



Mémoire
Présentée par
NAMORO Rakiatou

UNIVERSITE DE LOME
DEPARTEMENT DE
GEOGRAPHIE

**INFRASTRUCTURES SANITAIRES ET
RECOURS AUX SOINS DE SANTE CHEZ
LES FEMMES ENCEINTES EN AFRIQUE
SUBSAHARIENNE : APPROCHE
BIBLIOGRAPHIQUE**

ANNEE ACADEMIQUE : 2007-2008

UNIVERSITE DE LOME



FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES
(FLESH)

DEPARTEMENT DE GEOGRAPHIE

FORMATION DOCTORALE

« SOCIETE-ENVIRONNEMENT-AMENAGEMENT »

**INFRASTRUCTURES SANITAIRES ET RECOURS AUX SOINS DE SANTE
CHEZ LES FEMMES ENCEINTES EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE :
APPROCHE BIBLIOGRAPHIQUE.**

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES APPROFONDIES
(DEA)

OPTION : GEOGRAPHIE DE LA SANTE

Présenté et soutenu par :

NAMORO Rakiatou

Sous la Direction de :

Pr.Koffi A. AKIBODE

Département de Géographie

ANNEE ACADEMIQUE : 2007-2008

ANNEE ACADEMIQUE : 2007-2008

SOMMAIRE

DEDICACE.....

REMERCIEMENTS.....

LISTE DES SIGLES UTILISES.....

RESUME.....

INTRODUCTION GENERALE.....

Première partie : BIBLIOGRAPHIE SIGNALETIQUE ET ANALYTIQUE

Chapitre 1 : BIBLIOGRAPHIE SIGNALETIQUE

1.1 Ouvrage d'intérêt méthodologique

1.2 Généralités sur la santé, les maladies, la pauvreté et le développement.....

1.3 Recours et prestations des soins de santé.....

1.4 Femmes – pauvreté –santé.....

1.5 Santé – développement.....

1.6 Infrastructures et structures sanitaires.....

1.7 Travaux consacrés à la ville de Lomé.....

Chapitre 2 : BIBLIOGRAPHIE ANALYTIQUE.....

2.1 Démarche méthodologique et épistémologique.....

2.2 Pluralité des maladies et recours aux centres de santé modernes.....

2.3 Inégale répartition des infrastructures sanitaires et l perception des
services de santé.....

2.4 Mortalité maternelle : déterminants et conséquences.....

Deuxième partie : SYNTHESE ET ANALYSE THEMATIQUE DE
LA BIBLIOGRAPHIE.....

Chapitre 3 : FEMMES, PAUVRETE ET SANTE

3.1 Définition et clarification des concepts.....

3.2 Problème de santé face à la pauvreté

3.3 Femmes enceintes, recours aux soins non médicaux.....

3.4 Statut social de la femme comme un risque sanitaire.....

3.5 Santé, une des premières priorités du développement.....

Troisième partie : PROJET DE THESE

Chapitre 4 : MILIEU D'INVESTIGATION ET APPROCHE METHODOLOGIQUE.....

4.1 Présentation de la zone d'étude : la ville de Lomé au Togo

4.2 Approche méthodologique de la recherche.....

4.3 Plan provisoire de la thèse.....

Conclusion générale.....

ANNEXES

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

A Dieu tout puissant, je dédie ce travail.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

REMERCIEMENTS

Du début de notre formation jusqu'à l'achèvement de la présente étude, il a fallu de multiples conseils, des encouragements et une assistance accrue de plusieurs personnes. Sans le concours des uns et des autres, ce travail n'aurait pas abouti.

C'est pourquoi je voudrais exprimer mes sincères remerciements à toutes ces bonnes volontés. Mes profondes gratitude vont en premier lieu à mon Directeur de mémoire, le Professeur Koffi A. AKIBODE qui, non seulement m'a accepté parmi ses étudiants, mais aussi a suivi avec rigueur cette recherche.

Je remercie également le Professeur Jérôme ALOKO-N'GUESSAN de l'Université de Cocody qui a accepté de lire mon projet de thèse et de me donner des conseils susceptibles d'améliorer mon travail. Je dis aussi merci au Professeur Antoine TOSSOU pour ses conseils. Que tous les enseignants du département de géographie, trouvent mes remerciements pour leurs efforts déployés dans ma formation universitaire.

Je suis particulièrement reconnaissante envers nos aînés du laboratoire, Messieurs Messan VIMENYON, Yves SOKEMAWU et Edinam KOLA, qui ont bien voulu nous faire profiter de leurs expériences.

Je remercie mon oncle Symphorien PITASSA, pour l'assistance qu'il m'a donnée le long de ce travail.

A mes frères, amis et camarades : Essohanam, Dominique, Célestine, je dis merci. Merci aussi à Madame et Monsieur ADOUSSA pour leur affection, leur prière et leur soutien.

A toutes mes sœurs et frères, je dis aussi merci pour la vie de fraternité que nous partageons.

Enfin, à tous ceux qui m'ont prêté main forte durant cette période de formation en DEA et qui ne sont pas mentionnés, je les prie de ne pas m'en vouloir et je leur dis merci.

LISTE DES SIGLES UTILISES

CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CISF	Confédération Internationale des Sages- femmes
CPN	Consultation Périnatale
CRIFF	Centre de Recherche d'Information et de Formation pour la femme
DDT	Dichloro- Diphényl – Trichloroéthane
DEA	Diplôme d'Etudes Approfondies
DESS	Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisée
DFID	Departement For International Development (Agence Britannique pour le Développement International)
EDS	Enquête Démographique de Santé
EDST	Enquête Démographique de Santé du Togo
ENSEA	Ecole Nationale Supérieure de Statistique et Economie Appliquée
FLESH	Faculté des Lettres et Sciences Humaines
FMMP	Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GF2D	Groupe de Réflexion et Action Femme Démocratie et Développement
IFORD	Institut de Formation et de Recherche Démographique
INSE	Institut National des Sciences de l' Education
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
ISO	International Standard Organisation
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ORSTOM	Office de la Recherche Scientifique et Technique d'Outre-Mer
OUA	Organisation de l'Unité Africaine (devenue UA)
OXFAM	Comité des Nations Unies pour le Développement
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
SMIG	Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti
UA	Union Africaine
UB	Université du Bénin devenue UL
UL	Université de Lomé
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URD	Unité de Recherche Démographique
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome de l Immunodéficience Acquis

RESUME

La couche féminine en Afrique subsaharienne fait quotidiennement face à des difficultés de toutes natures. La mortalité maternelle dont le taux est plus élevé que partout ailleurs dans le monde constitue un problème préoccupant.

Cette approche bibliographique des infrastructures, recours et soins de santé chez les femmes enceintes a permis de mettre en évidence l'inégale répartition des équipements de santé, la mauvaise prestation des services de santé et l'inégal accès des femmes aux soins biomédicaux.

Après une analyse de la littérature qui porte sur le thème, cette étude analyse les facteurs socio-économiques qui sont des risques de santé. Ensuite nous avons approfondi la réflexion dans une démarche qui s'intègre dans le cadre des travaux de thèse dont le projet est ici présenté.

Mots clés : Afrique subsaharienne, Lomé, femmes enceintes, accès aux services biomédicaux, infrastructures sanitaires, maladie, recours aux soins de santé.

ABSTRACT

The layer woman in Sub-Saharan Africa is daily confronted with difficulties of all kinds. The maternal mortality rate which is higher than anywhere else in the world is a serious problem.

This literature survey of infrastructures resort and health care among pregnant women has helped to highlight the unequal distribution of health facilities, poor delivery of health services and unequal access of the women to biomedical care.

After a review of the literature on the subject, this work examines the socio-economic factors which are sources of diseases. Finally, we have deep investigations in a process that is part of the doctoral work.

Key words: Sub-Saharan Africa, Lomé, pregnant women, access to biomedical services, health infrastructure, disease, care giving appeal.

INTRODUCTION GENERALE

Considérée comme la branche de la géographie qui s'occupe des questions de santé, la géographie de la santé aborde les maladies et leurs éléments de causalité pour étudier l'espace et les inégalités socio spatiales (AKIBODE A. K, 2008). La bonne santé est l'une des conditions *sine qua non* du développement de toute communauté car sans elle l'épanouissement n'est nullement possible. La santé est un droit fondamental de tout citoyen et chaque gouvernement se doit de lui garantir ce droit en veillant sur sa bonne santé à travers les moyens à mettre à sa disposition pour la restauration de cette santé en cas de maladie.

La conférence des ministres chargés des problèmes économiques (Addis-Abeba 1980) et celle des chefs d'Etats et de gouvernements de l'OUA (Lagos 1980), soulignaient que tout projet de développement qui néglige les dimensions sociales est voué à l'échec. Investir dans le potentiel humain détenu par les pauvres est donc non seulement juste mais en outre se justifie parfaitement sur le plan économique (Plan Lagos).

A l'heure actuelle, la nécessité de repenser les problèmes de santé, résulte du souci qui se manifeste dans le monde entier, d'améliorer le bien-être de la population. C'est dans cette optique qu'il s'est avéré digne d'intérêt d'étudier les problèmes de la disparité des infrastructures sanitaires et de la qualité des soins en Afrique au Sud du Sahara. Les soins de santé primaire et l'initiative de Bamako, stratégies adoptées par les pays africains pour la santé pour tous, ont donné espoir pour faire accéder les populations aux soins de santé de qualité. Mais force est de constater que peu de pays africains dont le Togo ont mis en place un système de santé pouvant répondre aux besoins et aux attentes de leur population.

Ainsi, malgré les reformes successives du secteur de la santé, l'inéquité d'accès aux services de soins ainsi que les maladies meurtrières continuent de s'imposer comme défi à relever. (ALOUYA P., 1983). Face à cette situation, la politique sanitaire a proposé des actions et des stratégies dont l'impact s'avère insuffisant à la gravité des cas et à la faible performance du système mis en place. Or, le développement socio-économique nécessite le capital humain en santé avec toutes ses forces productives. Il devient alors urgent que le gouvernement se

penche prioritairement sur ces défis à travers des investissements adéquats afin d'assurer le développement sanitaire du Togo en accord avec les objectifs du millénaire pour le développement.

La méthodologie adoptée dans cette étude est essentiellement basée sur la recherche documentaire. La première partie, est un recensement d'ouvrages ayant trait à la thématique étudiée. C'est la bibliographie signalétique. La lecture d'une partie de cette littérature a permis de faire une analyse du corpus d'information fourni par différents auteurs, c'est la bibliographie analytique. Puis, nous procéderons à un travail de synthèse et d'analyse thématique de la bibliographie, c'est la deuxième partie. Et la troisième partie pose les bases de la thèse, dans sa phase de la problématique, des objectifs, des hypothèses et de la méthodologie.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

PREMIERE PARTIE

BIBLIOGRAPHIE SIGNALETIQUE ET ANALYTIQUE

Chapitre 1 : BIBLIOGRAPHIE SIGNALETIQUE

Une recherche n'est jamais tout à fait nouvelle ; l'affirmer revient à afficher son ignorance (AMOUZOU Y., 1990). Ainsi, s'agissant de notre sujet de recherche, nombreuses sont les études qui ont été déjà réalisées dans les disciplines médicales (médecine, psychologie de la santé, sociologie de la santé). La collecte des données existantes est le point de départ de tout travail de recherche. Il apparaît donc nécessaire d'en faire le point puisque ces données sont essentiellement documentaires. Pour des raisons de précision, nous avons préféré classer les ouvrages par thème, s'articulant autour des points suivants :

- ouvrages d'intérêt méthodologique et épistémologique ;
- généralités sur la santé, les maladies, la pauvreté et le développement ;
- Recours et prestations de soins de santé ;
- Femmes - pauvreté – santé ;
- Santé – développement ;
- Infrastructures et structures sanitaires ;
- Travaux consacrés à la ville de Lomé.

1.1 Ouvrages d'intérêt méthodologique et épistémologique

AKIBODE K. A., (2008) : « Epistémologie de la recherche et problématisation », séminaire de D.E.A 2008, UL, Lomé, 35 pages (manuscrit de l'étudiant).

AMOUZOUVI Y., (1990) : « Comment élaborer un projet de recherche », UB, Lomé, 22 pages.

BAILLY A. et FERRAS R., (2001) : Eléments d'épistémologie de la géographie, Armant Colin, Paris, 192 pages.

BANQUE MONDIALE, (1994) : Le développement à l'œuvre pour une meilleure santé en Afrique : les leçons de l'expérience, Washington, 283 pages.

BEAUD M., (1999) : L'art de la thèse, la découverte, Paris, 175 pages.

BRUNET R., (1967) : Les discontinuités en géographie, CNRS, Paris, 117 pages.

BRUNET R., FERRA R., THERRY H., (1993) : Les mots de la géographie, dictionnaire critique, Reclus, Montpellier, 518 pages.

CONTANDRIOPOULOS A. P. et al, (1990) : Savoir préparer une recherche, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 196 pages.

DOLFUS O., (1976) : L'analyse géographique, PUF, Collection Que-sais-je ? 142 pages.

GARNIER B. J., (1971) : La géographie : méthodes et perspectives, collection de géographie appliquée, Masson, Paris, 132 pages.

GAUTHIER B., (1984) : « Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données », Presses de l'Université du Québec, Québec, 535 pages.

GEORGE P. et VERGER R., (1996) : Dictionnaire de la géographie, PUF, Paris, 158 pages.

GOUROU P., (1969) : Les leçons de géographie tropicale, Mouton, la Haye, 32 pages.

GUMUCHIAN H., MAROIS C. et FEVRE V., (2000) : Initiation à la recherche en géographie, Presses Universitaire de Montréal, Anthropos, Québec, 425 pages.

LEBEL J., (2003) : Un focus, la santé : une approche éco systémique, Centre de Recherche pour le développement International, Paris, 84 pages.

LETOURNEAU J., (1989) : Le coffre à outils du chercheur débutant, Oxford University, Toronto, 227 pages.

MICROSOFT CORPORATION, (2000) : « Encyclopédie Encarta », version 2000, CD ROOM.

MILHAUD O. (2004) : « Epistémologie de la géographie », in l'Encyclopédie de la géographie, de Robic Claire, pp. 37-55.

MORINIAUX V., (2001) : La dissertation de géographie, Paris, Editions du temps, 141 pages.

NOTICE SUR LES TRAVAUX DE FIN D'ETUDES DE LICENCE, (2006) : « Conseils pratiques aux étudiants (es) de Licence pour la préparation de leur travail de fin d'études », Diffusion Universitaire CIACO, Université Catholique de Louvain, Belgique, 51 pages.

PENA O. et SANGUIN A. L, (1986) : Concepts et méthodes de la géographie, Montréal-Toronto, Guérin, 177 pages.

PIAGET J. (1970) : Psychologie et épistémologie, Gonthiers Denoël, coll. Médiations, Paris, 250 pages.

PICHERAL H., (1996) : Mots, concepts et méthodes de la géographie de santé, GEOS, Montpellier, 39 pages.

POLT B., (1986) : Ecrire une thèse ou un mémoire en sciences humaines, Editions Champion, Paris, 295 pages.

QUELLET S., (1987) : Processus de recherche, une approche systématique, PUQ, Montréal, 268 pages.

QUIVY R. et VAN CHAMPENHOUDT L., (1988) : Manuel de recherche en science sociale, Edition Alma, Paris, 271 pages.

RICAN S., (1998) : « La cartographie des données épidémiologiques : les principales méthodes de discrétion et leur importance dans la représentation cartographique », Cahier-santé, vol VIII Paris, n° 6, pp. 320- 470.

ROBERT M. et QUELLET F., (1991) : « Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux », Gaétan Morin éditeur, 537 pages.

SORRE M. (1943) : Les fondements biologiques de la géographie humaine. Colin, Paris, 137 pages.

TOSSOU A. et EDJAME K., (1997) : « Cours d'initiation aux méthodes statistiques », Collection les cours de l'Université du Bénin, Lomé, 61 pages.

VALIRON F., (1991) : Manuel d'assainissement spécifique pour les pays à faible revenu, ACCT, Paris, 381 pages.

YAPI-DIAHOU A. (2003) : La recherche urbaine à l'épreuve des milieux marginalisés dans la ville : Réflexion sur les défis méthodologiques en sciences humaines, Collection recherches et méthodologies, Editions Universitaires de Côte d'Ivoire, Abidjan, 123 pages.

1.2 Généralités sur la santé, les maladies, la pauvreté et le développement

ABOTCHI T. et *al.* (2007) : « La gestion des ressources en eau dans le Sud-Bénin rural », in AHOHO, Revue de géographie du LARDYMES, Lomé, pp.181- 198.

ADI T., (2006) : Croissance démographique et répartition de la population en Afrique : quelques implications sur les systèmes scolaire et sanitaire, mémoire de DEA, Université de Lomé, Lomé, 106 pages.

AFATSAWO K. K., (1998) : Habitation et santé, mémoire pour l'obtention du diplôme de Technicien Supérieur de génie sanitaire, Université du Bénin, Lomé, 63 pages.

AGBOLO S. N., (1980) : Un aperçu de l'habitat rural au Togo, mémoire de Technicien Supérieur du génie sanitaire, Université du Bénin, Lomé, 75 pages.

AKOGBETO M. et *al.*, (1992) : Le paludisme urbain côtier à Cotonou : étude entomologique, Masson, Paris, 239 pages.

AMAT-ROZE J., (1998) : « Les sociétés humaines et leur environnement face aux risques climatiques », Paris, Revue médecine et maladie infectieuse, vol XXIX, n° 5, pp 200- 300.

AMAT-ROZE J., (1999) : « Les risques sanitaires et territoires à risque : perception individuelle et collective du groupe à l'état », in le voyage inachevé à Joël Bonne maison, Paris, Edition ORSTOM, pp. 430- 650.

AZEMA B., (1998) : « L'autisme entre maladie et handicap : intérêt d'une approche géographique pour les politiques sanitaires et sociales », in allocation des ressources, géographie des soins », Paris, CREDES, 258 pages.

BAILLY A. (1995) : « Les concepts de la géographie humaine », troisième édition revue et augmentée, Masson, Paris, pp. 177-184.

BAILLY A. et al, (1984) : « Les concepts de la géographie des soins », Masson, Paris, pp. 147- 152.

BANQUE MONDIALE, (1990) : « Elément pour une stratégie de développement du secteur urbain au Tchad », Rapport provisoire, N'Djaména, 266 pages.

BANQUE MONDIALE, (1994) : Pour une meilleure santé en Afrique, les leçons de l'expérience », 283 pages.

BAUDON D. et al, (1987) : « La lutte antipaludique en Afrique : de l'éradication du paludisme au contrôle des paludismes », Revue d'épidémiologie et de la santé publique, (35), pp. 400-420.

BAUDON D., (2000) : « Les paludismes en Afrique subsaharienne », in la santé en Afrique : anciens et nouveaux défis », La documentation française, Paris, pp 36-45.

BEAGLEHOLE R., BONITA R. et al, (1994) : Eléments d'épidémiologie, OMS, Genève, 115 pages.

BESANCENOT J., (1997) : « Le climat et la santé », in l'eau et les hommes, Rennes II, pp. 87-104.

BESANCENOT J., (1997) : « Les grands paroxysmes climatiques et leurs répercussions sur la santé », Rennes, Presse thermique, vol. CXXXIV, n° 4, pp. 210-250.

BOURREE P., (1999) : Dictionnaire de parasitologie, Paris, édition Masson, 85 pages.

BRUNET J., (1994) : La santé en pays tropicaux, Paris, Karthala, 434 pages.

BRUNET- JAILLY J., (1997) : Innover dans les systèmes de santé : une expérience de l'Afrique de l'ouest. , Karthala, Paris, 434 pages.

BRUNET- JAILLY J., (1999) : Santé en Capitale : Abidjan, Editions karthala, Paris, 380 pages.

BUSSON O., LUCAS- GABRIELI V. et al, (1999) : Environnement local, santé, soins et protection sociale, CREDES, Paris, 126 pages.

CHIPPAUX J., BANZOU A. et AGBEDE K., (1992) : « Impact social et économique de la dracunculose : une étude longitudinale effectuée dans deux villages du Bénin », Bulletin of the World Health Organisation 70 (1) : 73-78.

CHIPPAUX J., et LARSON R., (1991) : « L'absentéisme scolaire lié à la dracunculose au Bénin », bulletin de la société de pathologie exotique 84 : 775-782 pages.

CLAVAL P., (1984): Géographie économique et humaine contemporaine, PUF, Fondamental, 442 pages.

DAVID- STONE R. et al, (1996) : Prise de conscience des problèmes de l'environnement en Afrique de l'ouest, Affronter le défi environnemental, Cotonou, 197 pages.

DIOMANDE K., CAMARA A. et al, (1995) : Médicaments et dévaluation, Centre Ivoirien de Recherche Economique et Sociale, Abidjan, 69 pages.

ERICK E., (1979) : Les maladies et l'environnement, Revue bilan de santé, Genève, 263 pages.

FASSIN D., (2000) : « Une crise épidémiologique dans les sociétés de post-apartheid : le sida en Afrique du sud et en Namibie », in la santé en Afrique : anciens et nouveaux défis, la documentation française, Paris, pp. 105-115.

FREITAS K. A., (1997) : Les problèmes d'insalubrité dans la commune de Lomé et les répercussions sur le plan social, mémoire de maîtrise en sociologie, FLESH, Université du Bénin, Lomé, 83 pages.

GENTILINI M. ; (1995) : Médecine tropicale, Flammarion, Paris, 928 pages.

GORVEZA B., LEDUC T. et NOGUE S., (1998) : « Les déterminants géographiques de transmission de l'onchocercose en zone de transition forêt savane : l'exemple de deux villages du foyer Mbam (région du centre Cameroun) », Cahier santé, vol. VIII, n°6, pp 425-435.

GOUNELLE DE PONTANEL H. et al, (1993) : Production de la santé, hygiène et environnement, Frison- Roche, Paris, 437 pages.

GRUENAIIS M.E. et POURTIER R., (2000) : La santé en Afrique : Anciens et nouveaux défis, documentation française, Paris 282 pages.

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, (1994) : La santé en France, Paris, 333 pages.

JAFFRE Y. et DICKO F., (2000) : « La conjugaison des difficultés : école et santé à Bamako (Mali) », in la santé en Afrique : anciens et nouveaux défis, la documentation française, Paris, pp. 259-266.

KOLA E. (2005) : Crise agraire et mutations rurales dans les zones d'économie de plantation d'Afrique tropicale humide : approche bibliographique. Mémoire de DEA, Société-Environnement- Aménagement, UL, Lomé, 128 pages + annexes.

LAADI K. et BESANCENOT J.P., (1998) : « Paludisme et pluviosité au Sri Lanka : Climat et santé », Cahiers de bioclimatol et biométéorol, Hum. n°12, pp. 90-120.

LISTORI – JAMES A., (1997) : « Santé environnement et développement durable en Afrique subsaharienne », [http://www.Info.org/enternal/pubs/cat/lang-sp.cfm?](http://www.Info.org/enternal/pubs/cat/lang-sp.cfm? Lang-F-French) Lang-F-French, 9 septembre, 2001.

LYDIE N., (2000) : « L'épidémie du VIH/SIDA en Afrique : état des lieux », in la santé en Afrique : anciens et nouveaux défis, la documentation française, Paris, pp. 73-90.

MBAITOU BAM T., (1996) : La perception des concepts de santé et d'environnement par la presse privée tchadienne : le cas du journal N'djaména hebdo, Ecole Supérieure des Sciences et Techniques de l'Information et de la Communication, Yaoundé, 111 pages.

MINISTERE DE L'ENVIRONNEMENT, DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, (1989) : « Politiques de gestion des déchets bio médicaux infectieux », Québec, 25 pages.

MINISTERE DE LA SANTE, (2002) : Principaux indicateurs de la santé au Togo, Lomé, 444 pages.

NACE R., (1969) : L'eau et l'homme : Aperçu mondial, UNESCO, 50 pages.

NJUE C. W., (2000) : « les organisations non gouvernementales et les pouvoirs publics face à la santé en Afrique » in la santé en Afrique : anciens et nouveaux défis » Paris, pp. 241-249.

NOYOULEWA T. A. (2006) : Enclavement et développement des zones rurales d'Afrique subsaharienne : recherche bibliographique. Mémoire de DEA, Société- Environnement- Aménagement, Université de Lomé, Lomé, 111 pages.

NYASSO GBO G. K., (1986) : « La pénurie d'eau potable et les problèmes de santé dans une ville du Togo : Atakpamé », in l'eau, la ville et le développement, UB, Lomé, pp. 124-125.

OMS et PNUD, (1996) : « La vie de la santé pour un monde durable », Santé, Environnement et Développement durable, Genève, 22 pages.

OMS, (1977) : Santé pour tous en l'an 2000, Genève, 60 pages.

OMS, (1985) : « Problèmes de santé en relation avec la population », Rapport d'un groupe d'étude, Brazzaville, 79 pages.

OMS, (1987) : Action intersectorielle en faveur de la santé, Genève, 162 pages.

OMS, (1994) : « La gestion sanitaire au niveau des districts : de la médiocrité à l'excellence dans les prestations sanitaires », Bureau régional pour l'Afrique, Brazzaville, 141 pages.

OMS, (1996) : De la médiocrité à l'excellence dans les prestations sanitaires, Brazzaville, 150 pages.

OMS, (1998) : Rapport sur la santé dans le monde : la vie au vingt -et -unième siècle, une perspective pour tous , W.H.H., Genève, 246 pages.

OMS, (1998) : « Rapport sur la santé dans le monde », Genève, 257 pages.

OMS, OMM, PNUE, (2004) : « Changement climatique et santé humaine : risque et mesure à prendre », Rapport, 37 pages.

ONIBOKUNA A. G. et al, (2001) : La gestion des déchets urbains, des solutions pour l'Afrique, Karthala, Paris, 250 pages.

ORS- PICARDIE, (1996) : La santé, indicateur d'environnement, Karthala, Paris, 479 pages.

PICHERAL H., (1999) : « *Risques et inégalités de santé* », Hérodote n°92 pp. 40-60.

PIGEON P., (1994) : Ville et environnement Nathan, Paris, 181 pages.

PROD'HON J., BOUSSINESQ M., et HOUGARD J.M., (2000) : « L'onchocercose en l'an 2000 : une endémie en régression ? » In la santé en Afrique : ancien et nouveaux défis, la documentation française, Paris, pp. 53- 59.

RHAZAOUI A., GREGOIRE L. J. et MELLALIS., (2000) : « L'Afrique et les Objectifs du Millénaire pour le Développement », Economica, Paris, 61 pages.

ROSNY E. (DE), (1992) : L'Afrique des guérisons, Karthala, Paris, 172 pages.

SALEM G., (1998) : « Espace, santé et territoire en zone intertropicale », Cahier santé, vol. VIII, n°6, pp 400-420.

SALOMEZ J. L. et LOCOST O., (1999) : « Du besoin de la santé au besoin de soins : la prise en compte des besoins en planifications sanitaires », Hérodote n°92, pp. 100-125.

SOURNIA G., (1998) : Les aires protégées d'Afrique francophone, édition Jean Pierre De MONZA, Paris, 272 pages.

SOURNIA J. C. (1990) : Dictionnaire français de la santé publique, édition Santé, Paris, 331 pages.

SWERTS P., (1974) : Elément de sociologie hospitalière, édition Centurion, Paris, 76 pages.

TCHAK S., (2000) : L'Afrique à l'épreuve du Sida, L'harmattan, Paris, 139 pages.

THOMAS P. et ROUX G., (1997) : La lutte anti- paludique, CREDES, Paris, 86 pages.

THOUEZ J.P., (1995) : « La géographie des maladies » in Encyclopédie de géographie, Edition Economica, Paris, pp. 931-942.

TIERNO E. et CRESSE A., (1991) : La santé pour tous d'ici 2000 : à mi- chemin le point de la situation, dans divers pays, OMS, Genève, 277 pages.

VIGNERON E. et al, (2000) : « Santé publique et aménagement du territoire » <http://www.Xxi-ac-reims-fr/fig-st-die/default.Htm>, juin 2000.

YILA-BOUMPOTO M., (2000) : « La santé en situation de conflit : le cas du Congo Brazzaville », in la santé en Afrique : anciens et nouveaux défis », pp. 267-272.

1.3 Recours et prestation de soins de santé

ADJAMAGBO A. et al, (1999) : « Des recours thérapeutiques variables », in santé de la mère et de l'enfant, institut de recherche pour le développement, Bondy cedex, colloques et séminaire, Paris, pp. 79-135.

AKIN J. et HUTCHINSON P., (1999): « Health-care facility choice and the phenomenon of bypassing », Health policy and planning 14 (2): 135-151.

ALINON K. N., (2007): Prestation des soins, perception et réaction des soignées, mémoire de DESS en psychologie de la santé, Institut National des Sciences de l'Education, UL, Lomé, 96 pages.

ALOUYA P., (1977) : Contribution à l'étude des problèmes que pose l'accueil dans nos formations sanitaires : le cas du CHU de Lomé, mémoire pour l'obtention du diplôme de l'Ecole Nationale d'Administration, Lomé, 68 pages.

AMAT-ROZE J., BUISSON J. et al, (1994) : « Les systèmes de recours aux soins à la plaine Saint Denis : étude géographique à l'échelle locale », Cahiers GEOS 29/ 1-50.

ANDERSEN R., et NEWMAN J., (1973): « Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States », Milbank Memorial Fund Quartely Belletin 51(1): 95-124.

ANNIS S., (1981): «Physical access and utilization of health services », in rural Guatemala social science and medicine 15D (4): 515-523.

BAKRY N., LAABIDA. et al, (1999): « Pourquoi les patients n'adhèrent-ils pas à la décision de référence faite par le médecin généraliste ? », Revue d'épidémiologie et santé publique, 47 : 2S65-2S74.

BANERMAN R., BURTON J. et WE-CHIEH C. (dir), (1983): Médecine traditionnelle et couverture de soins de santé, OMS, Genève, 335 pages.

BANWODOUGOU D., (1998) : Analyse des causes de la non fréquentation de la maternité par les femmes des villages périurbains de Dapaong, mémoire de maîtrise en sociologie, FLESH, UB, Lomé, 72 pages.

BASSOWA B. T., (2006) : Evaluation de la qualité des soins obstétricaux à la maternité du CHU Tokoin », thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine, diplôme d'Etat, Faculté Mixte de Médecine et Pharmacie, UL, Lomé, 88 pages.

BENYOUSSEF A. et WESSEN A., (1974): « Utilization of health services in developing countries», Tunisia, social science and medicine 8: 387- 404.

BETHUNE X., ALFANI S. et LAHAYE J., (1989): « The influence of an abrupt price increase on health service utilization: evidence from Zaire », Health policy and planning 4: 76-81.

BOULOUDANI V., (1996): Offres et demandes sur le marché de la santé, mémoire en santé, (Cotonou), Genève, IUED, 233 pages.

CHEILEY A., (1999) : Médicament à problèmes : Health Action International et Réseau, Médicament et développement, Paris, 404 pages.

DESGREES DU LOÛ A. et VIMARD P., (2000) : « La santé de la reproduction : nouvelle approche globale en Afrique subsaharienne », in La santé en Afrique : anciens et nouveaux défis », La documentation française, Paris, pp. 116-135.

DONNAT M., (2000) : Recours aux services de santé en zone nomade sahélienne : étude de cas du centre de santé d'Amadobak, préfecture de Kanem (Tchad), Berne (CH), mémoire de DEA de géographie, Université Paul Valéry, 89 pages.

DOSSEH E. R., (2005) : Consultation prénatale et qualité des soins : à propos d'une enquête menée dans la région sanitaire de Lomé Commune, thèse de doctorat à la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie, UL, Lomé, 114 pages.

EGUNJOBI L. (1933): « Factors influencing choice of hospitals: a case study of Northern part of Oyo state, Nigeria », Social Science and Medicine 17 (9): 585-589.

FASSIN D. et JAFFRE Y., (1990) : Sociétés, développement et santé, Ellipses, Paris, 287 pages.

FELICIANO DE SOUZA A. S., (1990) : L'accueil des patients dans les établissements de soins de santé au Togo, thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine, Diplôme d'Etat, Faculté de médecine, UB, Lomé, 183 pages.

FOURN L., (2005) : « Principaux enjeux de la santé publique au Bénin », Institut de Recherche Empirique en Economie politique, Cotonou, 8 pages.

FOURNIER P. et HADDAS S., (1997) : « Dimension de la qualité des services de santé en Afrique au sud du Sahara », in Innover dans les systèmes de santé : Expérience d'Afrique de l'Ouest, Karthala, Paris, pp. 275-290.

GERVAIS B., (1995) : « L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique », in Population et les questions de santé en Afrique, Union pour l'étude de la population Africaine, Dakar, pp. 251- 274.

GNAKOU A. P., (2005) : L'influence du milieu social du malade sur l'accès aux services médicaux hospitaliers au Togo : cas du CHU Tokoin à Lomé, Thèse de doctorat unique en sociologie, FLESH, UL, 361 pages.

GUESSAN B. G. et PORTAL J. L., (1994) : Effets de la dévaluation du Franc CFA sur l'accessibilité aux soins et aux médicaments à Abidjan, Direction Régionales de la Santé Publique et des affaires sociales du sud ; Mission française de coopération et d'action culturelle, Abidjan, 91 pages.

HOURS B., (1987) : L'état sorcier, santé publique et société au Cameroun, Edition l'Harmattan, Paris, 237 pages.

JAFFRE Y. et SARDAN O. (DE), (2003) : Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest, Karthala, Paris, 462 pages.

KACOU K. et al, (1999) : « Analyse de la demande de soins de santé en milieu rural ivoirien », Centre Ivoirien de Recherches Economiques et Sociales, Université de Cocody, Abidjan, 32 pages.

KRONFOL N., (1968) : Une méthode de recherche opérationnelle : le problème des fils d'attente, OMS/ CFSP, 72 pages.

LAWSON-EVI A. K., (1984) : Problématique des fils d'attente en milieu hospitalier, proposition de solutions, thèse de Doctorat en médecine (diplôme d'Etat), Faculté des sciences médicales et biologiques, Université du Bénin, Lomé, 100 pages.

MOUVY B. S., (2006) : Problèmes de santé et itinéraires thérapeutiques chez les populations Ewé d'Agomé-Kusuntu, mémoire de maîtrise en Anthropologie, option Culture, Religion et Santé, FLESH, U. L., Lomé, 108 pages.

OUEDRAOGO A. N., (2006) : «Rapport de suivi des activités de nutrition dans les centres de santé et dans les camps de réfugiés des districts sanitaires de Goz-Beida et d'Adré, 18 pages.

PANGU K. S., (1988) : La santé pour tous d'ici l'an 2000, thèse pour l'obtention du grade de Docteur en santé publique, Faculté de médecine, Université Libre de Bruxelles, 319 pages.

RICHARD J., (2001) : Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de l'Ouessè, Thèse de géographie de la santé, Faculté des Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Neuchâtel, 1065 pages.

SALOMEZ J. et LACOSTE O., (1999) : « Du besoin de santé au besoins de soins », Hérodote, Paris, n°92, pp. 80- 120.

TOURE B., DAO B., SANKARA N. et KONE B., (2004) : « Accouchement à domicile : aspects épidémiologiques et cliniques en milieu urbain au Burkina Faso », Journal de la SAGO, Ouagadougou, 30 pages.

VIVEROS M., (1990) : « Représentation des soins à l'hôpital », in la relation entre médecins et malades, éditions Ellipses, Paris, pp. 145- 160.

1.4 Santé – Développement

AJOULAT J., (1999) : Santé et développement, OMS, Genève, 54 pages.

AMOUZOU A., (1998) : Santé et développement national, analyse des changements socio-économiques dus à l'implantation d'un hôpital moderne dans un milieu rural : cas de l'hôpital Baptiste Biblique de Tsiko dans la sous préfecture de Kpélé-Akata, mémoire de maîtrise, en Sociologie, FLESH, U.B., Lomé, 102 pages.

ANTANGANA N., (1978) : Problématique du développement en Afrique tropicale, Edition Clé, Yaoundé, 103 pages.

BAILLY A. et PERIAT M., (2003) : Activités de santé et développement régional, Revue Géo carrefour, Lyon, vol.78, n°3, pp 230-240.

BANQUE MONDIALE, (1994) : Le développement à l'œuvre pour une meilleur santé en Afrique : les leçons de l'expérience, Washington, 285 pages.

BENOIST J., (1993) : « Les communautés, l'argent et la santé en Afrique », in Centre International de l'Enfance, Argent et Santé : expériences de financement communautaire en Afrique, Actes du Séminaire International de Paris, 24-27 septembre 1991 : 47-60, Paris, CIE, 321 pages.

BISMUTH O., (1999) : « Le médecin a-t-il le devoir d'informer son patient ? », Développement et santé, n°150, 25 pages.

BONNET D., (1990) : « Anthropologie et santé publique » in Société, Développement et Santé », éditions Ellipses, Paris, pp.35- 45.

BRUNET-JAILLY J., (1997) : Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux, Doin, Paris, 751 pages .

DANSOU K. M., (1991) : Contribution de l'assistance sociale à la santé publique pour le développement socio-économique du Togo : cas du CHU –Tokoin , mémoire de maîtrise en Sociologie, FLESH, UB, Lomé, 112 pages.

KUASSIVI M. B., (1985) : Le soignant, le malade et ses accompagnants : cas du CHU et du CHR de Kpalimé, mémoire de fin d'étude ENA, Lomé, 59 pages.

MONJOUR P. et TOURNE F., (1980) : Problème de santé en milieu sahélien, Karthala, Paris, 124 pages.

OMS, (1996) : Combattre la maladie, promouvoir le développement, Rapport sur la santé dans le monde, Genève, 137 pages.

OMS, (2002) : Rapport sur la santé en Afrique : réduire les risques et promouvoir une vie saine, Genève, 262 pages.

PANGU K., (1988) : La santé pour tous d'ici l'an 2000 : c'est possible, Expériences de planification et d'implantation des centres de santé dans la zone de Kasongo au Zaïre, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, 322 pages.

SAVIGNY D., KASALE H., MBUYA C. et REID G., (2004): La réforme du système de santé, IDRC-CRDI, Canada, 121 pages.

UNICEF, (2008) : « La situation des enfants dans le monde : la survie de l'enfant », UNICEF, 41 pages.

1.5 Femme -Pauvreté et Santé

ADEDZI K. A., (2006) : Santé de la reproduction et comportements des femmes en milieu rural au Togo : étude de cas des femmes de Nyitoé-Zoukpé (Préfecture d'Agou), mémoire de Maîtrise en Anthropologie, option Culture, Religion, Santé, FLESH, UL, Lomé, 92 pages.

ADJAMAGBO A., GUILLAUME A. et N'GUESSAN K., (1999) : Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains, IRD- Editions BONDI CEDEX, Collection Colloques et Séminaires, Paris, 165 pages.

ADJAMAGBO-JOHNSON K., AGOUNKE A.E., AMENDAH T.R., (1995) : « Femme et santé », in Femmes togolaises : aujourd'hui et demain, CRIFF/GF2D, Lomé, pp. 117-132.

ADJAMAGBO-JOHNSON K., AGOUNKE A.E., AMENDAH T.R., (1996): Femmes togolaises: aujourd'hui et demain, CRIFF, achevé d'imprimer sur les presses, Offset CTCE, Lomé, 169 pages.

BANQUE DE DEVELOPPEMENT, BANQUE MONDIALE et UNION EUROPEENNE, (2005) : « Le transport et les Objectifs du Millénaire pour le Développement en Afrique », BANQUE MONDIALE, 50 pages.

BANQUE MONDIALE, (1993) : Investir dans la santé, Washington, 340 pages.

BANQUE MONDIALE, (1996) : Togo : sortir de la crise, sortir de la pauvreté, Lomé, 132 pages.

BICEGO G. et BOERMA T., (1993): « Maternal education and child survival: a comparative study of survey data from 17 countries », Social science and medicine 36 (9), pp. 1207 – 1227.

CHRISTOPHER S., (1992) : Analyse des potentialités de recouvrement des coûts et proposition pour une politique de tarification uniforme des soins curatifs pour les établissements sanitaires du Togo, Lomé, 65 pages.

DELPEUCH F. et MAIRE B., (2000) : « Nutrition en Afrique au sud du Sahara : Les défis du XXI^e siècle », in la santé en Afrique : anciens et nouveaux défis, la documentation française, Paris, pp. 155-174.

DEVELOPMENT ASSISTANCE AND MEDICAL CARE DEVELOPEMENT, (1992) : Analyse des données des établissements de soins de santé et ménages de la sous division de Kloto dans la Région des Plateaux, Lomé, 87 pages.

DIOUF T.M., (2004) : Représentation populaire de la maladie et options thérapeutiques chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 10 ans : le cas de la fièvre et ou de l'accès palustre en milieu rural, mémoire de maîtrise, Université Cheikh Anta Diop, Niakhar, Dakar, 109 pages.

FNUAP, (2002) : La santé de la reproduction en Afrique, ENSEA, IRD, Abidjan, 366 pages.

FNUAP, (2005) : « Pauvreté, genre, culture et droit humain » in population, pauvreté et potentialités, Rapport National sur l'état et le devenir de la population du Bénin, Cotonou, pp. 165-194.

FNUAP, (2002) : La santé de la reproduction au Bénin : défis et perspectives, Rapport National sur l'état et le devenir de la population du Bénin, Cotonou, 360 pages.

GERARD C., (2001) : « Santé, stratégie et lutte contre la pauvreté au Cameroun », Bulletin d'information du service de coopération et d'action culturelle, n°21, pp. 36-56.

GRUENAI S. M., (2000) : « Santé en Afrique : complexité et diversité », Afrique Contemporaine n°195, Paris, pp. 42-56.

KODIO B. et al, (1999) : « La mortalité maternelle en milieu rural au Sénégal », ENSEA/IRD, Abidjan, 15 pages.

LOGOH T. et AMETEPE F., (2004) : « Genre et paupérisation à Lomé : l'exemple du loyer », Etude de la population africaine, Vol. 19, n°1, IRD, Paris, 57 pages.

MESLE F. et VALLIN J., (1995) : « La mortalité dans le monde : tendances et perspective », les dossiers du CEPED, n° 30, CEPED, Paris, 25 pages.

MOUMOUNI A., SOULEY A. et OLIVIER DE SARDAN J. P., (2000) : « L'accouchement c'est la guerre », in La santé en Afrique : anciens et nouveaux défis, la documentation française, Paris, pp. 136-154.

NDIAYE S., AYAD E. et GAYE A., (1997) : Enquête démographique et de santé, Calverton-Mayland, USA, 359 pages.

OMS, (1991) : Argent et santé, Paris, Expérience de financement communautaire, 54 pages.

OMS, (2003) : « Paludisme et grossesse », in Femme et santé au Bénin, UNFPA, Cotonou, pp. 35-47.

OMS, (2003) : « Santé de la mère » in Femme et santé au Bénin, UNFPA, Cotonou, pp. 27-34.

PNUD, (1999) : La lutte contre la pauvreté en Afrique Subsaharienne, Rapport, Economies, Paris, 473 pages.

ROQUET D. et al, (1998) : « L'épidémie de choléra de 1995-1996 au Sénégal », Vol III, n° 6, pp. 410-430.

TCHALLA K., (2006) : Les politiques et programmes de santé reproductive dans la mise en œuvre des politiques de population pour le développement en Afrique Subsaharienne, mémoire de DEA, option Géographie de la Population, FLESH, UL, Lomé, 73 pages.

ZANOU B., GUILLAUME A. et DESGREES-DU-LOU A., (2002) : « La santé de la femme enceinte : éléments déterminants de l'issue de la grossesse », in Santé de reproduction en Afrique, IRD, Abidjan, pp. 121-150.

1.6 Infrastructures et structures sanitaires

AKHTAR R. et IZHAR N., (1986): « The spatial distribution of health resources within countries and communities: examples from India and Zambia », Social Science and Medicine 22 (11), pp. 1115-1129.

AUDIBERT M. et al, (2004) : Utilisation des services de santé en Afrique, CERDI, Université d'Auvergne, Clermont-Ferrand, France, 22 pages.

AVOUGLA K., (2005) : La répartition géographique des centres de santé à Lomé, mémoire de DEA, option géographie de la santé, FLESH, UL, Lomé, 53 pages.

BADAKA M., (2000) : « Profession : médecin », in la santé en Afrique : anciens et nouveaux défis, la documentation française, Paris, pp. 250-258.

BARET G., (1983) : « Equipement sanitaire », in Géographie et cartographie du Gabon, EDICEF, pp. 106-110.

BINA B., (1990) : Les problèmes de l'accessibilité aux soins buccodentaires des populations au Togo, thèse de doctorat en médecine, UB, Lomé, 108 pages.

CREDOC, (1963): Le champ d'action des établissements hospitaliers, Paris, CREDOC, 18 pages.

FOURNER P., DUFRESNE C. et al. (2002) : « Réformes des systèmes de santé et satisfaction du personnel : le cas du Mali », Université de Montréal, 19 pages.

JAFFRE R. et PRRAL A., (1993) : « Le corps des Sages-femmes, entre identités professionnelles et sociales », sciences sociales et santé 11(2), pp. 63-80.

JEWKES Y., ABRAHAM N. et al, (1998): « Why do nurses abuse patients? Reflections from South African Obstetric Services », Social science and Medicine 47 (11), pp. 1781-1795.

JOSEPH B., (1999) : Innover dans les systèmes de santé : Expérience d'Afrique de l'Ouest, Karthala, Paris, 435 pages.

KIFOULY E., (1993): Les déterminants de la faible fréquentation des services de santé dans la circonscription administrative de Ouidah, mémoire IRSP, Cotonou, 113 pages.

KLECZKOWSKI B. M. et NILSON N. O., (1986) : « Projet d'équipement de santé dans les régions en développement : planification, réalisation et fonctionnement », Cahiers de santé publique, Genève, 11 pages.

KLECZKOWSKI B. M., ROEMER M. I. et VAN DER WERFF A., (1984) : Les systèmes de santé pour tous, OMS, Genève, 137 pages.

KPONTON A. E. T., (1984) : Les aspects médico-sociaux de l'automédication en milieu urbain togolais, Thèse de doctorat en médecine (diplôme d'Etat), Faculté des Sciences Médicales et Biologiques, U.B., Lomé, 124 pages.

LETOURMY A., (2000) : « Les mutuelles de santé en Afrique : condition d'un développement », in la santé en Afrique, la documentation française, Paris, pp. 230-240.

LUCAS V. et TONNELIER F., (1995) : Distance d'accès aux soins en 1990, Paris, CREDES, 72 pages.

MINISTERE de la PLANIFICATION et le DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE, (1998) : « Enquête démographique et de santé au Togo », OMS, Lomé, 19 pages.

NOUNHATIN G., (1991) : « Les causes de la faible utilisation sanitaire de la zone du projet (AN-SSP) », Natitingou : DDS Atakora, Projet d'Appui Néerlandais aux soins de santé primaires, Cotonou, 43 pages.

OKALLA R. et VIGOUROUX A., (2000) : « Les structures confessionnelles privées dans la réorganisation d'un système de santé : le cas du Cameroun », in la santé en Afrique : anciens et nouveaux défis », La documentation française, Paris, pp. 204-209.

OMS, (1968) : « Guide pour la dotation d'un hôpital en personnel infirmier », Cahiers de santé publique, n° 31, Genève, 28 pages.

OMS, (1991) : Renforcement de l'enseignement de la communication et de l'éducation pour la santé dans les institutions de formation des personnels de santé, Yaoundé, 192 pages.

SALEM G., (1998) : La santé de la ville, Karthala-ORTOM, Paris, 355 pages.

SILVA A. (da), (1983) : Conception de l'hôpital en milieu africain : Approches médico-architecturales historiques et perspective, Thèse de doctorat en médecine (diplôme d'Etat), Faculté des sciences médicales et biologiques, UB, Lomé, 471 pages.

TONDA J. et GRUENAISS M.E., (2000) : « Les médecines africaines et le syndrome du prophète : l'exemple du Congo » in la santé en Afrique : anciens et nouveaux défis, la documentation française, Paris, pp. 273-282.

1.7 Travaux consacrés à la ville de Lomé

ATCHOLE E., (2005) : La disparité spatiale dans les villes africaines : le cas de la ville de Lomé, mémoire de DEA pluridisciplinaire, Géographie urbaine, FLESH, UL, Lomé, 98 pages.

DZIWONOU Y., (2000) : Croissance urbaine et mécanismes fonciers, contribution à l'établissement d'une géomantique cadastrale : le cas de la ville de Lomé, Thèse de doctorat d'Etat -ès - lettres et sciences humaines, option géographie urbaine et aménagement, UL, Lomé, pp. 25-57.

GUEZERE A., (2000) : Le rôle des Taxis Motos dans le transport informel urbain et dans le développement socio-économique de Lomé, mémoire de DEA, Géographie urbaine, FLESH, UB, Lomé, 49 pages.

KLASSOU- ZINSOU K., (2007) : L'importance des marchés périphériques dans l'approvisionnement de la ville de Lomé en produits vivriers, Thèse de Doctorat en géographie du commerce, FLESH, UL, Lomé, pp. 40-48.

KOLANI B., (2002) : Facteurs explicatifs de l'engouement des populations urbaines pour l'automédication : exemple de la ville de Lomé, mémoire pour obtention de la maîtrise ès-lettres, section Sociologie, option Développement Communautaire, FLESH, UL, Lomé, 121 pages.

MARGUERAT Y., (1989) : Les étapes de la croissance de Lomé, ORSTOM, Lomé, 43 pages.

N'KERE., (2007) : La contribution du secteur informel urbain dans la lutte contre la pauvreté au Togo : le cas de l'agglomération de Lomé, mémoire de DEA pluridisciplinaire en Géographie du commerce, FLESH, UL, Lomé, 101 pages.

NANGBADI D., (1994) : Histoire d'une capitale africaine : Lomé des origines à nos jours, Thèse pour l'obtention du grade de Docteur ès Sciences Humaines, Institut d'Histoire Contemporaine, Faculté des Sciences Humaines et Arts, UB, 333 pages.

OMS, (2005) : Plan d'action quinquennal 2001-2005 : programme ville santé, Lomé, 89 pages.

VIMENYO M., (2006) : Le port autonome de Lomé et son arrière- pays, Thèse pour l'obtention du grade de Docteur, Spécialité : Géographie des transports, FLESH, UL, Lomé, 333 pages.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 2 : BIBLIOGRAPHIE ANALYTIQUE

Tout travail de recherche consiste à faire un inventaire complet des connaissances déjà réunies sur le sujet et sur l'espace à étudier, pour éviter de refaire un travail déjà accompli par d'autres (JOLY F., 1970). Il s'agira de faire une revue analytique des ouvrages effectivement consultés. Autrement dit c'est faire une revue de littérature qui consiste à analyser le contenu de certains ouvrages signalés plus haut selon le critère d'accessibilité et de pertinence.

Elle s'articule autour de quatre points fondamentaux suivants :

- Démarche méthodologique et épistémologique ;
- Pluralité des maladies et recours aux centres de santé modernes ;
- Inégale répartition des infrastructures et perception des services de santé ;
- Mortalité maternelle : déterminants et conséquences.

2.1 Démarche méthodologique et épistémologique

La géographie traduit un style de pensée et d'action permettant d'ordonner rationnellement l'expérience et à travers elle, les événements du monde réel. Ainsi le passage du monde empirique au monde idéo conceptuel coïncide avec le passage du spécifique et de l'unique à l'abstraction et au général. Pour la géographie en tant que science factuelle (étudie les faits) il importe qu'elle s'appuie sur les sciences formelles (étudient les idées) (OLADOKOUN W., 2004).

A l'image des sciences sociales, la géographie a fait progresser ses résultats à travers des méthodes et des techniques avant d'avoir approuvé sa plausibilité scientifique et ses bases épistémologiques. Comme étude des effets des interactions sur les hommes, la géographie a évolué de la géographie classique à la nouvelle géographie. Le passage de l'une à l'autre a

sans doute déclenché la réflexion épistémologique. La méthodologie étant le socle de tout travail en science sociale, la géographie qui est une science sociale, repose sur une connaissance des concepts et des méthodes que tout chercheur doit pouvoir acquérir. De la maîtrise au doctorat en passant par le DEA, chaque étudiant doit rédiger un mémoire rendant compte d'une recherche (BEAUD M., 1999). La recherche selon GAUTHIER B. (1984) « est une activité de quête objective de connaissances ». Ainsi pour y parvenir, il faut des méthodes et une maîtrise de l'épistémologie. L'épistémologie se définit comme une dynamique d'une pensée. PIAGET J. (1970) cité par OLADOKOUN W. (2004), pour sa part considère que l'épistémologie est une étude de la constitution (condition d'accession et condition proprement constitutive des connaissances valables).

Mais la méthodologie se définit comme étant l'ensemble des démarches que suit l'esprit pour découvrir et démontrer la vérité. GAUTHIER B. (1984) estime que « la méthodologie est la confrontation des idées issues à la fois de l'expérience et de l'imagination, des données concrètes, dérivées de l'observation, en vue de confirmer, de nuancer ou de rejeter ces idées de départ ». Pour LETOURNEAU J. (1989), « la méthodologie » consiste à « élaborer une stratégie de recherche », cela suppose que le chercheur sait anticiper, reconnaître et résoudre les principaux obstacles susceptibles de naître dans le cours même de la recherche ». Elle a également pour objet de décrire la marche à suivre par tout étudiant qui prépare et rédige une thèse ou un mémoire en sciences humaines (PLOT B., 1986). Abondant dans le même sens, MORINAUX V. (2001), dans son ouvrage méthodologique, déclare que « la géographie n'est plus un simple récit de voyage et la dissertation ne saurait se limiter à un catalogue de curiosités touristiques : il s'agit d'appréhender le réel, mais aussi de l'expliquer ». GRAWITZ M. (1993), définit une méthode « comme l'ensemble des opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontre, et les vérifie ». Il affirme également que la méthode est constituée d'étapes et de procédures permettant d'appréhender la réalité ou du moins une partie de celle-ci.

Nous constatons que des banalités épistémologiques se font remarquer. A cet effet, POPPER K. (1973) estime que la connaissance ne commence pas par des perceptions ou des observations, non plus par une collection de données ou de faits, mais bien par des problèmes ». Ceci signifie que la connaissance commence par la tension entre savoir et non-savoir. Il n'y a pas de problème sans savoir, de même que pas de problème sans non-savoir,

puisque tout problème surgit par la découverte que quelque chose dans notre savoir supposé n'est pas tout à fait en ordre.

Il est aussi important de préciser que l'objectivité scientifique repose uniquement et exclusivement sur la tradition critique, qui en dépit des résistances, rend souvent possible la critique d'un dogme qui prévaut. Dans cette perspective, POPPER K. (1973) pense que « l'objectivité de la science n'est pas une question d'individu, intéressant les hommes de science pris à part, mais une question sociale qui résulte de leur critique mutuelle, de la division du travail amicale- hostile entre scientifiques, de leur collaboration autant que de leur rivalité ».

Toute recherche n'est pas exempte d'hypothèses. Or une théorie est un ensemble organisé d'hypothèses et de propositions qui a pour but d'expliquer un phénomène. Il serait important d'élaborer une théorie dans un travail de recherche, parce qu'elle permet de décrire, d'expliquer, voire de prédire un phénomène. Selon ADORNO W. T. (1985), « la théorie consiste à mettre dans un ordre cohérent un ensemble d'idées qui ont été ou seront confrontées à l'expérience ».

D'une façon générale, le géographe tente de résoudre « le pourquoi ici et non ailleurs ? » Répondre à cette question suppose d'analyser les différents facteurs tant physiques qu'humains qui interagissent sur un espace. Dans cette perspective, l'une des disciplines de la géographie qui s'occupe de l'homme et de son état dans la société, la géographie de la santé aborde les maladies et leurs éléments de causalité pour étudier l'organisation de l'espace (AKIBODE A. K., 2008).

Indiquant aussi les vecteurs et les localisations des maladies, la géographie de la santé tente d'expliquer le « pourquoi existe-il une maladie dans une localité et non dans une autre ? » (SORRE M., 1943). Quelles sont alors les différentes pathologies et où résident-elles ?

2.2 Pluralité des maladies et recours aux centres de santé modernes

D'une manière générale, les frontières entre la santé, la « non- santé », entre la maladie et la « bonne santé » sont de plus en plus difficiles à déterminer en Afrique comme ailleurs. Les pathologies telles que le paludisme, le VIH-SIDA, la fièvre jaune, la candidose,

l'hypertension artérielle, le diabète etc, que les systèmes de santé sont peu préparés à affronter, sont de plus en plus fréquentes. Comment se manifestent ces maladies ?

Le paludisme reste à l'aube de l'an 2000 la première endémie parasitaire mondiale.

En Afrique subsaharienne, c'est le problème de santé publique qui est le plus grave. La presque totalité de la population, environ 550 millions de personnes, vit en zone impaludée. Près de 75 % de la population vit dans des zones de fortes endémies et 18 % environ sont sous la menace d'épidémie du paludisme (BAUDON D., 1987).

L'OMS (2000) estime qu' « il s'y produit chaque année entre 270 et 480 millions de décès ». Le paludisme sous toutes ses formes se situe toujours au premier rang des affections. Il représente 34 % des causes de recours aux soins, (OMS, 2003). Les enquêtes menées par RICHARD J. L., (2001) dans la préfecture de Ouessè au Bénin, établissent l'existence de deux types de paludisme : le paludisme femelle et le paludisme mâle. Selon lui, le « paludisme femelle est en référence à la chaleur », ses symptômes sont « de fortes fièvres, le froid, les tremblements, le manque d'appétit, l'impression que tous les aliments sont amers, les articulations douloureuses, la fatigue ». Mais le « paludisme mâle » correspond à « l'ictère ». Il explique les symptômes de cette maladie en la qualifiant d'abord d' « une forte fièvre ». RICHARD J. L (1999), note que « le troisième jour » de la maladie « le blanc des yeux, les paumes, la langue virent au jaune, le tout accompagné d'un manque d'appétit, de courbatures et d'urines très jaunes ». La symptomatologie est rarement typique (fièvre continue, troubles digestifs) dès la primo invasion du plasmodium. La revue *le paludisme dans le monde* (1992) signale trois phases symptomatiques : « une phase de frissons de quelques dizaines de minutes avec céphalées, rachialgies. Une seconde phase de chaleur de deux à quatre heures où la fièvre dépasse 40° avec des signes d'agitations et de malaises. Et une troisième phase de sueur profuse accompagnant la chute thermique et durant quelques heures avec une sensation de mieux être ». La revue précise que ces accès se répètent toutes les quarante huit heures lorsque le parasite est *Plasmodium vivax*. Mais aucune information n'a été donnée sur le *Plasmodium ovale* et *malariae*.

Le paludisme demeure encore une affection meurtrière des enfants, des femmes enceintes, (FOURN L., 2005). En 2003, le FNUAP stipule que le paludisme chez la femme enceinte est très meurtrier. La prévalence du paludisme chez la femme enceinte varie entre 20-34 %. COULAUD J. P. (1987) notifie que « la grossesse est considérée comme une période à haut risque en matière de paludisme », puisque la femme enceinte est particulièrement exposée du fait de la diminution de son immunité.

A l'origine, certains pensaient que cette maladie provenait des zones marécageuses. Mais en 1880, les scientifiques ont découvert la véritable cause du paludisme, un parasite unicellulaire appelé *Plasmodium falciparum*. Le parasite est transmis d'une personne à une autre par piqûre d'un moustique, l'anophèle femelle. Comme toute maladie, le paludisme peut être d'origine diverse. Selon les recherches effectuées par GASTELLU A. et DELPEUCH F. (1974), il peut provenir de Dieu, des esprits, des maléfices ou d'un mauvais sort que quelqu'un qui vous veut du mal vous jette.

Les conséquences socio-économiques liées au paludisme sont énormes. En Afrique le paludisme entraîne chez les femmes enceintes des complications de grossesse, à l'origine d'une surmortalité maternelle et infantile. Le mauvais traitement du paludisme chez la femme enceinte peut entraîner des troubles mentaux et des malformations des nouveaux-nés (OMS, 2005), des avortements, des accouchements prématurés, l'anémie grave, l'hypoglycémie maternelle (Ministère de la santé, 2003).

Outre les pertes en vie humaine, la maladie cause un grave préjudice à l'économie des pays africains. Le coût d'un cas de paludisme est évalué à l'équivalent de la perte de douze journées de travail- production par homme. Plus de deux (2) milliards de dollars ont été dépensés en 1997 pour la lutte antipaludique. (BAUDON D., 1987).

Quelles furent et quelles sont les stratégies de lutte contre le paludisme ? Avec la découverte en 1938 par MULLER P. de l'action insecticide DDT, on pensait porter un coup fatal au paludisme. En 1955, l'assemblée mondiale de l'OMS proposait un « programme d'éradication du paludisme » fondé essentiellement sur les pulvérisations du DDT à l'intérieur des habitations, avec comme objectif, l'arrêt de la transmission anophélienne.

Les projets pilotes menés en Afrique intertropicale montraient alors l'échec de l'éradication. Une nouvelle voie dans la lutte était tracée à partir de 1969. L'OMS, « reconnaissant l'échec de l'éradication dans la plupart des pays tropicaux », préconisait une adaptation de la lutte aux réalités socio-économiques et épidémiologiques de chaque pays. On passait alors de la notion « d'éradication du paludisme » à celle du contrôle « des paludismes » (GRUENAIIS M. E. et POURTIER R. 2000).

DIOUF M. T. (2004), annonce une forme de contrôle du paludisme, la « prophylaxie antipalustre chez la femme enceinte ». Pour traiter et prévenir le paludisme pendant la grossesse, l’OMS recommande aux prestataires des services sanitaires « d’appliquer un protocole bien précis à la chloroquine ». Il consiste en une « dose de traitement et ensuite une dose préventive qui s’étend jusqu’à huit semaines après l’accouchement ».

Notons que depuis 2000, d’importants efforts ont été faits pour renforcer les programmes de prévention et de traitement du paludisme. La distribution de nouveaux médicaments antipaludiques à base d’artémisinine, plus efficaces et de moustiquaires imprégnées d’insecticide s’accélère (UNICEF, 2008).

Le VIH/SIDA par contre est une infection sexuellement transmissible. La contamination peut se faire par le contact des objets tranchants souillés, et de la mère à l’enfant au moment de l’accouchement, de l’allaitement ou au cours de la grossesse.

Vingt ans après la notification de la première manifestation clinique du syndrome d’Immunodéficience Acquise, le SIDA est devenu la maladie la plus dévastatrice que l’humanité ait jamais connue, frappant 14 000 hommes, femmes et enfants chaque jour. Depuis le début de la pandémie, plus de 60 millions de personnes ont été infectées par le virus (FNUAP, 2002).

ONUSIDA et OMS, (2002), indiquent que le VIH/SIDA est maintenant « la première cause de décès en Afrique subsaharienne ». Dans l’ensemble du monde, il figure au quatrième rang des maladies les plus meurtrières. La majorité des nouvelles infections se produisent chez les jeunes adultes et les jeunes femmes, qui sont particulièrement vulnérables. (OMS, 2000). Abondant dans le même sens, LYDIE N. (2000) montre que le « VIH/SIDA continue également de faire lourdement sentir ses effets sur la santé et le développement ». Selon les estimations, le nombre de personnes vivant avec le VIH est passé de 30 millions en 2002 à plus 33 millions à la fin de 2007, dont 68 % en Afrique subsaharienne.

L’infection à VIH n’a pas épargnée le Bénin tout comme les autres pays africains et s’associe parfois à la tuberculose (FOURN L., 2005). A cet effet, RHAZAOUI A., GREGOIRE L. J. et MELLALI S. (2000), précisent que « l’incidence de l’infection à VIH continue de s’accroître en Afrique subsaharienne, notamment en raison de l’importance de la population vivant dans

les 24 pays qui ont un taux de séroprévalence supérieur à 5% et dont la population représente deux tiers (2/3) de l'ensemble de la population du continent ». Ils stipulent également qu'à l'exception de quelques pays, le « nombre de personnes qui entrent dans la maladie augmente plus rapidement que les capacités de réponse des systèmes de santé ».

Le fléau du siècle, le SIDA n'épargne pas les femmes. En plus des risques pour tous, « nous femmes, victime du mépris des hommes en ce qu'ils continuent de s'octroyer le droit de multiplier leurs partenaires, tout en restant profondément attaché au principe de fidélité de la femme. Nombreux sont des cas de contamination des femmes par des partenaires masculins volages. Les rapports de force étant rarement à leur avantage, les femmes doivent également subir la réticence des hommes à utiliser les préservatifs et à s'inscrire résolument dans la logique de la prévention » (ADJAMAGBO J. K., AGOUNKE A. E. et AMENDAH T. R., 1995).

Au plan épidémiologique, selon le Ministère Chargé de la Planification et du Développement (2005), la progression du VIH est inquiétante. Aujourd'hui, 41 personnes s'infectent chaque jour par le VIH au Bénin. La moitié des personnes infectées sont de sexe féminin. En matière de VIH/SIDA, la femme est une partenaire réceptive. Des études réalisées en 1999 ont permis de noter qu'au Bénin, le risque existe et par an, il y a 11 500 femmes enceintes qui sont infectées par le VIH/SIDA et le tiers de ces femmes infectent malheureusement leurs enfants (FNUAP, 2006). Ceci peut s'expliquer par le fait que les femmes béninoises ont généralement tendance à se marier ou à avoir des rapports sexuels avec les hommes plus âgés qui ont certainement plus de partenaires, plus d'expériences sexuelles et donc plus susceptibles d'être infectés, ce qui fait que les femmes sont exposées au risque de contracter le VIH.

Par rapport aux femmes, malgré leur grande vulnérabilité à l'infection, ces dernières n'ont pas bénéficié d'actions spécifiques d'envergure dans la réponse nationale. Cette insuffisance de réponse serait liée à la non appropriation de lutte par les associations de femmes qui travaillent dans ce domaine (OMS, 2001). Ce qui souligne la nécessité d'action, de plaider envers ces différents acteurs.

MAIRE B. et DELPEUCH F. (2000), expliquent les conséquences économiques et nutritionnelles de la pandémie de l'infection à VIH ; « celles-ci commencent à se faire sentir dès lors que les chefs de famille atteints ne sont plus capables d'assurer une sécurité alimentaire au quotidien, que les mères transmettent le virus à leurs enfants en proportion

élevée et ne peuvent plus toujours s'occuper d'eux de façon satisfaisante ». Pour VALLIN C. (1994), les conséquences de l'infection par le VIH sont exprimées par les coûts directs et indirects. Les coûts directs représentent l'ensemble des ressources consommées pour la prise en charge médicale et sociale, soit les coûts relatifs à l'information et à la prévention, à la recherche, au dépistage, au traitement et à la prise en charge des malades. L'appréhension des coûts indirects est encore plus délicate puisqu'il s'agit d'évaluer la perte de productivité ou de temps de travail due à la maladie, touchant le malade lui-même quand il ne peut plus exercer son activité professionnelle ou domestique, mais aussi ses proches lorsqu'ils ont l'obligation de le prendre en charge.

La sous-alimentation ou la malnutrition est la cause des maladies de carence. PICHERAL H. (1999), déclare qu'« il est inutile de rappeler la gravité des problèmes nutritionnels dans les sociétés sous-développées ». Il souligne que la sous-alimentation et la malnutrition fragilisent les organismes et font le lit de nombreuses affections microbiennes et bactériennes aiguës, mais aussi chroniques.

La réduction du nombre de cas de maladies transmissibles exige une démarche intégrée combinant la promotion de la santé, la prévention des maladies et le traitement. L'amélioration et le maintien d'une hygiène de base, la qualité de l'eau et l'hygiène des denrées alimentaires sont de la plus grande importance, de même que les programmes de vaccination efficaces et des systèmes de traitement bien orientés (OMS, 1998).

Par contre GRUENAI S M.E. et POURTIER R. (2000) attestent que s'il est évident que les contraintes, les carences, les dysfonctionnements caractéristiques du sous développement influent sur l'économie de la santé, on ne peut plus considérer de nos jours qu'il suffit de développer, de traiter, de vacciner pour améliorer mécaniquement l'état de santé des populations. Ce que l'on pensait bon pour la santé, en particulier la vaccination, peut être à l'origine d'une catastrophe sanitaire : c'est ainsi qu'il est de plus en plus fermement établi que l'utilisation du traitement injectable pour lutter contre la bilharziose a contribué à faire de l'Egypte le pays le plus touché par l'hépatite C.

L'accessibilité des soins de santé paraît la plus importante car c'est d'elle que dépend la survie du patient. Il semble se dégager une tendance à considérer l'hôpital comme plus efficace que l'automédication traditionnelle ou plus efficace que les guérisseurs pour la

diarrhée, les maux de tête, les maux de ventre, les accouchements et dans une moindre mesure le paludisme, les morsures de serpents, et les parasitoses intestinales (RICHARD J.L., 2001). FASSIN D., (1990) précise pour sa part que « la biomédecine est souvent perçue comme la médecine de référence malgré certaines de ses tares ». Le recours aux soins biomédicaux est plus fréquents en période prénatale, signale FATHALLA D. (1992).

Conformément aux normes de l'OMS, les femmes doivent effectuer au moins quatre visites prénatales au cours de la grossesse. Le calendrier des visites en vigueur est le suivant : une première visite dans le premier trimestre de la grossesse, la deuxième vers le sixième mois, la troisième visite dans le huitième mois, et la quatrième visite dans le neuvième mois, (ROYSTON B.,1991 et GUPTA D.,1987).

Malgré un nombre croissant d'études, la nature du lien entre accès et utilisation reste peu claire (THOMAS P. et PENCHANSKY D., 1984).

Comme le font remarquer avec pertinence DONABEDIAN E., (1973) et FIEDLER (1981), la preuve de l'accès est l'utilisation des services de santé, et non pas seulement leur présence. Or dans beaucoup de pays du Tiers Monde, tout particulièrement dans les zones rurales, l'augmentation de l'utilisation des services de santé demeure l'un des grands défis de la planification sanitaire (PHILLIPS A., 1990).

Il convient donc de s'interroger ici sur les facteurs qui conditionnent l'accès aux services de santé notamment sur les différentes barrières qui freinent ou empêchent l'expression d'un besoins ressenti. Selon ATTAH B, (1985), les causes de la sous utilisation des services de santé de l'Etat de Imo au Nigéria sont l'accessibilité réduite, le coût élevé, le manque de médicament et de matériel, l'attitude arrogante du personnel et son négativisme aboutissant tous les deux à la disqualification de la demande des patients et les paiements " officieux." FASSIN D. explique en disant que lorsqu'un malade recourt aux soins de la médecine traditionnelle, c'est le plus souvent à cause d'une accessibilité physique, financière et humaine restreinte. L'OMS déclare que « les besoins de santé varient en fonction du milieu socio-économique et culturel ». Ceci dit, le recours effectif aux soins n'est pas forcément lié à l'accessibilité du service.

SALEM G. (1998), spécifie que le problème du transport est un des déterminants importants de la couverture sanitaire. Il montre qu'à Pikine en 1986, 92 % des chefs de ménage ne disposaient d'aucun moyen de locomotion, 5,5 % disposaient d'un **véhicule**, 2,1 % disposaient d'un vélo et 0,6% disposaient d'une mobylette. Ces difficultés de transport et les coûts qu'ils occasionnent constituent un frein à l'accès aux soins et aux services, parfois rédhibitoires. C'est le cas pour des femmes enceintes dont le travail se déclenche la nuit et qui ont de telles difficultés à atteindre les maternités qu'elles accouchent à domicile. L'auteur conclut que l'enclavement de certaines zones pose également des problèmes aux familles qui connaissent un décès.

Dans son analyse des causes de la non fréquentation de la maternité par les femmes, BANWODOUGOU D., (1998) affirme que le recours aux accoucheuses traditionnelles et aux accoucheurs féticheurs est dû au fait que la majorité des femmes rurales éprouve d'énormes difficultés à entrer en contact avec les services de maternité (pour des raisons de distance). En cas de complication grave qui nécessite une évacuation, les femmes sont obligées de parcourir de très longues distances pour atteindre la maternité la plus proche.

A contrario, les femmes des villages périurbains, malgré leur proximité par rapport aux services de maternité accouchent elles aussi à la maison sans assistance médicale. Mais BANWODOUGOU B. n'a pas donné les raisons pour lesquelles ces femmes périurbaines ne fréquentent pas la maternité alors qu'elles sont à proximité.

Pour FRANK-SOLTYSIAK A. et COURT E. (2002), les raisons pour lesquelles bon nombre de femmes notamment rurales tournent le dos aux services de maternité sont liées à l'ignorance, aux causes socioéconomiques et environnementales (distance). Outre le manque de moyens financiers et de transport, la surprise par l'accouchement est également l'une des causes de l'accouchement à domicile (AKPADZA C., 2004).

DIOUF M. T. cite la mère d'une fillette souffrant de fièvre, qui pour illustrer les difficultés d'accès géographique, raconte en ces termes *« si les gens veulent qu'on emmène nos enfants au dispensaire, ils n'ont qu'à nous mettre dans les mêmes conditions que les autres villages. Je n'emmènerai pas mes enfants tant qu'on ne nous construira pas un dispensaire dans notre village. Comment voulez-vous que je mette un enfant de plus de quatre ans dans le dos que je*

traverse tous ces marigots pour aller dans un dispensaire où on ne donnera que des ordonnances à acheter ? ».

L'ethnie, la religion, la taille du ménage et la profession sont des déterminants des comportements de recherche de soins. FASSIN D. (1992) après une enquête menée à Pikine (banlieue de Dakar), déclare qu'il n'y a pas de différence selon l'appartenance ethnique dans l'accès aux soins. Paradoxalement, d'autres études montrent que l'appartenance ethnique est significativement associée aux options de soins retenues. Toutefois, au-delà de l'influence culturelle et ethnique, un tiers facteur, l'inégale accessibilité des ethnies aux divers types de services de santé, jouent un rôle important si ce n'est prépondérant dans beaucoup de ces choix (RICHARD J. L., 2001). L'appartenance religieuse peut déterminer les actions thérapeutiques, voire les services de santé, qui sont ou ne sont pas appropriés ou même acceptables en cas de besoin, (SCHILLER K. et LEVIN J, 1988). RAM E. et DATA A. (1976) ont observé que les hindous utilisent le moins les services de santé publique de base. En Sierra Leone, les enfants malades consultent significativement plus souvent les services de santé publique lorsque leurs parents sont chrétiens plutôt que musulmans (GESLER D. et GAGE A., 1987). Ainsi le type de recours modernes utilisés y est influencé par la religion, les services de santé des missions étant notamment plus souvent utilisés par les chrétiens que par les musulmans. RICHARD J. L. (2005) pense que les adeptes du vodu sont plus enclins que les membres des autres religions à visiter les guérisseurs traditionnels et les devins, de même qu'à utiliser surtout la phytothérapie en cas d'automédication.

D'après de nombreux témoignages, les nouveaux convertis aux nouvelles églises chrétiennes ne recherchent la guérison qu'au travers d'elles, délaissant la fréquentation des services de santé modernes. Elles colportent également qu'ils ont renoncé à l'automédication à base de plantes. Les petits ménages privilégient les solutions thérapeutiques les moins onéreuses, en raison de leur faible niveau économique (RICHARD J. L. 2001)

2.3- Inégale répartition des infrastructures sanitaires et perception des services de santé

Les ressources humaines sont au cœur de tout système de santé (DUSSAULT B. et DUBOI A., 2003 ; RIGOLI D., 2003 et FRANCO A., 2004). Malheureusement, MARIKO C. A. estime que « l'équipement sanitaire et le personnel sont encore nettement insuffisants malgré un sérieux effort financier de l'Etat. A cela s'ajoute la disparité entre la campagne et la ville ». La performance du secteur sanitaire dépend principalement des connaissances, des compétences, de la motivation (DUSSAULT B., 2001), de l'attitude et de l'effort du personnel en relation étroite avec les bénéficiaires de services (RIGOLI T. et DUSSAULT B., 2003). Selon DOSSEH R. (2005), « d'une façon générale, la plupart des infrastructures sont dans un grand état de vétusté et les moyens en équipement et en logistique manquent à tous les niveaux du système de santé. Le maintien et l'entretien préventif des équipements dans les activités courantes des services de santé sont insuffisants ». Un minimum de matériel d'examen et de soins est indispensable pour assurer une bonne surveillance prénatale au cours des grossesses. Certains services de santé maternelle manquent souvent de fournitures et de matériels de base tels que gants, pèse-personne, tensiomètre, eau de javel, d'un réfrigérateur en état de fonctionner. Ces problèmes sont source de frustration et compromettent de façon non négligeable les rapports entre les prestataires de soins et leurs clientes et partant la qualité des soins (BASSOWA B. T., 2006).

Au cours de sa période d'étude, BASSOWA B. T. déclare que la maternité du CHU Tokoin ne disposait que de 67 sages femmes et de 13 médecins dont trois (3) gynécologues obstétriciens. Il en ressort que la disponibilité du CHU en ressources humaines est insuffisante par rapport aux prévisions de la programmation sanitaire nationale. Ainsi lorsqu'on aborde le problème de la qualité, BASSOWA explique que « les patientes à travers leurs réponses identifient en premier la pénurie en ressources humaines pour justifier les dysfonctionnements du service de la maternité du CHU Tokoin. Il cite le discours de la majorité des interviewés en ces termes « si l'hôpital disposait de plus de matériels et de ressources humaines, il n'y aurait plus de problème ». Les propos d'une accouchée que BASSOWA B. T. a interrogé au cours de son étude résument bien cette situation « ... lorsque j'ai été admise à la salle d'accouchement, il y avait trois (3) autres femmes qui accouchaient et il n'y avait qu'une seule sage femme, comment voulez-vous qu'on puisse leur exiger de fournir des soins de haute qualité, j'ai dû accoucher seul sans assistance ... » Ce problème de manque de personnel n'est pas spécifique au service de la maternité du CHU Tokoin. Ainsi dans

« l'analyse des prestations de soins en pédiatrie » en 1987, 50 % des médecins et 78 % du personnel infirmier interrogés pensent que leur service manque de personnel. Cependant BASSOWA B. T. (2006) confirme qu'on ne saurait rattacher entièrement la lenteur dans la prestation des soins à ce manque de personnel car il se pose à la maternité du CHU Tokoin comme aux autres services techniques de l'hôpital un autre problème ; celui de la motivation du personnel. 36,7% des patientes interrogées en salle d'hospitalisation pensent que le personnel manque de motivation. SALEM G. (1988) pour sa part signifie que le système de soins Pikinois est organisé selon une pyramide qui va de la case de santé où exerce un agent de santé communautaire ou un infirmier non diplômé, au poste de santé placé sous la responsabilité d'un infirmier diplômé d'Etat éventuellement secondé par les personnels paramédicaux et centre de santé dirigé par un ou des médecins. BARET G. (1983), annonce que la répartition géographique des médecins fait apparaître un grand déséquilibre entre Libreville la capitale et le reste du territoire gabonais. La capitale en concentre 164 soit 61 % du total. Il explique que « la désaffection des médecins pour l'intérieur du pays est le fait que les conditions de vie sont souvent difficiles : isolement, ruptures d'approvisionnement, communications délicates, insuffisance de personnel. BARET G. (1987) ajoute que les infrastructures sont hiérarchisées selon leur lieu d'implantation. Les chefs-lieux de province (Oyem et Koulamoutou) possèdent un hôpital doté de gros matériel et d'un ou plusieurs médecins ; les préfectures (Bitan, Booue...) sont pourvues d'un centre médical et presque toutes d'un médecin. Le personnel médical et paramédical, bien qu'en nombre croissant depuis l'indépendance reste insuffisant surtout en ce qui concerne les cadres et le personnel paramédical, (SERRY N P., 1981). KACOU K., TANO K. et ABOULE J. (1991) estiment que l'examen de la situation du système sanitaire ivoirien révèle qu'outre les problèmes d'organisation, de gestion et de financement, il y a une insuffisance du personnel et des équipements ainsi qu'un défaut dans la structure des dépenses de santé.

Nous savons que la question fondamentale à laquelle sont confrontés nos hôpitaux modernes demeure la persistance et l'aggravation des inégalités devant l'accès au soins et la qualité des prestations, (AKUTSA K. D. 1997). A partir de ses résultats obtenus, ALINON K. (2007) affirme que les parturientes protégées et les parturientes à niveau socio- économique élevé bénéficient d'une bonne qualité de soins alors que les parturientes non protégées et à niveau socio-économique faible sont mal reçues, mal traitées et mal soignées.

A l'atelier collectif pré congrès CISF (Burkina Faso), les participants ont estimé que l'élaboration d'un programme national de soins obstétricaux de qualité se heurte à trois sortes

de problème : le manque de motivation, les difficultés d'organisation et les problèmes économiques. Dans cette perspective, BERNARD H. (1985) raconte sa mésaventure dans les dispensaires et hôpitaux publics. Par exemple comment les femmes racontent leur accouchement à la maternité, parlant des douleurs et surtout des humiliations ressenties dans leurs corps et dans leur cœur. A ce propos, disait FABRE M.(1999), il faut avoir vu durant des années comme je l'ai vu, des pauvres gens entrer à l'hôpital, être mal reçues et attendre le bon vouloir des employés du service pour trouver enfin un lit. Nulle part, à aucun échelon, une parole aimable, une aide, un encouragement, partout au contraire la mauvaise grâce, l'indifférence. L'auteur stipule également qu'il faut avoir vu cela pendant des années, des décennies, en avoir le cœur serré, pour comprendre la nécessité de l'accueil, surtout du bon accueil à l'hôpital. ALOUYA P., (1983) atteste que l'absence ou la mauvaise organisation du service d'accueil se répercute obligatoirement sur la qualité de l'accueil.

HOURS B. (1987), au cours de son enquête, a entendu plusieurs malades raconter leurs mésaventures dans les centres de santé publics. C'est le cas par exemple des femmes qui racontent leurs accouchements à la maternité en évoquant des douleurs et surtout des humiliations qu'elles ressentent dans leur cœur et dans leur corps. L'auteur conclut que bien souvent l'âge, le sexe, la classe sociale et l'appartenance ethnique influent sur le comportement qu'on a vis-à-vis des malades qui se présentent à l'hôpital ou au dispensaire. Lorsque l'on visite les hôpitaux du pays (le Togo) et qu'on s'intéresse à ce qui s'y passe et aux comportements de certains agents du corps médical vis-à-vis des patients, on constate quelque fois des carences en matière de relation entre le médecin, l'infirmier et le malade. Il arrive que le malade soit laissé à lui-même et de surcroît injurié (KOLANI B., 2002). Il estime que de nos jours l'hôpital est déshumanisé. De plus certains agents de la santé n'expriment aucune compassion pour les malades. A cela s'ajoute la vente illicite des médicaments. Les malades subissent quelque fois le vol de leurs médicaments par certains agents et ces médicaments leur sont revendus par la suite.

L'un des enquêtés de MOUVY B. (2006) confirme l'indisponibilité du personnel soignant en ces mots : *« lors de l'accouchement de ma petite fille, je suis allée à l'unité de santé périphérique à 23 heures parce que je savais que c'était le moment où elle allait naître, à notre arrivée l'accoucheuse s'est endormie. Nous avons frappé à sa porte pour qu'elle vienne m'examiner. Elle nous a répondu que nous sommes en avance, l'enfant n'est que pour*

demain. Mais je n'en pouvais plus, je sentais que ma fille allait sortir. Quelques minutes plus tard, j'ai accouché sur la terrasse de la maternité où je suis allongée ».

Les soins apportés par le personnel soignant sont jugés inefficaces. D'une part, les malades qualifient le service de mauvais parce que les diagnostics et les traitements n'ont pas contribué à leur guérison (KOLANI B., 2002). MOUVY B (2006) signale que « les malades arrivent souvent plusieurs heures avant le début des prestations pour s'assurer d'être servis , seul un système de rendez-vous leur permettra d'être sûrs qu'ils seront servis».

Savoir écouter et savoir communiquer sont des aspects sociaux importants qui créent une confiance et une crédibilité lorsqu'on administre des soins de santé et ceci grâce au respect mutuel, à la confidentialité, à la courtoisie, à la sensibilité et à l'empathie (BASSOWA B. T. 2006). Selon DOSSEH E. R. (2005), de nombreuses études ont montré que, bien souvent, les agents de santé n'étaient pas à l'écoute des femmes, qu'ils ne se souciaient pas suffisamment de leurs préoccupations et qu'ils les traitaient avec peu d'égards, particulièrement lorsqu'elles se présentaient tardivement ou ne suivaient pas les conseils du prestataire de soins. Or, des interactions positives entre les femmes et les prestataires de soins sont à la base du climat de confiance et de l'observance du traitement. D'après NASSAH J. et DROUIN S. (2003), de bonnes relations interpersonnelles constituent à l'efficacité des conseils de santé et leur défaut peut réduire l'efficacité d'un service techniquement compétent. Selon les gestantes interrogées par DOSSEH E. R. (2005), les relations interpersonnelles qui comportent l'écoute, l'empathie et la communication efficace restent à améliorer. JAFFRE Y. et SARDAN O., (2003) ont montré que dans les centres de santé publics d'Afrique de l'ouest, les malades sont trop souvent mal reçus, mal traités et mal soignés par les personnels de santé. Mais une autre étude faite par MONTEL F. (2004), sur le consentement du patient et la relation soignant-soigné a montré que depuis la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et la qualité du système de santé, la relation entre personnes soignantes et personnes soignées a été sensiblement améliorée. Cette étude fait état des réactions des patients notamment le refus de soins.

SOLTYSIK F. et COURT E. (2002), qui ont étudié les délais d'attente et la satisfaction des patients aux urgences chirurgicales d'un centre hospitalier universitaire, déclarent qu'il existe des contentieux entre patients et personnel face au mauvais accueil et la durée d'attente. Selon PUECH J. (2000), en ce qui concerne le nombre de CPN et l'issue de la grossesse, une approche actualisée appelée soins prénataux focalisés met l'accent sur la qualité de

consultation plutôt que sur le nombre de visites. Cette approche reconnaît que les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement les résultats de la grossesse et que dans les pays en voie de développement, elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier.

Une étude menée en Argentine, à Cuba, en Arabie Saoudite et en Thaïlande par HENRION N. et COLL D., (1988) montre la réduction du nombre de consultations prénatales de 12 à 4 tout en mettant l'accent lors des consultations sur la qualité des soins et les facteurs de risques que sont l'anémie, les infections, les causes de risque de bébé à faible poids de naissance. DOSSEH E. (2005) explique que « les salles d'interrogation étaient séparées des salles d'exams mais cependant le respect de l'intimité des clientes ainsi que la confidentialité de la consultation n'étaient pas toujours garantis. De même l'intimité et la confidentialité n'étaient pas respectées ; certaines patientes affirmaient être dérangées ou perturbées pendant les consultations parce qu'au niveau des centres de santé publics, on assistait souvent à plusieurs consultations simultanées dans la même salle ainsi qu'à des va- et- vient incessants de personnes autres que la consultante dans les salles d'exams (BASSOWA B. T. 2006). Pour FASSIN D. (1992), « sous l'influence d'autrui, les patients ne se sentiront pas libres de présenter leur mal aux médecins, beaucoup d'informations pathologiques seront dissimulées ».

De façon générale et toujours selon l'avis des prestataires de soins, le temps consacré à une consultation n'était pas toujours suffisant car il était souvent influencé par le nombre de personnes à consulter.

Ainsi selon l'OMS, des services de santé maternelle de qualité doivent être dotés d'agents de santé qui soignent les patientes en les respectant sans porter de jugement en fonction des besoins des femmes. Ces services doivent associer les patientes aux décisions et en faire des partenaires de soins pour qu'elles participent activement à la protection de leur santé.

Pour GRAHAM W. (2002) toutes les femmes, qu'il y ait ou non complication de la grossesse, ont besoin de services de santé maternelle de qualité pendant la grossesse, l'accouchement et le post- partum pour protéger leur santé et celle de leur enfant. Les services de santé maternelle doivent correspondre aux normes de qualité et être accessibles, abordables, efficaces, appropriés et acceptables pour les femmes qui en ont besoin. Avoir un enfant sain et bien portant suppose qu'on accorde à la femme enceinte une surveillance correcte et régulière, dans le cadre d'une consultation prénatale de qualité. Car les CPN ont pour objectifs de maintenir et d'améliorer la santé physique et mentale de la femme enceinte, de

surveiller l'évolution de la grossesse, d'éduquer la femme, la famille et la communauté sur les signes d'alerte et de danger au cours de la grossesse, de dépister et de traiter les affections qui ont une influence sur la gestante et la grossesse, en vue de les prendre en charge et d'établir un plan pour l'accouchement normal ou dystocique, (OMS).

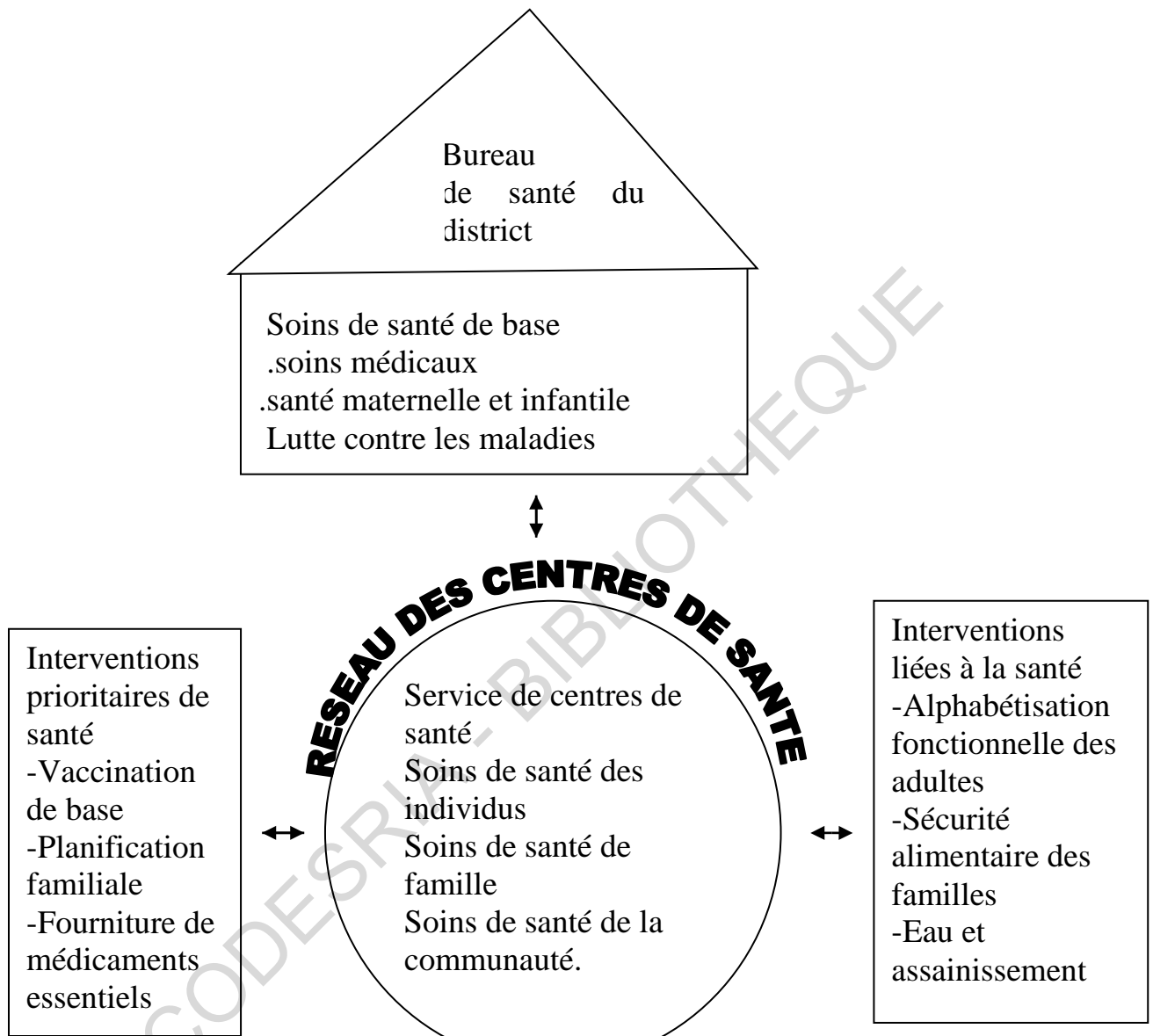
La qualité des soins reçus dans les formations sanitaires est souvent mauvaise compte tenu du manque de médicaments pour les premiers soins (un blessé suite à un accident doit acheter du coton, du sparadrap et des gants avant d'avoir accès au soin), du nombre élevé des patients (des malades sans lit) et l'inexistence ou l'état défectueux du matériel de travail, (KOLANI B., 2002). Il confirme que c'est pourquoi la plupart des nantis africains préfèrent se faire soigner en occident car ils ne font pas confiance aux médecins et hôpitaux de leurs pays.

Le temps d'attente varie de quinze minutes à plus d'une heure trente minutes, (BASSOWA B. T.), il notifie que « 43% des gestantes affirment être obligées d'attendre parfois plus d'une heure trente ». Le temps d'attente long est inhérent à l'organisation dans les services. Il estime également que les rendez-vous sont journaliers et non horaire, et les consultations sont précédées souvent de séances de prise des constantes plus ou moins longues. L'insuffisance de personnel et le non respect des horaires de travail par la population font que le temps d'attente est parfois long, ou que les agents refusent parfois de recevoir les clients à une heure tardive de la nuit ou sont souvent absents, c'est ce que stipulent MAIGAN M., SISSOKO D. et DOUCOURE A. (2002) De plus le phénomène de troncation qui consiste à faire passer devant les gestantes en attente les amis (es) ou les connaissances, des agents de santé contribuent également à augmenter le temps d'attente des femmes arrivées sur rendez-vous (DOSSEH R., 2005). L'attente prolongée d'une manière ou d'une autre retarde la prise en charge de la gestante et partant la mise en route du traitement approprié, sans compter la tension nerveuse que cela peut générer et les répercussion éventuelles sur l'état de la gestante, (GBANGBADE F. 1985). De façon générale, au niveau de la région Lomé commune, si la compétence professionnelle, la performance technique et efficience des soins ne peuvent être analysées objectivement par les usagers des centres de consultations prénatales, les gestantes interrogées estimaient que le temps d'attente, la qualité de la prise en charge, les relations interpersonnelles et le coût global des soins au cours d'une grossesse, constituent des points faibles devant être améliorés dans le système de consultation prénatale (DOSSEH R., 2005).

L'OMS (1994), préconise un paquet minimum de santé pour tous les systèmes de santé de district. La réalisation de l'objectif de la santé pour tous, requiert des stratégies qui visent à la fois les problèmes sanitaires des individus de tous les groupes d'âges, des ménages et des membres de la communauté. En font également partie les réfugiés, les personnes déplacées et les groupes vulnérables. Dans les pays en développement, il paraît plus logique de se focaliser sur la survie de l'enfant, la maternité sans risque et la disponibilité d'une main-d'œuvre en bonne santé. Il existe aujourd'hui « un consensus au sein de la communauté internationale selon lequel un paquet minimum de santé soigneusement défini au niveau du district pourrait accélérer la réalisation des objectifs de la santé pour tous. (Voir figure n° 1).

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Figure n°1 : Paquet minimum de santé pour tous au niveau du district de survie de l'enfant, maternité sans risque, mains d'œuvre en bonne santé



Source : NAMORO R., 2008, d'après la base sur la santé et l'Alma Ata sur les soins de santé primaire

2.4 Mortalité maternelle : déterminants et conséquence

En Afrique, une femme meurt pendant l'accouchement se rendant à l'hôpital pendant la grossesse

Initiatives de santé communautaire

- Amélioration des pratiques de reproduction familiale
- Amélioration de la gestion de l'environnement de la communauté.

à domicile, où le transport de la femme est à risque de mourir

100 dans les pays industrialisés. Toutes les minutes, une femme meurt de complications liées à l'accouchement,

(environ 529000 par an) dont la vaste majorité dans les pays en développement, UNICEF (2007).

Selon l'OMS, les causes directes de la mortalité maternelle sont l'hémorragie, l'anémie, les infections, l'arrêt de progression du travail, l'hypertension pendant la grossesse et les complications des avortements à risque. Dans les pays en développement, « l'anémie est du fait de ses conséquences sociales et économiques, la principale cause de mortalité chez les femmes en âge de procréer », OMS (1995).

Les études menées par OUEDRAOGO A. N. (1989) et COMBARY D. (1993) au Burkina-Faso, en milieu hospitalier ont montré qu'une affection générale pourrait entraîner des complications au cours de l'accouchement. Les infections sont responsables de « 36,2 % » et de « 34,5 % » des décès maternels selon DABIRE H. (1988) et OUEDRAOGO A. N. (1989). MEDA B., (1990) estime que « pour la césarienne, les décès s'élèvent à 52,1% ». Les hémorragies sont responsables de 37,9 % et 43,1 % des décès maternels (DABIRE H. et OUEDRAOGO A. N. 1996).

KORTMANN F. (1970), affirme que les femmes sont plus vulnérables à plusieurs infections pendant la grossesse à cause des conditions socioéconomiques et d'hygiène défavorables.

Le paludisme est aussi un danger pour les femmes enceintes » UNICEF (2007). COULAUD J. P.(2003) estime pour sa part que « le pourcentage de mortalité va de 0 à 4 chez les femmes enceintes ». L'UNICEF précise que le paludisme « peut causer l'anémie, qui accroît le risque de décès de la mère et du bébé, ainsi que des problèmes de développement pour l'enfant ». Dans les zones où sévit l'infection palustre, le paludisme est à l'origine de 10000 décès maternel par an. Pour 325000 naissances, 8 à 14 % sont de faibles poids de naissance et 3 à 8 % sont des décès de nourrissons selon KONE A. (1995).

L'auteur (KONE A. 1995) souligne également que « de nombreuses femmes en Afrique sont privées de soins médicaux et n'ont pas toujours la possibilité de se procurer des outils efficaces tels que les moustiquaires imprégnées d'insecticide. Il préconise de ce fait des méthodes de préventions telles que « sensibiliser davantage les collectivités les plus touchées, intégrer les instruments de lutte antipaludique dans les autres programmes de santé destinés aux femmes enceintes et renforcer les systèmes de soins prénatals ainsi que la participation

des accoucheuses traditionnelles là où elles sont associées à la prestation des services de santé ».

Le VIH devient une cause principale de décès des mères dans les « pays gravement touchés » d'Afrique. « La plupart de ces décès et de ces invalidités pourraient être évités, puisqu'ils sont attribuables en grande partie à des soins insuffisants pendant la grossesse et l'accouchement. L'accès à des soins spécialisés pendant la grossesse, l'accouchement et le mois qui suit la naissance sont essentiels pour sauver la vie de ces femmes et celle de leurs enfants », (FNUAP 2005).

BELLAMY C. (2006) déclare qu'il existe une « corrélation importante entre le niveau scolaire des femmes et le taux de mortalité maternelle ». En effet, ce taux est le plus souvent élevé dans les régions où l'analphabétisme des femmes est important. « Des filles instruites ont une meilleure estime de soi et sont plus à même d'éviter l'infection par le VIH, la violence et l'exploitation, et de répandre de bonnes pratiques d'hygiène et de santé dans leur famille et leur communauté. Et une mère instruite tend plus souvent à envoyer ses propres enfants à l'école », (UNICEF 2007).

D'après l'OMS et l'UNICEF (1996), près d'un demi million de femmes meurent en couche chaque année dans le monde. L'immense majorité d'entre elles vivent dans des pays en développement et près de la moitié (40%) en Afrique. Le continent africain détient le record des niveaux de mortalité maternelle. Au Burkina-Faso, la mort maternelle est estimée à 566 décès pour 100000 naissances vivantes (INSD, 1993). La mortalité maternelle pour l'ensemble du Sénégal est de 1200 décès pour 100000 naissances vivantes. Au Togo, selon les services, elle se situe entre 500 et 700 pour 100000 naissances vivantes. Dans l'ensemble des pays sous développés, le taux de mortalité maternelle atteint environ 450 pour 100000 naissances vivantes (OMS, 1992). GUILLAUME A. et N'GUESSAN K. (1999) concluent que « la maternité maternelle dans les pays en développement traduit entre autre l'insuffisance des programmes de santé ».

Le rôle majeur de procréation assuré par la femme n'est plus à démontrer. Selon les études effectuées, les nouveaux-nés dont la mère meurt ont moins de chances de survivre (NANCY V., ELIZABETH I. et al, 2002). L'UNICEF pour sa part montre que « beaucoup d'enfants perdent tragiquement leur mère chaque année. Pour ces orphelins, le risque de mourir dans les

deux ans qui suivent ce décès est dix fois plus élevé ». La mort d'une femme en couche est une catastrophe, une perte inutile, un gâchis qui entraîne dans son sillage tout un cortège de chagrin et de douleur (OMS, 1996). La grande majorité des femmes qui meurent ont un impact considérable à la fois sur leur famille et sur la communauté. Les familles sont privées de contribution essentielle des femmes pour s'occuper de la maison, des enfants et des autres membres de la famille. De ce fait exprime ADJAMAGBO A. (1995), « le régime nutritionnel dans les familles sans mères ont tendance à se détériorer ». Le taux de scolarisation des enfants survivants est lui aussi susceptible de diminuer.

Loin d'être exhaustive, cette analyse bibliographique sur les infrastructures sanitaires, recours et soins de santé chez les femmes enceintes, démontre que l'inégale répartition des infrastructures, les difficultés d'accès sont à l'origine du non recours aux services de santé et le manque de personnel de santé est source de la mauvaise prestation de soins sanitaires. En guise de solution, les femmes recourent plus à l'automédication, aux tradipraticiens et parfois elles préfèrent accoucher à la maison.

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

DEUXIEME PARTIE

SYNTHESE ET ANALYSE THEMATIQUE DE LA BIBLIOGRAPHIE

CHAPITRE 3 : FEMMES, PAUVRETE ET SANTE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : ANALYSE SYNTHETIQUE

L'approche bibliographique de la question du recours aux soins de santé des contrées rurales et urbaines en Afrique subsaharienne nous a permis de présenter les ouvrages recensés dans ce que nous avons appelé respectivement bibliographie signalétique puis analytique. Il devient alors impérieux de mener une analyse synthétique. Pour ce faire, nous ferons une analyse autour des points ci-dessous :

- La santé face à la pauvreté
- Femmes enceintes, recours aux soins non médicaux
- Le statut social de la femme : risques sanitaires.
- La qualité, un facteur essentiel d'attraction des services de santé
- La santé, une des premières priorités du développement.

Mais avant, nous procéderons à une définition des concepts se rapportant à notre étude.

3.1- Définition et clarification des concepts

Défini comme une représentation mentale et abstraite, le concept est une construction intellectuelle des phénomènes et pratiques au monde. (NOYOULEWA T. A., 2006). En géographie de la santé toute une série de concepts aident à comprendre la répartition des maladies, des structures de soins, la qualité des soins et les pratiques géographiques hospitalières. Nous tenterons de définir quelques concepts fondamentaux en géographie de la santé.

- **Infrastructure sanitaire**

Elle est définie comme l'ensemble de personnels de santé, d'installation de santé, de matériel et fourniture de santé et de connaissance en matière de santé.

- **Structure sanitaire**

C'est un ensemble ordonné et autonome de centres de santé interdépendant dont les rapports sont réglés par des lois. Un exemple : case de santé, infirmeries, dispensaires, centre médico-social, polyclinique, hôpital de préfecture (ou de district), le CHR et le CHU.

- **Installations de santé**

On entend par installations de santé les infrastructures physiques : les CHU, les CHR, les hôpitaux, les pharmacies, les USP, les CHR, les Centres de Santé et les laboratoires.

- **Personnels de santé**

Ce sont les différentes catégories de fonctions telles que médecins (généralistes et spécialistes), dentistes, pharmaciens, hygiénistes et infirmiers qualifiés pour les soins au chevet des malades, les visites à domicile et la santé publique, entre autres.

- **Matériel et fournitures de santé**

C'est l'éventail de matériel, de fournitures, de médicaments et d'autres articles nécessaires pour combattre ou prévenir la maladie.

- **Connaissance en matière de santé**

Elles sont les diverses méthodes de prévention, de traitement et de réadaptation.

- **Prestations de soins**

Les prestations de soins ont pour but de dispenser les services médicaux et pharmaceutiques visant à maintenir ou à rétablir la santé. Elles se déroulent suivant un processus de qualité qui doit être évalué.

- **Qualité**

De façon philosophique, la qualité est un processus intemporel de recherche du mieux. Au niveau commercial c'est la réponse optimale aux besoins du client. De façon technique, c'est le respect des normes admises. Selon DONABEDIAN A (2003), la qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum de bénéfice pour la santé sans augmenter pour autant les risques. La qualité, c'est aussi le fait de tendre toujours mieux vers l'adéquation entre demande et besoins des gens d'une part et services offerts d'autre part. Si on considère l'acte médical comme un service rendu par un médecin prestataire de service à un patient consommateur, on fera ainsi intervenir la composante commerciale qui constitue la satisfaction de l'utilisateur. Trois conditions sont nécessaires pour en faire la valeur : la compétence professionnelle (elle associe les connaissances de base ou théoriques), les moyens ou matériels employés, les procédures utilisées (la conformité des prescriptions diagnostiques ou thérapeutiques par rapport à la situation observée au même moment et dans les lieux analogues (DUBOIS O., 1999)).

- **Recours**

Personne ou chose à laquelle on s'adresse pour une aide, pour un secours. On peut recourir aux services de santé moderne, aux tradithérapeutes et à l'automédication.

- **Fréquentation**

La fréquentation de centre de santé, est l'action d'aller souvent, habituellement dans un ou des centres de santé.

- **Accès**

C'est la capacité d'atteindre un service et d'y être admis.

- **Accessibilité**

Selon PENCHANSKY A. et THOMAS P. (1981), l'accessibilité se définit comme la relation entre la localisation des services et celle des patients, prenant en compte la mobilité des patients, la durée, la distance, le coût du traitement et le coût du trajet.

- **Commodité**

Il s'agit de la relation entre la manière dont les ressources sont organisées pour accueillir le patient et la capacité de celui-ci à s'adapter à cette offre. La notion de commodité renvoie à la possibilité d'un contact pratique et facile entre le patient et le système de santé.

- **Acceptabilité**

Selon PENCHANSKY A. et THOMAS P.(1981), l'acceptabilité fait essentiellement référence à la capacité, à la fois du prestataire de services et du patient de surmonter des barrières sociales et culturelles.

- **Itinéraire thérapeutique**

Par itinéraire thérapeutique nous faisons référence aux parcours utilisés par les individus pour l'obtention de soins. Elle se définit comme l'ensemble des processus impliqués, avec leurs détours et sinuosité dans une quête thérapeutique allant de l'apparition d'un trouble à toutes ses étapes où peuvent s'actualiser diverses interprétations (SINZINNE N. 2001).

- **Médecine moderne**

C'est la science qui a pour objet la conservation ou le rétablissement de santé.

- **Médecine traditionnelle**

La médecine traditionnelle est l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social, en s'appuyant exclusivement sur l'expérience vécue et l'observation transmise de génération en génération, (OMS 1993).

- **Religiothérapie**

Elle est « l'ensemble des procédés et procédures mis en place pour convoquer le sacré au chevet du malade, afin que celui-ci recouvre rapidement et totalement sa santé d'antan d'une façon presque miraculeuse » (MOUVY B., 2006).

- **Disponibilité**

Par disponibilité il ne faut en effet pas seulement entendre la simple présence physique d'une infrastructure sanitaire, mais sa capacité réelle à produire un service (DONABEDIAN A. 2003).

- **Pauvreté**

La pauvreté selon la Banque Mondiale, (1996) est un phénomène pluridimensionnel qui ne peut être facilement réduit à quelques indicateurs quantitatifs. Aujourd'hui, cette notion est généralement perçue en termes de privations matérielles évalués d'après le revenu, la consommation et les dépenses d'un individu. Il faut noter que le manque d'argent, qui entraîne des difficultés telles que se nourrir, s'habiller et se loger, constitue la pauvreté pécuniaire. Selon le Ministère Chargé de la Planification et du Développement (2005), la pauvreté appréhendée au sens du développement humain, est définie comme un état de privation de bien être économique et social.

La pauvreté est définie comme étant un manque de biens et une insuffisance des choses nécessaires à la vie. Abondant dans le même sens, AKAKPO G. (2007) pense que « la

mesure de la pauvreté se ramène donc à la définition d'un panier de biens et de services qu'un individu devrait pouvoir se procurer pour satisfaire ses besoins fondamentaux ».

Pour l'OMS (1995), la pauvreté des conditions de vie ou d'existence résulte de l'impossibilité de satisfaire les besoins qui permettent de mener une vie décente dans une société donnée. Elle peut aussi résulter d'une malnutrition, d'une absence d'éducation, d'un logement insalubre, et du non recours aux centres de santé modernes. « Ne dit-on pas souvent richesse et santé, pauvreté et maladie ».

- **Maladie**

Elle est une représentation anormale reçue par un sujet à partir d'une souffrance, d'une douleur, d'un trouble physiologique, en d'autres termes la maladie est le signal d'un état de changement biologique négativement ressenti par l'organisme. C'est également le dysfonctionnement de l'appareil organique qu'on doit pouvoir diagnostiquer ou identifier par une pathologie minutieuse, en vue de trouver une thérapie adéquate.

- **Santé**

Elle est la condition nécessaire, pour un individu ou un groupe, au développement de ses potentiels de vie. L'OMS, (1952) affirme que la santé publique « est l'art et la science de prévenir les maladies, de prolonger la vie, d'améliorer la santé physique et mentale des individus par le moyen d'action collective pour assainir le milieu, lutter contre les épidémies, enseigner l'hygiène corporelle... »

- **Développement**

En matière de santé, le développement est synonyme d'accès à des infrastructures collectives, à la santé, à l'éducation, à l'eau potable, bref à tout ce qui permet d'améliorer les conditions de vie d'un individu ou de la majorité de la population. Il consiste à rendre la société susceptible de passer à une vie économique productive et socialement satisfaisante.

- **Mortalité maternelle**

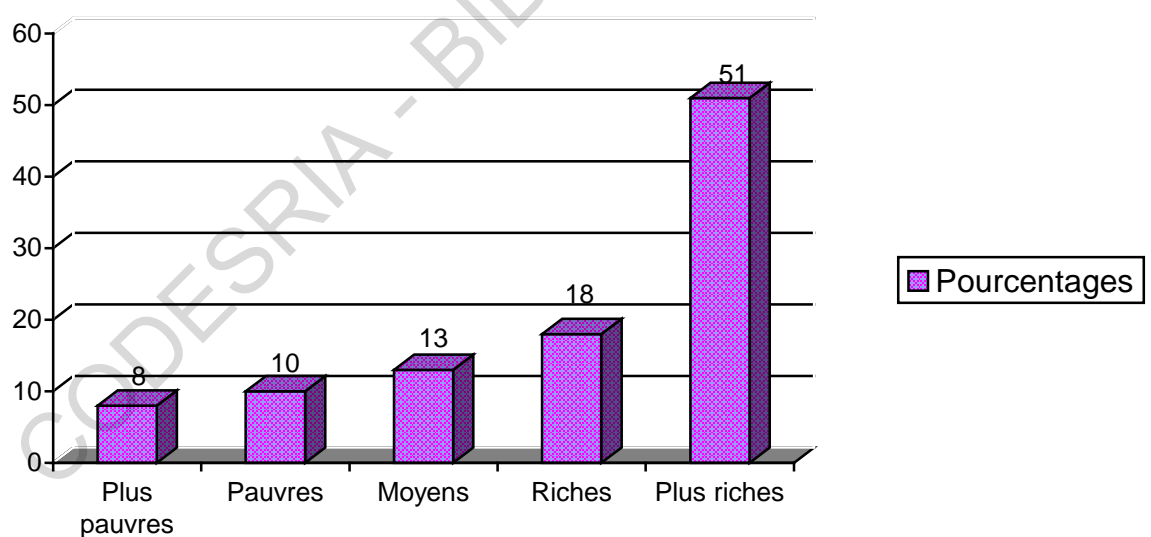
Elle se définit comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite (OMS, 1977 ; OMS, 1993).

3.2 Pauvreté et santé en Afrique subsaharienne

Il est important pour la population d'être en bonne santé, mais cela est crucial pour les pauvres parce qu'ayant un faible revenu. Cependant les problèmes de santé liés à la pauvreté sont légions et difficiles à résoudre. La pauvreté a un impact sur la santé de l'homme ; elle est source de morbidité et de mortalité des populations démunies. La pauvreté conspire avec les maladies les plus meurtrières et plus douloureuses pour rendre misérable ou fatale l'existence de tous ceux qui en souffrent.

Les malades pauvres ont difficilement recours à des soins modernes par manque de moyens financiers. Au Bénin, les visites effectuées auprès d'un médecin pour des soins prénatals sont l'apanage des femmes plus riches FOURN L., 2005, (voir figure n° 2).

Figure n° 2 : Répartition des femmes ayant reçu des soins prénatals auprès d'un médecin au Bénin selon leur catégorie sociale (en pourcentage).



Sources : NAMORO R., 2008, d'après le Rapport National sur l'état et le devenir de la population du Bénin. D'après la figure n°2, plus de la moitié (51 %) des femmes qui ont accès aux centres médicaux font partie des couches les plus riches de la population féminine. En revanche les autres couches ont chacune un taux de fréquentation inférieur à 20 %.

Cette remarque correspond à celle d'AVOUGLA K. (2005) qui incrimine la pauvreté parmi les causes de la mortalité féminine. Selon ce dernier, la fréquentation des centres de santé

diminue au fur et à mesure que les coûts du service de l'offre augmentent. Selon l'OMS cité par AVOUGLA R., 12,2 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année pour la plupart de maladies qui pourraient être évitées moyennant une dépense de quelques centimes.

La pauvreté est incontestablement la cause principale de la faim et de la malnutrition des adultes, et par voie de conséquence des enfants. Une étude menée récemment au Ghana a confirmé que la fréquence de maigreur chez les femmes enceintes était fortement liée au niveau socioéconomique moyen (MAIRE B. et DELPEUCH F., 2000). Les pauvres sont plus souvent malades que les riches. Ils ont un moindre accès aux soins de santé. Les structures auxquelles ils recourent sont de qualité médiocre et ne répondent pas à leurs besoins. (FNUAP 2002). Somme toute, la pauvreté a de nombreuses dimensions : la mauvaise santé, l'analphabétisme, l'exclusion sociale et la discrimination sexiste.

La dévaluation du franc CFA intervenue en janvier 1994, ainsi que les différents programmes d'ajustement structurel imposés aux gouvernements des Pays Sous Développés sont des facteurs qui ont aggravé l'incapacité des Etats africains à faire face aux problèmes socio sanitaires. L'Etat n'est plus en mesure d'assurer la gratuité des soins à ses citoyens et les différents programmes élaborés afin de corriger cette situation n'ont malheureusement pas produit les résultats escomptés.

3.3 Femmes enceintes, recours aux soins non médicaux

Pour certaines femmes, l'accouchement à la maternité est inconcevable car il ne permet pas le respect des coutumes et cérémonies qui entourent la naissance. Ainsi au dispensaire de Sago, un village de la sous-préfecture de Sassandra, de même qu'à la maternité de la ville de Sassandra, le personnel de santé déplore des cas de femmes, qui en dépit d'un suivi régulier de leur grossesse, préfèrent accoucher chez elles ou auprès d'un thérapeute traditionnel afin de pouvoir effectuer les rituels souhaités (FNUAP, 2002).

Une femme en travail avait eu des complications après la délivrance. Les matrones avaient la peine à retirer le placenta. Mais lorsqu'elles ont fait appel à un guérisseur spécialiste qui a fait boire à la femme son produit, celle-ci est rétablie dans les heures qui ont suivi. Il y a aussi une maladie qui intervient lors de l'accouchement. Il apparaît deux grosses boules qui coincent l'utérus de part et d'autre et empêchent sa dilatation, si on ne trouve pas celui qui

traite ce mal, la parturiente risque de subir la césarienne au pire des cas elle meurt. Le bénéfice des soins traditionnels tels que les massages d'après délivrance, l'accès aux suites de couches (cordon, placenta) après accouchement, la préservation de l'intimité de la femme par l'éloignement de toute présence masculine et l'utilisation non collective des salles de séjour et du matériel d'intervention obstétricales, sont autant d'éléments qui ne sont pas le propre de la médecine moderne (FATHALLA S., 1992).

Au niveau de la religiothérapie, pratiquement toutes les religions sont préoccupées par la gestion de la maladie chez leurs fidèles soit pour proposer des explications en terme d'origine divine ou de sanction pour le non respect aux règles édictées, soit pour fonder des thérapies sur la mobilisation des forces surnaturelles, ou soit pour déterminer les comportements et attitudes orientés vers la prévention (MASSE R. et BENOIST J., 2002)

Mais lorsqu'une personne tombe malade et si ce n'est pas grave, on opte pour l'automédication. Elle favorise l'accès facile aux médicaments sans intermédiaire médical. L'automédication permet de se libérer des contraintes financières imposées par les frais médicaux. Elle permet aussi de faire des économies (DANSOU M. K., 1991 et KPONTON A. E., 1984).

3.4- Le statut social de la femme comme un risque sanitaire

La condition féminine reste rude en Afrique. Une africaine sur deux accouche avant l'âge de 20 ans et 250 000 mères en couches chaque année. (MUHURI E. et PRESTON Y., 2000). La durée d'activité des femmes varie, en Afrique de 6 à 10 heures par jour, et est systématiquement un peu plus élevée que celle des hommes. Près de 60 pour cent des femmes sont impliquées dans les secteurs primaire et secondaire tandis que 20 à 50 pour cent du temps des femmes en âge de procréer est consacré à la grossesse et à la lactation.

Assurer leur triple rôle biologique, économique et culturel entraîne notamment des conflits en matière de demande de temps, faute de disposer d'aides technologiques adaptées ; or le temps disponible des mères est un facteur critique jusqu'à l'âge de deux ans, pour la nutrition du nourrisson. Si la mère exerce son activité dans le cadre de l'entretien de son ménage, l'enfant est moins souvent malade et a une meilleure croissance. Par contre, si la mère est trop occupée à l'extérieur, on observe une plus grande fréquence d'anémie, de diarrhée et un

ralentissement de croissance. En ville, ceci est particulièrement important pour les femmes, qui doivent travailler à l'extérieur, surtout lorsqu'elles assurent seules la conduite de leur ménage, de même lors des saisons difficiles avec beaucoup de travaux des champs. Le travail hors domicile concerne 50 pour cent des femmes urbaines actuellement en Afrique, avec des problèmes concomitants de garde d'enfants peu ou pas résolus, (MAIRE B. et DELPEUCH F., 2000). Les femmes enceintes encore trop souvent surchargées de travail et soumises aux aléas saisonniers ont fréquemment des gains de poids insuffisants, d'où les chiffres importants de faible poids de naissance.

De plus, les femmes sont régulièrement victimes d'acte de violence dans leurs foyers de la part de leurs maris. Certains de ces actes graves entraînent d'importantes incapacités physiques les empêchant pendant des jours et quelques fois des mois de continuer leurs activités. A cette violence physique, s'ajoute une violence morale parfois plus insupportable générée à la fois par les comportements de leurs maris et ceux de la belle famille. Le statut de la femme dans la société affecte fortement la mortalité maternelle dans la mesure où il influence le schéma du maternage. (ADJAMAGBO A., GUILLAUME A. et N'GUESSAN K., 1999).

La pauvreté et le sous-développement sont également des facteurs non négligeables de la mortalité maternelle, mais à ceux-ci il faut parfois ajouter une discrimination envers les femmes. La plupart des problèmes de santé qui affectent les femmes trouvent leur origine dans l'enfance. Il a été démontré que là où le statut de la femme est faible, les filles sont désavantagées depuis la naissance (GUPTA D., 1987 ; MUHURI E. et PRESTON Y., 1991). Leurs besoins sont classés en second plan par rapport à ceux des garçons ; comparativement à leurs frères, elles mangent moins et obtiennent une moindre part des aliments nutritifs, reçoivent moins d'éducation et on s'attend à ce qu'elles contribuent davantage aux activités du ménage dès le jeune âge, (ABOUZHR K. et ROYSTON B., 1991 ; GUPTA D., 1987).

3.5 La qualité, un facteur essentiel d'attraction des services de santé

La qualité étant un processus intemporel de recherche de mieux, comme nous l'avons souligné plus haut, il apparaît nécessaire que les installations sanitaires fassent son acquisition. A cet effet, DOSSEH R. (2005) estime que « les services de santé maternelle de

qualité doivent être acceptables pour les utilisatrices potentielles et correspondre aux normes culturelles et sociales (respect de l'intimité et de la confidentialité ». Les soins de qualité nécessitent une formation initiale en Paquet Minimum d'Activité (PMA) ainsi qu'un recyclage périodique sur le PMA (EPAILLARD J. P., 1994). Pour être sûr que les services de soins maternels dispensent des soins de qualité, il faut les évaluer régulièrement dans la perspective tant des prestataires que des utilisatrices et les améliorer si nécessaire. Si les soins ne correspondent pas aux normes, c'est souvent parce que le personnel est mal encadré, sous payé surchargé de travail, ou du moins il ne bénéficie pas toujours de la formation ou du recyclage nécessaire pour améliorer ses compétences (DOSSEH R., 2005).

Le temps d'attente est un aspect de la qualité. Lorsqu'il est long, cela constitue un handicap pour la qualité des soins. Ainsi d'après les enquêtes menées par BASSOWA B. T. (2006) au CHU-Tokoin, les prestataires de soins estiment que « la première consultation prénatale était généralement la plus longue. Elle était en moyenne d'une durée de 40 à 50 minutes. Mais habituellement, la consultation a une durée de 20 à 30 minutes. Le temps consacré à la prise en charge varie également en fonction de la spécificité des cas, la consultation est plus longue en cas de grossesse à risque (en moyenne 20 à 45 minutes) ». La durée de la consultation est également influencée par la longueur de la file des gestantes en attente d'être consultées.

Par ailleurs, la vétusté des locaux en Afrique subsaharienne (voir photo n° 1) et leur inadéquation constituent des problèmes de taille.

Photo n° 1 : Vétusté du local de la maternité du CHU Tokoin à Lomé



Source : cliché de NAMORO R., 2008

La salle d'attente trop exigü et mal aérée, une situation qui oblige les parturientes à attendre dehors sous le hall (photo n° 2) et leurs parents au long du couloir (photos n° 3). Puisque la mauvaise aération entraîne l'excès de chaleur à certaines heures notamment en fin de matinée. La conception des salles d'attente est à revoir. Mais en attendant, une solution provisoire consisterait à la munir de brasseurs d'air (BASSOWA B.T., 2006).

L'état des sanitaires mis à la disposition des gestantes n'est pas plus sains et par conséquent peut être, une source non négligeable d'infection nosocomiale. Selon BASSOWA B. T., dans sa thèse de doctorat en médecine, « les salles de bain au CHU Tokoin, sont insuffisantes et surtout l'accès aux sanitaires est payant. De plus les installations sanitaires prévues pour les patientes sont souvent dans un état défectueux et mal entretenu. Tous ces facteurs constituent pour les clientes des facteurs d'inconfort qui nuisent à leur santé.

Photo n° 2 : Des gestantes et leurs accompagnants impatients de se faire servir attendent sous le hall de la maternité du CHU Tokoin



Source : cliché de NAMORO R., 2008.

Photo n°3 : Les parents accompagnant les parturientes attendent dans le couloir



Source : cliché de NAMORO R., 2008

3.6 La santé, une des premières priorités du développement

La santé, la bonne santé est l'une des conditions *sine qua non* du développement de toute communauté car sans elle, l'épanouissement n'est nullement possible. La santé doit être considérée comme un volet prioritaire car elle participe pleinement à l'accroissement des richesses de la collectivité.

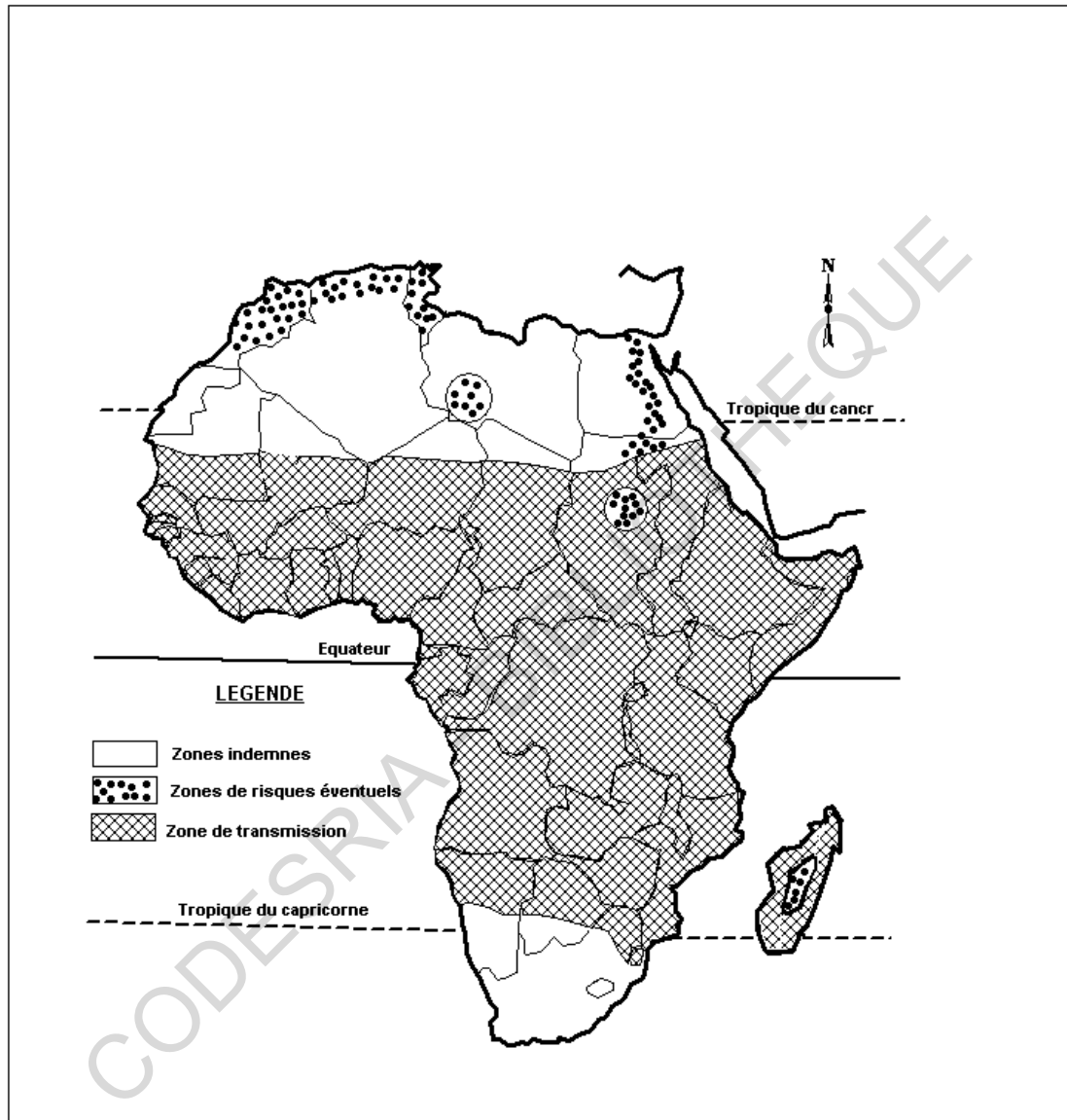
Comme nous pouvons le remarquer, la santé demeure la condition primordiale de tout développement humain. Sans la bonne santé tout effort humain est difficile voire impossible. Le mauvais état de santé constitue pour l'homme son ennemi premier. Toute activité humaine se voit bloquée lorsque l'homme tombe malade et n'a plus de force nécessaire pour exercer un travail physique. La santé représente un capital important à investir dans tout projet ou mieux dans tout effort de développement. Ainsi donc il est important de permettre à tous les hommes d'accéder aux soins lorsqu'ils tombent malades et surtout de bien les soigner.

L'amélioration des conditions économiques et sociales d'un pays va de pair avec le progrès en matière de protection et de l'amélioration de la santé. Il faut noter qu'il existe une interdépendance entre la démographie, la santé et l'économie.

En effet, selon ANAN K. (Année ???) « L'éducation des filles est le meilleur outil de développement qui soit. Aucune stratégie ne donne de si bons résultats lorsqu'il s'agit d'augmenter la productivité économique, de réduire la mortalité infantile et maternelle, d'améliorer la nutrition et de promouvoir la santé ». Ainsi cette éducation passera par l'information, l'éducation et la communication sur l'importance des consultations prénatale, l'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié et leur impact sur les taux de mortalité prénatale. FOURN L. (2005) abondant dans ce sens exprime ceci en ces termes « dis moi quel est le taux de mortalité maternelle ou le taux de mortalité infantile de ton pays et je te dirai son niveau de développement socio économique ». Il est aussi important de lutter contre toutes les maladies, en l'occurrence le paludisme qui demeure toujours une affection meurtrière dans presque tous les pays africains (figure n°3).

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Fig. 2 : Répartition Géographique du Paludisme



Source: NAMORO R. , 2008 , d'après les données du document de l'O M S (1982)

En somme, santé et développement sont intimement liés, l'état sanitaire d'un pays est l'un des indicateurs les plus parlants de son développement. En général, le développement part du processus par lequel on améliore la qualité de la vie humaine. Il comprend trois aspects dont élever les niveaux de vie des populations, créer les conditions favorables à l'estime de soi et accroître la liberté du choix des populations. Pour cette raison, la santé et les moyens de la préserver jouent donc un rôle crucial dans le développement.

En somme, la juste répartition des infrastructures sanitaires, la bonne prestation des services de santé, la réduction des frais de consultation et la chute de prix des médicaments sont les seuls moyens en vue d'améliorer les conditions des services de santé modernes. A partir de ce moment, toutes les couches sociales auront recours aux soins de santé moderne.

Nous savons tous que la santé est la condition *sine qua non* du développement. Ainsi comment pouvons- nous atteindre le développement si nous n'avons pas les structures de santé bien requises de même que les conditions d'accès faciles ?

Au terme de cette approche bibliographique de l'Afrique subsaharienne, nous tirons la conclusion selon laquelle le problème du développement en Afrique n'est pas résolu, puisque les problèmes évoqués sont inhérents à la santé. Il ressort des écrits que nous avons consultés que l'Afrique a amorcé les OMD mais n'a pas encore atteint la santé pour tous. Et pourtant ce ne sont pas les tentatives qui ont manqué en vue d'améliorer la santé des hommes voire celles des femmes enceintes. Souvent, il ne s'agissait que des remèdes qui sont en inadéquation avec le mal africain. Il en résulte que les personnes malades optent pour d'autres itinéraires thérapeutiques. Etant donné que la situation est analogue dans presque tous les pays de l'Afrique subsaharienne, quelle physionomie présente la ville de Lomé de la région maritime au Togo ?

TROISIEME PARTIE

PROJET DE THESE
THEME : INFRASTRUCTURES SANITAIRES ET
RECOURS AUX SOINS DE SANTE CHEZ LES FEMMES
ENCEINTES DANS LA VILLE DE LOME AU TOGO

La recherche documentaire nous a permis de tenir compte des travaux antérieurement menés sur le thème et la zone d'étude et d'affiner le cadre théorique.

Notre projet dans cette troisième partie est de présenter le cadre géographique de notre environnement d'étude ainsi que la démarche méthodologique pour aboutir à des résultats probants. Au terme de ces étapes nous présenterons un plan provisoire qui sera notre travail de thèse. En annexe nous avons le questionnaire puis le chronogramme de la thèse.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 4 : MILIEU D'INVESTIGATION ET APPROCHE METHODOLOGIQUE

Il serait inadmissible pour un géographe de réaliser un travail sérieux sans auparavant chercher à étudier le milieu dans lequel se déroule cette recherche.

4.1 Présentation de la zone d'étude : la ville de Lomé au Togo

4.1.1 La ville de Lomé, une salade bol.

Lomé, ville du Togo (figure n°4), est située dans le sud ouest du bassin sédimentaire côtier, ce relief monotone (figure n° 5) favorise sans aucun doute l'installation humaine.

Lomé, ville cosmopolite va s'agrandir pendant et après la colonisation. Par un apport démographique de plus en plus grandissant en provenance de l'hinterland togolais par le biais des migrations interurbaines et surtout par le phénomène de l'exode rural, des migrations externes et tout particulièrement de la région ouest africaine (Maliens, Nigériens, Ivoiriens, Béninois, Sénégalais, Ghanéens, Tchadiens, Burkinabais etc.) et de plus en plus de l'ouest et du sud est asiatique (Syriens, Libanais, Pakistanais, Chinois, Thaïlandais), KLASSOU-ZINSOU K. (2007) caractérise ce mélange du terme "melting pot."

Parlant de la dynamique urbaine et du métissage culturel sur les côtes ouest africaines au début du XXème siècle, VIDROVITCH C. (1993), a affirmé que la ville de Lomé de nos jours offre un mélange social fort et net.

Ce métissage est source de pollution de l'environnement, d'introduction des maladies par les immigrants et de contamination des maladies par manque d'hygiène. Dans cette veine GOUROU P. (1982) et SAUTTER G. (1973), considèrent la maladie comme un témoignage de relation entre l'homme et son milieu.

Figure n°4 : Situation de la ville de Lomé au Togo

Figure n° 4: Localisation de la zone d'étude: la ville de Lomé.

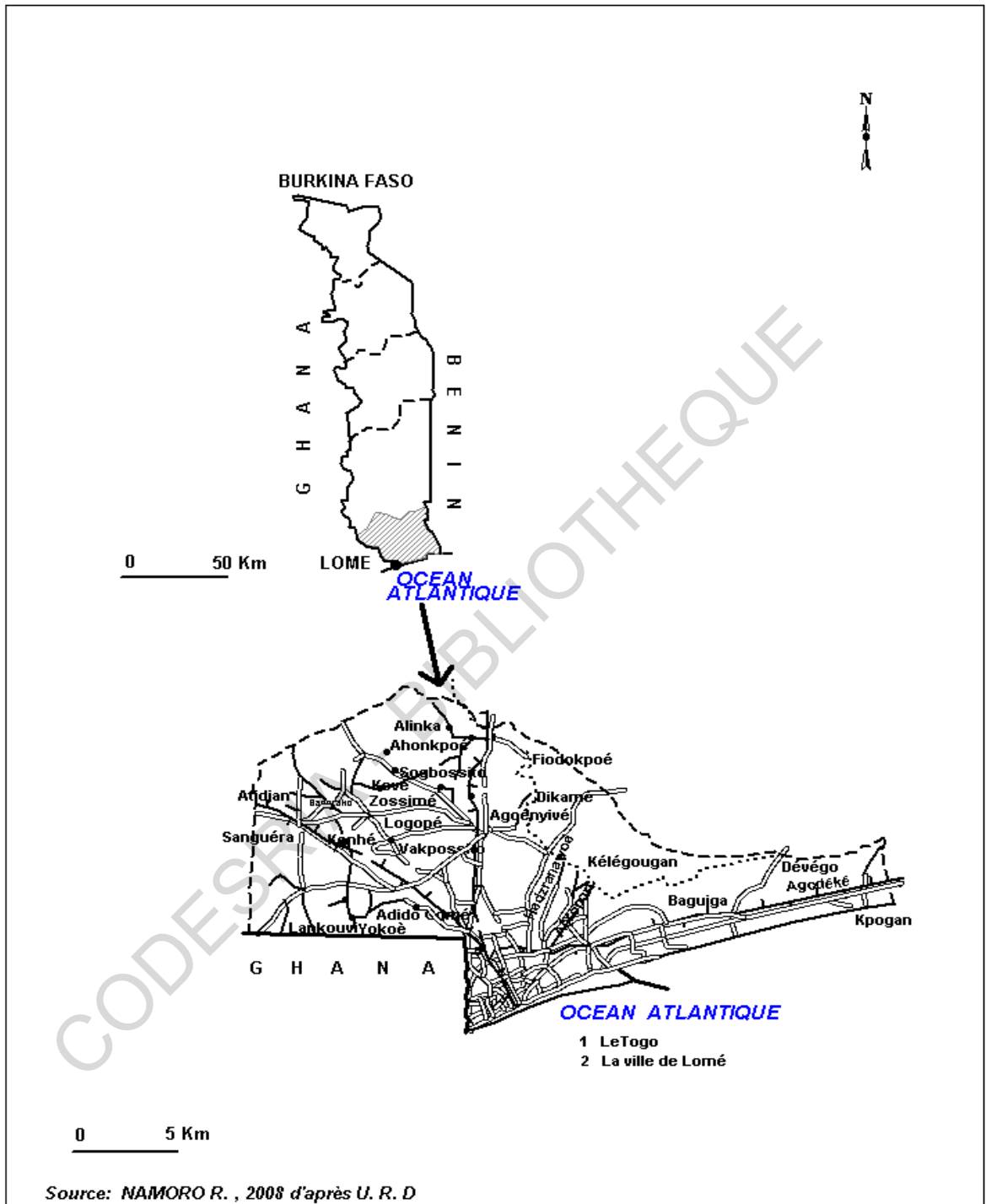
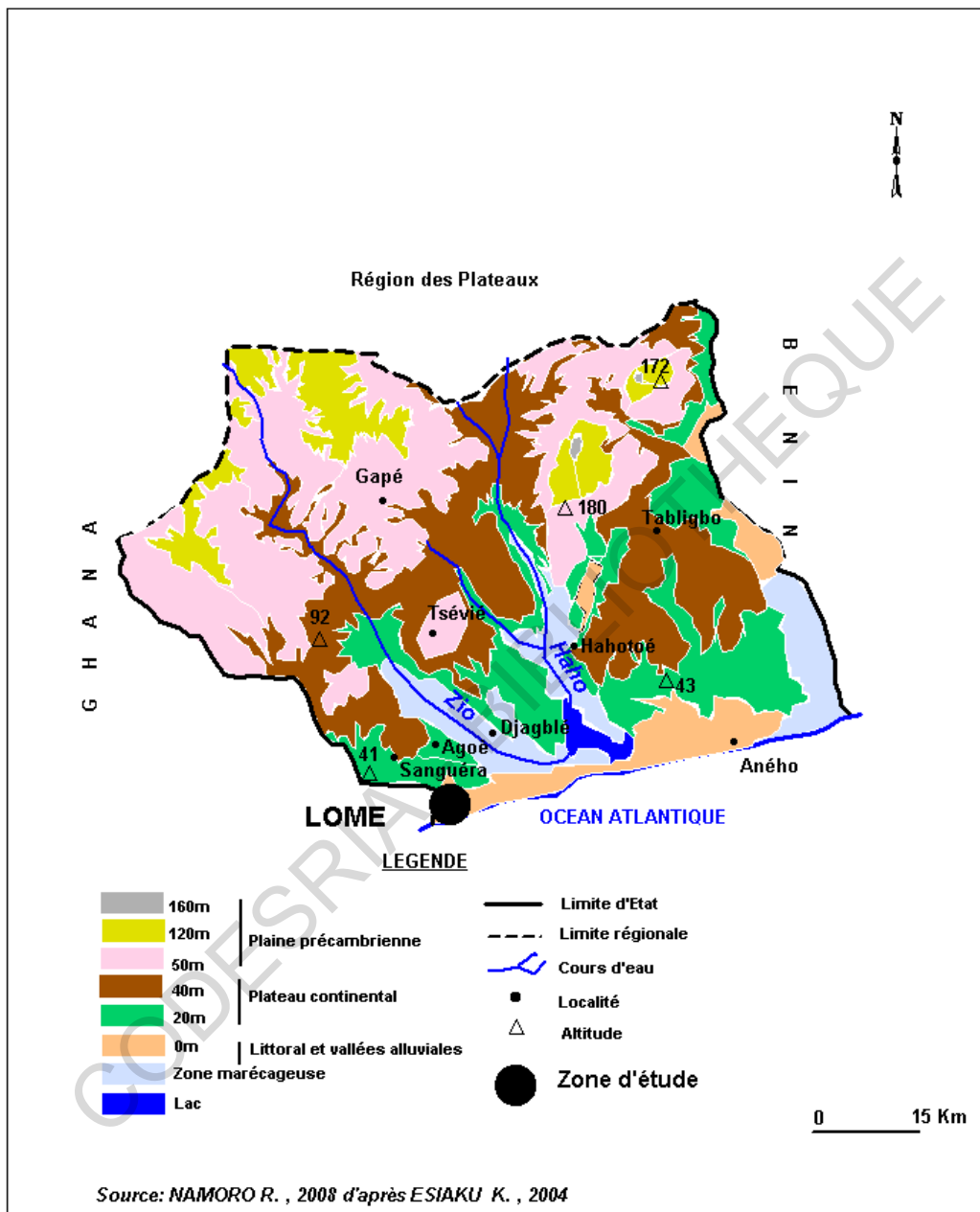


Figure n°5 : Relief de la zone d'étude par rapport à celui de la Région Maritime

Figure n° 4: Relief de la ville de Lomé par rapport à celui de la région maritime



4.1.2 Un territoire bien drainé avec un climat tropical humide (figure n° 6)

Lomé jouit d'un climat subéquatorial côtier caractérisé par une forte chaleur. (voir tableau n° 1).

Tableau n°1 : Les températures mensuelles à Lomé de 1971 à 2000 (en degré Celsius)

Mois	janvier	février	mars	avril	Mai	juin	Juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre
Température	27.5	28.4	28.8	28.6	24.8	26.6	25.7	25.5	26.1	27.9	27.8	27.5

Source : NAMORO R., 2008, d'après la direction de la météorologie nationale

A la lumière du tableau n° 1, mars apparaît nettement comme le mois le plus chaud (28.8° C). Par contre celui le moins chaud est le mois d'août (25.5° C). L'écart thermique est de 3,3° C.

Selon Gan (1992), les précipitations qui tombent sur la ville de Lomé chaque année sont très faibles. Voir tableau n° 2.

Tableau n° 2 : Les précipitations mensuelles à Lomé de 1971 à 2000 (en millimètre)

Mois	janvier	février	Mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre
Pluies	6.9	23.3	53.3	89.4	142.3	184.4	77	28.6	65.4	69.4	16.1	8.2

Source : NAMORO R., 2008, d'après la direction de la météorologie nationale.

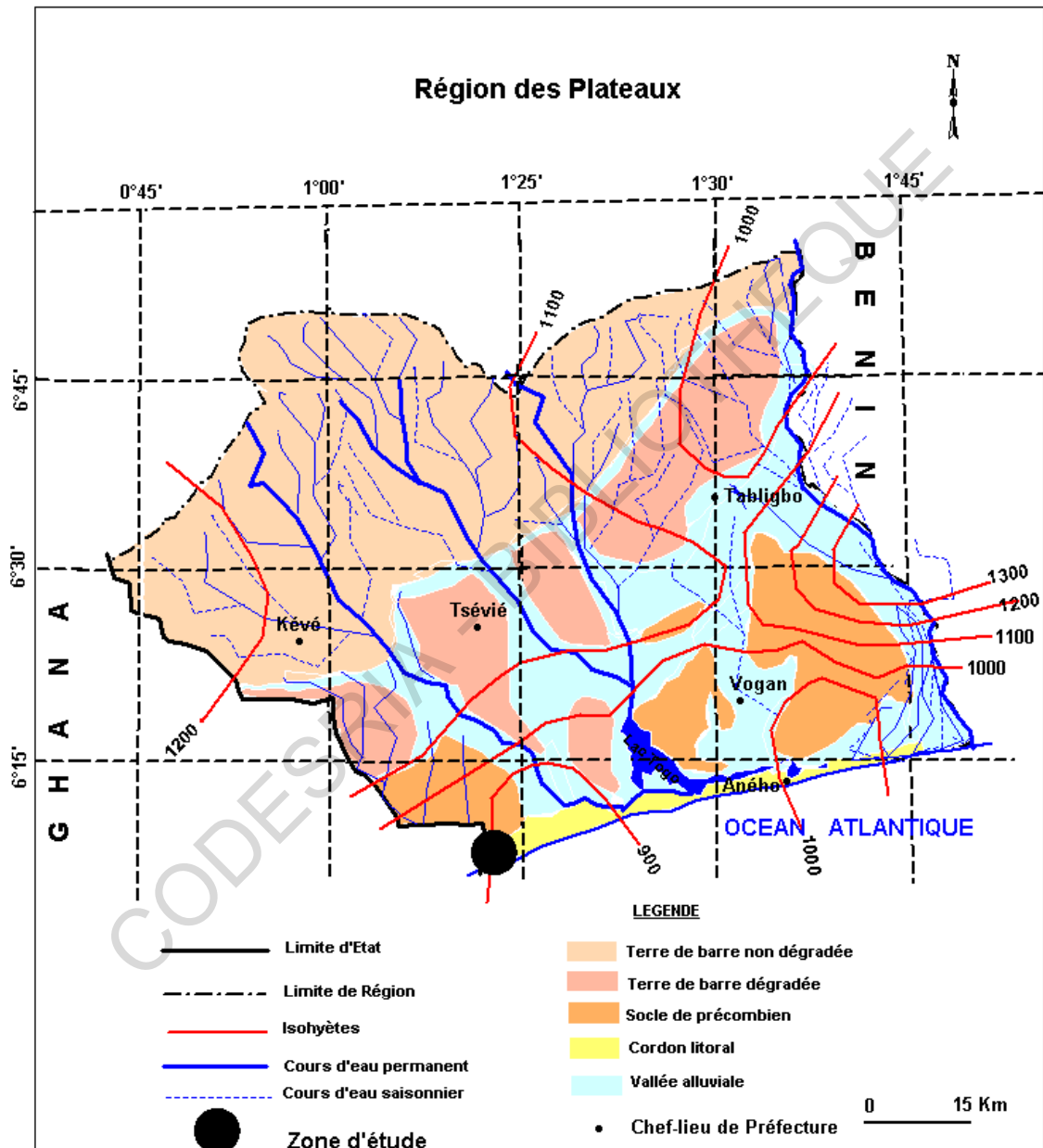
D'après le tableau n° 2, il résulte que par an on recueille un total pluviométrique de 764.5 millimètres à Lomé. A travers ce tableau il est a noté que Lomé est faiblement arrosée (cela s'explique par l'orientation de la côte par rapport aux courants marins). Cette anomalie a des répercussions sur les zones périurbaines où on pratique l'agriculture (faible productivité).

Bien que Lomé soit faiblement arrosée on observe habituellement en mai-juin des inondations dans certains quartiers. Ce phénomène est lié à l'insuffisance d'aménagement de la ville.

Notons que l'élévation de la température a des conséquences sur la santé des populations.

Le réseau hydrographique de l'environnement d'étude est constitué du fleuve Zio et des lacs (PEKETI A., 2004).

Figure n° 6 : Climat et hydrographie de la ville de Lomé par rapport à ceux de la Région Maritime



Source: NAMORA R. (2008), d'après Analyses Régionales - Région Maritime.

Pour KLASSOU-ZINSOU K. (2007), le réseau hydrographique de la zone d'étude se limite essentiellement à son système lagunaire localisé entre deux cordons littoraux. Il fait partie du grand chapelet du système lagunaire s'étendant du Ghana au Nigeria. On distingue à cet effet le lac ouest de 20 hectares, le lac est de 29 hectares et le lac de Bè de 31 hectares. La portion de la basse vallée de Zio située à la périphérie nord de la ville de Lomé vient compléter le système hydrique. La rivière Zio (176 km) naît à 800m d'altitude dans les monts du Togo près du village de Agoté ; elle collecte les eaux de plusieurs ruisseaux qui la rendent pérenne.

La rivière Zio a un régime régulier et développe sur la terre de barre à partir d'Alokoègbé une zone d'inondation de plus en plus large vers l'embouchure.

Pour DZIWONOU Y. (2000) la naissance de Lomé a certainement été déterminée par la présence d'une zone côtière qui n'est pas sujette à l'inondation, de façon permanente ou temporaire.

Dans le plan d'action quinquennal 2001-2005, l'OMS estime que « la lagune très polluée par le rejet d'effluents de toute sorte, est à l'origine d'odeurs nauséabondes ». Elle préconise une analyse globale qui insiste sur le dragage, afin d'améliorer les conditions environnementales autour des plans d'eau et le dégagement des tas d'ordures à côté des maisons (voir photo n° 4). AMAT-ROZE J. et REMY G. (2000) déclarent que « le rôle le plus déterminant est tenu par les eaux de surface d'origine pluviale ; elles favorisent la présence des espèces anophéliennes les plus répandues ».

Photo n° 4 : Un dépotoir à côté des maisons



Source : cliché de NAMORO R., 2008.

4.1.3 Un couvert végétal en recule

Résultant de la dégradation clairsemée, on retrouve des espèces telles que le baobab, les formations de fourrés. Sur le système lagunaire et dans les dépressions nous avons une végétation hydrophilienne et de mangrove. D'une façon générale la végétation de la zone d'étude est dominée par une savane sèche. Cette formation constitue le gîte des reptiles qui sont un danger pour l'homme.

4.1.4 Une population urbaine en croissance continue

La ville de Lomé, depuis sa création, a connu une croissance tant de sa population que de sa superficie. Voir figure n° 7.

La conquête des terres à Lomé a pris de l'ampleur à partir des années 1970, période au cours de laquelle la ville a traversé la lagune pour conquérir de nouveaux espaces.

Cette conquête des terres a des conséquences, notamment l'occupation des dépressions qui sont sources d'inondation, (voir photo n°5) pendant la saison des pluies dans certains quartiers : Kagomé, Kagnikopé, Akorésséwa, Gbadagho, Baguida. Ces zones inondées

conservent leur eau pendant et après la saison pluvieuse. Ces eaux stagnantes hébergent des mouches et des moustiques qui se répandent dans la ville. Nous observons dans ces secteurs la prolifération des maladies et des dégâts matériels. Allant dans le même sens REMY P. (1988), RAYNAUD et VAGET (1989), affirment que certains lieux se montrent porteurs de risques pour les communautés qui s'y activent.

Photo n° 4 : Une maison inondée dans le quartier de Baguida



Source : Cliché NAMORO R., 2008.

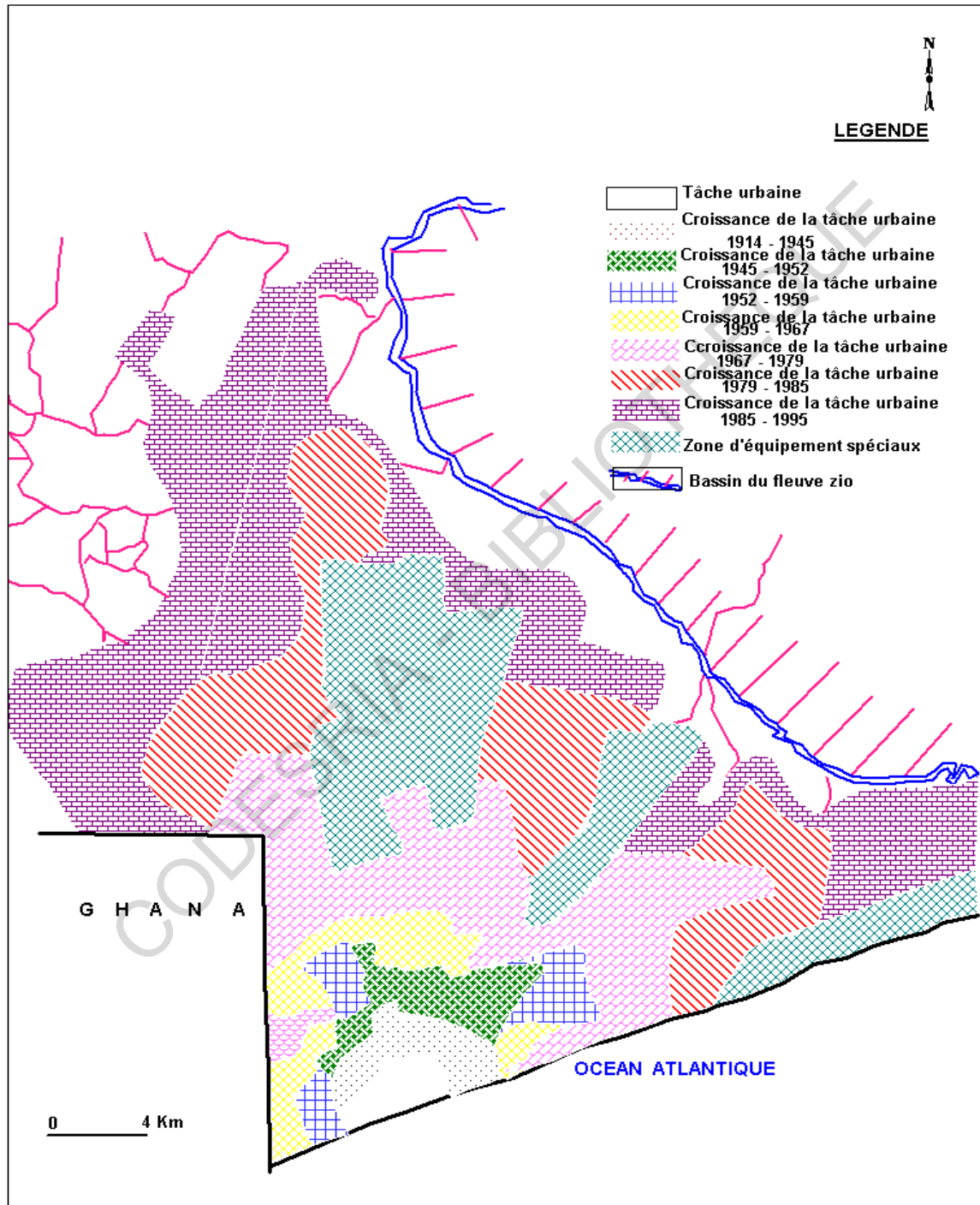
L'évolution spatiale de l'agglomération de Lomé a été très rapide. En 1970, Lomé avait une superficie de 1900 hectares. Elle a atteint 6000 hectares en 1981, 9000 hectares en 1997. Soit en 27 ans, elle est passée de 1900 à 9000 hectares (N'KERE P., 2006).

L'effectif de la population urbaine de Lomé est resté modeste jusqu'en 1950 où on dénombrait 37000 habitants. Au cours de la période 1970-1981, Lomé a connu une croissance très rapide de sa population. De 185000 habitants elle passa à 375000 habitants respectivement de 1970 à 1981 (GUEZERE A., 2000). Et de 1995 à 2005, la population loméenne est passée de 860250 habitants à 1120000 habitants (DZIWONOU Y., 2000 et KLASSOU-ZINSOU K., 2007).

Cette croissance urbaine a pour conséquence l'augmentation des besoins en soins de santé qui seraient d'ailleurs supérieurs à l'offre de soins.

Figure 7 : Croissance spatiale de la ville de Lomé de 1941 à 1995

Fig. 8: Croissance spatiale de la ville de Lomé de 1941 à 1995



Source: NAMORO R., 2008 d'après GUEZERE A. 2008.

4.1.5 Caractéristique économique de la ville de Lomé

Au Togo, le seuil de pauvreté est de 5800 FCFA de dépenses mensuelles par personne (AKAKPO P., 2007). Dans cette veine N'KERE P. (2006), pour confirmer l'état de pauvreté, estime que le SMIG togolais était de 13757 FCFA révisé en août 2008 à 28000 FCFA . L'enquête menée par BOUKPESSI K. (2007), montre qu'à Lomé 16,6% environ de chefs de ménages sont sans emplois ou sont retraités, soit 23240 ménages. 52% des ménages à Lomé ont plus de six personnes au sein du ménage. Environ 45% des salariés de la fonction publique ont moins de 50000FCFA par mois pour un ménage de six personnes en moyenne. La majorité de la population est pauvre, ce qui limite l'accès aux soins de santé moderne et oriente la population vers la pratique de l'automédication et la consultation des tradipraticiens.

4.2 APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE.

Cette partie est essentiellement fondée sur la présentation du cadre conceptuel et de la démarche méthodologique.

4.2.1- Le cadre conceptuel.

4.2.1.1- Problématique

En ce troisième millénaire, la santé constitue l'un des enjeux les plus importants du développement. C'est un sujet qui ne cesse de préoccuper les gouvernants, les planificateurs, les ONG et les spécialistes de la santé. En Afrique, ses composantes sont entre autre l'épineux problème de maladie notamment le paludisme, l'anémie, les maladies diarrhéiques et en plus aujourd'hui, le SIDA qui vient focaliser l'attention accordée aux problèmes de santé des populations par les pouvoirs publics et les institutions internationales.

Au moment où la conférence d'Alma Ata tenue en RUSSIE (1978) sous l'initiative de l'OMS, tire la sonnette d'alarme pour la dé médication du concept de santé, au moment où l'initiative de Bamako (1987) vient à la rescousse des populations démunies en recherchant l'équilibre sanitaire par le développement des thérapies à base des médicaments génériques, il devient impérieux à tous les acteurs de développement de repenser la gestion des ressources sanitaires de nos pays.

Afin de répondre aux besoins sanitaires d'une population à majorité pauvre (le seuil d'extrême pauvreté établi en 2000 à 70000 FCFA par adulte et par an (UNICEF, 2001)). Le Togo à l'instar des autres pays sous-développés encourage la création des centres de santé. Malheureusement, dans la ville de Lomé, capitale togolaise, il est frappant de constater que non seulement les structures de santé sont inégalement réparties mais aussi beaucoup d'infrastructures sanitaires sont desservies par des aides-soignants, des infirmiers ou des sages-femmes jouant le rôle dévolu aux médecins généralistes dans les pays développés.

La disponibilité en soin de qualité est le plus souvent restreinte par la pauvreté en matériel et plus encore en médicaments. Au total, l'efficacité thérapeutique des services de santé de base est habituellement médiocre à Lomé d'où leur aire d'attraction généralement fort réduite. **Malgré la faible** fréquentation des centres de santé qui n'est que de 25,7 % en 2003 selon le Ministère de la Santé. Parmi les différentes couches, c'est surtout la couche féminine et celle des enfants qui sont les plus vulnérables (FNUAP, 2003). Plus de deux millions de femmes meurent en travail chaque année dans le monde. Ceci s'explique par la médiocrité dans la prise en charge et le suivi des femmes enceintes. La situation des femmes est d'autant plus déplorable que leur pauvreté est aggravée par leur marginalisation dans les ménages et dans la société. Participant très peu aux prises de décisions (ADJAMAGBO K. et al, 1995), elles arrivent à peine à satisfaire à leurs besoins de santé.

Afin de cerner le problème au niveau de la ville de Lomé, nous avons choisi dans le cadre de ce mémoire de DEA, de nous intéresser à la couche la plus vulnérable, à savoir celle des femmes enceintes. Ainsi, notre question centrale se résume en ces mots : y a-t-il adéquation entre la demande en soins sanitaires des femmes enceintes et les infrastructures disponibles dans la ville de Lomé ?

Les questions subsidiaires sont les suivantes :

Comment sont réparties les centres de santé dans la ville de Lomé ?

Quelles sont les causes de la prolifération des maladies dans la zone d'étude ?

Où, de quelle manière et dans quelles circonstances se déroulent les soins de santé des femmes enceintes dans l'environnement d'étude ?

Quelles sont les conséquences des difficultés sanitaires des femmes sur le développement ?

4.2.1.2 – Objectifs de l'étude.

Objectif général

Le but de cette recherche est d'analyser le degré d'adéquation entre la demande de santé des femmes enceintes et les infrastructures à Lomé.

Objectifs spécifiques

Cet objectif général sera spécifié par les objectifs ci-après :

- . Décrire l'organisation spatiale des centres de santé dans la ville de Lomé.
- . Etudier les conditions et les comportements portant des risques sanitaires chez les femmes enceintes
- . Analyser les déterminants de la fréquentation des centres de santé dans la ville de Lomé.
- . Evaluer la qualité de soins offerts aux femmes enceintes.
- . Déterminer les inconvénients socioéconomiques des maladies dont souffrent les femmes enceintes à Lomé.

4.2.1.3 Hypothèses.

Hypothèse centrale

Les infrastructures sanitaires disponibles et la qualité des soins ne répondent pas à la demande et par ricochet aux besoins sans cesse croissants en soins de santé des femmes enceintes dans la ville de Lomé.

Hypothèses subsidiaires

- . D'une hiérarchie particulière, les infrastructures sanitaires sont organisées de manière inégale sur l'espace loméen.
- . Les conditions environnementales s'associent aux pratiques peu hygiéniques et à l'analphabétisme pour rendre plus complexe la situation sanitaire des femmes en général et des femmes enceintes en particulier dans la ville de Lomé.
- . Le recours aux structures de soins est déterminé par la distance, la qualité des soins, le coût de traitement et les réseaux de confiance.
- . La qualité des prestations de santé reste handicapée par le manque en personnel qualifié à tous les niveaux de suivi de prise en charge et de traitement des femmes enceintes.
- . Cette situation explique la vulnérabilité, la morbidité, le taux élevé de mortalité maternelle et infantile et porte par ricochet des risques énormes au développement socioéconomique.

4.2.1.4 Intérêt de l'étude

Les apports de cette étude à la connaissance et à la pratique de la géographie de la santé se situent à trois niveaux : niveau scientifique, niveau méthodologique et niveau pratique.

Au niveau scientifique, la géographie de la santé est un parent pauvre des travaux de géographie à l'université de Lomé. L'étude vient élargir la base de nos connaissances sur la problématique de la santé vue sous l'angle de la géographie. Cette contribution se justifie non seulement par les orientations théoriques des analyses mais aussi par les variables utilisées. En complétant les recherches existantes dans le domaine de la santé, cela participe à l'enrichissement de la littérature au demeurant très pauvre.

Sur le plan méthodologique, l'analyse quantitative et qualitative sera utilisée. L'analyse quantitative est nécessaire en raison des informations précises qui doivent être recueillies, notamment auprès des malades. Pour vérifier et évaluer certains facteurs, il faut procéder à un travail d'enquête en vue de regrouper et distinguer des informations. Ce qui rendra possible la construction des tableaux quantitatifs d'effectifs et d'opinions. L'analyse qualitative permettra d'accéder à certaines réalités qui font partie de notre objet de préoccupation telle que le vécu des malades, le sentiment d'exclusion et celui d'impuissance.

S'agissant de l'intérêt pratique, l'étude entend fournir aux pouvoirs publics et aux organismes de développement les informations fiables et des mesures urgentes à prendre en vue d'un rééquilibrage de la répartition des centres de santé et d'un rapprochement des infrastructures aux personnes les plus démunies. Cette étude permettra une meilleure conception des projets en soins de santé.

4.2.2 Méthodologie de collecte des données

4.2.2.1 Cadre théorique

Etant le fondement sur lequel est construit toute analyse scientifique, le cadre théorique est défini par VIMENYO M. (2006), comme l'ensemble des concepts qui sous-tendent la réflexion et suivant lesquels s'opère l'analyse des faits et des processus identifiables sur le terrain.

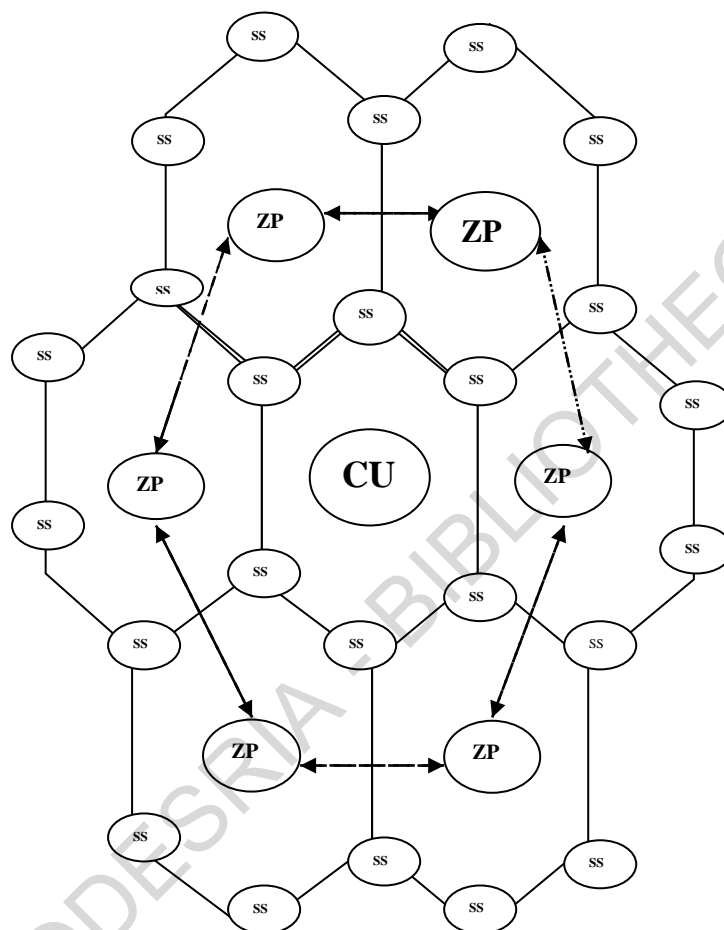
En effet, la géographie de la santé peut être définie comme cette branche de la géographie qui décrit et explique la répartition des maladies, des structures et des soins de santé dans l'espace.

Pour expliquer la répartition des centres de santé et apprécier les recours et les fréquentations, nous nous servons du modèle des lieux centraux de CHRISTALLER et LÖSCH qui permet d'analyser des prestations de service qui ont pour clientèle la population.

Dans ce modèle, les activités de service ont une particularité qu'elles supposent relation face à face directe du bénéficiaire et du prestataire. Dans ce cadre d'étude, il s'agit de la relation médecin-malade-établissement de santé. La plupart du temps, ce sont les clients qui se déplacent, car le temps des spécialistes est plus précieux que le leur. Cette théorie des lieux centraux s'attache à ce cadre général, elle se demande où doivent s'installer les fournisseurs de service pour assurer au mieux la desserte d'une population. Lorsqu'on regarde à quel prix revient le service en fonction de la distance, on s'aperçoit qu'il croît à partir du lieu où il est rendu ; il s'ajoute à l'honoraire versé, à ce que le client a dépensé en transport directement en argent et indirectement en temps perdu. Au fur et à mesure que la dépense augmente, la qualité du service demandé diminue. Pour assurer une desserte sanitaire équitable, il conviendrait que les établissements sanitaires soient situés à des rayons quasiment identiques et de manière homogène sur l'espace (Voir schéma n° 1).

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

Schéma n°1 : Homogénéité des services de santé sur l'espace selon la théorie des lieux centraux



CU : Centre Urbain
ZP : Zone Périurbaine
SS : Service de Santé

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

4.2.2.2- Sélection des variables

Plus spécifiquement la variable est une caractéristique qui change selon les individus de la population. Elle peut représenter différentes catégories ou peut prendre différentes dimensions (TOSSOU A., 2008).

Dans cette étude, nous avons sélectionné tout facteur susceptible d'apporter la lumière sur la fréquentation et le recours des centres de santé par les femmes enceintes.

Ainsi nous distinguons deux catégories de variables : les variables indépendantes et les variables dépendantes.

Variables indépendantes

Ce sont des variables qui sont censées avoir une influence sur une autre variable (âge, classe sociale et origine des patientes).

L'âge, nous permet de répartir nos enquêtées par tranche d'âges. Pourquoi la classe sociale ? Parce que les établissements de soins sont censés accueillir toutes les couches sociales. L'origine des malades, permet de déterminer la provenance des patientes en vue d'une meilleure analyse.

Variables dépendantes

Ce sont des variables dont le chercheur cherche à comprendre le comportement, autrement dit, c'est des variables à expliquer, (l'accueil au niveau des centres de santé et la qualité des soins).

L'accueil au niveau des services de santé, cette variable montre l'atmosphère dans laquelle les soignants traitent les malades, c'est-à-dire la relation entre soigné et soignant.

La qualité de soin, permet de jauger l'adéquation entre la demande ou le besoin et les services offerts, bref avoir une idée de l'efficacité des soins.

4.2.2.3 Collecte des données

La recherche documentaire ou collecte d'informations existantes se situe en amont de toutes les étapes de notre recherche. Cette phase de collecte d'information que nous poursuivons, nous a permis de consulter les ouvrages généraux (ayant trait à la géographie et à la

géographie de la santé) et spécifiques (qui concernent les infrastructures sanitaires et le recours aux centres de santé). Pour alimenter notre réflexion, des mémoires de maîtrise, de l'ENA et de DEA, les thèses de doctorat de troisième cycle ont retenu notre attention. Nous avons également mené des recherches cybernétiques.

L'enquête de terrain ou données non existantes, est la deuxième étape de notre travail de recherche. Dans cette étape, trois types de techniques seront prises en compte : l'observation, l'interview et l'enquête par questionnaire.

L'observation permet d'analyser l'état des infrastructures, d'étudier les problèmes et d'apprécier l'offre de soins. Au niveau de l'interview, nous nous entretiendrons avec le personnel de santé et les femmes enceintes en vue de recueillir leurs avis sur le type de recours fait par les femmes dans les établissements de santé et leurs causes.

A partir des objectifs, des hypothèses et des variables, nous aurons à élaborer un questionnaire qui sera administré à nos enquêtés.

La méthode d'échantillonnage

Notre enquête porte sur la ville de Lomé dont la population est estimée à 1200000 habitants en 2005. D'après les informations que nous avons recueillies auprès du Ministère de la Santé, il existe 51 établissements de santé à Lomé. On dénombre dans l'ordre décroissant, deux (02) centres hospitaliers universitaires, un centre hospitalier régional, un hôpital spécialisé, un hôpital de préfecture, une polyclinique, quatre (04) centres médico-sociaux, neuf (09) centres de santé, trente-deux (32) cliniques privées.

Notre enquête prend en compte deux (02) types de population au sens statistique du terme : les infrastructures sanitaires et les femmes enceintes. Nous nous intéresserons dans le cadre de nos travaux de thèse, aux femmes enceintes qui viennent consulter dans les structures retenues pour l'enquête.

Les différentes structures retenues pour l'enquête sont déterminées à un taux de sondage de 1/10, soit 51/10, ce qui donne approximativement 5. Il s'agit donc de cinq (05) centres de santé retenus par échantillonnage raisonné selon des critères qui tiennent compte de la catégorie de l'établissement considéré, de la localisation géographique, du coût de traitement et des qualités des soignants.

Pour le moment, les cinq (05) établissements de santé sur lesquels portera notre enquête, sont les suivants : le CHU Tokoin, le plus grand hôpital du Togo par sa capacité d'accueil, qui est situé au cœur de la ville ; l'Hôpital Secondaire de Bè qui est situé en périphérie mais reconnu pour son efficacité en matière de prise en charge des femmes enceintes ; le centre de santé de Lomé situé au cœur de la ville et ayant une renommée pour ses coûts de traitement bas et donc qui attire une foule de femmes démunies ; le centre médico-social d' Agoè, situé en périphérie et qui manque de personnel médical spécialisé ; la clinique MAXWELL, une clinique privée située au centre ville dans le même quartier que le centre de santé de Lomé, détenue par un gynécologue ayant un temps d'attente presque nul et avec des coûts de soins élevés.

Pour chaque établissement choisi, nous limiterons volontairement, pour des raisons inhérentes au temps, notre enquête à 20 patientes venues consulter dans chaque centre retenu. Elles seront interrogées sur la base d'un questionnaire unique qui prendra en compte certaines variables : âge, régime matrimonial, situation du domicile, profession, religion, nombre d'accouchements déjà faits, motifs de consultation, raisons de préférence des centres de santé, coûts de la prise en charge.

Au total, cent (100) femmes seront interrogées sur la base d'une méthode d'échantillonnage accidentel, méthode probabiliste simple qui se prête bien aux enquêtes socio médicales en milieu hospitalier (GAUTHIER B., 1984). Notre population cible est donc constituée uniquement de femmes déclarées enceintes par l'expertise médicale et celle qui après accouchement ne sont pas encore libérées.

Nos enquêtes seront complétées par l'interview du personnel de santé qui sera faite sur la base d'un guide d'entretien.

4.2.2.4 Analyse des données

Les informations que nous allons recueillir à la fin de notre enquête, feront l'objet d'un traitement informatique. Les logiciels tels que EPI-INFO.600 ; SPSS (seront utilisés pour le dépouillement) ; EXCEL permettra de faire des graphiques à partir des tableaux simples et croisés ; et le logiciel ARC-VIEW sera utilisé pour confectionner les cartes. Les tableaux, les

graphiques et les cartes issus du traitement nous aiderons à faire une analyse pour mieux expliquer les distorsions des infrastructures sanitaires à Lomé.

Après avoir présenter le cadre conceptuel et méthodologique de notre travail, il nous revient d'ores et déjà d'annoncer une esquisse du plan de notre thèse. Ce plan permet de savoir les grands axes de réflexion qui conditionnent l'élaboration de ce travail. Ainsi nous précisons que ce plan provisoire de la thèse est susceptible d'être modifié, affiné et amélioré.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

4.3 Plan provisoire de la thèse

Introduction générale.

Cadre conceptuel : Problématique- Intérêt du sujet- Revue de la littérature- Objectifs- Hypothèses.

Cadre méthodologique : Population cible- Variables choisies- Méthode de collecte des données- Traitement des données- Difficultés.

Première partie : Les conditions physiques annonciatrices des pathologies liées à l'installation humaine régionale.

Chapitre1 : Un plateau favorable à l'installation des hommes, mais défavorables au regard de certaines pathologies.

- 1.1- Situation géographique.
- 1.2- Géomorphologie et géologie
 - 1.2.1- Le bassin sédimentaire côtier
- 1.3- Un milieu naturel aux atouts et contraintes de santé multiples.
 - 1.3.1- Un climat tropical guinéen.
 - 1.3.2- Une pédologie diversifiée.
 - 1.3.3- Un réseau hydrographique dense.
 - 1.3.4- Une végétation arborée.

Chapitre 2 : Une zone de forte densité de population.

- 2.1- Une zone de peuplement ancien.
 - 2.1.1- Historique du peuplement.
- 2.2- De la forte densité humaine à l'inégale répartition des hommes.
 - 2.2.1- Une forte densité de population.
 - 2.2.2- Une croissance lente des zones rurales.
- 2.3- La diversité de peuplement.
 - 2.3.1- Les ethnies du plateau continental.
 - 2.3.1.1- Les Ewé.
 - 2.3.1.1.- Autres peuples.
- 2.4- Les mouvements de la population.
 - 2.4.1- Une population extrêmement jeune.

2.4.2- Un flux migratoire important.

Deuxième partie : Infrastructures sanitaires et soins de santé.

Chapitre 3 : De l'inégale répartition de la population à la disparité des infrastructures sanitaires.

3.1- Une hétérogénéité des infrastructures de santé.

3.1.1- Une concentration des hôpitaux et un taux élevé du personnel de santé dans la ville de Lomé

3.1.2- Présence de cases de santé et peu de médecins en milieux ruraux

3.2- La politique de soins de santé

3.2.1- Le rôle de l'Etat

3.2.2- Le rôle des ONG

Chapitre 4 : Les femmes enceintes une couche vulnérable aux pathologies

4.1- La santé de la femme enceinte, socle de développement

4.1.1- La place de la femme dans la société

4.2- Les pathologies récurrentes chez les femmes enceintes

4.2.1- Le paludisme

4.2.2- Le VIH/SIDA

4.2.3- Les gastro-entérites

4.2.4- Les maladies de carences

Troisième partie : Fréquentation des services de santé et influence du CHU Tokoin

Chapitre 5 : La fréquentation des services de santé modernes

5.1- une fréquentation orientée vers les services sanitaires offrant de bonnes prestations de soins.

5.1.1- Centres de santé dotés de bons médicaments et équipements

5.1.2- Centres de santé regorgeant d'un personnel qualifié et réservant un accueil chaleureux.

5.2- Une fréquentation orientée vers les hôpitaux implantés dans les zones d'accès facile.

5.2.1- Les localités désenclavées.

5.2.2- Une bonne praticabilité des routes

5.2.3- Un flux de transport important

5.2.4- Autres itinéraires thérapeutiques

Chapitre 6 : L'influence nationale du CHU Tokoin

6.1- Une diversité ethnique des malades

6.1.1- Ethnies togolaises

6.1.2- Ethnies étrangères

6.2- CHU Tokoin, centre de santé regroupant les malades de différentes localités.

6.2.1- Les malades provenant des centres urbains

6.2.3- Les malades venant des autres pays.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Conclusion générale

Cette approche bibliographique des infrastructures sanitaires et recours aux soins de santé dans les milieux tropicaux humides d'Afrique, nous a permis de mettre en exergue les problèmes relatifs à la santé. L'enjeu sanitaire nécessite de mains valides dont la force est affaiblie par les risques accrus de maladies.

Ainsi, maints chercheurs ont souligné que le recours biomédical n'est pas privilégié, les recours aux guérisseurs de même que les pratiques d'automédication persistent et sont même devenues le premier recours. Plus d'une décennie après l'initiative de Bamako, les populations de l'Afrique subsaharienne trouvent encore le médicament inaccessible au niveau des structures de santé. Cette situation est plus perceptible dans les milieux où la pauvreté est plus présente.

Pour espérer un changement positif et faire de la prévention, il faut s'intéresser aux pratiques et comportements des populations. Pour le dire fort banalement à l'image de JAFFRE Y. (2000), on ne peut faire de santé publique sans connaître des actions de santé des publiques, sans comprendre leurs conduites ou sans s'interroger sur leurs pratiques sanitaires.

Il est indispensable de montrer la variété des aspects socioculturels, de comprendre les conduites des personnels de santé si l'on souhaite améliorer durablement l'offre de santé.

A cet effet, un mécanisme durable de financement des soins s'avère nécessaire et urgent à mettre en place pour rassurer la population découragée par l'absence de structure de prise en charge et laissée à elle-même face à ces difficultés de santé. L'assurance de la santé est un sujet qui mobilise la population qui veut que l'on s'occupe un peu plus et de manière efficace de ces problèmes de soins.

En définitive seule une volonté ferme des pouvoirs publics alliées à une expertise en santé et une écoute des besoins et préoccupations des populations en matière de prise en charge de leurs maladies pourraient constituer un début dans la résolution de ce problème.

ANNEXES

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

PROJET DE QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

Section I : Identification des enquêtés.

N°	Questions	Variables	Codes	Passer à
Q1	Nom de la ville			
Q2	Nom du quartier			
Q3	Sexe de l'enquêté			
Q4	Quel âge avez-vous ?	15-24.....1 25-34.....2 35-44.....3 45-50.....4		
Q5	Quel est votre état matrimonial ?	Mariée.....1 Divorcée.....2 Célibataire.....3 Concubinage.....4		
Q6	Quel est votre niveau d'instruction ?	Supérieur.....1 Troisième degré.....2 Deuxième degré.....3 Premier.....4 Analphabète.....5 Alphabétisé' (cours du soir).....6		
Q7	A quelle ethnie appartenez-vous ?	Ewé.....1 Kabyè.....2 Thème.....3 Autres (à préciser).....4		
Q8	Vous êtes originaire de quel pays ?	Togolais.....1 Béninois.....2 Ghanéen.....3 Autres (à préciser).....4		
Q9	Quelle religion pratiquez-vous ?	Christianisme.....1 Islam.....2 Animisme.....3 Autres (à préciser).....4		
Q10	Quelle est votre profession ?	Ménagère.....1 Commerçante.....2 Fonctionnaire.....3 Autres (à préciser).....4		
Q11	Combien d'enfants avez-vous ?	0 à 3.....1 4 à 5.....2		

Q12	Sont-ils nés dans le même centre ?	Oui.....1 Non.....2		Si oui passé à Q13
Q13	Qu'est-ce qui vous a fait choisir le centre	Une amie.....1 Un parent.....2 La distance.....3 Le coût.....4		
Q14	Quel est votre revenu mensuel (en FCFA) ?	Moins de 17000.....1 17000 à 50000.....2 50000 à 100000.....3 100000 et plus.....4		
Q15	Quel est le revenu mensuel de votre mari ?	Moins de 17000.....1 17000 à 50000.....2 50000 à 100000.....3 100000 et plus.....4		

Section II : Recours aux services de santé moderne

Q16	A quel centre de santé avez-vous recours ?	Clinique privée.....1 Centre de santé publique.....2		
Q17	Comment trouvez-vous l'accès aux centres de santé ?	Accès facile.....1 Accès difficile.....2		
Q18	Comment trouvez-vous l'attente en cas de maladie ou d'accouchement ?	Très longue.....1 Longue.....2 Pas longue.....3		
Q19	Que pensez-vous de l'accueil des médecins dans les hôpitaux et les services paramédicaux ?	Bon.....1 Acceptable.....2 Mauvais.....3		
Q20	Etes vous satisfaits des prestations de soins ?	Oui.....1 Non.....2		Si non passé à Q21
Q21	Pourquoi n'êtes vous pas satisfaits ?	Les ordonnances sont exagérément gonflées.....1 Doute des médicaments prescrits.....2 Autres.....3		

Section III : Facteurs socioéconomique

Q22	Dépensez-vous de l'argent pour vous rendre à l'hôpital (aller-retour)?	Oui.....1 Non.....2		
Q23	Combien dépensez-vous pour vous y rendre ?	Moins de 500.....1 500 à 1500.....2 1500 à 2000.....3 2000 et plus.....4		
Q24	Que pensez-vous du coût des consultations médicales ?	Elevé.....1 Acceptable.....2 Moindre.....3		
Q25	Que pensez-vous du coût des analyses médicales ?	Elevé.....1 Acceptable.....2 Moindre.....3		
Q26	Que pensez-vous du prix des médicaments prescrits ?	Cher.....1 Moins cher.....2		
Q27	Que pensez-vous des frais d'accouchement ?	Elevé.....1 Bas.....2		
Q28	Arrivez-vous à acheter tous les médicaments prescrits ?	Oui.....1 Non.....2		
Q29	Vous arrive-t-il d'acheter seulement une partie des médicaments prescrits ?	Oui.....1 Non.....2		Si oui passé à Q30
Q30	Pourquoi choisir d'acheter seulement une partie des médicaments prescrits ?	Par manque d'argent.....1 Trop de médicaments.....2 Médicaments peu efficace.....3		
Q31	Existe-t-il une pharmacie dans votre quartier ?	Oui.....1 Non.....2		
Q32	Quelle est la distance entre votre maison et la	50m à 500.....1 500m à 1000m.....2		

	pharmacie ?	1000m et plus.....3		
--	-------------	---------------------	--	--

Section IV : Facteurs culturels

Q33	Votre appartenance religieuse vous interdit le recours aux centres de santé moderne ?	Oui.....1 Non.....2		Si non passé à Q34
Q34	Votre appartenance religieuse vous interdit- elle certains traitements?	Oui.....1 Non.....2		Si oui passé à Q35
Q35	Quels sont ces interdits ?	La transfusion sanguine.....1 L'exposition des parties intimes à un inconnu.....2 Autres raisons.....3		

Section V : Autres recours thérapeutiques

Q36	A quelle genre de thérapie avez-vous recours ?	Automédication.....1 Tradithérapie.....2 Religiothérapie.....3		
Q37	Quelles sont les raisons de votre choix ?	Manque d'argent.....1 Appartenance religieuse.....2 La phobie des hôpitaux.....3 Autres raisons.....4		
Q38	Etes-vous satisfait de votre choix ?	Oui.....1 Non.....2		Si non

				passé à Q39
Q39	Lorsque vous n'êtes pas satisfait que faites vous ?			

Section VI : Infrastructures sanitaires

Q40	Existe-t-il une installation sanitaire dans votre quartier ?	Oui.....1 Non.....2		
Q41	Le service dispose t-il de personnel en quantité et en qualité ?	Oui.....1 Non.....2		
Q42	Le service dispose t-il de matériel efficace ?	Oui.....1 Non.....2		
Q43	Quel est le centre le plus fréquenté dans votre quartier?	CHU Tokoin.....1 Clinique BIASA.....2 CHS de Bè.....3 Autres.....4		
Q44	Pourquoi ce centre de santé est plus fréquenté ?	Bonne qualité de soins.....1 Coût moins élevé.....2 Spécialiste des soins obstétricaux.....3 Temps de parcourt est moins long.....4 Autres.....5		

1- Guide d'entretien avec les médecins

- Tous les malades qui recourent à votre service, ont-ils accès aux soins ?
- Quels sont les attitudes et comportements des malades face aux coûts des soins de santé?
- Pensez-vous que la politique nationale de santé du Togo répond aux besoins de santé des populations ?
- Quelles sont à votre avis les maladies pour lesquelles les populations recourent au Centres modernes?
- Quelle est l'atmosphère de relation qui existe entre vous et les soignés ?

2- Guide d'entretien avec les femmes enceintes

- Les hôpitaux ou cliniques sont-ils facilement accessibles dans votre quartier ?
- Comment trouvez-vous les prestations des sages-femmes, et médecins?
- Consultez-vous les sages-femmes au cours de votre grossesse ?
- Que pensez-vous du coût des traitements dans les maternités ?
- Faites-vous recours à d'autres itinéraires thérapeutiques ?
- Si oui, quelles sont les raisons ?
- Quelle relation entretenez-vous avec les médecins ?

Chronogramme des travaux de thèse

		.Année 2008				Année 2009				Année 2010				Année 2011			
		1erT	2èT	3èT	4èT	1erT	2èT	3èT	4èT	1erT	2èT	3èT	4èT	1erT	2èT	3èT	4èT
1	Recherche bibliographique Séance de travail avec le Directeur de thèse																
2	Sortie d'interviews																
3	Enquêtes de terrain																
4	Traitement des données																
5	Travaux complémentaires																
6	Rédaction de thèse																
7	Mise en forme																
8	Soumission de thèse au Directeur de thèse																
9	Corrections finales																
10	Soutenance de thèse																

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE