



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)



FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES (FLASH)

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE
L'EDUCATION (DPSE)

OPTION : PSYCHOLOGIE DE LA VIE SOCIALE ET PROFESSIONNELLE

Mémoire de maîtrise

SUJET

**Participation des communautés de Agondji,
Dan, Dohuimè, Mougnon et
Oungbègamè (commune de Djidja) dans la
mise en œuvre des stratégies de réduction de
la mortalité maternelle**

Réalisé par :

Catherine Sylvie **HOUENOUHO**

Sous la Direction de :

Professeur Denis **AMOUSSOU-YEYE**
Professeur associé à l'UAC
Directeur de recherche au CEFORP

Année académique 2013- 2014

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
DEDICACE	3
REMERCIEMENTS	4
SIGLES ET ABREVIATIONS	5
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	7
INTRODUCTION	8
Chapitre1: FONDEMENTS THEORIQUES	10
1.1 Problématique	10
1.1.1 Problème et questions de recherche	10
1.1.2. Hypothèses et Objectifs	12
1.2 Clarification Conceptuelle	13
1.3 Etat de la question	19
CHAPITRE 2 : PRESENTATION DU MILIEU D’ETUDE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE	32
2.1. Présentation du milieu d'étude	32
2.2. Démarche méthodologique	38
CHAPITRE 3 : ANALYSE DES DONNEES	45
CHAPITRE 4 : DISCUSSION DES RESULTATS ET FORMULATION DES SUGGESTIONS	56
4.1. Discussion des résultats	56
4.2. SUGGESTIONS	58
CONCLUSION	61
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	62
ANNEXES	66
TABLE DES MATIERES	81

DEDICACE

A mon père et à ma mère,

Puisse Dieu vous garder en vie pour bénéficier des bons fruits de votre semence,

Et à tous mes frères et sœurs.

REMERCIEMENTS

- Au professeur Denis AMOUSSOU-YEYE, notre maître de mémoire qui malgré ses multiples occupations a accepté conduire ce travail de recherche.
- Au corps professoral du Département de Psychologie et des Sciences de l'Education (DPSE), de la FLASH (Faculté des Lettres Arts et Sciences Humaines) et de l'UAC (l'Université d'Abomey-Calavi) en général pour avoir assuré notre formation.
- Aux honorables membres du jury pour avoir accepté examiner les résultats de cette recherche.
- Aux responsables et à tout le personnel de la Direction Départementale de la Santé du zou-collines (DDS/zc), particulièrement au docteur AZON Antoine (responsable du Service de la Santé de la Mère et de l'Enfant) pour sa promptitude et sa sollicitude à nous accompagner durant notre travail sur le terrain.
- À la communauté de Djidja en général et à toutes les personnes qui se sont rendues disponibles pour répondre à nos questions.
- Enfin à toutes les personnes qui de près ou de loin, financièrement, matériellement ou moralement nous ont soutenues. Un spécial merci:
 - À mon frère HOUENOUHO C. Patrice,
 - À HOUEHA M. Nadine,
 - Au docteur Paul AYEMONNA,
 - À monsieur Jules Codjo MAZEDEME,
 - À Ernest LOKONON
 - Et à madame Clémentine CAPO-CHICHI épouse ALLADAYE.

Merci à tous et que Dieu vous bénisse.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASC	Assistant Social Communautaire
CED	Centre d'Etude à Distance
CHD/zc	Centre Hospitalier Départemental / du zou et des collines
CIM-10	Dixième révision de la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes
CPN	Consultation Périnatale
CSSME	Chef Service de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DAA	Djidja-Abomey-Agbangnizoun
DDS	Directeur Départemental de la Santé
DDS/zc	Direction Départementale de la Santé du zou et des collines
EDSB-III	Enquête Démographique et de Santé du Bénin (3)
FLASH	Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines
IEC/CCC	Information, Education et Communication/ Communication pour un changement de comportement
IFC	Institut Français de Cotonou
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PISAF	Projet Intégré de Santé Familiale
PRB	Population Référence Bureau
SA	Secrétariat Administratif
SDSP	Service Départemental de la Santé Publique

SHSIO	Service des Hôpitaux, Soins Infirmiers et Obstétricaux
SIEM	Service des Infrastructures, Equipements et Matériaux
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgences de Base
SOUC	Soins Obstétricaux d'Urgences Complets.
SPIRS	Service de la Planification de l'Informatique et de la Recherche en Santé
SR	Santé de Reproduction
SRFM	Service de Ressources Financières et Matérielles
SRH	Service des Ressources Humaines
SSME	Service de la Santé de la Mère et de l'Enfant
UAC	Université d'Abomey-Calavi
UNFPA	Fond des Nations Unies pour la Population/ United Nations Fund for Population Activities
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance/ United Nations International Children's Emergency Fund

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

<i>Tableau I : Répartition de l'effectif des enquêtés par catégorie.....</i>	42
<i>Tableau II : Perception des causes du décès maternel par les hommes</i>	46
<i>Tableau III : Perception des causes du décès maternel par les femmes</i>	48
<i>Tableau IV : Niveau d'implication des femmes</i>	50
<i>Tableau VI : Suivi des consultations prénatales</i>	52
<i>Tableau VII : Appréciations des méthodes modernes de planification familiale</i>	53
<i>Tableau VIII : Les réflexes en matière de recours aux soins</i>	47
<i>Graphique I : Fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes</i>	51
<i>Graphique II : Appréciations des méthodes modernes de planification familiale</i>	54
<i>Graphique III : Les réflexes en matière de recours aux soins</i>	55

INTRODUCTION

Le Bénin en 2000 s'est engagé à élaborer et à mettre en œuvre des politiques publiques nécessaires pour l'amélioration des conditions de vie des populations d'ici 2015 conformément à la déclaration des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Au nombre de ces objectifs figurent la réduction de 75% du taux de mortalité maternel. Mais à moins de trois ans de la fin du délai fixé pour l'atteinte de ces OMD, le Bénin enregistre toujours un taux de mortalité relativement élevé. De nombreuses actions telles que la construction d'infrastructures de santé, la formation des agents de santé (entre autre les sages-femmes, infirmières et aides-soignantes), la dotation de nos formations sanitaires en matériaux et équipements de soins, ainsi que la prise de certaines mesures de subvention et de gratuité concernant des produits et services sanitaires pour ne citer que ceux là, sont pourtant menées. Malgré toutes ces actions qui font l'objet d'une stratégie nationale établie et mise en œuvre, le but poursuivi n'est toujours pas atteint. Il faudrait alors orienter nos réflexions dans le sens des conditions de mise en œuvre des différentes stratégies inscrites dans ce cadre, de la responsabilité des acteurs (prestataires et bénéficiaires) impliqués, ou bien l'association des deux. Il est clair que quelque soit la perfection d'une stratégie, son efficacité dépend aussi bien des conditions de sa mise en œuvre que des personnes concernées. Il est nécessaire que toutes les parties s'impliquent fortement et totalement pour l'atteinte du but visé. Dans ces conditions, la connaissance et la prise en compte de tous les paramètres entrant en jeu permet à chacun de s'identifier à travers l'objectif déterminé et de se mettre au même diapason. C'est dans cette optique que nous avons choisi de nous intéresser à la participation de certaines communautés de Djidja dans la mise en œuvre des stratégies de réduction de la mortalité maternelle.

Dans un premier temps il s'agit de faire ressortir les différentes causes du décès maternel telles que perçues par ces communautés, puis mesurer le niveau

d'implication de ces dernières dans la mise en œuvre des stratégies de réduction de la mortalité maternelle pour enfin exposer les entraves à la réalisation des dites stratégies, émanant de ces communautés.

Ce travail de recherche est divisé en quatre chapitres. On distingue successivement le cadre théorique, la présentation du milieu d'étude et la démarche méthodologique, l'analyse des données puis enfin la discussion des résultats et la formulation des suggestions.

Le cadre théorique permet de situer et de définir l'orientation de la recherche, suivi de la démarche méthodologique qui apporte des éclaircissements sur les méthodes, outils et techniques d'atteinte des objectifs fixés. Quant au chapitre consacré à l'analyse des données, il rassemble les informations recueillies lors de l'enquête pour la vérification ou non des hypothèses énoncées. La discussion permet d'exposer des points de vue sur les résultats obtenus de la recherche. Enfin, la formulation des suggestions constitue l'apport de ce travail pour la recherche et l'adoption de solutions plus efficaces.

Chapitre1: FONDEMENTS THEORIQUES

1.1 Problématique

1.1.1 Problème et questions de recherche

Depuis plusieurs années, les problèmes de santé maternelle continuent de préoccuper toutes les sociétés aussi bien dans les pays développés que dans les pays en voie de développement. Sur tous les continents, les femmes font parties des plus exposés à la pauvreté et à la maladie. Faute de soins obstétricaux, d'assistance psychologique, sociale et d'infrastructures de santé adaptées, des centaines de milliers de mères meurent chaque année pendant leur accouchement, surtout en Asie du Sud et en Afrique Subsaharienne.

La grossesse représente une étape importante du développement psycho-sexuel de la femme. Elle est propice à la survenue de pathologies aussi bien somatiques que psychiatriques car les modifications psychosomatiques qu'elle entraîne peuvent déclencher des souffrances avec des symptômes névrotiques ou psychotiques ; souffrances qui pourraient faciliter la survenue d'un décès maternel.

Selon les estimations issues du communiqué de presse du 20 Octobre 2003 publié à Genève par l'OMS, sur les 529.000 décès maternels survenus en 2000, 95 % se sont produits en Afrique et en Asie, contre seulement 4 % (22 000) en Amérique latine et dans les Caraïbes, et moins de 1% (2500) dans les régions plus développées.

Le taux de mortalité maternelle, qui mesure le nombre de décès de femmes en raison de complications liées à la grossesse pour 100 000 naissances vivantes, a été estimé en 2000 au niveau mondial à 400 pour 100 000 naissances vivantes. Ventilé par région, ce taux est le plus élevé en Afrique (830), suivi par l'Asie à l'exclusion du Japon (330), l'Océanie à l'exclusion de l'Australie et de la

Nouvelle-Zélande (240), l'Amérique latine et les Caraïbes (190) et les pays développés (20).

Au Bénin selon l'enquête démographique et de santé (EDSB-III), le taux de mortalité maternelle est estimé à 397 décès pour 100.000 naissances vivantes pour la période 1999-2006. Chaque année, le Bénin voit 1500 femmes mourir pour causes liées à la mortalité maternelle. Et ceci, est sans compter les cas de décès non recensés qui sont probablement les plus nombreux.

La culture africaine en générale et celle béninoise en particulier a toujours considéré un enfant comme une richesse incomparable, il est donc important de sauvegarder la source productrice de cette richesse (la mère).

Face donc à cette situation alarmante, la lutte pour la réduction de la mortalité maternelle est un impératif pour toute personne soucieuse des conditions de vie des femmes.

Il est évident qu'aucun gouvernement digne du nom, ne peut observer sans réagir face à la mort de ses forces vives. Il est d'autant plus urgent de réagir lorsque c'est la tranche la plus importante de la population qui est touchée par un phénomène tel que le décès. En effet, le troisième recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de Février 2002 confirme que non seulement les femmes constituent plus de 50% de la population béninoise, mais aussi elles sont d'importantes sources de revenus et de développement pour le pays.

Mais malgré tous les efforts du gouvernement béninois, le taux de réduction de la mortalité maternelle dans notre pays est encore loin des 75% recommandé par l'OMD (Objectif du Millénaire pour le Développement) N°5 pour l'horizon 2015. Ces efforts sont concrétisés à travers la mise en place dans le plan stratégique 2002-2006 du ministère de la santé, d'un sous-programme Promotion de la Santé de la Femme avec des stratégies telles que :

- La promotion de la consultation prénatale recentrée, l'accouchement assisté, la prévention des hémorragies du post partum et de l'infection ;
- La prise en charge des Urgences Obstétricales ;
- La promotion de la planification familiale y compris la lutte contre l'infertilité et les IST-VIH-SIDA ;
- La promotion de la lutte contre les pratiques néfastes à la santé de la femme ;
- La prise en charge des affections gynécologiques, des cancers génitaux et mammaires.

Ces diverses stratégies devraient permettre de venir à bout du problème que constitue la mortalité maternelle du fait qu'elles ont été bien étudiées dans leur élaboration tenant compte des divers diagnostics posés, mais toujours est-il que le problème demeure. A cet effet, interviennent les questions suivantes :

Est-ce que l'on tient effectivement compte dans les actions menées, des facteurs fondamentaux liés à ce phénomène ? Etant donné que le plus grand nombre des décès maternels surviennent en leur sein, les communautés s'impliquent-elles réellement dans la recherche de solutions efficaces à l'éradication de la mortalité maternelle. Telles sont les interrogations qui orienteront ce travail de recherche.

1.1.2. Hypothèses et Objectifs

1.1.2.1 Hypothèses

Les hypothèses retenues sont :

- La transgression des interdits traditionnels est perçue par les communautés de Djidja comme étant la cause des décès maternel ;
- La mise en œuvre des stratégies de réduction de la mortalité maternelle rencontre des entraves liées au recours plus ou moins systématique des communautés de Djidja aux soins traditionnels.

1.1.2.2 Objectifs

1.1.2.2.1 Objectif général

L'objectif général de ce travail de recherche est de :

Contribuer au renforcement de la mise en œuvre des stratégies de réduction de la mortalité maternelle dans la commune de Djidja.

1.1.2.2.2 Objectifs spécifiques

Il s'agit de :

- Identifier les causes du décès maternel telles que perçues par les communautés de Djidja ;
- Mesurer le degré de participation des populations de la commune de Djidja aux programmes de réduction de la mortalité maternelle ;
- Identifier les entraves liées à la mise en œuvre des stratégies de réduction de la mortalité maternelle au sein de la communauté de Djidja.

1.2 Clarification Conceptuelle

Elle va permettre d'obtenir plus d'éclaircissements sur certains mots et concepts clés utilisés dans ce travail de recherche. Les définitions des différents concepts sont données en fonction des orientations de cette recherche. Il est à noter que l'on y retrouve des termes plus spécifiques à la médecine.

Accouchement : Action de mettre un enfant au monde. L'accouchement chez les autres mammifères s'appelle la parturition. Elle se déroule en trois étapes. La première étape commence avec les contractions de l'utérus, qui pressent la membrane amniotique dans le col de l'utérus, où elle se rompt. Le liquide amniotique lubrifie le canal cervical, facilitant le passage de la tête du fœtus. Dans la seconde étape du travail, les contractions utérines s'accroissent, les

muscles abdominaux se contractent, contribuant à l'expulsion du fœtus par le vagin. C'est la naissance du bébé. A ce stade, le fœtus est encore relié à la mère par le cordon ombilical, qui doit être coupé. Après la naissance de l'enfant, le placenta est expulsé par l'utérus. C'est le troisième stade, la délivrance.

Sur le plan psychologique, l'accouchement ou la naissance correspond au passage de l'enfant imaginaire à l'enfant réel et se déroule au niveau de la femme en deux étapes :

- En présence d'un cas de césarienne en urgence : risque de sentiment de culpabilité, frustration ;
- Ambivalence entre sentiment de triomphe et dépression, anxiété (vais-je y arriver ?)

Il traduit également l'aspect d'un corps « vide », le déplacement du regard vers l'enfant et non la mère.

Autopsie verbale : L'autopsie verbale peut se définir selon Fauveau comme « une technique d'utilisation de l'information acquise auprès des parents d'une personne récemment décédée pour reconstruire les événements ayant précédé le décès et en déduire une ou des cause(s) de décès médicalement acceptable(s) ».

Une autopsie verbale dans le cas d'un décès maternel est une méthode permettant de déterminer les causes médicales du décès et de rechercher les facteurs personnels, familiaux ou dépendants de la communauté qui ont pu contribuer aux décès maternel. Elle consiste à interroger les personnes qui possèdent des renseignements relatifs aux événements qui ont conduit au décès (par exemple, les membres de la famille, les voisins, les accoucheuses traditionnelles, les ASC, les sages femmes etc..).

Commune : Au Moyen Age, une commune était une ville affranchie qui avait obtenu du seigneur féodal des exemptions et que les bourgeois (marchands et artisans) avaient le privilège d'administrer eux-mêmes.

La commune est une collectivité publique et politique, administrée par le conseil municipal, sous la direction du maire. Elle est constituée d'une zone géographique clairement définie, qui est, en règle générale, une ville ou un village. La commune est le plus petit niveau de l'organisation territoriale, elle-même incluse dans un département, le département étant inclus dans une région.

Communauté : Etymologie du latin "*communis*", communauté, lui-même issu de "*cum*", avec, ensemble et de "*munus*", charge, dette : charges partagées, obligations mutuelles.

La communauté est le caractère de ce qui est commun à plusieurs personnes ou choses.

Au sens général, une communauté désigne un groupe social constitué de personnes partageant les mêmes caractéristiques, le même mode de vie, la même culture, la même langue, les mêmes intérêts.... Elles interagissent entre elles et ont en outre un sentiment commun d'appartenance à ce groupe.

Communautaire : Propre à un groupe de personnes ayant la même appartenance linguistique, culturelle ou sociale.

Consultation prénatale : Rendez-vous médical permettant le suivi de la grossesse pour une heureuse délivrance de la mère et du bébé.

Décès maternel : Perte de vie d'une femme lors de la grossesse, de l'accouchement ou durant une période de 42 jours suivant l'accouchement.

Graphique partographe : Terme technique dans le domaine de la médecine désignant une courbe qui permet de suivre l'évolution du traitement appliqué au patient (dans ce cas précis, le patient est la femme enceinte).

Gravido-puerpéralité : étant donné que c'est un mot composé, sa clarification requiert de procéder par étape.

Gravide fait référence aux conditions dans lesquelles se trouve l'organisme d'une nouvelle accouchée, pendant le temps qui lui est nécessaire pour revenir à son état normal.

La puerpéralité désigne l'état d'une femme qui, ayant accouché, se trouve dans la période qui suit l'enfantement.

Par extension, l'état gravido-puerpéral correspond alors à l'ensemble des fonctions: grossesse, accouchement, suites de couches.

Elle peut être caractérisée par un état de dépression de la mère favorisé par le contexte familial, affectif, social et les antécédents personnels ou familiaux. On observe l'association de tristesse, d'asthénie, d'anxiété, de trouble de sommeil... parfois avec un masque de vomissement incoercible.

Morbidité : Etat pathologique. Il désigne le nombre de cas de maladie sur une population et une période donnée. Dans ce cas précis, la morbidité fait donc référence aux cas de maladie ou des complications survenant lors de la grossesse, et/ou des suites d'un accouchement.

Mortalité : Phénomène de la mort envisagé du point de vue quantitatif. Rapport du nombre de morts sur l'effectif de la population d'un lieu à un moment donné.

Mortalité maternelle : désigne le rapport du nombre de décès maternels survenu à un lieu sur une période donnée. C'est le décès d'une femme à l'occasion d'un accouchement ou d'autres événements. Selon la dixième

révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) la mortalité maternelle se définit comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite ».

Planification familiale : Processus incluant des méthodes qui permettent l'espacement des naissances et leur limitation. La planification familiale ou planning familial est une composante de la santé de la reproduction (SR) qui regroupe des aspects politiques, sociologiques, sanitaires, démographiques et économiques. On peut retenir trois aspects :

- Le contrôle des naissances
- L'espacement des naissances
- La prise en charge de l'infidélité

Post partum : La période du **post-partum** s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour de couches, c'est-à-dire les premières règles après la grossesse. C'est une période de nouveaux bouleversements à la fois psychiques et familiaux (période clef pour la mise en place de la relation mère-enfant, de la découverte du nouveau-né, de mutations familiales), mais aussi physique avec la perte brutale des repères physiologiques et anatomiques liés à la grossesse. Le post-partum est donc une période à risque de difficultés, parfois de complications, liées aux bouleversements de tous les repères d'une femme en particulier lorsqu'il s'agit d'un premier enfant, et qui mérite pour ces raisons un suivi et une attention particulière. Il peut se développer chez la mère durant cette période, le post-partum blues ou le baby blues qui survient entre le 3^e et le 5^e jour avec des symptômes anxieux et dépressifs tels que l'inquiétude, le sentiment de dévalorisation, la culpabilité, l'asthénie, les pleurs, etc...

Le baby blues est autant lié aux facteurs organiques (effondrement du taux d'œstrogène) que psychologique (accouchement vécu comme rupture, confrontation de l'enfant réel et imaginaire).

Soins obstétricaux : Interventions médicales ou soins médicaux appliqués lors de la grossesse jusqu'à la période post-natale (période après l'accouchement).

Les soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) sont des soins donnés aux femmes enceintes avant, pendant et après accouchement en cas de complications qui mettent leur vie en péril. On distingue les Soins Obstétricaux d'Urgences de Base (SOUB) et les Soins Obstétricaux d'Urgences Complets (SOUC).

Les soins obstétricaux d'urgences de base sont caractérisés par six fonctions :

- L'administration d'antibiotiques par voie injectable pour lutter contre l'infection ;
- L'administration de sédatifs anticonvulsivants par voie injectable pour lutter contre les complications de l'hypertension artérielle;
- L'administration d'ocytociques pour lutter contre les dystocies ;
- L'évacuation de débris intra-utérins pour lutter contre les complications de l'avortement ;
- La révision utérine pour lutter contre les hémorragies de la délivrance et de l'avortement ;
- L'accouchement par voie basse assisté par ventouse ou par forceps.

Ces soins doivent être disponibles au niveau des structures de 1^{er} niveau (Postes de santé, centres de santé). Les SOUC regroupent en plus de ces SOUB, la transfusion sanguine et la réalisation de la césarienne. Ces SOUC doivent être

disponibles au niveau des structures de 2^e et 3^e niveau (centres de santé à vocation chirurgicale et hôpitaux).

Taux de mortalité maternel : C'est la proportion de décès maternels recensée au sein d'une population sur une période donnée pour 100 000 femmes en âge de procréer (généralement âgées de 15 à 49 ans).

$$\text{TMM} = \frac{\text{Nombre de décès maternels} \times 100\,000}{\text{Nombre de Femmes en Age de Procréer}}$$

1.3 Etat de la question

La naissance d'un enfant étant à tout point de vue un événement heureux, il n'en demeure pas moins que beaucoup de femmes payent encore un lourd tribut en voulant donner la vie. Le décès d'une mère pendant la grossesse ou l'accouchement est une tragédie humaine tant au niveau individuel qu'aux niveaux familial et social. Les chances de survie non seulement du nouveau-né mais également des autres enfants sont sensiblement réduites en cas de décès de la mère.

Lors du Sommet pour le Millénaire tenu en 2000, les Etats Membres des Nations Unies ont renouvelé leur ferme engagement à promouvoir la réduction de la mortalité maternelle. L'un des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) est la réduction aux 2/3 du taux de mortalité maternelle d'ici 2015. La maternité à moindre risque a ainsi été érigée au rang de priorité. De plus, la mortalité maternelle est devenue un des principaux indicateurs du programme de réduction de la pauvreté pour la communauté internationale, et les gouvernements du monde entier ont signé des conventions visant à réduire de manière importante les risques de mortalité maternelle. Toujours dans ce même ordre d'idée, et en 2002, l'Assemblée générale des Nations Unies a reconnu que

« malgré les progrès de certains pays, les taux de mortalité et de morbidité maternelles demeurent beaucoup trop élevés dans la plupart des pays en développement ». Dans ces pays en particulier, la morbidité et la mortalité maternelle constituent une immense tragédie qui a été longtemps ignorée par les décideurs (Barry, B. 2008, Mortalité maternelle: cause et facteurs favorisants déterminés par l'autopsie verbale dans le département de Bakel, Université cheikh Anta Diop de Dakar - Master de recherche Dans la catégorie: Biologie et Médecine).

Le risque pour les femmes africaines de mourir en couches est 175 fois plus élevé que pour les femmes de régions développées. Les nouvelles données sur la mortalité maternelle réunies par l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP montrent qu'une femme vivant en Afrique subsaharienne a une chance sur seize de mourir pendant la grossesse ou lors de l'accouchement contre une sur 2800 pour une femme d'une région développée. C'est ce qui ressort d'un nouveau rapport mondial sur la mortalité maternelle, publié aujourd'hui en ligne par les trois organisations (**OMS, 2003**).

Cette même source fait état de 529 000 femmes qui meurent chaque année de causes liées à la maternité et environ 50 millions de femmes sont victimes de complications liées à la grossesse et à l'accouchement.

Selon les données sanitaires du ministère béninois de la Santé, au Bénin, malgré les efforts appréciables en matière de soins prénataux (91% en 2006 contre 96% en 2007), le taux de mortalité maternelle s'établit à 397 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2006 contre 498 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1996. La mortalité maternelle a diminué d'au moins 5% sur les 10 dernières années, mais à ce rythme le Bénin n'atteindra pas la cible de 125 pour 100 000 naissances vivantes en 2015, soulignent les mêmes sources sanitaires.

Pourtant, la mortalité maternelle pourrait être sensiblement réduite si les femmes avaient accès à des soins appropriés pendant la grossesse, l'accouchement et le premier mois suivant l'accouchement, ou période post-partum. La forte prévalence de la mortalité et de la morbidité liées à la grossesse ou à l'accouchement s'expliquerait en grande partie par le recours aux soins obstétricaux essentiels

Malgré ces chiffres alarmants publiés par l'OMS, certains auteurs pensent qu'ils sont en dessous de ce que serait la réalité. C'est le cas par exemple de **Royston et Armstrong** qui affirment que « Personne ne sait exactement combien de femmes meurent tous les ans à la suite d'une grossesse. La plupart d'entre elles sont pauvres et vivent dans les régions reculées, leur mort passe quasiment inaperçue ».

Face à cette situation peu reluisante, de nombreuses approches ont été développées pour la réduction de l'impact de la mortalité maternelle.

L'approche majoritairement représentée était celle étiologique, qui consiste à identifier les décès liés à la grossesse et à analyser la répartition de ces décès selon leurs causes. C'est ainsi que Boubacar BARRY cite dans son mémoire, la thèse « Détermination par l'autopsie verbale des causes de la mortalité maternelle chez les femmes en âge de procréer à Niakhar » de J.P. Diallo qui souligne l'importance de connaître les taux de mortalité maternelle. Selon lui, pour être efficaces, les programmes doivent s'appuyer sur des données fiables c'est-à-dire une bonne connaissance des niveaux de mortalité maternelle afin de pouvoir mettre en place des programmes pour les réduire.

Cette approche appliquée depuis des décennies a fini de montrer ses limites car il ne suffit pas de connaître les niveaux de mortalité maternelle, mais nous avons besoins d'informations sur les causes et les facteurs profonds qui ont conduit à ces décès évitables. C'est la nouvelle approche développée par l'OMS (2000) qui

estime dans « Au-delà des nombres » qu'il est plus important de répondre aux questions pourquoi les femmes meurent-elles et que peut -on faire pour les éviter ? Que de connaître le niveau exact de la mortalité maternelle.

Pour répondre à la première question, **Beninguisse et Bakass (2001)** partent du constat selon lequel l'Afrique n'est pas seulement la région du monde où les risques liés à la grossesse et à l'accouchement sont les plus élevés. Pour ces auteurs, elle est aussi la région du monde où les femmes ont le moins recours aux services obstétricaux déployés pour faire face aux problèmes liés à la maternité. L'une des caractéristiques de ce faible accès est la discontinuité des soins.

La grossesse est, d'une manière générale, l'occasion d'une reviviscence rapide de tous les stades de la libido. La femme explore à nouveau tous les stades de développement qu'elle a déjà eu à affronter.

Elle se confrontera donc entre autres à une reviviscence du stade oral associant envies, boulimie, vomissements, avec acceptation d'être à la fois la Bonne Mère gratifiante et la Mauvaise Mère frustrante, menaçante. Il y aura aussi le stade anal, avec traits obsessionnels, constipation, idée d'enfant-cadeau... etc. La femme aborde enfin le conflit œdipien et son complexe de castration. Toutes ces situations s'accompagnent de tensions émotionnelles contradictoires: désir ardent de maternité, mais aussi culpabilité, rivalité... La jeune femme rejoue au niveau symbolique un conflit œdipien. Et avoir un enfant c'est aussi une façon de revivre l'époque où, petite fille, elle espérait avoir un enfant du père.

Les facteurs contribuant à la mortalité maternelle se situent au *niveau communautaire* (l'ignorance, l'analphabétisme, la pauvreté, statut faible des femmes, l'automédication et le traitement traditionnel, les croyances et les tabous, les travaux pénibles, accouchement à domicile, forte fécondité...) au *niveau environnemental* (enclavement, impraticabilité des routes, manque de

moyen logistique, manque de moyen de communication), et au *niveau sanitaire* (manque de personnel compétent, retard d'intervention, attitude des prestataires, la qualité des soins...) , le tout sous-tendu par une insuffisance d'Information, Education et Communication (IEC). (**BARRY, 2008**).

En Afrique, et au Bénin en particulier, la période couvrant la grossesse jusqu'après l'accouchement est vécu comme une période très vulnérable pour la gestante. Elle est considérée comme étant exposée à tous les dangers. On estime que durant cette période la femme a un pied dehors et un pied dans la tombe. Les idées de persécution véhiculées autour d'elle depuis l'enfance ne font que renforcer cet état de chose. La gestante vit dans la méfiance en suspectant sa ou ses coépouses (dans le cas d'un foyer polygamique), sa ou ses belle sœurs et sa belle mère (existence de mauvaises relations avec sa belle famille), les membres de sa famille ou tout autre proche qui feraient preuve de jalousie envers elle. La crainte d'être atteinte de sorcellerie ou tout autre chose du genre fait partie de son quotidien. A tout cela, s'ajoutent les interdits du fait de son état (interdit d'aliment, de fréquenter certains lieux, d'heure de circulation) qui amènent la femme à adopter des comportements anxieux vis-à-vis de la morphologie de son bébé (malformation) et de l'issue de la grossesse (accouchement facile ou difficile).

En d'autres termes, les causes cliniques les plus fréquentes des décès maternelles sont les complications obstétricales telles que les hémorragies et leur persistance, l'éclampsie, les dystocies, les infections, les complications de l'hypertension artérielle, et les avortements provoqués ; mais aussi celles psychopathologiques dont le tableau est souvent polymorphe associant des symptômes confusionnels, dépressifs, des idées délirantes.

Dans son article célèbre sur La préoccupation maternelle primaire, Winnicott (1956) a décrit les remaniements psychiques particuliers qui surviennent chez la

femme au cours de la grossesse et qui durent encore après l'accouchement. La femme enceinte présente un état psychologique très particulier d'hypersensibilité, qui ressemble à une maladie mais qui n'en est pas une. Cet état que Winnicott appelle la « préoccupation maternelle primaire », se développe progressivement au cours de la grossesse pour atteindre un degré accru à la fin de la gestation. Il persiste quelques semaines après la naissance de l'enfant et disparaît sans laisser de souvenir à la mère lorsqu'elle s'en est remise. Cet état de préoccupation maternelle primaire au cours duquel un des aspects de la personnalité de la mère prend temporairement le dessus au point d'être comparable à un trouble pathologique, fournit un cadre essentiel pour l'enfant : la mère ainsi sensibilisée peut se mettre à la place de son enfant et répondre à ses besoins.

Dans les années 50, le pédiatre Ted Berry Brazelton s'intéresse également aux pathologies infantiles et à leur origine dans l'environnement psychoaffectif. Les travaux qu'il entreprend sur l'interaction mère- nourrisson l'orientent notamment vers la pratique d'entretiens prénataux effectués selon une approche psychanalytique. Le pédiatre exprime son étonnement sur les remaniements psychiques ordinaires qu'il observe chez la femme enceinte et qui lui laissait présager un sombre pronostic, avant qu'il n'en comprenne la portée psychologique. Les femmes qu'il examine sont toutes enceintes pour la première fois. Elles présentent un état d'anxiété qui, au départ, lui semble pathologique. La bizarrerie des matériaux inconscients exprimés, l'univers fantasmatique de ces femmes, l'inquiète et lui font redouter des difficultés avec l'enfant au moment de la naissance. Cependant il n'en est rien. Contrairement aux prévisions, ces mères s'adaptent parfaitement à leur nouveau rôle. Ces observations incitent l'auteur à penser que l'ébranlement qui survient lors de la grossesse prépare les liens d'attachement entre la mère et l'enfant. Il faut

qu'apparaisse cet état de sensibilité au nouveau-né et à ses exigences pour que la mère soit capable de s'occuper de son enfant.

Ces causes cliniques sont dues à l'accouchement sans assistance qualifiée, le faible niveau d'hygiène lors de l'accouchement, la prise en charge insuffisante ou tardive des accouchements, le statut de santé insuffisant et la malnutrition de la mère. Elles peuvent s'expliquer par l'inaccessibilité de la maternité ou le refus de s'y rendre pour accoucher, le dépistage inadéquat des grossesses à risques, les difficultés de transport à la maternité, le dysfonctionnement du système de santé dans son ensemble, la faible coopération entre la médecine moderne et la radiothérapie, le coût des services, le manque d'organisation et de réflexes familiaux et communautaires pour protéger la santé en milieu populaire et traditionnel, l'existence de facteurs à risques chez la gestante, la non assistance (aide, soutien ou soins affectifs et offre de plaisirs) du conjoint ou de la famille, le manque de repos.

Sur le plan structurel, le niveau élevé de la mortalité maternelle trouve son origine dans les facteurs ci-après : l'emploi du temps chargé des femmes, l'absence ou le retard des visites prénatales, la faiblesse de l'information et de l'éducation familiale et communautaire sur les risques de la maternité, les us et coutumes qui retardent la prise de décision d'aller au centre de santé, l'insuffisance de ressources humaines qualifiées et la faible sécurisation des produits de la santé de reproduction (SR), le faible nombre de mutuelles de santé fonctionnelles.

La mortalité maternelle trouve également son origine sur le plan psychologique. En effet, la femme enceinte vit d'intenses bouleversements psychologiques pendant ses mois de grossesse : Anxiété, nervosité, dépression ou excitation, qui ne sont sans conséquence sur sa santé. Autant de syndromes que l'on retrouve même dans les grossesses les plus normales. Ces émotions proviennent des

modifications corporelles de la femme, mais aussi hormonales. Le rôle du mari s'avère très important durant cette période d'intenses changements, il devra être à l'écoute et entourer sa femme de toute sa tendresse et sa fierté surtout qu'il se retrouve la cible de critiques et de souhaits rigolos à accomplir immédiatement. Les hormones y sont pour beaucoup mais il y a d'autres raisons plus psychologiques qui se manifestent selon l'étape de la grossesse.

Durant les premiers mois de la grossesse, la femme vit un état « d'être enceinte » : les modifications corporelles sont minimales et elle n'a pas de représentations de l'enfant. Néanmoins, les 3 premiers mois sont très riches en émotions. La future maman passe par la joie d'être enceinte, les appréhensions face à cette nouvelle aventure voire la peur d'une éventuelle fausse couche. Ce 1^{er} trimestre est en fait une phase d'adaptation de la femme à la grossesse et au futur enfant. Il est souvent source d'angoisses ainsi que de pertes de repères identitaires et corporels. La future maman peut aussi être prise par divers doutes tels que : « *Est-ce le bon moment ?* » ou « *Suis-je vraiment prête ?* ». Au bout de quelques mois, chez une femme qui va assez bien, ces symptômes disparaissent.

Le 2nd trimestre de la grossesse est souvent une période de sérénité relative pour la future mère qui a bien accepté la présence de ce bébé dans son ventre et qui commence également à se mettre d'accord avec le père sur l'organisation à suivre lors de l'arrivée du bébé à la maison. On voit naître « l'attente d'un enfant » qui se caractérise par les projections imaginaires de la mère et du père, accentuées par la perception des mouvements vus sur les échographies. Le bébé désiré par les futurs parents est pensé, imaginé et projeté vers l'avenir.

Au cours du 3^{ème} trimestre les représentations de séparation apparaissent : la maman identifie des rythmes différents entre elle et son bébé. Des phrases telles que « je veux me reposer mais il n'arrête pas de bouger dans tous les sens » sont souvent exprimées de la part des futures mamans. Peu à peu, au cours de la

grossesse, la mère évolue vers un état spécifique que le psychanalyste anglais, Winnicott, a nommé « la préoccupation maternel primaire »⁵. C'est un état psychique qui s'accroît vers la fin de la grossesse et les premiers mois de la vie du bébé et qui préparerait la future mère à s'occuper de son bébé.

La mortalité maternelle dépend donc d'une variété de facteurs aussi bien sociaux, économiques, politiques et sanitaires que psychologiques, culturels et biologiques qui mettent tous en danger la vie des femmes de nos pays. De ce point de vue, toute politique doit dépasser le seul cadre d'un programme vertical et s'inscrire dans un cadre plus global de politique multisectoriel et multidimensionnel intégrant tous les acteurs de la société sans discrimination et tenant compte de tous ces facteurs contributifs aux décès maternels.

Les études montrent que le recours aux soins prénataux et à un accouchement de qualité dépend des caractéristiques sociales, démographiques et économiques des femmes et aussi de l'environnement institutionnel dans lequel elles vivent.

Selon **Fourn et collaborateurs (1999)**, deux grands types de facteurs déterminent le comportement des mères vis-à-vis du recours aux soins obstétricaux, ces auteurs distinguent d'une part les facteurs prédisposant (milieu de résidence, éducation de la femme, âge de la femme, rang de la naissance) et d'autre part, les facteurs facilitant (accessibilité aux services de santé, disponibilité des services et qualité des soins obstétricaux).

Zougrana (1993) quant à lui distingue deux types de facteurs qui sont les facteurs affectant l'offre de soins (accessibilité, coût et qualité des services) et les facteurs affectant la demande de soins qui comprennent d'une part les facteurs simples (statut socio-économique du ménage, l'éducation de la femme, l'activité de la femme, son statut migratoire, les facteurs socioculturels, l'âge et la parité de la femme, son état matrimonial) et d'autre part, les facteurs de

susceptibilité (le sexe de l'enfant, le type de naissance et l'état de santé de la femme).

En d'autres termes, l'âge est considéré comme étant l'un des déterminants classiques des comportements humains. Son influence sur le recours aux soins obstétricaux a été notamment mise en évidence dans les travaux de **Beninguisse (2003)**, **Rakotondrabe (2001)**, et **Zoungrana (1993)** (pour ne citer que ceux-là). En effet, pour G. Beninguisse (2003), « partout où les inégalités sont importantes, à la maternité tardive (plus de 34 ans) et surtout précoce (moins de 20 ans), est associée une propension plus faible à recourir aux services obstétricaux et à respecter les règles de prévention. » D'après Rakotondrabe (2001) « le risque pour une femme de ne pas se faire consulter pendant la période de grossesse est réduit de moitié lorsqu'elle est âgée d'au moins 35 ans ». Pour Zoungrana (1993), les jeunes femmes (moins de 20 ans) et celles plus âgées (plus de 35 ans), ont tendance à recevoir des soins prénataux inadéquats.

Le niveau d'instruction est également déterminé par les auteurs comme l'un des principaux facteurs explicatifs des comportements humains.

Pour **Vallin et al. (2002)**, « L'une des premières richesses susceptible de favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé est évidemment le savoir. » Suivant leur niveau et qualité d'études scolaires, les individus observeront des comportements différents vis-à-vis des phénomènes démographiques et sanitaires. Plusieurs études ont mis en évidence l'influence de l'instruction sur la fréquentation des services de soins en général et des services de soins obstétricaux en particulier. D'une manière générale, les études montrent que plus le niveau d'instruction augmente, plus les femmes ont une propension plus grande à utiliser les services de soins obstétricaux.

Pour plusieurs autres auteurs, l'instruction est l'une des variables considérées importantes dans la détermination des comportements des mères. Elle implique

des changements dans les comportements, les attitudes et la manière de penser, se traduisant par une meilleure utilisation des services de santé moderne et des meilleures pratiques de santé dans le ménage. L'instruction offre une plus grande ouverture de la femme au monde extérieur lui permettant de rompre facilement avec les comportements traditionnels néfastes à sa santé et à celle des enfants. Selon **Diallo et collaborateurs. (1999)**, plus la femme est instruite, mieux elle est informée des risques liés à la gravido-puerpéralité et des mesures préventives dont l'accouchement médicalement assisté.

En tant que facteur de changement social et de modernisation, l'instruction offre à la femme les aptitudes à comprendre les messages de sensibilisation et le bien fondé des soins médicaux pendant la grossesse et l'accouchement dans un processus de continuité.

Par ailleurs, les résultats de l'EDSB-III confirment le lien positif entre le niveau de bien-être économique d'un ménage et le niveau d'instruction. D'après ces résultats, plus le niveau d'instruction est faible, plus le niveau de pauvreté est grand ; ce qui a évidemment une incidence sur la décision d'adopter la solution d'une prise en charge médicale de la femme.

D'un autre côté, la structure du ménage, plus précisément le lien de parenté avec le chef de ménage peut aussi influencer le recours aux soins obstétricaux. En effet, selon le statut de la femme dans le ménage, son comportement sera favorable ou néfaste à l'utilisation des services de soins obstétricaux.

Selon **Beninguisse (2003)**, les caractéristiques du ménage tels que son caractère nucléaire ou étendu et le sexe du chef de ménage ainsi que le lien de parenté avec le chef de ménage, peuvent agir seules ou en synergie avec d'autres facteurs sur la position qu'occupe la femme dans l'échelle des pouvoirs et de prise de décision au sein du ménage, en lui conférant ou pas un certain nombre de

privilèges et/ou en l'astreignant à certaines normes et conduites bénéfiques ou néfastes à la santé.

Dans ce cadre, au Bénin, l'étude menée par le ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale en novembre 2009 démontre la chosification de la femme à travers les violences à elles faites, leur exploitation pour des activités agricoles, leur asservissement à l'homme...

Au nombre des facteurs prédisposant, figurent aussi l'appartenance ethnique de la femme et sa religion. L'ethnie comme la religion à travers les mythes, les croyances, les normes, les valeurs et les pratiques qui en résultent, sont des facteurs qui sont susceptibles d'influencer les perceptions, les attitudes et les comportements des femmes concernant le recours à la prise en charge médicale de la grossesse.

Au Bénin, les femmes de la tribu « Bariba » doivent être stoïques pendant le travail et l'accouchement et l'on estime beaucoup la femme qui sait accoucher sans demander de l'aide (**Sargent, 1985**) cité par **Post (1997)**. Les femmes qui endurent le travail et l'accouchement seules et en silence s'assurent le respect de la société. Ainsi, beaucoup de femmes qui auraient pu être sauvées meurent de complications consécutives à l'accouchement.

La préférence de certaines femmes pour les prestataires féminins est aussi un autre problème d'ordre culturel. En effet, dans certaines cultures, il arrive que les femmes ne soient pas disposées à recevoir des soins prodigués par un prestataire masculin, le manque de prestataire féminin étant dès lors susceptible de limiter l'accès des femmes aux services (**PRB, 2002**).

À côté des facteurs ci-dessus mentionnés, le degré d'urbanité de la femme et son milieu de socialisation pendant l'enfance sont également susceptibles de modeler et de modifier son comportement envers la prise en charge médicale de la

grossesse et de l'accouchement. Pour **Beninguisse (2003)**, le degré d'urbanité ou encore le degré de socialisation urbaine de la femme, qui n'est rien d'autre que l'intensité de son contact avec la ville est susceptible de modifier ses comportements en matière de soins de santé en favorisant l'adoption de comportements nouveaux dits modernes et l'abandon relatif des comportements traditionnels.

CHAPITRE 2 :PRESENTATION DU MILIEU D'ETUDE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE

2.1. Présentation du milieu d'étude

2.1.1 Cadre physique

2.1.1.1. Situation géographique

La commune de Djidja est la plus vaste des neuf (9) communes du Département du Zou. S'étendant sur une superficie de 41,66% de la superficie totale du département, elle est située dans sa partie nord-ouest et est limitée au sud par les communes d'Abomey et de Bohicon, au sud-ouest par le Département du Couffo (commune d'Aplahoué), à l'est par la commune de Za-Kpota et au nord par le Département des Collines (communes de Dassa et Savalou).

2.1.1.2. Climat

La commune de Djidja jouit d'un climat de type sub-équatorial tendant vers le soudano-guinéen dans les parties septentrionales. Aussi remarque-t-on que dans ces parties les deux saisons pluvieuses deviennent pratiquement une seule.

2.1.1.3 Relief

Le relief est constitué de plateaux avec des dépressions, mais aussi des affleurements granitiques (Lô, Lalo...) atteignant 100m d'altitude. Deux substrata géologiques portent les sols de la commune. Il s'agit du continental terminal qui porte les sols ferrallitiques du Sud et du socle cristallin du crétacé qui porte les sols ferrugineux.

2.1.1.4 Sols

La commune de Djidja dispose d'une variété de sols à savoir, les sols ferrallitiques, les sols ferrugineux tropicaux, les vertisols et les sols hydromorphes.

2.1.1.5 Géologie

On retrouve dans la commune de Djidja les ressources minières composées essentiellement de carrières dont la plupart sont mal exploitées. Il s'agit de la latérite, du calcaire, du granite, du sable, du gravier et de l'argile.

2.1.1.6 Réseau hydrographique

S'agissant de l'hydrographie, la commune est drainée par 145 km de cours d'eau dont deux (2) fleuves, à savoir le Zou et le Couffo. Les autres cours d'eau sont des rivières saisonnières qui se jettent dans l'un ou l'autre fleuve.

Notons que seul le Zou possède un régime permanent en toute saison.

2.1.1.7 Végétation

Le couvert végétal naturel de la commune est fortement dégradé par la fabrication anarchique du charbon de bois. Néanmoins, on y rencontre par endroit des îlots de forêt donnant l'aspect d'une végétation arborée ou arbustive. Deux forêts classées sont encore entretenues complétées par des plantations de teck à Dan et Setto. Ces forêts couvrent respectivement 1237 et 3150 hectares.

2.1.2 Cadre Administratif

2.1.2.1 Evolution administrative

Ancienne sous-préfecture de Djidja devenue actuellement la commune de Djidja est l'une des 9 communes du département du Zou. Elle est subdivisée en

soixante dix neuf (79) villages regroupés en douze (12) arrondissements que sont: Djidja, Setto, Dan, Agouna, Oungbègamè, Mougnon, Monsourou, Zounkon, Agondji, Dohouimè,

Outo et Gobaix.

2.1.2.2 Services techniques, administratifs et partenaires au développement

L'administration dans la commune de Djidja jusqu'à l'ère de la décentralisation était composée de bureaux fonctionnant sous la supervision de chefs de bureau.

Actuellement avec la réorganisation intervenue pour la modernisation de l'administration, le conseil communal composé de 15 conseillers élus dont le maire et ses deux adjoints représente l'organe suprême de décision pour la commune.

Quant aux services techniques, l'administration de la mairie se résume à neuf (09) services dont huit (08) fonctionnent sous la coordination d'un secrétariat général placé sous l'autorité du maire. Il s'agit:

- Service des Affaires Financières (SAF)
- Service des Affaires Domaniales et environnementales (SADE)
- Service de l'Etat Civil et de la Population (SECP)
- Service Technique (ST)
- Service des Affaires Générales (SAG)
- Service du développement local et de la planification (SDLP)
- Service des Chiffres et Transmission (SCTr)

2.1.3 Etat de la population

2.1.3.1 Evolution de la population

La population de la commune de Djidja est de 84.590 habitants selon les données du recensement de 2002, occupant ainsi la troisième place dans le rang des communes les plus peuplées du Zou. L'effet conjugué de la natalité, de la mortalité et des mouvements migratoires entraîne un accroissement. Le taux de mortalité est passé de 16,42% en 1992 à 12,1% en 2002. Ce taux est en conformité avec la moyenne départementale qui est exactement de 12,1%. Cela signifie que les efforts qui sont faits en matière de couverture sanitaire ont des effets positifs sur la santé des populations, même s'il reste beaucoup à faire. L'analyse de l'évolution de la population des communes du Zou à partir des données des recensements de 1979, 1992 et 2002 montre que Djidja fait partie des communes où la population augmente rapidement. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il y a encore dans la commune des ressources naturelles dont l'exploitation permet aux populations de vivre et de se reproduire. Mais cette tendance observée au niveau communal n'est pas vérifiée dans tous les arrondissements.

Il y a des arrondissements où on a noté plutôt une baisse de la population. C'est le cas des arrondissements de Dohouimè et de Zounkon. Cette situation peut s'expliquer par la dégradation des ressources naturelles de production dans ces arrondissements provoquant de nombreux départs de population vers des zones où les terres sont plus fertiles.

2.1.3.2 Structure par âge et par sexe de la population

Les femmes représentent 52,41% de la population. De même, 58,69% de cette population ont moins de 20 ans. Les femmes et les jeunes constituent alors la majeure partie des ressources humaines de la commune.

2.1.3.3 Population active

Le taux d'activités dans la commune, est de 79,46%, soit une population active estimée à 67215. Mais, la proportion des actifs varie d'un secteur d'activité à un autre avec plus de 80% des actifs dans l'agriculture.

2.1.3.4 Ménages

Le nombre de ménages est de 16362 dans la commune de Djidja avec une taille moyenne de 4.7 personnes par ménage. Il est réparti comme suit entre les douze (12) arrondissements de la commune.

Arrondissements	Nombre de ménages
Agondji	1 464
Agouna	1 846
Dan	1 859
Dohouimè	498
Gobé	673
Oungbégamè	1 199
Monssourou	1 440
Mougnon	1 315
Outo	699
Setto	1 598
Zoukou	629
Djidja	3 142

Source: RGPH3 (2002)

2.1.3.5 Ethnies

La population de la commune de Djidja est composée de plusieurs ethnies qui constituent une richesse en termes de variation des cultures et des systèmes de production des biens et des services. Ces ethnies sont les suivantes:

*Les Fon

Les Fon constituent la majeure partie de la population de la commune de Djidja dont ils représentent environ les 70% (RGPH, 1992). Ils sont disséminés sur tout

le territoire de la commune avec une forte concentration au Sud où se sont effectuées les premières installations. Leur dissémination est motivée par la recherche de terres fertiles pour les cultures.

*Les Agou

Originaires de la République du Togo voisine, les AGOU représentent environ 20% de la population de la commune et sont concentrés dans les arrondissements d'Agouna et de Outto. Ils sont majoritaires dans l'arrondissement d'Agouna, mais leur effectif n'atteint pas celui des Fon dans l'arrondissement de Outto, bien qu'ils soient les autochtones. L'immigration massive des Fon à la recherche de terres fertiles à cultiver explique ce phénomène.

*Les Mahi

Les Mahi sont venus des Communes de Savalou et de Covè. Ils représentent environ 8% de la population de la commune et sont concentrés dans le Nord-Est. On rencontre quelques Mahi dans les grandes agglomérations pour les activités agricoles.

*Les autres ethnies

Les 2% restants de la population sont constitués par les Adja, les Peulh et les Haoussa.

Les ADJA se rencontrent surtout le long de la frontière avec le Département du Couffo, mais on les trouve aussi dans quelques hameaux des arrondissements de Djidja et de Outto. Ils sont spécialisés dans l'exploitation des bas-fonds où ils cultivent les produits maraîchers. Les PEULH et les HAOUSSA sont présents dans les agglomérations mais aussi dans les campements d'élevage de bovins. On peut également signaler la présence, en très faible nombre de Yorouba et de

Ibo, qui se sont installés dans les arrondissements du Sud (Mougnon, Dohouimè) et dans celui de Djidja, pour mener des activités commerciales

2.1.3.6 Religions

Les populations rurales de la commune de Djidja majoritairement animistes, se

Regroupent autour de plusieurs organisations traditionnelles en fonction des cérémonies rituelles, des croyances et des interdits. Les divinités les plus adorées sont: Hêbiosso, Sakpata, Dan, Ogou, Molou, Oro, Zangbéto et Tron.

Les religions modernes rencontrées dans la commune sont le Christianisme Céleste, l'islam, le Catholicisme, plusieurs Eglises Evangéliques,....

2.1.3.7 Habitat

La commune de Djidja constitue une aire sur laquelle sont situés plusieurs et divers services, habitations, marchés, centre de santé, aire de jeu,On y construit en grande majorité des cases en terre de barre coiffées de paille. On note aussi quelques constructions en briques de ciment ou de terre stabilisée couvertes de tôle.

Enfin, quelques rares constructions de rez de chaussée parfois surmonté d'un étage viennent compléter cet habitat rural. Les aires de jeu ne se rencontrent pas partout, il en est de même pour les marchés. Mais presque tous les arrondissements sont dotés d'un centre de santé et d'un service administratif

2.1.4 Activités Economiques

2.1.4.1 Agriculture

L'agriculture dans la commune de Djidja est caractérisée par deux systèmes de culture. Il s'agit du «système igname» et du système «arachide». Le système «igname» est un système de culture itinérante basée sur la rotation igname-maïs-arachide, alors que le système «arachide» est basé sur des jachères très courtes avec les rotations suivantes:-maïs-arachide-maïs-manioc ou-maïs-niébé-maïs-arachide.

2.1.4.2 Terres agricoles

Sur les 2184 km² que couvre Djidja, 982 km² sont cultivés, soit 46%. Il y a donc encore des jachères forestières et dégradées. 420 km² des 9

82 km² sont cultivés chaque année, soit 42% des superficies cultivées et le reste laissé au repos pour une durée courte.

Les jachères naturelles herbacées et forestières constituent encore la forme la plus usitée de gestion de la fertilité des terres. La superficie moyenne des exploitations est de 2,9 ha. Mais cette moyenne cache de grandes disparités entre les exploitations de terres de barre de petites tailles et celles de la savane plus grandes. Les modes de faire-valoir des terres sont le faire valoir direct, l'achat, la location et le métayage. Les deux dernières formes ne permettent pas aux bénéficiaires de faire des plantations pérennes.

2.1.4.3 Productions

La commune de Djidja, selon la commission agriculture (SDS agriculture), se répartit en trois zones de production ainsi qu'il suit:

- Zone arachide: Djidja et Agouna, zones de forte production avec une diversité de cultures (maïs, coton, niébé, arachide, manioc, igname);
- Zone coton: Outto et Monsourou où la production du coton prime sur toutes les autres;

- Zone palmiers: Oungbègamè, Setto et une partie de Dan constituent une zone de culture sous palmiers (arachide et niébé surtout). Cette zone qui s'adonne à la culture du palmier s'est spécialisée dans la transformation des noix en huile rouge et dans l'extraction du vin de palme pour la préparation du sodabi (boisson locale alcoolisée). La zone de Dan s'est spécialisée dans le maraîchage

2.2. Démarche méthodologique

La méthodologie adoptée a consisté en la collecte de données issues de diverses sources d'informations disponibles, puis du traitement, de l'analyse et de l'interprétation des résultats des données issues de l'enquête de terrain.

2.2.1 La recherche documentaire

La recherche documentaire étant une étape indispensable dans la rédaction d'un mémoire de fin de formation, elle a conduit à la visite de plusieurs centres et lieux de documentation et a permis la rencontre avec des personnes ressources, sans oublier des recherches sur internet. Ce sont :

- La bibliothèque de l'Université d'Abomey-Calavi ;
- La bibliothèque de la Fondation Regard d'Amour ;
- Le centre de documentation de la Faculté des Lettres Arts et Sciences Humaines (FLASH) ;
- Au Centre d'Etude à Distance (CED) ;
- A l'Institut Français de Cotonou (IFC) ;
- L'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) ;
- La Direction Départementale de la Santé du zou/collines (DDS/zc) ;
- Le Centre Hospitalier Départemental du zou/collines (CHD/zc) ;
- Le Projet Intégré de Santé Familiale au Bénin (PISAF).

A chaque niveau il s'est agit de s'intéresser à des ouvrages, documents ou rapports traitant du phénomène de la mortalité maternelle, son évolution et les diverses actions menées dans le cadre de sa considérable réduction à travers le monde, en Afrique et au Bénin en particulier. Les questions aux personnes ressources ont permis l'obtention d'informations concernant les dispositifs de mise en œuvre des stratégies de réduction de la mortalité maternelle au Bénin, les résultats obtenus et l'explication de certains termes techniques.

2.2.2 Population cible et échantillon

Partant de la cible principale et en considération d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre des stratégies appliquées sur le terrain. Il s'agit de :

- Les hommes (les chefs de village et les relais communautaires) ;
- Les agents de santé de maternité ;
- Les femmes.

Deux techniques d'échantillonnage sont sélectionnées. L'échantillonnage probabiliste et celui non probabiliste.

L'échantillonnage probabiliste ou aléatoire a été appliqué dans le cadre de la sélection des chefs de village, des relais communautaires et des femmes. L'échantillonnage non probabiliste a été appliqué aux agents de santé de maternité.

La taille de l'échantillon est choisit tenant compte de l'effectif disponible, du critère limitatif en terme de nombre du focus group (l'une des techniques de collecte utilisée), et de la limitation des moyens financiers et matériels. Ainsi il a été sélectionné :

- 20% de l'effectif total des chefs de village de la commune de Djidja ;
- 10% des relais communautaires de la commune de Djidja ;

- La totalité de l'effectif des agents de santé de maternité des arrondissements concernés par l'enquête ;
- Enfin un quota de quinze (15) femmes par arrondissement en ce qui concerne les populations communautaires.

Tableau I : Répartition de l'effectif des enquêtés par catégorie

Catégories de cibles enquêtées	Effectif
Chefs de village	15
Relais communautaires	09
Agents de santé de maternité	15
Femmes enceintes ou ayant conçu au moins une fois	75
Total	114

Source : enquête de terrain, Novembre 2012

2.2.3. Techniques et outils de collecte des données

L'entretien, le focus group, l'enquête par questionnaire et l'observation directe sont les techniques qui ont été utilisées.

Le guide d'entretien, le questionnaire et la grille d'observation directe sont les outils de collectes utilisés.

- ✓ Le guide d'entretien semi-directif ne contient pas de questions préétablies et se déroule dans une relation dyadique permettant de recueillir le maximum d'informations.
- ✓ Le focus group est semblable à l'entretien semi-directif, mais il rassemble dans une relation d'échange comme son nom l'indique un groupe restreint de personne (08 à 10 personnes en moyenne).
- ✓ Le questionnaire, un ensemble de questions fermées, ouvertes, et à choix multiples sert à recueillir des informations auprès des enquêtés.

- ✓ L'observation directe est utile lorsqu'il s'agit de recueillir des informations d'ordre qualitatif se rapportant aux attitudes et comportements des répondants.

2.2.4. Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée au mois de Novembre 2012 dans la commune de Djidja (département du zou). Les premiers jours ont été consacrés à des prises de contact avec d'une part, les responsables en charge de la santé maternelle et infantile à la DDS/zc et d'autre part, les différents acteurs en charge de la mise en œuvre de la stratégie nationale de réduction de mortalité maternelle (pour ce qui nous concerne) sur le terrain c'est-à-dire dans la commune de Djidja. Après l'organisation de l'enquête en collaboration avec le CSSME et la coordonnatrice de la zone sanitaire DAA (Djidja-Abomey-Agbangninzoun), une descente a été effectuée sur le terrain pour la réalisation de l'enquête. Etablie sur trois jours, nous avons personnellement appliqué les questionnaires et entretiens liés à l'enquête dans les cinq arrondissements ciblés de la commune de Djidja ; ceci pour éviter les pertes de temps et aussi parce que la plupart des cibles sont analphabètes. Néanmoins, l'enquête a bénéficié de l'aide d'un guide originaire de la commune qui a été très utile non seulement dans le repérage rapide des lieux mais aussi dans l'application des questionnaires destinés aux populations communautaires.

2.2.5 Mode de traitement des données

Le traitement des données a d'abord constitué en un dépouillement manuel des questionnaires. Puis le logiciel Excel a permis de regrouper les données pour la production des tableaux statistiques et des graphiques. Les données issues des entretiens et du focus group étant des informations qualitatives, elles ont été regroupées par thème et saisies grâce au logiciel Word.

2.2.6 Difficultés rencontrées

Comme toute entreprise humaine, ce travail n'a pas manqué de rencontrer des difficultés. Elles sont liées à :

- L'accès à certains centres de documentation était soumis à des conditions que nous ne remplissions pas ou alors il fallait faire des démarches qui nous coûtaient en temps et en ressource financière. Nous avons donc parfois été amenée à passer par des personnes interposées pour recueillir les informations dont nous avons besoins, ce qui bien évidemment peut constituer des limites;
- La pression liée au temps et aux ressources financières réduites dont nous disposions ;
- L'indisponibilité de certaines cibles due à leur niveau de responsabilité professionnelle ;
- La réticence à nous procurer des réponses à certaines de nos préoccupations par peur de représailles.
- À tout cela, nous ajoutons toutes les fois où nous avons dû reprendre l'actualisation du travail accompli à cause d'un support informatique qui nous a fait défaut (clé USB, ordinateur).
- Vu la taille réduite de l'échantillon ayant servi pour cette étude, on peut juger que les conclusions issues de cette recherche ne sont pas susceptibles d'être portées à grande échelle. Mais toujours est-il que ce travail peut inspirer la réalisation d'une étude plus large et plus approfondie.

CHAPITRE 3 : ANALYSE DES DONNEES

Dans ce chapitre, il sera procédé à l'analyse des différentes données recueillies au fur et à mesure qu'elles seront présentées.

3.1. Perceptions des causes du décès maternel par les communautés de Djidja

Notons à cet effet que pour les populations communautaires en général, la mortalité maternelle a une compréhension et une définition qui se limite au moment de la grossesse et de l'accouchement. En effet, à la question « qu'entendez-vous par mortalité maternelle ? », il a été recueilli une réponse unanime qui se résume au décès survenu au cours de la grossesse et lors de l'accouchement. Hors selon la dixième révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) la mortalité maternelle se définit comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite »

Le décès maternel est une réalité qui survient de façon fréquente au sein de la population de Djidja car à la question « A quand remonte le dernier cas de décès maternel dans votre localité ? » posée à la communauté, il a été donné chaque fois un exemple de cas qui s'est présenté dans l'espace de trois jours à un mois. La même question posée aux agents de santé révèle l'inexistence de cas de décès maternel enregistré. Ceci peut s'expliquer par le fait que ces centres de santé prennent le soin de vite référer les cas difficiles ou alors les cas qui nous ont été cités en exemple sont des patients qui n'ont pas eu recours à un centre de santé. Dans ces conditions, l'idée selon laquelle il existe un grand nombre de décès maternels qui passe inaperçu est bien confirmée.

Quant aux perceptions du décès maternel, elles seront présentées et analysées suivant deux groupes. Le premier regroupant les cibles auxquelles ont été appliqués les guides d'entretien et de focus group (les chefs de village et les relais communautaires) et le deuxième groupe ayant répondu au questionnaire.

Groupe 1

Tableau II : Perception des causes du décès maternel par les hommes

Perception du décès maternel Cible	Non respect des interdits traditionnels	Effet de la sorcellerie	Non respect des prescriptions médicales	Mauvaise prise en charge
Chefs de village	10	01	02	02
Relais communautaires	05	02	02	00
Effectif	15	03	04	02
Proportion	62.5%	12.5%	16.66%	08.33%

Source : enquête de terrain, Novembre 2012

Les résultats du tableau 2 se présentent comme suit :

- **Conséquence du non respect des interdits traditionnels.**

Selon 62.5% des répondants ayant abordé ce thème, le phénomène de mortalité maternelle était très rare à l'époque où la modernisation à travers surtout les religions dites importées n'avait pas autant d'influence sur les populations. Ces religions selon eux sont venues bouleverser l'ordre des choses car prônant des idées comme l'impunité. Dieu étant miséricorde infinie, on peut se permettre de commettre toutes les fautes même les plus ignobles, il suffit de demander pardon à Dieu, les péchés sont pardonnés. Les populations voient donc en cette nouvelle option (adoption des religions dites importées) moins de contraintes et d'obligations par rapport aux religions traditionnelles qui comme une loi, réservent pour chaque infraction une sanction déterminée. Par exemple, pour

une femme qui commet l'adultère, si au moment de l'accouchement elle n'avoue pas son acte, elle paie inévitablement de sa vie quelque soit le bon suivi de sa grossesse. Ceci implique qu'abandonner les recommandations et pratiques traditionnelles sous prétexte de la modernisation n'épargne en rien de subir les conséquences ou rigueurs des lois traditionnelles lorsqu'on y enfreint. Il faut reconnaître que les interdits traditionnels ont le mérite de freiner chez les populations les tendances à commettre des actes allant à l'encontre de l'éthique et de la morale, sachant qu'il y a un prix fort à payer.

- **Effet de la sorcellerie.**

Trois (03) personnes sur 24, soit 12,5% pensent que le décès maternel est lié à la sorcellerie. La sorcellerie étant une réalité au Bénin, elle résulte selon ces personnes, de sentiments de jalousie, d'envie ou simplement de vengeance de la part des gens qui en font recours. L'un des facteurs favorisant cet acte est la polygamie qui est assez courante en milieu rural au Bénin. Il n'est pas rare d'observer chez les coépouses d'un même foyer la manifestation des sentiments ci-dessus cités. Cela se déclenche par exemple lorsque l'une des coépouses fait des enfants et l'autre non ou que l'autre arrive à donner naissance à l'enfant garçon tant désiré pendant que l'une ne donne naissance qu'à des filles.

- **Conséquence du non respect des prescriptions médicales**

Pour 16,66% soit quatre (04) répondants sur 24, il y aurait moins de décès maternels si les communautés respectaient rigoureusement les prescriptions médicales des agents de santé.

- **Mauvaise prise en charge de la part des agents de santé.**

8,33%, soit 02 personnes de ce groupe sur 24, estiment que la mauvaise prise en charge dont les femmes font l'objet dans les centres de santé est un facteur aggravant du décès maternel. Bien que minime, ce taux témoigne du fait qu'un

travail continu doit être accompli au niveau des formations sanitaires pour obtenir et conserver la confiance des populations. Notons qu'un patient insatisfait est plus dangereux car non seulement il ne reviendra plus, mais il se chargera de faire de la mauvaise publicité autour de lui.

Groupe 2

Tableau III : Perception des causes du décès maternel par les femmes

Question3 (adressée aux femmes)	Modalité	Effectif	Proportion
Quelles perceptions avez-vous du décès maternel ?	Conséquence du non respect des interdits traditionnels	18	24%
	Effet de la sorcellerie	24	32%
	Non respect des prescriptions médicales	22	29.33%
	Mauvaise prise en charge	11	14.66%

Source : enquête de terrain, Novembre 2012

24% des femmes perçoivent le décès maternel comme étant la conséquence du non respect des interdits traditionnels contre 32% pour qui le décès maternel est issu de l'effet de la sorcellerie.

Par ailleurs, respectivement 29.33% et 14.66% penchent pour la conséquence du non respect des prescriptions médicales et la mauvaise prise en charge sanitaire.

Cette scission a été effectuée à dessein pour faire observer l'existence de ce qui peut être appelé, deux clans. Le premier clan correspondant au premier groupe qu'on pourrait taxer de traditionaliste (vu les réponses données par la majorité) et le deuxième groupe partagé entre les pensées traditionnelles et modernes. Remarquons que le premier groupe est composé uniquement d'hommes et le deuxième groupe de femmes exclusivement. C'est dire donc que les femmes des milieux enquêtés font parties d'une tendance évolutive.

3.2. Participation des populations communautaires à la lutte pour la réduction de la mortalité maternelle.

Deux catégories de cibles au niveau communautaire ont répondu à cette préoccupation qui a été formulée aux points 4 et 8 du guide d'entretien adressé aux chefs de village et à travers les questions 9 et 10 adressées aux femmes.

A ce niveau, se distinguent deux volets :

- L'implication par les responsables à divers niveaux des populations communautaires dans la mise en œuvre des programmes de réduction de la mortalité maternelle ;
- La volonté des populations elles même de s'impliquer fortement pour la réduction de la mortalité maternelle dans leur localité.

Selon les données recueillies, des efforts sont consentis par les responsables au niveau communautaire (surtout les chefs d'arrondissements) pour chaque fois associer les chefs de village aux divers projets susceptibles d'être mises en œuvre dans la commune ; les chefs de villages à leur tour sont chargés de relayer les informations et actions à l'endroit de leurs administrés. Mais tous les répondants (les chefs de village) durant les entretiens affirment n'avoir pas été impliqués dans la mise en œuvre des stratégies de réduction de la mortalité maternelle dans leur localité. Ils reconnaissent tout de même avoir connaissance des actions menées dans ce sens au sein de leurs communautés et y collaborent chaque fois qu'ils sont sollicités pour la mobilisation des populations. Etant donné que les chefs de village de part leur rôle au sein de leurs communautés sont incontournables car d'après leurs propos, ils sont les premiers à être contacté pour le règlement de tous les problèmes (même d'ordre administratif) ou conflits émanant de leur population ; leur association effective et totale serait un grand atout dans la lutte pour la réduction de la mortalité maternelle.

En outre, aucune volonté visant à entreprendre par exemple des démarches personnelles dans le cadre de cette lutte n'a été notée de la part de ces chefs de village. Ils justifient cette attitude par le fait que les populations emballées par l'élan de la modernisation ne se fient plus à leurs sages recommandations. Tous leurs efforts en vue de se faire entendre étant vains, ils estiment que la seule autorité capable de changer les choses est l'Etat.

Quant aux femmes questionnées, elles affirment faire seulement l'objet de sensibilisation de la part des relais communautaires et des agents de santé (question 9). Et à la question de savoir ce qu'elles pensent qu'il faut faire pour réduire la mortalité maternelle, le tableau suivant retraçant les réponses apportées montre le degré de passivité de ces femmes qui sont pourtant les potentielles victimes.

Tableau IV : Niveau d'implication des femmes

Question9 (adressée aux femmes)	Modalité	Effectif	Proportion
Que pensez-vous qu'il faut faire pour réduire la mortalité maternelle dans votre localité ?	Nous aider à avoir un accès totalement gratuit aux soins obstétricaux.	36	48%
	Améliorer la qualité des prestataires	06	08%
	Mieux sensibiliser les hommes(les époux)	19	25.33%
	Non réponse	14	18.66%

Source : enquête de terrain, Novembre 2012

3.3. Les entraves à la mise en œuvre des stratégies de réduction de la mortalité maternelle au sein de la communauté de Djidja.

Quatre (04) formes d'entraves sont relevées en fonction des points clés des stratégies, sur lesquels sont axées les activités de sensibilisation:

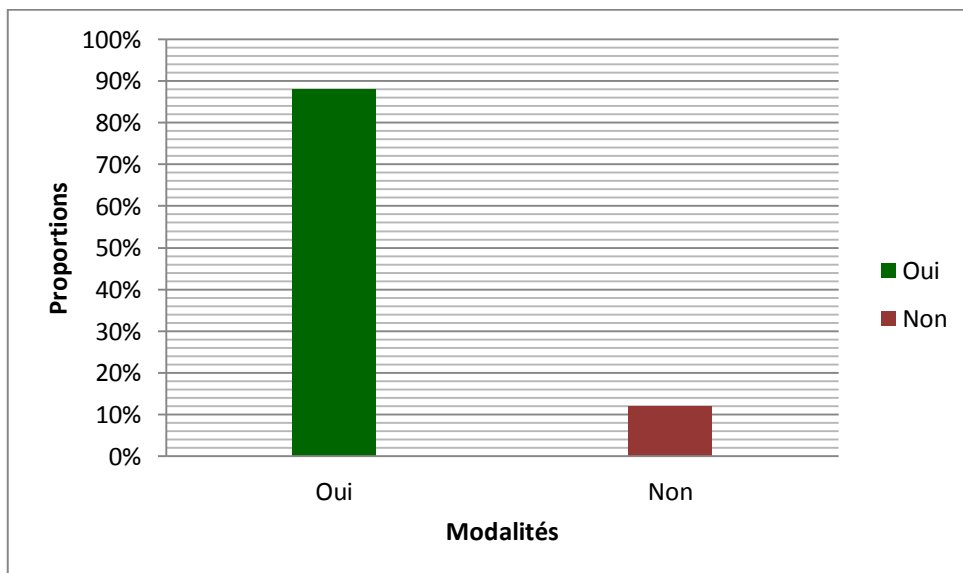
- **La fréquentation des centres de santé**

Des données statistiques fiables n'ont pas pu être obtenues au niveau des centres de santé, mais tous les agents de santé enquêtés sont unanimes sur le fait qu'on n'observe pas d'affluence à part les lundis, une journée dédiée à la sensibilisation de masse instituée au niveau des centres de santé.

Certains agents de santé parlent de deux (02) consultations prénatales en moyenne par jour. Pourtant, les relais communautaires ont déclaré qu'en dehors des deux à trois séances de sensibilisation mobilisant un grand nombre de la population qu'ils effectuent tous les mois, ils s'attèlent quotidiennement à un travail de suivi auprès des populations. Ils leur arrivent souvent de faire du porte à porte pour vérifier si leurs recommandations sont appliquées.

Le graphique 1 ci-après donne une image plus concrète des données recueillies. Il révèle que 88% des femmes ont fréquenté un centre de santé au cours de leur grossesse. Mais cela ne renseigne pas par rapport au comportement assidu de ces femmes dans le suivi de leur grossesse au niveau des centres de santé.

Graphique I : Fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes



Source : enquête de terrain, Novembre 2012

- Le suivi des consultations prénatales (CPN)

Il s'agit de mettre en exergue l'assiduité ou non des femmes enceintes dans le suivi des CPN et les raisons évoquées par celles d'entre elles qui ne respectent pas ce comportement ou qui s'y conforment de manière tardive.

Tableau V : Suivi des consultations prénatales

Question 5 adressée aux femmes	Modalités	Effectif	Proportion
A quel moment de la grossesse avez-vous démarré les CPN ?	Premier trimestre	25	33.33%
	Deuxième trimestre	34	45.33%
	Troisième trimestre	07	9.33%
	Pas de CPN	09	12%
Raisons du non respect des CPN	Manque de moyens financiers	31	62%
	Eviter d'attirer l'attention des sorciers	10	20%
	Ne ressentent pas le besoin	04	08%
	Attente de l'autorisation du mari	05	10%

Source : enquête de terrain, Novembre 2012

Remarquons à travers ce tableau que seul 25 femmes enquêtées soit un pourcentage de 33.33% démarrent normalement les CPN, c'est-à-dire dès le premier trimestre. La majorité, soit 45.33% observent leur première CPN seulement à partir du deuxième trimestre et un nombre non moins négligeable (9.33%) au troisième trimestre. Tout aussi remarquable, est la proportion des femmes qui ne suivent pas du tout de CPN (qui ne fréquentent donc aucune formation sanitaire pendant leur grossesse). Il s'agit de 09 femmes pour un échantillon de 75 femmes, soit 12% de l'effectif enquêté.

- L'attitude face à l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale.

A ce niveau, nous avons jugé plus important de nous adresser uniquement aux cibles issues des populations communautaires c'est-à-dire les chefs de

village, les relais communautaires et les femmes enceintes ou ayant déjà conçu au moins une fois. Ce qui nous ramène à une taille d'échantillon de 99 répondants.

Tableau VI : Appréciations des méthodes modernes de planification familiale

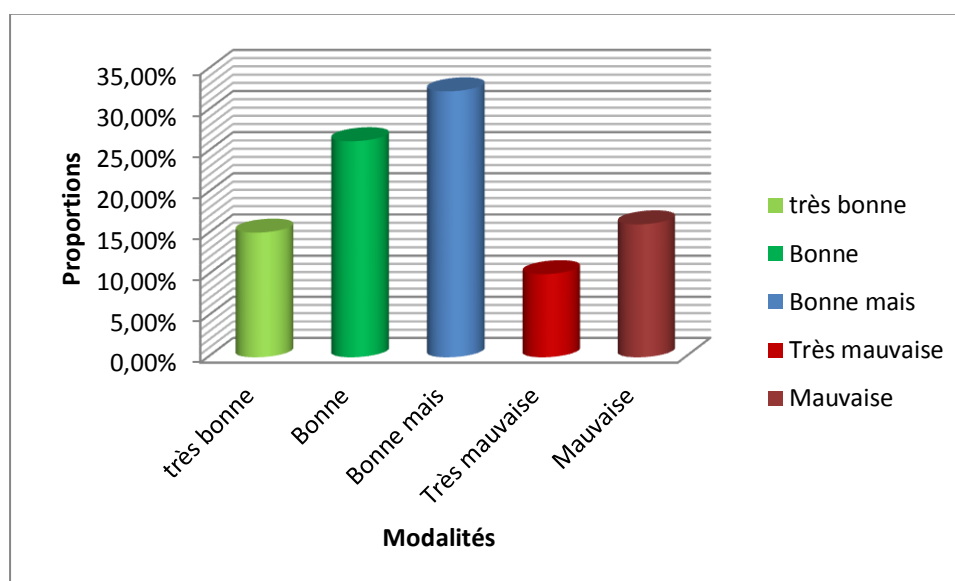
Question 7 adressée aux femmes/points 6 et 9 des guides d'entretien.	Modalités	Effectif	Proportion
Vos appréciations sur les méthodes modernes de planification familiale	Très bonne	15	15.15%
	Bonne	26	26.26%
	Bonne mais	32	32.32%
	Très mauvaise	10	10.10%
	Mauvaise	16	16.16%

Source : enquête de terrain, Novembre 2012

Moins de la moitié des répondants, soit 41.41% ont une appréciation totalement positive des méthodes modernes de planification familiale. Tandis que pour 32.32% des cibles interrogées, les méthodes modernes de planification familiale gagneraient à être revues de part les éléments qui les composent. Selon eux, les méthodes en elles mêmes sont bonnes mais les produits utilisés dans la gamme des contraceptifs laissent à désirer. Les 26.26% de répondants restants ont simplement une mauvaise appréciation des méthodes modernes de planification familiale.

Le graphique 2 ci-après nous offre une image plus explicite.

Graphique II : Appréciations des méthodes modernes de planification familiale



Source : enquête de terrain, Novembre 2012

- Recours aux traitements traditionnels

Le tableau suivant renseigne sur le réflexe des populations communautaires en matière de recours aux soins.

Tableau VII : Les réflexes en matière de recours aux soins

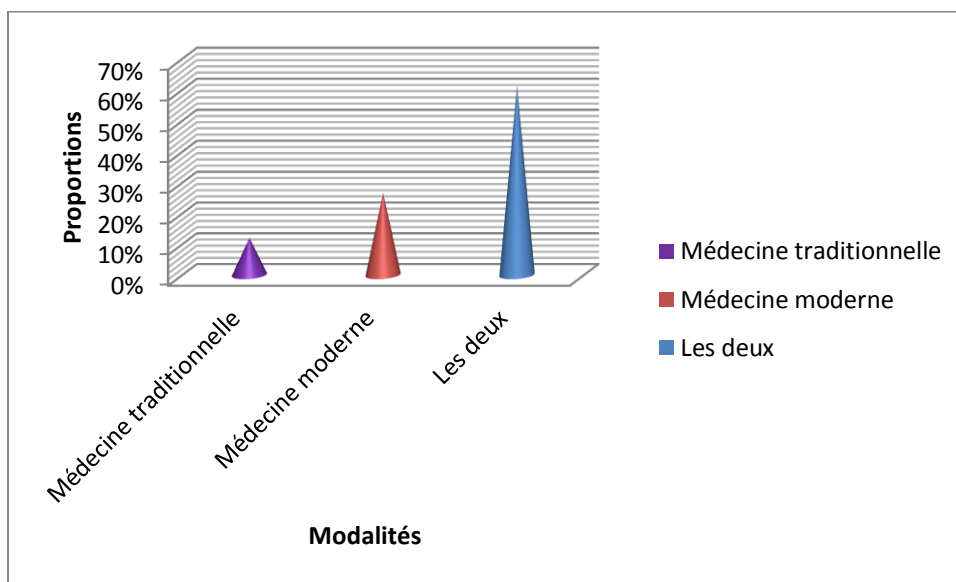
Question 8 adressée aux femmes	Modalités	Effectif	Proportion
Quel est votre réflexe en matière de recours aux soins ?	Médecine traditionnelle	09	12%
	Médecine moderne	20	26.66%
	Les deux	46	61.33%

Source : enquête de terrain, Novembre 2012

Les données recueillies révèlent clairement que le recours spontané au traitement traditionnel est un comportement ancré dans la psychologie des populations car malgré qu'elles accueillent favorablement la médecine moderne, il n'en demeure pas moins que la majorité (61.33%) opte pour une association des méthodes de traitement de la médecine moderne et celle

traditionnelle. Notons que le taux de 26.66% recueilli pour les recours exclusifs au traitement par la médecine moderne peut être discutable car à leur réaction, certains enquêtés lorsqu'il s'agissait de répondre à la question posée présentaient des signes d'hésitation.

Graphique III : Les réflexes en matière de recours aux soins



Source : enquête de terrain, Novembre 2012

CHAPITRE 4 : DISCUSSION DES RESULTATS ET FORMULATION DES SUGGESTIONS

4.1. Discussion des résultats

Selon la première hypothèse, les communautés de Djidja perçoivent le décès maternel comme la conséquence du non respect des interdits traditionnels en l'occurrence par les femmes. Pour la plupart des enquêtés, la récurrence des cas de décès maternels s'observe avec celle des pratiques modernes telles que l'adoption des religions non endogènes et le mode de vie correspondant par les populations au détriment des valeurs traditionnelles. Même si l'on observe comme une opposition, 62.5% constitué de l'ensemble chefs de village et relais communautaires et 24% des femmes enquêtées adoptent ce point de vue. Une autre interprétation tout aussi remarquable est celle liée à l'effet de la sorcellerie. 12.5% des hommes enquêtés (chefs de village et relais communautaires) et 32% des femmes pensent que le décès maternel est l'œuvre des sorciers. Au total, 60 répondants sur un effectif de 99, ont une perception du décès maternel liée à des interprétations superstitieuses comme la conséquence du non respect des interdits traditionnels (33 répondants) et l'effet de la sorcellerie (27 répondants). C'est dire qu'un travail préalable doit être fait pour changer les différentes perceptions des populations communautaires sur la question, même si le mieux peut-être serait de les prendre en compte car elles ont forcément une raison d'être.

En ce qui concerne leur participation ou implication dans la mise en œuvre des stratégies de réduction de la mortalité maternelle, les communautés de Djidja semble passives. En effet, les réponses obtenues aussi bien à travers les entretiens que lors de l'application des questionnaires n'apportent aucun signe d'implication de la part des répondants. Ces derniers se complaisent dans la position d'attente que la solution vienne d'ailleurs. En réalité, ils expriment une

attitude de passivité doublée d'infériorité car selon eux il n'y a que l'Etat ou tout autre pouvoir étranger qui puisse résoudre les problèmes auxquels ils sont confrontés. C'est donc l'Etat et les partenaires étrangers qui détiennent les solutions adéquates à leurs problèmes. Ainsi, à force de tout attendre de l'Etat qui ne pourra évidemment pas répondre à toutes les préoccupations ou du moins pas à temps, on accumule du retard.

Enfin d'après la dernière hypothèse, la mise en œuvre des stratégies de réduction de la mortalité maternelle au Bénin rencontre des entraves dues aux pratiques endogènes telles que le recours au traitement traditionnel ancrées dans la psychologie des populations communautaires. Le recours aux procédés traditionnels en matière de soins sanitaires demeure dans les habitudes des communautés de Djidja car suivant les résultats de la question 8, en dehors des 12% de répondants ayant déclaré avoir exclusivement recours aux traitements traditionnels, 61.33% associent pour leur traitement, la médecine traditionnelle à la médecine moderne. Ceci dénote du fait, soit d'une habitude difficile à perdre, soit d'un souci de renforcement pour une plus grande efficacité. Mais nos analyses nous amène à croire qu'il s'agit des deux. Prenons par exemple les thèmes développés lors des séances de sensibilisation à savoir :

- Les trois retards à éviter (retard dans la prise de décision d'aller vers un centre de santé, retard à accéder au centre de santé et le retard à la prise en charge dans les formations sanitaires),
- Les signes de danger,
- Le plan d'accouchement,
- La planification familiale.

Environ 60% des enquêtés n'apprécient pas l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale. Ils estiment selon les raisons avancées, que les produits contraceptifs servant à la planification familiale détruisent l'organisme

de la femme, provoquent la stérilité chez la femme, engendrent d'énormes dépenses du fait des effets secondaires (dus à leur utilisation) et qu'en plus les méthodes modernes de planification familiale encouragent l'infidélité de la femme.

De même, pour 62% des femmes ne respectant pas les CPN la raison donnée est le manque de moyens financiers. C'est dire donc que les traitements ou soins prodigués dans les centres de santé sont onéreux par rapport au niveau de vie des populations. Pourtant, beaucoup de mesures ont été prises dans le cadre de la subvention et de la gratuité de certains produits et services de soins dans tous nos centres de santé publiques.

4.2. SUGGESTIONS

Nos suggestions à la fin de ce travail de recherche pourront être prises en compte lors d'études ou de travaux de recherches plus approfondies.

En considération des recommandations et suggestions faites au cours d'autres travaux de recherche et leur consolidation, à savoir le renforcement des compétences et de l'effectif des prestataires (agents de santé) et leur sensibilisation pour l'application effective des stratégies mises en place, la lutte contre la prolifération des cabinets de soin non agréés, la construction de centres de santé, la dotation des centres de santé en matériaux et équipements de soin adéquats et leur meilleure répartition, l'aide à l'indépendance financière des femmes à travers des activités génératrices de revenus, l'amélioration et le renforcement des canaux et procédés de sensibilisation ; pour ne citer que ceux là.

Nous suggérons que les paramètres ci-après soient pris en compte et étudiés de près. Il s'agit de la mise en place d'un cadre de concertation pour :

- ✚ L'initiation de forums réunissant tous les acteurs des médecines moderne et traditionnelle dans le but de mettre en commun les actions. Ces forums permettront aussi d'exposer les forces et faiblesses de chaque procédé et pourront déboucher sur la réalisation d'une nouvelle stratégie nationale de lutte contre la mortalité maternelle au Bénin ou des stratégies communales de lutte contre la mortalité maternelle, dans le but d'obtenir des stratégies qui revêtent les réalités socioéconomiques et culturelles de chaque commune.
- ✚ Susciter la forte implication des communautés dans la lutte pour la réduction de la mortalité maternelle dans leurs localités. Pour cela, il serait nécessaire dans un premier temps d'opérer un travail de sensibilisation et de remodelage psychologique des populations à travers des séances d'IEC/CCC (Information, Education, Communication/ Communication pour un Changement de Comportement) soutenues et permanentes. Ces séances auront pour particularité de faire ressortir les avantages et inconvénients de chaque pratique aussi bien traditionnelle que moderne. Ainsi, les populations elles mêmes pourront avoir une idée claire à l'issue des comparaisons, du choix à effectuer. Nous recommandons que ces sensibilisations soient conduites par les agents de santé en collaboration avec les relais communautaires. Les agents de santé au lieu d'être ceux qui accueillent après le travail de sensibilisation des relais communautaires, seront désormais au devant des activités de sensibilisation au sein des communautés ; ceci dans le souci d'assurer une crédibilité totale à travers l'apport d'informations complètes et non déformées. Cette situation renforcera le rapprochement et le climat de confiance entre prestataires et bénéficiaires ; chose importante pour une collaboration fructueuse.
- ✚ La concentration des activités de sensibilisation au niveau des hommes (les époux). Les femmes ayant en général un statut faible au Bénin et

soumises pour la plupart aux volontés de leurs époux, il conviendrait donc d'agir plus sur les hommes pour obtenir les résultats escomptés.

- ✚ L'introduction pour le recrutement du personnel de santé des tests psychologiques associés à des enquêtes de moralité afin de mettre à la disposition des populations un personnel non seulement qualifié mais aussi dévoué à la tâche.
- ✚ Provoquer l'éveil des populations communautaires afin qu'ils s'organisent en comités villageois composés de chefs de village, d'un homme influent(ou d'un sage), d'une femme influente(ou femme sage), des représentants des jeunes et des femmes de chaque village. Ce comité jouera un rôle d'intermédiaire entre les autorités en charge de la mise en œuvre des programmes et stratégies puis les populations communautaires. Ils constitueront une sorte de lobby.

Par ailleurs, nous demandons humblement à tous les acteurs émanant de nos communautés à la base de faire preuve de plus de volonté et d'implication. Il est important que les populations communautaires aient conscience de leur grande responsabilité et prennent part activement aux différents programmes et projets élaborés à l'heure intention, car c'est dans le but de l'amélioration de leurs conditions de vie qui dépend avant tout d'elles mêmes.

CONCLUSION

Le décès maternel constitue l'un des facteurs primordiaux de malaise psychosocial au sein des communautés. Il influence aussi bien le noyau familial à travers le vide qu'il crée chez le ou les orphelins, l'époux et les autres membres ; mais aussi, la société entière à travers la diminution de ressource humaine et donc d'un déficit en matière de création de richesse, d'apport à l'éducation et bien d'autres.

Etant donné que la lutte contre la mortalité maternelle implique divers paramètres, elle revêt des manteaux spécifiques à chaque peuple ou communauté. Ainsi, selon la communauté, le décès maternel est perçu de diverses manières et rencontre dans la lutte pour son éradication, plusieurs obstacles liés à la culture et autres réalités socioéconomiques et psychologiques.

Il est indéniable que la lutte pour la réduction de la mortalité maternelle au Bénin gagnerait à tenir compte de certains paramètres liés à la culture et aux pratiques traditionnelles propres aux différentes communautés du pays.

Cette lutte requiert une totale implication de la part surtout des populations issues des milieux ruraux qui sont les plus concernées car le plus grand nombre de décès maternels s'enregistre en leur sein. Et pour susciter cette implication, il est important que ces dernières se reconnaissent à travers ce combat. A cet effet, une certaine adaptation des stratégies mises en place aux réalités socioculturelles permettrait à chacun et à tous de se retrouver. De ce fait, l'instauration d'un dialogue franc et permanent entre toutes les parties, et la prise en compte effective des diverses recommandations issues de ces échanges donnerait un nouveau souffle à la lutte.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AIHOUNZONON KPADONOU Rosalie, ADJAI Ezéchiél, Prise en charge de la dépression du post-partum à Cotonou à propos de 71 accouchées du CNHU-HKM et de l'HOMEL, Département de Psychologie et Sciences de l'Education, option Clinique, Mémoire dirigé par Professeur Agrégé Mathieu TOGNIDE, 2009-2010, p 21-22.

Beninguisse G. (2003), Entre tradition et modernité : Fondements sociaux et démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun, ACADEMIA/BRUYLANT, Institut de Démographie, UCL, Louvain-La-Neuve, 297 p.

Beninguisse G. et Bakass F. (2001), Demande de contraception et fréquentation des services obstétricaux. Effet de la direction féminine du ménage au Cameroun et au Maroc, in Structures familiales, procréation et genre. Communication présentée lors du Colloque international Genre, population et développement en Afrique, session IX, UEPA/UAPS, INED, ENSEA, IFORD, Abidjan 16-21 juillet 2001.

Diallo F. B., Diallo T. S., Sylla M., Onivogui F., Diallo M. C., Balde I. S., Diallo M. S. (1999) Problèmes médicaux et culturels de l'inadéquation entre le taux de consultation prénatale et d'accouchements assistés dans les quatre régions naturelles de la Guinée. In Médecine d'Afrique noire N° 46 vol. 1, pp ; 32-39.

Fourn L., Mensah V., Kodjogbe N., Agoli-Agbo M. et Mboup G. (1999), Comportements des mères et soins des enfants, in In Perspectives sur la planification familiale et la santé de la reproduction au Bénin, sous la direction de Gora Mboup et Nicaise Kodjogbe (eds.). Ministère du plan de la

restructuration économique et de la promotion de l'emploi. INSAE Cotonou et Macro International Inc., Calverton Maryland, USA, 214 p.

HOUNDOU Akotchayé Maxime, Causes et manifestations des violences conjugales à Dassa zoumè centre, Département de Psychologie et Sciences de l'Education, option Vie sociale et Professionnelle, Mémoire dirigé par Professeur Denis AMOUSSOU-YEYE, Décembre 2010, P 9-10.

Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) Bénin et Macro International Inc. 2007: Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) – Bénin 2006. Calverton, Maryland, USA : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique et Macro International Inc. 34p

Ministère de la Prospective, du Développement, de l'Evaluation des Politiques Publiques et de la coordination de l'Action Gouvernementale ; Rapport Spécial 2010 d'Evaluation de la mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) au Bénin, Octobre 2010.

N. LAFAY, Dr Nathalie PAPET, Dr Cyril MANZANERA, Pr Jean Louis SENON, « Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum » 2009, p 1 à 4.

OMS (2000), « Pour un système de santé plus performant », Rapport sur la santé dans le monde 2000, Genève, 248p.

OMS (2003), «La mortalité maternelle est beaucoup élevée dans les pays en développement » Communiqué de presse du 20 octobre 2003. Genève.

Population Reference Bureau (2002), “Women of our world, 2002, Reproductive health-62”, February, 2002. 63p.

Post M. (1997), Prévenir la mortalité maternelle par le biais des soins obstétricaux d'urgence. Document de synthèse du projet SARA, 25 p.

Rakotondrabe P. (2001) « Contribution du genre à l'explication de la santé des enfants : cas de Madagascar » In Colloque international Genre, population et développement en Afrique, Session VII : Santé et système de genre. UEPA/INED/ENSEA/IFORD, Abidjan 16-21 juillet 2001.

Social Watch Bénin (Décembre 2007), « Troisième rapport alternatif des organisations de la société civile », p : 25.

Vallin J., Caselli J. et Surault P. (2002), Comportements, styles de vie et facteurs socioculturels de la mortalité. In Démographie : analyse et synthèse. Les Déterminants de la mortalité, vol.III sous la direction de Graziella CASELLI, Jacques VALLIN et Guillaume WUNSCH, Editions de l'INED. p : 255-305.

Zoungrana C. (1993), Déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Bamako (Mali). Collection thèses et mémoires n°36, Université de Montréal, 214p.

webographie :

<http://www.cairn.info/guide-pour-la-pratique-de-l-entretien-prenatal-pre--9782749208855-p-68>. consulté le 20 Août 2012

htm<http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=troubles-psychiques-grossesse>, consulté le 20 Août 2012

<http://www.magicmaman.com/,psychologie-et-grossesse,3074.htm>, consulté le 20 Août 2012

<http://www.infirmiers.com/votre-carriere/puericultrice/cours-la-psychologie-de-la-femme-enceinte.html>, consulté le 20 Août 2012

http://www.femmezoom.com/femme-313-Les_changements_psychologiques_chez_la_femme_enceinte.xhtml,
consulté le 20 Août 2012

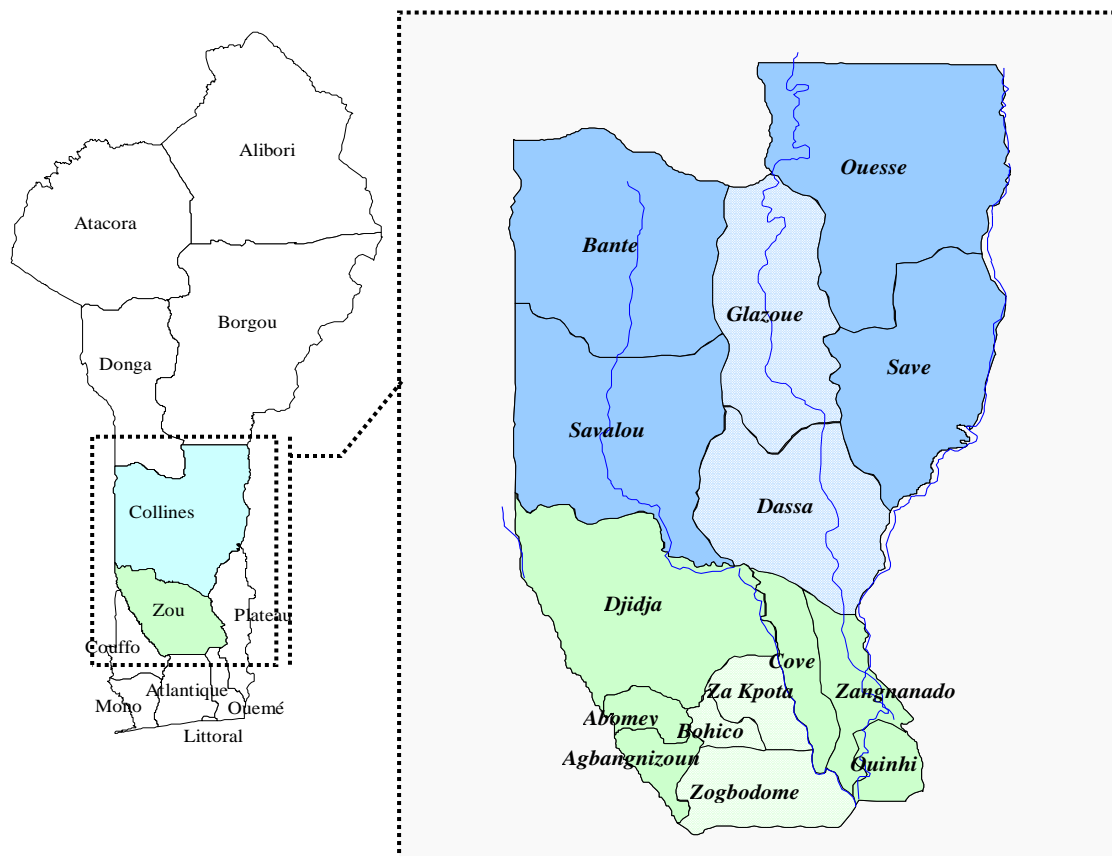
<http://www.psychologies.com/Famille/Maternite/Grossesse>

ANNEXES

Annexe 1

Présentation DDS Z/C : Attributions, Organisation et Fonctionnement

La DDS du Zou et des Collines est une (super) structure déconcentrée du Ministère de la Santé. Il est une entité administrative située sur le territoire des départements du Zou et des Collines limités au Nord par le Borgou et la Donga, au Sud par le Plateau, l'Ouémé, l'Atlantique, et le Couffo, à l'Ouest par le Couffo et le Togo, à l'Est par le Plateau et le Nigéria. Sur la carte du Bénin, les départements du Zou et des Collines se localisent comme suit :



Pour l'ensemble des deux départements, la population totale est estimée à un million cinq cent vingt un mille trois cent deux (1.521.302) habitants en 2011 soit une densité moyenne de 102 habitants au km². On y dénombre plus de cent trente six (136) formations sanitaires publiques ayant à charge la santé de l'ensemble de cette population.

6.1 ATTRIBUTIONS DE LA Direction Départementale de la Santé

Les attributions de la Direction Départementale de la Santé, tournent autour de ses fonctions de planification de coordination et de leadership définies dans les textes relatifs au système sanitaire notamment l'Arrêté Année 2003 N°2146 /MSP/DC/SGM/SA du 21 mars 2003 portant attributions, Organisation et Fonctionnement des Directions départementales de la Santé Publique. Toutefois, il faut signaler que l'arrêté est en cours d'actualisation conformément aux nouvelles réformes enclenchées dans le secteur.

L'Article 1^{er} de cet Arrêté précise : « La Direction départementale de la Santé Publique (DDSP) est chargée de la mise en œuvre au niveau du département de la politique sanitaire définie par le Gouvernement béninois » ; une politique déclinée dans la vision ci-après : «Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'offre et la disponibilité permanente de soins de qualité, équitables et accessibles aux populations de toutes catégories, fondées sur les valeurs de solidarité et de partage de risque pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois ».

Cette attribution qui lui confère un rôle d'opérationnalisation et de leadership est complétée et enrichie déjà à l'Article 2 : « La Direction départementale de la Santé Publique réalise l'intégration de toutes les activités de santé au niveau du département ». Autrement à ce rôle de leadership s'ajoute celui de la coordination et de l'intégration. Elle assure le partenariat public-privé

L'ensemble des attributions se laissent plutôt cerner à travers ses rôles et mission :

Mission : Planifier, coordonner, superviser et contrôler toutes les activités des services de santé, dans la mise en œuvre des programmes nationaux.

Rôle d'appui administratif : Veiller conformément aux textes et règlements en vigueur au bon fonctionnement des services de santé des deux départements et à la bonne gestion des ressources humaines, financières et matérielles mises à la disposition des deux départements.

Rôle d'appui technique : faire appliquer au niveau des deux départements le programme défini et approuvé par le Ministre de la Santé. Elle est responsable de l'application et du suivi de l'exécution de tous les projets et programmes de santé dans les deux départements. Pour ce faire, elle procède à des supervisions, des visites inopinées et inspections. Du point de vue des résultats axés sur la performance, les fonctions de la DDS peuvent se résumer en trois grandes fonctions : Orientation, coordination et soutien.

La DDS est aussi responsable de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé tout en assurant la surveillance épidémiologique dans ses deux départements. En un mot, il s'agit d'une structure ayant double vocation :

- L'aspect lié au leadership : le coaching, la supervision, le contrôle
- L'aspect lié à l'opérationnalisation de la politique sanitaire du pays au niveau hiérarchique le plus décentralisé.

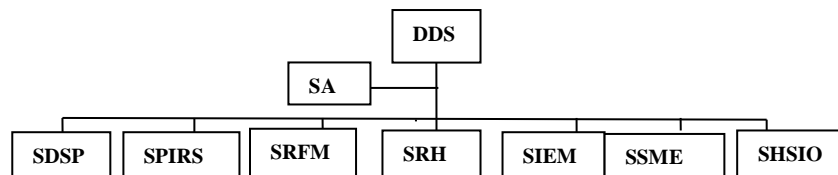
6.2 ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

Le Décret 2005-611 du 28 septembre 2005 portant fonctionnement du Ministère de la santé, organise en pyramide sanitaire à trois niveaux ce Ministère: Le niveau national, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique.

La DDS correspond au deuxième niveau, c'est-à-dire le niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire au Bénin.

Organigramme de la DDS

L'organisation de la DDS comprend neuf (9) services plus le C.H.D. Elle est schématisée comme suit :



L'ensemble de ces services, sous la responsabilité du DDS, ordonne le système à la politique sanitaire du pays notamment les zones sanitaires.

La zone sanitaire constitue l'unité fonctionnelle de la base de la pyramide sanitaire. Cette unité est constituée d'un réseau de centres de santé appuyés par un hôpital de zone.

Actuellement, les départements du Zou et des Collines, comptent chacun trois Zones Sanitaires. Toutes les zones sanitaires ne disposent pas d'un hôpital de zone. Au total quatre zones sanitaires à savoir : Covè – Zagnanado – Ouinhi, Dassa - Glazoué, Savè - Ouèssè et Savalou – Bantè possèdent un Hôpital de Zone.

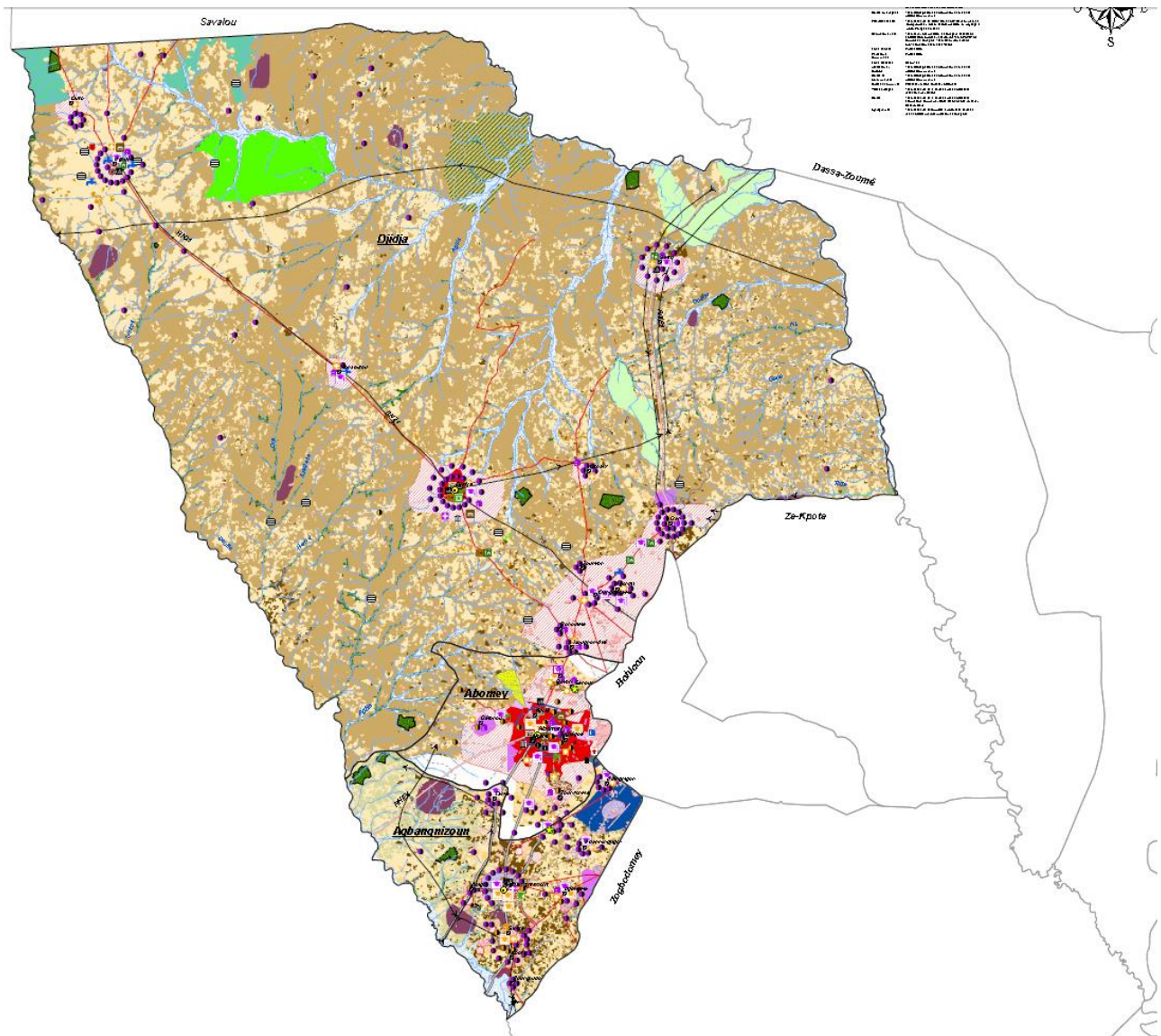
Les Zones Sanitaires Djidja –Abomey – Agbangnizoun et Zogbodomey – Bohicon – Za-kpota, ne disposent pas encore chacune d'un hôpital de zone fonctionnelle. Toutefois, la construction de celle promise à la première est en cours d'achèvement.

S'agissant des réunions statutaires, il est prévu :

- Des réunions de staff de façon hebdomadaire ;
- Du CODIR élargi qui se tient tous les mois ;

- Du collectif des médecins qui se fait tous les trimestres ;
- Les sessions de Comité Départemental de suivi de l'Exécution et de l'Evaluation des Projets/programmes (CDEEP) qui se tiennent tous les semestres et
- La revue départementale conjointe de performance qui se déroule une fois l'an.

Annexe2



Annexe3

Guide d'entretien à l'endroit du responsable du Service de la Santé de la Mère et de l'Enfant et de ses collaborateurs

1. Rôle.
2. Les activités menées dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle.
3. Niveau d'adhésion des bénéficiaires.
4. Les acteurs impliqués.
5. Système de motivation mis en place à l'endroit des acteurs impliqués.
6. Mesures de suivi et leur étendue.
7. Association des communautés aux actions et prises de décision dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle à travers le répertoire de leurs suggestions.
8. Prise en compte des réalités socioculturelles dans l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies de réduction de la mortalité maternelle au Bénin.
9. Satisfaction ou non par rapport aux mesures et résultats obtenus.
10. Suggestions par rapport aux efforts à consentir.

Annexe 4

Guide d'entretien adressé aux chefs de village

1. Rôle d'un chef de village.
2. Style de leadership appliqué aux administrés.
3. Pouvoir de décision à l'endroit des administrés.
4. Association aux décisions et actions communales.
5. Degré d'attachement aux traditions.
6. Vision par rapport au modernisme (faire référence aux méthodes modernes de planification familiale).
7. Perceptions du décès maternel.
8. Contribution personnelle dans la lutte contre la mortalité maternelle.
9. Niveau d'adhésion aux stratégies nationales de réduction de la mortalité maternelle et leur mise en œuvre.
10. Suggestions au niveau communautaire pour de meilleurs résultats dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle au Bénin.

Annexe 5

Guide ayant servi pour le focus group avec les relais communautaires

1. Rôle du relais communautaire.
2. Les raisons de la décision de jouer ce rôle.
3. Perceptions du décès maternel.
4. Les actions menées sur le terrain dans le cadre de la mortalité maternelle et leur calendrier de mise en œuvre.
5. Difficultés rencontrées.
6. Sources de motivation.
7. Nombre de relais communautaires pour chaque commune.
8. Critères de choix ou de désignation des relais communautaires.
9. Avis par rapport aux stratégies de réduction de la mortalité maternelle et leur mise en œuvre (référence aux méthodes modernes de planification familiale).
10. Suggestions dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle.

Annexe 6

Questionnaire adressé aux agents de santé de maternité des centres de santé

1- Quels sont les catégories d'agents de santé dont dispose la maternité ?

.....

2- Combien de femmes recevez-vous en CPN en moyenne chaque jour ?

.....

3- A quand remonte le dernier cas de décès maternel que vous avez connu ?

.....

4- Existe-t-il des activités de sensibilisation sur les comportements favorables à adopter pour éviter les décès maternels que vous organisez à l'intention des femmes ? Oui Non

Si Oui, lesquelles ?

.....
.....
.....

Et à quelle périodicité ?

.....

5- Quels sont les thèmes que vous abordez lors des séances de sensibilisation ?

.....
.....
.....

6- Observez-vous chez les communautés des attitudes de réticence vis-à-vis de l'un au moins de ces thèmes ? Oui Non

Si oui, quels sont les thèmes faisant objet de réticence?

.....
.....
.....

7- Pensez-vous qu'il existe des causes non médicales au décès maternel ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ?

.....
.....
.....

8- Quelles sont vos suggestions pour la réduction de la mortalité maternelle au Bénin ?

.....
.....
.....
.....

Annexe 7

Questionnaire adressé aux femmes enceintes ou ayant déjà conçu une fois

1- Qu'entendez-vous par mortalité maternelle ?

.....
.....
.....

2- A quand remonte le dernier cas de décès maternel dans votre localité ?

.....
.....

3- Quelles perceptions avez-vous du décès maternel ?

- a- Effet de la sorcellerie
- b- Punition due au non respect des interdits et lois naturelles
- c- Autres

4- Avez-vous l'habitude de fréquenter un centre de santé lors de votre grossesse ? Oui Non

5- A quel moment de la grossesse avez-vous démarré les CPN ?

- a- Premier trimestre
- b- Deuxième trimestre
- c- Troisième trimestre
- d- Pas de CPN

NB : Aux femmes qui répondent ne pas se rendre automatiquement au centre de santé dès constat de leur état de grossesse, nous demandons les raisons qui les y empêchent.

6- Avez-vous connaissance des comportements à adopter pour lutter contre les décès maternels ? Oui Non

Si OUI, lesquels ?

.....
.....

.....
.....
.....

7- Que pensez-vous des méthodes modernes de planification familiale ?

- a- Très bonne
- b- Bonne
- c- Bonne mais
- d- Très mauvaise
- e- Mauvaise

Si bonne mais ou mauvaise, Pourquoi ?

.....
.....

8- Quel est votre réflexe en matière de recours aux soins ?

- a- Médecine traditionnel
- b- Médecine moderne
- c- Les deux

9- De quelles manières êtes-vous associées dans la lutte contre la mortalité maternelle ?

.....
.....
.....

10- Que pensez-vous qu'il faut faire pour réduire la mortalité maternelle dans votre localité ?

.....
.....
.....

Annexe 8

Le guide d'observation directe

Face aux questions,

- Attitudes et comportements adoptés :
 - En présence d'un proche
 - En l'absence d'un proche

- Attitudes et comportements adoptés en présence d'une personne étrangère.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	2
REMERCIEMENTS	4
SIGLES ET ABREVIATIONS	5
1.1 Problématique	10
1.1.1 Problème et questions de recherche	10
1.1.2. Hypothèses et Objectifs	12
1.1.2.1 Hypothèses	12
1.1.2.2 Objectifs	13
1.1.2.2.1 Objectif général	13
1.1.2.2.2 Objectifs spécifiques	13
1.2 Clarification Conceptuelle	13
1.3 Etat de la question	19
CHAPITRE 2 :PRESENTATION DU MILIEU D’ETUDE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE	32
2.2. Démarche méthodologique	40
2.2.1 La recherche documentaire	40
2.2.2 Population cible et échantillon	41
2.2.3. Techniques et outils de collecte des données	42
2.2.4. Déroulement de l’enquête	43
2.2.5 Mode de traitement des données	43
2.2.6 Difficultés rencontrées.....	44
CHAPITRE 3 : ANALYSE DES DONNEES	45

3.1. Perceptions des causes du décès maternel par les communautés de Djidja	45
3.2. Participation des populations communautaires à la lutte pour la réduction de la mortalité maternelle.	49
3.3. Les entraves à la mise en œuvre des stratégies de réduction de la mortalité maternelle au sein de la communauté de Djidja.	50
CHAPITRE 4 : DISCUSSION DES RESULTATS ET FORMULATION DES SUGGESTIONS	56
4.1. Discussion des résultats	56
4.2. SUGGESTIONS.....	58
CONCLUSION.....	61
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	62
TABLE DES MATIERES.....	81