

## Au Sénégal, atteindre une structure de santé est souvent le premier obstacle pour les femmes qui accouchent – mais ce n’est pas toujours le dernier

**Auteurs: Dr Francesca Cavallaro et Dr Kerry Wong**

Veillez cliquer [ici](#) pour la version anglaise.



*Une femme et son nouveau-né dans la maternité du poste de santé de Bicole, dans le centre-ouest du Sénégal. Photo: Arne Hoel / World Bank*

Le 3 janvier 2020, un jour après la publication de la circulaire du Ministre de la Santé et de l’Action Sociale sur la prise en charge des urgences, une [femme est décédée](#) pendant son transport urgent vers l’hôpital.

Madeleine Ngom a donné naissance à des jumeaux dans le poste de santé de Sanghé après un accouchement sans complications. Peu longtemps après, elle a commencé à avoir des vertiges et à saigner abondamment. Elle a été référée urgemment à l’hôpital régional, situé à moins de 15 kilomètres de là dans la capitale régionale de Thiès.

Ce qui aurait dû être un trajet simple et rapide pour lui sauver la vie s’est avéré être le contraire.

L’ambulance du poste de santé n’était pas disponible parce que le gérant était absent de la structure. Même si elle avait été disponible, la famille n’avait pas les moyens de fournir les 10.000 CFA (environ

15 euros) nécessaires pour pouvoir l'utiliser. Le véhicule de la mission catholique a été prêté pour transporter Madeleine ; lorsque celui-ci tombe en panne, on l'a déplacée dans une seconde voiture, qui elle aussi tombe en panne. Peu longtemps après, le véhicule se retrouve dans les embouteillages en arrivant à Thiès – sans sirène d'ambulance, ils n'ont pas pu se frayer un chemin. Elle est décédée avant d'atteindre l'hôpital.

L'histoire de Madeleine n'est pas un cas isolé, elle illustre beaucoup des obstacles auxquels sont confrontées les femmes qui accouchent dans les zones rurales du Sénégal. Et elle souligne aussi le besoin urgent de changement.

### **Amener plus de naissances dans les établissements de santé – mais les structures de soins primaires sont-elles suffisantes ?**

L'accès aux soins pendant l'accouchement a augmenté ces dernières décennies en Afrique sub-Saharienne. Au Sénégal, le pourcentage de naissances qui ont lieu dans les structures de santé a augmenté de 47% en 1992 à 80% en 2016. Ceci est une réussite impressionnante, compte tenu du fait qu'elle correspond à un triplement du nombre absolu de naissances prises en charge par le système de santé sous-financé.

Les postes de santé comme celui où Madeleine a accouché sont des petits établissements de santé généralement pourvus d'un.e infirmier.e chef de poste et d'une sage-femme. Comme d'autres pays de la région, le Sénégal a encouragé les femmes à accoucher dans ces structures de soins primaires, gérées par le Ministère de la Santé. Cette politique semble avoir fonctionné : au Sénégal, l'augmentation des accouchements dans les structures au cours de 25 dernières années résulte principalement d'une augmentation parmi les postes de santé, où ont lieu aujourd'hui la moitié des accouchements en structure sanitaire.



*Le poste de santé de Carabane, dans le sud-ouest du Sénégal. Photo: Ji-Elle / Domaine public*

Mais les postes de santé ne sont pas une solution parfaite. Notre [étude récente](#) montre qu'en milieu rural, 30% d'entre eux n'ont pas de sage-femme. La plupart des postes ne sont pas en capacité de fournir la gamme complète des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (par exemple, les antibiotiques pour traiter les infections). Pour les femmes qui développent des complications au moment de l'accouchement et ont besoin de soins plus avancés – comme une césarienne ou transfusion sanguine – atteindre ces structures de soins primaires est donc seulement le premier obstacle.

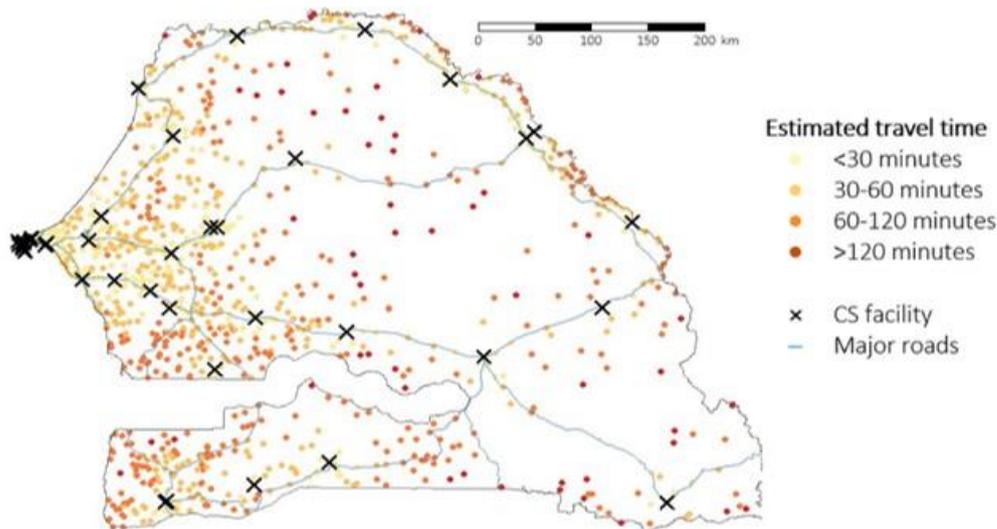
Les difficultés de transport vers un hôpital pour les femmes référées sont en partie dues au manque d'ambulances. Seuls 62% des postes de santé ont accès à un véhicule sur place ou autre part (qui prendrait du temps à arriver) – lorsque ceux-ci ne sont pas disponibles, les familles doivent généralement avoir recours aux moyens de transport informels, comme le véhicule de la mission catholique et le véhicule privé qui ont transporté Madeleine. De plus, le voyage vers l'hôpital lui-même peut prendre longtemps à cause de la distance, la circulation, et le mauvais état des routes.

### **Cartographier le problème**

Dans notre étude, nous voulions savoir combien de temps cela prendrait pour une femme développant des complications dans une structure de soins primaires pour atteindre un hôpital. Nous avons premièrement identifié les 40 établissements de santé au Sénégal (hôpitaux et centres de santé) réalisant des césariennes en novembre 2018. La carte ci-dessous montre que celles-ci sont concentrées dans l'ouest du pays, dans des centres urbains densément peuplés. Par exemple, la capitale Dakar, qui comprend 25% de la population sénégalaise, recueille 12 des 40 structures réalisant des césariennes. Dans les régions rurales comportant presque 50% de la population, les femmes sont confrontées à des distances beaucoup plus longues pour atteindre une structure où elles peuvent recevoir une césarienne.

Nous avons ensuite utilisé [Open Street Map](#) (un programme similaire à Google Maps) pour identifier le temps de transport minimum depuis chaque structure de soins primaires jusqu'à la structure la plus proche réalisant des césariennes. Nos résultats montrent que la moitié des structures rurales sont situées à plus de 47 minutes en voiture de la structure pratiquant des césariennes la plus proche, et 37% à plus d'une heure de trajet. Dans la carte ci-dessous, on voit que les structures de soins primaires en régions rurales et celles se situant loin des axes routiers principaux ont un temps de transport particulièrement long.

Cartographier les services de santé comme nous l'avons fait ici peut aider à identifier les femmes qui habitent dans des zones dépourvues d'accès aux soins. Résoudre ce problème est critique pour réduire le nombre disproportionnel de décès de femmes et d'enfants provenant de ces zones rurales éloignées.



**Carte: Temps de transport minimum depuis les structures de santé périphériques vers les structures réalisant les césariennes au Sénégal** – Source: <https://gh.bmj.com/content/5/3/e001915>

*Les croix (CS facility) montrent les structures de santé ayant la capacité de réaliser des césariennes; les points montrent les structures de santé périphériques selon le temps de transport minimum en voiture jusqu'à la structure réalisant des césariennes la plus proche.*

### **Le temps presse pour les femmes et leurs bébés**

Nos estimations du temps de transport sont les scénarii les plus optimistes : elles ne prennent pas en compte la circulation, les vitesses réduites la nuit, ou les inondations saisonnières. Elles ne comprennent pas le temps nécessaire pour appeler l'ambulance et pour qu'elle arrive pour les structures n'ayant pas d'ambulance sur place. Il n'existe pas de directives sur le temps maximum de transport pour les références obstétricales d'urgence d'une structure de santé vers une autre, mais les associations d'obstétriciens au Royaume Uni et Etats-Unis recommandent un [maximum de 30 minutes](#) entre le diagnostic de souffrance fœtale (lorsque le bébé souffre d'un manque d'oxygène) et l'accouchement par césarienne. Cet objectif est inatteignable pour la grande majorité des femmes accouchant dans les postes de santé en milieu rural au Sénégal.

Autrement dit – les temps de transport entre structures de santé dans ces zones peuvent mettre en danger la vie des femmes et de leurs bébés.

Les femmes en milieu rural, qui doivent déjà surmonter des temps de transport plus longs pour atteindre les structures de soins primaires, font ensuite aussi face à des temps de transport plus longs vers les structures de référence lorsqu'elles ont besoin de chirurgie ou de transfusions sanguines.

"Je ne doute pas de l'utilité des résultats, qui apportent une nouvelle perspective à notre vision de la santé maternelle au Sénégal, explique Dr Dioukhane, co-auteur de l'étude et ancien Médecin Chef de District dans deux régions rurales pendant 10 ans. La décentralisation mise en place par le Ministère de la Santé a rendu disponibles des services dans les zones rurales, mais sans reconnaître les différents contextes de ces régions. Il est évident que, pour vraiment rendre les services accessibles aux populations, il faut aussi des investissements dans les infrastructures en dehors du système de santé - notamment le réseau routier et la disponibilité des ambulances."



*Une ambulance sans roues dans le Nord-Est du Sénégal. Bien que les ambulances soient parfois présentes, dans certaines structures de santé rurales le manque de budget pour leur entretien les rend inutilisable. Photo: Adama Diop / Public domain*

### **Amener les gens vers les services ou rapprocher les services des gens ?**

Que peut-on faire pour surmonter le problème de la distance dans les milieux ruraux du Sénégal et d'autres pays ? Les gouvernements peuvent soit rapprocher les services des populations, ou amener les gens vers les services de manière plus efficace. Jusqu'à présent, le Sénégal a choisi la première approche en encourageant les femmes à accoucher dans les structures de soins primaires telles que les postes de santé. Néanmoins, si ces structures n'ont pas la capacité de fournir la gamme complète des soins obstétricaux et néonataux d'urgences basiques, ceci pourrait ne pas avoir d'effet important sur la mortalité maternelle. En cas de complications, beaucoup de ces structures sont toujours trop loin des hôpitaux pour que les femmes ayant besoin de césariennes ou de transfusions reçoivent ces soins en temps voulu.

Plusieurs stratégies innovantes pour amener les gens vers les structures (la seconde approche) ont été essayées dans d'autres pays : les [maisons d'attente de maternité](#) permettent aux femmes de rester près de l'hôpital vers leur date prévue d'accouchement pour éviter d'avoir à réaliser le trajet en urgence, et le [partage d'ambulances](#) peut aider à couvrir de plus grandes zones avec les ressources limitées disponibles. Dans les pays riches avec des grandes zones rurales, tel que le Canada et l'Australie, des moyens coûteux comme les [ambulances aériennes](#) sont utilisés, mais d'autres leçons peuvent être utiles dans les contextes africains. Que ce soit pour rapprocher les gens des services ou les services des gens, une amélioration importante des réseaux routiers et de la disponibilité des ambulances est nécessaire.

Résoudre le problème de fournir des soins de qualité pendant l'accouchement en zones rurales nécessitera des stratégies adaptées à chaque région du pays. D'important progrès en termes de réduction en mortalité maternelle ont eu lieu au Sénégal sous la direction du Ministère de la Santé ;

nous devons maintenant nous concentrer sur les zones délaissées afin de prévenir les décès évitables comme celui de Madeleine, et d'accélérer les réductions en matière de décès maternels et néonataux.

**[Vous pouvez lire l'article de recherche original ici.](#)**