

**ETUDE SUR L'ACCES ET L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE MATERNELLE
ET NEONATALE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE DANAMADJI**



Rapport Final

SOMMAIRE

SOMMAIRE	II
LISTE DES SIGLES	III
RESUME EXECUTIF.....	IV
CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE	1
I.1. CADRE DE L'ÉTUDE.....	2
I.1.1. Contexte et justification.....	2
I.1.2. Les objectifs de la recherche.....	2
I.1.3. Résultats attendus.....	3
I.2. APPROCHE METHODOLOGIQUE	3
I.2.1. Cadre conceptuel.....	3
I.2.2. Champ de l'étude et échantillonnage.....	3
I.2.3. Collecte des données	4
I.2.4. Résultats de la collecte des données	6
I.2.5. Le traitement des données	6
I.3. LES DIFFICULTES RENCONTREES	6
I.4. ASPECTS ETHIQUES	6
CHAPITRE 2 : LES DETERMINANTS DE L'ACCES ET DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SMNN	8
II.1. DES CONTRAINTES LIEES A L'OFFRE.....	9
II.1.1. L'offre en SMMN reste insuffisante	9
II.1.2. La problématique des coûts subsiste	10
II.1.3. La distance à parcourir reste un facteur démotivant	12
II.2. LES BENEFICIAIRES ONT UNE MAUVAISE APPRECIATION DE L'OFFRE EN SOINS DE SMNN.....	13
II.2.1. L'accueil est jugé incorrect	13
II.2.2. Les soins sont jugés inefficaces.....	13
II.2.3. La disponibilité des services est perçue comme étant faible	14
II.3. DES ORIENTATIONS SOCIOCULTURELLES AFFAIBLISSENT LA DEMANDE.....	16
II.3.1. Un syncrétisme thérapeutique dominé par des pratiques traditionnelles.....	16
II.3.2. Une offre parallèle soutenue par des Accoucheuses Traditionnelles (AT)	17
II.3.3. Une image dichotomique de la vulnérabilité de la femme enceinte	18
II.3.4. Le statut du personnel de santé peut être un frein.....	19
II.4. DES BARRIERES LIEES AU GENRE	19
II.4.1. Le processus décisionnel est sous le contrôle des hommes	19
II.4.2. Les attitudes des hommes sont contingentes face à la PF.....	20
II.5. LES POPULATIONS ONT UNE FAIBLE CONNAISSANCE DE L'IMPORTANCE DE LA SMNN	22
II.5.1. La perception de la CPN est confuse.....	22
II.5.2. La nécessité d'accoucher dans un centre de santé n'est pas forcément perçue.....	23
II.5.3. Les fondements de la CPON sont méconnus des populations	23
II.6. LES FAIBLESSES DE LA COMMUNICATION SUR LA SMNN	24
II.7. L'INSUFFISANCE DES SUPPORTS DE COMMUNICATION	25
II.8. LES LEVIERS DU RECOURS AUX SSMNN	26
II.8.1. La qualité des services reste le facteur le plus attractif.....	26
II.8.2. La connaissance des risques de la grossesse et de l'accouchement incite la demande.....	26
II.8.3. L'effectivité de la gratuité reste indispensable	27
II.8.4. Les mutuelles de santé restent un atout majeur	27
II.9. QUE RETENIR : DISCUSSION DES RESULTATS.....	29
CHAPITRE 3 : QUE FAIRE POUR AMELIORER L'ACCES ET L'UTILISATION DES SERVICES DE SMNN	31
III.1. DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES NECESSAIRES	32
III.1.1. Améliorer l'offre de services en SMNN	32
III.1.2. Créer un environnement social favorable à l'utilisation des SSMNN.....	33
III.1.3. Tenir compte des attentes et besoins spécifiques des bénéficiaires.....	35
II.2. PROPOSITIONS D'ACTION EN FONCTION DES PROBLEMES IDENTIFIES.....	36
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	39

LISTE DES SIGLES

ASC	Agents de Santé Communautaire
AT	Accoucheuse Traditionnelle
ATS	Agent Technique de Santé
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
COGES	Comité de Gestion
COM	COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens
COSAN	Comité de Santé
CPN	Consultation Périnatale
CPON	Consultation Postnatale
CS	Centre de Santé
CSSI	Centre de Support en Santé Internationale
DDC	Direction du Développement et de la Coopération
DIU	Dispositif Intra Utérin
DS	District Sanitaire
ECD	Equipe Cadre de District
EI	Entretien Individuel
FAP	Femme en Age de Procréer
FGD	Focus Group Dirigé
FOSA	Formation Sanitaire
HD	Hôpital de District
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PF	Planification Familiale
PADS	Projet d'appui aux districts sanitaires au Tchad
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNS	Politique National de Santé
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant VIH
SFDE	Sage Femme Diplômée d'Etat
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SMNN	Santé maternelle et Néonatale
SR	Santé Reproductive
Swiss TPH	Swiss Tropical and Public Health Institute

RESUME EXECUTIF

La présente étude s'inscrit dans le cadre des efforts engagés par le PADS (Projet d'Appui aux districts sanitaires de Danamadji et Yao) pour améliorer la santé maternelle et infantile dans ses zones d'interventions au Tchad. Sa réalisation se rattache au second effet attendu du projet qui vise l'augmentation de la demande et l'utilisation effective des soins en matière de santé maternelle et infantile. L'objectif de l'étude est d'appréhender les déterminants de l'utilisation des soins de la mère et du nouveau-né et les actions concrètes à mener pour réduire les barrières à l'accès aux services de santé maternelle et néonatale dans le District Sanitaire de Danamadji. Les résultats de l'étude contribueront à l'élaboration d'une stratégie de communication pour le changement de comportement.

L'étude a été conduite sur la base d'une démarche qualitative. Sur les 17 formations sanitaires que compte le district sanitaire de Danamadji, deux sites ont été retenus pour servir de base à l'étude dont un où les indicateurs d'utilisation des services de SMNN sont très bas, et l'autre où les indicateurs sont les meilleurs. Dans les sites, l'étude a couvert à la fois les populations sédentaires et nomades. Pour chaque cible, des entretiens individuels approfondis et des discussions de groupes focalisées ont été conduits auprès des femmes ayant une expérience récente de maternité, les conjoints des femmes ayant une expérience récente de maternité et les femmes âgées en charge des soins maternels et néonataux dans les communautés. Des entretiens individuels ont également été réalisés auprès des prestataires de santé, des Agents de Santé Communautaires (ASC) et des leaders communautaires. Au total 15 discussions de groupes focalisées (dont 6 avec les femmes en âge de procréer, 6 avec les conjoints des femmes en âge de procréer et 3 avec les femmes âgées) et 54 entretiens individuels approfondis ont été conduits. Au terme de l'analyse des données, les constats suivants ont été établis.

L'offre en santé maternelle et néonatale reste insuffisante : Les centres de santé offrent le paquet Minimum d'Activité (PMA) en Santé Maternelle et Néonatale (SMNN), mais les prestations souffrent d'insuffisances à plusieurs niveaux. Dans la plupart des centres, le matériel de base manque ou se trouve dans un mauvais état. A cela s'ajoute la faible disponibilité des compétences en quantité comme en qualité. Dans certaines formations sanitaires périphériques l'offre en SSMNN reste fortement tributaire de la présence ou de l'absence d'un seul prestataire. Dans ces conditions, les prestations sont souvent exécutées aux mépris des normes et procédures en la matière. Non seulement les prestataires ne respectent pas les normes mais ils éprouvent des difficultés à communiquer efficacement avec les patientes.

La distance et le coût des services engendrent des difficultés qui amenuisent l'accès et la demande des services de SMNN. Là-dessus, il apparaît que les efforts pour rendre géographiquement accessibles les centres de santé à moins d'une heure de marche n'ont pas eu les effets escomptés. Plus que la distance à parcourir, l'accessibilité géographique reste tributaire de la disponibilité des moyens de transports et le caractère désuet de ces moyens expliquerait dans une large mesure la préférence pour les accouchements à domicile. En outre, à cause des ruptures fréquentes en intrants, les centres de santé éprouvent des difficultés à respecter la gratuité des soins de SMI décrété par l'état pour améliorer l'accessibilité financière des populations services de santé.

La mauvaise appréciation des populations sur les services de santé limite le recours aux soins de SMNN : Plusieurs points d'insatisfaction sont rapportés qui portent sur le manque de compétences dans les centres, la non disponibilité des services, le mauvais comportement des agents, le mauvais accueil de la part des soignants, les rackets, le coût élevé des soins, les sommes énormes à dépenser lors des évacuations. En clair les populations estiment que l'offre actuelle est loin de répondre à leurs besoins. Ces appréciations négatives constituent le socle sur lesquels se développent des attitudes de rejets vis-à-vis des services de santé en général et de SMNN en particulier.

La demande en SSMNN est affaiblie par la persistance des pratiques traditionnelles : De façon explicite il n'apparaît pas de barrières culturelles qui empêcheraient les femmes de fréquenter les SSMNN. Cependant, l'itinéraire thérapeutique révèle une prépondérance des pratiques et rites

traditionnels qui s'accommodent difficilement avec une utilisation efficace des services de santé. Les démarches divines qui accompagnent la femme tout au long de la grossesse sont de nature à retarder le début de la CPN. Elles expliquent en partie la préférence des femmes pour les accouchements à domicile qui s'avèrent plus compatibles avec les rites occultes et autres pratiques atypiques de la délivrance. C'est l'importance accordée à ces pratiques qui permet aux accoucheuses de jouir d'une grande crédibilité auprès des femmes dans la mesure où, même formées, elles continuent à valoriser les pratiques traditionnelles. Elles constituent de ce fait une source parallèle d'offre qui attire plus les femmes.

Les barrières liées au genre sont contraignantes pour les femmes : Le processus décisionnel reste sous le contrôle des hommes, qui pourtant manquent de repères pour éclairer leurs décisions. Très peu d'entre eux ont des informations probantes sur la SMNN. Cette situation entraîne inévitablement des retards dans les décisions relatives à l'utilisation des services de SMNN.

L'importance des soins de SMNN n'est pas suffisamment connue : Les femmes et leurs conjoints n'appréhendent pas suffisamment l'importance d'une bonne prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né. Ainsi, l'idée est fortement répandue que faire la CPN éviterait à la femme d'avoir des complications au moment de l'accouchement et donc la dispense de recourir aux centres de santé pour l'accouchement. Une telle conception erronée de la CPN autorise les femmes à penser que les services de maternités ne sont pas forcément utiles et à préférer l'accouchement à domicile. De la même façon la CPON n'apparaît pas comme un impératif sauf en cas de maladie de la mère ou du nouveau-né. Dans le même ordre d'idée, il ressort un engouement des femmes à l'utilisation des services de PF. Mais cet engouement est quelquefois affaibli par des informations dévalorisantes sur les différentes méthodes. Ce qui tend à décourager les éventuelles utilisatrices. Une telle situation est imputable à un déficit de communication sur la SMNN à tous les niveaux, aussi bien à l'intérieur des centres de santé que lors des stratégies avancées.

Des leviers pour améliorer l'utilisation des services de SMNN existent : Quatre facteurs sont identifiés dont la combinaison pourrait certainement contribuer à booster l'accès et l'utilisation des soins de santé maternelle et néonatale.

- L'amélioration de l'offre en qualité et en quantité reste l'élément le plus attractif. Les femmes et leurs conjoints seraient capables de faire des efforts lorsqu'ils sont rassurés de trouver dans les centres de santé des prestataires compétents, disponibles et agréables.
- L'accroissement des connaissances sur les risques de la grossesse et de l'accouchement est un facteur qui incite la demande. Les résultats indiquent qu'avoir suffisamment de connaissances sur les risques au moment de l'accouchement conduit à prendre les décisions favorables à l'utilisation des services de SMNN.
- L'effectivité de la gratuité des soins de SMNN reste indispensable car beaucoup de gens continuent à percevoir à travers le coût une difficulté réelle pour accéder aux services de SMNN. Aussi, il est évident que rendre effective la mesure de gratuité pourrait être le moteur pour l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des SSMNN.
- L'existence des mutuelles de santé offre un terrain pour dénouer plusieurs problèmes de l'accès et de l'utilisation des services de SMNN. Elles ont un effet positif sur la demande des soins de SMNN ; elles influencent l'itinéraire thérapeutique en faveur des centres de santé, contribuent au financement du système de santé, concourent à l'effectivité de la gratuité et pourraient constituer un instrument aux mains des communautés pour veiller sur la qualité des services de santé. Au-delà, elles pourraient servir d'alternatives pour la mobilisation communautaire et le changement social et de comportement en faveur des soins de SMNN

Au regard de ces résultats, des actions ont été identifiées comme pouvant contribuer à améliorer l'accès et l'utilisation des services de SMNN et dont la mise en œuvre pourrait s'articuler autour de trois axes stratégiques

Améliorer la qualité de l'offre en SMNN

- En assurant la disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité suffisante.
- En soutenant la disponibilité en moyens matériels et en intrants
- En renforçant les capacités des prestataires en communication sur la santé maternelle et néonatale

Créer un environnement social favorable à l'utilisation des SSMNN

- En soutenant la reconversion des accoucheuses traditionnelles déjà formées
- En mettant en œuvre une stratégie intégrée de communication qui vise à améliorer les connaissances et les comportements des populations

Tenir compte des attentes et besoins spécifiques des bénéficiaires

- En corrigeant les dysfonctionnements dans la mise en œuvre de la politique de gratuité
- En mettant en place des dispositions nécessaires pour rendre les centres de santé plus attractifs par l'accueil et le comportement des prestataires.

CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

I.1. Cadre de l'Etude

I.1.1. Contexte et justification

Au Tchad, la mortalité des femmes et des enfants restent préoccupantes malgré les améliorations sensibles observées ces dernières années. Selon les résultats de l'EDS-MICS 2014-2015 (Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples) sur 1000 naissances vivantes, 72 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire. Aussi, le risque pour un enfant de décéder avant son cinquième anniversaire est de 65%. La mortalité maternelle reste aussi élevée avec un ratio estimé à 860 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

Le profil sanitaire du pays se caractérise par une morbidité et une mortalité élevées, plus marquées chez les groupes vulnérables, notamment les femmes en âge de procréer, et les enfants de moins de cinq ans. C'est pour améliorer cette situation que le Ministère de la Santé Publique (MSP) a adopté une Politique nationale de santé (PNS2007-2015) visant à «Assurer à la population l'accès aux services de santé de base de qualité pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité »

En synergie d'action avec d'autres Partenaires au Développement, la Coopération Suisse s'est engagée sur le long terme pour soutenir la mise en œuvre de cette PNS à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). C'est dans ce cadre qu'un Projet d'Appui aux Districts Sanitaires (PADS) du Tchad – Yao et Danamadji est mise en œuvre pour contribuer à réduire la mortalité et la morbidité dans les régions d'intervention de la DDC.

Un des effets attendus du PADS est que "la demande de soins en matière de santé maternelle et infantile et leur utilisation effective augmentent dans les districts sanitaires appuyés". Pour ce faire, le PADS envisage instaurer avec les communautés des actions de Communication pour le Changement de Comportement afin d'améliorer les connaissances et les attitudes des populations cibles en matière de santé maternelle et infantile.

Pour éclairer ses interventions, le PADS a déjà réalisé une étude de base dont les résultats montrent que le recours aux services de santé maternelle et infantile reste faible et que cette faiblesse est due à des barrières d'accès notamment le coût et la distance des services, mais également à des barrières culturelles (habitudes thérapeutiques, importance de la médication traditionnelle etc.). Toutefois, cette étude de nature quantitative qui a circonscrit les différentes tendances de comportement en matière de santé maternelle et infantile, n'offre pas de données suffisantes qui permettent de mieux comprendre les déterminants de ces comportements. Il est essentiel que ces résultats quantitatifs soient complétés par ceux d'une étude qualitative.

C'est pourquoi, le PADS a décidé de réaliser une recherche qualitative en vue d'appréhender les motivations profondes, et les facteurs qui conditionnent les comportements des populations en matière de santé maternelle et infantile et de recours aux services de santé.

I.1.2. Les objectifs de la recherche

L'objectif général de l'étude est d'identifier et d'analyser les déterminants de l'utilisation des soins de la mère et du nouveau-né dans le District sanitaire de Danamadji, afin d'orienter au mieux les activités sanitaires. De façon spécifique il s'agit de :

1. Analyser les éléments favorisant ou limitant l'accès aux soins de santé maternels et néonataux.
2. Identifier les actions concrètes à mener afin de réduire les barrières à l'accès aux services de santé maternelle et néonatale dans le DS de Danamadji.
3. Proposer des recommandations pratiques visant à améliorer la santé maternelle et néonatale, notamment à travers la Communication pour le Changement de Comportements (CCC).

I.1.3. Résultats attendus

1. Les freins et les leviers à l'accès aux soins de santé maternels et néonataux ont été identifiés.
2. Les besoins spécifiques de chaque groupe (nomade et sédentaire) et les actions à mener par le projet sont identifiés.
3. Des recommandations pratiques visant à renforcer la demande de soins et à améliorer la fréquentation des Services de santé maternelle et néonatale (SSMNN) sont formulées.
4. Des orientations sont disponibles pour l'élaboration d'un plan de communication pour le changement de comportement (CCC) incluant les Objectifs, les actions, les acteurs, la période et les indicateurs.

I.2. Approche méthodologique

I.2.1. Cadre conceptuel

L'étude s'inspire du modèle des 3 retards, développé par Thaddeus et Maine (1994) : (i.) au niveau de la prise de décision ; (ii) au niveau de l'accessibilité ; (iii) au niveau des structures de santé. Tant au niveau de la collecte que l'analyse des données la démarche a été de comprendre pour chacun des trois niveaux les facteurs qui interfèrent en faveur ou en défaveur de l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale. La démarche proposée tant au niveau de la collecte des données que de l'analyse a été essentiellement qualitative. Elle a utilisé des techniques qualitatives de collecte des données.

Les focus ont servi à appréhender les perceptions et les attitudes collectives en matière de procréation et gestion de la santé maternelle et néonatale. Les entretiens approfondis ont été nécessaires pour comprendre les motivations personnelles qui sous-tendent les comportements en matière de santé maternelle et infantile.

I.2.2. Champ de l'étude et échantillonnage

L'étude est focalisée sur le DS de Danamadji, car une étude socio anthropologique analogue a été déjà réalisée en 2013 par la Croix Rouge Française sur financement de l'AFD dans la région du Batha qui abrite le District sanitaire de YAO également appuyé par le PADS.

L'échantillonnage a été faite de manière raisonnée sur la base des critères qui tiennent compte des données d'utilisation des services de SMNN, de la représentation des différentes sensibilités socioculturelles.

Le DS de Danamadji qui constitue le champ de l'étude est composé de 17 zones de responsabilités toutes fonctionnelles. Sur la base des données exploratoires, deux zones d'enquête ont été retenues : une zone où les indicateurs d'utilisation des services de SMNN sont très bas, et une autre où ces indicateurs sont les meilleurs. La zone de Sido-Est a été choisie pour ses meilleurs indicateurs et celle de Moussafoyo pour ses indicateurs très faibles.

A l'intérieur de chaque zone, trois groupes de populations ont été ciblés : des populations vivant près du centre de santé, des populations éloignées du centre de santé et des populations nomades. Tenant compte de ces critères, les zones d'enquête suivantes ont été retenues :

FOSA	Populations Cibles		
	Zone Sédentaire		Zone Nomade
MOUSSAFOYO	Moussafoyo Centre	Moussafoyo Ferme (30 km)	Ferrick Ramala
SIDO – EST	Sido Centre	Village de Nadini (05 km)	Ferrick Sahère

Le choix de ces sites/zones tient compte également de la représentativité des différentes sensibilités culturelles et du mode de vie. La zone de MOUSSAFOYO centre est habitée en majorité par des Sarakaba, tandis que celle de Moussafoyo Ferme est un brassage culturel où vivent à la fois les

Sarakaba et les Dai. La zone de SIDO est majoritairement habitée par des Ngama. Quant aux ferricks, ils constituent les lieux d'habitat temporaire des populations nomades.

Dans chaque zone d'enquête, les personnes à interviewer ont été identifiées en fonction des critères d'inclusion suivants : avoir au moins un enfant de moins d'un an ou une expérience récente de maternité, et résider dans le village soit de manière temporaire (nomades, semi-nomades) ou définitive (sédentaires). Etant donné le caractère qualitatif de l'approche, la taille de l'échantillon n'est pas fixée à l'avance. Les discussions de groupes focalisées et les interviews approfondis ont été réalisées progressivement jusqu'à atteindre la saturation en informations. .

Sur les sites/zones, les catégories suivantes ont été ciblées pour les entretiens :

- Les femmes en âge de procréer ayant une expérience de maternité récente.
- Les conjoints des femmes en âge de procréer ayant une expérience de maternité récente.
- Les femmes âgées de plus de 50 ans.
- Les prestataires en Santé Maternelle et Néo natale.
- Les Agents de Santé Communautaire (ASC).
- Les leaders communautaires.
- Les partenaires qui interviennent dans le domaine de la santé maternelle et néonatale.

I.2.3. Collecte des données

a- Instruments de collecte

Plusieurs instruments de collecte ont été développés pour soutenir la collecte des données sur le terrain. Le tableau ci-dessous donnent une vue des outils de collecte en fonction des cibles avec une indication sommaire des thématiques à aborder.

Cibles	Outils	Thématiques abordées
<i>Femmes ayant un enfant de moins d'un an ou ayant une expérience récente de maternité</i>	Guide de Focus (FGD)	Construits socioculturels de la grossesse, de l'accouchement, des soins du nouveau né, pratiques, processus décisionnel, accès et utilisation des SSMNN besoins en matière de SSMNN, suggestions d'amélioration de la SMNN
	Guide d'Entretien Individuel (EI)	Gestion de la grossesse et de l'accouchement des soins, processus décisionnel, motivations sous jacentes à l'utilisation des SSMNN, perception des risques de l'accouchement et des soins du nouveau né, attitudes et pratique en matière de PF, besoins en matière de SSMNN, suggestions d'amélioration de la SMNN
	Guide récit de cas	Gestion de la grossesse, perceptions des risques, expérience d'utilisation ou pas des services de SMNN
<i>Hommes ayant un enfant de moins d'un an</i>	Guide de Focus	Idem que Focus femmes
	Guide d'Entretien Individuel	Idem EI femmes
<i>Femmes âgées (grands-mères)</i>	Guide d'Entretien Individuel	Construits socioculturels et pratiques autour de la grossesse, de l'accouchement, des soins du nouveau né, processus décisionnel, accès et utilisation des SSMNN, personnes impliquées, besoins en SMNN, suggestions d'actions
<i>Prestataires en SMI/PF</i>	Guide d'Entretien Individuel	Appréciation de la qualité des services offerts en termes de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité, d'abordabilité, d'adéquation. Interrelations avec les populations, difficultés, suggestions d'amélioration
<i>Agent de santé communautaire</i>	Guide d'Entretien Individuel	disponibilité, accessibilité et utilisation des services de sante maternelle et néonatale ; besoins des populations en matière de SSMNN, suggestions d'amélioration de la SMNN

<i>Leaders communautaires (Maire, COGES, Chef village, etc.)</i>	Guide d'Entretien Individuel	Pratiques socioculturelles habituelles de gestion de la grossesse, du travail, de l'accouchement, des soins du nouveau-né, Processus décisionnel, disponibilité, accessibilité et utilisation des services de santé maternelle et néonatale ; besoins des populations en matière de SSMNN, suggestions d'amélioration de la SMNN
--	------------------------------	--

b-. Organisation de la collecte

Les activités de collecte se sont déroulées en 2 étapes principales : le pré-test et l'enquête principale. Le personnel de terrain sélectionné a été formé sur une période de 4 jours. En plus de l'initiation aux techniques de collecte qualitative, les enquêteurs se sont accordés sur la traduction en langue locale (sara, daï, Ngama et arabe) des outils de collecte avec une insistance particulière sur les concepts essentiels de l'étude à savoir la grossesse, la CPN, l'accouchement, la CPON, la PF. La séance a également permis de rappeler aux enquêteurs les dispositifs d'éthique en matière de collecte de données, notamment le remplissage des fiches de consentement, et la demande d'autorisation pour les enregistrements.

A l'issue de la formation, les enquêteurs ont procédé dans l'après midi du 12 mai 2016 au pré-test des instruments de collecte sur place à Danamadji avec l'hypothèse d'une similitude entre les populations cibles de l'étude et celle résidant à Danamadji. Après le pré-test, une séance de mise en commun a été organisée dans la journée du 13 mai. Quelques amendements ont été apportés à la formulation des questions. Il s'agit d'amendements mineurs qui n'affectent pas le fondement ni les objectifs de la recherche.

c-.Déroulement de la collecte

Pour la collecte des données, l'équipe terrain a choisi de procéder à un système de balayage qui consiste à terminer l'enquête dans une zone avant d'entamer une autre zone. Suivant cette méthode la collecte s'est déroulée comme suite :

Du 13 au 18 Mai : Site de MOUSSAFOYO comprenant les localités suivantes :

- MOUSSAFOYO Village où se trouve le centre de Santé
- MOUSSAFOYO Ferme à environ 30 km du centre de Santé
- FERRICK RAMALA nomades à environ 10 Km du centre de Santé.

19 au 21 Mai : Site de SIDO comprenant les localités suivantes :

1. SIDO centre où se trouve le Centre de santé
2. NADINI, village situé à environ 05 km de SIDO centre
3. SAHERE, Ferrick Nomade Situé à 07 Km du centre de Santé.

En plus des entretiens sur les différents sites échantillons, des interviews ont été réalisées à Danamadji auprès des prestataires en santé maternelle et néonatale de l'hôpital et du centre de Santé de Danamadji Ouest. A MARO l'équipe de recherche a également pu s'entretenir avec les responsables d'ONG qui travaillent dans le domaine de la santé maternelle.

La consultante a entièrement supervisé la collecte des données. Elle a suivi le déroulement des focus groups et des entretiens individuels. De même, lorsque cela a été possible elle a interviewé les leaders communautaires qui parlent le français et les prestataires de santé.

Pour s'assurer du bon déroulement de la collecte, l'équipe de recherche a fait un débriefing quotidien en fin journée. Ce débriefing a permis de s'assurer au fil de la collecte de la qualité des données recueillies, de même il a permis de juger si le nombre de focus réalisé avait permis d'atteindre la saturation en information sur les différents thèmes.

I.2.4. Résultats de la collecte des données

La collecte des données a permis de recueillir des informations auprès de plusieurs cibles réparties comme suit :

- Entretien prestataires : 12
- Entretien Agents de Santé Communautaire (ASC) : 04
- Entretiens Femmes : 12
- Entretiens Hommes : 07
- Entretiens Grands-mères : 08
- Entretiens leaders communautaires : 14
- Entretiens avec les responsables d'ONG : 03
- Discussions de groupe focalisées : 15 avec en moyenne de 10 personnes par focus

Tableau 1 : Récapitulatif de la population cible enquêtée

Zone	Cibles/ Outils de collecte								
	FGD FAP	FGD Homme	FGD Grand mères	EI FAP	EI Homme	EI Grand-mères	EI Prestataires	EI ASC	Leader
Moussafoyo Sédentaires	02	02	01	04	02	03	06	02	06
Moussafoyo Nomades	01	01	0	02	01	02	-	-	01
Sido Sédentaires	02	02	01	04	02	03	03	02	04
Sido Nomades	01	01	01	02	02	-	-	-	03
Total	06	06	03	12	07	08	09	04	14

I.2.5. Le traitement des données

Toutes les bandes enregistrées ont été transcrites en français par les enquêteurs. Pour pallier la tendance souvent observée chez les transcripateurs, de vouloir évacuer volontairement des informations jugées non pertinentes à leur sens, les transcriptions ont été évaluées par une personne ressource (le facilitateur principal) qui parle les langues dans laquelle les interviews ont été réalisées.

Les données transcrites ont été saisies sur Word. Elles ont ensuite été analysées en se basant sur la méthode d'analyse de contenu. Cette méthode consiste à lire tous les textes, à en tirer les idées principales, à organiser ces idées en fonctions des thèmes de l'étude. Les réponses par rapport aux différents thèmes ont été spécifiées selon le profil des femmes (utilisatrices et non utilisatrices des SSMNN), selon la cible (Nomade ou sédentaires).

I.3. Les difficultés rencontrées

Aucun problème majeur n'a entamé la collecte des données. La gestion des enfants pendant les focus group a constitué une difficulté majeure. La typologie des femmes ciblées par l'étude (femmes ayant une expérience récente de maternité) a justifié le fait que la grande majorité des femmes avait des enfants en bas âge (moins d'un an). Aussi les focus ont été quelques fois perturbés par des cris d'enfants. Ces difficultés n'entachent pas les résultats de l'étude et l'atteinte des objectifs qui lui sont assignés.

I.4. Aspects éthiques

L'étude a été faite en respect des dispositifs d'éthique en matière de recherche. Il s'agit notamment de l'autorisation du Ministère de la Santé Publique, de la recherche du consentement éclairé des

enquêtés, de la garantie de la confidentialité, de l'évaluation des risques et avantages. La participation à l'étude a été strictement volontaire, anonyme et non discriminatoire. La fiche de recueil du consentement des participants précise le caractère strictement confidentiel des informations collectées. Un serment de confidentialité a été annexé au contrat de chaque enquêteur.

CHAPITRE 2 : LES DETERMINANTS DE L'ACCES ET DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SMNN

II.1. Des contraintes liées à l'offre

II.1.1. L'offre en SMMN reste insuffisante

La plupart des centres de santé offre le Paquet Minimum d'activités en SMNN. Il s'agit notamment de la Consultation Périnatale (CPN), de la maternité, de la Consultation Postnatale (CPON), de la Prévention de la transmission mère-enfant du VIH et de la planification familiale. Cependant à l'analyse, il apparaît que cette offre reste faible tant dans la forme que dans le fonds. Dans la plupart des centres de santé, les outils de base en soins de santé maternelle et néonatale n'existent pas, ou sont dans un mauvais état. Pour la CPN, les prestataires signalent le mauvais état des rubans, du tensiomètre, l'absence des réactifs pour réaliser les examens d'urine et autres. Pour les accouchements, les prestataires déplorent la quantité mais aussi la qualité du matériel existant.

"Ici nous manquons d'outils de travail. En CPN par exemple, nous avons deux rubans. Tous les deux sont dans un mauvais état. Le tensiomètre également ne fonctionne pas normalement mais on se débrouille avec. Dans la salle d'accouchement, nous n'avons que deux boîtes et une seule table d'accouchement. C'est parce que les accouchements ne sont pas fréquents sinon on va avoir des problèmes. Imaginez-vous que deux parturientes viennent en même temps, comment on va faire ?"(Extrait entretien Prestataire responsable CS).

Des observations fortuites dans les salles d'accouchement durant l'enquête confirment l'état de dégradation avancé de certaines tables d'accouchement qui ne doivent leur stabilité qu'à des grosses pierres qui maintiennent en équilibre les pieds. A ce niveau le constat fait porte aussi sur les boîtes d'accouchement dont les pinces sont altérées par la rouille.

L'offre de services en SMNN se heurte également à la faible disponibilité de prestataires compétents. Dans beaucoup de centres de santé l'offre en SSMNN reste fortement tributaire de la présence ou de l'absence d'un seul prestataire, il s'agit souvent du chef de centre qui seul a les compétences requises pour les prestations en SMNN. Dans ces conditions, son absence entraîne forcément une rupture de l'offre. Pour remédier cette situation, ce sont les agents communautaires formés sur le tas qui assurent le plus souvent dans les centres de santé des prestations pour lesquelles ils n'ont reçu aucune compétence formelle.

"Ici, moi je suis la matrone de ce centre. En l'absence du Chef de centre de santé, je consulte. En fait, je fais tout. Je fais la CPE, je fais la CPN...Les accouchements aussi. Au niveau de la PF c'est moi qui fais le travail aussi. Je fais les injectables, j'insère les implants et je fais aussi le DIU, mais les femmes ici ne demandent pas souvent le DIU, sinon j'ai appris avec mon chef à placer le DIU" (Extrait Entretien, Matrone, CS).

De telles pratiques sont contraires aux normes et procédures en matière de planification familiale qui préconisent que des méthodes à longue durée d'action comme le DIU et les implants soient fournis par un personnel qualifié pour le faire. Les auxiliaires de santé et encore moins les matrones ne rentrent pas dans la catégorie de personnel pouvant fournir les implants et le DIU. Ces pratiques anti-normes soulèvent des questions d'éthique et de déontologie mais au-delà, elles offrent une base suffisante à partir de laquelle les populations développent des attitudes de méfiance voire de défiance vis-à-vis des services de santé en général et des soins de santé maternelle et néonatales en particulier. Aussi, Les populations éprouvent à tort ou à raison des difficultés à comprendre qu'une matrone, choisie dans la communauté, formée sur le tas, puisse effectuer des actes médicaux aussi délicats comme l'insertion des implants ou du DIU ou encore assurer la marche de tout un centre de santé en l'absence de l'infirmier chef de centre.

"A l'heure où je vous parle, il faut aller voir au centre de santé, c'est la matrone seule qui est là. C'est elle qui est là pour donner le paracétamol et des comprimés jaunes aux gens. Quelle que soit ta maladie c'est ce qu'elle va te donner. Elle n'est pas infirmière, elle ne connaît rien de la santé, mais c'est elle qui fait tout" (Extrait EI Femme âgée sédentaire Z1)

Dans le même ordre d'idées, il apparaît que beaucoup de prestataires en SMNN, notamment les auxiliaires de santé qui sont ceux qui réalisent la majorité des accouchements (44% selon l'étude de base) n'ont pas de formations formelles en SMI. Leurs compétences acquises sur le tas sont souvent basées sur l'observation, le mimétisme et le fait gestuel. Il consiste à regarder faire pour ensuite procéder exactement de la même façon. Des prestataires eux-mêmes ont fait ressortir lors des entretiens leur manque de savoir-faire en rapport avec certains aspects de la SMNN.

"Par rapport à la CPON, il faut reconnaître qu'ici on avait des problèmes avant. Quand la femme accouchait, on la gardait en surveillance, on faisait les soins de l'enfant et on la laissait partir. On ne savait pas que c'était là qu'il faut faire la première CPON et enregistrer. C'est quand la sage-femme du PADS est venue de Danamadji en supervision, c'est là qu'elle nous a expliqué comment il faut procéder. Et depuis c'est ce que nous faisons maintenant". (Extrait Entretien Prestataire IDE, Z1)

De toute évidence l'offre de services en SMNN souffre d'insuffisances tangibles qui tendent à amenuiser la qualité des prestations dans les formations sanitaires périphériques. Ainsi donc, si la plupart de ces formations offre le PMA, il apparaît à l'analyse que les activités en SMNN ne répondent pas aux normes de qualité requises.

II.1.2. La problématique des coûts subsiste

En essayant de résoudre l'épineux problème de l'accessibilité financière aux soins de santé, l'Etat Tchadien a décrété la gratuité des soins en SMI. Sur le terrain cependant, il apparaît que la problématique des coûts est loin d'avoir trouvé une panacée à travers la mesure de gratuité. Les plaintes les plus récurrentes adressées par les populations aux services de SMNN se rapportent aux sommes exigées par les services de santé pour la prise en charge des femmes enceintes et du nouveau-né.

"Ce qui fait mal, c'est quand la malade arrive, on ne s'occupe pas d'abord d'elle mais on demande plutôt l'argent en première position donc, le manque de moyens financiers dé motive les femmes en grossesse d'aller à l'hôpital, tout comme chez les enfants. Ce qui fait que si l'on n'a pas d'argent, il ne faut pas amener ta femme ou ton enfant au centre de santé" (Extrait FGD Hommes sédentaires Z2).

"Les femmes préfèrent accoucher à la maison parce que le prix des soins est très élevé. Si tu n'as pas d'argent tu souffres, on ne te donne rien. Le lit est payant et ça nous dépasse, si tu finis d'accoucher on te dit de payer la table, c'est trop". (Extrait EI FAP Sédentaires ayant accouché à domicile Z1).

"Si tu n'as pas d'argent, tu vas aller faire quoi dans un centre de santé, personne ne s'occupera de toi. Si tu as de l'argent c'est bon, quand tu n'as rien ce n'est pas la peine... C'est bien d'accoucher dans un centre de santé, mais là-bas ils n'aident pas les pauvres, il faut absolument de l'argent. On te fait payer avant de monter sur la table." (Extrait FGD FAP Nomades Z1)

De telles allégations, conduisent naturellement à poser la question sur l'effectivité de la gratuité des soins de SMI. Là-dessus, les prestataires attestent que la gratuité est une mesure observée par tous les centres de santé, y compris les centres de santé confessionnels qui ont accepté de souscrire à cette initiative de l'état. Ils reconnaissent cependant que dans la réalité, des problèmes d'approvisionnement rendent difficile par moment l'application de la gratuité.

"Ici tout est gratuit, les consultations prénatales, l'accouchement, les consultations postnatales pour la mère et le bébé, la PF, tout, on fait tout gratuitement. On donne les vitamines, le fer et les médicaments pour la prévention ou la prise en charge du paludisme. Mais quelques fois, il y a des ruptures au niveau des médicaments que l'état ou certains partenaires techniques mettent à notre disposition, nous sommes donc obligé de faire des prescriptions pour que les gens aillent chercher les médicaments. A part les prescriptions, les prestations sont gratuites" (Extrait entretien prestataire responsable de CS Z1)

En dehors d'explications qui leurs soient fournies, les populations comprennent difficilement qu'elles doivent continuer à honorer des ordonnances dans un contexte où les soins en SMNN sont gratuits. Ce faisant, beaucoup de personnes interrogées dénoncent la non-effectivité de la gratuité. Mais

parallèlement, c'est aussi le coût exorbitant des produits prescrits qui suscite le mécontentement chez les populations.

"Ce qui ne nous plaît pas ici c'est la manière de faire des agents de santé, ils te donnent l'ordonnance de 6000 ou 7000 frs là si tu n'as pas d'argent ta femme va rentrer sans médicament". (Extrait FGD Hommes Sédentaires Z1)

"Si on donnait les produits dans les normes, ce serait bon. Mais quand la femme part au centre de santé, on lui demande de payer telle ou telle chose alors qu'on parle de la gratuité. Ce sont les produits qui sont coûteux. Ils prennent 2000 F souvent pour les produits. Pour quelqu'un qui n'a pas d'argent c'est vraiment difficile pour lui. Quand la femme saigne beaucoup, ils prennent 1250 F CFA pour des produits et lui faire de soins" (El homme dont la femme a accouché à domicile, monade Z1)

Viennent également s'ajouter d'autres dépenses collatérales notamment celles liées au transport lorsque le village n'est pas doté d'un centre de santé.

"La consultation prénatale est bon mais ils prennent beaucoup d'argent, on te fait venir et revenir. Et chaque fois que tu dois partir, tu dois appeler le clando (moto taxi) qui demande 200 Frs pour partir et 200 Frs pour revenir. Cela fait 400 frs. Vous voyez que ce n'est pas gratuit. Souvent avec 2000 Frs ça ne suffit pas, si tu dois payer des médicaments en plus du transport." (Extrait EI, Femme nomade Z2)

Clairement les dépenses collatérales en médicaments et en transport contribuent à tordre ou à raisonner à greffer les coûts d'accès aux soins de SMNN, ce qui les rends inaccessibles aux yeux des populations. En outre, les entretiens révèlent des pratiques de rançonnage que les femmes et leurs familles subissent de la part des prestataires. L'importance prise par ces pratiques serait telle que l'efficacité et la promptitude dans les soins restent fortement tributaires de la capacité du client /malade à céder des pourboires ou autres avantages en numéraires aux prestataires. Pire, la prise en charge de certaines urgences obstétricales se fait avec une exigence implicite du paiement de ces pourboires. De telles pratiques ont été fréquemment rapportées au niveau des cibles nomades qui discernent une discrimination évidente à leur endroit en matière d'accès aux soins maternels et néonataux.

"Les docteurs aiment beaucoup l'argent, mais ils ne soignent pas bien. Quand tu apportes une grosse somme, on s'occupe bien de toi, et si tu amènes peu, alors personne ne s'occupe de toi. Nous qui sommes dans les Ferriques, nous souffrons trop". (Extrait FGD FAP nomades, Z2)

"Ce qui nous fait très mal, c'est lorsque nos femmes sont malades, on les amène à l'hôpital mais ce n'est pas facile d'avoir des soins. Il existe une forte discrimination surtout pour nos femmes quand elles sont enceintes. C'est nous les hommes qui en souffrent plus. Je veux qu'il y ait un changement avec des docteurs plus engagés dans le domaine de leur travail et non sur l'argent." (Extrait EI HAP nomades Z2)

Simple suspicion ou réalité du terrain ? Quelle que soit la réponse apportée, il reste évident que les dépenses collatérales et les agissements illicites de certains prestataires tendent à anéantir les effets attendus de la gratuité des soins de SMNN. En toute évidence, il apparaît que les dépenses collatérales et les pratiques supposées ou réelles de clientélisme pèsent fortement dans la balance qui empêche les femmes qui le souhaitent de recourir aux soins de SMNN.

"Si l'homme a l'argent il va amener sa femme à l'hôpital dans le cas contraire c'est chez le marabout qu'il va l'amener d'abord" (Extrait FGD hommes Sédentaires Z2)

"Si la femme au centre de santé pour accoucher, la sage femme va lui demander de l'argent pour la perfusion ou bien les piqûres. Elle préfère mieux accoucher à la maison" (Extrait FGD FAP Nomades Z2)

Au demeurant, l'accessibilité financière des populations aux soins de SMNN est loin d'avoir trouvé une réponse à travers la gratuité. Deux problèmes majeurs subsistent dont l'un se rapporte à l'effectivité de la mesure et l'autre à l'incompréhension qu'elle suscite. En rapport avec le premier aspect, la recherche des solutions devraient inéluctablement viser à assurer la disponibilité permanente des intrants (consommables et médicaments) qui entrent dans le cadre de la gratuité des SSMNN. Sur le second aspect, les réponses à apporter passent forcément par une communication constructive entre les agents de santé et les populations sur le contenu de la mesure de gratuité.

Il faut enfin noter que la problématique des coûts reste liée à celle de la qualité des services. Le procès souvent fait au surcoût des services relève aussi de l'évaluation du rapport qualité/prix. Plus que leur incapacité à payer les services, c'est le refus de devoir payer pour des services dont l'efficacité n'est pas garantie et dont la qualité est loin d'être satisfaisant.

II.1.3. La distance à parcourir reste un facteur démotivant

Les efforts faits pour rendre géographiquement accessibles les centres de santé à moins d'une heure de marche n'ont pas eu les effets escomptés. La norme est d'une heure de marche maximum pour atteindre un centre de santé. Cette réponse apparaît comme insuffisante aux yeux des populations qui jugent que l'heure de marche maximale retenue pour accéder à une formation sanitaire peut être difficile à supporter pour une femme enceinte, surtout durant le dernier trimestre de la grossesse. Aussi, beaucoup de gens perçoivent à travers la distance à parcourir une difficulté supplémentaire pour accéder aux SSMNN.

"Nous voulons que le centre de santé soit proche de nous pour que même à pied nous puissions aller faire les consultations. On sait que les soins sont gratuits, mais c'est loin...surtout pour une femme enceinte qui est affaiblie, c'est trop une heure". (Extrait FGD FAP nomades Z2).

"Nous voulons un centre de santé auprès de nous parce que pour aller dans un centre de santé le plus proche cela nous coûte cher. C'est ce qui nous oblige à pratiquer les soins traditionnels". (Extrait FGD Hommes Sédentaires Z1).

Cependant, l'appréciation que portent les enquêtés sur la distance par rapport au centre de santé serait liée à leur propre capacité à se déplacer. En d'autres termes, ce n'est pas souvent parce que les centres de santé sont éloignés, mais c'est plutôt le manque de moyens de transport appropriés pour s'y rendre qui pose problème.

"Généralement les difficultés sont au niveau du manque de moyens de transport. Si tu commences le travail et on te transporte derrière la moto l'enfant risque de sortir ou se casser la tête, c'est ce qui nous empêche quelque fois d'aller accoucher à l'hôpital, en un mot c'est la peur." (Extrait EI FAP sédentaire ayant accouché à domicile Z2)

"Lorsque le travail commence, la femme ne peut pas en général marcher pour atteindre le centre de santé. Nous attachons un lit en bambou sur la moto et nous la transportons jusqu'à la maternité". (Extrait FGD Hommes nomades Z2)

Le caractère désuet des moyens de transport utilisé pour amener les parturientes de leur domicile au centre de santé (charrettes, dos d'ânes, moto-clando, etc.) expliquerait dans une large mesure la préférence des accouchements à domicile. Au-delà de la peur qu'ils suscitent, ces moyens de transports comportent des risques réels pour la mère et l'enfant au regard de l'état défectueux des routes et autres sentiers.

En cas de complications, le transfert des centres de santé vers les structures de référence se fait par ambulance. Là aussi, la situation est loin d'être agréable dans la mesure où aucun des centres de santé ne dispose d'une ambulance. Les ambulances doivent venir forcément de Danamadji, ce qui a pour inconvénient de faire doubler le temps pour arriver à la structure de référence et par conséquent de retarder la prise en charge des parturientes et d'augmenter le risque de décès maternel et néonatal. C'est pour toutes ces raisons que les enquêtés demandent que l'offre en SMNN soit plus proche.

"S'il y a des complications, c'est nous qui cherchons les moyens de déplacement pour amener la femme pour la césarienne. Nous n'avons pas de moyen pour amener nos enfants à Danamadji ou à Sarh, on veut des moyens de transport pour accéder à Danamadji ou à Sarh On veut une maternité ici". (Extrait FGD Femme Agées Sédentaires Z2)

"Mais y'a aussi le problème de distance quand on te réfère par exemple à Danamadji, le problème de transport se pose. Par exemple quand y'a une complication pendant l'accouchement on ne peut pas

avec un vélo ou une moto transporter la femme avec l'état de notre route qui devient impraticable pendant la saison des pluies." (Extrait FGD Hommes sédentaires Z1)

Plus que la distance à parcourir, l'accessibilité géographique reste tributaire de la disponibilité des moyens de transports. A ce niveau, la solution à apporter pourrait être envisagée dans le cadre des mutuelles de santé communautaires. Ces mutuelles qui existent dans la plupart des villages pourraient intégrer le transport comme domaine à couvrir. Il ne s'agit pas seulement de la prise en charge des références mais également du déplacement des femmes pour la CPN, la CPON et l'accouchement dans les centres de santé. De façon pratique cette stratégie consisterait à mettre à la disposition de tous les villages couverts par la mutuelle une mototaxi (genre tricycle) réservée au déplacement pour les soins en SMNN y compris l'accouchement pour les femmes dont la famille a souscrit à la mutuelle. La faisabilité d'une telle stratégie reste bien sûr à discuter avec les responsables de la mutuelle et du DS.

II.2. Les bénéficiaires ont une mauvaise appréciation de l'offre en soins de SMNN

En matière de soins maternel et néonatal, les centres de santé ne jouissent pas toujours d'une bonne réputation auprès des populations. Selon leurs expériences et celles de leurs entourages, les femmes et leurs conjoints ont un jugement dépréciatif des prestations offertes en SMNN. Plusieurs points d'insatisfaction apparaissent en rapport avec l'offre de services.

II.2.1. L'accueil est jugé incorrect

Les femmes et leurs conjoints ne sont pas en général satisfaits de l'accueil que leur réservent les prestataires. De leurs avis, l'accueil dans les centres de santé est loin d'être convivial. Cette situation se traduit par le mauvais comportement, le manque de courtoisie et de politesse à l'endroit des patientes

"Dans certains nos centres de santé, lorsque tu arrives, les prestataires vont te regarder, ils ne te saluent pas, ils te disent rien, ça ce n'est pas bien. Quand un malade se présente, il faut l'accueillir et le soigner très rapidement". (El Hommes nomade Z1)

"Ca dépend, il y a des prestataires qui sont agréables, qui te dise bonjours et qui plaisante avec toi. Mais il y a beaucoup d'autres, ils ne lèvent même pas la tête pour te regarder lorsque tu leur dis bonjour. Tu es sur les nerfs. Et à partir de cet instant la suite devient très pénible. Tu es pressée de repartir" (Extrait El Femme Leaders Z2)

Au mauvais accueil s'ajoutent des comportements déplacés des agents. Plusieurs femmes se plaignent du fait que les agents les rudoient surtout au moment de l'accouchement où la femme en proie à la douleur perd le contrôle de ses mouvements.

"Au niveau de l'accouchement, les sages femmes nous insultent, elles ne nous donnent rien même pas de pique. Elles nous traitent de tous les mots. C'est pour cela les femmes ne veulent pas aller accoucher à l'Hôpital. Au niveau de la salle d'accouchement on ne s'occupe pas bien des femmes. Moi j'aime bien me faire consulter à l'hôpital si on ne m'insultait pas" (Extrait El Femme nomade Z2).

Ces inconvenances au niveau du comportement sont souvent difficilement supportables. Elles justifient que les relations interpersonnelles soient souvent tendues entre prestataires et utilisatrices des services de santé. Aussi, contrairement aux résultats de l'étude de base qui notent que les relations interpersonnelles entre les agents de santé et les populations sont satisfaisantes, les entretiens indiquent plutôt une tendance à l'insatisfaction.

II.2.2. Les soins sont jugés inefficaces

L'un des points d'insatisfaction, la plus importante aux yeux des populations reste l'inefficacité des soins. De façon globale hommes et femmes s'accordent pour dire que les soins en SMNN ne leur procurent pas de satisfaction et donc ne répondent pas à leurs besoins.

"Avec la grossesse, on peut tomber malade et aller au centre de santé, au lieu qu'on traite la maladie, on demande beaucoup d'argent mais ils ne donnent que 3 comprimés de paracétamol, quand tu rentres chez toi, tu ne constates aucune amélioration. Si tu reviens les voir, c'est toujours de la routine, on te donne toujours de la Paracétamol et de la vitamine. Ce qui te donne tout le temps envie de manger, mais ne traitent pas ta maladie" (Extrait FGD FAP Sédentaires Z1).

Les insuffisances au niveau des soins sont perçues comme étant directement liées au faible niveau de compétences des agents. Les populations comprennent que si la qualité des prestations dans les centres de santé n'est pas toujours à la hauteur de leurs attentes, c'est principalement parce que ces centres manquent de prestataires en qualité et en quantité suffisante.

"Dans notre centre de santé il y a manque de personnels qualifiés, ce sont agents qui ont suivi une formation sur place et ne maîtrisent pas bien leur travail alors les femmes ont peur de venir et perdre leur bébé. A l'heure où je vous parle si une femme veut accoucher ou un enfant est malade, on est obligé d'aller à Danamadji, ceux qui ont les compétences pour le faire ne sont pas là, ils ont tous partis en ville. Il ne reste que des gens qui ne connaissent même pas quels produits il faut pour quelles maladies. La matrone ne connaît pas son travail, elle traîne avec les parturientes. Finalement quand ça tourne mal on appelle ambulance pour t'amener à Danamadji et on fait la césarienne pour prendre l'enfant". (Extrait FGD Femmes Agées Z1)

"Dans les autres localités comme Moundou, Sarh, N'Djamena, là il y a les prestataires pour faire la consultation postnatale. Mais ici chez nous, il en manque. (Extrait, El femme Leaders Nomade Z1)

Hormis les déficits en compétences, les motifs d'insatisfaction par rapport aux prestations portent également sur les médicaments. Leur disponibilité et leurs coûts apparaissent comme des facteurs démotivant. Les populations indiquent qu'il y a fréquemment des ruptures en médicaments qui les obligent à recourir à d'autres sources qui ne sont pas toujours les mieux indiquées.

"Nous on achète plus nos médicaments chez les docteurs « choukou », qui sont les moins chers. Au centre de santé, au centre de santé de SIDO y'a rien comme médicaments, il faut aller à MARO. Parfois chez les docteurs choukou tu va trouver une plaquette de paracétamol à 100frs et au centre de santé à 250frs, nous les pauvres on préfère le moins cher". (Extrait FGD FAP Sédentaires Z2)

Au-delà des coûts et de la disponibilité des médicaments, c'est la qualité des prescriptions qui est souvent remise en cause. Là dessus beaucoup d'hommes affirment que les prescriptions faites à leurs conjointes ne sont pas accompagnées d'explications claires qui permettent de suivre correctement la prise des médicaments et les délais de traitement requis.

"Ce que les autres ont oublié de signaler c'est le manque de communication claire des agents de santé, particulièrement le manque d'explication claire par rapport à l'ordonnance. Puisque la majorité de nos femmes ne savent pas lire donc il faut qu'ils prennent leur temps pour expliquer comment prendre les produits" (Extrait, FGD Hommes Sédentaires Z1)

De telles situations montrent clairement une inadéquation de la prise en charge par rapport à la cible. Elle révèle que dans un contexte où une majorité des femmes ne savent ni lire ni écrire, des alternatives doivent être développées pour leur permettre de mieux comprendre les posologies pour garantir l'efficacité des traitements.

II.2.3. La disponibilité des services est perçue comme étant faible

Les femmes et leurs conjoints ont fréquemment déroulé des récits qui montrent que leur volonté d'utiliser les différents services de SMNN se heurtent à une absence des prestataires et ou des prestations.

"Le grand problème c'est parfois la disponibilité des sages-femmes puisqu'elles donnent les rendez-vous aux femmes, mais elles ne respectent. Les femmes partent et elles sont tout le temps absentes de leurs postes. Autre grand problème concerne l'accouchement dans la nuit, quand le travail commence la nuit et tu amènes ta femme au centre de santé tu ne trouves personne, pas un prestataire qui puisse

aider la femme à accoucher. Tu seras obligé de rentrer avec ta femme qui peut accoucher même pendant le trajet retour". (Extrait FGD Hommes Sédentaires Z1)

Pour les populations, les temps d'attente apparaissent souvent trop longs. Plusieurs entretiens exhibent le fait que des femmes venues en CPN patientent des heures entières pour avoir accès aux soins ou au pire repartent finalement sans être prises en charge.

"Quand la femme vient à la CPN, on la néglige. Elle patiente longtemps, Mais souvent quand arrive son tour, on lui fait comprendre que c'est déjà l'heure de clôture qu'il faut revenir prochainement, c'est ce qui décourage les femmes". (Extrait FGD Hommes Sédentaires Z2)

De l'avis des prestataires cette situation s'explique par le fait qu'un même agent assure à la fois toutes les prestations en SMI/PF. Aussi lorsque survient un accouchement, le prestataire est obligé de sursoir à la CPN pour la maternité. Ce qui inévitablement occasionne une attente au niveau des femmes venues pour la CPN. Mais il y a aussi des dysfonctionnements qui méritent d'être considérées



Des femmes enceintes venues pour la CPN attendent que toutes les autres patientes aient terminé les soins avant de pouvoir participer à un counseling collectif sur la PF.

Ces images de femmes enceintes allongées sur les nattes, lassées d'attendre des informations sur la PF qui ne sont essentielles pour elles dans l'immédiat sont difficilement soutenables. Une intégration des différentes prestations en SMNN est considérée comme bénéfique à tout point de vue, elle doit cependant être faite de façon pragmatique au risque d'avoir un impact négatif sur des aspects comme la CPN et la CPON

A l'évidence, les appréciations négatives des populations à l'endroit des services de sante constituent le motif essentiel du faible recours aux SSMNN. Elles sont le fondement d'une rupture de confiance que l'on observe entre les populations et les services de santé. En effet, si les populations ne font plus confiance aux centres pour la SMNN, c'est bien parce que les prestations ne répondent pas à leurs attentes. La plupart des personnes rencontrées ne s'en cachent pas d'ailleurs, et affirment que le recours à d'autres alternatives ("Docteurs Choukou", accoucheuses traditionnelles, tradipraticiens, etc.) s'expliquent par l'incapacité des services de santé satisfaire leurs besoins dans le domaine de la santé maternelle et néonatale.

"Avant nos femmes accouchaient au centre de santé. Mais ces derniers temps, on a fait le constat que ça ne vas pas. On ne comprend pas ce qui se passe. Même si tu paies ça ne vas pas. On ne sait pas si ce sont les agents de santé qui n'ont pas la volonté dans le travail ou si ce sont les produits qui manquent. On ne sait pas ce qui se passe. C'est pourquoi nous préférons que nos femmes accouchent à domicile et on implore la volonté d'Allah." (Extrait El Hommes Nomade Z2).

Dans ces conditions, il va sans dire qu'accroître l'utilisation des services de SMNN reste conditionné par une amélioration de la qualité des prestations et leur adéquation aux besoins des populations. Là-dessus, il convient d'indiquer que plusieurs actions ont déjà identifiées par le PADS en vue d'augmenter les performances des centres de santé du district de Danamadji. La mise en œuvre de ces actions devraient contribuer à n'en pas douter à améliorer l'offre pour la rendre plus adéquates aux attentes des populations.

II.3. Des orientations socioculturelles affaiblissent la demande

De façon explicite il n'apparaît pas d'interdits culturels qui empêchent les femmes de fréquenter les services de SMNN. En effet, aucune disposition traditionnelle ne contredit formellement le recours aux soins de SMNN. Cependant l'analyse de la gestion de la grossesse et du nouveau-né dans les différentes communautés met en exergue des pratiques contraignantes pour la demande des services de SMNN. Il s'agit notamment de l'importance accordée aux rites occultes, du recours primordiale aux pratiques traditionnelles, de la perception biaisée de la vulnérabilité de la femme enceinte, des barrières liées à la position de la femme dans les différents groupes.

II.3.1. Un syncrétisme thérapeutique dominé par des pratiques traditionnelles

Lorsqu'on pose la question de savoir pourquoi les femmes dans l'aire sanitaire de Danamadji ne fréquentent pas les services SMNN, une des réponses sinon la plus importante serait parce qu'elles ont recours à d'autres alternatives de type traditionnel. En effet, l'itinéraire thérapeutique indique une prépondérance des pratiques traditionnelles dans la prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né. Quel que soit l'itinéraire choisi par la femme, les soins de SMNN s'édifient presque toujours autour d'une constante : les rites divinatoires et les pratiques occultes.

"Parfois dans le cas où il y a complication on cherche à aller voir les voyants ou les guérisseurs traditionnels pour déterminer la cause du mal. Sans cela, même si on l'amène directement à l'hôpital il n'y aura pas de solution". (Extrait FGD hommes sédentaires, Z1).

"Lorsqu'il y a des complications on vient consulter les marabouts pour en savoir plus, seul le marabout qui peut connaître la cause des difficultés. Il va demander de faire des sacrifices. Si la famille accepte les vœux du marabout la fille qui a des difficultés va accoucher bien sans problème" (Extrait EI, Leaders nomade, Z2)

Les consultations divinatoires apparaissent ainsi très importantes dans la gestion de la grossesse. Elles constituent le point de départ de toutes les autres actions. Ces consultations aboutissent inextricablement à des rituels qui aspirent protéger la femme et le bébé contre les mauvais esprits et toute autre forme de nuisance. Elles s'avèrent souvent contraignantes pour les femmes qui doivent s'abstenir de parler de leur grossesse jusqu'à ce que ces rites soient terminés pour être sûres d'être protégées.

"Ici lorsqu'une femme tombe enceinte, elle cache son état. Elle ne veut pas que les gens sachent. Elle attend d'être sûr que tous les rites ont été faits et qu'elle ne sera pas attaquée par les sorciers". (Extrait entretien femme leaders, sédentaire Z2)

"Lorsque je tombe enceinte, j'ai toujours des craintes, je reste dans la peur. Lorsqu'une femme est enceinte, elle doit éviter de dévoiler son état. En dehors de son mari ou de sa vraie amie, elle ne doit aborder le sujet avec personne, sinon elle s'expose et expose son enfant à des esprits malfaisants" (Extrait entretien individuel FAP, nomade, Z2)

C'est l'importance accordée à ces rites occultes qui rend complexe les démarches de la femme pour les soins de SMNN. Le caractère primordial de ces rites contribue à retarder le recours aux services de SMNN. Du fait qu'elles doivent gérer dans la discrétion la plus absolue les débuts de grossesses dans l'attente des rites traditionnelles, les femmes enceintes hésitent à se rendre à la CPN, ce qui hypothèque le recours à la CPN du premier trimestre (Beninguisse 2003.).

Dans le même registre, il apparaît que les pratiques divinatoires auxquelles sont assujettis les accouchements ne sont pas de nature à faciliter l'utilisation des services de maternité. Ces pratiques pourraient fortement justifier l'un des trois retards, en l'occurrence celui de niveau 1 qu'on observe au niveau de la communauté et qui porte sur la décision de transférer la femme vers un centre de santé. Là-dessus, un chef de canton s'offusque et estime que la décision de transférer est souvent retardée par le fait qu'on doit d'abord consulter le devin et effectuer certains rites et/ou sacrifices.

"Quand le travail commence chez la femme enceinte, au lieu de l'amener au centre de santé, les gens commencent par se concerter. Et toujours ils privilégient la consultation des voyants. C'est pour dire ensuite que la femme a des difficultés parce qu'elle a été envoutée par une tierce personne. Ils vont trouver tous les arguments pour te faire peur. Ils disent tellement de mauvaises choses que le mari s'il n'est pas solide risque de mourir par peur avant sa femme. Ces comportements-là ne sont pas biens." (Extrait EI leader communautaire sédentaire, Z1)

Enfin, la préférence des femmes pour les accouchements à domicile trouvent une part d'explication importante dans les pratiques occultes qui entourent la délivrance. Si certaines femmes préfèrent accoucher à domicile, c'est parce qu'elle redoute qu'en cas de complications il n'est pas facile dans un centre de santé d'avoir accès à la parturiente pour exécuter des rites occultes de délivrance.

"Ici je peux dire que beaucoup de femmes accouchent à la maison par crainte de l'opération (césarienne). Lorsque tu pars au centre de santé et que cela devient difficile, on va appeler l'ambulance pour t'emmener à Danamadji et faire l'opération. Or si c'est à la maison on va courir à droite et à gauche pour chercher quelque chose pour que tu accouches sans opération" (Extrait EI femme sédentaire ayant accouché à domicile, Z1)

II.3.2. Une offre parallèle soutenue par des Accoucheuses Traditionnelles (AT)

Selon un arrêté du ministère de la santé les AT quoiqu'ayant été formées ne sont plus habilitées à réaliser des accouchements. Nonobstant cette interdiction, les AT continuent à répondre à la demande d'accouchement à domicile. Elles constituent de ce fait une source parallèle d'offre en matière d'accouchement qui tend naturellement à faire la concurrence aux structures de santé.

"Ici nous avons six accoucheuses qui ont été formées pour aider les femmes à accoucher. Dès que la femme a mal au ventre, on va chercher une d'elles pour l'aider. C'est si ça devient difficile que l'accoucheuse va amener la femme au centre de santé." (Extrait FGD Hommes Sédentaire Z2)

C'est l'importance accordée aux rites traditionnels dans le processus de la délivrance qui confère aux AT un rôle important. En effet, les AT formées tout en cherchant à intégrer des actes obstétricaux pour lesquelles elles ont été formées, continuent à valoriser les pratiques traditionnelles qui trouvent un écho favorable auprès des populations. Ces pratiques ne sont d'ailleurs pas sans danger sur la santé de la mère et du nouveau-né.

Les techniques d'accouchement à domicile peuvent être néfastes pour la santé

Plusieurs techniques empiriques ont été rapportées au cours des entretiens pour expliquer le déroulement des accouchements à domicile. Ces techniques vont des positions insolites imposées à la femme à des épisiotomies réalisées sans solutions de recoudre les parties qui ont été entaillées. *"On déchire un peu pour permettre à l'enfant de sortir. On masse ensuite avec de l'eau chaude comme pour soigner une femme excisée"*. (Extrait EI femme âgée, sédentaire, Z2)

Autant dire que ces pratiques peuvent s'avérer néfastes à plus ou moins long termes pour les femmes qui accouchent à domicile. Les déchirures à répétition et qui se cicatrisent mal finissent en général par des difficultés de rétention urinaire. Dans une moindre mesure les femmes se plaignent de touchers réalisés de façon excessive avec pour conséquences des douleurs intenses après l'accouchement assorties souvent d'infections de l'appareil reproducteur. *"Oui il y a des risques telle que la perte blanche, cela m'arrive souvent et quand cela arrive, je me rends à l'hôpital et les sage femmes me soignent. Et cela se poursuit après l'accouchement. Il y a également les douleurs au niveau des articulations"* (Extrait EI FAP ayant accouché à domicile)

En tout état de cause, la problématique des AT reste entière. Formées, utilisées puis reléguées au second plan par les politiques de santé, les accoucheuses traditionnelles ont réussi à infiltrer les soins de SMNN et à se maintenir comme actrices incontournables. Des recyclages en vue de leur

réorientation sont en cours de réalisation. Il agit à travers ces recyclages de leur conférer un rôle à d'orientation et d'accompagner des femmes enceintes et les parturientes vers les structures de santé. Mais malgré ce changement souhaité par des recyclages, les accoucheuses traditionnelles restent concurrentes des structures de santé car l'accouchement à domicile est un métier lucratif. Les avantages tirés des accouchements qu'elles réalisent à domicile (des dons en argent, savon et céréales) s'avèrent substantiels. De ce fait la plupart d'entre elles n'entendent pas s'en tenir à un rôle de simple accompagnatrice, craignant de voir leur échapper les rémunérations qu'elles reçoivent actuellement.

Le débat reste vif entre les partisans d'un accouchement à domicile assisté par les AT formées et les défenseurs d'un transfert systématique des parturientes vers les centres de santé. Entre les deux camps les lignes bougent en fonction des intérêts en jeu. Les matrones et les ASC ne ménagent aucun effort pour mettre en avant tous les avantages qu'il y a à accoucher dans un centre de santé notamment la prévention des risques d'infections, les possibilités de soins pour la mère et l'enfant, la possibilité d'une référence rapide en cas de problèmes. Bien au contraire, les femmes âgées et les AT demeurent les plus critiques vis-à-vis des maternités et de leurs personnels. Leurs arguments fondés sur les mauvaises pratiques dans les maternités telles que le mauvais accueil de la part des prestataires, les rackets, les coûts collatéraux en médicaments, des évacuations inutiles trouvent certainement un écho favorable auprès d'une frange importante de la population. Ce constat autorise à affirmer que l'amélioration de la qualité des prestations reste une des conditions essentielles pour envisager l'accroissement de l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale.

II.3.3. Une image dichotomique de la vulnérabilité de la femme enceinte

Les appréhensions de maladie et de mort qui fondent la vulnérabilité de la femme ne sont pas propres aux communautés traditionnelles, elles se retrouvent également dans les discours médicaux qui montrent preuves à l'appui que la grossesse rend la femme plus fragile et donc vulnérable à certaines affections, toute chose qui accroît les risques de morbidité et de mortalité. Les quotients de mortalité maternelle exceptionnellement élevés dans les pays africains offrent la preuve de cette vulnérabilité.

Cependant, si le constat de la vulnérabilité fait l'unanimité, les causes qui lui sont sous-jacentes ainsi que les solutions à apposer divergent à tout point de vue entre les deux pôles. D'un côté, un discours médical fondé sur le rationnel avec des propositions de prévention et de traitement qui passent par les services de santé et de l'autre, un discours riche en résonances symboliques qui confère à la vulnérabilité de la femme enceinte une dimension spirituelle et des traitements constitués de consultations divinatoires, de rituels d'interdits et prescriptions alimentaires et comportementaux.

"Chez nous comme les Sarakaba, quand une femme est en grossesse on l'empêche d'aller couper les bois verts...Parce que si elle coupe le bois vert et que c'est du bois mauvais hanté par les génies, au moment de l'accouchement elle peut mourir avec l'enfant ou l'enfant va sortir mort-né" (Extrait entretien Leader communautaire, sédentaire Z1)

"...Souvent c'est une maladie qui concerne les esprits, il faut voir absolument les marabouts sinon la femme ne retrouvera pas la santé, les esprits risquent de l'emporter. Là il faut des sacrifices. C'est pour cela que quand une femme est enceinte, elle ne doit pas passer sous les grands arbres et ne pas sortir tard la nuit". (Extrait FGD hommes, Nomades, Z2)

De notre point de vue, cette perception antinomique de la vulnérabilité de la femme enceinte marque la rupture fondamentale entre les communautés et les services de santé maternelle et néonatale. Elle porterait en elle l'essence de la réticence que les femmes développent vis-à-vis des SSMNN. Convaincues que les difficultés en matière de procréation ont des fondements méconnus de la médecine moderne, les femmes enceintes préféreraient adopter des prescriptions communautaires associées à des mythes, ou à des croyances, avec toujours comme objectif, de se

protéger mais, principalement, de protéger l'enfant à naître. Ces prescriptions se révèlent à travers les différentes étapes de la procréation : de la grossesse au post-partum.

II.3.4. Le statut du personnel de santé peut être un frein

Enfin parmi les facteurs socioculturels contraignants pour les accouchements dans un centre de santé, il apparaît que les femmes ne doivent pas se faire accoucher par des femmes non excisées.

"Ici beaucoup de femmes accouchent à domicile à cause des traditions. Par exemple on interdit ici à une femme qui n'est pas excisée d'assister une parturiente. Moi je ne le savais pas. C'est quand ma cousine était en travail, je voulais l'aider pour l'amener au centre de santé. Mais les femmes âgées m'ont interdit de m'approcher de la case où elle se trouvait parce que moi je ne suis pas excisée" (Extrait EI Femme leaders de groupement, sédentaire Z2).

C'est donc en méconnaissance du statut d'excision des sages femmes dans les centres de santé que certaines femmes préfèrent se faire accoucher à domicile. Un constat similaire a été fait dans le Batha où l'étude réalisée par la croix rouge notait que *"c'est principalement la présence masculine dans les services d'accouchement qui empêche les femmes d'utiliser ces services et les oblige à accoucher à domicile"*¹. Dans la région de Danamadji ce n'est pas l'appartenance sexuelle du prestataire qui constitue le mobile de refus mais c'est surtout son statut par rapport à l'excision.

La pratique de l'excision apparaît comme fréquente dans les différentes localités selon les entretiens menés avec les leaders communautaires. Hormis le fait qu'elle semble constituer un frein à l'utilisation des services de santé, la pratique en elle-même est lourde de conséquence en termes de santé maternelle et néonatale. Elle entraîne des complications obstétricales chez la mère. Des gynécologues² qui se sont intéressés aux conséquences de l'excision indiquent que la vulve qui a perdu son élasticité à cause de la cicatrice de l'excision rend l'expulsion du fœtus longue et difficile nécessitant une épisiotomie. Il s'en suit, si cela n'était pas bien fait des fistules vésicovaginales et/ou recto vaginales et des déchirures qui sont sources d'hémorragies importantes pouvant conduire à la mort. Pour l'enfant, la rétention prolongée de la tête pendant la période d'expulsion entraîne une souffrance fœtale qui se traduit dans l'immédiat par une mort néonatale et plus tard par des séquelles neurologiques importantes (retard mental).

Aussi la fréquence de l'excision dans l'aire sanitaire appelle à des actions énergiques pour la combattre. Sur le terrain pourtant, des actions manquent pour envisager un abandon de la pratique de l'excision.

II.4. Des barrières liées au genre

II.4.1. Le processus décisionnel est sous le contrôle des hommes

Dans la plupart des communautés, les femmes sont rarement maîtresses des décisions en matière de SMNN. L'utilisation par les femmes des services de santé maternelle et néonatale reste fortement dépendante de la volonté de l'homme qui dispose d'un double pouvoir : celui d'autoriser la femme à se rendre dans un centre de santé, mais aussi celui de procurer l'argent pour les soins.

"C'est mon mari qui décide et me donne de l'argent pour aller à la visite" (Extrait EI FAP nomade Z2)

"Si je sens que je vais accoucher, c'est mon mari que j'informe pour lui permettre de se préparer. C'est à lui d'appeler mes parents en particulier ma maman pour informer". (Extrait EI FAP Sédentaire Z2)

Les discussions de groupe renseignent que la place du mari est importante à tel point que son absence a un impact négatif sur toutes les actions qui visent la santé de sa famille notamment sa

¹ Déterminants socio-culturels de l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale dans la région du Batha (Tchad), février 2013

² Professeur AKONTIOGA Michel : Liens entre mutilations génitales féminines et santé de la reproduction, Juin 2008

femme. Par exemple chez les nomades, des femmes justifient le fait qu'elles aient accouché à domicile par le simple fait que le mari était absent.

"Quand le mari part avec les bœufs, toi la femme tu restes seule. Si le travail commence, il n'y a personne pour dire ce qu'il faut faire. Tu restes à trainer, si Dieu t'aide tu peux accoucher rapidement. Sinon il faut faire appel à tes propres parents pour venir t'amener au centre de santé" (Extrait EI, FAP nomade, Z2)

Là-dessus les prestataires de santé indiquent que les soins en SMNN sont plus faciles à donner et plus efficaces dès lors que la femme vient au centre de santé accompagnée du mari. Parallèlement la tâche devient plus difficile lorsque le mari montre des signes de réticence.

Dans la pratique cependant, des difficultés subsistent quant à une implication réelle des hommes dans les soins de santé maternels et néonataux. Quoiqu'ayant les décisions clés en matière de SMNN, les hommes sont le plus souvent confinés dans des rôles de financement et d'accompagnateur. Très peu d'entre eux ont des informations probantes sur les différents aspects de la SMNN. Ils ignorent le plus souvent le nombre de contacts nécessaire à la CPN, les objectifs de la CPN et de la CPON, les différentes méthodes modernes de contraception. Il va sans dire que les décisions que les hommes prennent en rapport avec la santé maternelle et néonatale manquent le plus souvent de repères. Il faut évidemment chercher à éclairer la décision de recours aux soins de SMNN qui demeure dans la main des hommes.

Or, dans un contexte où les femmes éprouvent encore de la gêne à communiquer avec le conjoint sur la santé de la reproduction, il paraît évident que peu d'informations parviennent aux hommes par le biais de leurs épouses. C'est pourquoi, une perspective d'implication des hommes ne peut se réduire à leur acceptation de financer et de convoier les femmes pour les soins de santé maternelle et néonatale. Elle doit pouvoir envisager les mécanismes permettant aux hommes en tant que décideurs de s'approprier tout le processus de la santé maternelle et néonatale afin qu'ils puissent prendre des décisions éclairées et soutenir leurs conjointes.

De façon opérationnelle, une stratégie d'implication des hommes devrait pouvoir leur fournir des connaissances nécessaires pour qu'ils puissent d'abord comprendre l'importance des différentes étapes de la santé maternelle et néonatale et les moyens à utiliser pour y parvenir. Ce constat appelle à une action de communication qui cible particulièrement les hommes qui être envisagée à travers la paire éducation mais également à travers une démarche de counseling en couple au début de la CPN.

II.4.2. Les attitudes des hommes sont contingentes face à la PF

Globalement, les femmes sédentaires se montrent favorables à l'utilisation des méthodes modernes de PF. Pour elles, ces méthodes viennent combler un besoin existant : celui de pouvoir satisfaire à la demande du conjoint sans risquer de tomber enceinte.

"Traditionnellement on n'a pas de méthodes mais notre meilleure stratégie c'est de fuir quand ton mari veut t'approcher ou soit tu crées une maladie imaginaire comme ça il va te laisser. Parfois il y'a des hommes qui deviennent très violents quand ils veulent de toi et tu refuses, donc tu seras obligée de céder pour ne pas le décourager car s'il sort il va faire ailleurs et y'a trop de maladie de nos jours." (FGD FAP Sédentaires Z2)

"Il faut éviter le mari quand on a un enfant en main, sinon les grossesses ne seront pas espacées. Même si c'est aujourd'hui que la femme accouche, l'homme exprime le besoin de faire les rapports, on peut lui résister pendant 2 à 3 mois. Mais après c'est la bagarre. Or quand les règles viennent, la porte est ouverte. Si tu cèdes tu tombes enceinte. Si tu ne veux pas céder c'est un problème..." (Extrait FGD FAP Sédentaire Z1)

Les femmes nomades affichent une certaine réserve voire un refus catégorique par rapport à l'usage des méthodes modernes de contraception.

"La contraception moderne est bonne, mais nous ne voulons pas, si tu vas et que ton mari voit, cela va créer de problème dans le ménage" (Extrait FGD FAP nomades)

Cette attitude des femmes nomades serait plutôt liée au refus de leurs conjoints. En effet chez les nomades, la plupart des hommes montrent une attitude négative face aux méthodes moderne en arguant le fait que ces méthodes mènent implicitement à une limitation des naissances.

"A mon avis, prendre un médicament pour ne pas accoucher, ce n'est pas bien, si la femme doit prendre un médicament pour éviter les grossesses trop rapprochées pour que l'enfant grandisse avant de prendre une autre grossesse, je suis d'accord. Mais pour éviter que la femme ne tombe en grossesse pendant deux, trois, quatre, cinq ans avant d'accoucher, ce n'est pas bien" (Extrait FGD Hommes, Nomades Z1)

"Ces méthodes sont biens par ce que ça permet de faire l'espacement des naissances...C'est bien mais, de fois si la femme prend cette injection pour quelque temps c'est fini elle ne va plus tomber enceinte. C'est pourquoi nous avons peur". (Extrait FGD Hommes Nomades Z2)

Les hommes sédentaires cherchent un levier de contrôle sur la pratique contraceptive

Les prestataires font le constat que de plus en plus d'hommes cherchent à s'informer sur les différentes méthodes de planification familiale.

"Lorsque nous sortons pour les stratégies avancées, nous convions les hommes et les femmes. Lorsque les hommes viennent, ce qui les intéresse ce sont les sujets sur la PF. Mais lorsqu'on commence à parler de la vaccination, de la CPN et autres, ils se lèvent pour partir" (Extrait entretien prestataire, Z1).

Les hommes comprennent que la pratique contraceptive permet d'espacer les naissances et contribue à sauvegarder la santé de la mère et de l'enfant. Ils acceptent également le fait qu'elle peut contribuer à une meilleure gestion de la famille dans la mesure où elle offre l'opportunité de circonscrire sa progéniture en fonction de ses capacités.

Cependant, ils sont très critiques vis-à-vis des stratégies qui focalisent l'offre en PF sur les femmes. Ils dénoncent une volonté délibérée d'exclure les hommes et de conférer à la femme un plein pouvoir en matière de PF. Les hommes sont frustrés par les opportunités qu'offre le système de santé aux femmes de contourner les velléités de refus du mari. En d'autres termes, ils ne sont pas d'accord qu'une femme mariée puisse adopter une méthode contraceptive à l'insu de son mari, ce qui naturellement développe des suspicions d'infidélité. De ces soupçons d'infidélité des femmes sous contraception naissent des comportements de défiance des hommes vis-à-vis de la pratique contraceptive en général.

Ce que cherchent les hommes, c'est un levier de contrôle sur les moyens mis à la disposition des femmes pour gérer leur vie sexuelle et reproductive.

Au-delà des difficultés de genre, il convient de noter que c'est aussi la crainte des effets secondaires qui constitue la contrainte majeure. Quelle que soit la cible considérée, il apparaît clairement à travers les entretiens que les hommes et les femmes hésitent à utiliser la contraception moderne à cause des effets néfastes sur la santé, mais surtout sur le système reproducteur.

"Ils ont implanté un fer dans l'épaule gauche de ma femme pour limiter les naissances mais depuis qu'on lui a fait cela elle saigne trop et ça lui fait trop mal, donc elle doit repartir voir constamment les sages femmes pour avoir les calmants" (Extrait FGD Hommes sédentaires Z1)

"Nous sommes informées que les femmes qui prennent les comprimés ou bien l'injection saignent beaucoup, les rendent très malades, après elles ont des difficultés pour avoir des enfants. Je ne vois pas l'avantage de ce produit" (Extrait FGD femmes Nomades Z2).

Tout en admettant l'existence des effets secondaires, il faut signaler que beaucoup d'affirmations s'apparentent plus à des rumeurs visant à prouver les dangers de la pratique contraceptive avec pour intention de dissuader les utilisatrices potentielles. Réalités ou rumeurs, une frange de la population qui hésite encore prend à témoin les effets secondaires pour justifier leur opposition à la pratique contraceptive. Il y a là un véritable défi en termes de communication visant le changement de comportement, car à défaut de trouver des arguments forts visant à corriger les informations

erronées sur les effets secondaires, les détracteurs des méthodes modernes y trouveront un terreau. Ce qui, à courts ou moyens termes risque d'annihiler tous les efforts actuels pour promouvoir ces méthodes et surtout l'engouement actuel des femmes pour l'utilisation de ces méthodes.

II.5. Les populations ont une faible connaissance de l'importance de la SMNN

Les attitudes et pratiques en matière de santé maternelle et néonatale sont souvent fonction des informations que les femmes et leurs conjoints possèdent sur les différents aspects. Là-dessus les entretiens laissent entendre que les informations des populations sur la santé maternelle et néonatales sont souvent éphémères et manquent de précisions.

II.5.1. La perception de la CPN est confuse

Globalement, les femmes sédentaires ont une attitude positive vis-à-vis de la CPN. Elles la considèrent comme une réponse adéquate aux inquiétudes que suscite l'état de grossesse.

"Lorsque tu es enceinte, tu ne sais jamais ce qui se passe dans ton ventre. Tu as peur, tu as toujours peur, peur de l'être humain que tu as dans ton ventre jusqu'à l'accouchement te fait peur. C'est pourquoi il faut partir faire des visites chaque fois. Cela permet d'être sûre que tout va bien. S'il ya des problèmes on va te dire et tu vas trouver des solutions". (Extrait EI FAP sédentaire, Z1)

Pendant cette attitude positive face à la CPN est entachée de lacunes en rapport avec sa finalité. L'idée est fortement répandue que faire la CPN éviterait à la femme d'avoir des complications au moment de l'accouchement. Parallèlement, ne pas faire de visites prénatales au cours de la grossesse est perçu comme un facteur de risque au moment de l'accouchement.

"Si tu es enceinte il faut aller à la visite respecter la date du retour et si elle respecte au moment de l'accouchement tout ira bien mais accoucher à la maison sans faire la visite c'est difficile". (Extrait FGD femmes Agées sédentaire, Z2)

Ainsi donc, dans les populations perçoivent un lien de cause à effet entre la CPN et l'absence de complications au moment de l'accouchement. Ce qui tend à conférer à la CPN une valeur prédictive de l'issue de la grossesse et de l'accouchement et renvoie à l'idée d'une connaissance anticipée des complications au moment de l'accouchement. (Etude AFD, sahel 2013). En plus d'être erronée une telle vision de la CPN est d'autant plus grave qu'elle induit chez les femmes un faible recours à l'accouchement assisté.

Les femmes nomades quant à elles, ont une vision biaisée et restrictive de la CPN. Pour elles, le recours à la CPN se justifie seulement en cas de problèmes ou de maladies liés à la grossesse. Forte de cette conception, la plupart d'entre elles avoue aller à la CPN seulement lorsqu'elles sont enceintes et malades. Cette utilisation décousue des services de santé traduirait une incompréhension et une confusion entre le monitoring de la grossesse et la prise en charge des complications. (Etude AFD, sahel 2013). Elle conduit à une utilisation non optimale de la CPN (respect des quatre séances) puisque les femmes ne viennent que lorsqu'elles sont dans le besoin.

En outre, les femmes nomades justifient leur rejet de la CPN par la crainte d'une mauvaise prise en charge de l'ictère gestationnel par les centres de santé. Elles soulignent que dans leurs communautés le risque le plus fréquent chez la femme enceinte reste l'ictère communément appelé jaunisse. Elles affirment que des remèdes traditionnels existent et qui sont efficaces pour soigner cette maladie, alors que dans les centre de santé, elles courent le risque qu'on leur fasse une injection qui peut entraîner la mort.

"Ici, nous avons surtout peur de la jaunisse chez la femme enceinte. Mais nous avons des remèdes traditionnels (feuilles) qu'on utilise pour soigner cette maladie. Par contre si la femme va dans un centre de santé, et si on ne sait pas qu'elle a la jaunisse, on va lui faire une injection et elle risque de mourir, car avec la jaunisse il faut éviter de faire des injections" (Extrait EI femme leader Nomade Z2)

II.5.2. La nécessité d'accoucher dans un centre de santé n'est pas forcément perçue.

Dans l'aire sanitaire de Danamadji la plupart des femmes optent pour l'accouchement à domicile. Les causes qui sous-tendent cette attitude sont multiformes, mais, elles ont comme toile de fond une dénégation de la nécessité de recourir à un centre de santé lorsque l'accouchement se passe bien. En effet, la perception générale qui se dégage des entretiens est que le recours aux centres de santé pour l'accouchement n'est pas indispensable. Deux logiques sous-tendent une telle vision : D'une part l'idée selon laquelle le suivi de la CPN amoindrit les risques au moment de l'accouchement et de ce fait rend caduque la nécessité de recourir aux services de maternité.

"Moi qui vous parle, j'ai trois(3) enfants et tous ces trois enfants ont tous été accouchés à domicile sans difficulté. Le plus important pour une femme enceinte ce sont les visites (CPN) régulières et le reste, ce n'est pas grave". (Extrait FGD Hommes sédentaires Z1)

D'autre part, le constat que l'absence de difficultés réelles au moment de l'accouchement libère du recours au centre de santé.

"Moi quand je suis en travail, le temps que vous avez mis ici j'ai déjà accouché. J'enterre le placenta, je coupe le cordon avec le rasoir que j'ai fait chauffer, après je me lave comme si rien n'était passé, qu'est-ce que je vais aller chercher à l'hôpital" (Extrait EI femme Nomade Z2)

Au regard de ces deux logiques qui se complètent, on peut dire sans risque de se tromper qu'aux yeux des populations l'accouchement dans un centre de santé ne se justifie que lorsqu'il y a présomption d'une quelconque difficulté. Une telle conception en plus d'être erronée a des conséquences néfastes. Elle explique souvent le fait que certaines parturientes arrivent trop tard pour être prises en charge correctement par les centres de santé ; ce qui en toute évidence augmente les risques de mortalité pour la mère et le bébé.

Aussi, beaucoup de femmes continuent d'accoucher à domicile parce qu'elles pensent que le fait d'avoir suivi la CPN les dispense de recourir un accouchement assisté. En cela, il apparaît important que des actions de communication forte dans les communautés puissent redresser ces lacunes. Les messages dans ce sens devraient clairement indiquer que ce n'est pas parce que la CPN n'a pas décelé d'anomalie au cours de la grossesse que l'accouchement va se passer sans complications.

II.5.3. Les fondements de la CPON sont méconnus des populations

En rappel la CPON vise le suivi et une meilleure prise en charge de la mère et du nouveau-né au cours des 42 jours qui suivent l'accouchement. Elle inclut à la fois des aspects préventifs mais également des aspects curatifs. Pour ce, la mère et le nouveau-né doivent revenir au moins 2 fois au centre de santé. Il apparaît à travers les entretiens qu'une frange relativement importante des hommes et des femmes ignorent le contenu de la CPON. A la question de savoir si la mère et le nouveau-né doivent repartir au centre de santé au cours du mois qui suit l'accouchement, les réponses apportées restent pour la plupart dubitatives et dénotent une méconnaissance des principes même de la CPON.

"Après l'accouchement, si la femme est malade je l'amène à l'hôpital, au cas contraire je ne l'amène pas" (Extrait FGD hommes nomades Z1)

"Non, après l'accouchement, elle ne repart plus on lui donne à manger à la maison, on lui donne à boire et c'est tout. Maintenant si elle tombe malade, c'est en ce moment qu'on l'amène à l'hôpital" (Extrait EI homme nomade Z2)

"Etant dans le ventre de sa maman, le bébé ramasse le paludisme qu'avait sa mère. C'est pourquoi il faut repartir au centre de santé où on sait traiter ces maladies" (Extrait EI femme âgée Z2)

De telles affirmations montrent que les cibles ont en général une vision erronée de la CPON. Elle n'est pas perçue comme une prescription, sauf en cas de maladie de la mère ou du nouveau-né. Au mieux elle est réduite à la prise en charge des problèmes consécutifs à l'accouchement pour la maman et à la prévention des maladies (vaccination) pour le bébé. Une telle vision a pour conséquence une sous utilisation de la CPON. Elle explique en partie le constat fait par les

prestataires qui indique que rarement les femmes reviennent pour la CPON. Lorsqu'elles se présentent en général c'est pour la vaccination du nouveau-né.

Au regard de tous ce qui précède, on peut affirmer que l'importance des soins de SMNN ne sont suffisamment connus des populations. Là-dessus les prestataires, de même que certains leaders communautaires affirment que c'est l'ignorance qui conduit les femmes à une mauvaise utilisation des services de santé maternelle et néonatale.

"Moi je pense que c'est l'ignorance qui fait que les femmes ne partent pas dans les centres de santé. Elles ne savent pas que c'est important de partir et que c'est bien pour elles et le nouveau-né. Entre elles, elles ne se donnent pas les bons conseils, elles suivent les exemples les unes des autres" (Extrait EI femme leaders sédentaire Z2)

Les femmes elles-mêmes ont souvent reconnu qu'elles ont des lacunes en termes d'informations et demandent de ce fait à être sensibilisées sur les soins de santé maternelle et néonatale.

"Moi je voudrais qu'on sensibilise les femmes, parce que il y a beaucoup d'entre nous qui ne connaissent pas les soins qu'on donne aux femmes dans les centres de santé. Il y a aussi certaines femmes qui ont honte d'aller en visite, c'est pourquoi je souhaite qu'on organise des campagnes de sensibilisation pour amener les femmes à venir à l'hôpital, et c'est à l'hôpital qu'elles seront mieux suivies même le nouveau-né sera bien soigné" (Extrait EI FAP Sédentaire Z2)

On admet que la sensibilisation reste la stratégie par excellence pour que les femmes acceptent de fréquenter les centres de santé. Cependant pour une utilisation optimale des services de santé, il faut aller au-delà de l'information pour chercher à améliorer les connaissances des hommes et des femmes sur les objectifs, la continuité des soins de SMNN.

II.6. Les faiblesses de la communication sur la SMNN

Le contexte des localités rurales fait que les populations ne sont pas ou peu exposées aux médias de masse notamment la télé et la radio. Les messages de santé maternelle et néonatale qui sont diffusés par ces sources, informent sur des événements ponctuels comme les campagnes de vaccinations des enfants. Dans le domaine de santé maternelle et néonatale l'essentiel des actions de communication est assurée par les centres de santé en stratégie fixe et stratégies avancées.

"Nous faisons de la sensibilisation au niveau des centres, mais également lors des stratégies avancées dans les différentes localités. Au niveau du centre, c'est pendant la CPN que nous profitons pour évoquer tous les thèmes avec les femmes. Nous parlons de la PF, de l'accouchement, de l'hygiène, de la vaccination. Egalement, lorsque nous sortons en stratégie avancées, nous abordons les différents thèmes avec les populations" (Extrait entretien prestataire Z1)

Ces actions de communication organisées par les centres de santé restent insuffisantes dans le fond et comme la forme. Lorsqu'elles sont réalisées dans les centres de santé, elles ciblent uniquement les femmes venues pour la CPN. Elles laissent en marge les autres femmes en âge de procréer de même que les hommes. Or les données montrent que ce sont les hommes qui ont le contrôle des décisions relatives à la santé en général et plus particulièrement en matière de la santé de la mère et de l'enfant.

En outre, il apparaît que les informations fournies aux femmes au cours des séances sont partielles et partiales Elles sont souvent ciblées sur la PF et le VIH/sida et abordent rarement les thèmes comme la CPON et les risques au moment de l'accouchement. Les entretiens avec les prestataires montrent que le counseling de groupes manque d'agencement surtout ceux qui sont réalisés au cours des séances de CPN. Les femmes venues pour la CPN1, 2 ou 3 sont indistinctement mises ensemble alors que les préoccupations en termes d'informations ne sont pas les mêmes. En outre, le foisonnement de plusieurs thèmes au cours d'une même séance n'est pas de nature à faciliter le discernement par les femmes des finalités recherchées. A cela s'ajoute la faible disponibilité des prestataires pour mener à bien les causeries de groupes et les counseling individuels.

"Ce n'est pas souvent facile pour nous de prendre beaucoup de temps pour donner les explications nécessaires à une seule femme pendant que beaucoup d'autres attendent et surtout lorsqu'un malade arrive ou un accouchement on fait l'essentiel pour tout le monde et on donne des rendez-vous pour revenir. Il y en a qui viennent et d'autres pas. Mais on ne peut pas faire autrement" (Extrait entretien prestataire Z2)

Parallèlement des séances de sensibilisations sont organisées en stratégie avancée et qui ciblent toutes les composantes de la population. Cependant lors des stratégies avancées les prestataires avouent ne pas aborder des thèmes comme la CPON. A cela s'ajoutent le fait que les hommes ne se sentent souvent pas concernés par ces causeries. De l'avis des prestataires eux-mêmes, très peu d'hommes assistent aux causeries-débats, et lorsqu'ils y assistent c'est pour des thèmes relatifs à la PF et au VIH/sida, les autres thèmes tels que la CPON et la CPN ne les intéressent pas

Sur le terrain d'autres activités de sensibilisation sont conduites par les relais communautaires. Il s'agit le plus souvent de causeries réalisées par des agents communautaires qui servent d'interfaces entre les centres de santé et les populations. Sur le terrain la quasi-totalité de ces agents avouent avoir bénéficié d'une formation sur la sensibilisation des populations sur les thèmes relatifs à la SMNN. Cependant lorsqu'on les interroge sur le contenu de la sensibilisation, ils arrivent rarement à faire une description de ce qui est dit lors de ces séances. La plupart d'entre eux se contente de mentionner le fait que c'est pour exhorter les femmes à partir faire la CPN, la PF et faire vacciner les enfants. Les entretiens avec les ASC laissent apparaître qu'ils ne possèdent pas des connaissances suffisantes sur les différents thèmes qu'ils sont supposés développer lors des séances de sensibilisation. Mieux, le manque de supports de communication ne leur permet pas de faire passer correctement les messages.

"Nous utilisons les mégaphones pour les sensibilisations. Mais tout le reste manque. Nous n'avons pas d'outils, nous n'avons pas de supports et les moyens financiers ne sont pas suffisants" (Extrait, EI ASC).

Les informations relayées par les ASC n'ont pas souvent un écho favorable auprès des populations. Les populations ne reconnaissent pas en eux les acteurs légitimes pour communiquer sur les questions de santé maternelle et néonatale. Les entretiens font ressortir que ces agents communautaires recrutés souvent par affinités avec des leaders communautaires n'ont pas les compétences nécessaires en matière de communication, mais surtout n'ont pas la volonté de servir les populations.

"...Parmi eux, il y a beaucoup qui ne connaissent pas les différentes méthodes de planification familiale. Ils disent aux femmes d'aller voir dans les centres de santé et c'est tout" (Extrait EI femme leader Z2)

II.7. L'insuffisance des supports de communication

Dans les centres il n'existe pas suffisamment de supports pour soutenir les communications. Les supports souvent existant sont les boîtes à images comprenant une série d'images sur un thème donné. En général l'existence de ces boîtes est fonction des thèmes d'intérêt des partenaires au développement qui soutiennent les programmes de santé. Les thèmes sur lesquels les PTF sont engagés sont ceux pour lesquels il existe des boîtes à images et autres dépliants pour soutenir la communication avec les patientes. Il s'agit notamment du VIH/sida, et la PF. Pour les autres thèmes, comme la CPN, les accouchements et la CPON les boîtes à images n'existent pas et les dépliants sont rares. En outre les dépliants lorsqu'ils existent restent partiels par rapport au contenu. Par exemple le seul dépliant que nous avons pu appréhender sur la CPN était plus axé sur l'importance de VAT (Vaccin Antitétanique) durant les quatre contacts. En outre l'examen des outils lorsqu'ils existent montre leur caractère désuet. Certains supports datent de plus de 10 ans et de fait ne sont pas adaptés aux exigences d'une information en constante évolution.

Quelle que soit la situation, le constat aboutit à une insuffisance des supports de communication, ce qui a pour effet d'influencer négativement la qualité des informations fournies aux femmes. Souvent les prestataires eux-mêmes font le constat du manque de clarté de l'information disponible.

"Ce qui nous manque ici vraiment, ce sont les supports pour sensibiliser la populations et communiquer avec les femmes. Vous voyez vous-même que ceux-ci sont vieux un peu froissé et déchiré sur les côtés."

On se débrouille avec. Si on peut nous aider vraiment ce sera bien. On veut des supports pour nous aider à bien échanger avec les femmes" (Extrait EI prestataire Z2)

Les options stratégiques en matière de communication ainsi que des mesures concrètes d'application plus immédiates seront nécessaires pour lever ces défis.

II.8. Les leviers du recours aux SSMNN

II.8.1. La qualité des services reste le facteur le plus attractif

Toutes les cibles rencontrées sont unanimes pour reconnaître qu'une utilisation des services de santé maternelle et néonatale passe forcément par le renforcement de la qualité des prestations.

"Pour moi, pour que les femmes partent pour la CPN, il faut qu'on leur parle. Mais surtout il faut aussi que les agents de santé qui sont au centre là-bas sachent faire leur travail et que les femmes quand elles partent et qu'elles reviennent elles soient contentes" (Extrait EI femme leader Z1)

"Pour encourager les femmes à aller à l'hôpital, ce qu'on peut faire, c'est de dire les propos respectueux lorsqu'elles arrivent au centre, il faut les soigner bien et gratuitement" (FGD FAP Sédentaires Z2)

"Ce qui me pousse à aller à la visite, quand tu vas la sage femme s'occupe bien de toi. Une fois arrivé à la maison, tu es contente et tu as la force de faire autre travail". (Extrait FGD FAP Nomades Z2)

L'enjeu de la qualité en matière des SSMNN porte surtout sur des aspects comme l'accueil, la disponibilité des prestataires et dans une moindre mesure la disponibilité des médicaments. De l'avis des responsables de centre de santé, le simple fait d'avoir à disposition une sage femme devient un facteur d'attraction pour la CPN et les accouchements. Là-dessus, il apparaît que l'existence d'un personnel compétent et un bon comportement des prestataires sont souvent suffisant pour attirer les femmes vers les services de SMNN.

"Ici nos indicateurs sont bons parce qu'ici au centre nous disposons d'une sage femme pour la CPN et les accouchements. Or de l'autre côté, le centre fonctionne avec une matrone. Les femmes préfèrent avoir à faire à une sage femme, parce qu'elles n'ont pas confiance. Avant on ne comprenait pas pourquoi toutes les femmes venaient ici pour accoucher, mais après nous avons compris que c'est à cause de la sage femme" (Extrait EI prestataire Z2)

Au mieux, des contraintes comme la distance à parcourir s'estompent lorsque les femmes sont rassurées de trouver dans les centres de santé des prestataires compétents, disponibles et agréables.

"Moi j'aime bien accoucher dans un centre de santé à condition que les prestataires ne crient pas sur moi, et ne s'insultent pas" (Extrait EI FAP Nomade Z2)

"J'ai amené mon enfant malade au centre de santé de Mm, au moment de la consultation, l'enfant pleurait et j'essayais de le consoler et le docteur a compris que c'est à lui que je m'adressais. Il m'a insultée et a refusé de soigner mon enfant. Depuis lors je fréquente le centre de MS qui est loin (25km). Là-bas les agents de santé sont bien". (Extrait, FGD FAP Sédentaire Z1)

II.8.2. La connaissance des risques de la grossesse et de l'accouchement incite la demande

L'engouement des femmes pour la CPN s'explique en partie par les craintes liées à la grossesse et surtout par le souci de s'assurer d'un bon déroulement de l'accouchement. C'est également par souci de s'assurer d'un bon déroulement de l'accouchement que certaines femmes choisissent d'accoucher dans un centre de santé. En effet, de l'avis de la plupart des femmes ayant accouché dans un centre de santé, leur choix a été guidé par la conscience des difficultés qui peuvent survenir pendant et surtout après l'accouchement et que les centres de santé sont les seuls à pouvoir résoudre. Il s'agit notamment de la rétention placentaire, de l'hémorragie post-partum et des difficultés respiratoires du bébé.

"J'ai toujours demandé à mon mari de m'amener au centre de santé lorsque le travail commence. A la maison je ne veux pas. A la maison on peut faire sortir l'enfant. Mais après il peut y avoir des

problèmes comme le sang qui ne veut pas s'arrêter ou le bébé qui ne respire pas. On finit toujours par te transporter au centre de santé. Souvent il est tard, surtout pour le bébé. Donc c'est mieux de partir au centre de santé depuis le début" (Extrait EI FAP Sédentaire Z1)

"A l'hôpital, le docteur enlève toute la saleté de mon ventre après l'accouchement, il y a des médicaments tels que les injections et autres avant de te laisser rentrer. Sinon tu peux rester avec des saletés dans le ventre et cela peut te créer des problèmes après. Le nouveau né également, le docteur prend soin de lui". (Extrait EI FAP Nomade)

Là-dessus il apparaît que la décision d'aller accoucher dans un centre de santé est plus consistante lorsque ce sont les hommes qui prennent conscience des risques au moment de l'accouchement et du post-partum.

"Pour éviter les risques et je ne vais jamais accepter que ma femme accouche à la maison. Après l'accouchement, même dans l'immédiat il peut y avoir des complications et on retourne à l'hôpital". (Extrait EI homme sédentaire, Z2)

"Mes deux enfants sont nés à l'hôpital, là-bas il y a des sages femmes qui peuvent aider en cas de difficultés, parce exemple si l'enfant est mal placé ou si la femme perd beaucoup de sang. Mais dans notre communauté, il n'y a personne pour l'aider. A l'hôpital, les docteurs et les sages femmes peuvent savoir la position de l'enfant, si l'enfant va bien ou mal, ils peuvent intervenir, c'est pourquoi, dès que le travail commence j'amène ma femme à l'hôpital" (Extrait EI homme sédentaire, Z1).

Ces résultats indiquent qu'avoir suffisamment de connaissances sur les risques au moment de l'accouchement conduit les hommes à prendre les décisions favorables à l'utilisation des centres de santé.

II.8.3.L'effectivité de la gratuité reste indispensable

Beaucoup de clientes perçoivent à travers le coût une difficulté supplémentaire pour accéder aux services de SMNN. Malgré la gratuité décrétée par l'état, les ruptures fréquentes en intrants et des comportements indécents de certains agents de santé font que les populations ne perçoivent pas les avantages de la gratuité. Il reste que certaines femmes ayant eu l'opportunité de bénéficier d'une prise en charge gratuite assurent que l'abolition des frais peut fidéliser les populations à l'utilisation des SSMNN.

"J'ai accouché à l'hôpital de camp de réfugiée, là-bas, la CPN est gratuite, l'accouchement est gratuite, je n'ai pas eu de difficultés. Les sages femmes se sont bien occupées de moi. L'accouchement à domicile est très dure, on te donne même pas de comprimés, ni l'injection. A l'hôpital de réfugiée on m'a donnée des comprimés et des injections. Tous mes quatre enfants sont nés à l'hôpital de camp de réfugiée. Mon mari n'a pas de moyen, je préfère aller accouchée à l'hôpital de camp" (Extrait EI FAP nomade Z2)

"Avant, les femmes ne venaient pas nombreuses, mais maintenant, il y a la sensibilisation qui est faite et elles viennent nombreuses puisqu'elles ont remarqué que c'est gratuit". (Extrait EI ASC, Z1)

Il reste évident que rendre effective la mesure de gratuité pourrait être le moteur pour l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des SSMNN.

II.8.4. Les mutuelles de santé restent un atout majeur

Dans plusieurs localités de l'aire sanitaire de Danamadji, la mutuelle de santé intervient. De l'avis des adhérents la mise en place de la mutuelle a apporté une réponse adéquate à l'épineux problème de l'accessibilité financière des soins de santé en général et des soins de SMNN en particulier.

"Pour la santé nous adhérons à un mutuelle pour avoir un carnet. Si tu vas au centre de santé et tu présentes ton carnet, tu as moins de problèmes. Pour l'accouchement de mon dernier

enfant au centre de santé, je n'ai pas payé. Si je n'étais pas abonné à la mutuelle, je risquais de payer une forte somme". (Extrait FGD Hommes sédentaires, Z1)

"Si tu adhères à la mutuelle de santé avec 1000 F, on peut te soigner à l'hôpital, tu bénéficies de beaucoup de médicaments, mais si tu n'es pas membre, tu ne peux pas avoir certains médicaments et les prix sont exorbitants. (Extrait EI FAP sédentaire Z1).

Manifestement, la mutuelle de santé a contribué à résoudre ne serait-ce qu'en partie les difficultés liées à l'accès aux prestations, de même qu'aux médicaments. Au-delà, leurs avantages peuvent être envisagés à plusieurs niveaux. Là-dessus, le rapport³ d'évaluation de la deuxième phase du programme de promotion des mutuelles indique qu'elle (la mutuelle) a une contribution positive tant sur la demande que sur l'offre des soins de santé en général et de SMNN en particulier.

L'adhésion à une mutuelle augmenterait la demande des soins de santé pour la mère et le nouveau-né. Selon le rapport, les adhérents à la mutuelle consommeraient plus de soins que les non adhérents. Autrement, le fait d'adhérer à une mutuelle influence l'itinéraire thérapeutique en faveur des centres de santé. Ce qui a pour privilège de défaire en partie les déconvenues des priorités accordées par les populations aux alternatives traditionnelles pour les soins de SMNN.

Egalement, la qualité de l'offre et le financement du système de santé auraient tendance à s'améliorer grâce à la contribution de la mutuelle. Le rapport d'évaluation constate que la sensibilisation des agents de santé par les mutuelles aurait contribué à améliorer ne serait-ce que légèrement la qualité des services de santé notamment en ce qui concerne l'accueil. A cela s'ajoute les apports financiers qui permettent d'accroître la fonctionnalité (renouvellement des stocks de médicaments et du matériel) des centres de santé.

Enfin, la mutuelle de santé apparaît comme une nouvelle alternative en matière de mobilisation communautaire. En même temps qu'elle sensibilise les populations pour l'adhésion à la mutuelle, elle engage implicitement un changement de comportement bénéfique au profit de l'utilisation des services de SMNN.

Ces constats illustrent bien le rôle important que pourrait jouer les mutuelles dans la résolution des problèmes qui affaiblissent l'accès et l'utilisation des soins de SMNN. Elles pourraient servir de canaux de communication pour le changement social et de comportement des soins de SMNN.

³ Direction du Développement et de la Coopération (DDC), Centre International de Développement de la Recherche (CIDR) : Programme de Promotion des mutuelles de santé au Tchad : Rapport d'évaluation finale de la deuxième phase juillet 2013-juin 2016

II.9. Que retenir : Discussion des résultats

Les déterminants du faible niveau d'accès et de l'utilisation sont liés à différents facteurs qui relèvent des insuffisances de l'offre mais aussi des contraintes de l'environnement.

- 1. Dans les centres de santé, l'offre en SMNN reste insuffisante en raison du manque de matériel, de la faible disponibilité des compétences en quantité comme en qualité.** Ces constats corroborent les résultats de l'étude de base du PADS qui avait déjà mise en exergue que dans le district sanitaire de Danamadji, l'offre en SSMNN souffre de difficultés du fait de la faiblesse des plateaux techniques et de la disponibilité des compétences. Des constats similaires sont faits par l'étude de la Croix Rouge Française (CRF) dans la région du Batha et qui indiquent que le manque de matériels, les compétences des prestataires déterminent la qualité perçue des soins et influencent négativement l'utilisation des services de SMNN.
- 2. La vision dépréciative portée par les populations sur les services de santé limite le recours aux soins de SMNN.** Dans le district de Danamadji, les populations ne sont pas satisfaites de l'offre faite par les services de santé. Les motifs d'insatisfaction portent sur l'inefficacité des soins, le manque de compétences dans les centres, la non disponibilité des services, le mauvais comportement, le mauvais accueil et les pratiques de rackets de la part des agents de santé. Des remarques similaires sont établies par l'étude de l'IRED⁴ sur les barrières à la demande des services de vaccination. Les résultats attestent que c'est souvent pour éviter les comportements arrogants des agents de santé à leur endroit que les populations nomades évitent de fréquenter les centres de santé pour y faire vacciner leurs enfants.
- 3. La distance et le coût des services engendrent des difficultés qui amenuisent l'accès et la demande des services de SMNN.** Là-dessus, l'étude de base rapporte également que les barrières pour l'accès aux services de santé sont surtout liées aux coûts et à la distance. Il en est de même pour l'étude de la CR dans le Batha qui mentionne que l'accessibilité géographique est une contrainte, et l'accessibilité financière reste le déterminant de l'utilisation des soins de SMNN. Fort de ce constat les différents rapports suggèrent que des solutions soient trouvées pour contenir l'impact négatif de ces deux facteurs sur l'accès aux soins de SMNN.
- 4. La problématique de l'accessibilité financière n'a pas trouvé de solution dans la mesure de gratuité décrétée par l'état.** Les centres de santé éprouvent de la peine à respecter la gratuité à cause des ruptures fréquentes en intrants. Aussi, les populations peinent à comprendre qu'elles doivent continuer à payer des médicaments dans la cadre de la gratuité. Un constat similaire est fait dans le Batha par l'étude de la CR. Il y ressort que les centres de santé ne respectent que partiellement la gratuité donnant l'impression aux populations d'un racket organisé par les soignants. A cela s'ajoutent les dépenses en médicaments et en transport contribuent à greffer les coûts d'accès aux soins de SMNN et qui les rendent inaccessibles aux populations.
- 5. La persistance des pratiques traditionnelles affaiblit la demande des soins de SMNN.** L'itinéraire thérapeutique dénote une prépondérance des rites et pratiques occultes qui s'agencent difficilement avec une utilisation efficiente des soins de SMNN. Dans le Batha, ces pratiques n'apparaissent pas comme importantes, cependant l'étude de la CR note l'existence de contraintes culturelles qui résultent de la honte qu'éprouvent les femmes à se faire accoucher par un maïeuticien ou encore la crainte ne pas pouvoir récupérer le placenta.
- 6. L'offre parallèle soutenue par les accoucheuses traditionnelles (AT) affaiblit le recours à l'accouchement assisté dans les centres de santé.** Formées, utilisées puis reléguées au second plan par les politiques de santé, les AT sont les principales actrices des accouchements à domicile. Leurs pratiques qui s'accommodent avec les rites traditionnels de la délivrance, ce qui justifie un recours accru à leurs services qui se fait au détriment des Centres de santé. La

⁴ IRED : L'identification des barrières à la demande de service de vaccination chez les populations nomades de Danamadji, Moyen-Chari, Tchad, Rapport final Août 2016

situation reste similaire dans le Batha où l'étude de la CR note que les services des AT sont appréciés pour les accouchements à domicile et que le recours aux centres de santé ne se fait qu'en cas de difficultés. La problématique de la reconversion des AT reste entière. Leur recyclage a été entamé par des ONGs pour servir d'accompagnement aux femmes enceintes pour les soins de SMNN. Mais, des voix discordantes sonnent au niveau de certains responsables communautaires pour réclamer le maintien de leurs prestations pour les accouchements.

- 7. Les relations de genre sont contraignantes pour le recours aux soins SMNN:** Le processus décisionnel reste dominé par les hommes et les femmes sont rarement souveraines des décisions sur la SMNN. Or, les hommes manquent de repères pour éclairer leurs décisions parce qu'ils ne sont pas suffisamment pris en compte par les stratégies de communication sur la SMNN. Très peu d'entre eux ont des informations probantes sur la SMNN. Ce qui suggère qu'une stratégie d'implication des hommes soit mise en place en vue d'améliorer l'utilisation des services de SMNN. C'est également ce que préconise l'étude de la CR. Elle recommande que la CCSC devrait cibler les hommes parce qu'ils exercent un fort contrôle social sur les décisions mais aussi sur la potentialité d'expression des femmes.
- 8. La faible perception de l'importance de la SMNN ne facilite pas l'utilisation des services de SMNN.** Chez la plupart des femmes, il apparaît une confusion sur les fondements de la CPN qui amène à renier la nécessité de l'accouchement assisté dans un centre de santé. A cela s'ajoute une méconnaissance des principes de la CPON. La situation serait identique dans le Batha où le rapport de l'étude de la CR mentionne l'existence de rumeurs, d'interprétations et d'incompréhensions qui poussent les femmes à peu fréquenter certains services de SMNN. L'étude menée par l'IREC sur les barrières à la vaccination abonde dans le même sens. Elle atteste que dans les communautés nomades, c'est le manque d'informations claires et justes qui entraînent des rumeurs et des incompréhensions défavorables à la vaccination des enfants.
- 9. Les insuffisances des stratégies de communication ne permettent d'espérer un changement social et de comportement pour l'utilisation des soins de SMNN.** Ce constat déjà établi par la CR à Batha est confirmé à Danamadji par les résultats de l'étude. Il apparaît qu'en l'état actuel, les stratégies de communication manquent de moyens et d'efficacité pour induire un changement social et de comportement favorables à la demande et à l'utilisation des services de SMNN. Les informations fournies aux populations sont partielles et partiales, trop souvent ciblées sur la PF et le VIH/sida au détriment des thèmes comme la CPON et les risques au moment de l'accouchement. De plus la communication ne cible pas convenablement les hommes qui ont le contrôle des décisions en matière de santé.
- 10. Derrière ces facteurs qui défavorisent l'accès et l'utilisation des services de SMNN, l'étude a identifié des pratiques potentiellement nuisibles à la santé de la mère et du nouveau-né.** Il s'agit notamment de la pratique de l'excision en cours dans la région de Danamadji, et aussi dans le Batha comme le révèle l'étude de CR. A cela s'ajoutent des pratiques irrégulières de la délivrance telles que les épisiotomies réalisées sans recoudre les parties entaillées, ce qui met en péril la santé sexuelle et reproductive des femmes. L'effet néfaste de ces pratiques sur la santé des femmes doit être pris en compte par les stratégies de communication.
- 11. Enfin entre les populations sédentaires et celles nomades, les résultats ne montrent pas de différences fondamentales dans les grandes tendances.** Quelques nuances apparaissent notamment par rapport aux motifs d'insatisfaction, aux perceptions sur la SMNN qui seront prises en compte dans les indications pour l'élaboration d'un plan de communication pour le changement de comportement

CHAPITRE 3 : QUE FAIRE POUR AMELIORER L'ACCES ET L'UTILISATION DES SERVICES DE SMNN

III.1. Des orientations stratégiques nécessaires

Les résultats de l'étude de base avaient déjà fait des recommandations visant l'amélioration des attributs techniques et les attributs de processus pour accroître la fonctionnalité des centres de santé dans le district de Danamadji. Ces recommandations restent valables pour le renforcement de l'accès et l'utilisation des soins de santé maternelle et néonatale. Les données des discussions de groupe focalisé sur les suggestions visant à améliorer l'utilisation des services de santé confirment que la qualité reste l'élément fondamental. Or, les résultats de l'étude montrent que plusieurs facteurs influencent négativement la performance des centres de santé et de ce fait amenuisent la qualité des services de SMNN. Il s'agit de la faible disponibilité en ressources humaines et en équipement, la rupture en intrants et médicaments, le non respect des normes et directives, les insuffisances au niveau de la stratégie de communication. Améliorer la performance de l'offre en SMNN passe par une action combinée sur ces différents aspects.

III.1.1. Améliorer l'offre de services en SMNN

Un des risques les plus importants pouvant entraver l'atteinte de l'effet 2 du PADS qui porte sur l'augmentation de la demande et de l'utilisation effective de soins en matière de santé maternelle et infantile est la faible capacité des centres de santé à offrir des soins de qualité en adéquation avec la demande.

Assurer la disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité suffisante.

La disponibilité dans les centres de santé de prestataires qualifiés pour les SSMNN reste une exigence fondamentale. Cette action comprend un double aspect dont l'un porte sur l'amélioration des compétences et l'autre sur la présence effective d'un personnel qualifié pour les soins de santé maternelle et néonatale. Sur le terrain, l'ONG Care a déjà mis à la disposition de la majorité des centres de santé des sages femmes qui s'occupent des différents aspects de la santé reproductive. Il faut cependant noter qu'il s'agit souvent de contrat de courte durée et de fait la solution est loin d'être pérenne. A cela s'ajoute le fait qu'une seule sage femme ne peut pas assurer une disponibilité permanente des tous les SSMNN. Ce faisant, tout en s'inscrivant dans la synergie d'action avec les initiatives qui existent déjà sur place, le PADS devrait envisager une stratégie de renforcement des ressources humaines. A ce niveau il est souhaitable que le PADS engage un plaidoyer auprès du Ministère de la santé pour le renforcement en personnel des centres de santé.

Il faut toutefois noter que les mesures de renforcement des compétences ne suffiraient pas si elles ne pas assorties de dispositions organisationnelles internes à chaque centre visant à garantir une disponibilité de l'offre en fonction des contraintes de la demande. Selon le contexte, de telles mesures pourraient porter sur des agencements d'horaires pour les femmes qui souhaiteraient bénéficier d'une prise en charge rapide. Parallèlement, des mesures incitatives (par exemple engager les centres de santé dans un concours qualité en incluant comme critère l'organisation et la disponibilité des services) devraient être prises pour encourager les responsables des centres de santé et les prestataires à faire ces aménagements.

Soutenir la disponibilité en moyens matériel et en intrants

Les actions prioritaires à envisager pour assurer la fonctionnalité des centres de santé devraient apporter une solution pérenne au manque d'équipements et à la rupture en intrants. Les observations faites sur le terrain et les entretiens réalisés avec les prestataires indiquent des défaillances en équipement de façon générale mais surtout pour les SSMNN. A cela s'ajoutent les ruptures en intrants qui ne permettent de réaliser les examens nécessaires pour la CPN, mais et surtout les ruptures en médicaments. Ces ruptures en médicament entament sérieusement l'effectivité de la gratuité des SMNN, elles renforcent l'utilisation des médicaments de la rue. Plusieurs explications ont été avancées par les responsables en charge de la gestion des dépôts pour justifier ces ruptures. Les données de cette étude ne permettent pas de faire une analyse suffisante

pour appréhender les causes réelles. Cependant, elles aboutissent au constat que des insuffisances existent dans la chaîne d'approvisionnement. Elle suggère de ce fait qu'un diagnostic soit réalisé en vue d'identifier les problèmes qui provoquent ces ruptures et de prendre les mesures nécessaires pour les solutionner. La mise en place d'un système d'approvisionnement cohérent en médicaments et l'acquisition des équipements médicotechniques par le PADS en cours devraient solutionner ce problème bientôt. Cependant, à long terme, des mesures adéquates devraient être envisagées pour rendre la disponibilité en intrants et médicaments moins vulnérable aux exigences des sources de financements extérieurs au budget de l'Etat. Un plaidoyer mérite d'être fait dans ce sens. Il s'agit en outre de bien former les gestionnaires pour que l'expression des besoins soit bien faite.

Renforcer les capacités des prestataires en communication sur la santé maternelle et néonatale

Il s'agit d'une démarche stratégique fondamentale dans la mesure où, dans les centres de santé, la communication reste l'outil essentiel aux mains des prestataires pour atténuer les préjugés, influencer les comportements et soutenir l'utilisation des services de santé. Aussi relever le défi de l'augmentation de l'utilisation des SSMNN repose en partie sur cette démarche stratégique qui pourrait comporter les options suivantes :

- Instituer à tous les niveaux de la CPN un counseling en focalisant la communication sur les exigences de la continuité des SSMNN : De la CPN à la CPON en passant par la PTME, l'accouchement et la PF.
- Concevoir et mettre à la disposition des prestataires des outils spécifiques pour soutenir les différents niveaux de counseling (outils de processus, supports de communications, images, vidéo, etc.). Les supports existants sont souvent partiels. On pourrait faire en sorte d'obtenir des supports qui valorisent la continuité des soins. Par exemple un même support qui reprend tout le cycle des soins maternels et néonataux.
- Assurer la traduction de ces outils dans les principales langues locales
- Assurer la formation de tous les prestataires en communication interpersonnelle. Cette formation devrait doter chaque prestataire d'aptitudes pour conduire les différents types de communication. Elle doit intégrer au mieux les deux aspects fondamentaux du counseling : Les contenus à transmettre et la manière de transmettre ce contenu.

III.1.2. Créer un environnement social favorable à l'utilisation des SSMNN

Soutenir la reconversion des accoucheuses traditionnelles déjà formées

L'analyse des résultats a mis en évidence que dans les communautés, les accoucheuses traditionnelles formées constituent une source d'offre attractive en matière d'accouchement et de prise en charge des nouveau-nés. Le fait qu'elles aient été formées par des organes du système de santé leur confère une certaine légitimité aux yeux des populations et qu'il sera difficile de remettre en cause. L'alternative de leur reconversion mérite une attention particulière. Deux tâches pourraient être confiées aux accoucheuses formées dans le cadre de leurs reconversions.

- L'accompagnement des femmes enceintes pour une utilisation optimale de la CPN
- Les références systématiques et immédiates des parturientes vers les structures de santé.

Chaque accoucheuse pourrait recevoir une bonification en fonction du nombre de femmes référées vers les centres de santé. Pour être suffisamment attractive la bonification devrait avoir une valeur au moins supérieure aux présents que reçoivent les accoucheuses lorsqu'elles procèdent à des accouchements à domicile.

Parallèlement à ces mesures incitatives, un plaidoyer auprès des chefs de canton devrait être fait pour envisager des mesures de répressions pour les accoucheuses qui continueront à opérer à domicile. Il s'agira de leur faire payer des amendes pour chaque accouchement à domicile. Ces amendes seraient reversées pour soutenir le fonctionnement des services de maternité.

Mettre en place une stratégie intégrée de communication

Les discussions de groupe focalisées et les entretiens individuels ont mis en exergue des contraintes au niveau de la communauté qui tendent à étouffer la demande des services de santé maternelle et néonatale. Il apparaît que l'environnement social a une implication très importante pour la demande des soins de SMNN. Il représente le principal élément qui conditionne la demande, agit sur le processus décisionnel, et influence l'utilisation des SSMNN. Dans la pratique, les contraintes au niveau de l'environnement social prennent racine dans une insuffisance d'informations et agissent à travers les rapports de genre qui permettent aux hommes de prendre toutes des décisions importantes sur des questions de santé pour lesquelles ils n'ont pas suffisamment de connaissances.

Dans cette perspective, les actions suivantes peuvent être envisagées :

- Développer des messages en fonctions des besoins et des insuffisances constatées
- Utiliser les radios communautaires pour faire passer les messages
- Utiliser des organisations à base communautaire (groupements et autres) pour faire passer le message
- Organiser des débats contradictoires par le biais des radios communautaires

Pour les rapports de genre, les actions proposées doivent à la fois viser les hommes et les femmes. Elles doivent surtout mettre l'accent sur le couple. Les propositions faites dans ce sens sont les suivantes :

- Développer des stratégies novatrices pour l'implication effective des hommes (approche par les pairs, approches par les organisations faitières, etc.)

L'école des maris : Des hommes modèles pour améliorer les indicateurs de la santé de la reproduction

Cette stratégie est utilisée par l'ONG Mwangaza Action pour améliorer les indicateurs de la santé de la reproduction dans plusieurs localités du Burkina Faso. Elle consiste à regrouper 12 hommes au sein d'une organisation appelée "l'école des maris" et à les engager pour servir de fer lance à la promotion de la santé de la reproduction au sein de la communauté. Ces hommes sont choisis par leurs communautés avec l'appui des services de santé et de Mwangaza Action sur la base de critères objectifs : être volontaire, marié, avoir au moins 25 ans, avoir une femme qui utilise les services de santé, accepter que sa femme participe à la vie associative, soutenir sa famille, s'impliquer dans l'éducation de ses enfants, être de bonne moralité, etc... En clair, il s'agit d'hommes modèles, convaincus des bienfaits de l'utilisation des services de santé pour leurs femmes et leurs enfants, déterminés à entraîner dans leurs sillages ceux qui sont toujours réticents.

Une fois choisis, ces hommes sont installés alors d'une cérémonie solennelle en présence toutes les composantes de la population y compris leaders religieux, coutumiers et politiques. Au cours de la cérémonie, ils s'engagent à donner le meilleur d'eux pour susciter un changement de comportement afin d'améliorer les indicateurs de la santé maternelle et infantile dans leurs villages. Ils ont la responsabilité de sensibiliser la population dans son ensemble sur la planification familiale, sur les consultations prénatales, sur la nécessité d'accoucher dans un centre de santé et sur les consultations postnatales avec, pour finalité, de booster le taux de fréquentation des centres de santé par les femmes et leurs enfants en bas âge. Ils servent également d'interface entre les communautés et le personnel de santé de sorte à établir et à maintenir un climat de confiance entre eux.

Pour mener à bien leur mission "les écoles" leurs servent de cadre d'approfondissement de leurs connaissances à travers les partages d'expériences et les encadrements dont ils bénéficient de la part des acteurs de la promotion de la santé. Ces "écoles" sont surtout des espaces de prise de décisions en faveur du bien-être de l'enfant et de la mère.

Sources : Mwangaza Action : «Ecole des maris» en marche, 9 octobre 2013 | Archive: [Non classé](#)

Cet exemple est donné à titre illustratif pour inspirer les actions à entreprendre en vue de l'implication effective des hommes dans la SMNN. Il ne sera cependant pertinent que s'il prend en compte les réalités du terrain. L'école des maris a été déjà tentée dans le Batha par la CRF. On pourrait tirer leçon des forces et des faiblesses de cette mise en œuvre pour améliorer l'approche afin qu'elle réponde aux besoins des populations.

- Développer des outils de communications interpersonnelles en vue de permettre aux femmes d'aborder avec leurs conjoints les questions relatives à la santé de la reproduction y compris la santé maternelle et infantile
- Réaliser dans les centres de planification des journées portes ouvertes pour les hommes
- Prévoir dans le paquet d'offre de services de santé la réalisation d'un counseling de couples qui abordent toutes les questions de SR.

Utiliser les mutuelles comme stratégie créatrice de mobilisation communautaire

III.1.3. Tenir compte des attentes et besoins spécifiques des bénéficiaires

Les besoins et attentes des populations adressent leurs points d'insatisfaction : Il s'agit notamment des dysfonctionnements que connaît la politique de la gratuité des soins, de l'accès à l'information, mais aussi des relations interpersonnelles qui doivent être améliorées.

II.2. Propositions d'actions en fonction des problèmes identifiés

Problèmes identifiés	Proposition d'actions	Commentaires
Axe stratégique 1 : Améliorer la performance des centres de santé dans le domaine de SMNN		
Insuffisance des prestataires dans les centres de santé	Faire un plaidoyer au niveau de l'Etat pour le renforcement des effectifs dans les centres de santé	
Faible compétences des agents en SMNN	Former tous les prestataires sur les différents aspects de la SMNN et recycler les prestataires déjà formés - Les auxiliaires de santé qui réalisent la majorité des accouchements sont à former la Sage-femme PADS - Renforcer les supervisions formatives pour la mise en œuvre des acquis	<u>Actions en cours</u> : L'évaluation des compétences techniques est un projet qui sera mené avec l'Ecole de formation de base et l'Hôpital. .
Non disponibilité des prestataires et des prestations	Inciter les responsables des centres de santé à mettre en place une organisation des services qui prennent en compte les besoins de temps des utilisatrices	<u>Activité en cours</u> ; les contrats d'objectifs qui viennent d'être signés par les prestataires. L'absentéisme est sanctionné (perte de primes) dans La qualité perçue des services est évaluée avec des indicateurs qualitatifs
	Mettre en place des mesures incitatives qui poussent les centres de santé rendre l'offre plus attractive (ex : concours qualité, cercle d'or, etc.)	
Ruptures fréquentes en intrants et médicaments	Faire un plaidoyer pour des mesures visant la sécurisation des intrants et médicaments pour les soins de SMNN	
	Faire un plaidoyer pour la réalisation d'un diagnostic en vue d'identifier et de corriger les insuffisances des circuits d'approvisionnement pour les médicaments et autres intrants de la gratuité	<u>Action en cours</u> : Le programme de formation initié par le projet vise à renforcer les capacités techniques et gestionnaires
Manque de matériels dans les centres de santé	Doter les FOSA en équipements médio-techniques	<u>Actions en cours</u> : Activité en cours de réalisation Le PADS prévoit de doter tous les CS et HD en équipements adéquats en fonction des besoins identifiés par les missions des experts sur ce volet. Les appels d'offres sont en cours.
Faible accessibilité géographique liée à la disponibilité des moyens de transports.	Envisager la mise en place de tricycles ambulances dans certains CS pour les références vers l'HD	<u>Action en cours</u> . Un projet de mise en place de tricycles est en discussions avec les partenaires pour assurer les références/évacuations des CS vers l'HD. Ces discussions ne sont pas encore avancées

Faible application des normes procédures en SMNN	Réaliser des formations/recyclages spécifiques sur l'application des normes et procédures	RAS
	Mettre à la disposition des centres de santé les différents documents des normes en procédures en SMNN	
	Faire une synthèse des normes et procédure en SMNN	
	Assurer la traduction de ces outils dans les différentes langues locales (Sara et arabe)	
	Produire des affiches à partir de cette synthèse et afficher les synthèses des normes et procédures dans tous les services de SMNN	
Déficit de la communication sur la SMNN	Former les prestataires en counseling	A prendre en compte dans le plan de communication
	Instituer dans le processus de la CPN un counseling sur la continuité des SSMNN	
	Concevoir et mettre à la disposition des prestataires des outils spécifiques pour soutenir les différents niveaux de counseling (outils de processus, supports de communications, images, vidéo, etc.)	
Axe stratégique 2: Rendre l'environnement favorable à la demande des SMNN		
Faibles connaissances par les populations de l'importance de la SMNN	Développer des messages sur les risques liés aux différentes étapes de la parturition Donner les informations et les statistiques selon lesquelles les risques de mortalité maternelles sont les plus forts à l'accouchement et dans les 24 heures qui suivent l'accouchement	A prendre en compte dans le plan de communication
	-Utiliser les radios communautaires pour faire passer les messages	A prendre en compte dans le plan de communication
	Utiliser des organisations à base communautaire (groupements et autres) pour faire passer le message	APDI et ATEV ont été mises sous contrat afin de réaliser les sensibilisations dans le DS de Danamadji
	-Organiser des débats contradictoires par le biais des radios (Recenser dans la communauté les rumeurs et fausses informations sur la SMNN. Préparer des arguments pour éclairer les populations communautaires)	A prendre en compte dans le plan de communication
Existences des barrières liées au genre	- Développer des stratégies novatrices pour l'implication effective des hommes (approche par les pairs, approches par les organisations faitières)	Des approches novatrices comme l'école des maris pourraient servir d'exemple
	-Développer des outils de communications interpersonnelles en vue de permettre aux femmes d'aborder avec leurs conjoints les questions relatives à la santé de la reproduction et la PF	A prendre en compte dans le plan de communication.
L'existence d'une offre parallèle soutenue par les accoucheuses traditionnelles	Prendre les dispositions nécessaires pour la reconversion des accoucheuses déjà formées	Activités inscrites dans le PADS et est en cours actuellement
	Faire un plaidoyer au niveau de l'état pour clarifier par un texte réglementaire les dispositions concernant le rôle des accoucheuses traditionnelles formées dans l'offre	Clarifier dans un texte réglementaire les dispositions concernant les AT notamment en ce

	de service en SMNN	leur rôle
	Engager les chefs de canton et les chefs traditionnels pour l'adoption de mesures dissuasives contre les accouchements à domicile	A prendre en compte dans le plan de communication
	Mettre en place un système de motivations pour les accoucheuses reconverties	Etablir des mesures incitatives, directes et indirectes, des AT qui réfèrent les femmes vers les centres de santé
	Faire un inventaire des outils déjà existant, et développer de nouveaux outils de communication de masse avec des messages forts sur les conséquences néfastes de certaines pratiques traditionnelles en matière de SMNN (fistule, déformations, risques accrus de stérilité)	A prendre en compte dans le plan de communication
L'existence de pratiques traditionnelles qui amenuisent ou retardent le recours aux services de santé	Développer les messages et des outils de communications de masse sur les conséquences des retards des références dans les centres de santé	A prendre en compte dans le plan de communication
	Mettre en place une stratégie de communication visant l'abandon de la pratique de l'excision dans les zones d'intervention du projet	A prendre en compte dans le plan de communication
Attitudes défavorables à l'accouchement assisté et à la CPON	<ul style="list-style-type: none"> - Communiquer sur les risques accrus de mortalité au moment de la délivrance pour la femme et le nouveau-né - Mettre en exergue les avantages d'un accouchement assisté dans un centre de santé - Informer sur les risques d'un accouchement à domicile même lorsqu'il s'agit d'accoucheuse qui ont été formé 	A prendre en compte dans le plan de communication
Axe stratégique 3: Prendre en compte les besoins des Bénéficiaires		
Le coût élevé des services des	<ul style="list-style-type: none"> -Corriger les dysfonctionnements liés à la mise en œuvre de la mesure de gratuité - Communiquer les informations justes aux populations sur la mesure de la gratuité 	S'appuyant sur les mutuelles de santé
Mauvaises appréciations par les clientes de la qualité des services	-Instituer au niveau des services des stratégies d'amélioration continue de la qualité des services qui prennent en compte les attentes des clientes en termes d'organisation et de la qualité de l'offre (Recherche-action rapide)	RAS

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AFD-Sahel, Croix rouge Française (2013). Déterminants socio-culturels de l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale au Mali : Cas de la Commune I du district de Bamako

AFD-Sahel, Croix rouge Française (2013). Déterminants socio-culturels de l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale dans la région du Batha (Tchad)

AKONTIOGA Michel, 2008: Liens entre mutilations génitales féminines et santé de la reproduction, in manuel de formation en Recherche-Action dans le domaine de la lutte contre les Mutilations Génitales Féminines

Beninguisse, G. (2003). Fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun. Dans G. Beninguisse, *Entre tradition et modernité*. Paris: L'Harmattan & Academia-Bruyant.

Beninguisse, G., Haddad, S., Fournier, P., & Nikièma, B. (2005). L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique. Dans U. Isiugo-Obnihe, E. Ngwe, & V. Kokou, *African Population Studies, Suppl.* Paris.

Brigit Obrist*et al (2007) , Access to Health Care in Contexts of Livelihood Insecurity: A Framework for Analysis and Action, PLoS Medicine | www.plosmedicine.org October 2007 | Volume 4

Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J. (2003). Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris: Karthala

Lechthaler Filippo, (2015) Evaluation de la qualité des services de santé dans deux districts sanitaires du Tchad - Yao et Danamadji

Ndiaye, P., Tal, D. A., Diediou, A., Dieye, E., & Dione, D. (2005). Déterminants socioculturels du retard de la 1re consultation prénatale dans un district sanitaire au Sénégal. *Santé publique* , 17, 531-538.

THADDEUS Sreen' and MAINE Deborah; (1994). Too far to walk: maternal mortality in context, *Sm. Sci. Med.* Vol. 38. No. 8,

Direction du Développement et de la Coopération (DDC), Centre International de Développement de la Recherche (CIDR) : Programme de Promotion des mutuelles de santé au Tchad : Rapport d'évaluation finale de la deuxième phase juillet 2013-juin 2016