Tableau 7: Différences entre pratiques sanitaires et sociales de soins du nombril

Pratiques sanitaires pour le Nombril	Pratiques culturelles pour le nombril
Crayon Salva	Huile pour machine à coudre (diw machine)
Clamoxyl	Xander + dax
	Huile d'arachide pressée (segal)
	Café touba + karité
	Vaseline
	Xander + Karité
	Karité

	Café Touba
	Emballage du sucre brûlé (doomu paketou sucre)
	Mentholatum ⁵⁸

Au regard de ce tableau les éléments de dissemblances apparaissent entre les prescriptions médicales et les rationalités sociales par rapport au soin du nombril. Il montre qu'effectivement il existe une gestion du nombril purement communautaire en post accouchement. À ce propos, nos interlocutrices précisent à juste titre qu'il n'est pas nécessaire de se rendre à l'hôpital en post-partum. Elles estiment que ces pratiques sont plus efficaces et plus accessibles que celles de l'hôpital. Ceci laisse paraître une représentation négative et générée des services en post accouchement. Par ailleurs, au-delà du soin du nombril, il existe une autre pratique faite au nouveau-né : c'est le « toxantal ».

3. Le « toxantal »

En réalité, le « toxantal » est une autre pratique récurrente pour le suivi de l'après grossesse. Tout comme le soin du nombril, le « toxantal » diffère selon les ethnies. Pour les wolofs et les sérères, le « toxantal » consiste à mélanger une eau bénite par un marabout avec du miel pour le donner au nourrisson. Elle permet de maintenir le bébé en bonne santé et de le rendre intelligent. Cette pratique est un préalable pour le nouveau-né avant qu'il ne soit allaité par sa maman :

« (...) Dès fois après accouchement, tu demandes à la femme d'allaiter son bébé, elle refuse sous prétexte qu'elle attend de faire d'abord le toxantal (...) C'est une pratique préalable que le bébé doit avoir avant de s'alimenter. » (MD_ Sage-femme_40ans_ Ndamadou _Touba)

Chez les Peulhs par contre, le « toxantal » renvoie à un mélange de lait de chèvre ou de vache et des écritures coraniques qui doit être donné au bébé avant l'allaitement. Dans cette ethnie, cette pratique permet au bébé d'être intelligent, mais aussi d'être un bon croyant en l'islam.

Cependant, force est de constater que ces pratiques ne sont pas respectées par la totalité des accouchées récentes. Toutefois, précisons que la catégorie d'âge de (30-35 ans) est plus attachée à ces pratiques culturelles. La catégorie d'âge (20-25ans) n'adopte pas trop ces

⁵⁸Dr T. NDOYE, 2018, Évaluation de l'efficacité de l'outil WASH & CLEAN sur le changement du comportement des personnels de santé en matière de prévention et de contrôle de l'infection dans les maternités de la région de Diourbel, rapport multigr.

pratiques. Ceci veut donc dire que plus l'âge de la femme est avancé, plus les pratiques sociales de l'après-grossesse sont recourues. Pour les multipares (femmes ayant au moins 3 enfants déjà) de la tranche d'âge de (30-35 ans), ces pratiques ancestrales sont considérées comme plus efficaces que les logiques de santé publique en post-partum.

Dans ce même sillage, le niveau d'instruction entre en vigueur sur l'adoption ou non des pratiques culturelles. En effet, les femmes du niveau supérieur n'accordent pas trop d'importance à ces pratiques. Ainsi, à l'instar d'une de nos interlocutrices du niveau supérieur soutient catégoriquement qu'elle est contre ces pratiques. Ainsi, elle soutient en ces termes : *« personnellement, je n'accepte pas que ces pratiques soient appliquées à mon bébé »*. Par conséquent, le niveau d'instruction de la mère et l'âge de la maman interviennent dans le recours ou non des CPoN. En sus de cela, le « damp » est une pratique culturelle de prise en charge du couple mère enfant en post-partum.

4. « Le Damp »

Dans le discours des communautés de Touba, le « damp » renvoie à une méthode ancestrale appliquée sur la nouvelle maman et le nouveau-né. Le « damp » consiste en des séances de massage du bébé et de sa maman. Elles permettent de préparer la femme à l'accouchement et de remettre en place les articulations de la femme et du bébé afin de retrouver leurs forces :

(...) Oui comme je viens de vous le dire, il faut qu'on masse la maman et le bébé. D'ailleurs on utilise les écorces de Salane et du beurre de Karité. (...) Vous savez l'accouchement est vraiment une épreuve qui demande beaucoup d'effort, ainsi pour l'aider à récupérer on lui fait des massages. Pour le nouveau-né c'est pour qu'il ait une belle silhouette. » (DM_Grand-mère_46ans _Darou minam_Touba).

Le « damp » du nouveau-né permettrait à celui-ci d'étirer ces muscles afin d'avoir une belle silhouette et de raffermir son nez. Lors de ces séances, un produit à base de beurre de Karité et d'écorces d'arbres (salane) y est appliqué à cet effet. De nos interviewées, il ressort que l'absence de « damp » pourrait avoir des conséquences sur la maman et son enfant. À noter qu'à Touba la belle-mère et la grand-mère sont chargées d'appliquer le « damp » au couple mère-nouveau-né. Pourtant, malgré la place qu'occupent ces croyances socioculturelles, les politiques sanitaires n'en tiennent pas très souvent en compte. Ce déphasage « des usages prescrits et des usages réels » (MALLET ET MALLEIN, 2002) est souvent l'un des

déterminants de l'insatisfaction des besoins. Dans la même mouvance, Lise BARTOLI⁵⁹ estime à travers ces études menées en Afrique que « dans de nombreux pays africains (Bénin, Sénégal, Mali, etc.), la femme enceinte doit faire preuve d'une extrême prudence ».

Ainsi, pour se protéger elle doit se cacher et même porter un voile sur son ventre afin d'éviter le mauvais œil. Ceci montre le poids des logiques sociales sur la prise en charge de l'avant et de l'après grossesse. Dans cette même lignée, Didier FASSIN⁶⁰ estime que la gouvernance de la santé au Sénégal ne relève pas seulement de l'ordre biomédical, « *les agents sociaux parfois inattendus, institutions apparemment étrangères aux problèmes sanitaires, pensent, mesurent, régulent les conduites corporelles, les représentations et les usages de soins* ». En d'autres termes, la gestion de la grossesse au-delà du corps médical relève également des pouvoirs publics : biopolitique pour administrer le corps social qui souffre. Fort de ces constats, notre hypothèse principale soulignant que le dispositif de prise en charge couplé aux représentations socioculturelles de la petite enfance est constaté dans les faits. En outre, il est important de questionner les stratégies mises en place par les prestataires de soins ainsi que la qualité perçue de celles-ci.

IV. Les politiques et stratégies mises en place en post-partum

Pour mieux comprendre l'utilité des consultations post-natale il nous incombe dans cette partie d'expliquer les stratégies mises en place à Touba. De plus, elle aborde la qualité perçue de ces stratégies mises en place pour évaluer leur efficacité.

1. Sensibilisations des bajjenu Gox à travers les VAD

Dans cette logique, la sensibilisation est considérée comme l'activité principale de la communication sur les risques de mortalités maternelles. Ce faisant, des séances de sensibilisations sont organisées dans l'objectif de véhiculer les informations sur la santé de la reproduction. Elles sont assurées par les *bajjenu Gox* et les relais qui sont des acteurs communautaires dont le rôle est de véhiculer les informations au niveau de la communauté de Touba. Ces informations communiquées sont d'une importance capitale selon les interviewés pour l'amélioration la santé de la mère et de l'enfant. À ce propos, selon le chef de gynécologie le fonctionnement de l'hôpital diffère de celui des centres de santé raison pour laquelle les sensibilisations sont beaucoup plus avancées dans les districts. En ce sens, il

⁵⁹L. BARTOLI, psychologue clinicienne et psychothérapeute, « Venir au monde » Edition Petite Bibliothèque Payot - 2007

⁶⁰D. FASSIN et D. MEMMI, 2004, « Le gouvernement de la vie mode d'emploi », Le gouvernement des corps, Paris, Éditions de l'EHESS.

existe un cadre de concertation entre les autres structures sanitaires centres de santé de Djemoul par exemple. Ainsi, la majorité des accouchées affirment que les acteurs communautaires font des sensibilisations à travers des visites à domicile. En outre, le constat est assez alarmant chez les interviewées. En effet, elles se plaignent sur le fait que ces causeries consistent plus à parler de la CPN et planification familiale que de parler des services postnataux :

« Les bajjenu gox du quartier sont vraiment gentil. Elles prennent la peine de venir nous voire de discuter avec nous sur la santé. On discute souvent de la planification familiale. Elles venaient souvent me voire durant ma grossesse pour m'inciter à suivre mes CPN Même si parfois elles n'évoquent la vaccination du nouveau-né. »
(AR_Accouchée récente_29 ans_djemoul_Touba)

Il n'est pas faux de dire qu'il existe une politisation des CPN, de la planification et une mise à l'agenda des services postnataux. Vu sous cet angle, les acteurs communautaires de Touba accordent peu d'importance aux CPoN. Par ailleurs, il ressort des données recueillies que la communication n'est pas effective dans les quartiers :

« Depuis que je suis là je n'ai jamais vu de bajjenu gox ou une personne qui venait me voir pour me parler de ma grossesse. Je me contentais des conseils de la sage-femme. Par contre, parfois j'entends mes copines dirent qu'il y a une Bajjenu Gox qui venait les voire pendant leur grossesse. Mais moi personnellement je n'en n'ai jamais vu ici » (AS_Accouchée-récente_28ans_Darou Marnane_Touba).

Véritablement, à Touba, la visibilité et la connaissance des acteurs communautaire dans certains quartiers constitue un réel problème. Interpeller sur ces questions, les *bajjenu gox* font montre d'une certaine démotivation par rapport à leur charge de travail. À cet effet , ces acteurs révèlent qu'elles ne sont pas rémunérées par l'Etat et ne perçoivent que des frais de transports lors des programmes. En tout état de causes, nos interlocutrices nous font comprendre qu'elles ne sont pas considérées par l'Etat alors qu'elles jouent un rôle remarquable dans le domaine de la santé publique. Par conséquent, elles privilégient les programmes des organisations non gouvernementales que ceux de l'Etat. Toutes ces informations recueillies, permettent de mieux cerner les attitudes des bajjenu Gox et des prestataires de soins. Cette situation est du ressort de l'Etat qui ne les motive pas à faire convenablement leur travail. Par ailleurs, elles influencent significativement la communication qui devait se faire par ces acteurs pour le recours aux CPoN. Cependant, à côté des *bajjenu gox*, les prestataires de soins s'engagent à travers les conseils pour

rappeler l'importance du suivi de la mère et du nouveau-né. Au fil des entretiens le constat est que la communication des prestataires de soins sur les CPoN fait défaut :

« Non non ! Je n'ai reçu aucune information après mon accouchement de la part des sages-femmes. Elles ne m'ont rien dit. Concernant la vaccination de mon bébé je n'étais même pas au courant (...) C'est lorsque j'étais passé là-bas avant-hier que j'ai su qu'il devait se vacciner. » (AS_Accouchée-récente_28ans_Ndamatou_Touba).

Les sages-femmes montrent que cette situation relève de l'insuffisance du personnel comme susmentionné dans le premier chapitre. Ainsi, elle se répercute considérablement sur le déroulement des counseling vu la charge de travail qui pèse sur elles. De manière corollaire, A. PRUAL⁶¹, soutient que la majorité des décès maternels relève des personnels de santé. Sous cet angle, l'analyse de la qualité perçue des stratégies mises en place devient cruciale.

2. Qualité perçue des stratégies mises en place

Une stratégie ne saurait être efficace que si les destinataires en perçoivent une bonne qualité. C'est toute la littérature de P. MALLEIN⁶² qui développe l'idée selon laquelle une stratégie ne peut être efficace que si le destinataire le perçoit comme utile. Il montre que l'utilité d'une stratégie repose sur les perceptions que les femmes ont de celle-ci. Ainsi, il ressort des entretiens que même si les *bajjenu gox* font des efforts louables pour véhiculer les informations, les maris et les belles mères ne sont pas impliqués dans les VAD. Par ailleurs, même si elles comprennent l'importance des CPoN cette compréhension n'est pas partagée par leurs maris. Toutefois, nous avons montré que les décisions sont du ressort du mari et de la belle-mère. L'entourage familial doit être impliqué selon les femmes dans les VAD pour avoir l'autorisation de se rendre à l'hôpital.

Pour clore ce chapitre, retenons que les pratiques traditionnelles, et la religion peuvent entraver le recours aux soins en post-partum. D'emblée, les résultats montrent que le suivi des femmes en post-partum est d'abord une construction sociale qui obéit à des normes et codes. En effet, il existe une différence ethnoculturelle de prise en charge de la grossesse et de l'après-grossesse. Par ailleurs, même s'il y a une visibilité des acteurs de la sensibilisation, les sensibilisations sont axées (politisation) sur la planification familiale. Outre cela, la lassitude des acteurs communautaire est le produit d'une construction qui découle sur leur manque de rémunération. Au demeurant, la qualité perçue de prise en charge ainsi que l'accessibilité

⁶¹A. PRUAL, 1999, op, cit.

⁶²Cf. F. BOUDOKHANE, Octobre 2006, *Op. Cit.*, p.3.

financière et l'accessibilité géographique semblent être des obstacles du recours des services de CPoN.

CHAPITRE III : PERCEPTIONS ET ACCESSIBILITÉ DE LA PRISE EN CHARGE À TOUBA

Le chapitre précédent montre l'implication de l'entourage dans la prise en charge de la grossesse et de l'après-grossesse. Ce chapitre quant à lui, se propose d'expliquer les attitudes des prestataires de soins à la maternité de Ndamatou et leur impact sur le suivi post accouchement. Il aborde d'une part, les relations entre les soignants et les soignés et d'autre part, la nature de la communication sur le suivi des femmes en post-partum. De même, ce chapitre évoque l'accessibilité financière et l'accessibilité géographique comme déterminants de non-suivi des femmes en post-accouchement.

I. Attitudes et pratiques des prestataires de soins à l'hôpital Ndamatou

La nature des interactions est une étape indispensable pour comprendre la discontinuité des soins postnataux à Ndamatou. Ainsi, l'accueil des femmes et les moments de counseling sont documentés.

1. L'accueil, déterminant du non recours au service de CPoN

L'accueil est une donnée non négligeable dans le processus de compréhension du non-recours aux soins postnataux. La nature des interactions entre soignants et soignées dans la maternité de Ndamatou est souvent basée sur une incompréhension. Ainsi, il est la base d'une relation de confiance mutuelle et de sécurité. De fait, quand un patient est bien accueilli et orienté dans une structure sanitaire, il a tendance à adhérer et à observer le traitement de manière continue.

Cependant, s'il n'a pas été bien accueilli, il s'abstient de fréquenter à nouveau cette structure. Ainsi, à l'hôpital Ndamatou et plus précisément à la maternité, les résultats de l'enquête révèlent une appréciation négative de l'accueil. Plus l'accueil est perçu comme négatif et plus il devient source de repli pour les patients. Par contre, même s'il y a, une perception positive de l'accueil, force est de constater qu'une majorité de personnes interviewées déclarent avoir été mal accueillie. Elles soulignent le « manque d'empathie » et « l'absence de courtoisie » dont font preuve les sages-femmes. De même, l'aspect organisationnel a été évoqué comme déterminant du mauvais accueil. C'est sur cette base que les femmes interrogées affirment les humiliations et des railleries notoires. Par ailleurs, les accompagnants soulignent qu'on les traite d'ignorantes et qu'on les néglige alors que ces derniers sont souvent les maris et les belles-mères. Tenant compte de cela, si ces derniers sont mal accueillis dans la structure alors

qu'ils font partie intégrante dans la prise de décision comme susmentionnée ils peuvent interdire aux femmes de revenir pour les consultations postnatales :

« Lorsque je suis venu accoucher, elles m'ont dit d'attendre car je n'avais pas encore perdu les eaux. En plus de cela les sages-femmes ne sont pas empathiques, elles ne nous considèrent même pas vu la façon dont elle se comporte avec nous. Vraiment elles doivent comprendre qu'en ces moments de douleur nous avons besoin de compassion. Ma belle-mère a été ignoré...elle n'a reçu aucune information sur mon état de santé jusqu'au lendemain c'est anormal. (TS_Accouchée récente_24ans_Daroukhoudoss _ Touba)

Ces propos renseignent qu'un accueil chaleureux couplé à une bonne prise en charge à l'hôpital Ndamatou peut contribuer à l'observance des soins en post-partum. Dans la même perspective, l'organisation du personnel et du système de soins posent un réel problème à Ndamatou. Sous cet angle, les accouchées font montrent de la longue file d'attente dont elles sont confrontées. Par conséquent, elles sont obligées de patienter jusqu'à des heures tardives pour se faire consulter. Cette longue file d'attente influence considérablement le respect des logiques de santé en post-partum à l'hôpital Ndamatou :

« Souvent, avant d'avoir une satisfaction de ses besoins, tu as d'abord tous les embarras du monde. L'attente est vraiment difficile. Oui, il y a beaucoup de patients, en tout cas il y avait du monde... « Mooy loolu daal... » (AN_Accouchée récente_36ans_Guédé Touba.)

Interrogé sur cette question relative à l'attente la chef du service de consultation post-natale confirme cette affirmation des accouchées :

« Il y a aussi le temps d'attente il y en a une qui m'a expliqué qu'elle est ici depuis 6h du matin. Alors que moi je viens de commencer. Mais parfois ça ne dépend pas de nous on a un problème de matériel. A cet instant même mon tensiomètre est gâté je suis obligé de rabattre à celui qui est en CPN. » (ML_53ans_chef du service de CPoN_Touba)

Il est clair que les intrants (tensiomètre par exemple) restent un parent pauvre au sein de la maternité de Ndamatou. Dans ce contexte, la sage-femme est parfois obligée, en cas de rupture, de se rabattre au tensiomètre du service de CPN. Cette situation est étroitement liée aux longues files d'attente qui deviennent une source d'insatisfaction et de démotivation de la

fréquentation de la structure sanitaire. Elle est aussi associée au retard des sages-femmes en consultations, qui sont parfois dans les visites matinales. Ceci étant, les conditions d'attente ne favorisent pas la continuité des soins postnataux.

De ce qui précède, les facteurs évoqués par nos interlocuteurs sont la longue file d'attente, l'accueil, et la manière dont elles ont été prises en charge. Ces dernières sont des déterminants de non-respect des logiques de santé public en post-accouchement. Parallèlement, les travaux d'Eugène BAKOUAN⁶³ sont assez révélateurs en ce sens qu'il évoque que les difficultés d'ordre organisationnel au niveau des structures sanitaires ont un impact sur la faible proportion au premier trimestre de la grossesse. En effet, il estime qu'une meilleure organisation des services de santé est une condition essentielle à la qualité et à la satisfaction des patientes qui pourrait engendrer le suivi des consultations. Ainsi, il fait ressortir l'idée selon laquelle le plateau technique comme par exemple un diagnostic sûr, rapide et un traitement adéquat sont placés en deuxième position par les interviewés. Ceci pour montrer l'importance qu'accorde la commune de Touba à l'accueil. C'est sur cette base que se fondent les relations de confiance en parlant autour d'eux, les patients se créent une image que ça soit positif ou négatif et sont plus ou moins satisfaits. Ainsi, ils jugent les soins de mauvaise qualité. Ceci explique le décalage entre les attentes des populations et les offres de soins :

« Juste que les sages-femmes aident d'avantage les patientes et qu'elles comprennent qu'on a notre douleur et que ça ne dura pas longtemps. » (AK_26ans_ accouchée récente_Darou Khoudoss_Touba)

Vu sous cet angle, le personnel de santé devrait s'organiser pour prendre convenablement en charge les patientes et surtout d'avoir une oreille attentive afin de booster le suivi en post-partum. Pour faire face aux attentes des patients sur le plan de soins et de lutter contre la mortalité néonatale, les décideurs politiques ainsi que les différents agents des structures sanitaires notamment ceux de la maternité doivent être empathiques avec les parturientes pour établir un climat de confiance. Par ailleurs, quelles sont les perceptions des femmes sur les CPoN ?

⁶³E. BAKOUAN, 2011, « Déterminants de la faible proportion des femmes enceintes vues en première consultation prénatale au premier trimestre de grossesse dans le district sanitaire de Tenkogodo », Ecole nationale de santé publique, Burkina Fasso.

2. Les CPoN, moyens de discussion et d'information

Les consultations postnatales sont considérées par la communauté de Touba comme un moyen de discussion, mais également de partage d'informations. Elles offrent l'opportunité selon les interviewés par le counseling des prestataires, de se renseigner sur les comportements à adoptés avec le nouveau-né, de faire des examens pour voir leur état de santé et d'aborder la planification familiale :

« Bon. C'est intéressant car elles offrent l'opportunité de discuter avec les prestataires sur les problèmes liés à l'accouchement, des difficultés liés aux suites de couches et parfois d'aborder la planification familiale...c'est intéressant vraiment. »
(FP_Accouchée récente_28ans_Sehawga_Touba)

C'est dans cette perspective que FAYE et NIANG⁶⁴ soutiennent que durant les consultations prénatales les services gratuits sont focalisés sur la prise de poids, des questions liées à la tension artérielle. Par contre, ils soulignent que l'accouchement est le moins offert. Par ailleurs la communication est mise en attente au moment de la consultation où les comportements d'ordre médical sont privilégiés alors que les informations, les discussions et la communication sont reléguées au second plan. C'est sans doute ce que, Lalla TOURE et al⁶⁵ ont compris lorsqu'ils montrent qu'effectivement la communication des systèmes sanitaire fait défaut. À ce propos, ils mentionnent que la communication est faible dans le domaine de la santé maternelle et est plus axée sur la planification familiale que sur l'importance du suivi de la grossesse et de l'après-grossesse.

Parallèlement, Lise RENAUD et Carmen Rico de SOTELO⁶⁶ soulignent dans leur article l'importance de la communication dans le domaine de la santé. Son importance repose selon eux sur le fait qu'elle permet de comprendre, de véhiculer des informations, mais aussi de contribuer au changement de comportement pour l'amélioration du système sanitaire. Les propos de Jean-Pierre DURAND et Victor SCARDIGLI⁶⁷ s'inscrivent dans cette lignée lorsqu'ils présentent le développement des approches de la sociologie de la communication. Selon ces approches l'évolution doit suivre ces 3 principes : l'information, communication et médias. Dans cette théorie, les auteurs schématisent la communication en E-R (sujet) émetteur

⁶⁴Rapport final- FAYE et NIANG, 2013, op. cit.

⁶⁵L. TOURE et al, 2011, Santé maternelle et néonatale au Sénégal succès et défis

⁶⁶L. RENAUD, C. R. de SOTELO, 2007, « Communication et santé : des paradigmes concurrents », *Santé Publique*, Vol. 19, n°1 p. 31-38.

⁶⁷J.P. DURAND et V. SCARDIGLI, Sociologie de la communication et des technologies de l'information, dans la Sociologie contemporaine, Vigot, 2002.

(sujet) récepteur. De ce point de vue, une communication peut avoir certains biais si l'on ne tient pas en compte le niveau d'instruction des personnes ciblées. Ils estiment que les soignants ne prennent pas en compte le niveau d'instruction des populations. En effet, il existe un écart considérable entre les attentes des patientes et les soins des services. Les prestataires de soins s'inscrivent dans une logique où le plateau technique prime alors que pour les parturientes la qualité de l'accueil précède le plateau technique. Ainsi, parler de la question de l'accessibilité permet de mieux étayer la question étudiée.

II. L'accessibilité aux soins postnataux, déterminants de non recours aux CPoN

Après avoir montré dans la partie précédente les perceptions des stratégies mises en place, il est question dans celle-ci de montrer comment les difficultés d'accessibilité géographique, financière et culturelle peuvent constituer une barrière au recours des CPoN.

1. L'accessibilité géographique un déterminant de non recours aux soins en post-partum

L'accessibilité aux soins a toujours fait l'objet de nombreuses controverses en Afrique. À cet effet, elle a interpellé plusieurs disciplines notamment la médecine, les sciences sociales, etc. Cependant, la réalité sociale étant relative et complexe d'où l'intérêt de l'appréhender selon les conditions dans lesquelles elle s'inscrit. Ainsi, il serait judicieux de l'expliquer en fonction des contextes sociaux et économiques qui varient selon les terrains d'étude. À ce propos, à Touba se pose un réel problème d'accessibilité géographique. En effet, après le baptême du nouveau-né, la maman rejoint le domicile familial pour se reposer afin de respecter la coutume. Cette coutume est communément appelée le « NAMPALI » (aller allaiter) à Touba. En raison de ce « NAMPALI » elles ne peuvent pas poursuivre à la lettre leur CPoN à l'hôpital, car le domicile familial est souvent éloigné de l'hôpital :

« Tu es une femme tu comprends bien comment se passe la grossesse... ! Mdr... Si tu accouches une semaine après tu dois te reposer chez ta maman. Et parfois le l'hôpital est éloigné je préfère suivre mes CPoN dans les postes environnants c'est le Nampali tu comprends...tu es une femme mdr... c'est la coutume ici ! » (AS_Accouchée-récente_28ans_Touba_Ndamatou)

Cet extrait d'entretien illustre que la distance qui sépare une accouchée de l'hôpital reste un frein à l'observance des soins postnataux. En dehors des facteurs précités, un autre aspect ressort des entretiens celui de l'état de la route pour rejoindre la structure. À ce propos, une étude menée par l'OMS montre qu'un nombre considérable de femmes font plus de

5kilomètres pour rejoindre la structure de santé. Par ailleurs, les moyens de locomotions posent aussi problème dans la commune de Touba. Les moyens de transport restent limités pour faciliter les déplacements. Les parturientes se déplacent la plupart du temps avec des charrettes. Ces moyens de transport constituent un risque selon nos interlocutrices pour la mère et le bébé. Par conséquent, l'absence de véhicule adéquat et l'état des routes occasionnent les difficultés d'accessibilité aux soins. Par contre, quel est l'impact de l'accessibilité financière sur le recours au soin en post-partum ?

2. Les facteurs d'accessibilité financière

L'accessibilité financière de la CPoN est aussi décrite par les femmes. Il est sorti de cette étude que l'accessibilité financière constitue un déterminant de non-recours aux services de CPoN. À la maternité de Ndamatou, la majorité des femmes qui ont effectué leur CPoN habitent à moins de 5kilomètre de l'hôpital sanitaire. Ceci étant, les difficultés sont plutôt à chercher sur le coût de la CPoN qui s'élève à 1500 FCFA à Ndamatou. Ce faisant, les maris se plaignent sur la cherté des CPoN :

« Nous sommes des Baols-Baols on a aucune autre activité que le commerce. Et parfois on peut ne pas avoir d'agent pour leur donner... ! C'est à eux de nous comprendre pour essayer de nous aider. » (MB_Mari_39ans_darou khoudoss_Touba).

À la suite de cet extrait d'entretien, l'on s'aperçoit que la situation économique de Touba reste un déterminant majeur de l'utilisation des soins postnataux. En effet, le commerce est l'activité principale dans la commune de Touba. Par conséquent, les ressources financières sont relativement limitées raison pour lesquelles ces soins ne sont pas accessibles à tous :

« Si tu veux gérer tes dépenses quotidienne, l'argent que tu donnes à ta mère et autre les médicaments aussi coûte chère c'est un peu compliqué. Les revenus ne sont pas stables. Des fois du matin au soir je ne vends rien » (MB_Mari_39ans_guédé_Touba).

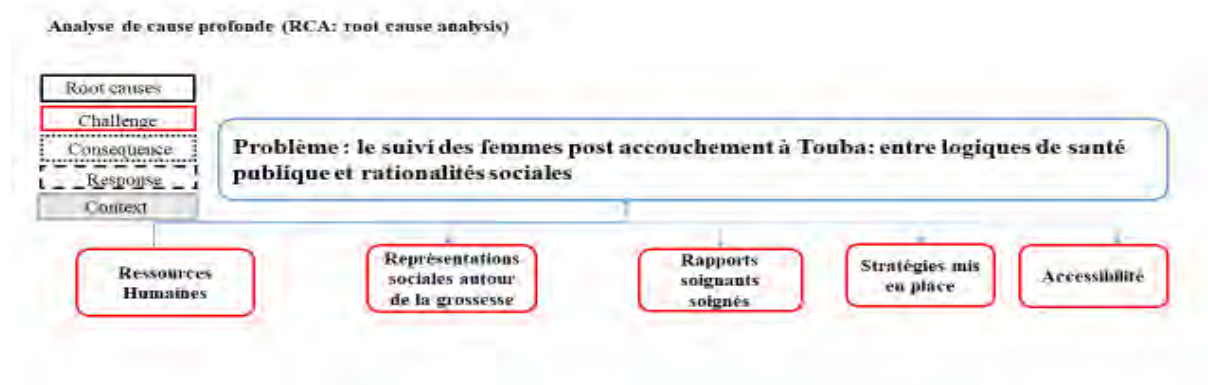
L'interprétation que nous faisons de cet extrait d'entretien est que l'instabilité financière freine le suivi en post-partum. Prolongeant la réflexion, Jean-Luc RICHARD⁶⁸ montre dans sa thèse portant sur l'accès et le recours aux soins au Bénin, comment les ménages à faible revenu ont des difficultés pour accéder aux soins dans le département d'Ouessé.

⁶⁸J-L. RICHARD, 2001, accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture d'Ouessé, Frédéric CHIFFELLE (dir.), université de Neuchâtel, FLSH, p. 1012.

Parallèlement, Moustafa OUSMAILA⁶⁹ l'a bien montré lorsqu'il estime que la situation financière n'est pas la même. En effet, il évoque dans son étude que le travail informel implique une certaine instabilité des revenus. Il montre que le travail informel implique une certaine instabilité des revenus. Dans cette lignée, P. DUBOZ, L. GUEYE, et *al.*, estiment que : « ces inégalités d'accès aux soins sont décrites comme étant la conséquence de déséquilibres socio-économiques, spatiaux, médico-politiques ou culturels »⁷⁰. Ainsi, à Touba les disparités socio-économiques s'expliquent par la pluralité des activités informelles à côté de celles formelles qui en sont une minorité. Cette instabilité des revenus contribue au non recours des services postnataux. Les schémas ci-après montrent les causes profondes du non recours des CPoN.

III. Root Cause Analysis (RCA) des déterminants du non suivi des CPoN

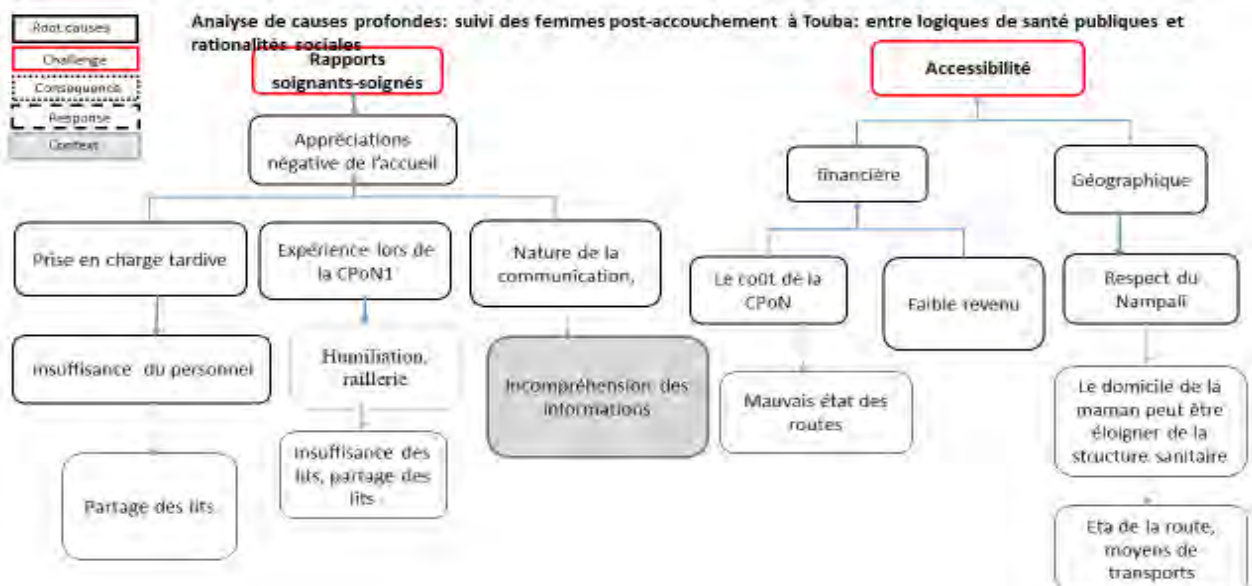
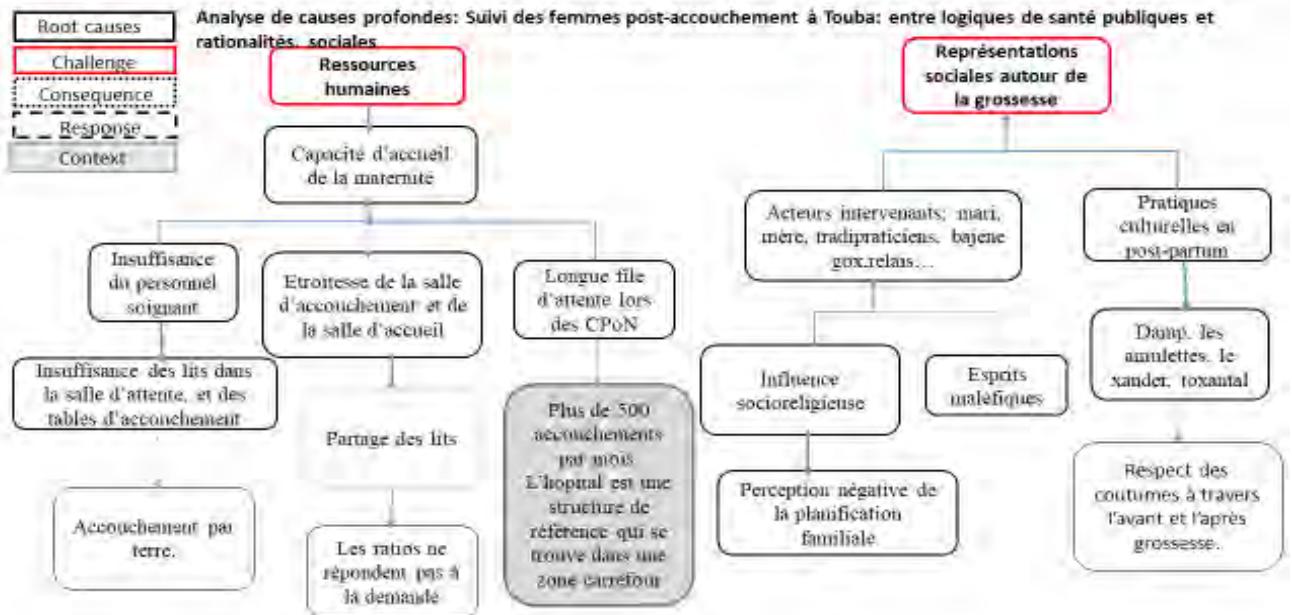
La Root cause analysis (RCA)⁷¹ est un processus permettant d'identifier « les causes profondes » d'un problème ou d'un événement, soient les facteurs qui sont à l'origine. Il est utilisé dans le cadre de cette recherche pour appréhender les racines des logiques, perceptions et rationalités du non recours aux CPoN par les femmes en postpartum à Touba. Les schémas ci-après montrent les principaux déterminants du non suivi des CPoN.

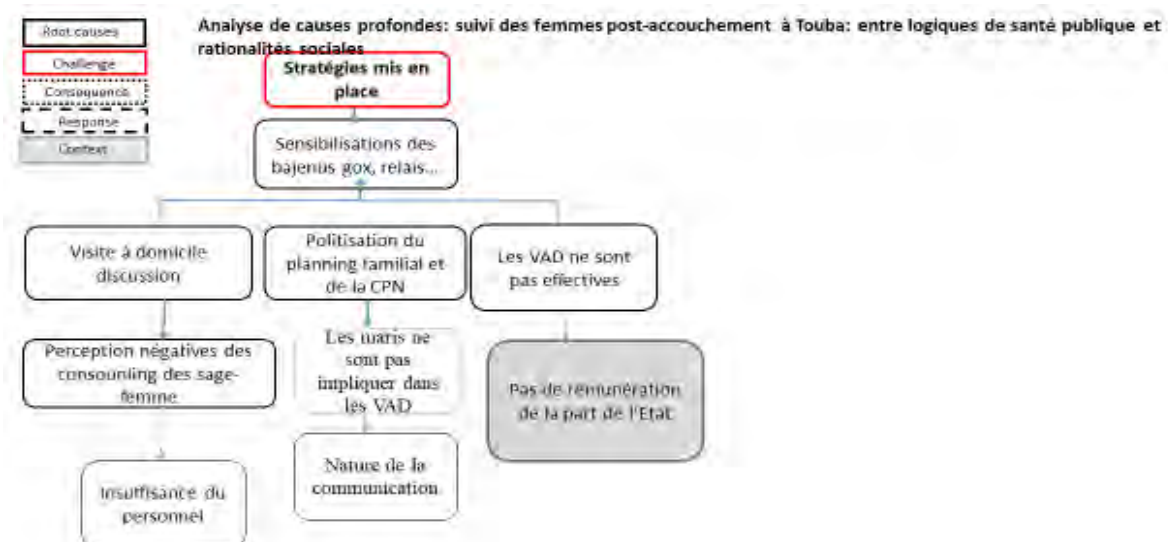


⁶⁹M. OUSMAILA, 2012, Facteurs limitant l'accessibilité aux soins oculaires dans le district de santé de Maga, Mballa Désiré, Mbativou Anangou, Monique épse Teudjio (coord.), école des infirmiers spécialisés de Yaoundé, P.43.

⁷⁰P. DUBOZ, L. GUEYE, G. BOETSCH, E. MACIA, 2015, Accès aux soins à Dakar (Sénégal) : fréquence, type de soignants et maladies chroniques non transmissibles. Med Sante Trop, vol 25, n°2, pp. 165-171.

⁷¹ <https://www.oracle.com/fr/cloud/root-cause-analysis.html>. Consulté le 31 Décembre 2020.





Retenons à travers ces différents schémas que les différentes causes profondes du non-recours aux soins de CPoN se résument autour de cinq points : les ressources humaines, les représentations sociales autour de la grossesse, les rapports femmes en post-partum et prestataires de soins, l'accessibilité financière et géographique et la qualité perçue des stratégies mises en place pour le suivi des CPoN à Touba.

En définitive, les données recueillies révèlent que l'accueil, et la longue file d'attente dissuadent les femmes à recourir aux soins. Sous un autre angle, la communication des acteurs en post-partum constitue un obstacle pour déroulement normal des CPoN. L'accessibilité financière et géographique aux soins est loin d'être un facteur négligeable pour la compréhension du non-recours aux soins postnataux. En effet, l'état des routes et le respect des coutumes constituent un obstacle majeur. Les interactions entre prestataires de soins et parturientes constituent une démotivation au recours des soins dans la structure de santé. Les entretiens effectués auprès de la communauté nous ont permis de mieux cerner les perceptions des usagers sur le dispositif d'accueil.

CONCLUSION

La gestion de la grossesse (consultations prénatales) et de l'après-grossesse (consultations postnatales) est l'une des mesures préventives les plus utilisées et qui a permis d'éviter les mortalités maternelles, infantiles et néo-natales en Afrique. Mais, malgré cette performance, une inquiétude vis-à-vis de la santé de la reproduction et de la petite enfance au Sénégal est notée. Ainsi, les normes édictées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière de soins en post-partum ne sont pas respectées. C'est au regard de cette réalité qu'il nous a semblé important d'entreprendre cette étude portant sur le suivi des femmes après accouchement à Touba, en documentant les logiques de santé publique et les représentations sociales. Cette problématique pose des questions nécessitant des éclairages des sociologues, des acteurs de la santé et tous les observateurs de la vie sociale. La portée de cette étude vise, sur la base d'analyses des faits ou des évidences, à éclaircir les coulisses (selon le sens d'Erving Goffman) qui sous-tendent la réflexion.

Le constat empirique a permis de comprendre que la gestion de l'après-grossesse constitue un enjeu majeur à Touba. Même si cette étude n'est pas exhaustive, elle contribue à cerner la problématique étudiée. De fait, plusieurs facteurs explicatifs du non-suivi des CPoN par les femmes ont été découverts. Parmi lesquels il y a lieu de noter : les expériences vécues au sein de la maternité, les représentations sociales de la gestion de la mère en post-partum et de la petite enfance et les perceptions de la communication des acteurs communautaires sur les CPoN. La descente sur le terrain, par une démarche symétrique et réflexive avec un processus itératif, a révélé un facteur non négligeable : la religion. En effet, à l'hôpital de Touba (Ndamatou), les prestataires de soins abordent les questions de planification familiale au moment des CPoN. Or, l'évocation de ces questions (liées à la planification) par les prestataires de soins, à ce moment précis, favorise les réticences de l'entourage des femmes (en particulier les maris) vis-à-vis du suivi des CPoN. La ville de Touba étant une zone à prégnance religieuse, la planification familiale est perçue comme allant à l'encontre des enseignements de Cheikh Ahmadou Bamba ; ce qui favorise, par ricochet, le non-suivi des femmes en post-partum.

Il est donc nécessaire de reconnaître que les résultats de cette recherche ne peuvent pas être extrapolés à l'ensemble de la commune de Touba. L'autre insuffisance concerne nous-mêmes (attitude) en tant que chercheur appartenant à la confrérie mouride à Touba. Ayant pris un ensemble de dispositions méthodologiques d'investigation et adopter une posture réflexive,

pour lutter contre ces limites qui nous sont inhérentes, nous avons réussi tant bien que mal à taire notre subjectivité en tant que mouride. C'est dans ce contexte d'ailleurs que se situe tout le défi des sciences sociales, notamment la sociologie et l'anthropologie.

Bibliographie

- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples Sénégal (EDS-MICS), 2010-2011, Rapport final.
- AKOU AKA K., 2010, « L'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou (Cote d'Ivoire) », *Les Cahiers d'Outre-Mer*, n° 251, pp. 439-459.
- AUBEL J., 2002, Grand-Mother Project : *Changement par la culture. Impliquer les grands-mères pour promouvoir la nutrition, la santé et le développement de l'enfant*.
- BAKOUAN., 2011, « Déterminants de la faible proportion des femmes enceintes vues en première consultation prénatale au premier trimestre de grossesse dans le district sanitaire de Tenkogodo », École nationale de santé publique, Burkina Fasso.
- BARTOLI L., 2007, Psychologue clinicienne et psychothérapeute, « Venir au monde » Edition Petite Bibliothèque, Payot.
- BENINGUISSE G., 2003, *Entre tradition et modernité. Fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, Paris, L'Harmattan.
- BOUDOKHANE F., 2006, « Comprendre le non-usage technique : réflexions théoriques », Groupe de recherche et d'étude sur les médias de L'université Michel Montaigne, Bordeaux3.
- CHARON J-M., 2003, Interactionnism symbolic : an introduction, an interprétation, an intégration, pp. 22-43.
- FASSIN D et MEMMI D., 2004, « La gouvernement de la vie mode d'emploi », *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- DEPELTEAU J-F., 2000, *La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats*, Québec, Les presses de l'Université Laval.
- DESPRES et al., 2012, Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre.

- DUBOZ P., GUEYE L., BOETSCH G., MACIA E., 2015, « Accès aux soins à Dakar (Sénégal) : fréquence, type de soignants et maladies chroniques non transmissibles », *Med Sante Trop*, n° 25, pp. 165-171.
- DUJARDIN B., 2003, *Politique de santé et attentes des patients : vers un nouveau dialogue constructif*, Paris, Éditions Karthala.
- DURAND J-P., et SCARRDIGLI V, 2002, Sociologie de la communication et des technologies de l'information, dans la Sociologies contemporaine, Vigot.
- Enquête Démographique Sanitaire (EDS), 2010-2011.
- FALL A.S. et VIDAL L., 2006, « Emergence d'une culture, déclin d'une profession.» *Soigner et prévenir au Sénégal et en Côte-d'Ivoire*. Cahier internationaux de sociologie, n° 121 pp.239-264.
- FAYE S. et *al.*, 2009, « Devenir mère au Sénégal : des expériences de maturité entre inégalités sociales et défaillances des services de santé », femmes parturientes et enceintes, (enquête qualitative menée dans une communauté rurale (Malicounda, Sénégal), auprès d'une population de femme parturientes et enceintes.
- FAYE S., et *al.*, 2013, Étude sur l'amélioration de la santé maternelle et néonatale dans quatre pays du Sahel (Mauritanie, Tchad, Niger et Mali), Croix Rouge Française.
- BONNICO C., 2007, « Goffman et l'ordre de l'interaction », *Les moments et leurs hommes*, n°1, pp.31- 48.
- HOURS B., 2001, *Système et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala.
- HUBER G., HOHMANN J., REINHARD, K., 2003, Mutuelles de Santé : 5 Années d'Expérience en Afrique de l'Ouest, GTZ.
- JAFFRÉ Y. et OLIVIER DE SARDAN J-P., 2003, *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, APAD-Karthala, Collection Hommes et Sociétés.
- JAFFRÉ Y., 2006, « Dynamiques et limites socio-anthropologiques des stratégies de prévention et de contrôle des risques infectieux dans les pays en voie de développement », in *La maitrise des maladies infectieuses*, un défi de santé publique, une gageure médico-scientifique, Paris, académie des sciences, Rapport sur la science et la technologie, n° 24, pp. 101-115.

- JAFFRÉ Y., OLIVIER DE SARDAN J-P et *al.*, 2002, Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologiques du projet « santé urbaine » (Unicef, coopération française). Enquête sur l'accès aux soins dans les cinq (05) capitales de l'Afrique de l'Ouest.
- KAPAR B M., 1922, *Argonauts of the Wertern Pacific*
- MAIA C., « Mourir en donnant la vie des risques accrus pour les femmes du Sud » in *Etudes*, 2004/11(Tome401), p. 473-482.
- NDIAYE L., 2015, « Corps du « oui », corps du « non » : Pour une socio-anthropologie de la grossesse en milieu wolof sénégalais, *Revue de Sociologie, d'Anthropologie et de Psychologie (RSAP)*, n° 6, Presse Universitaire de Dakar, pp. 301-316.
- NDOYE T., 2018, Évaluation de l'efficacité de l'outil WASH & CLEAN sur le changement du comportement des personnels de santé en matière de prévention et de contrôle de l'infection dans les maternités de la région de Diourbel, rapport multigr., Direction de la Santé de la mère et de l'Enfant (DSME).
- NDOYE T., HANE F., et DELAUNEY K., 2005, « Des taches aux identités des soignant (exemples sénégalais) » in Laurent VIDAL et *al.* (dir.) *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest*, L'Harmatan.
- OLIVIER DE SARDAN J. P., 2008, *La rigueur du qualitatif, les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, LOUVAIN-LA-NEUVE, Bruylant-Academicas.a.
- OUSMAILA M., 2012, Facteurs limitant l'accessibilité aux soins oculaires dans le district de santé de Maga, Mballa Désiré, Mbativou Anangou, Monique épse Teudjio (coord.), école des infirmiers spécialisés de Yaoundé.
- PRUAL A., 1999, « Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest vers une maternité a moindre risques », *Santé Publique*, Volume 11, n° 2, pp. 167-185.
- Rapport OMD 5 : améliorer la santé maternelle, 2015.
- RENAUT L., DE SOTELO C.R., 2007, « Communication et santé : des paradigmes concurrents », *Santé publique*, Vol. 19, n°1, pp. 31-38.
- RICHARD J-L., 2001, Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture d'Ouëssé, Frédéric CHIFELLE (dir.), université de Neuchatal, FLSH.
- SIROTA R., 2012, « L'enfance au regard des sciences sociales », *AnthropoChildren* » [en ligne], n°1 (janvier2012).

- THADDEUS S., MAINE D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Science and Medicine* 1994; 38: 1091–1110.
- TOURE L et *al.*, 2011, Santé maternelle et néonatale au Sénégal succès et déficit, Washington, DC : USAID.

Annexes

Guide d'entretien pour les prestataires de soins

Mon nom est Je travaille dans la commune de Touba pour le compte de mon mémoire de Master en sociologie. Je suis en train d'interroger les femmes, les membres de la communauté et les prestataires de soins comme vous en vue de comprendre les logiques sociales et de santé publique en rapport avec le suivi des femmes après accouchement.

Confidentialité et Consentement

J'aimerais vous poser quelques questions. Vos réponses seront strictement tenues confidentielles. Votre participation est volontaire. Nous vous prions de répondre honnêtement aux questions afin de nous aider à mieux comprendre les facteurs explicatifs du non achèvement des CPoN par les femmes à l'hôpital Ndamatou.

Nous apprécions beaucoup l'aide que vous pourriez nous apporter en répondant aux questions de cette étude. L'administration de ce guide d'entretien prendra approximativement 45 minutes. Acceptez-vous de participer à cette étude ?

Je certifie que l'enquêté (e) a été informé (e) de la nature, du but de l'étude et qu'elle a donné un consentement verbal pour participer à cette étude.

Signature de l'enquêteur

I. Guide d'entretien

Age :

Sexe :

Niveau d'instruction :

Profession :

Fonction dans la structure :

Ancienneté dans la structure de santé :

II. Objectifs

- Analyser l'importance accordée au CPoN
- Discuter des rapports soignants soignés lors de CPoN1

III. Utilités des consultations post-natales

Quelle importance accordez-vous au CPoN ?

Les femmes complètent elles les CPoN normalement ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?

Quels sont, selon vous, les facteurs qui encouragent ou bloquent le recours aux CPoN chez les femmes de la localité ?

Y-a-t-il des pratiques sociales et religieuses qui entravent le bon suivi des indications d'après grossesse ?

Quelles sont les actions qui sont faites à ce niveau pour pallier ces difficultés ?

IV. Rapports soignants soignées

Quelles sont vos relations avec les femmes accouchées récentes ?

Pouvez-vous nous parler des expériences lors de CPoN1 ?

Que faut-il, selon vous, pour la complétude des consultations post-natales ?

Pensez-vous qu'il y ait des éléments (pratiques sociales, culturelles, croyances, contraintes) qui bloquent le bon suivi de la CPoN au niveau communautaire

Guide d'entretien pour les femmes accouchées récentes

Mon nom estJe travaille dans la commune de Touba pour le compte de mon mémoire de Master en sociologie. Je suis en train d'interroger les femmes et les membres de la communauté comme vous en vue de comprendre les logiques sociales et de santé publique en rapport avec le suivi des femmes après accouchement.

Confidentialité et Consentement

J'aimerais vous poser quelques questions. Vos réponses seront strictement tenues confidentielles. Votre participation est volontaire. Nous vous prions de répondre honnêtement aux questions afin de nous aider à mieux comprendre les facteurs explicatifs du non achèvement des CPoN par les femmes à l'hôpital Ndamatou.

Nous apprécions beaucoup l'aide que vous pourriez nous apporter en répondant aux questions de cette étude. L'administration de ce guide d'entretien prendra approximativement 45 minutes. Acceptez-vous de participer à cette étude ?

Je certifie que l'enquêté (e) a été informé (e) de la nature, du but de l'étude et qu'elle a donné un consentement verbal pour participer à cette étude.

Signature de l'enquêteur

I. Identification de l'enquêté

Age :

Sexe :

Nombre d'enfants :

Durée dans la localité :

Expérience avec la structure de santé (maternité)

Objectifs

- La perception des femmes accouchées récentes sur les consultations post-natales, l'accessibilité culturelle et financière dans la structure.
- Pratiques culturelles autour du couple mère-nouveau-né.

II. Prise en charge communautaire de la grossesse et de l'après grossesse

Une fois au courant de votre grossesse, à qui en avez-vous parlé en premier ? Pourquoi ?

Quels conseils avez-vous reçu de sa part ?

Quelles sont les pratiques culturelles faites autour du couple mère nouveau-né ?

Quelle est l'importance de ces pratiques ?

III. Expériences au niveau de la maternité

Durée et expérience de fréquentation de la maternité

Que pensez-vous de l'accueil au sein de la maternité ?

Pouvez-vous nous parler du vécu de l'accouchement ? Comment se comportaient les prestataires de soins ?

Pensez-vous que les conditions sont réunies à l'hôpital pour le bon déroulement des CPoN ?

Quelles sont vos attentes concernant les consultations post-natales ?

Quels sont les facilitateurs et contraintes de la CPoN (coûts, période après baptême, éloignement du domicile,...)?

IV. Politiques et stratégies mis en place

Avez-vous reçu des sensibilisations sur l'importance des CPoN ?

Est-ce que les informations reçues ont eu une influence sur le respect des CPoN ?

Que pensez-vous des tarifs forfaitaires des CPoN ?

Guide d'entretien pour les belles mères

Mon nom estJe travaille dans la commune de Touba pour le compte de mon mémoire de Master en sociologie. Je suis en train d'interroger les femmes et les membres de la communauté comme vous en vue de comprendre les logiques sociales et de santé publique en rapport avec le suivi des femmes après accouchement.

Confidentialité et Consentement

J'aimerais vous poser quelques questions. Vos réponses seront strictement tenues confidentielles. Votre participation est volontaire. Nous vous prions de répondre honnêtement aux questions afin de nous aider à mieux comprendre les facteurs explicatifs du non achèvement des CPoN par les femmes à l'hôpital Ndamatou.

Nous apprécions beaucoup l'aide que vous pourriez nous apporter en répondant aux questions de cette étude. L'administration de ce guide d'entretien prendra approximativement 45 minutes. Acceptez-vous de participer à cette étude ?

Je certifie que l'enquêté (e) a été informé (e) de la nature, du but de l'étude et qu'elle a donné un consentement verbal pour participer à cette étude.

I. Signature de l'enquêteur

I. Identification de l'enquêté

Age :

Sexe :

Niveau d'instruction :

Nombre d'enfants :

Expérience avec la structure de santé (maternité) :

II. Objectifs

- Analyser l'implication des belles mères dans la prise en charge communautaire du couple mère nouveau-né.
- Comprendre les rationalités de la prise en charge communautaire du couple mère nouveau-né.

III. L'importance et les rationalités de la prise en charge communautaire

Qu'est-ce que vous faites traditionnellement lorsque vous êtes enceinte ?

Quelles sont les pratiques traditionnelles en période d'après grossesse ? Qu'est-ce que vous faites traditionnelles quand vous accouchez ? En dehors de ce qu'on vous conseille à l'hôpital qu'est-ce que vous faites au sein de la famille que les belles-mères ou grands-mères vous conseillent ?

Selon vous le traitement médical est-il plus efficace que la prise en charge communautaire ? Pourquoi ?

Quelle est l'importance de ces pratiques pour la mère et l'enfant ?

Dans votre culture excisez-vous les nouveau-nés ? Est-ce que cela a une influence sur le suivi des consultations après l'accouchement ?

Table des matières

Dédicace.....	2
Remerciements.....	3
Listes des tableaux et figures.....	4
I. Tableaux	Erreur ! Signet non défini.
II. Figures	4
Liste des abréviations	6
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE I : CADRE THÉORIQUE.....	II
I. Revue de littérature	11
1. Les théories socio-anthropologiques de la petite enfance	11
2. La littérature sur la non-satisfaction des besoins en soins de santé	12
3. L'Accessibilité aux soins, source de démotivation des CPoN.....	14
4. Les interactions soignants-soignés, source de démotivation	15
5. Communication, un outil d'éclaircissement pour les femmes en post-partum	16
II. Contexte d'étude et problématique de recherche	17
1. Accouchement et problématique du recours au CPoN à Ndamatou.....	17
2. La satisfaction des besoins, un déterminant de la complétude des CPoN ?	19
3. La prise en charge communautaire des femmes, source de non-complétude des CPoN à Ndamatou ?	20
4. Les rapports femmes et prestataires de soins : une source démotivation ?.....	20
5. Les représentations populaires autour de la grossesse.....	21
III. Objectifs de recherche	23
1. Objectif général	23
2. Objectifs spécifiques	23
IV. Hypothèses de recherche.....	23
1. Hypothèse principale.....	23
2. Hypothèses secondaires.....	23
V. Définition et opérationnalisation des concepts et termes clés.....	23
1. Accessibilité des CPoN	23
2. Communication	24
3. Qualité des CPoN.....	26
4. Qualité perçue	26
5. Représentations sociales.....	27
6. Dispositif communautaire	27
VI. Cadre théorique de référence : l'interactionnisme symbolique	28
VII. Modèle d'analyse : l'interactionnisme symbolique d'Herbert BLUMER.....	29
CHAPITRE II : CADRE MÉTHODOLOGIQUE	3I
I. Recherche documentaire et enquête exploratoire.....	31
II. Présentation de la région de Diourbel	31
III. Délimitation du cadre d'étude : description de l'hôpital Ndamatou	32
1. Situation historique	32
2. Situation géographique.....	33
3. Situation démographique.....	34
IV. Population cible.....	35
1. Cible principale	35
2. Cibles secondaires	35

V. Méthode et techniques d'échantillonnage	35
1. Critères d'inclusion	36
2. Critère d'exclusion	36
VI. Choix de la méthode.....	36
VII. Choix des outils et techniques de collecte de données	36
1. Entretien libre (exploratoire).....	36
2. Entretien semi-structuré	37
3. Focus group	37
4. Observation directe	37
VIII. Techniques d'analyse de données.....	38
IX. Négociation de la collecte de terrain : un bricolage continu	38
1. Histoire de la recherche	38
1.1. Difficultés administratives.....	38
1.2. Difficultés d'intégration	39
CHAPITRE I : PRÉSENTATION DES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET DE LA MATERNITÉ DE NDAMATOU	42
I. Présentation des caractéristiques sociodémographiques des catégories cibles	42
1. Répartition des cibles touchées par catégories	43
2. Répartition des enquêtés en fonction de l'âge	43
3. Répartition des enquêtés en fonction de l'ethnie	44
4. Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction.....	45
5. Répartition des enquêtés en fonction de l'expérience de maternité	46
II. Ethnographie de la maternité de Ndamatou	48
1. Présentation de la maternité de Ndamatou	48
2. La salle d'attente de la maternité.....	49
3. La salle de travail et de réception de la maternité	50
4. La salle d'accouchement de la maternité de Ndamatou	51
CHAPITRE II : STRATÉGIES DE PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DE LA GROSSESSE ET DE L'APRES GROSSESSE À TOUBA	55
I. Cartographie des acteurs intervenants dans la prise en charge de la grossesse et de l'après grossesse	55
1. Acteurs de santé communautaire : Bajjenu gox et Relais.....	55
2. Acteurs familiaux du post-partum : belle-mère, grand-mère, mère, mari	57
3. Autres acteurs communautaires: les tradipraticiens	58
II. Particularités de la grossesse dans la commune de Touba	59
1. Gestion de la grossesse au niveau communautaire : une gestion ethnicisée.....	60
2. Influences socioreligieuses sur la non-complétude des soins postnataux.....	61
III. Pluralité de pratiques culturelles autour du couple mère nouveau-né.....	62
1. Un accueil ethnoculturel réservé au nouveau-né	62
2. Le soin du nombril selon les ethnies	62
3. Le « toxantal ».....	64
4. « Le Damp ».....	65
IV. Les politiques et stratégies mises en place en post-partum	66
1. Sensibilisations des bajjenu Gox à travers les VAD	66
2. Qualité perçue des stratégies mises en place	68
CHAPITRE III : PERCEPTIONS ET ACCESSIBILITÉ DE LA PRISE EN CHARGE À TOUBA	70
I. Attitudes et pratiques des prestataires de soins à l'hôpital Ndamatou	70
1. L'accueil, déterminant du non recours au service de CPoN.....	70
2. Les CPoN, moyens de discussion et d'information.....	73
II. L'accessibilité aux soins postnataux, déterminants de non recours aux CPoN.....	74

1. L'accessibilité géographique un déterminant de non recours aux soins en post-partum.....	74
2. Les facteurs d'accessibilité financière.....	75
III. Root Cause Analysis (RCA) des déterminants du non suivi des CPoN.....	76
CONCLUSION.....	79
Bibliographie.....	81