



RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur-Fraternité-Justice

Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
Direction de la Protection Sanitaire
Programme National de la Santé de la Reproduction
DRPSS de l'Assaba

ENQUETE SUR L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION EN ASSABA

Nouakchott, avril 2005



Table des matières

Abréviations	03
Introduction/contexte	04
Contexte socio-économique et démographique de la Mauritanie	05
Système de santé	05
Le Programme National de la Santé de la Reproduction	06
Situation de la Wilaya de l'Assaba	08
Méthode	10
Résultats	14
Recommandation	53
Conclusion	56
Bibliographie	58
Annexes	59

Abréviations

CHK : Centre Hospitalier de Kiffa

CPN : Consultation Prénatale

CS : Centre de Santé

DPS : Direction de la Protection Sanitaire

DRPSS : Directions Régionales de la Promotion Socio Sanitaire

EDSM : Enquête Démographique et de santé en Mauritanie

IEC : Information Education Communication

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

MMR : Maternité à Moindre Risque

MSAS : Ministère de la Santé et des Affaires Sociales

NV : Naissances Vivantes

NV : Naissances Vivantes

PDS : Plan Directeur de la Santé

PF : Planification Familiale

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PNSR : Programme National de la Santé de la Reproduction

PS : Poste de Santé

PVD : Pays en Voie de Développement

RH : Ressources Humaines

SOU : Soins Obstétricaux d'Urgence

SOUB : Soins Obstétricaux d'Urgence de Base

SOUC : Soins Obstétricaux d'Urgence Complets

SR : Santé de la Reproduction

SSP : Soins de Santé Primaires

1. Introduction

Depuis plusieurs années la Mauritanie a investi dans la santé de la reproduction et a obtenu des résultats certes encourageants mais qui restent en deçà des objectifs fixés. C'est ainsi que l'utilisation des services de la santé de la reproduction reste très faible, par exemple, le taux d'accouchement assisté est inférieur^{es} à 30% au niveau des wilayas du Hodh El Gharbi, du Hodh El Chargui et de l' Adrar, il est entre 31% et 45% au niveau des wilayas du Tagant, de l'Assaba, du Tiris Zemour, du Guidimakha et du Brakna et seulement supérieures à 45% au niveau de Nouadhibou, de l'Inchiri et de Nouakchott¹. Cette sous utilisation soulève plusieurs questions et hypothèses que la présente étude vise à élucider :

- La qualité des services laisse à désirer ;
- L'accueil et les conditions d'attentes ne sont pas satisfaisants ;
- Le paquet minimum de service n'est pas assuré par toutes les structures ;
- La population a un problème d'accessibilité financière, socioculturelle et géographique.

Les résultats de cette enquête permettront de mieux comprendre quels sont les facteurs les plus importants en matière d'utilisation des services de SR. Des projets de recherche action visant à tester des approches adaptées au contexte de la Wilaya de l'Assaba et permettant d'améliorer l'utilisation des services SR seront mis en place. La finalité de cette étude est donc d'aider à mettre en place des actions ciblées, ayant pour but d'inciter les populations à fréquenter les services de la santé de la reproduction en Assaba, ce qui se répercutera positivement sur l'état de la santé de la population.

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une approche intégrée de développement des services de la SR mise en place par la DRPSS et appuyé par l'UNFPA. Cette approche vise à connaître en premier lieu l'avis des populations auxquelles sont destinés les services de santé, ce que permettra de connaître la présente enquête, mais aussi une amélioration de la quantité et de la qualité des services fournis, en particulier en se basant sur la recherche opérationnelle et action pour toujours mieux s'adapter aux besoins de la population mais aussi toujours délivrer des soins de meilleure^s qualité. Les résultats obtenus par ces projets devront être régulièrement vérifiés^s par des recherches évaluatives objectives.

Cette enquête est le fruit de la formation en recherche opérationnelle organisée le mois d'août 2004 à Kiffa au profit des professionnels de la santé de cette Wilaya. En effet, le choix des sujets et l'élaboration de la méthode ont été fait par les participants.

Cette approche est novatrice en ce sens que les problèmes à étudier ont été sélectionnés par le niveau opérationnel, contrairement aux autres enquêtes souvent conçues et exécutées par le niveau central. Le deuxième aspect important c'est l'accent mis sur la perception de la population des services de SR et non l'inverse, c'est-à-dire que ce sont les professionnels de santé qui définissent « à la place de la population »

1 Annuaire Statistiques 2003 SSSPD/DPCS/MSAS

ses besoins et ses préférences.

2. Contexte socio-économique et démographique de la Mauritanie

La Mauritanie fait partie des pays à revenu faible, le PNB par habitant est de l'ordre de 394 US\$. Près de la moitié de la population (46,3%) vit en dessous du seuil de la pauvreté.

C'est le pays le moins densément peuplé du monde, après la Mongolie, soit moins de 3 habitants par Km². Le pays se situe en Afrique de l'Ouest et sa position géographique fait de lui un trait d'union entre l'Afrique du Nord et l'Afrique Subsaharienne avec tout ce que cela peut supposer de brassage de civilisations et de richesse de patrimoine socioculturel. Cette diversité de peuplement et de cultures engendre à son tour, inéluctablement des comportements, attitudes et connaissances en matière de population propres à la fois au Nord et au sud du Sahara.

La Mauritanie a vécu pendant les deux dernières décennies une dure période de sécheresse qui a détruit le couvert végétal, décimé le cheptel et provoqué une avancée spectaculaire du désert (10 Km/an).

Cette situation a occasionné un exode rural massif qui a eu pour conséquence une urbanisation anarchique et non planifiée et une sédentarisation accrue des nomades. Cette sédentarisation (souvent sauvage) a eu pour conséquence une pression tenace sur les infrastructures socio-économiques et sanitaires de base.

Sur le plan démographique et socio-économique, le tableau suivant résume les indicateurs les plus parlants et qui reflètent le profil type des pays en voie de développement.

Tableau 1. Quelques indicateurs démographiques et socio-économiques

Indicateurs	Valeur
Superficie	1 030 700 Km ²
Population	2 682 383
Proportion de moins de 15 ans	43,5%
Densité	2,7 habitants par Km ²
Taux Brut de Mortalité	11,6 pour 1000
Taux d'Accroissement Naturel	2,6%
Indice Synthétique de Fécondité	5 enfants par femme
Taux de Mortalité Infantile	78 pour 1000
Taux de Mortalité Maternelle	747 pour 100 000 NV
Espérance de vie à la naissance	57,5 ans
Taux d'analphabétisme	47%
Taux Brut de scolarisation	81,5%

3. Système de santé

L'architecture du système de santé est caractérisée par une subdivision à l'image du découpage administratif et territorial du pays.

L'organisation du système de santé en Mauritanie est de type pyramidale avec :

- au niveau central : le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales chargé de la conception et la mise

en œuvre de la politique de santé.

- Au niveau régional les Directions Régionales de Promotion Socio Sanitaire (DRPSS) placées sous l'autorité directe du Wali et dirigées par des Directeurs responsables de la gestion des tous les services de la santé de la Wilaya.
- Au niveau de chaque Moughataa il y a un médecin chef responsable de la circonscription sanitaire (Centre de Santé et Postes de Santé, etc.) de la Moughataa est sous la tutelle du DRPSS.

Au cours des dernières années le secteur privé s'est assez développé dans les grandes villes du pays, particulièrement à Nouakchott et à Nouadhibou. (Cliniques privées, cabinets médicaux, laboratoires, pharmacies, dépôts pharmaceutiques, etc.).

Les structures parapubliques sont gérées par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (Nouakchott, Nouadhibou) et la SNIM (Nouadhibou, Zouérate). Il existe également quelques structures de santé gérées par des associations et des ONGs.

En plus de ces structures civiles, l'armée nationale dispose d'un Hôpital à Nouakchott et d'une multitude d'infirmes de garnison au niveau des Wilayas du pays.

3.1. Le Programme National de la Santé de la Reproduction

A l'issue de la CIPD tenue au Caire en 1994, 180 pays dont la Mauritanie ont adopté le concept Santé de la Reproduction (SR) et le plan d'action visant à améliorer la SR. Pour l'opérationnalisation de ce nouveau concept, chaque pays devrait d'ici 2015 développer et exécuter son propre PNSR. La Mauritanie a ainsi élaboré son PNSR dans le cadre du PDS 98-2002 en vue de promouvoir la santé de la reproduction dans le respect de l'égalité et d'équité dans l'accès aux services de santé de toutes les couches socio-économiques du pays.

Il s'agit d'offrir des services couvrant tous les domaines de la santé de l'individu ayant un impact direct ou indirect sur la reproduction : la prévention et le traitement des infections génito-urinaires (MST/SIDA), l'infertilité, le dépistage ainsi que la prise en charge des grossesses et accouchements à risque, les dysfonctionnements sexuels et autres troubles gynécologiques, l'IEC, la planification familiale, la vaccination, la lutte contre les pratiques néfastes (mariages et grossesses précoces, mutilations génitales féminines, gavage, etc.), les grossesses non désirées et de nos jours la prise en charge des fistules.

Dans ce cadre le MSAS a retenu dans son plan national de santé de la reproduction trois priorités : la réduction de la mortalité maternelle et périnatale, la planification et l'espacement des naissances, la santé des adolescents et des jeunes.

En effet, les programmes précédents n'ont pas accordé à la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale une attention suffisante, surtout dans le domaine des SOU qui font cruellement défaut dans les milieux rural et semi urbain. La planification familiale était freinée par des contraintes géographiques et culturelles (seul 1/3

des formations sanitaires la prodiguait). Concernant l'espace des naissances les méthodes proposées se limitent à la contraception hormonale, l'utilisation des autres méthodes est assez faible.

Le nouveau programme vise à mieux prendre en considération la santé des jeunes et des adolescents particulièrement dans le domaine de l'IEC. Les problèmes des jeunes sont aggravés par les tabous en matière de sexualité et de SR d'une part et par la vulnérabilité économique d'autre part. Cette situation particulièrement fragile est de surcroît aggravée par les us et coutumes qui limitent l'accès des jeunes et adolescents aux structures de santé.

Ajouter à cela que les services offerts dans la plupart des structures de santé sont modestes, Le personnel n'est pas motivé, les ruptures de stocks sont fréquentes, l'accueil n'est pas réconfortant, les prescriptions sont souvent inappropriées et de surcroît la confidentialité n'est pas toujours garantie.

Il faut enfin noter d'une part le manque d'information sur les vertus du suivi rigoureux de la grossesse et de l'accouchement, de l'espace des naissances et d'autre part la persistance d'obstacles socioculturels et religieux en matière de contraception, de certaines pratiques traditionnelles néfastes (excision, gavage, etc.) et de contraintes financières et géographiques particulièrement pour les plus vulnérables.

Toutefois et malgré ce constat des progrès ont été réalisés et les nouvelles orientations du PNSR laissent croire à une grande amélioration de la SR en Mauritanie.

En effet, en matière d'utilisation des services de SR, la couverture des consultations prénatales est de l'ordre de 65%, le taux de couverture des accouchements assistés de 57% et le taux de prévalence contraceptive de 5,1%.

4. Situation de la Wilaya de l'Assaba

4.1. Situation géo-démographique

La Wilaya de l'Assaba est située au sud-est du pays entre le 16° et 17° de latitude nord et 17° et 25°51 de longitude Ouest, limitée à l'est par le Hodh El Gharbi, au nord par le Tagant, au Sud par le Guidimagha, au sud-ouest par le Gorgol, à l'ouest par le Brakna et frontalière au sud-est avec le Mali. Elle couvre une superficie de 36 000 Km² et peuplée de 271 614 habitants repartis sur cinq Moughataas (Barkeol 69 778 ; Boumdeïd 9 758 ; Guerou 35 294 ; Kankoussa 70 704 et Kiffa 86 080).

Le climat de la wilaya est de type soudano sahélien au sud et saharien au nord et connaît deux grandes saisons : la saison des pluies qui s'étend de juin à octobre et une saison sèche de Novembre à Mai.

L'Assaba est l'une des Wilayas les plus pauvres de la Mauritanie (en particulier les Moughataa de Barkeol et Kankoussa) et les activités économiques sont dominées par l'élevage, l'agriculture traditionnelle et les activités commerciales. Le taux d'analphabétisme dans cette Wilaya avoisine les 60 % selon les données du recensement de la population de 2000.

4.2. Situation socio sanitaire de l'Assaba

La Wilaya de l'Assaba dispose d'une DRPSS, d'un Centre Hospitalier, de cinq centres de santé dont deux de type A (Kiffa et Kankoussa), trois de type B (Guerou, Barkeol et Boumdeïd), de 55 postes de santé et 152 USB. Le Centre Hospitalier dispose d'un bloc chirurgical et est appuyé par une assistance technique chinoise. A ces structures s'ajoutent plusieurs cabinets médicaux et paramédicaux privés dans les grandes agglomérations urbaines (Kiffa et Guerou), ainsi que des pharmacies et dépôts pharmaceutiques au niveau de toutes les Moughataas de la Wilaya.

La situation sanitaire de l'Assaba est assez préoccupante et le profil épidémiologique est dominé par cinq pathologies représentant plus de 2/3 du nombre de consultations à savoir : (le paludisme, les IRA, les anémies, les diarrhées et les traumatismes).

D'autres maladies dont la prévalence est assez faible, mais très graves existent au niveau de cette Wilaya (Tuberculose pulmonaire 178 cas et le SIDA 17 cas dépistés en 2004).

Tableau 2. Profil épidémiologique de 2004²

Pathologie	Valeur
- Paludisme	28%
- IRA	19%
- Anémies	8%
- Diarrhées	6%
- Parasitoses intestinales	3%
- Traumatisme	4%
- Conjonctivite	3%
- IST	2%
- Malnutrition	2%
- Affections bucco-dentaires	1%

Concernant la Santé Reproductive, les résultats de l'enquête SOU (2001) ont montré que les principales complications obstétricales rencontrées au niveau des centres de santé sont dominées par les infections du Post-partum (38,1%), les hémorragies (37,7%) et le travail dystocique (17,0%) alors qu'au niveau de l'hôpital les complications de l'avortement représentent (48%) suivies des infections du post-partum (37%).

Les résultats de l'EDSM et autres données sanitaires de la Willaya ont montré une faible prévalence de l'utilisation de la contraception et la persistance de pratiques néfastes sur la santé des petites filles et des adolescentes.

Plusieurs facteurs expliquent cette situation, ils vont de la qualité de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement aux facteurs socioculturels (normes et croyances liées à la maternité), économiques (exclusion du système de soins à cause de la pauvreté) et l'éloignement géographique s des services de santé spécialisés.

Tableau 3. Quelques indicateurs de santé en Assaba³

Indicateurs	Pourcentage
Taux de couverture prénatale (CPN 2)	34%
Taux de couverture postnatale	29%
Prévalence contraceptive	3%
Taux d'accouchements assistés	24%
Taux de césarienne	1%
Taux de létalité	3%
Taux de couverture vaccinale chez les femmes enceintes (VAT 2)	34%
Taux de couverture vaccinale chez les femmes en âge de procréer.	18%

2 DRPSS Assaba, 2004

3 DRPSS Assaba, 2003&2004

5. Méthode

La présente section décrit brièvement les grandes lignes de la méthodologie appliquée pour la réalisation de l'enquête. La méthodologie est présentée en terme de « plan de sondage » et méthodes de « collecte et de traitement des données ».

5.1. Plan de sondage

5.1.1. Champ et population cible

Le champ de l'enquête couvre les cinq Moughataas de l'Assaba avec une stratification en milieu urbain et rural.

Elle a permis de sélectionner 1000 femmes éligibles, repérées au niveau des ménages. Une femme est considérée éligible si elle est :

- Résidente ;
- Membre du ménage sélectionné ;
- Agées de 15 à 49 ans et ;
- En état de grossesse et/ou ayant un enfant de moins de 5 ans.

5.1.2. Echantillonnage

Etant donné le caractère qualitatif des données à collecter et l'absence d'une base de sondage récente, le choix a porté sur un échantillon « non probabiliste » en utilisant la méthode dite « des quotas ». La taille globale de l'échantillon s'élève à 1000 observations valides (femmes éligibles). La taille globale de l'échantillon a été repartit entre les cinq Moughataas cibles et ce, en fonction de leurs poids démographiques⁴ respectifs dans la population totale cible⁵. A l'intérieur de chaque Moughataa un quota a été appliqué sur l'échantillon en fonction des variables différentielles : milieu de résidence et structure par âge.

4 Projections démographiques (2001-2015), ONS, avril 2004.

5 Pour la Moughataa i , la taille de l'échantillon $n_i = w_i * N$, Avec w_i = poids démographique de la Moughataa i ($i = 1, 2, \dots, 5$) et N = Echantillon Global

La répartition de l'échantillon selon le groupe d'âge et la Moughataa est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4. Répartition de l'échantillon selon la Moughataa, le groupe d'âge et le milieu de résidence.

Femme éligible					
		Groupes d'âges			
Moughataa	Milieu	15 - 24 an s	25 - 34 an s	35 - 49 an s	Total
Barkéwel	Urbain	0	0	0	0
	Rural	131	64	51	246
	Ensemble	131	64	51	246
Boumdeïd	Urbain	0	0	0	0
	Rural	19	11	7	37
	Ensemble	19	11	7	37
Guerou	Urbain	39	19	13	71
	Rural	36	16	15	67
	Ensemble	75	35	28	138
Kankoussa	Urbain	0	0	0	0
	Rural	127	64	59	250
	Ensemble	127	64	59	250
Kiffa	Urbain	75	37	34	146
	Rural	91	45	47	183
	Ensemble	166	82	81	329
Ensemble	Urbain	114	56	47	217
	Rural	404	200	179	783
	Ensemble	518	256	226	1000

Les femmes éligibles sont repérées au niveau des ménages. Pour chaque ménage tiré, une seule femme éligible est interviewée et ce, en application des quotas prédéfinis.

Dans le milieu urbain, la ville est subdivisée en zones selon le niveau socioéconomique. Les ménages sont sélectionnés suite à « un tirage aléatoire systématique ». En milieu rural, la même procédure a été suivie sauf que, les localités rurales enquêtées ont été sélectionnées suite à un « tirage aléatoire proportionnel à la taille » (effectifs de la population) appliqué sur l'inventaire des localités de l'Assaba énumérées par le Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2000 et publié par sous utilisation⁶.

6 Répertoire des lieux habités, ONS, octobre 2002.

5.2. Collecte et traitement des données

5.2.1. Enquête pilote

Avant le lancement de l'enquête proprement dite sur le terrain, une enquête pilote a été organisée les 25 et 26 décembre 2004 dans les Moughataas de « El Mina » et « Dar Naim » à Nouakchott, sur un échantillon de 60 personnes éligibles. Cette mini enquête a permis de tester l'ensemble du dispositif méthodologique prévu (échantillonnage, administration des questionnaires, remplissage des fiches techniques, collecte, vérification, codification, saisie, tests de cohérence et tabulation). Elle a aussi permis d'évaluer le rendement moyen des enquêteurs utilisé dans le calcul de la taille de l'échantillon.

5.2.2. Organisation de la collecte

La collecte de données sur le terrain a été organisée du 29 décembre au 08 janvier 2005 simultanément dans les 5 Moughataas cibles de l'enquête, à raison d'une équipe par Moughataa. L'équipe est composée d'un contrôleur et un nombre de 2 à 5 enquêteurs; variable suivant la taille de l'échantillon dans chaque Moughataa.

Les enquêteurs étaient chargés de « renseigner les questionnaires » sur le terrain suite à une « interview directe » avec les femmes éligibles. Les contrôleurs, qui sont tous des Adjoints Techniciens Statisticiens justifiant d'une bonne expérience en matière de collecte de données, ont été chargés de « veiller au respect des quotas », de « contrôler systématiquement l'ensemble des questionnaires renseignés » et « des questions administratives » sur le terrain.

Aussi, une mission d'inspection de 5 jours a été menée sur le terrain par l'équipe de l'encadrement de l'enquête. La mission a permis de s'assurer du bon déroulement de l'enquête, de redresser les erreurs et résoudre certains problèmes administratifs que les équipes ont rencontrés sur le terrain.

5.2.3. Traitement des données :

Le traitement de données s'est traduit en deux activités principales, à savoir « la vérification codification » des questionnaires et « la saisie des données » :

- Vérification codification : Dès le retour des premiers questionnaires du terrain, ces derniers ont été acheminés vers l'atelier de codification et vérification. Un groupe composé d'un agent vérificateur, deux agents codificateurs et un contrôleur a été chargé de cette activité. Au terme de cet atelier d'une semaine, tous les questionnaires ont été systématiquement vérifiés et codifiés.

- Saisie des données : Les données ont été saisies sur SPSS, afin de réduire au minimum possible les erreurs de saisie, une « double saisie » a été organisée et les deux fichiers ont été régulièrement confrontés à la fin de chaque journée de saisie. Un groupe de trois agents et un contrôleur de saisie a réalisé cette activité qui a duré une semaine.

6. Résultats

6.1. Caractéristiques générales des femmes enquêtées et des ménages

Au total 1000 femmes ont été sélectionnées et concernées par cette enquête, en voici leurs principales caractéristiques.

Tableau 5. Répartition des femmes selon le milieu

Milieu	Fréquence	Pourcentage
Urbain	217	21,7
Rural	783	78,3
Total	1000	100

La majorité des femmes enquêtées sont à 78,3% du milieu rural contre 21,7% du milieu urbain ce qui reflète et correspond au caractère agro pastorale de la Wilaya. Cette répartition doit interpeller les décideurs pour accorder une part importante des ressources (humaines et financières) au milieu rural et semi rural.

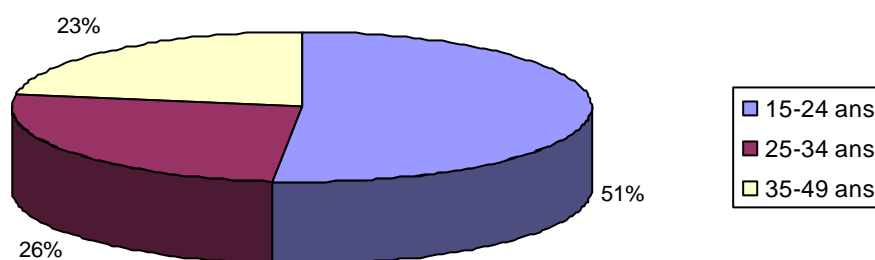
Tableau 6. Répartition des femmes enquêtées selon la Moughataa.

Moughataa	Fréquence	Pourcentage
Barkéwel	246	24,6
Boumdeïd	37	3,7
Guerou	138	13,8
Kankoussa	250	25,0
Kiffa	329	32,9
Total	1000	100

La répartition des femmes enquêtées par Moughataa est quasiment proportionnelle à la taille de la population de ces Moughataas : la Moughataa de Kiffa représente à elle seule 33% des femmes enquêtées contre seulement 4% pour la Moughataa de Boumdeïd.

Là aussi, la répartition des ressources doit tenir compte du poids démographique, de l'utilisation des services de santé et de l'accessibilité géographique, financière et culturelle.

Graphique 1. Structure de l'âge des femmes enquêtées



Les femmes enquêtées sont en moyenne âgées de 27,4 (7,7) ans.

C'est la tranche d'âge 15-24 ans qui est la plus importante, plus de la moitié de l'ensemble des femmes enquêtées, d'où la nécessité d'accorder un intérêt particulier à ces jeunes filles en âge de procréer, surtout que l'âge médian au premier mariage pour les femmes en Mauritanie est de 17 ans⁷. Le risque de complications de la grossesse et de l'accouchement est très élevé.

Tableau 7. Répartition des femmes enquêtées selon le statut matrimonial.

Situation matrimoniale	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	19	1,9
Mariée	888	89,0
Divorcée	64	6,4
Veuve	27	2,7
Total	998	100

Parmi les femmes enquêtées, 89% sont mariées, alors que les divorcées représentent 6%, les veuves 3% et les célibataires 2%. Cette proportion très élevée de femmes mariées, c'est-à-dire en activité sexuelle qui ont besoin d'espacement des naissances, mais aussi de CPN, de VAT etc. mérite une attention particulière de la part des services SR.

Tableau 8. Répartition des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Analphabète	448	44,9
Sait lire et écrire	96	9,6
Mahadra	197	19,7
Primaire	183	18,3
Secondaire	71	7,1
Supérieur	3	0,3
Total	998	100

Seulement un peu plus de la moitié des femmes (55% des enquêtées) sont instruites tandis que 45 % sont analphabètes. Cependant, des disparités importantes existent au niveau des femmes instruites. Seules 7 % des femmes instruites sont d'un niveau secondaire alors que la majorité de ces femmes (38%) sont d'un niveau primaire ou Mahadra.

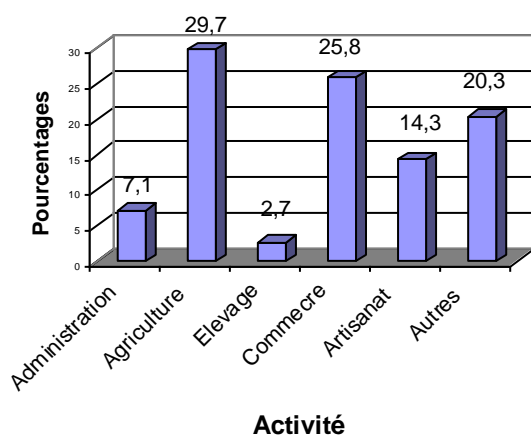
Ce résultat doit permettre aux décideurs de cibler les différents groupes avec des méthodes IEC adaptées.

Tableau 9. Répartition des femmes enquêtées selon l'activité.

Activité	Fréquence	Pourcentage
Avec activité	176	17,7
Etudiant / élève	15	1,5
Femme au foyer	700	70,4
Chômeur	104	10,5
Total	995	100

L'absence d'activité économique parmi les femmes est un signe de faiblesse de revenu et donc une cause de pauvreté : plus des deux tiers des femmes sont femmes au foyer, seuls 18% ont une activité et 1,5% sont soit élève ou étudiante.

Graphique 2. Repartition des femmes selon le type d'activité



Parmi celles qui ont déclarées avoir une activité, les agricultrices représentent 30%, le commerce 26%, l'artisanat 14%, ce qui dénote la prévalence d'activités précaires lorsqu'elles existent et donc de fragilité du revenu et de moyens de subsistance.

6.2. Caractéristiques du logement, dépenses et biens possédés par le ménage

Logement

Tableau 10. Propriété du logement

Propriété du logement	Fréquence	pourcentage
Propriétaire	958	96,5
Locataire	18	1,8
Logé par employeur	17	1,7
Total	993	100

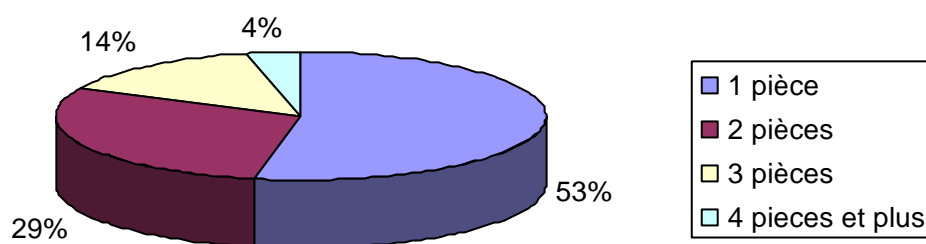
La grande majorité des femmes interrogées déclarent être propriétaire de leur logement.

Tableau 11. Type d'habitat

Type d'habitat	Fréquence	Pourcentage
Maison en ciment & toit en zinc	47	4,7
Maison en ciment & toit en béton	108	10,9
Maison en pierre	6	0,6
Maison en argile	388	39,0
Baraque	206	20,7
Tente	60	6,0
Autres habitat précaire	180	18,1
Total	995	100,0

Près du cinquième des femmes enquêtées logent dans des habitats précaires : baraques (21%), tente (6%) et autre (18%). 39% logent dans des maisons en argile contre 11% dans des maisons en béton.

Graphique 3. Nombre de pièces du logement



La majorité des logements des enquêtées disposent d'une pièce (53%) et de deux pièces (29%). Seules 18% disposent de 3 pièces ou plus.

Tableau 12. Source principale d'approvisionnement en eau potable

Source d'approvisionnement	Fréquence	Pourcentage
Réseau adduction d'eau	210	21,1
Fontaine publique	34	3,4
Citerne/revendeur d'eau	128	12,9
Puits	595	59,9
Marre	27	2,7
Total	994	100

Dans l'ensemble, 60 % des sondées sont approvisionnées en eau potable à partir de puits. Seules 21% ont de l'eau de robinet à domicile et 13 % sont alimentées par les revendeurs d'eau.

Tableau 13. Source principale d'éclairage

Source éclairage	Fréquence	Pourcentage
Réseau électricité	112	11,3
Groupe électrogène	9	0,9
Energie solaire	9	0,9
Bougie	637	64,0
Lampe	9	0,9
Autre	219	22,0
Total	997	100,0

La principale source d'éclairage est la bougie (64%), suivie de loin du réseau d'électricité (11%). L'utilisation de lampe, d'énergie solaire et de groupe électrogène est négligeable. Cependant plus de 22% utilisent d'autres sources d'éclairage, probablement le bois.

Tableau 14. Bien possédés par le ménage

Biens du ménage	Oui (%)
- Poste radio	47,9
- Téléviseur	9,0
- Cuisinière	5,5
- Réfrigérateur	2,5
- Téléphone fixe	1,6
- Téléphone portable	19,2
- Véhicule	4,4
- Terres cultivables*	55,0

*Quel est le mode d'appropriation de cette terre : propriétaire 95%, locataire 3% et autre 2%.

Comme la majorité des femmes interrogées sont du milieu rural, 55% possèdent des terres cultivables. Les autres biens se limitent essentiellement aux postes radio possédés par 48% des ménages, suivi du téléphone portable 19%, et de la télévision 9%. Il faut noter tout de même que 4% des ménages possèdent des voitures. Ce résultat permet de privilégier la radio comme moyen de communication de messages EPS.

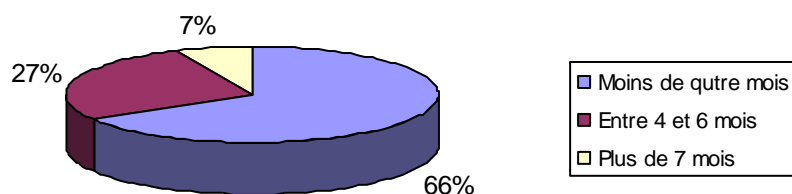
Résidence du conjoint

Le mari réside régulièrement avec son épouse dans seulement 50% des cas. Cette situation s'explique par le fait que cette région connaît traditionnellement une grande émigration masculine vers les grandes villes du pays et vers l'étranger surtout les pays africains pour faire le commerce.

Du point de vue de la santé publique ceci est important pour expliquer des indicateurs tels que l'utilisation de la contraception, la fécondité, mais devrait aussi attirer l'attention sur le risque de transmission du VIH/SIDA et autres IST.

Dans le cas où le mari ne réside pas de façon permanente, la moyenne de son séjour avec son épouse est de 3,1 mois par an.

Graphique 4. Répartition de la durée de résidence du mari avec son épouse par tranche



Dans deux tiers des cas le mari réside avec son épouse moins de quatre mois par an.

6.3. Perception et accessibilité aux services de SR

6.3.1. Contraception

55,6% des femmes pensent que la planification familiale est utile pour la santé de la femme et 32,9% utiles pour la santé du fœtus, 7,8% pensent qu'elle ne sert à rien et 1% pense qu'elle est interdite ou dangereuse. En somme 88% des femmes pensent quand même que la contraception est utile pour la santé de la mère et du fœtus, bien que son utilisation reste faible, qu'est ce qui se passe ?

35,8% sont contre l'assistance d'un personnel masculin pour l'utilisation de la contraception, 43,4% l'accepteraient en cas de nécessité et seules 19,2% n'y voient pas d'inconvénients.

6.3.2. Consultation prénatale

82,9% des femmes pensent que la consultation prénatale est utile pour la santé de la femme, 7,0% pensent qu'elle est utile pour la santé du fœtus et 8,3% pensent qu'elle ne sert à rien. Là aussi les femmes semblent rencontrer des obstacles pour accéder à la CPN.

En ce qui est de la CPN, 34,3% sont contre l'assistance d'un personnel masculin, 45,5% accepteraient en cas de nécessité et 18,9% n'y voient pas d'inconvénients.

6.3.3. Accouchement assisté

71,6% pensent que l'accouchement dans les structures de santé est utile pour la santé de la mère, 14,9% utile pour la santé du fœtus et 11,9% ne sert à rien. Ce résultat pose la même question que pour la contraception et la CPN, pourquoi autant de femmes pensent que l'accouchement assisté est important pour la santé et ne le pratique pas dans les mêmes proportions.

En ce qui est de l'accouchement 34,7% sont contre l'assistance d'un personnel masculin, 46,8% si c'est nécessaire et 17,2 sont d'accord.

Dans tous les cas, plus du tiers des femmes refusent d'être consultés par un personnel masculin, si on y ajoute celles qui l'acceptent seulement en cas de nécessité ce chiffre dépasse les 80%.

Ce résultat doit interpeller les décideurs et prendre des décisions d'affecter que du personnel féminin aux tâches citées plus haut au niveau des structures de santé.

5.4. Accessibilité géographique

La médiane de la distance qui sépare le logement des femmes et le service de santé le plus proche est de 2 Km. En répartissant cette distance en quartiles on trouve que 25% des femmes habitent à moins d'un KM, 25% entre 1 et 2 Km l'autre quart entre 2 et 12 Km et le dernier quartile habite au delà de 12 Km.

Ces chiffres donnent un taux d'accessibilité géographique de 75% à moins de 10 Km, ce qui est conforme aux chiffres avancés par le MSAS.

Tableau 15. Répartition des femmes enquêtées selon le moyen de transport le plus souvent utilisé pour aller aux services de santé.

Moyen de transport	Fréquence	Pourcentage
Pied	496	49,6
Charrette	145	14,5
Transport public	171	17,1
Voiture personnelle	13	1,3
Autres	175	17,5
Total	1000	100

La moitié des femmes interrogées se rendent au service de santé le plus proche à pied, suivi par le transport public et la charrette. Toutefois, une forte proportion (17,5%) utilisent d'autres moyens de transport probablement le dos d'âne, de chameau, etc.

Les moyens de transport sont disponibles au niveau de Kiffa et dans la plupart des capitales de Moughataa et le problème ne se pose pas vraiment pour les malades ambulatoires, par contre deux types de problèmes se posent pour les utilisateurs : 1) le transport des malades en cas d'urgence et 2) le transport des malades (difficilement transportables) par un moyen de transport classique (non médicalisé). Par contre au niveau des autres localités reculées ou enclavées, tout est permis : charrette depuis le village jusqu'à une ville où « les taxis brousse » passent, puis vers la capitale de Moughataa, la capitale de la Wilaya. Seuls les élus locaux et la communauté peuvent trouver une solution à ce problème, par des moyens simples et efficaces.

6.5. Accessibilité financière

76,9% ne déclarent pas payer de coût pour le transport entre le service de santé le plus proche et leur domicile, pour les autres, le coût est de 439 Ouguiyas en moyenne pour l'aller simple.

Tableau 16. Appréciation des différents coûts de santé par les femmes enquêtées

Que pensez vous des coûts de	Très cher	Moyennement cher	Acceptables
Les consultations au CS, PS	28,9	55,8	15,3
Les médicaments prescrits	52,9	35,5	11,6
Les examens de laboratoire	58,9	19,7	8,7
La radiologie	53,5	16,3	4,6

Le coût de la consultation est jugé très cher par 30% des femmes et acceptable pour 15%. Par contre plus de

la moitié des femmes jugent les médicaments, examens de laboratoire et radio très cher.

Le fait que seulement 15% jugent le coût de la consultation au CS et PS acceptable pose problème, car au niveau des structures du premier échelon, la consultation est gratuite et au pire la patiente paye une carte lors du premier contact, ceci dit, ce résultat est en harmonie avec le fait que les femmes déclarent payer d'autres coûts lors de l'utilisation des services de santé (18,8% des femmes déclarent payer d'autres coûts, ces coûts sont en moyenne de 3 384 UM).

La prise en charge des frais de la maladie dans la famille (consultations, médicaments, laboratoire, radio) est généralement supportée par le mari dans 67,4%, par la femme elle-même dans 29,4%, par un autre membre de la famille 3,0% et la prise en charge 0,1%.

Là, il faut encore une fois de plus souligner l'importance d'un mécanisme de partage de risque, car les frais de la santé, en particulier les interventions chirurgicales, les médicaments et examens complémentaires des maladies chroniques sont une cause d'appauvrissement.

Tableau 17. Pouvoir d'achat des femmes interrogées au cours des 12 derniers mois

Question	Oui (%)
• Vous est-il arrivé de ne pas pouvoir consulter le PS, CS ou l'hôpital par manque d'argent au cours des 12 derniers mois?	72,3
• Vous est-il arrivé de ne pas pouvoir acheter les médicaments prescrits au cours des 12 derniers mois?	71,0
• Vous est-il arrivé de ne pas pouvoir acheter les autres consommables médicaux prescrits au cours des 12 derniers mois?	70,8
• Vous est-il arrivé de vous endetter pour payer les consultations, médicaments et autres consommables médicaux au cours des 12 derniers mois?	74,2

Plus des deux tiers des femmes interrogées déclarent avoir des problèmes financiers les empêchant soit de consulter, soit de payer les médicaments ou les consommables. 74% des femmes déclarent avoir pris des dettes pour payer les consultations, médicaments et consommables au cours de l'année précédente.

Ceci est une preuve de la non utilisation des services de santé par manque de moyens financiers.

La santé a un coût, souvent trop élevé, ce coût augmente généralement avec le niveau des soins, c'est-à-dire qu'il est plus faible au niveau des PS et plus élevé au niveau du Centre Hospitalier. Ce coût, surtout au niveau du Centre Hospitalier, mais aussi au niveau des CS n'est pas souvent à la portée de la majorité des citoyens. Il faut donc mettre en place rapidement des mécanismes de partage de risque, par exemple des mutuelles, ces mutuelles peuvent être simples comme les mutuelles communautaires, ou plus élaborés pour les populations plus aisées comme l'assurance maladie.

Le coût de la santé ne se limite pas aux coûts apparents et officiels, autrement dit les patients payent d'autres coûts, notamment en terme de temps perdu, de consommables achetés lors de la consultation et régulièrement d'autres coûts supplémentaires au niveau de la structure (dessous de table). C'est ainsi que les patients déclarent payer en moyenne 3 384 (médiane 2 000) Ouguiya de dessous de tables par épisode de soins. Cette pratique nuit gravement à la réputation des institutions de santé sensées être humanitaires et non lucratives et se répercute négativement sur l'utilisation des services de santé publics.

Il faut espérer que les mesures incitatives récemment mises en place par le MSAS telles que les primes de zone vont contribuer à réduire voir éliminer cette pratique.

6.6. Adhésion aux mutuelles

A la question à partir de quel montant avez vous des difficultés pour payer les dépenses de soins de santé chez un prestataire de soins ? Les femmes ont répondu : 2 000 UM (médiane).

55% (n=546) des femmes déclarent être intéressées par l'adhésion à une mutuelle de santé. C'est un résultat encourageant pour l'implantation des mutuelles de santé au niveau de cette Wilaya, au moins pour la santé reproductive.

Tableau 18. Répartition des femmes qui sont intéressées par l'adhésion à une mutuelle de santé en fonction du service

Service	(%)
- Accouchement	53,5
- Consultation CS ou PS	48,1
- Chirurgie	47,8
- Laboratoire	48,0
- Consultation hôpital	47,8
- Radiologie	48,0
- Autres	46,3

Parmi celles qui sont intéressées 53% le sont pour les services d'accouchement et pour les autres rubriques la proportion est d'environ 48%.

Pour la question pour combien de personnes souhaitez-vous cotiser ? Les femmes répondent pour une seule personne (médiane), 25% pour plus de trois personnes.

A la question pour quelle durée souhaitez-vous cotiser ? 16% répondent pour un mois, 9% pour un trimestre, 29% pour une année et 46% non déterminées.

Quel montant seriez vous capable de cotiser par période indiquée précédemment et pour chaque personne la médiane est de 50UM. Cette question ne peut pas être exploitée correctement car la période n'a pas été

précisée et donc ce montant est valable pour chacune des périodes citées plus haut.

Tableau 19. Dépenses de santé reparties en quartiles⁸

Dépenses en Ouguiya	25%	25%	25%	25%
- Au cours des trois derniers mois (frais de consultation)	<150	150-450	451-2000	>2000
- Au cours des trois derniers mois (médicaments & analyses)	<2500	2500-5000	5001-11000	>11000
- d Au cours des trois derniers mois (frais de transport)	<1000	1000-2000	2001-4550	>4550
- Autres dépenses mensuelles	<1000	1000-2000	2001-8000	>8000

Les frais de consultation ne sont pas élevés, mais dépassent quand même les 20 Ouguiyas représentant la carte de soins au premier niveau.

Par contre les coûts des médicaments et autres examens médicaux sont assez élevés, de même que les coûts du transport vers les structures de santé sensés être à moins de 10 Km, et le coût du transport pour cette distance est généralement à la portée des populations.

La question qui se pose est : est ce que ces coûts sont à la portée de tous les citoyens, et surtout des plus démunis ? La réponse est « non » d'après l'analyse du CSLP, en effet, près de 46% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté.

⁸ Parmi celles qui ont déclarées avoir payées des coûts

6.7. Accessibilité socio culturelle

Tableau 20. Quelques questions relatives à l'accessibilité socioculturelle.

Question	Oui (%)
- Est-ce que le personnel du CS ou PS le plus proche comprend votre langue?	98,9
- Est-ce que le personnel du CS ou PS le plus proche vous reçoit correctement habituellement?*	94,1
- Est-ce que le personnel du CS ou PS le plus proche vous consulte de façon intime (sans la présence d'autrui)?	93,2
- Est-ce que le personnel du CS ou PS le plus proche vous a écouté suffisamment au moment des consultations?	95,7
- Est-ce que le personnel du CS ou PS le plus proche répond à vos questions de façon compréhensible?	96,0
- Est-ce que le personnel du CS ou PS le plus proche vous explique clairement l'utilisation des médicaments prescrits lors des consultations ?	96,8

Concernant l'accessibilité socioculturelle, les femmes semblent largement satisfaites du personnel des CS et PS. En effet, les réponses positives dépassent les 90% pour tous les aspects en question.

Ne s'agit-il pas d'un biais de réponse positive ? Il se pourrait aussi que les femmes ne connaissent pas tout simplement leurs droits et les standards de soins et sont satisfaites du minimum.

6.8. Perception de la qualité des services offerts

Tableau 21. Quelques questions relatives à l'appréciation de la qualité des soins.

Questions	Très bonne	satisfaisante	Médiocre
- Globalement comment jugez-vous la qualité des soins du CS ou PS le plus proche?	54,0	42,3	3,7
- Comment jugez-vous la qualité de la consultation du CS ou PS le plus proche?	52,4	42,1	5,5
- Globalement comment jugez-vous la compétence du personnel du CS ou PS le plus proche?	52,3	42,0	5,5
- Globalement comment jugez-vous la propreté du CS ou PS le plus proche?	56,7	35,6	7,6
- Globalement comment jugez-vous les conditions d'attente au niveau du CS ou PS le plus proche?	33,8	49,1	17,1

Les femmes enquêtées apprécient positivement (très bonne ou satisfaisante) la qualité des services offerts

par les CS et les PS. Seules, les conditions d'attente au niveau des CS et PS sont considérées comme satisfaisantes à raison de 48%, comme très bonne par 33%, alors que 17% des femmes les jugent médiocres.

Il semble que les CS et PS disposent à 92 % de salles d'attente et à 83% de toilettes publiques.

Il y a là une contradiction avec la réalité sur le terrain.

Tableau 22. Répartition des femmes selon le professionnel qui les consulte habituellement

Personnels	Fréquence	Pourcentage
Médecin généraliste	135	13,6
Infirmier	593	59,7
Sage femme	254	25,6
Personne auxiliaire	3	0,3
Autres	9	0,9
Total	994	100,0

La majorité des consultations sont faites par des infirmiers (es) 60%, suivis des sage femmes 26%. Seules 13% des consultations sont effectuées par un médecin généraliste, au niveau des capitales des Moughataas.

Il faut ici souligner l'importance d'affecter plus de sages femmes et de médecins généralistes au niveau des Moughataas.

La qualité des soins est une variable difficile à mesurer. Bien qu'il existe plusieurs méthodes d'évaluation de cette qualité, elles sont difficiles à mettre en oeuvre et sont très coûteuses.

Une autre façon de l'étudier, est de demander les opinions des utilisateurs sur la qualité telles qu'ils la perçoivent eux mêmes. Cette méthode pourrait être subjective dans de nombreux cas, mais il lui arrive de refléter une image relativement proche de la réalité.

D'ailleurs les critères des utilisateurs sont souvent objectifs et devraient faire partie intégrante du code déontologique de chaque professionnel de santé.

Ces critères sont le plus souvent : la qualité de l'accueil, le temps passé au cours de la consultation, le temps d'attente, les conditions d'attentes, les explications de l'ordonnance, de la maladie, la compréhension de la langue mais aussi du contexte culturel de la maladie, les rendez vous et le respect de ces RV (cette liste n'est pas exhaustive) par exemple qui d'entre nous n'a pas entendu dire « J'ai été chez le médecin ou l'infirmier et il ne m'a pas ausculté et m'a prescrit tout de suite des médicaments qui ne m'inspirent pas confiance parce que je pense qu'il n'a pas bien compris ma maladie... ».

Une des causes de dysfonctionnement au niveau organisationnel est le manque de culture de travail en équipe. La délégation des tâches est rare.

Par ailleurs, le manque de motivation est prépondérant dans la qualité et la quantité du rendement des professionnels de santé. La motivation peut être de deux ordres (1) la reconnaissance de la qualité du travail accompli, c'est-à-dire le mérite comme critère de promotion, mais aussi (2) les avantages matériels tels que l'augmentation des salaires et autres primes qui doivent non seulement mettre le professionnel à l'abri du besoin mais le motiver à mener à bien ses prestations et continuer à exercer dans le secteur public.

6.9. Utilisation des services SR

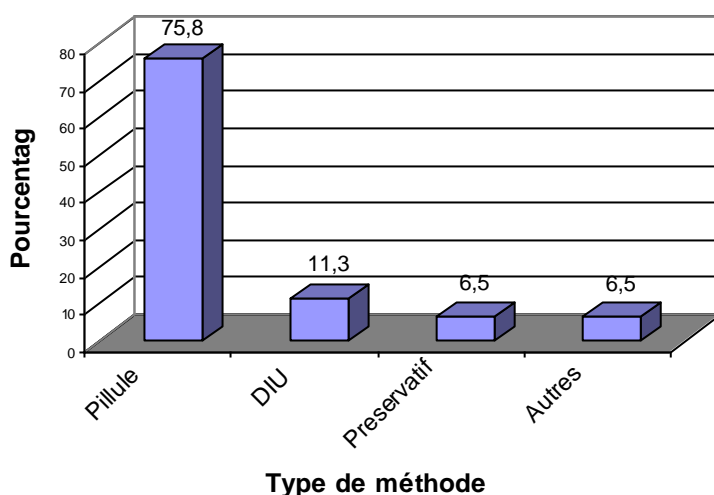
La CPN, l'espacement des naissances et l'accouchement en structure sont des composantes essentielles des soins de santé primaires (SSP) dont le rôle dans l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant est prépondérant et par conséquent contribue à diminuer la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles.

L'utilisation par les femmes de ces services, suppose entre autres que ces services sont disponibles en permanence et accessibles, ce qui n'est pas souvent le cas. Mettre en place le concept de permanence, continuité, globalité et intégration des soins et services.

6.9.1. Contraception

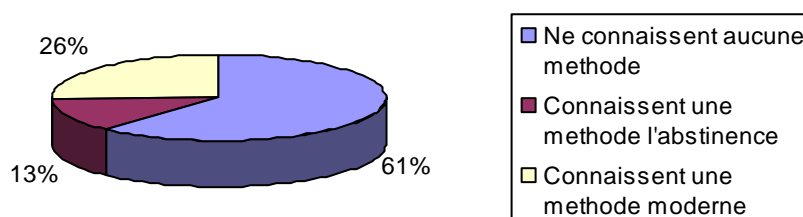
6,1% (n=56) Les femmes interrogées utilisent actuellement une méthode contraceptive.

Graphique 5. Répartition des utilisatrices de contraception selon le type de méthode



Les femmes qui utilisent la contraception le font depuis 6,8 mois en moyenne. Pour celles qui n'utilisent pas une méthode contraceptive, à la question : connaissez-vous une méthode de contraception ? Les réponses sont les suivantes, voir graphique suivant.

Graphique 6. Connaissance de méthodes contraceptives, parmi les femmes qui n'utilisent pas la contraception



Il ressort de ce graphique que le niveau de connaissance des méthodes modernes de contraception est faible (26%). Ce qui montre l'importance de diriger une campagne de sensibilisation pour améliorer la connaissance des méthodes de contraception existantes en Mauritanie. L'autre aspect de cette donnée est que même si le niveau de connaissance est faible, l'utilisation est encore plus faible : une femme sur quatre connaît une méthode moderne, alors que l'utilisation globale à peine atteint 6%.

6.9.2. Consultation Périnatale

Les femmes enquêtées ont déclarées avoir fait en moyenne 2,0 CPN au cours de la dernière grossesse. Ce chiffre reste en deçà des normes du MSAS qui fixent le minimum de CPN à quatre par grossesse.

6.9.3. Accouchement assisté

Parmi les femmes enquêtées 42,1% ont accouchées la dernière fois au niveau d'une structure de santé. Ce chiffre est légèrement supérieur à celui donnée par l'EDS pour la zone centre 28,3%.

Tableau 23. Motifs de non accouchement en structures de santé

Motif	Fréquence	Pourcentage
Ne veut pas	220	43,5
Eloignement du centre de santé/ difficultés de transports	216	42,7
Première grossesse	7	1,4
Conditions sociales, pas de moyens	63	12,5
Total	506	100,0

58% des naissances ne se passent pas dans les services de santé pour plusieurs raisons, dont 43% ne veulent pas aller, 43% pour des raisons d'éloignement et de difficultés des transports et 12% pour des raisons économiques.

Une majorité écrasante des femmes interrogées (74%) prévoient d'accoucher dans une structure de santé. Que se passe-t-il entre le désir d'accoucher en structure et la réalité ? Il y a certainement des barrières.

Tableau 24. Motif du non désir d'accoucher dans une structure de santé

Motif	Fréquence	Pourcentage
Ne veut pas	180	64,7
Eloignement du centre de santé/ difficultés de transports	70	25,2
Première grossesse	4	1,4
Conditions sociales, pas de moyens	24	8,6
Total	278	100,0

Sur les 26% qui ne prévoient d'accoucher en structure, les motifs sont : ne veut pas (65%), éloignement, difficultés de transport (25%) et problèmes sociaux (9%).

Tableau 25. Préférence du personnel qui doit assister l'accouchement

Personnels	Fréquence	Pourcentage
Aucune personne	231	23,3
Martonne	41	4,1
Infirmière	56	5,7
Infirmier	19	1,9
Sage femme	611	61,7
Médecin homme	20	2,0
Médecin femme	12	1,2
Total	990	100

Parmi les femmes qui souhaitent accoucher dans un service de santé, 62% préfèrent être assistées par une sage femme, alors que 23% ne souhaitent l'assistance d'aucune personne.

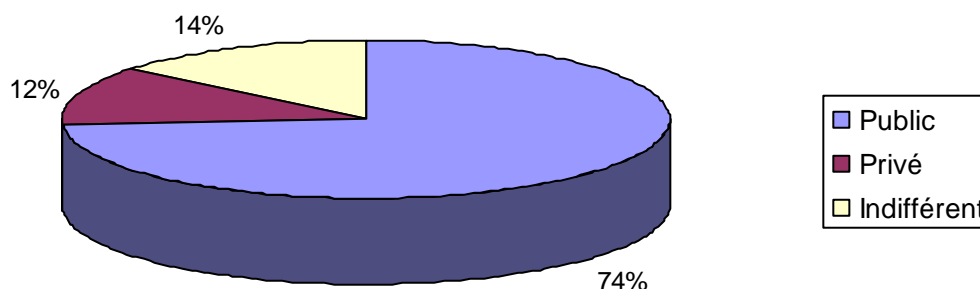
Tableau 26. Préférence pour l'assistance lors de l'accouchement à domicile

Personne	Fréquence	Pourcentage
Femme expérimentées ou mère	187	85,8
Martonne formée	31	14,2
Total	218	100,0

Pour les accouchements à domicile 86% des enquêtées préfèrent être assistées par des femmes

expérimentées ou par leur mère.

Graphique 7. Préférence de l'utilisation selon le secteur



Même si elles disposent de moyens, les femmes préfèrent à une écrasante majorité consulter dans le secteur public à raison de 74% contre 11% pour le privé. Ce résultat doit être réconfortant pour les services publics, mais il cache aussi le fait que la population à majorité rurale ne connaît même pas l'existence de services privés pour les apprécier.

6.10. Utilisation d'autres services

Durant les 12 derniers mois, les femmes enquêtées ont déclaré avoir consulté un marabout (27%) ou un guérisseur (25%).

Une utilisation aussi importante, peut être interprétée comme une défaillance du système de santé moderne, ou, en tout cas, son inadéquation avec les besoins des femmes.

Il faut signaler que les guérisseurs et marabouts sont plus accessibles (à tout moment), connaissent bien la mentalité des femmes et leur conditions socioculturelle et leur parlent un langage compréhensible. Si les services de santé font de même cette frange de la population basculera vers les services de santé modernes.

6.11. Comparaison des résultats selon le milieu de résidence

Etant donné l'importance de la taille de l'échantillon, un certain nombre de comparaisons entre variables (aussi bien en catégorie que quantitatives) est possible avec des résultats pouvant être statistiquement significatifs, en particulier selon le milieu de résidence. Dans ces cas le p est donné pour permettre d'apprécier la probabilité liée à l'association statistique.

6.11.1. Perception des activités au niveau des services de santé

Tableau 27. Comparaison de certaines variables en catégories selon le milieu

Variable	Urbain %	Rural %	Total n	P
Que pensez vous de l'utilité de la PF				
- Ne sert à rien	1,4	9,6	78	-
- Utile pour la santé de la femme	59,0	54,7	556	0,4
- Utile pour la santé de l'enfant	34,1	32,6	329	0,9
- Dangereuse	1,4	0,1	4	-
- Interdit religieusement	1,8	0,3	6	-
Que pensez vous de l'utilité de la CPN				
- Ne sert à rien	1,8	10,1	83	-
- Utile pour la santé de la femme	84,8	82,4	829	0,4
- Utile pour la santé de l'enfant	11,1	5,9	70	-
Que pensez vous de l'utilité de l'accouchement assisté				
- Ne sert à rien	2,8	14,4	119	-
- Utile pour la santé de la femme	83,9	68,2	716	<0,000
- Utile pour la santé de l'enfant	11,5	15,8	149	-
Assistance de la femme par une personne de sexe masculin pour la PF				
- D'accord sans problème	12,0	21,2	192	-
- D'accord si nécessaire	47,5	42,3	434	0,4
- Jamais	38,7	35,0	358	0,5
Assistance de la femme par une personne de sexe masculin pour la CPN				
- D'accord sans problème	10,6	21,2	189	-
- D'accord si nécessaire	51,6	43,8	45	0,1
- Jamais	35,9	33,8	343	0,9
Assistance de la femme par une personne de sexe masculin pour l'accouchement assisté				
- D'accord sans problème	9,7	19,3	172	-
- D'accord si nécessaire	48,8	46,2	640	0,004
- Jamais	39,6	33,3	347	0,3

Les femmes du milieu urbain jugent plus que celles du rural que la contraception est bénéfique pour la santé de la mère et l'enfant. Il faut noter que 10% des femmes du milieu rural jugent la contraception inutile. La même tendance est retrouvée au niveau de la CPN. En ce qui est de l'accouchement assisté les femmes du milieu urbain le jugent aussi plus utiles pour la santé de la femme que celles du milieu rural 84% versus 68%

respectivement l'association est statistiquement significative. 14% des femmes du milieu rural pensent que l'accouchement en structure ne sert à rien.

6.11.2. Perception des coûts et capacité de payer

Tableau 28. Comparaison des modalités de réponses à quelques questions selon le milieu

Variable	Urbain %	Rural %	Total n	P
Que pensez-vous des coûts des consultations au CS ou PS le plus proche?				
- Très chers	27,2	29,4	289	0,8
- Moyennement chers	45,6	58,5	557	0,03
- Acceptables	27,2	12,0	153	0,01
Que pensez-vous des coûts des médicaments délivrés au CS ou PS le plus proche?				
- Très chers	56,2	52,0	529	0,5
- Moyennement chers	32,3	36,4	355	0,4
- Acceptables	11,5	11,6	116	-
Que pensez-vous des coûts des examens de laboratoires au CS le plus proche?				
- Très chers	57,6	59,3	589	0,8
- Moyennement chers	26,3	17,9	197	0,2
- Acceptables	14,7	7,0	87	0,4
Que pensez-vous des coûts de la radiologie au CS le plus proche?				
- Très chers	62,2	51,1	535	0,02
- Moyennement chers	20,7	15,1	163	0,5
- Acceptables	6,5	4,1	46	-

La consultation au niveau du CS et PS qui est gratuite est perçue comme très chère par 27% des femmes du milieu urbain et 29% du rural, cet état de fait est inacceptable au niveau de services de premiers contacts délivrant des SSP. Seules 27% des femmes du milieu urbain et 12% du milieu rural trouvent la consultation abordable.

Tableau 29. Comparaison des modalités de réponses à quelques questions selon le milieu (suite)

Variable	Urbain %	Rural %	Total n	P
Qui prend en charge en général les frais de la maladie dans votre famille (consultations, médicaments, labo, RADIO)?				
- Moi-même	27,6	29,9	294	0,8
- Epoux	68,2	67,2	674	0,8
- Autres membres de la famille	4,1	2,7	29	-
Vous est-il arrivé de ne pas pouvoir consulter le PS, CS ou l'hôpital par manque d'argent au cours des 12 derniers mois?				
- Oui	48,8	78,8	723	<0,000
Vous est-il arrivé de ne pas pouvoir acheter les médicaments prescrits au cours des 12 derniers mois?				
- Oui	47,5	77,5	710	<0,000
Vous est-il arrivé de ne pas pouvoir acheter les autres consommables médicaux prescrits au cours des 12 derniers mois?				
- Oui	47,0	77,4	708	<0,000
Vous est-il arrivé de vous endetter pour payer les consultations, médicaments et autres consommables médicaux au cours des 12 derniers mois?				
- Oui	58,1	78,7	742	<0,000

Les femmes du milieu urbain payent plus de coûts supplémentaires non justifiés (le double) que celles du milieu rural 33% versus 15% respectivement.

Au cours de l'année précédant l'enquête, les femmes du milieu rural ont eues plus de difficultés à consulter, acheter les médicaments par manque d'argent que leurs consœurs du milieu urbain $p < 0,0001$, elles se sont aussi plus endettées pour payer les soins 79% versus 58%, $p < 0,0001$.

Mutuelles

Tableau 30. Répartition des femmes selon qu'elles sont intéressées par l'adhésion à une mutuelle de santé ou non

Variable	Urbain %	Rural %	Total N	P
Etes vous intéressé pour adhérer à une mutuelle de santé ?				
- Oui	68,7	50,7	546	<0,001
Si oui, pour quels services de santé ?				
Accouchement				
- Oui	67,3	49,7	535	<0,000
Consultation CS ou PS				
- Oui	50,7	47,4	481	0,4
Chirurgie				
- Oui	50,2	47,1	478	0,6
Laboratoire				
- Oui	51,2	47,1	480	0,4
Consultation hôpital				
- Oui	51,2	46,9	478	0,4
Radiologie				
- Oui	50,7	47,3	480	0,5
Autres				
- Oui	49,8	45,3	463	0,4

Les femmes du milieu urbain sont de loin plus intéressées à adhérer à une mutuelle de santé que celles du milieu rural, 67% versus 51%, association très significative. Ce manque d'intérêt pour la mutuelle en milieu rural pourrait s'expliquer par le fait que les femmes rurales connaissent peu l'intérêt des mutuelles mais aussi par le fait du faible niveau socio-économique et éducatif ce qui fait que ces populations ont généralement un faible intérêt pour les soins.

6.11.3. Accessibilité socioculturelles et perception de la qualité des soins

Tableau 31. Comparaison de quelques variables de l'accessibilité socioculturelle et de qualité des soins selon le milieu

Question / variable	Urbain %	Rural %	Total N	P
Est-ce que le personnel du CS ou PS le plus proche comprend votre langue? - Oui	97,7	99,2	989	0,5
Est-ce que le personnel du CS ou PS le plus proche vous reçoit correctement habituellement?*				
- Oui	85,7	96,4	941	<0,000
Est-ce que le personnel du CS ou PS le plus proche vous consulte de façon intime (sans la présence d'autrui)? - Oui	85,3	95,4	932	<0,000
Est-ce que le personnel du CS ou PS le plus proche vous a écouté suffisamment au moment des consultations? - Oui	92,6	96,6	957	0,01
Est-ce que le personnel du CS ou PS le plus proche répond à vos questions de façon compréhensible? - Oui	92,6	96,9	960	0,009
Est-ce que le personnel du CS ou PS le plus proche vous explique clairement l'utilisation des médicaments prescrits lors des consultations ? - Oui	91,2	98,3	968	<0,000
Est-ce que le CS ou PS le plus proche dispose de toilettes publiques accessibles? - Oui	85,3	82,6	832	0,5
Globalement comment jugez-vous la qualité des soins du CS ou PS le plus proche? - Très bonne	42,9	56,8	538	0,01
- Satisfaisante	51,6	39,6	422	0,03
- médiocre	5,1	3,3	37	-
Comment jugez-vous la qualité de la consultation du CS ou PS le plus proche? - Très bonne	41,9	55,3	524	0,02
- Satisfaisante	53,5	40,4	432	0,02
- médiocre	4,1	4,2	42	-
Globalement comment jugez-vous la compétence du personnel du CS ou PS le plus proche? - Très bonne	43,3	54,8	523	0,03
- Satisfaisante	50,7	39,6	643	0,05
- médiocre	5,5	5,5	55	-
Globalement comment jugez-vous la propreté du CS ou PS le plus proche? - Très bonne	45,6	59,5	565	0,02
- Satisfaisante	38,7	34,6	355	0,5
- médiocre	15,2	5,5	76	0,2
Globalement comment jugez-vous les conditions d'attente au niveau du CS ou PS le plus proche?*				
- Très bonne	16,6	38,1	334	0,01
- Satisfaisante	53,5	47,1	485	0,3
- médiocre	28,1	13,8	169	0,02

*Si non, c'est le plus souvent les bénévoles 7% en ville et 1% en milieu rural, médecin 6% en ville, infirmier 5% versus 2% etc.

**Parmi les CS et PS qui disposent de salle d'attente soit 192 (88,5%) en milieu urbain versus 727 (92,8%) en rural.

Globalement les femmes du milieu rural sont plus satisfaites de l'accueil, de l'intimité de la consultation, de la qualité de l'écoute, de la qualité de la consultation, de la compétence du personnel etc. que celles du milieu urbain. Est-ce une réalité ? Ou un manque d'exigence et de connaissance des normes !

Tableau 32. Répartition des femmes selon le consultant

Question / variable	Urbain %	Rural %	Total n	P
Qui vous consulte habituellement ?				
- Médecin	22,1	11,1	135	0,08
- Sage femme	18,6	70,6	593	<0,000
- Infirmier (e)	56,7	16,7	254	<0,000
- Personnel auxiliaire	0,5	0,3	3	-
- autres	0,5	1,0	9	-

Les femmes sont plus consultées par une sage femme en milieu rural et par une infirmière en milieu urbain. Ce résultat ne colle pas à la réalité et peut s'expliquer tout simplement par le fait que les femmes ne distinguent pas entre sage femme et infirmière, à raison d'ailleurs, du fait que la couleur de la blouse n'est pas respectée.

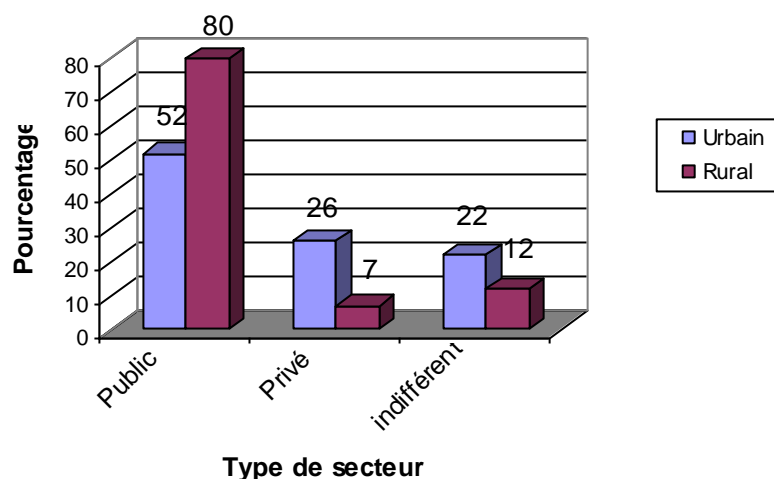
6.11.4. Utilisation des services SR

Tableau 33. Utilisation de quelques services SR selon le milieu

Question / variable	Urbain %	Rural %	Total N	P
Est-ce que vous utilisez actuellement une méthode contraceptive ?				
- Oui	6,5	5,4	56	-
Si non, connaissez-vous une méthode de contraception et laquelle ?				
- Non	71,4	59,0	617	0,008
- Abstinence	22,1	10,0	126	0,05
- Piqûres	6,5	31,0	257	-
Est-ce que votre dernier enfant est né dans un service de santé ?				
- Oui	73,3	33,5	421	<0,000
Si non pourquoi ?				
- Ne veux pas	9,2	25,5	220	-
- Eloignement du CS/PS difficultés de transport	5,6	26,1	216	-
- Première grossesse	1,4	0,5	7	-
- Absence de moyens	3,2	7,2	63	-
Est-ce que vous prévoyez dans l'avenir d'accoucher au niveau d'une structure de santé ?				
- Oui	89,9	69,5	739	<0,000
Si oui, qui préféreriez-vous qu'il vous assiste ?				
- sage femme	75,1	57,1	611	<0,000
- médecin (homme)	6,5	0,8	20	-
- médecin (femme)	4,6	0,3	12	-
- matrone	3,7	4,2	41	-
- infirmière	0,9	6,9	56	-
- infirmier	1,4	2,0	19	-
Si non, qui préférez-vous pour vous assister lors de l'accouchement à domicile ?				
- femme expérimentée, infirmière	2,8	23,1	187	-
- matrone formée	4,1	2,4	28	-

Les femmes du milieu urbain ont plus de deux fois accouchées en structure que celles du milieu rural. La préférence de l'assistance lors de l'accouchement va toujours aux sages femmes, plus en milieu urbain qu'en milieu rural 75% versus 57%. En milieu rural le motif de non accouchement en structure est quantitativement très important (59%) répartie en 25% qui ne veulent pas, 26% par cause d'éloignement et de difficultés de transport et 7% par manque de moyens.

Graphique 8. Préférence de la consultation selon le secteur par milieu



Les femmes du milieu rural préfèrent plus utiliser le secteur public 80% versus 52% et les femmes du milieu urbain celui du privé 26% versus 7%.

6.11.5. Utilisation d'autres services

Tableau 34. Utilisation des services de guérisseurs et marabout selon le milieu

Question / variable	Urbain %	Rural %	Total N	P
Est-ce que vous avez consulté les services d'un guérisseur au cours des 12 derniers mois				
- Oui	27,6	24,8	254	0,6
Est-ce que vous avez consulté les services d'un marabout au cours des 12 derniers mois				
- Oui	25,3	28,0	274	0,7

Les femmes du secteur urbain ont plus consulté les guérisseurs et celles du secteur rural les marabouts, résultats non significatifs.

6.11.6. Caractéristiques du logement, dépenses et biens possédés par le ménage

Tableau 35. Répartition des caractéristiques du logement, des dépenses et biens possédés par le ménage selon le secteur

Question / variable	Urbain %	Rural %	Total N	P
propriété du logement				
- propriétaire	88,9	97,7	958	<0,000
- locataire	5,5	0,8	18	-
- logée par employeur	5,1	0,8	17	-
Type d'habitat				
- Maison en ciment (toit en zinc)	11,1	2,9	47	-
- Maison en ciment (toit en béton)	37,3	3,4	108	-
- Maison en pierre	0,9	0,5	6	-
- Maison en argile	33,2	40,4	388	0,3
- Baraque	6,9	24,4	206	-
- Tente	3,2	6,8	60	-
- Autres habitat précaire	7,4	20,9	180	-
Source principale d'approvisionnement en eau potable				
- Robinet à domicile	38,7	16,1	210	<0,000
- Fontaine publique	2,3	3,7	34	-
- Citerne / revendeur d'eau	56,2	0,8	128	-
- Puits	2,8	76,3	595	-
- marre	0	3,5	27	-
Source principale d'éclairage				
- Réseau électricité	45,2	1,8	112	-
- Groupe électrogène	0,5	1,0	9	-
- Energie solaire	0,5	1,0	9	-
- Bougie	53,0	66,7	637	0,004
- Lampe	0,9	0,9	9	-
- Autres	0	28,0	219	-
Biens du ménage				
- Poste radio	62,7	43,8	479	<0,000
- Téléviseur	37,8	1,1	90	-
- Cuisinière	19,8	1,5	55	-
- Réfrigérateur	11,1	0,1	25	-
- Téléphone fixe	6,9	0,1	16	-
- Téléphone mobile	60,4	7,8	192	<0,000
- Véhicule	11,1	2,6	44	-
- Terres cultivables	22,6	64,0	550	<0,000

Les femmes sont plus propriétaires de leur logement au niveau du secteur rural qu'au niveau de l'urbain 98% versus 89%. L'eau du robinet et les revendeurs d'eau sont plus fréquents au niveau du secteur urbain tandis que l'eau du puit l'est plus au niveau du rural. L'électricité est plus fréquente en milieu urbain et la bougie en milieu rural. Tous les biens du ménage sont plus fréquents en urbain qu'en rural sauf les terres cultivables.

Comparaisons de moyennes

L'âge des femmes et le nombre d'enfants nés vivants, ne varie pas selon le milieu, en moyenne 27,4 ans et 3,4 enfants par femme. Comme on peut s'y attendre la distance parcourue est en moyenne beaucoup plus courte au niveau du milieu urbain 1,6 Km versus 10,7 Km, $p < 0,0001$.

Les femmes du milieu urbain font en moyenne plus de CPN que leurs consœurs du milieu rural 2,5 CPN versus 1,8 CPN, $p < 0,0001$, ce qui doit inciter les services de santé à plus de sensibilisation à l'intérêt de la CPN pour les femmes du milieu rural.

Tableau 36. Comparaison de moyennes de quelques variables quantitatives

Question / variable	Urbain Moyenne	Rural Moyenne	Total n	P
Coûts				
- Combien coûte le transport pour aller au CS ou PS le plus proche ?	64	112	995	0,2
- Autres coûts payés au niveau du CS/PS	1 123	432	995	<0,000
- A partir de quel montant avez vous des difficultés pour payer les dépenses de soins de santé chez un prestataire de soins ?	5 118	3 187	995	0,001
Mutuelles				
- Pour combien de personnes souhaitez-vous cotiser	2,0	2,0	995	0,9
- Quel montant seriez vous capable de cotiser par période indiquée précédemment et pour chaque personne	2 123	823	993	<0,000

Les femmes du milieu urbain payent trois fois plus de coûts supplémentaires que celles du milieu rural. Contre toutes attentes les femmes sont prêtes à consentir d'énormes efforts pour payer les soins, en effet elles sont prêtes à payer jusqu'à 5 118 Ouguiyas en milieu urbain versus 3 187 UM en milieu rural. Les femmes sont disposées à cotiser uniquement pour deux personnes aussi bien en milieu urbain que rural, pour un montant de 2 123 UM en milieu urbain versus 823 UM en milieu rural.

Tableau 37. Comparaison de moyennes de quelques variables relatives aux dépenses de soins du ménage (en Ouguiya)

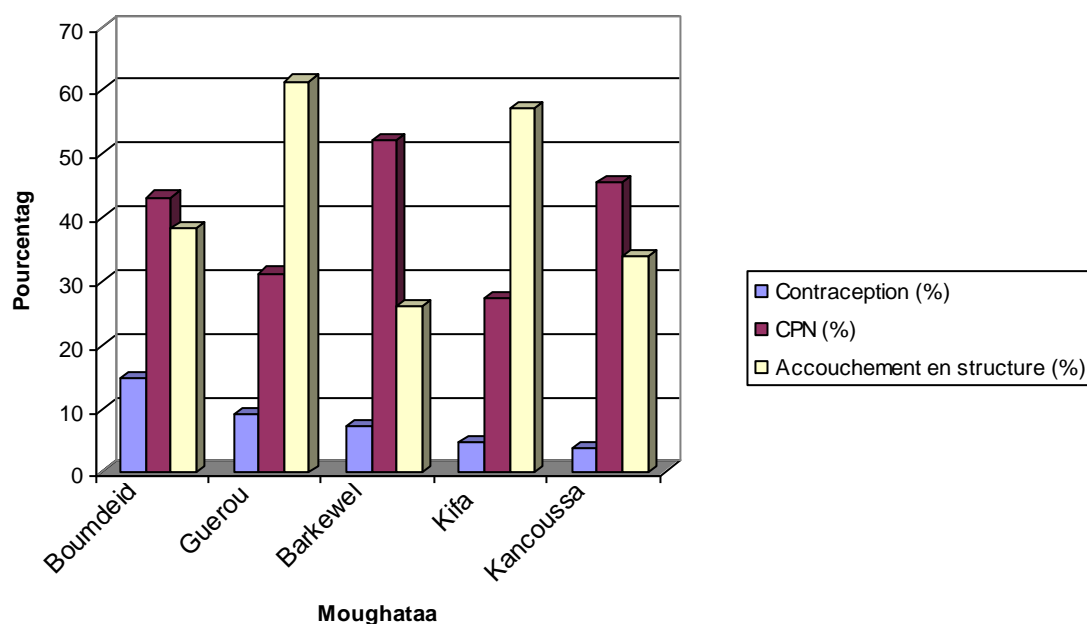
Question / variable	Urbain Moyenne	Rural Moyenne	Total N	P
- Dépenses de santé au cours des 3 derniers mois (frais de consultation)	1 801	550	1000	0,008
- Dépenses de santé au cours des 3 derniers mois (médicaments & analyses)	11 971	6 721	1000	<0,000
- Dépenses de santé au cours des 3 derniers mois (frais de transport)	1 670	1 090	1000	0,07
- Dépenses de santé au cours des 3 derniers mois (autres dépenses de santé)	546	275	1000	0,1
- En moyenne, à combien estimer vous la dépense quotidienne de votre ménage en nourriture ?	1 479	1 115	997	<0,000

Globalement les dépenses de santé sont très importantes au cours du dernier trimestre, mais elles le sont plus au niveau du milieu urbain que rural. Les dépenses en médicaments et examens complémentaires sont particulièrement très importantes. Ce qui attire l'attention encore une fois de plus c'est l'importance des dépenses pour la consultation alors qu'elle est sensée être gratuite au premier niveau.

Tableau 38. Comparaison de l'utilisation de la contraception selon la Moughataa

Moughataa	Utilise contraception %	CPN lors de la grossesse antérieure %	Dernier accouchement en structure %
Boumdeïd	14,7	43,2	38,2
Guerou	9,2	31,2	61,4
Barkéwel	7,3	52,0	26,0
Kiffa	4,7	27,2	57,1
Kankoussa	3,7	45,6	34,0
Total	6,1	39,8	43,4

Graphique 9. Utilisation des services de santé SR selon la Moughataa



Contrairement aux indicateurs de la DRPSS, 15% des femmes de la Moughataa de Boumdeïd utilisent la contraception contre 9% à Guerou et seulement 3% et 4% respectivement à Kankoussa et Kiffa, ces résultats sont à prendre avec précaution, à cause du nombre limité de cas.

La prévalence contraceptive totale (6,1%) est de loin supérieure aux chiffres avancés par la DRPSS de l'Assaba pour l'année 2004. Une explication possible est que les données sur la prévalence contraceptive au niveau de la DRPSS sont celles du SNIS et donc concernent surtout les femmes qui consultent dans les structures publiques.

Le pourcentage des CPN lors de la grossesse antérieure dépasse les 40% dans les Moughataas de Barkéwel, Kankoussa et Boumdeïd, alors qu'il n'est que de 27% à Kiffa et 31% à Guerou. Cependant, pour les

accouchements au niveau des structures Guerou vient en première position 61% suivi de Kiffa 57%, tandis qu'il n'atteint pas les 40% dans les autres Moughataas.

Par contre les résultats de la CPN et de l'accouchement assisté sont parfois inattendus, comme les accouchements assistés qui sont le double de la couverture en CPN à Guerou et Kiffa, alors que c'est l'inverse dans la littérature, l'explication reste à trouver, peut être au cours d'une recherche opérationnelle ou action au niveau des deux villes.

6.11. Principales causes de la non utilisation des services de SR

Les femmes sont le plus souvent conscientes de l'importance de l'utilisation des services de SR, mais sont dissuadées au moment de la décision par plusieurs facteurs, elles mentionnent en particulier comme principales causes de non utilisation des services SR :

- Le fait qu'elles ne sont pas conscientes de l'utilité de la consultation **s** prénatale, la contraception et l'accouchement assisté ;
- L'importance des coûts à payer pour le transport, la consultation, les médicaments et consommables, les examens complémentaires, etc. ;
- L'éloignement des services de santé en particulier au niveau du milieu rural ;
- Barrières socio culturelles comme le mauvais accueil, le manque de communication etc.

Qualité des soins délivrés

Le personnel de santé le plus souvent accomplit les tâches techniques correctement, mais néglige d'autres aspects très importants aux yeux des femmes comme l'empathie, l'intimité/confidentialité, la communication, la connaissance des particularités culturelles des femmes, le temps passé avec la patiente.

6.11.1. Principaux facteurs de risque de l'utilisation de la contraception

Le taux d'utilisation de la contraception augmente régulièrement avec le niveau d'instruction 4,9% chez les femmes sans aucun niveau, 5,4% chez les femmes qui savent lire et écrire, 9,0% chez celles du primaire, 9,4% chez les femmes du secondaire et 33,3% chez les femmes ayant un enseignement universitaire.⁹ Quant à la profession le taux d'utilisation de la contraception est irrégulier, le maximum est de 10,5% chez les femmes au chômage, 6,4% chez les femmes au foyer et 3,1% chez celles qui ont une occupation.

Chez les femmes qui utilisent une méthode contraceptive seules 20% acceptent d'être assistées par du personnel de santé de sexe masculin, 45% seulement en cas de nécessité et 36% refusent cette assistance.

Parmi les femmes qui n'utilisent pas la contraception 74% n'ont pas pu consulter le PS, CS ou l'hôpital par manque d'argent au cours des 12 derniers mois, 73% n'ont pas pu acheter les médicaments et autres consommables, 75% se sont endettées pour payer la consultation, les médicaments et autres consommables.

L'utilisation de la contraception est influencée négativement par les mauvaises conditions socioéconomiques, du simple au double, résultats statistiquement significatifs.

Partout l'utilisation de la contraception est plus importante chez les femmes qui possèdent des biens, tels que le téléphone portable, mais les chiffres sont faibles.

Les femmes qui utilisent la contraception dépensent plus de trois fois en santé que celles ne l'utilisant pas, ce

⁹ Ces données sont à interpréter avec précaution car le nombre de cas est faible.

qui est un indicateur de bonnes conditions socio- économiques.

L'utilisation de la consultation prénatale favorise l'utilisation de la contraception, en moyenne 2,7 CPN chez les femmes qui utilisent la contraception versus 2,0 CPN chez celle qui ne l'utilisent pas.

6.11.2. Principaux facteurs de risque de l'utilisation de la consultation prénatale

Parmi les femmes qui n'ont pas utilisées la CPN, 68% n'ont pas pu consulter par manque d'argent au cours des 12 derniers mois et 74% se sont endettées pour consulter ou acheter les médicaments et consommables au cours de la dernière année.

La CPN contrairement à toutes attentes n'est pas influencée par le niveau d'instruction, ni l'occupation.

Parmi les femmes qui ont fait une CPN 46% sont catégoriquement contre la consultation d'un personnel masculin versus 27% parmi celles qui n'en ont pas fait.

Parmi les femmes qui n'ont pas utilisées la CPN, 47% et 53% pensent que les médicaments et examens de laboratoires respectivement sont très chers.

Si la quasi-totalité des femmes est satisfaite de la qualité de l'accueil et de la consultation, seules 44% jugent la qualité des soins et la compétence du personnel très bonne.

Les biens possédés par le ménage ne jouent pas un rôle dans l'utilisation de la CPN, au contraire les femmes qui ne possèdent pas de bien utilisent plus la CPN, cause ou biais à explorer.

6.11.3. Principaux facteurs de risque de l'accouchement en structures de santé

La décision de ne pas accoucher en structure nous interpelle sur plusieurs plans, notamment en ce qui concerne la qualité et l'humanité des soins offerts. En effet, il est très facile de faire porter les femmes la responsabilité de ne pas accoucher en structure du fait de l'ignorance, des conditions socio-économiques et culturelles. Il est démontré que des services de qualité sont très utilisés par les femmes même à des distances importantes et à des coûts au dessus de leurs moyens, étant donné l'importance que les femmes accordent à leur santé mais surtout à celle de leur progéniture.

Cette enquête ne peut pas malheureusement répondre à toutes ces questions, mais elle nous éclaire quand même sur des points importants sur la question très complexe de l'utilisation des services de la SR.

Ainsi il ressort que les femmes qui n'accouchent pas au niveau des structures sont plus souvent sans instruction 53% versus 32% et celles qui ont accouchées au niveau des structures de santé sont majoritairement de niveau éducatif primaire, secondaire et supérieur.

Les femmes qui ont accouchées à domicile pensent plus souvent que l'accouchement en structure ne sert à rien (20%) contre (2%) et, celles qui ont accouchées au niveau des structures de santé pensent plus que l'accouchement en structure est utile pour la santé de la mère et celle de l'enfant.

Les femmes qui ont accouchées à domicile tolèrent moins l'assistance du personnel masculin lors de l'accouchement 39% contre 30%.

Les femmes qui ont accouchées à domicile ont plus eu des problèmes pour consulter, acheter les médicaments et consommables que celles qui ont accouchées en structures 82% versus 61%.

Les femmes qui ont accouchée au niveau d'une structure de santé désirent accoucher la prochaine fois en services de santé 99% versus 56% et désirent deux fois plus être assistées par une sage femme que celles qui ont accouchées à domicile.

Les femmes qui ont accouchée au niveau d'une structure de santé ont fait plus de CPN lors de la dernière grossesse 2,9 CPN versus 1,3 CPN par femmes.

Les femmes qui possèdent, des biens indicateurs, de richesse tels que les véhicules à moteurs accouchent deux fois plus en structures que celles n'en possédant pas 88% versus 41%, ce résultat est valable pour les autres biens du ménage : poste radio 55% versus 37%, téléviseurs 91% versus 41% téléphone 85% versus 34% seules la possession de terres cultivables fait exception 29% versus 62% qui n'accouchent pas en structure, le biais ici est très clair, il s'agit en fait des habitantes du milieu rural avec toutes les variables socio-économiques qui leur sont propres.

L'accouchement en structures est indispensable car la majorité des complications se passent au moment de l'accouchement et dans le post partum immédiat.

Les principales causes de sous utilisation des accouchements assistés sont démontrées par la présente enquête :

- L'accessibilité financière : elle constitue une entrave à l'utilisation des services de santé et décourage les parturientes de faire recours à ces services (premier retard).
- L'accessibilité physique, les distances, les moyens de transport, sont cause du deuxième retard, celui d'accéder aux services de santé SR, une fois la décision d'utilisation prise.
- L'accessibilité socioculturelle est cause du premier retard, celui de décider d'utiliser les services de santé SR.

7. Recommandations

Sur la base des résultats obtenus par cette étude, les recommandations suivantes peuvent être proposées pour faire face aux insuffisances qui sont à la base du faible niveau d'utilisation des services SR.

7.1. Recommandations générales

Il faudrait avant de se demander pourquoi les femmes n'utilisent pas les services de SR, leurs offrir, à tous les niveaux, des services de santé maternels intégrés, qui selon le niveau doivent délivrer un paquet minimum d'activités (PMA) incluant la CPN (traitement de l'anémie, la vaccination anti tétanique, le dépistage des maladies chroniques comme l'HTA, la supplémentation en fer, la chimio prophylaxie du paludisme, la sensibilisation etc.) ; les accouchements normaux, les soins du post partum, les services de base d'espacement des naissances et autres services SR tels que la détection et le traitement des infections gynéco obstétriques etc.

En particulier il faudrait :

- Améliorer l'accessibilité financière par la rationalisation des prescriptions des médicaments et des examens complémentaires, mais aussi par la mise en place de mécanismes adaptés de partage de risques, plusieurs modèles existent et ont fait leurs preuves ailleurs, mais une réflexion approfondie est indispensable pour trouver la meilleure approche.
- Améliorer la qualité des soins, pour le moment, il est plus pertinent d'améliorer la qualité plutôt que d'étendre la couverture sanitaire, exception faite pour les équipes mobiles de SR à destination des populations hors couverture sanitaire.
- Améliorer l'accessibilité socioculturelle par la communication et l'empathie.
- Affecter le personnel féminin au niveau des maternités du CHK, des CS et PS.
- Instaurer la pratique de l'audit médical afin de garantir la qualité des soins et la rigueur dans le travail. Cette technique se fondera sur l'évaluation de la qualité des soins médicaux, y compris l'analyse des procédures diagnostiques et thérapeutiques, de l'utilisation des ressources, des résultats et de la qualité de vie des patients à la fin de la prise en charge ; une porte d'entrée intéressante serait la mise en place de l'audit des décès maternels au niveau du Centre Hospitalier de Kiffa ;
- Mettre en place, au niveau du Centre Hospitalier et des centres de santé, un dispositif d'accueil, d'orientation et de suivi de la patiente depuis son entrée jusqu'à sa sortie de la structure ;
- Mettre les patientes à l'aise pendant le temps qu'ils passent au niveau de la structure, notamment par la disponibilité de salles d'attentes et de toilettes.

7.2. Recommandations pour l'amélioration de l'utilisation des accouchements assistés

La santé coûte chère pour toute la population, mais particulièrement pour les populations à faibles revenus, l'Etat doit intervenir pour faciliter l'accès aux soins en particulier en mettant en place un système de prise en charge pour favoriser l'accès aux soins des populations à faible revenu (mutuelle, refonte du système de sécurité sociale, paiement par épisode plutôt qu'à l'acte, etc.), en attendant, trouver des solutions provisoires de prise en charge des indigents ;

Recruter et affecter du personnel féminin dans les services de la SR afin de gagner la confiance des femmes et les attirer d'avantage pour être assistées lors de l'accouchement.

Améliorer les conditions d'accouchement, en particulier la communication et l'humanisation des soins.

Sensibilisation des populations sur les vertus et l'importance de l'accouchement assisté pour la santé de la mère et de l'enfant.

Recherche de solution pour le transport communautaire des urgences obstétricales (de la périphérie vers le centres de références).

7.3. Recommandations pour l'amélioration de l'utilisation de la consultation prénatale

La meilleure incitation à l'utilisation de la CPN est l'organisation de CPN de qualité. La CPN est un excellent moment de communication avec les femmes qu'il faut utiliser pour leur sensibilisation à l'importance du suivi de la grossesse pour la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi à l'utilité de l'accouchement en structure et le suivi post natal.

7.4. Recommandations pour l'amélioration de l'utilisation de l'espacement des naissances

Sensibilisation de la population à l'importance de l'espacement des naissances, un intervalle inter gènesique plus long se répercute positivement sur la santé de la mère et de l'enfant. Cette sensibilisation doit mettre l'accent sur les femmes du milieu rural, qui connaissent mal l'existence de méthodes contraceptives et qui font le plus d'enfants.

Elaboration de matériel de sensibilisation pertinent et facile à comprendre par les personnes d'un niveau éducatif faible.

Le personnel affecté aux activités d'espacement des naissances doit être en premier lieu convaincu de son utilité.

Assurer une disponibilité permanente des contraceptifs de qualité.

7.5. Mettre en place un dispositif de suivi-évaluation

Le dispositif de suivi-évaluation est très important dans l'amélioration de la qualité des soins et indispensable aux décideurs pour les activités de planification et de prise de décision. Une réflexion plus approfondie devrait être faite sur ce sujet, notamment en relation avec l'actuelle réforme pilote du SNIS au niveau de la DRPSS. En tout cas le système devrait prendre en compte les aspects suivants :

7.5.1. Le suivi

La mise en place d'un système de suivi au niveau de la DRPSS (Moughataas et hôpital) devrait être agencée comme suit :

- Mise en place de dossiers et fiches prenant en considération les aspects les plus importants dans le suivi régulier de l'évolution des actions.
- Formation du personnel : cette formation sera de deux types 1) la formation au remplissage correct des dossiers et fiches 2) la formation sur la saisie et l'exploitation des données.
- La définition des indicateurs pertinents par niveau et dans le temps (périodicité).

7.5.2. L'évaluation

L'évaluation peut être interne ou externe. L'évaluation interne se fait de façon plus rapprochée par exemple tous les trimestres ou tous les ans. Elle peut être réalisée par la DRPSS ou l'Hôpital et même par la Moughataa, elle est plutôt participative.

L'évaluation externe doit être faite de façon plus espacée tous les deux ou trois ans et nécessite un évaluateur externe indépendant.

Pour mettre toutes les chances de réussite de son côté, l'évaluation a besoin d'un certain nombre de conditions de base, par exemple des indicateurs (indicateurs de performance, d'impact...), prédéterminés et mesurés lors d'une évaluation ex ante de préférence, afin de mesurer les performances et les impacts des actions entreprises au niveau de la DRPSS.

8. Conclusion

Il est important de préciser que cette étude n'a concerné qu'une partie des déterminants de l'utilisation des services de SR, le principal déterminant de l'utilisation des services de santé étant la disponibilité de ces services selon les normes, leurs qualités et surtout leurs relations empathiques avec la population.

Néanmoins, cette enquête a permis d'obtenir des résultats inédits, en particulier pour la première fois les coûts de soins SR sont connus et semblent être au delà des moyens d'une bonne partie de la population.

Pour la première fois les femmes ont donné leurs points de vue sur les services de la santé, et elles ont insisté sur quelques aspects importants selon leur point de vue comme, l'accueil, la consultation intime, la consultation par du personnel féminin etc.

Cette enquête a donné aussi des chiffres précis sur la couverture en CPN, en accouchements assistés et le taux d'utilisation de la contraception moderne, ces indicateurs sont connus maintenant avec une précision statistiquement significative.

Cette étude a permis également de connaître avec précision le profil des femmes de la Wilaya de l'Assaba.

Les femmes sont quand même disposées à payer des coûts importants pour se faire traiter et même elles sont disposées à adhérer à des mutuelles de santé.

Elle a permis aussi de connaître les principales causes de non utilisation des services SR en Assaba. Il s'agit en particulier :

- Des coûts élevés des prestations par rapport aux revenus des ménages ;
- De la distance à parcourir pour atteindre les services de santé qui est importante en milieu rural ;
- Du manque d'empathie ;
- Du manque de connaissance de l'intérêt de certains services comme la CPN, la contraception et l'accouchement assisté, sur la santé de la mère et l'enfant.

Cependant d'autres facteurs restent inconnus, par exemple pourquoi les femmes qui ont l'intention d'accoucher au niveau des structures ne le font pas toutes ? Pourquoi les femmes qui ont fait des CPN n'accouchent pas au niveau des services de santé ? Etc.

Cette enquête doit être la première d'une série d'enquêtes indispensables pour mieux cerner les différents aspects de la sous utilisation des services de SR, en particulier :

1. Au niveau des services de santé

Etude de la qualité des soins, du profil des RH, du PMA par niveau, de l'organisation de travail, de l'adaptabilité des horaires de services à la majorité de la population, de l'empathie etc.

2. Au niveau de la population

Etude de la perception des leaders d'opinions, en particulier les religieux, des personnes influentes sur la décision de recourir aux soins (mari, belle mère etc.), des enquêtes socio-entropologiques.

Etudier de façon spécifique le lien entre les coûts de la santé et la pauvreté, les coûts élevés de certains aspects de la santé sont source d'appauvrissement (interventions chirurgicales, traitement des maladies

chroniques etc.)

9. Bibliographie

1. Enquête Démographique et de Santé : Mauritanie 2000-2001, ONS, ORC Macro.
2. Ould El Joud Dahada, Bouvier-Colle M-H. Dystocia a study of its frequency and risk factors in seven cities of West Africa, 74(2) 171-178, Int J Gynecol Obstet, 2001.
3. Prual A, de Bernis L, Ould El Joud D. Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique sub-saharienne. J Gynecol Biol Reprod 31 : 90-99, 2002.
4. Chandramohan D, Cutts F, Chandraa R. Effects of maternity Waiting home on adverse maternal outcomes and validity of antenatal risk screening. Int J Gynecol Obstet 46 : 279-284, 1994.
5. accueil Résultats de l'enquête sur les soins obstétricaux d'urgence en Mauritanie, 2004.
6. Deborah Howard. Aspects of maternal morbidity: the experience of les developed countries. Advances in International maternal and child health 7: 1-35, 1987.
7. OMS. Le dossier mère -enfant: guide pour une maternité sans risqué, Genève, 1996.
8. Conférence régionale sur la Maternité Sans Risque pour l'Afrique francophone au sud du Sahara, Niamey, République du Niger 30 janvier au 03 février 1989.
9. MSAS/PNSR. Plan Stratégique 2003-2007, mai 2003.
10. MAED, sous utilisation Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2000.
11. Jagdish C. et al. Obstetric morbidity in south India : results from a community survey. Soc Sci med 43 (10) 1996, 1507-1516.
12. Annuaire Statistiques 2003, Service Statistiques, DPCS, MSAS.
13. Mauritania: Focusing Public Expenditure on growth and poverty reduction. Public expenditure review. 25 June 2004, document of the World Bank.
14. Rapport annuel de la DRPSS de l'Assaba en 2004, le DRPSS, 2005.

10. Annexes

Annexe 1 Répartition des femmes enquêtées selon la localité

Localité	Fréquence	Pourcentage
Barkewel	26	2,6
Bousreiweil	59	5,9
Ambaye	35	3,5
Egdem Bellahi	69	6,9
Rag Edebay Lakhdar	57	5,7
Boumdeïd	18	1,8
Leghdeyem	3	0,3
Taslah	16	1,6
Guerou	71	7,1
Oueid Rakhme	10	1,0
Bameira	46	4,6
N'takat	11	1,1
Kankoussa	148	14,8
Teissir	24	2,4
Bedne	13	1,3
Hamed El Bousta	11	1,1
Hamed Elbousta	54	5,4
Kiffa	146	14,6
Oum El Kirane	131	13,1
Guayda	20	2,0
Neiznaze	32	3,2
Total	1000	100,0

Annexe 2 Répartition du personnel de la DRPSS*

Corps	Effectif
Médecins de santé publique	2
Médecins spécialistes cliniciens	8 dont 5 étrangers :
- Pédiatre	1
- Chirurgien	3
- Gynécologue obstétricien	2
- Anesthésiste	1
- Ophtalmo-ORL	1
Médecins généralistes	9 dont 1 étranger
Pharmaciens	2
Chirurgiens dentistes	1
Techniciens supérieurs de santé (TSS) (radio, biologie, anesthésiste - réanimateur, etc.)	16
Sages femmes	11
Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE)	44
Assistant Social (AS)	1
Infirmiers médico-sociaux (IMS)	33
Aides infirmiers	9
Accoucheuses auxiliaires (AA)	33
Auxiliaires nutritionnistes	8
Statisticien	1
Technicien bio – médical	1
Garçons de salle/Filles de salle (GS/FS)	12
Gestionnaire	2
Personnel de soutien	4
Personnel temporaire (chauffeurs et gardiens)	12
Total	220