

## **Etude de cas sur les inégalités socio-spatiales d'accès à la césarienne dans les bidonvilles de Dakar (Sénégal)**



**Rapport technique**

**Mars 2024**

## Liste et affiliations des auteurs

<b>Dr. El Hadji Malick Sylla</b>	African Population and Health Research Center (APHRC)
<b>Ndèye Awa Fall</b>	African Population and Health Research Center (APHRC)
<b>Dr. Fadima Yaya Bocoum</b>	African Population and Health Research Center (APHRC), Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS, Ouagadougou)
<b>Dr. Arsène Brunelle Sandie</b>	African Population and Health Research Center (APHRC)
<b>Dr. Diarra Bousso Senghor</b>	African Population and Health Research Center (APHRC)
<b>Dr. Barrel Sow Gueye</b>	African Population and Health Research Center (APHRC), Faculté des Sciences et Technologies de l'Éducation et de la Formation (FASTEF/UCAD)
<b>Consultants</b>	
<b>Dr. Ibrahima Sy</b>	Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD)
<b>Dr. Birane Cissé</b>	Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD)

## Remerciements

Ce rapport est rédigé par des chercheurs d'African Population and Health Research Center (APHRC) basés au bureau de l'Afrique de l'Ouest, sis à Dakar, avec l'appui de deux enseignants-chercheurs de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD). Nous tenons à remercier les autorités administratives du Sénégal qui ont autorisé la conduite de l'étude et aux femmes et personnels de santé qui ont accepté d'y participer.

Plus spécifiquement nos remerciements s'adressent :

- au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), notamment au Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé (CNEERS) qui nous a d'abord permis d'améliorer le protocole de recherche ensuite donné son avis favorable pour la conduite de l'étude ;
- à la Direction de la Planification de la Recherche et des Statistiques du MSAS, qui a donné son autorisation administrative pour la mise en œuvre de cette étude ;
- à la région médicale de Dakar qui d'une part nous a introduit auprès des chefs de districts sanitaires pour faciliter la conduite de l'étude au niveau des établissements de santé ciblés et d'autre part nous a permis d'obtenir les statistiques de 2021/2022 sur l'accouchement par voie basse et la césarienne à Dakar et sur le nombre de personnels soignants présents dans les maternités de cette région ;
- aux responsables des établissements de santé qui ont accepté de participer à cette étude et qui nous ont laissé visiter les infrastructures et les matériels dont ils disposent pour pratiquer la césarienne ;
- aux personnels de santé qui ont participé à nos enquêtes ;
- aux femmes qui habitent aussi bien dans les bidonvilles que dans les quartiers réguliers de Dakar qui ont accepté de prendre part à nos enquêtes.

## Table des matières

Liste et affiliations des auteurs .....	1
Remerciements .....	2
Table des matières .....	3
Liste des tableaux .....	5
Liste des figures .....	5
Liste des acronymes et sigles .....	7
Résumé exécutif .....	8
Introduction générale de l'étude.....	12
Chapitre 1 : Cadre conceptuel et méthodologique .....	14
1.1. Approche conceptuelle .....	14
1.1.1. Localisation des bidonvilles à Dakar .....	14
1.1.2. Distribution de l'offre de soins selon la concentration des bidonvilles .....	14
1.1.3. L'accès à la césarienne .....	15
1.2. Méthodologie.....	16
1.2.1. Type de l'étude.....	16
1.2.2. Zone d'étude.....	16
1.2.3. Description des enquêtes.....	16
1.2.3.1. Enquête quantitative.....	16
1.2.3.2. Enquête qualitative.....	19
1.2.4. Organisation de l'enquête .....	23
1.2.4.1. Outils de collecte de données .....	23
1.2.4.2. Formation des superviseurs et des enquêteurs .....	23
1.2.4.3 Collecte des données et organisation du travail de terrain .....	24
1.2.4.4 Gestion des données .....	24
1.2.4.5 Traitement et analyse des données .....	24
1.2.4.6 Considérations éthiques.....	25
1.2.5 Difficultés de l'étude.....	25
Chapitre 2 : Caractéristiques des établissements de santé et des femmes enquêtées .....	26
2.1. Caractéristiques des établissements de santé enquêtés.....	26
2.1.1. Localisation des établissements de santé enquêtés .....	26
2.1.2. Ressources sanitaires pour les services de santé de la reproduction .....	27

2.1.2.1. Disponibilité et fonctionnalité des unités essentielles pour offrir les SONUC.	27
2.1.2.2 Couverture en lits et tables .....	29
2.1.2.3. Disponibilité et fonctionnalité des petits équipements et médicaments essentiels pour les SONUC.....	30
2.1.2.4. Personnel soignant.....	30
2.2. Caractéristiques des femmes enquêtées et de leurs ménages .....	31
2.2.1. Caractéristiques des femmes césarisées enquêtées .....	31
2.2.2. Caractéristiques des ménages des femmes enquêtées .....	32
2.2.3. Situation économique des ménages.....	33
Chapitre 3 : Accessibilité spatiale et financière de la césarienne pour les femmes vivant dans les bidonvilles de Dakar.....	35
3.1. Accessibilité spatiale des établissements de santé pratiquant la césarienne.....	35
3.2. Accessibilité financière de la césarienne .....	38
3.2.1. Le coût de la césarienne au niveau des formations sanitaires.....	39
3.2.2. Accessibilité financière des femmes résidant dans les bidonvilles à la césarienne .....	41
Chapitre 4 : Pratiques des établissements de santé et perceptions des femmes et des personnels de santé sur la césarienne .....	45
4.1. Les perceptions et expériences de la césarienne chez les femmes .....	45
4.1.1. Les perceptions de l'accouchement par voie basse.....	45
4.1.1.1. Les avantages de l'accouchement par voie basse.....	45
4.1.1.2. Les inconvénients de l'accouchement par voie basse .....	46
4.1.2. Les perceptions de la césarienne .....	46
4.1.2.1. Les avantages de la césarienne .....	46
4.1.2.2. Les inconvénients de la césarienne .....	48
4.2. Pratique de la césarienne au niveau des établissements de santé enquêtés .....	49
4.2.1. Nombre de césariennes réalisées .....	49
4.2.2 Qualité de la césarienne .....	52
4.2.2.1. Connaissance de la césarienne .....	52
4.2.2.2. Vécu de la césarienne .....	53
4.2.2.3. Appréciation globale de la qualité de la césarienne .....	56
4.2.3. Mortalité liée à la césarienne .....	58
Conclusion générale et recommandations .....	60
Références .....	62

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition du nombre d'infrastructures sanitaires publiques et privées pratiquant la césarienne à enquêter .....	17
Tableau 2: Echantillon des femmes enquêtées par établissement de santé.....	21
Tableau 3: Echantillon des prestataires de santé enquêtés par établissement de santé .....	21
Tableau 4 : Récapitulatif des enquêtes, des populations cibles et des outils de collecte .....	22
Tableau 5 : Caractéristiques des établissements de santé enquêtés.....	27
Tableau 6 : Disponibilité et fonctionnalité des unités essentielles pour offrir les SONUC .....	28
Tableau 7: Lits et tables réservés exclusivement aux services obstétricaux .....	29
Tableau 8 : Disponibilité d'autres éléments SONUC .....	30
Tableau 9: Caractéristiques sociodémographiques des ménages enquêtés .....	32
Tableau 10 : Choix du lieu d'accouchement des femmes césarisées des bidonvilles de Dakar ....	36
Tableau 11: Accessibilité financière de la césarienne aux femmes césarisées des bidonvilles de Dakar .....	42
Tableau 12 : Nombre d'accouchements et de césariennes .....	50
Tableau 13: Mortalité maternelle et néonatale liées à la césarienne .....	58
Tableau 14 : Nombre de personnel soignant disponible dans les établissements de santé enquêtés .....	67
Tableau 15: Caractéristiques des femmes césarisées enquêtées .....	68
Tableau 16: Coût moyen de la césarienne par type de formation sanitaire.....	69
Tableau 17 : Jugement des femmes sur leur état de santé.....	70
Tableau 18: Période précédant la césarienne .....	71
Tableau 19 : Liste des bidonvilles.....	72

## Liste des figures

Figure 1 : Distribution des structures de santé selon la concentration des bidonvilles à Dakar ....	15
Figure 2 : Cadre écologique des facteurs influençant les taux de césariennes.....	20
Figure 3 : Répartition des structures sanitaires publiques et privées enquêtées.....	26
Figure 4: Répartition spatiale des établissements de santé pratiquant la césarienne et des bidonvilles .....	35
Figure 5 : (A) Temps pour accéder à une structure de santé ; (B) Coût moyen du transport vers la structure de santé.....	37
Figure 6 : Répartition spatiale du temps d'accès à une structure sanitaire pratiquant la césarienne .....	38
Figure 7: Gratuité de la césarienne dans les établissements de santé enquêtés.....	39
Figure 8 : Appréciation du coût de la césarienne par le personnel de santé .....	40
Figure 9: Répartition des responsables des structures sanitaires qui pensent que « les personnes démunies ne peuvent payer le coût de la césarienne » dans leurs structures .....	40

Figure 10: Appréciation des responsables des établissements de santé sur l'accès à la césarienne des personnes démunies au niveau de leur structure .....	41
Figure 11: Répartition spatiale des flux de césarienne vers les districts sanitaires de Dakar .....	43
Figure 12: Taux de césarienne dans les établissements de santé enquêtés .....	51
Figure 13: Choix de la césarienne .....	52
Figure 14: Jugement des femmes sur le comportement du personnel médical du bloc opératoire	54
Figure 15: Appréciations des femmes sur le traitement reçu durant la césarienne .....	54
Figure 16 : Appréciations des femmes enquêtées sur le traitement reçu après la césarienne .....	55
Figure 17 : Nombre de jours après l'accouchement où la femme est sortie de l'hôpital .....	56
Figure 18: Appréciation globale de la qualité de la césarienne.....	56
Figure 19 : Avis des répondantes sur la césarienne .....	57
Figure 20: Répartition des responsables des structures sanitaires qui ont identifié des barrières à la pratique de la césarienne .....	59

## Liste des acronymes et sigles

ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
APHRC	African Population and Health Research Center
CNERS	Comité National d'éthique pour la Recherche en Santé
CSU	Couverture sanitaire universelle
ECPSS	Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé
EDS	Enquête Démographique de Santé
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
ODD	Objectifs du développement durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SRMNIA	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents
UCAD	Université Cheikh Anta Diop de Dakar
WARO	West Africa Regional Office

## Résumé exécutif

### Introduction

Les femmes résidant dans les bidonvilles rencontrent des difficultés particulières pour accéder à des soins maternels et néonataux de qualité. Dans ce contexte, les services de santé sont souvent dispensés dans des structures inadéquates qui manquent d'infrastructures de base, de fournitures et du personnel qualifié nécessaires pour prodiguer des services de santé maternelle et néonatale de qualité. De même, ces femmes sont confrontées à la stigmatisation en raison de facteurs économiques, sociaux et culturels, et semblent être maltraitées lors de l'accouchement, notamment à travers des soins abusifs, négligents et irrespectueux. Les données suggèrent que, bien qu'il puisse y avoir des avancées en termes d'accès aux établissements de santé dans les zones urbaines, les femmes citadines les plus démunies courent un risque disproportionné d'être laissées pour compte, et elles continuent d'avoir des résultats mitigés que leurs homologues moins démunies.

Dans le but de recueillir des données supplémentaires sur les inégalités intra-urbaines de santé, le consortium « Countdown to 2030 » a mis en œuvre l'étude « Urban city » afin de comprendre les défis liés à la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents (SRMNIA) dans dix villes d'Afrique subsaharienne. L'étude avait pour objectif d'évaluer les inégalités en SRMNIA et en nutrition dans dix capitales d'Afrique subsaharienne, ainsi que de déterminer si les femmes urbaines les plus démunies et leurs enfants bénéficiaient pleinement des avantages de la santé urbaine. Elle s'est déroulée en deux phases : la première phase était de mesurer les inégalités de richesse en termes de couverture des soins, de mortalité et d'état nutritionnel dans les villes, en mettant l'accent sur les populations urbaines pauvres. La seconde phase consistait à mener des études approfondies dans un nombre plus restreint de villes, en se concentrant sur les domaines prioritaires d'inégalités de richesse identifiés lors de la première phase. Dakar a été sélectionnée comme l'une des quatre villes pour une étude approfondie.

L'accès équitable à la césarienne constitue un défi majeur pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique subsaharienne, notamment parmi les populations pauvres où près de 50% de décès maternels sont enregistrés dans ces pays. Cette problématique est encore plus préoccupante dans les bidonvilles où les femmes rencontrent d'énormes difficultés pour accéder à certains soins de santé, dont la césarienne. Au Sénégal, malgré les nombreux efforts déployés ces dernières années pour réduire les inégalités d'accès aux services de santé essentiels, peu de données probantes ont été produites pour comprendre les disparités intra-urbaine dans l'accès à la césarienne. L'objectif de cette étude est donc d'évaluer les inégalités socio-spatiales dans l'accès aux services de césarienne parmi les femmes vivant dans les bidonvilles de la capitale du Sénégal. Plus spécifiquement, elle vise à : (i) déterminer l'accessibilité géographique des établissements de santé offrant la césarienne à Dakar par rapport aux bidonvilles (ii) analyser l'accessibilité financière à la césarienne; (iii) explorer les perceptions et expériences de la césarienne chez les femmes des bidonvilles de Dakar ; (iv) étudier les pratiques et expériences de la césarienne parmi le personnel de santé des établissements de santé publics et privés de Dakar.

### Méthodes

Ce rapport est le produit d'une étude mixte qui a combiné les approches quantitative et qualitative. Le volet quantitatif comporte deux composantes. D'une part, une enquête a été menée auprès de 18 responsables d'établissement de santé public et privé de Dakar offrant la césarienne. Elle avait pour but d'analyser les infrastructures et les personnels soignants dont disposent ces formations pour pratiquer la césarienne ainsi que les barrières qui les empêchent d'effectuer leur travail convenablement.

D'autre part une enquête a été réalisée auprès de 260 femmes habitant dans les bidonvilles de Dakar et qui ont subi la césarienne entre juillet et décembre 2022 (six mois avant le début de l'enquête). L'objectif de cette dernière était de voir les caractéristiques de ces femmes et de leurs ménages, l'accessibilité géographique de la formation sanitaire où elles ont subi la césarienne, les dépenses qu'elles ont effectuées ainsi que leur satisfaction par rapport à cet acte obstétrical.

Le volet qualitatif a consisté à mener des entretiens individuels approfondis auprès de 53 personnes dont des personnels de santé, des femmes enceintes ou en post-partum avec ou sans antécédent de césarienne. Les entretiens avec les personnels de santé ont été faits avec des sages-femmes et des médecins spécialistes (gynécologues, anesthésistes). Ils cherchaient à comprendre les processus de décision concernant le mode d'accouchement, l'éducation prénatale des femmes, l'expérience de ces personnels par rapport à la pratique de la césarienne, leur manière de gérer la peur et la douleur des parturientes ainsi que leur environnement de travail au sein de leur formation sanitaire et comment ce dernier influe sur leurs performances.

Les interviews ont été menées avec des femmes des bidonvilles mais aussi avec des femmes résidant ailleurs (quartiers aisés et moyens). Ceci nous a permis, entre autres de trianguler, les expériences des personnes cibles de cette étude (c'est-à-dire les femmes dans les bidonvilles). Parmi ces femmes on a choisi des femmes enceintes nullipares, des femmes enceintes multipares avec ou sans antécédent de césarienne et des femmes en post-partum avec ou sans antécédent de césarienne. L'objectif de ces entretiens était d'analyser les expériences et les perceptions de ces femmes par rapport à la césarienne.

## **Résultats clés**

Les résultats montrent que les formations sanitaires enquêtées disposent du package essentiel (salles de travail, salles d'accouchement, blocs opératoires, salles de suites de couche, espaces de soins du nouveau-né, laboratoire, consommables, kits de césarienne, etc.) pour offrir la césarienne. Leur répartition spatiale est assez équilibrée au niveau de la région de Dakar, ce qui permet à la majorité des femmes qui habitent dans les bidonvilles de ne pas parcourir de longues distances pour bénéficier d'une césarienne. Plus de 50% de nos enquêtées habitent, en effet, à moins de 30 mn de la formation où elles ont été césarisées, ce qui témoigne d'une bonne accessibilité géographique.

Ces femmes sont âgées, en moyenne, de 31 ans et 60% d'entre elles n'ont pas dépassé l'éducation primaire dont 21% qui n'ont jamais été scolarisées. Elles habitent majoritairement dans des ménages pauvres composés, en moyenne, de 10 personnes où le chef de ménage s'active dans le commerce informel. Les dépenses en consommation ne dépassent pas 400.000 fcfa/mois pour 93% de ces ménages, malgré leur taille. Par conséquent, 75% des ménages estiment que leurs ressources ne leur permettent pas de couvrir suffisamment leurs besoins vitaux. Ces résultats soulignent qu'il

n'y a pas de discrimination économique (niveau de richesse) et social (niveau d'éducation) dans l'accès à la césarienne car les caractéristiques sociodémographiques des femmes qui ont accédé à la césarienne montrent que ces dernières sont majoritairement pauvres et n'ont pas un niveau d'éducation élevé.

Dans la région de Dakar, la césarienne est réalisée principalement dans des hôpitaux publics, suivis des centres de santé et des cliniques privées. La référence médicale est le premier facteur (42%) qui explique le lieu d'accouchement par césarienne. Néanmoins 31% et 30% des femmes ont choisi la formation sanitaire où elles ont été césarisées à cause, respectivement, de la qualité des soins et la proximité géographique.

L'accessibilité financière de la césarienne est diversement appréciée par les responsables des formations sanitaires et les femmes enquêtées. Une bonne partie de ces responsables pensent que les coûts de la césarienne sont abordables pour les femmes pauvres. Toutefois, une autre frange de ces responsables de formations sanitaires ainsi que la majorité des femmes jugent que lesdits coûts sont très élevés. Ces dernières utilisent souvent des sources différentes pour s'acquitter des frais de l'intervention : appui de leurs maris ; prise en charge de leur assurance maladie ou de l'hôpital et/ou emprunts ; certaines vont même jusqu'à vendre leurs biens. Ce résultat montre que la politique de la gratuité de la césarienne ne semble pas être rigoureusement appliquée à Dakar surtout au niveau des hôpitaux publics où les coûts de la césarienne dépassent largement ceux enregistrés au niveau des centres de santé.

Les résultats relatent qu'en ce qui concerne la qualité de la césarienne, la majorité des enquêtées sont satisfaites de leur prise en charge, quel que soit le type de formation sanitaire. Toutefois les femmes qui ont une expérience très difficile liée à la césarienne ont subi, généralement, cet acte au niveau des hôpitaux publics. Ces derniers connaissent une forte affluence, liée souvent à la référence médicale surtout au niveau des départements où il n'y a pas de centre de santé qui pratique la césarienne. Bien que les hôpitaux publics disposent des infrastructures de base pour réaliser la césarienne, ces infrastructures ne parviennent pas à couvrir toutes les demandes. Par exemple à cause du nombre limité de lits et de salles d'accouchement et d'hospitalisation, certaines femmes sont obligées de sortir hâtivement des hôpitaux pour laisser la place aux autres bien avant la durée recommandée qui est de 3 jours après la césarienne. Beaucoup d'hôpitaux publics ont des blocs opératoires qui sont communs à toutes les urgences chirurgicales ce qui ne leur permet pas également de pratiquer la césarienne à tout moment.

L'analyse portant sur la perception des femmes met en exergue la préférence de ces dernières pour l'accouchement par voie basse qui selon elles permet de réduire les complications post-partum et d'avoir d'autres enfants dans le futur. La césarienne est décrite par les enquêtées comme étant un moyen de sauver la vie de la mère et de l'enfant, toutefois les séquelles et handicaps post-opératoires, les risques d'erreurs médicales, la limitation et l'espacement des naissances qu'elle peut entraîner font que les femmes qui ne l'ont jamais pratiquée en expriment une certaine méfiance. Cette dernière est alimentée, d'une part par les discours de celles qui ont eu une expérience douloureuse de la césarienne, et d'autre part par des croyances populaires non vérifiées par la science.

En définitive, l'étude dénote globalement une histoire positive de la césarienne dans la région de Dakar. Les femmes qui habitent dans les bidonvilles, majoritairement pauvres, ont accès à une césarienne de qualité. Toutefois les coûts de cet acte obstétrical restent élevés malgré la politique de la gratuité de la césarienne instaurée au Sénégal, depuis plus d'une décennie.

Ces résultats ont permis de déboucher sur des conclusions intéressantes et un certain nombre de leçons à tirer permettant d'enrichir les connaissances disponibles sur la santé urbaine et en particulier sur l'accessibilité de la césarienne aux femmes pauvres et/ou vivant dans les bidonvilles mais également de bien informer le processus de prise de décision.

L'étude recommande la sensibilisation des femmes, ainsi que l'amélioration de l'accessibilité financière et des infrastructures dans les hôpitaux publics pour garantir des soins de qualité. Il s'agit principalement de :

- mener des campagnes de sensibilisation pour aider les femmes à mieux comprendre la césarienne, ses avantages et ses inconvénients. Cela peut contribuer à réduire les craintes et les réticences des femmes et de leurs familles à l'égard de cette procédure, facilitant ainsi le travail du personnel soignant lorsqu'une césarienne est médicalement nécessaire.
- améliorer l'accessibilité financière car même si les formations sanitaires enquêtées disposent du package essentiel pour pratiquer la césarienne, il est essentiel d'adresser les préoccupations concernant les coûts élevés associés à cette intervention. Des mesures doivent être prises pour rendre la césarienne financièrement plus accessible, en particulier dans les hôpitaux publics où les coûts peuvent être prohibitifs pour les femmes pauvres.
- renforcer les structures sanitaires offrant la césarienne en investissant dans l'expansion des infrastructures et des ressources dans les hôpitaux publics afin de répondre à la demande croissante de césariennes. Cela comprend l'augmentation du nombre de lits et de salles d'accouchement, l'opérationnalisation des équipements déjà disponibles, ainsi que l'amélioration des blocs opératoires pour permettre la réalisation de césariennes à tout moment, sans compromettre la qualité des soins.

## Introduction générale de l'étude

### ➤ Contexte

La couverture sanitaire universelle (CSU) est au cœur des objectifs du développement durable (ODD), nécessitant un accès équitable à des services de santé de qualité surtout pour les populations pauvres (OMS, 2018). Le Consortium Countdown 2030 a lancé une étude sur la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents (SRMNIA) dans dix villes d'Afrique subsaharienne pour analyser les inégalités en matière de SRMNIA et l'accès des femmes résidant dans les bidonvilles à la santé urbaine. La première phase a examiné les inégalités en matière de SRMNIA et de la mortalité maternelle et néonatale dans les capitales. Cette phase consistait en une revue de la littérature et une analyse de données secondaires basées sur les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et à Indicateurs Multiples (MICS) récentes. La deuxième phase avait pour objectif de réaliser des analyses approfondies basées sur des données primaires collectées dans quatre villes africaines à savoir Dakar (Sénégal), Lusaka (Zambie), Nairobi (Kenya) et Ouagadougou (Burkina Faso).

A Dakar, cette seconde phase s'est concentrée sur l'accès à la césarienne chez les femmes résidant dans les bidonvilles (ou quartiers irréguliers). Les données de l'EDS 2019 ont révélé un taux de césarienne de 13% à Dakar, sur le nombre total des accouchements. Les résultats de l'Enquête sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS, 2019) ont montré que la césarienne était principalement pratiquée par des femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé, âgées de plus de 30 ans et accouchant dans des établissements de santé privés. De plus, ce sont souvent les femmes appartenant aux deux quintiles de richesses les plus élevées qui bénéficient le plus de la césarienne (ANSD, 2021). Cette disparité dans le recours à la césarienne entre les riches et les pauvres n'est pas spécifique à Dakar. Une étude menée par Boatman et al. (2018) sur les inégalités des taux de césarienne dans 72 pays à revenus faible ou intermédiaire, a montré que les taux de césarienne les plus bas étaient dans le cinquième quintile le plus pauvre (médiane de 3,7%) et les plus élevés se situent dans le cinquième quintile le plus riche (médiane 18,4%).

Par ailleurs, les taux de césarienne sont en augmentation partout dans le monde (Vogel et al., 2015). En Afrique, cette augmentation est principalement liée aux politiques de gratuité de la césarienne mises en œuvre par les Etats au début des années 2000 (Witter et al., 2010). Au Sénégal, grâce à la politique de gratuité de la césarienne adoptée à partir de 2005, les taux de césarienne ont augmenté dans les établissements de santé publics de Dakar ; ce qui semble être attribuable à la diminution des barrières financières à l'accès aux soins (Mbaye et al., 2011). Toutefois, cette politique de gratuité a connu des résultats divers dans de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest (Dumont et Guilmoto, 2020). Par exemple au Bénin, la césarienne est devenue plus coûteuse après l'adoption de la politique de gratuité (Fabien, 2016). Au Mali, elle s'est accompagnée par la baisse de la qualité de la prise en charge des parturientes (Touré, 2012) tandis qu'au Burkina Faso, elle a entraîné une augmentation de la césarienne abusive (Meda et al., 2019). De plus, l'augmentation des taux de césarienne ne garantit pas une diminution des inégalités entre riches et pauvres dans l'accès à cette pratique obstétricale. Au contraire, elle peut accentuer dans les pays où les taux de césarienne augmentent plus rapidement chez les plus riches au détriment des plus pauvres (Boatman et al., 2018).

## ➤ **Justification**

Si l'on prévoit que d'ici 2050, 58 % de la population vivra dans des zones urbaines, la question de la fracture urbaine, en ce qui concerne les enjeux sanitaires, surtout dans les bidonvilles, devient pertinente dans le contexte de l'Afrique Subsaharienne marquée par une croissance démographique soutenue (ONU, 2018). Cela implique une augmentation de la demande de soins (y compris en services obstétricaux) ; ce qui, à son tour, accroît la pression sur le système de santé. Bien que de nombreux efforts aient été déployés ces dernières années pour combler les inégalités d'accès aux services de santé essentiels entre les populations urbaines et rurales (comme la couverture maladie universelle), peu d'études ont été menées pour comprendre les disparités de santé intra-urbaines (Diouf et al., 2021). Au Sénégal, bien que la gratuité de la césarienne ait contribué à augmenter son taux, son impact sur les femmes des bidonvilles reste peu exploré.

Dès lors, il est important d'approfondir les connaissances existantes afin d'améliorer la documentation disponible sur les disparités liées à l'accès et à l'utilisation de la césarienne, en mettant l'accent sur les bidonvilles de Dakar.

## ➤ **Objectifs**

L'objectif global de l'étude est d'analyser les inégalités d'accès à la césarienne dans les bidonvilles de Dakar ainsi que les facteurs associés. De manière spécifique, il s'agit de :

- Évaluer l'accès à la césarienne des femmes résidant dans les bidonvilles de Dakar ;
- Analyser les facteurs qui influent sur l'accès à la césarienne des femmes dans les bidonvilles de Dakar ;
- Explorer les perceptions et expériences de la césarienne chez les femmes des bidonvilles de Dakar ;
- Étudier les pratiques et expériences de la césarienne parmi le personnel de santé des établissements de santé publics et privés de Dakar.

Ce rapport est structuré autour de quatre chapitres :

- Chapitre I : Le cadre conceptuel et méthodologique ;
- Chapitre II : Les caractéristiques des établissements de santé et des femmes enquêtées
- Chapitre III : L'accessibilité spatiale et financière des établissements de santé offrant la césarienne ;
- Chapitre IV : Les pratiques dans les structures de santé et les perceptions des femmes et du personnel de santé sur la césarienne.

## Chapitre 1 : Cadre conceptuel et méthodologique

La première phase du projet a mis l'accent sur « le ralentissement des progrès en matière de nutrition, de santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA) dans les capitales d'Afrique subsaharienne ». Elle a fourni des informations essentielles sur la répartition des bidonvilles à Dakar et sur la disponibilité des établissements de santé dans ces zones. Cette phase a également souligné les disparités d'accès aux Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) entre les bidonvilles et les quartiers réguliers de Dakar pour les populations vivant dans les quartiers défavorisés. Cependant, elle n'a pas permis d'explorer en profondeur les différents modes d'accès des femmes pauvres aux services obstétricaux coûteux tels que la césarienne. C'est ce que nous prévoyons d'étudier en mettant l'accent sur l'accessibilité et l'utilisation de la césarienne par les femmes vivant dans les bidonvilles de Dakar.

### 1.1. Approche conceptuelle

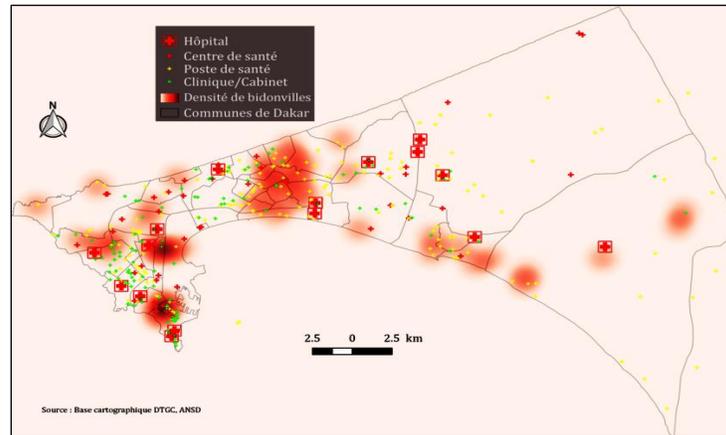
#### 1.1.1. Localisation des bidonvilles à Dakar

La structure urbaine de la région de Dakar se particularise par une juxtaposition d'habitats aux caractéristiques architecturales et morphologiques très variées, voire opposées, comprenant des quartiers résidentiels planifiés, des quartiers irréguliers et des quartiers traditionnels (Ndiaye, 2015). Les quartiers mieux planifiés (réguliers), mieux lotis et résidentiels sont majoritairement localisés dans les départements de Dakar et de Rufisque, bénéficiant davantage des politiques d'habitat social, des programmes immobiliers tels que SNHLM, SICAP, SIPRES, etc., et de la modernisation des cadres de vie urbains. Comme de nombreuses capitales africaines, la zone métropolitaine de Dakar est aussi caractérisée par le développement d'habitats sous-intégrés et précaires, souvent considérés comme des bidonvilles, parmi lesquels Rebeuss, Niaye Thioker et Cité Barak. Ces bidonvilles, également appelés quartiers irréguliers, sont parfois situés dans des zones inappropriées pour servir d'habitat (ou zones *non aedificandi*), caractérisées par un accès limité aux services sociaux de base (Borderon, 2014 ; Antoine, 2009 ; ANSD-OPCV, 2018). La population pauvre de Dakar, estimée à 8,7% en 2018/2019 (ANSD, 2021), occupe principalement ces espaces et est exposée à des multiples risques tels que l'insécurité, la violence, la promiscuité, le chômage et la pollution. Le recensement de l'habitat sous-intégré et informel montre que les bidonvilles occupent plus de 30 % des superficies habitées à Dakar (ONU-Habitat, 2014) avec un taux d'irrégularité estimé à 22% dans toute la région, respectivement 3 % pour le département de Dakar, 42% pour le département de Pikine et 10 % pour le département de Rufisque (Sané, 2013 ; ONU-Habitat, 2008). En dehors de la commune de Keur Massar et de Diamniadio où l'on note une forte concentration d'habitats précaires, les bidonvilles sont en grande partie situés à proximité des zones résidentielles aisées. Ils sont occupés par des populations socialement démunies et présentent des réalités socio-économiques hétérogènes.

#### 1.1.2. Distribution de l'offre de soins selon la concentration des bidonvilles

L'analyse de la desserte médicale en fonction de la distribution des bidonvilles révèle un taux élevé de concentration de structures de santé autour des quartiers d'habitat précaire, en particulier dans le département de Dakar. Parmi les 34 bidonvilles identifiés sur le territoire urbain de Dakar, 68% (23 bidonvilles) et 29% (10 bidonvilles) sont situés respectivement à moins de 2 km et 5 km d'une

structure sanitaire alors que seulement 3% (1 bidonville) se trouvent à plus de 5 km d'un service de santé. Cette tendance montre qu'il n'y a pas de problème d'équité spatiale ou de discrimination spatiale à l'égard des bidonvilles, bien que ceux-ci puissent être confrontés à des questions d'équité sociale au regard du nombre important de populations défavorisées résidant dans ces types d'habitats (figure 1).



**Figure 1 : Distribution des structures de santé selon la concentration des bidonvilles à Dakar**

### ***1.1.3. L'accès à la césarienne***

La distribution de l'offre de soins en fonction de la concentration des bidonvilles met en exergue principalement la distance séparant les populations des établissements de santé les plus proches. La disponibilité de certains services dispensés dans ces structures tels que la césarienne ainsi que la qualité de ces services, sont souvent négligées. Selon la dernière ECPSS de 2019, seules 6% des établissements de santé de Dakar proposent des césariennes, la plupart étant des structures privées. Des données récentes indiquent une augmentation des accouchements par césarienne parmi les populations démunies en milieu urbain de même que dans les établissements de santé publics depuis la mise en place de la politique de gratuité de la césarienne (Mbaye et al., 2011 ; ANSD, 2020). Cependant, peu d'informations existent sur l'accès à la césarienne et les éventuelles inégalités qui pourraient affecter en particulier les femmes habitant dans les bidonvilles de Dakar. Les résultats disponibles ne permettent pas d'évaluer l'accessibilité financière des populations à la césarienne. En particulier, les facteurs associés aux inégalités d'accès à la césarienne dans les bidonvilles de Dakar sont rarement mis en évidence dans les analyses. Identifier ces facteurs permettrait de proposer des pistes de changement susceptibles d'améliorer la qualité et l'accessibilité de cette pratique obstétricale.

Pour ce faire, cette étude adopte l'approche de Chambaud (2018) pour analyser l'accès aux soins, en examinant l'accessibilité physique ou spatiale, l'accessibilité financière et l'acceptabilité (ou accessibilité culturelle). Étudier l'accessibilité spatiale permettra de comprendre la facilité avec laquelle les femmes résidant dans les bidonvilles accèdent aux établissements de santé qui pratiquent la césarienne (en termes de temps et de distance). Cela permet également d'évaluer les capacités opérationnelles de ces structures (en termes d'équipements et de personnels soignants qualifiés) à pratiquer la césarienne ainsi que leur répartition dans l'espace. La capacité financière peut constituer un obstacle majeur à l'accès aux soins et services et un facteur clé des inégalités d'utilisation (Chambaud, 2018). Cette évaluation consiste à analyser la capacité des individus à

payer les services liés à la césarienne sans rencontrer de difficultés financières. Ce coût ne se limite pas uniquement au prix de la prestation ou du service (gratuit dans les structures publiques) mais il inclut également, dans le cadre de cette étude, les autres frais annexes que la personne doit payer pour accéder à la césarienne, tels que les frais de transport de la femme et de ses accompagnants, les médicaments non pris en charge par l'établissement de santé, les frais de consultation, le coût de l'hospitalisation, etc. Étudier l'acceptabilité de la césarienne permet de mieux comprendre les nombreux autres facteurs, en dehors des obstacles géographiques ou financiers qui interviennent dans la décision de recourir à cette pratique. Cette étude prend en compte les barrières culturelles, la connaissance de la césarienne, le niveau de précarité et d'éducation des femmes, l'opinion des femmes enceintes sur la césarienne, etc. Il permet également d'explorer les nuances de la gratuité en examinant les perceptions des femmes en post-partum résidant dans les bidonvilles sur la césarienne qu'elles ont subie dans les établissements publics par rapport à celles opérées dans les cliniques privées (quel que soit leur lieu de résidence).

## **1.2. Méthodologie**

### ***1.2.1. Type de l'étude***

L'étude a adopté une approche méthodologique mixte comprenant à la fois une composante qualitative et une composante quantitative. Les données qualitatives ont été collectées auprès de personnel de santé ainsi que des femmes enceintes et en post-partum quel que soit leur lieu de résidence à Dakar. L'étude qualitative a informé l'étude quantitative qui était de nature transversale et rétrospective. Les données quantitatives ont été recueillies auprès des établissements de santé pratiquant la césarienne et des femmes ayant bénéficié de cette intervention au cours des six (6) derniers mois précédant l'enquête.

### ***1.2.2. Zone d'étude***

La zone d'étude était limitée à Dakar et aux sept (7) des dix districts sanitaires de cette région. L'exclusion des trois (3) autres districts sanitaires s'explique par le taux très bas de césariennes qui y a été constaté (ECPSS, 2019). L'étude a été menée dans des établissements de santé publics et privés qui pratiquent la césarienne. Chaque établissement de santé enquêté a été géo-référencé avec des données sur les indicateurs permettant de réaliser une analyse comparative et spatiale.

### ***1.2.3. Description des enquêtes***

#### ***1.2.3.1. Enquête quantitative***

- *Composante A : Enquête auprès des points de prestation (établissements de santé)*

La région de Dakar compte actuellement 26 établissements de santé publics et parapublics qui pratiquent la césarienne. Cependant, 12 parmi eux sont récemment établis et affichent des taux de césarienne nuls. Notre étude s'est donc concentrée sur les 14 autres établissements qui pratiquent régulièrement la césarienne depuis des années (Sarr, 2019). Ces structures sont réparties de manière inégale dans les districts sanitaires de ladite région (tableau 1). Nous avons mené une enquête dans tous ces établissements de santé publics qui accueillent principalement les femmes pauvres

bénéficiant de la césarienne à l'exception de l'Hôpital Aristide Le Dantec, actuellement en rénovation et dont les services ont été délocalisés. Environ 43 structures de santé privées proposent également la césarienne. Nous avons enquêté 7 des 13 structures initialement ciblées, en raison du refus de participation des 6 autres. Parmi les structures enquêtées, 2 ne disposaient pas de bloc opératoire au moment de l'enquête et n'ont pas donc été incluses dans l'analyse des données. Les structures privées réticentes sont situées dans les districts Dakar Sud, Dakar Centre et Dakar Ouest, qui présentent les plus faibles proportions de population vivant dans des bidonvilles. En revanche, dans les districts à très forte concentration de bidonville, nous avons enquêté dans des structures privées proposant la césarienne pour déterminer si les populations vivant dans ces bidonvilles y avaient recours.

**Tableau 1 : Répartition du nombre d'infrastructures sanitaires publiques et privées pratiquant la césarienne à enquêter**

<b>Districts sanitaires</b>	<b>Structures sanitaires publiques</b>	<b>Structure sanitaires privées</b>
<b>Dakar Sud</b>	Hôpital Abass Ndao	
	Hôpital Principal	
	Institut d'Hygiène Sociale	
<b>Dakar Centre</b>	Centre de santé des Maristes	
<b>Dakar Ouest</b>	Hôpital Militaire de Ouakam	
	Centre de santé Gaspard Camara	
	Centre de santé Philippe M. Senghor	
<b>Dakar Nord</b>	Centre de santé Nabil Choucair	Cabinet médical Patte d'Oie
	HOGIP	Clinique Raby
		Clinique Fatehi Es Salam
		Clinique Front de terre
<b>Guédiawaye</b>	Hôpital Roi Baudouin Hôpital Dalal Jamm	Clinique Thierno Kandji
<b>Pikine</b>	Hôpital de Pikine	Clinique Lansar
<b>Rufisque</b>	Hôpital Youssou Mbargane	Polyclinique Louis Pasteur

- *Composante B : Enquête ménages auprès des femmes ayant subi la césarienne*

Nous avons mené des entretiens avec des femmes ayant subi une césarienne au cours des six (6) derniers mois précédant l'enquête afin de comprendre les obstacles et les éléments facilitant l'utilisation des services liés à la césarienne. Les critères d'éligibilité ont inclus la résidence dans un bidonville de Dakar.

Cependant, il a été difficile de trouver une base de sondage ne comprenant que les femmes des bidonvilles de Dakar ayant subi une césarienne entre juillet et décembre 2022 (soit les 6 derniers mois avant l'enquête). Ainsi, le choix des personnes interrogées s'est donc déroulé en trois étapes.

### **Population de base à interroger**

Dans un premier temps, nous avons consulté les registres des blocs opératoires et des consultations post-partum (photo 1), afin d'établir une liste exhaustive des femmes ayant subi une césarienne durant les six (6) derniers mois précédant l'enquête et résidant dans les bidonvilles. Cette liste a constitué notre population de base. Avant d'accéder aux dossiers médicaux des femmes, nous avons formulé une demande de consentement accompagnée d'un engagement de confidentialité auprès de chaque structure sanitaire ciblée. De plus, nous avons demandé aux prestataires de soins d'obtenir d'abord le consentement de la femme ayant subi une césarienne dans leur structure avant de nous fournir ses coordonnées et de réaliser l'enquête.

**Photo 1 : Dépouillement des registres des blocs opératoires**



### **Taille de l'échantillon à enquêter**

Nous avons utilisé la formule de Cochran définie par :

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 p(1 - p)}{d^2}$$

Où  $n$  désigne la taille totale de l'échantillon des femmes à enquêter dans l'ensemble des bidonvilles,  $z_{\alpha}=1.96$ , est le quantile d'ordre 5% de la distribution normale,  $d = 0.05$  est la marge d'erreur,  $p$  est le taux de césarienne attendu dans les bidonvilles, il est inconnu. Cependant, ce taux dans la ville de Dakar se situerait entre 10-17 %. Donc pour assurer un maximum de variabilité, nous prenons  $p = 0.17$ , en tenant en compte un taux de non-réponse de 15%. Finalement, la taille d'échantillon estimée des femmes des bidonvilles à enquêter est :

$n = 250$  avec une marge d'erreur de plus ou moins 10%.

### **Ajustement de la taille de l'échantillon à enquêter**

Ayant obtenu la population de base qui est de taille  $N$ , constituée de l'ensemble des femmes ayant subi une césarienne durant les six (6) derniers mois précédant l'enquête. Un ajustement a été effectué en tenant compte de ce nombre total par la formule :  $n' = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$

où

$n'$  = taille de l'échantillon

$N$  = taille de la population de base

Enfin, la taille d'échantillon estimée a été répartie de manière proportionnelle entre tous les bidonvilles à enquêter, en fonction du nombre de résidents recensés.

Les critères d'inclusion des femmes à enquêter qui ont subi la césarienne ont été entre autres : le lieu de résidence ; avoir subi une césarienne au cours des six (6) derniers mois et être âgée de 18 ans ou plus.

Cette méthodologie nous a permis d'enquêter un total de 260 femmes résidant dans des bidonvilles de Dakar et ayant subi une césarienne entre juillet et décembre 2022.

En ce qui concerne l'identification des bidonvilles, l'étude s'est basée sur la classification donnée par Ndiaye (2015) et le document sur la stratégie de développement urbain de Dakar à l'horizon 2025 (Cities alliance, 2020). Cette classification comprend deux catégories. La première regroupe les quartiers réguliers, constituée des quartiers résidentiels et de quartiers populaires réguliers. La seconde catégorie, regroupant les bidonvilles, est constituée de quartiers irréguliers (Cité imbécile, Rebeuss, Niayes Thioker, etc.) et des quartiers traditionnels (Ngor village, Yoff village, Ouakam village, etc.). Nous avons fourni aux superviseurs qui ont effectué le dépouillement des registres, la liste des bidonvilles recensés (voir tableau 19 en annexe).

#### *1.2.3.2. Enquête qualitative*

##### *Cadre*

L'OMS a élaboré un nouveau cadre écologique pour comprendre les différents facteurs influençant les taux de césarienne (figure 2). Ce cadre inclut des facteurs cliniques, des facteurs liés aux femmes et à leur famille, à la communauté, aux prestataires de soins ainsi que des facteurs organisationnels et systémiques (Bohren et al. 2019).

Les facteurs cliniques qui influencent la survenue de la césarienne comprennent notamment les complications survenues pendant la phase du travail, les hémorragies, la position du fœtus, etc. La classification de Robson permet d'évaluer la répartition des femmes selon les facteurs cliniques nécessitant une césarienne (Vogel et al., 2015).

En ce qui concerne les facteurs organisationnels et systémiques, on peut retenir, par exemple, la culture de l'organisation des soins. Ainsi, une culture de médicalisation de l'accouchement peut conduire à des taux de césarienne plus élevés que nécessaire. De même, l'environnement de l'établissement de santé, notamment l'espace disponible pour les lits et la structure de la salle d'accouchement, joue un rôle important dans l'organisation des soins (Kingdon, Downe, Betran, 2018).

Concernant les facteurs liés aux femmes et à leur environnement, les femmes reçoivent des informations sur la grossesse et l'accouchement de diverses sources informelles et formelles, telles que leurs amis, leur famille, les médias et l'internet. Ces informations influencent leurs perceptions de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que leurs choix quant au mode et au lieu d'accouchement préférés. De plus, les expériences des grossesses et accouchements antérieurs de la femme contribuent à façonner ses perceptions et ses choix (Kingdon, Downe, Betran, 2018).

Les prestataires de soins travaillant dans les maternités influencent également le contexte d'accouchement des femmes. Ils ont acquis une certaine expertise à partir de leur formation et de

leurs expériences qui leur permet d’apprécier la valeur intrinsèque des différents modes et pratiques d’accouchement (Kingdon, Downe, Betran, 2018). De plus, les prestataires de soins travaillent au sein de structures de soins et d’équipes ; ce qui peut avoir un impact sur la commodité perçue et les avantages financiers (surtout dans un contexte de gratuité) d’une césarienne. Enfin, ils doivent prendre des décisions tenant compte des facteurs contextuels locaux.

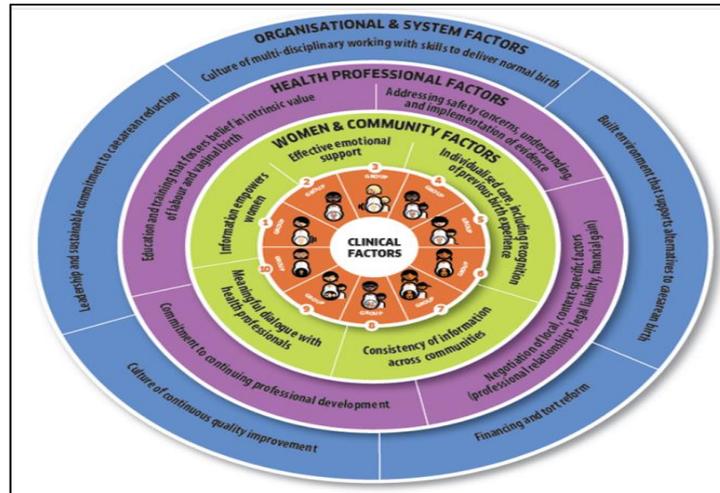


Figure 2 : Cadre écologique des facteurs influençant les taux de césariennes

Source : Bohren et al. (2019)

Notre étude s’est intéressée aux facteurs liés aux femmes et à leur famille, ainsi qu’aux prestataires. L’échantillonnage par cas multiples (Pires, 1997) a été utilisé pour garantir la diversité des participants à la recherche. Cette méthode utilise des paramètres préétablis pour stratifier l’échantillon et favorise le recrutement et l’échantillonnage fondés sur le principe de diversification.

#### *Entretiens approfondis avec les femmes enceintes et en post partum*

Ce volet de l’étude consiste à explorer les perceptions des femmes sur la césarienne. Pour ce faire, il est nécessaire de comprendre les préférences et le processus de décision conduisant au choix du mode d’accouchement. En effet, lors de l’éducation prénatale, la femme en collaboration avec le prestataire de santé doit discuter du plan de préparation à l’accouchement. Durant cette discussion, le mode d’accouchement probable selon les préférences de la femme et de la faisabilité devrait être abordé. Les femmes enceintes ayant la possibilité d’accoucher dans les établissements de santé privés ont une plus grande latitude dans le choix du mode d’accouchement que celles accouchant dans le public. Pour appréhender ces différentes thématiques, cinq groupes de participantes ont été sélectionnés. Il s’agit des :

- a. Femmes enceintes nullipares
- b. Femmes enceintes multipares ayant déjà subi une césarienne
- c. Femmes enceintes multipares sans antécédent de césarienne
- d. Femmes en post-partum ayant déjà subi une césarienne
- e. Femmes en post-partum sans antécédent de césarienne

Des femmes enceintes âgées de 18 à 49 ans suivant des soins prénatals et post-partum dans les établissements de santé ont été enrôlées dans les entretiens. Ces femmes ont été identifiées à partir des registres de consultation prénatale et de consultation post-partum en fonction des critères de parité, d'antécédent de césarienne et de leur lieu de résidence. Le jour des consultations des registres, le personnel de santé a facilité les contacts entre les femmes et les enquêteurs. Les entretiens se sont déroulés au domicile des femmes ou dans une zone appropriée de l'établissement de santé où les conditions d'intimité et de confidentialité étaient respectées pour permettre à la participante d'être à l'aise. Les entretiens approfondis avec les femmes ont été réalisés dans 5 établissements de santé dont 3 publics et 2 privés. Le tableau 2 présente l'échantillon de femmes interrogées dans chaque établissement de santé.

**Tableau 2: Echantillon des femmes enquêtées par établissement de santé**

Femmes				
<i>Femmes nullipares actuellement enceintes</i>	<i>Femmes enceintes multipares avec antécédent de césarienne.</i>	<i>Femmes enceintes multipares sans antécédent de césarienne</i>	<i>Femmes en post-partum sans antécédent de césarienne</i>	<i>Femmes en post-partum après césarienne</i>
1-2 entretiens	1-2 entretiens	1-2 entretiens	1-2 entretiens	1-2 entretiens
n = 5-10 entretiens avec des femmes par établissement				

#### *Entretiens approfondis avec les prestataires de santé*

Les **prestataires de santé** comprenant des médecins, des infirmiers et des sages-femmes travaillant dans les maternités des établissements de santé inclus dans l'étude, ont été invités à participer aux entretiens. Le groupe de prestataires interviewés est représentatif du personnel de maternité en tenant compte de la qualification, de l'âge, du sexe et des années d'expérience professionnelle. Les entretiens approfondis avec les prestataires de santé ont été réalisés dans 5 établissements de santé dont 3 publics et 2 privés. Le tableau 3 présente l'échantillon des prestataires interrogés dans chaque établissement de santé.

**Tableau 3: Echantillon des prestataires de santé enquêtés par établissement de santé**

Prestataires				
<i>Infirmier/ supérieur</i>	<i>technicien</i>	<i>sages-femmes</i>	<i>Médecins généraliste/spécialiste</i>	<i>Responsables au sein de la maternité</i>
1-2		1-2	1-2	1 – 2
n = 4 à 8 prestataires par établissement d'étude				

### Récapitulatif des enquêtes

Le tableau 4 présente le récapitulatif des enquêtes quantitatives et qualitatives effectuées, en fonction des objectifs spécifiques, des indicateurs et thématiques de recherche, ainsi que de la population cible et des sources de données.

**Tableau 4 : Récapitulatif des enquêtes, des populations cibles et des outils de collecte**

Objectif spécifique	Indicateurs/thématiques	Population cible	Source des données
OS1 : Evaluer l'accès à la césarienne des femmes résidant dans les bidonvilles de Dakar ;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distribution spatiale des structures qui pratiquent la césarienne</li> <li>- Distances physiques qui séparent les populations de ces structures</li> <li>- Temps mis pour accéder à ces services</li> <li>- Personnels pratiquant la césarienne dans les structures sanitaires</li> <li>- Équipements de césarienne fonctionnels disponibles dans les structures sanitaires</li> <li>- Pratique de la césarienne par les femmes habitant dans les bidonvilles</li> </ul>	Femmes ayant subi la césarienne au cours des 6 derniers mois avant l'enquête	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enquête quantitative avec le questionnaire destiné aux femmes</li> <li>- Enquête quantitative avec le questionnaire destiné aux structures de santé</li> </ul>
OS2 : Analyser les facteurs qui influencent l'accès à la césarienne des femmes habitant dans les bidonvilles de Dakar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coût de la prise en charge financière de la césarienne dans les structures de santé publiques et privées</li> <li>- Autres coûts endossés par les ménages pour accéder à la césarienne</li> <li>- Barrières culturelles et sociales liées au recours à la césarienne</li> <li>- Césarienne d'urgence ou césarienne de confort</li> <li>- Expérience sur la césarienne avant de la subir et intention future de la faire</li> </ul>	Femmes ayant subi la césarienne au cours des 6 derniers mois précédant l'enquête	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enquête quantitative avec le questionnaire destiné aux femmes</li> </ul>
OS3 : Explorer les perceptions et expériences de la césarienne des femmes des bidonvilles et quartiers réguliers de Dakar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valeurs et besoins entourant la période de l'accouchement</li> <li>- Préférences et processus de décision concernant les modes d'accouchement</li> <li>- Education prénatale</li> <li>- Gestion de la peur et de la douleur</li> <li>- Compagnonnage de travail</li> </ul>	Femmes enceintes Femmes en postpartum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretiens approfondis à l'aide des guides d'entretien</li> </ul>
OS 4 : étudier les pratiques et expériences de la césarienne des personnels de santé des établissements de santé publics et privés de Dakar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Processus de prise de décision concernant le mode d'accouchement</li> <li>- Formation et mise en œuvre de directives de pratique clinique</li> <li>- Education prénatale</li> <li>- Gestion de la peur et de la douleur</li> <li>- Organisation et environnement de travail au sein de la formation sanitaire</li> <li>- Compagnonnage de travail</li> </ul>	Personnel de la maternité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretiens approfondis à l'aide du guide d'entretien</li> </ul>

## **1.2.4. Organisation de l'enquête**

### *1.2.4.1. Outils de collecte de données*

Cette étude a utilisé 5 outils de collecte de données dont 2 questionnaires quantitatifs et 3 guides d'entretien. L'un des questionnaires visait à enquêter des femmes ayant subi une césarienne entre juillet et décembre 2022 et résidant dans un bidonville de Dakar. L'autre questionnaire était destiné aux responsables des établissements de santé pour étudier leur environnement de travail et leur capacité à réaliser des césariennes.

Les guides d'entretien étaient destinés respectivement aux femmes enceintes, aux femmes en post-partum et aux personnels de santé, pour recueillir leurs perceptions sur l'accouchement par voie basse et sur la césarienne.

En dehors des outils de collectes de données, d'autres documents ont été fournis aux enquêteurs et superviseurs, notamment le manuel de l'agent de collecte des données, la liste des bidonvilles de Dakar, le guide de supervision et les fiches de notes des enquêtes qualitatives.

### *1.2.4.2. Formation des superviseurs et des enquêteurs*

Nous avons recruté 5 superviseurs et 15 enquêteurs pour collecter les données sur le terrain, suite à un appel à candidature. Tous les superviseurs sont des diplômés en médecine. Ce choix a été motivé par leur capacité à approcher facilement les structures de santé et le personnel de santé parfois réticents à participer à ce type d'enquête. Pour les enquêteurs, nous avons sélectionné des profils à l'aise tant en enquête qualitative qu'en enquête quantitative. Une session de formation de trois jours a été organisée pour familiariser les superviseurs et les enquêteurs avec les outils de collecte de données, les principes éthiques à respecter, le choix des bidonvilles et des cibles, les résultats attendus, ainsi que le comportement à adopter en cas de problèmes ou de difficultés (photo 2).

**Photo 2 : Formation des enquêteurs et des superviseurs**



Nous n'avons pas pu mener une enquête pilote comme il est d'usage en raison du retard dans l'obtention des autorisations administratives nécessaires pour accéder aux structures. Heureusement, les superviseurs étaient également des professionnels de la santé et certaines enquêtrices présentaient un profil similaire aux femmes cibles, nous permettant ainsi de remplacer l'enquête pilote par des jeux de rôles. Trois jours après le début de la collecte des données, une réunion a été organisée avec les superviseurs pour évaluer le déroulement du travail et s'assurer qu'il n'y avait pas de problèmes majeurs.

#### *1.2.4.3 Collecte des données et organisation du travail de terrain*

Pour la collecte des données, cinq équipes ont été constituées, chacune composée d'un superviseur et de quatre enquêteurs. Elles ont été réparties en fonction des districts sanitaires sélectionnés. Avant le début des enquêtes, le coordonnateur de l'étude s'est assuré que chaque équipe disposait d'une lettre officielle d'introduction préalablement envoyée à tous les responsables des structures de santé concernées, ainsi que d'un nombre adéquat de tablettes, de chargeurs et de bloc-notes. Pendant l'enquête, le coordonnateur a effectué des visites sur le terrain pour superviser le travail des équipes, corriger les éventuelles défaillances et résoudre les problèmes techniques et/ou logistiques. Il a également veillé à la qualité des données collectées en effectuant un contrôle régulier sur le serveur principal où les données étaient envoyées quotidiennement.

Les superviseurs ont coordonné la collecte quotidienne des données sur le terrain. Après avoir obtenu l'autorisation de chaque responsable d'établissement de santé, ils ont examiné les registres de césarienne, identifié les cas éligibles, et ont fourni à chaque enquêteur une liste de femmes à interviewer. À la fin de chaque interview, ils ont vérifié que le questionnaire était correctement rempli à l'aide d'une tablette avant validation et envoi au serveur. À la fin de la collecte des données, ils ont soumis un rapport de fin d'enquête au coordonnateur.

Les enquêteurs étaient chargés d'administrer les questionnaires aux personnes ciblées et de s'assurer que l'outil était correctement rempli. Ils ont travaillé en étroite collaboration avec les autres membres de leur équipe et avec leurs superviseurs. À la fin de la collecte, ils ont également soumis un rapport de fin d'enquête au coordonnateur du projet.

#### *1.2.4.4 Gestion des données*

Les données collectées à l'aide des tablettes étaient synchronisées quotidiennement sur un serveur via le logiciel Survey CTO. Ces données ont ensuite été nettoyées et transmises au logiciel STATA pour une autre vérification avant leur traitement. Toutes les données qualitatives ont été enregistrées sur des dictaphones, puis transcrites en français selon un format structuré. La transcription verbatim a été choisie afin de garantir l'originalité des entretiens sans perte de données. La transcription des entretiens a été supervisée par les chercheurs principaux en sciences sociales qui ont examiné toutes les transcriptions pour s'assurer de leur exhaustivité.

#### *1.2.4.5 Traitement et analyse des données*

Différents niveaux d'analyse ont été réalisés avec les données collectées. D'abord, une analyse descriptive a été effectuée pour décrire les caractéristiques des établissements de santé et des femmes interrogées, complétée par une analyse comparative permettant de mettre en exergue les ressemblances et les dissemblances des structures de santé, selon leur type (public ou privé), leur niveau (hôpital national, centre de santé, hôpital de district, clinique) et leur localisation géographique (quartier aisé, quartier intermédiaire, bidonville). La même analyse a été réalisée sur les femmes ayant subi une césarienne pour vérifier les différences entre les bidonvilles étudiés.

Ensuite, une analyse statistique a été effectuée pour mettre en lumière les déterminants du recours à la césarienne. Des analyses bivariées ont été réalisées pour explorer les relations causales entre certaines variables. Ensuite, des analyses multivariées plus poussées ont été menées, à partir des enquêtes quantitatives, pour explorer les variables pertinentes expliquant les conditions économiques des enquêtées et les modalités de la césarienne selon les différentes structures. Les données issues des entretiens approfondis ont été examinées et interprétées avec le logiciel

Dedoose et selon une approche thématique. Cette dernière est une méthode permettant d'identifier, d'analyser et de rapporter les thèmes issus des données (Braun et Clarke, 2006). Elle a été effectuée selon les étapes suivantes ; i) organisation des données ; ii) génération des catégories, des thèmes, des motifs ; iii) vérification de l'hypothèse émergente ; iv) recherche d'explications alternatives.

#### *1.2.4.6 Considérations éthiques*

Le protocole de recherche a été soumis au Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNEERS) du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et a reçu l'approbation de cette structure ainsi que toutes les autorisations nécessaires (avis éthique N°318 MSAS/ CNEERS/ SP ; et autorisation administrative N°1564, MSAS/DPRS/DR). Cependant, avant d'être soumis au CNEERS, le protocole a d'abord été examiné et approuvé sur les plans scientifiques et éthiques par le comité d'éthique interne de APHRC, non seulement pour garantir la validité scientifique et éthique de l'étude, mais également pour s'assurer que celle-ci contribue à la sécurité et au bien-être des participantes. Lors de la formation des enquêteurs, une attention particulière a été accordée aux questions éthiques qui sont importantes pour la collecte des données et leur validité.

Nous avons pris en compte la procédure de consentement éclairé en veillant à ce que tous les participants reçoivent des informations adéquates sur les objectifs de l'étude, le stockage et l'utilisation des données, ainsi que sur les questions de confidentialité. Tous les participants à l'étude ont signé un formulaire de consentement rédigé dans un style simple et clair afin de s'assurer qu'ils en ont bien compris la teneur avant d'accepter de participer à l'enquête. La participation à cette étude n'a présenté aucun risque. Les questions potentiellement traumatisantes pour les interviewés ont été évitées. Les noms et autres identifiants personnels des participants n'ont été associés à aucune réponse, ni dans les transcriptions ni dans le traitement des données quantitatives. À la fin de chaque enquête réalisée avec une femme enceinte ou en post-partum, un kit composé de détergent solide et liquide a été offert. Ce cadeau n'a pas compensé le temps que les femmes nous ont accordé, mais elles l'ont bien apprécié.

#### *1.2.5 Difficultés de l'étude*

Les difficultés de cette étude sont surtout liées à certains cas de réticence ou de retard de réponse des établissements de santé suite à nos demandes d'autorisation d'accès à leur structure pour mener l'enquête. Ces cas de réticence ont été plus fréquents au niveau des cliniques privées. Nous avons également rencontré une situation où une structure privée avait donné son accord pour la conduite de l'enquête dans son établissement, mais les patientes concernées ont refusé de nous accorder des interviews.

## Chapitre 2 : Caractéristiques des établissements de santé et des femmes enquêtées

Ce chapitre aborde les caractéristiques des établissements de santé en termes de localisation, de types de structures de santé et de ressources. Ensuite, les caractéristiques des femmes enquêtées et de leurs ménages sont présentées.

### 2.1. Caractéristiques des établissements de santé enquêtés

#### 2.1.1. Localisation des établissements de santé enquêtés

L'échantillon de départ comprenait 20 établissements de santé (13 publics et 7 privées). Toutefois, deux cliniques privées qui ne disposaient pas de bloc opératoire pour pratiquer la césarienne ont été exclues de l'analyse. Au total, 18 établissements de santé ont été enquêtés dont 13 publics et 5 privés. Ces établissements de santé sont répartis dans 4 départements de la région de Dakar. Avec un important poids démographique et une forte densité des établissements de santé, le département de Dakar compte 11 établissements de santé enquêtés comparé aux autres départements, tels que Pikine (2), Guédiawaye (3), et Rufisque (2). Il est à noter que toutes ces établissements de santé sont localisés dans des communes différentes. 4 se trouvent dans le district Dakar Nord, 3 dans les districts de Dakar Sud, Dakar Ouest et Guédiawaye, 2 dans les districts de Pikine et de Rufisque et 1 dans le district Dakar Centre (figure 3).

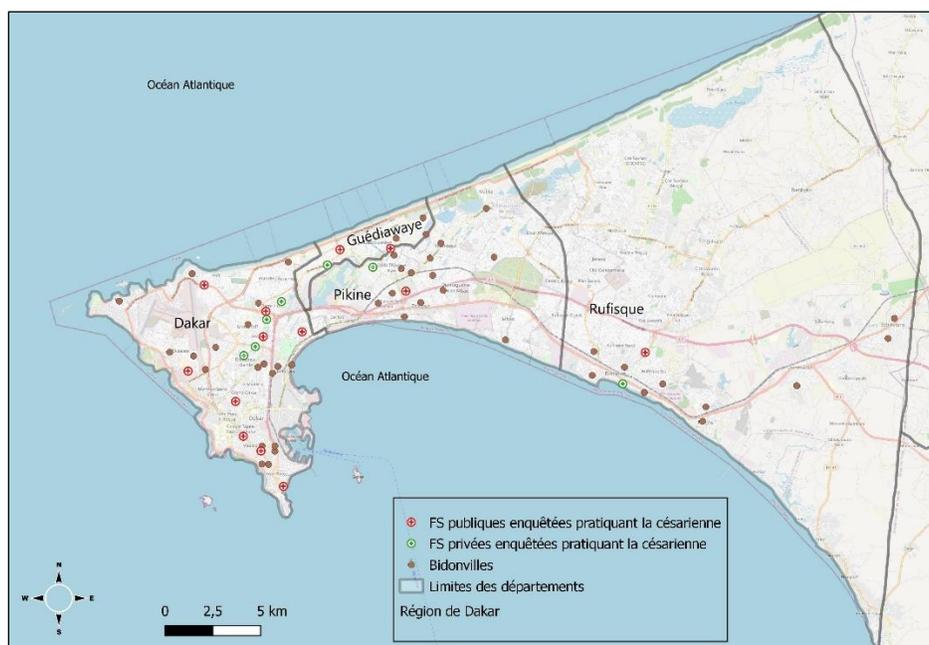


Figure 3 : Répartition des structures sanitaires publiques et privées enquêtées

Les résultats montrent que les enquêtes ont porté sur les principaux types d'établissements de santé pratiquant la césarienne au Sénégal. L'échantillon étudié est composé à 33% d'hôpitaux nationaux, à 17% d'hôpitaux de district, à 22% de centres de santé et à 28% de cliniques privées. En somme, 72% des établissements de santé sont des structures publiques contre 28% qui sont des privées.

**Tableau 5 : Caractéristiques des établissements de santé enquêtés**

	Départements				Total	
	Dakar	Pikine	Guédiawaye	Rufisque	Effectif	%
Nombre de FS enquêtées	11	2	3	2	18	
<b>Type</b>						
Hôpital national	4	1	1	0	6	33
Hôpital de district	1	0	1	1	3	17
Centre de santé	4	0	0	0	4	22
Clinique privée	2	1	1	1	5	28
<b>Statut</b>						
Public	9	1	2	1	13	72
Privé	2	1	1	1	5	28
<b>Milieu d'implantation</b>						
Bidonville	1	0	1	0	2	11
Quartier aisé	3	0	0	0	3	17
Quartier intermédiaire	7	2	2	2	13	72

En ce qui concerne le milieu d'implantation, les résultats confirment l'analyse spatiale (chapitre 2) sur la distribution des établissements de santé pratiquant la césarienne à Dakar. On constate que ceux-ci se trouvent dans des bidonvilles (11%), dans des quartiers aisés (17%) mais surtout dans des quartiers intermédiaires (72%) qui bénéficient d'une situation économique moyenne. Ces quartiers intermédiaires se localisent souvent entre les bidonvilles et les quartiers aisés, permettant ainsi aux populations d'avoir un accès facile aux formations sanitaires.

## **2.1.2. Ressources sanitaires pour les services de santé de la reproduction**

### **2.1.2.1. Disponibilité et fonctionnalité des unités essentielles pour offrir les SONUC**

La pratique de la césarienne requiert un certain nombre d'unités fonctionnelles indispensables, telles qu'une salle de travail, une salle d'accouchement, une salle de suites de couches, un espace d'accueil du nouveau-né et un bloc opératoire.

Les résultats indiquent que les salles de travail, les salles d'accouchement, les blocs opératoires, les salles de suites de couche, les espaces de soins du nouveau-né et les laboratoires sont disponibles et fonctionnels dans 100% des établissements de santé recensés. Les unités de soins du nouveau-né sont disponibles et fonctionnels dans tous les établissements de santé publics et dans 80% des cliniques. Quelques hôpitaux nationaux (33%) et 40% des cliniques réservent une même salle pour l'accouchement et le travail. On constate que les salles de consultation prénatale sont disponibles dans toutes les formations sanitaires, mais elles ne sont fonctionnelles que dans 83% des hôpitaux nationaux, 67% des districts, 75% des centres de santé et 60% des cliniques privées. Les espaces pour la pratique de la méthode Kangourou sont fonctionnels dans 67% des hôpitaux nationaux et des hôpitaux de district, contre 25% et 20% respectivement au niveau des centres de santé et des cliniques privées (tableau 6).

**Tableau 6 : Disponibilité et fonctionnalité des unités essentielles pour offrir les SONUC**

Type	Hôpital national (N=6)		Hôpital de district (N=3)		Centre de santé (N=4)		Clinique privée (N=5)	
	Disponible	Fonctionnel	Disponible	Fonctionnel	Disponible	Fonctionnel	Disponible	Fonctionnel
Disponibilité et fonctionnalité								
Salle de travail	100	100	100	100	100	100	100	100
Salle d'accouchement	100	100	100	100	100	100	100	100
Même salle pour l'accouchement et le travail	33	33	0	0	0	0	60	40
Salle de suites de couches	100	100	100	100	100	100	100	100
Bloc opératoire	100	100	100	100	100	100	100	100
Unité de soins du nouveau-né	100	100	100	100	100	100	80	80
Espace de premiers soins au nouveau-né	100	100	100	100	100	100	100	100
Espace pour la pratique de la méthode Kangourou	67	67	67	67	25	25	20	20
Banque/dépôt de sang	83	83	67	33	0	0	20	20
Laboratoire	100	100	100	100	100	100	100	100
Laboratoire et banque/dépôt de sang dans une même salle	50	50	67	67	0	0	40	40
Salle de CPN	100	83	100	67	100	75	100	60

Par contre aucun centre de santé visité ne dispose de banque/dépôt de sang. Ces dernières sont plus présentes au niveau des hôpitaux de district (67%) et des hôpitaux nationaux (50%). Elles n'ont été répertoriées qu'au niveau de 40% des cliniques privées.

### 2.1.2.2 Couverture en lits et tables

La couverture en lits se réfère au nombre de lits exclusivement réservés aux parturientes du service obstétrique, au nombre de tables d'accouchement et au nombre de tables chauffantes pour nouveau-né. En moyenne, 23 lits sont réservés aux services obstétriques des établissements de santé publics contre 9 au niveau des cliniques privées. Ces lits sont plus présents au niveau des centres de santé (26) et davantage au niveau des hôpitaux de district (40). En moyenne, on note l'existence de 3,72 tables d'accouchement au niveau des établissements de santé enquêtés. Mais, cette valeur cache des disparités. Les lits d'accouchement sont plus fréquents au niveau des hôpitaux nationaux (5,5), suivis des hôpitaux de district (3,67) et des centres de santé (3). Au niveau des cliniques privées, on en décompte en moyenne 2. Les tables chauffantes pour nouveau-né sont également plus présentes au niveau des hôpitaux nationaux (3) suivi des hôpitaux de district (2,67). Les centres de santé ainsi que les cliniques privées ne disposent en moyenne que d'une table chauffante pour nouveau-né (Tableau 7).

**Tableau 7: Lits et tables réservés exclusivement aux services obstétriques**

Variables	Moyenne	Ecart-type
<b>Nombre de lits</b>		
Hôpital/maternité national	23.3	5.12
Hôpital de district	40.3	1.45
Centre de santé	26.25	6.86
Clinique privée	9.4	2.25
<b>Nombre de tables d'accouchement</b>		
Hôpital/maternité national	5.5	1.38
Hôpital de district	3.67	0.33
Centre de santé	3.25	0.48
Clinique privée	2.0	0.55
<b>Nombre de tables chauffantes pour nouveau-né</b>		
Hôpital/maternité national	3.17	0.79
Hôpital de district	2.67	0.88
Centre de santé	1.25	0.25
Clinique privée	1.2	0.2
Ensemble	Moyenne	Ecart-type

Nombre de lits	22.94	14.01
Nombre de tables d'accouchement	3.72	2.44
Nombre de tables chauffantes pour nouveau-né	2.11	1.53

### 2.1.2.3. Disponibilité et fonctionnalité des petits équipements et médicaments essentiels pour les SONUC

L'existence ou la disponibilité de médicaments et d'autres matériels SONUC dans les établissements de santé est essentielle pour la prise en charge des femmes nécessitant une césarienne. Les résultats montrent quatre tendances. D'abord, il y a des consommables qui sont disponibles et utilisables dans tous les types de formation sanitaire, tels que l'oxygène, les aiguilles spinales, l'atropine injectable, l'anesthésie et le test sérologique des groupes sanguins. Ensuite, viennent des consommables qui sont disponibles et utilisables dans tous les établissements de santé publics et dans 80% des cliniques privées, c'est le cas de la Kétamine injectable. Un autre élément non moins important est la table de réanimation avec source de chaleur qui est disponible dans tous les types de formation sanitaire, mais fonctionnelle que dans 67% des hôpitaux nationaux et district, 25% des centres de santé et 80% des cliniques privées. Enfin, un matériel comme l'incubateur est disponible et fonctionnel dans 83% des hôpitaux nationaux, 75% des centres de santé, 67% des hôpitaux de district et 60% des cliniques privées (Tableau 8).

**Tableau 8 : Disponibilité d'autres éléments SONUC**

Type	Hôpital/maternité national		Hôpital de district		Centre de santé		Clinique privée	
	Disponible	Fonctionnel	Disponible	Fonctionnel	Disponible	Fonctionnel	Disponible	Fonctionnel
Disponibilité et fonctionnalité								
Oxygène	100	100	100	100	100	100	100	100
Table de réanimation avec source de chaleur	100	67	100	67	100	25	100	80
Incubateur	83	83	67	67	75	75	60	60
Aiguille spinale	100	100	100	100	100	100	100	100
Sang sûr /utilisable	67	67	66	66	25	25	40	40
Atropine injectable	100	100	100	100	100	100	100	100
Kétamine injectable	100	100	100	100	100	100	80	80
Anesthésie	100	100	100	100	100	100	100	100
Poudre de thiopental	80	75	100	100	75	75	60	40
Test sérologique des groupes sanguins	100	100	100	100	100	100	100	100

### 2.1.2.4. Personnel soignant

Les ressources humaines présentes en quantité et en qualité dans les établissements de santé sont nécessaires pour la bonne prise en charge des parturientes et la bonne utilisation des matériels mis à leur disposition.

Les résultats montrent que tous les établissements de santé publics disposent d'un anesthésiste et d'un prestataire qualifié pour pratiquer la césarienne 24h/24 ; ce qui n'est pas le cas pour certaines cliniques privées. Elles programment la césarienne à l'avance pour permettre au personnel nécessaire d'être sur place. Ainsi, 89% des cliniques ont des prestataires qualifiés pour pratiquer la césarienne et 94% disposent d'un anesthésiste disponible 24h/24.

En moyenne, il existe 5 gynécologues dans chaque formation sanitaire enquêtée. Ils sont cependant plus présents au niveau des hôpitaux nationaux (6) et des centres de santé (5). Des étudiants en spécialisation médicale poursuivent leur formation dans les structures sanitaires. On en compte en moyenne 9 dans les hôpitaux nationaux, 7 dans les centres de santé et 5 dans les hôpitaux de district. Les sages-femmes sont les personnels les plus présents dans les établissements de santé enquêtés avec une moyenne de 20 sages-femmes par formation. Par contre, le nombre de puéricultrices et d'auxiliaires de puériculture est très faible. On ne les retrouve dans aucune clinique enquêtée. Elles sont plus fréquentes dans les centres de santé où on note en moyenne 3,5 puéricultrices et 2 auxiliaires de puériculture. Les résultats montrent que chaque formation sanitaire dispose au moins d'un pédiatre. Les hôpitaux nationaux disposent en moyenne chacun de 5 pédiatres (tableau 14 en annexe).

## **2.2. Caractéristiques des femmes enquêtées et de leurs ménages**

### **2.2.1. Caractéristiques des femmes césarisées enquêtées**

Les variables utilisées pour traiter les caractéristiques des femmes enquêtées sont l'âge, l'ethnie, la religion, la situation matrimoniale, et la profession (tableau 15 en annexe).

L'âge moyen est de 31 ans et est pratiquement homogène en fonction des départements où elle varie entre 30 ans et 31 ans. Concernant le niveau d'éducation, la majorité des répondantes ne sont pas scolarisées (21%) ou n'ont pas dépassé le niveau primaire (39%). Il s'agit de 71% des répondantes de Rufisque, 61% des enquêtées de Pikine, 69% de celles de Guédiawaye, 67% de celles de Keur Massar et 53% des interviewées résidant dans le département de Dakar. Seules 17% des répondantes ont atteint l'université.

Il ressort que 95% des femmes enquêtées sont de confession musulmane contre 5% qui sont de confession chrétienne. En ce qui concerne l'ethnie, 40% des femmes enquêtées sont des Wolofs, 24% sont des Poular et 18% sont des Sérères. Les autres ethnies (Diola, Socé, Soninké, etc.) représentent 18% de l'échantillon. Concernant la situation matrimoniale, 79% des femmes enquêtées sont des mariées monogames, contre 19% qui ont une ou des coépouses. Les mères célibataires ne représentent que 1,5% de notre échantillon et elles habitent toutes dans le département de Dakar.

La majorité des répondantes (45%) ne mènent aucune activité économique, elles sont des femmes au foyer. Environ 28% exercent une profession indépendante comme le commerce informel et 5% sont des élèves/étudiantes. Enfin, 9,6% sont des employés dans le secteur privé et 3% sont des fonctionnaires de l'Etat.

## 2.2.2. Caractéristiques des ménages des femmes enquêtées

A priori, les habitants des bidonvilles sont considérés comme des personnes pauvres (ou démunies). Toutefois, les situations économiques des ménages peuvent ne pas être homogènes. Le coût abordable du foncier dans les bidonvilles peut inciter les catégories aisées à y bâtir domicile. C'est pourquoi notre étude a cherché à comprendre d'une part, les caractéristiques sociodémographiques des ménages des femmes enquêtées (tableau 9) et d'autre part, leur situation économique ainsi que leurs conditions de vie (tableau 10).

Nos résultats montrent que 75% des femmes enquêtées ont leur mari qui est le chef de ménage tandis que seulement 2% sont elles-mêmes chefs de ménage, souvent veuves ou mères célibataires. Environ 17% des répondantes vivent dans le ménage de leur parent proche (père, mère, frère, tante, etc.). La plupart des chefs de ménages sont dans le commerce (43%), tandis que les employés du secteur tertiaire sont peu nombreux avec 7,7% de fonctionnaires et 15% d'employés du secteur privé. Une faible proportion de chefs de ménage exerce des activités de transport (5.4%) ou sont au chômage/femme au foyer (4,6%).

En moyenne, les ménages comptent 10 membres, avec les ménages les plus nombreux (12 personnes) dans les départements de Rufisque et de Guédiawaye. En revanche, le département de Dakar présente le moins de personnes par ménage (9 personnes).

**Tableau 9: Caractéristiques sociodémographiques des ménages enquêtés**

Caractéristiques	Dakar, N = 118	Guédiawaye, N = 29	Keur Massar, N = 24	Pikine, N = 62	Rufisque, N = 27	Ensemble, N = 260
<b>Lien de parenté avec le chef de ménage</b>						
<i>Je suis la cheffe de ménage</i>	3.4	0	0	1.6	0	1.9
<i>C'est mon mari</i>	81	76	88	65	59	75
<i>C'est un parent proche</i>	11	14	8.3	27	33	17
<i>Autres</i>	4.2	10	4.2	6.5	7.4	5.8
<b>Profession du CM</b>						
<i>Fonctionnaire</i>	7.6	6.9	4.2	9.7	7.4	7.7
<i>Commerçant</i>	39	45	58	47	41	43
<i>Autres</i>	30	21	8.3	15	33	23
<i>Employé du secteur privé</i>	15	10	25	18	7.4	15
<i>Transporteur</i>	7.6	14	4.2	0	0	5.4
<i>Chômeur/Femme au foyer</i>	0.8	3.4	0	11	11	4.6
<b>Taille moyenne des ménage</b>	9	12	11	10	12	10
<b>Propriétaire du logement</b>						
<i>A mon ménage</i>	44	59	58	60	78	54
<i>Location</i>	53	41	33	39	22	43
<i>Prêt</i>	0.8	0	0	1.6	0	0.8
<i>Autres</i>	1.7	0	8.3	0	0	1.5
<b>loyer mensuel moyen</b>	90,659	64,167	63,125	71,667	38,333	79,084

La majorité des ménages (54%) sont propriétaires de leur logement, principalement dans le département de Rufisque (78%), où il s'agit souvent de maisons anciennes et insuffisamment rénovées. La location concerne 43% des ménages, avec une prévalence plus élevée dans les départements de Pikine (39%), de Guédiawaye (41%) et surtout de Dakar (53%). Cependant, le coût de la location est plus élevé à Dakar où il est estimé à 90.000 FCFA contre 33 000 FCFA à Rufisque et oscillant entre 64 000 et 70 000 FCFA dans la banlieue, notamment à Guédiawaye, Keur Massar et Pikine.

### 2.2.3. Situation économique des ménages

La pauvreté a été analysée à deux niveaux. Le premier niveau concerne l'estimation des dépenses des ménages par rapport à la satisfaction de leurs besoins vitaux, et le calcul du statut socio-économique. Le deuxième niveau est subjectif, car il concerne l'auto-évaluation des ménages par rapport à leur niveau de vie.

Tableau 12: Situation économique des ménages des femmes césarisées des bidonvilles de Dakar

Caractéristiques	Dakar, N = 118	Guédiawaye, N = 29	Keur Massar, N = 24	Pikine, N = 62	Rufisque, N = 27	Ensemble, N = 260
<b>Dépenses mensuelles estimées</b>						
<i>Moins de 200000 (FCFA)</i>	48	21	29	37	48	41
<i>Entre 200000 et 400000(FCFA)</i>	48	69	58	52	48	52
<i>Entre 400000 et 600000(FCFA)</i>	2.5	10	8.3	8.1	3.7	5.4
<i>600000 et plus (FCFA)</i>	0.8	0	4.2	3.2	0	1.5
<b>Dépenses mensuelles moyennes en matière de santé</b>	90,397	69,282	28,898	33,618	38,781	63,465
<b>Satisfaction par rapport aux besoins vitaux</b>						
<i>Oui c'est suffisant</i>	27	34	8.3	31	3.7	25
<i>Oui mais à peine</i>	38	31	29	40	48	38
<i>Non ce n'est pas suffisant</i>	35	34	62	29	48	37
<b>Perception état de richesse</b>						
<i>Pauvre</i>	42	28	33	48	19	38
<i>Moyen</i>	53	55	62	40	74	53
<i>Riche</i>	5.9	17	4.2	11	7.4	8.5
<b>Statut socio-économique des ménages</b>						
<i>Pauvre</i>	39	38	21	27	26	33
<i>Moyen</i>	32	31	25	40	30	33
<i>Riche</i>	28	31	54	32	44	34

Les résultats montrent que 41% des ménages ont des dépenses de consommation inférieures à 200 000 FCFA par mois, tandis que seulement 1,5% dépensent plus de 600 000 FCFA. La majorité des

ménages (52%) dépensent entre 200 000 FCFA et 400 000 FCFA par mois. Pour 75% des ménages, leurs ressources ne suffisent pas à couvrir leurs besoins vitaux dont 38% et 35% respectivement qui affirment qu'elles les couvrent à peine ou insuffisamment.

Le statut socio-économique des ménages a été évalué en tenant compte des biens du ménage, des sources d'approvisionnement en eau, des matériaux du logement et du toit. Les résultats montrent que les catégories socio-économiques sont réparties de manière égale avec 33% de ménages pauvres, 33 % de ménages riches et 34% de ménages de catégorie moyenne. Cette répartition ne correspond pas à l'auto-évaluation subjective de la pauvreté où 38% des ménages se considèrent comme pauvres et 8,5% comme riches.

Les ménages moins pauvres sont principalement situés dans les départements de Rufisque (44%) et Keur Massar (54%). En revanche, le département de Dakar affiche la plus faible proportion de ménages moins pauvres (28%) selon le statut socio-économique. En revanche, seulement 6% des ménages se considèrent comme tels.

Les résultats montrent que, dans l'ensemble, les pauvres qui vivent dans le département de Dakar sont dans une situation économique très précaire. Les dépenses mensuelles en matière de santé sont plus élevées à Dakar (90 000 FCFA) que dans tout autre département de la région. Cela pourrait s'expliquer par l'accès aux cliniques privées. En ce qui concerne l'évaluation de leur état de santé actuel, les résultats montrent que c'est dans le département de Rufisque où 77% de répondantes pensent être en bonne santé contre 73% à Pikine, 67% à Keur Massar et seulement 66,7% à Dakar (voir tableau 17 en annexe).

En résumé, l'étude a porté sur 18 établissements de santé pratiquant la césarienne, majoritairement situés dans des quartiers intermédiaires et accessibles aux populations pauvres. Les infrastructures de base et les espaces de soins du nouveau-né sont disponibles dans toutes les formations sanitaires, qu'elles soient publiques ou privées. Cependant, certains équipements, tels que les salles de consultation prénatale et les espaces pour la pratique de la méthode kangourou ne sont pas fonctionnels à 100% dans toutes les formations sanitaires.

Les caractéristiques des femmes enquêtées montrent que la majorité d'entre elles sont Wolofs, de confession musulmane et non scolarisées. Plus de la moitié des répondantes sont mariées monogames et ne travaillent pas.

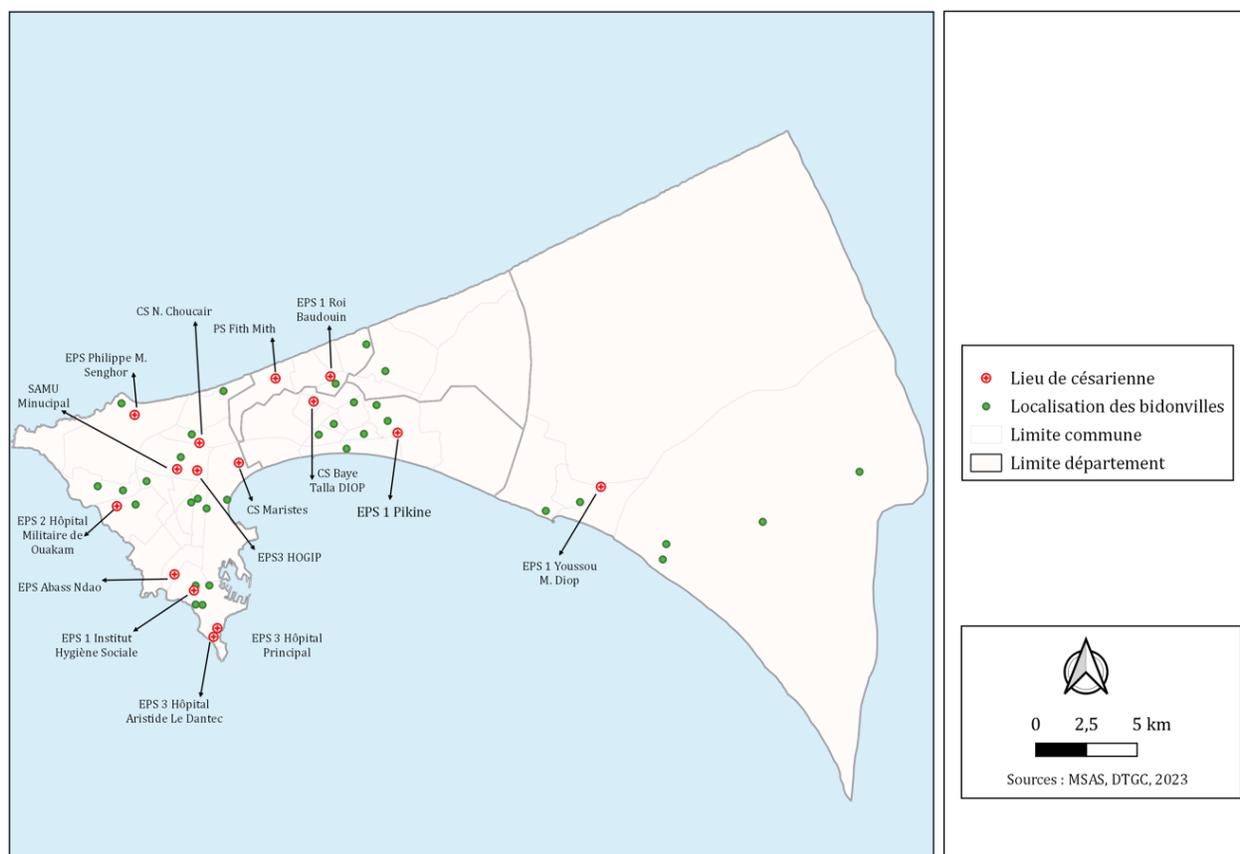
Quant aux caractéristiques des ménages, la plupart sont dirigés par des hommes, la majorité des chefs de ménage étant actifs dans le commerce. La situation économique des ménages est dominée par ceux dont les ressources ne suffisent pas pour couvrir leurs besoins vitaux. Enfin, le statut socio-économique des ménages ne révèle pas une grande différence de proportion entre les tertiles de richesse, ce qui contraste avec l'évaluation subjective de la pauvreté selon les départements.

## Chapitre 3 : Accessibilité spatiale et financière de la césarienne pour les femmes vivant dans les bidonvilles de Dakar

Les dimensions géographique et économique jouent un rôle crucial dans l'évaluation de l'accessibilité des femmes à la césarienne. En effet, nos recherches antérieures ont suggéré qu'il pouvait exister des problèmes d'accès à ce service dans les quartiers défavorisés de Dakar (Sy et al., 2023). Ce chapitre analyse ces deux dimensions afin de voir s'il n'y a pas de barrières physiques ou financières qui empêchent les femmes habitants dans les bidonvilles de Dakar d'accéder à la césarienne.

### 3.1. Accessibilité spatiale des établissements de santé pratiquant la césarienne

Les analyses spatiales mettent en évidence une forte concentration des établissements de santé pratiquant la césarienne à proximité des bidonvilles ; ce qui garantit une bonne accessibilité géographique à moins de 2 km. En d'autres termes, comme le montre la figure 4, près de 75% des bidonvilles, se situent à moins de 2 km d'une structure sanitaire pratiquant la césarienne.



La césarienne est pratiquée dans les hôpitaux publics, les centres de santé et les cliniques privées. En dehors de Dakar, où une proportion importante de femmes a subi une césarienne dans les centres

de santé (43%), la plupart ont eu recours à cette intervention au niveau des hôpitaux publics. C'est notamment le cas de Pikine (65%), Guédiawaye (86%) et particulièrement de Keur Massar (96%) et de Rufisque (96%).

Le tableau 10 résume les modalités du choix du lieu de l'accouchement des femmes résidant dans les bidonvilles de Dakar. La majorité des femmes (70%) ont réalisé leurs visites prénatales dans une structure de santé différente de celle où elles ont accouché. Cela explique sans doute pourquoi, la référence médicale constitue le premier facteur (42%) qui explique les lieux où les femmes ont été césarisées. Ce facteur est moins important pour les femmes habitant à Dakar (28%) mais il est plus fréquent chez celles résidant à Guédiawaye (55%) et principalement à Rufisque (63%) et Keur Massar (75%). Outre la référence médicale, la qualité des soins et la proximité de la structure sanitaire sont des facteurs déterminants pour le choix du lieu d'accouchement avec respectivement 31% et 30% des réponses enregistrées. D'autres raisons, telles que le réseau familial et social (13%) et l'accessibilité du coût de traitement (3,5%) sont également évoquées.

**Tableau 10 : Choix du lieu d'accouchement des femmes césarisées des bidonvilles de Dakar**

Caractéristiques	Keur					Ensemble. N = 260
	Dakar. N = 118	Guédiawaye. N = 29	Massar. N = 24	Pikine. N = 62	Rufisque. N = 27	
<b>Type de structure sanitaire pour la réalisation de la dernière césarienne</b>						
<i>Hôpital public</i>	55	86	96	65	96	69
<i>Centre de santé public</i>	43	6.9	0	16	3.7	25
<i>Clinique ou autre structure privée</i>	1.7	6.9	4.2	19	0	6.5
<b>Est-ce que c'est dans cette structure que vous avez réalisé vos visites prénatales ?</b>						
<i>Non</i>	60	79	79	81	74	70
<i>Oui</i>	40	21	21	19	26	30
<b>Motivation du choix de la structure pour accouchement</b>						
<i>Proximité</i>	43	17	17	26	11	30
<i>Qualité des Soins</i>	35	34	25	29	22	31
<i>Coût de traitement accessible</i>	0.8	6.9	12	4.8	0	3.5
<i>Réseau familial et social</i>	15	14	12	15	0	13
<i>Référence médicale</i>	28	55	75	40	63	42
<i>Autres</i>	8.5	10	8.3	15	11	10
<b>Localisation de la structure</b>						
<i>Dans le même quartier</i>	14	21	0	9.7	7.4	12
<i>Dans la même commune</i>	33	28	12	21	26	27
<i>Dans la commune voisine</i>	26	28	4.2	40	33	28
<i>Ailleurs (autres communes ou quartiers)</i>	26	24	83	29	33	33

De plus, la plupart des femmes ont accouché par césarienne dans une structure de santé située en dehors de leur commune (33%). Seules les femmes de Dakar ont majoritairement accouché dans leur commune (33%), voire même dans leur propre quartier (14%). Les habitantes de Keur Massar se rendent principalement dans une autre commune pour accoucher par césarienne (83%). Outre la référence médicale, cela peut s'expliquer par l'incapacité du centre de santé de proximité à accueillir toutes les patientes nécessitant une césarienne.

Une distance importante entre le domicile et la structure sanitaire rend difficile le déplacement des femmes, pour les visites prénatales et l'accouchement, et augmente les coûts liés au transport (figure 5A). En moyenne, le temps de transport varie entre 15 à 30 mn (figure 5A) pour 34% des femmes, avec un recours majoritaire aux taxis (56%), pour un coût moyen de 3 781 FCFA. Cependant, les habitantes de Keur Massar passent en moyenne plus d'heure sur la route (17%) et paient plus cher (5519 FCFA). Elles sont suivies par les habitantes de Pikine (13%) qui passent plus d'une heure avec un coût moyen de 4 555 FCFA et celles de Rufisque (7%) qui passent plus d'une heure avec un coût moyen de 4077 FCFA (figure 5B).

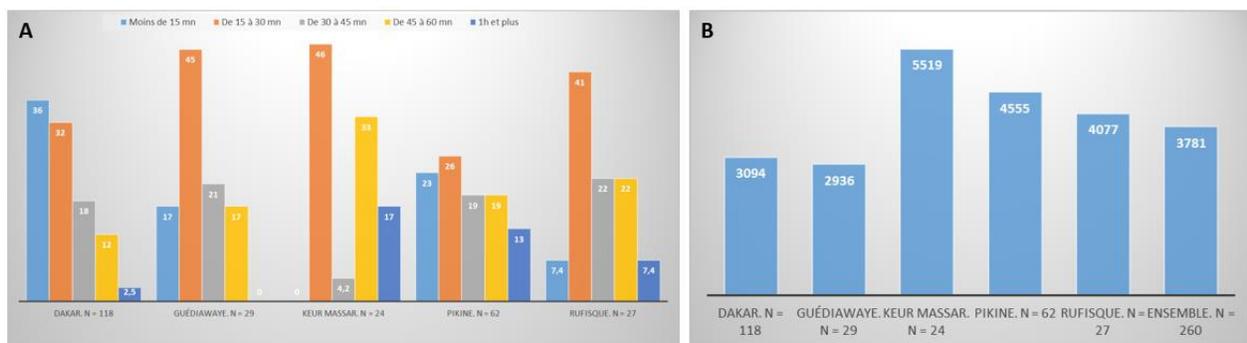


Figure 5 : (A) Temps pour accéder à une structure de santé ; (B) Coût moyen du transport vers la structure de santé

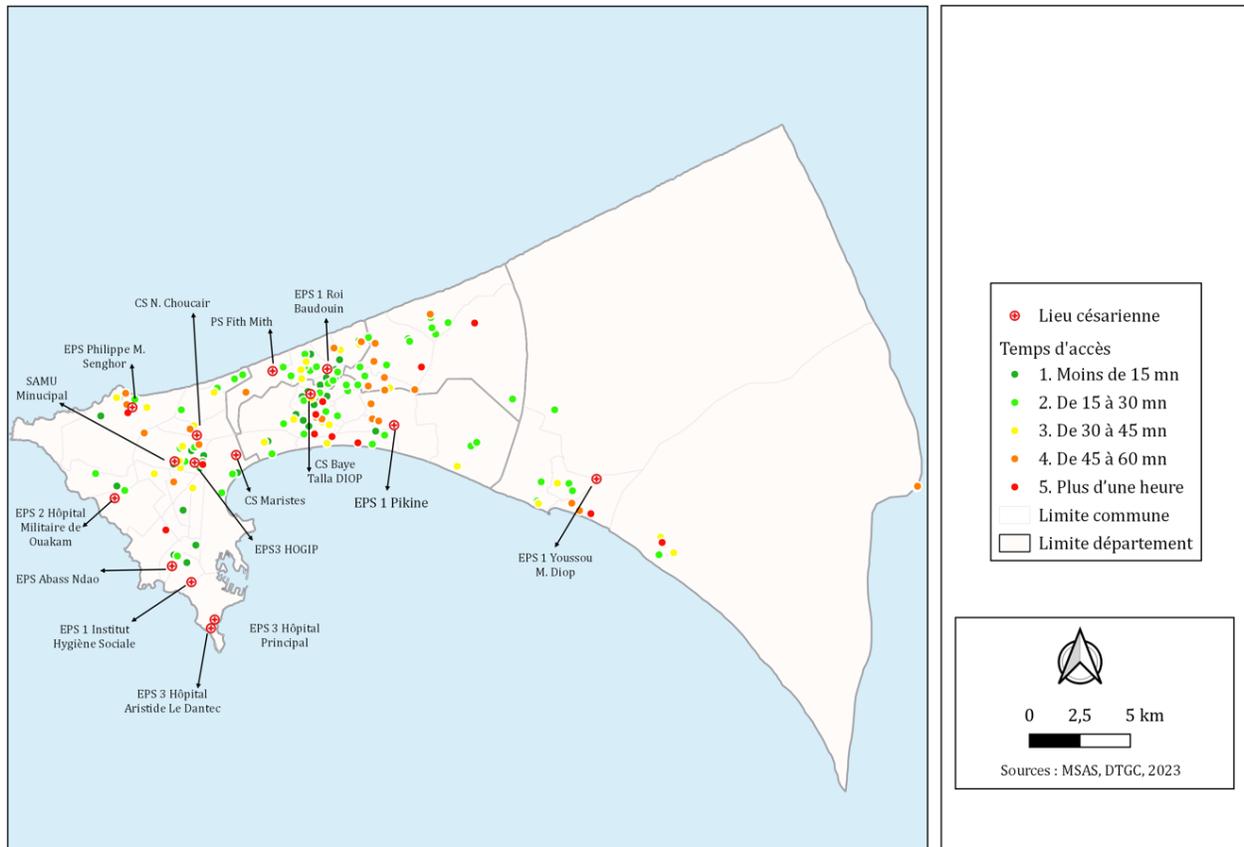
En ce qui concerne la localisation des structures de santé pratiquant la césarienne, la figure 6 montre que la plupart des femmes (76%) estiment avoir passé moins d'1 heure de route pour accéder à l'établissement de santé où elles ont subi la césarienne. Parmi elles, 24% ont fait moins de 15 minutes, 34% ont mis entre 15 et 30 minutes et 18% ont mis entre 30 et 45 minutes. Seules 14% des enquêtées ont affirmé avoir réalisé plus d'une heure de route.

À Dakar, en raison de la proximité des établissements de santé pratiquant la césarienne, une part importante des femmes (22%) ne nécessitent aucun moyen de transport et marchent jusqu'à la structure de santé. Cela est également le cas à Pikine (23%) et dans une moindre mesure à Guédiawaye (14%). En banlieue, après les taxis, un quart des femmes interrogées utilisent les bus publics pour se rendre au niveau de la structure de santé où elles doivent accoucher. Ceci est souvent dû à un manque de moyens pour prendre un taxi, car les bus publics sont généralement bondés et peu commodes pour les femmes enceintes.

Dans l'ensemble, les établissements de santé pratiquant la césarienne sont accessibles sur le plan géographique. Ainsi, 67% se trouvent soit dans le même quartier que le domicile de la femme (12%) soit dans la même commune (27%) ou dans la commune voisine (28%). Environ 58% des femmes interrogées ont mis moins de 30 mn pour se rendre à la structure de santé où elles ont été césarisées.

Ce constat est étayé par les données qualitatives de l'enquête. Celles-ci confirment que certains prestataires des établissements de santé publics estiment que les bénéficiaires de la césarienne proviennent souvent de leur zone de couverture sanitaire.

« On voit des patientes de toutes zones, après le lieu influence un peu par exemple si on est à Philippe Senghor, le centre de santé de Philippe Senghor, il y a les lieux aux alentours, on voit les personnes qui habitent aux alentours qui viennent se consulter ici ; par exemple si on va l'hôpital de Pikine c'est la même chose, si on va à l'hôpital Aristide Le Dantec, c'est la même chose ». (Entretien avec Personnel de santé, Gynécologue, Femme)



**Figure 6 : Répartition spatiale du temps mis par les femmes enquêtées pour accéder à l'établissement de santé où elles ont subi une césarienne**

### 3.2. Accessibilité financière de la césarienne

Le coût de la césarienne est l'un des principaux facteurs déterminants l'accès à ce service obstétrique. Des coûts exorbitants peuvent être hors de portée pour les familles défavorisées. Le Sénégal a lancé une politique de gratuité de la césarienne à partir de 2005, laquelle a été étendue à toute la région de Dakar en 2013. Cette section vise à analyser le coût de la césarienne en utilisant des données recueillies à partir de nos enquêtes.

### 3.2.1. Le coût de la césarienne au niveau des formations sanitaires

Les résultats révèlent que la césarienne est totalement gratuite dans 50% des établissements de santé et payante dans 33% d'entre eux. Cependant, dans 17% des établissements de santé, la césarienne est gratuite mais la patiente doit acheter un kit (**figure 7**).

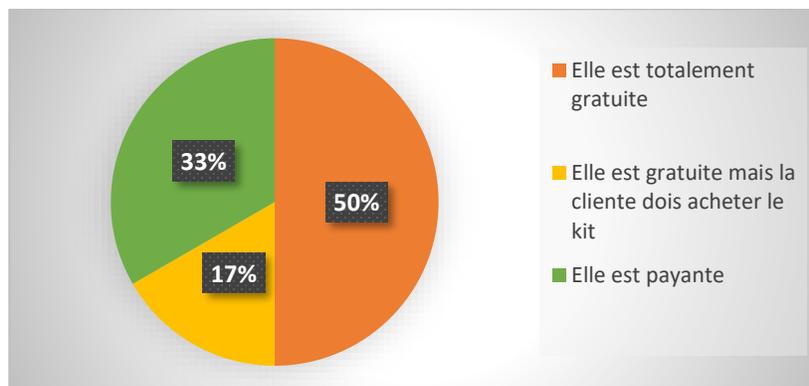


Figure 7: Gratuité de la césarienne dans les établissements de santé enquêtés

Par ailleurs, notre enquête auprès des responsables sanitaires nous a permis de savoir que même là où la césarienne est dite « totalement gratuite », cela concerne soit les frais de l'opération et/ou le kit de césarienne. La patiente doit donc payer les frais de consultation, l'ordonnance, l'hospitalisation et parfois même d'autres coûts. Le kit de césarienne comprend 2 cathéters verts, 2 perfuseurs, une boîte de tramagen, 5 ampoules, 3 boîtes de misoclear, 1 sonde nasogastrique, une sonde urinaire, une poche à urine, 5 seringues de 5ml, 3 seringues de 10ml, 1 sérum salé, 1 ringer lactate, un clamp de baar, une paire de gants stériles, 3 perfalgers et 3 antibiotiques. Dans toutes les structures visitées, les kits de césarienne et d'accouchement sont souvent disponibles à la pharmacie IB. Le kit est prescrit à la patiente et doit être acheté avant son admission au bloc (dans les établissements où il n'est pas gratuit). Si la patiente n'a pas les moyens de l'acheter, il existe des kits stockés en salle d'accouchement qui sont utilisés en cas d'urgence mais que la patiente doit rembourser après la césarienne.

Le coût moyen de la césarienne varie considérablement en fonction du type d'établissement de santé. Il est plus bas dans les centres de santé (65 000 FCFA) et les hôpitaux de district (95 833 FCFA). Cependant, dans les hôpitaux nationaux, ce coût est tout de même élevé avec une moyenne de 191 250 FCFA. En revanche, dans les cliniques privées le coût de la césarienne est très élevé avec une moyenne de 630 000 FCA. Pour chaque type d'établissement de santé, on constate des écarts types très différents des coûts moyens de la césarienne, témoignant de grandes variations au sein même de chaque structure (Voir tableau 16 en annexe).

Les résultats montrent que les rubriques qui contribuent le plus au coût de la césarienne sont principalement le coût du kit estimé en moyenne à 60 200 FCFA et celui de l'hospitalisation qui s'élève en moyenne à 24 461 FCFA par jour. Ces coûts sont principalement élevés dans les cliniques privées où le kit coûte en moyenne 162 399 FCFA et l'hospitalisation 49 200 FCFA par jour. Les femmes interrogées passent en moyenne 3 jours dans les établissements de santé après la césarienne avant de retourner chez elles. Le coût de l'hospitalisation devient élevé pour les femmes qui restent plusieurs jours dans les établissements de santé, en particulier pour celles qui

rencontrent des complications post-césarienne. Pour ces dernières, les frais d'hospitalisation peuvent représenter plus de 70% du coût global de la césarienne. Ce coût est évalué de différentes manières par les responsables des établissements de santé enquêtés. Selon 61% d'entre eux, il est abordable, et pour 17%, il est moyen. Seuls 22 % estiment que ce coût est élevé et 5,6% pensent qu'il est très élevé (**figure 8**).

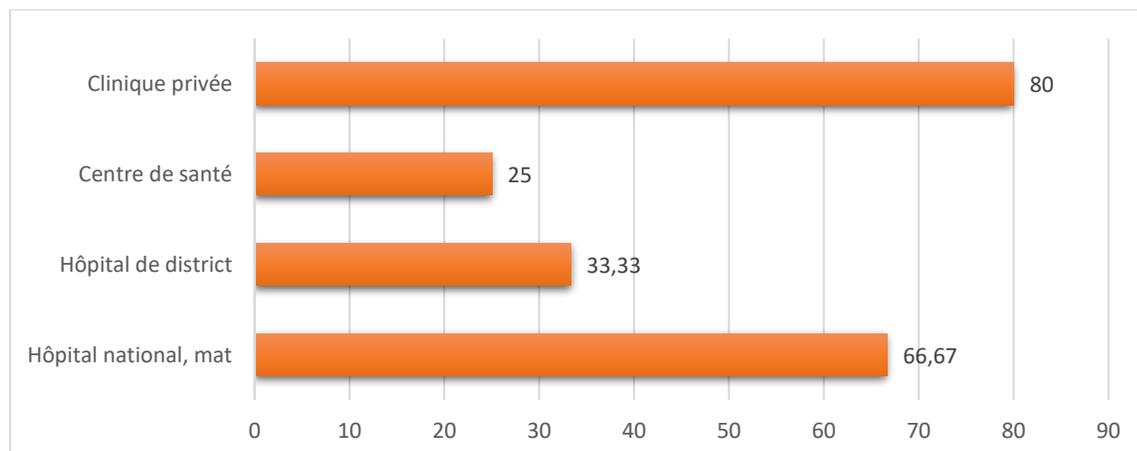
Les données qualitatives montrent que les prestataires du secteur public estiment que le coût de la césarienne est abordable pour toutes les femmes car il est subventionné par la politique de gratuité mise en place par l'Etat.

*« Oui, je pense que c'est très abordable. En tout cas dans le public, c'est très abordable. »*  
(Entretien avec Personnel de santé, Gynécologue, Femme)



**Figure 8 : Appréciation du coût de la césarienne par le personnel de santé**

La **figure 9**, donne la perception des responsables des structures de santé sur la question du paiement du coût de la césarienne par les pauvres. Il ressort que c'est au niveau des centres de santé et des hôpitaux de district, où les frais liés à la césarienne sont plus faibles, que lesdits responsables affirment respectivement à 55% et à 33% que les personnes démunies ne peuvent pas payer la césarienne dans leurs établissements de santé. Dans la même logique, les responsables des hôpitaux nationaux ainsi que ceux des cliniques privées affirment respectivement à 67% et à 80% que les pauvres ne peuvent pas payer les coûts de la césarienne dans leur établissement.



**Figure 9: Répartition des responsables des structures sanitaires qui pensent que les pauvres ne peuvent payer le coût de la césarienne dans leurs structures**

L'opinion des responsables des établissements de santé sur l'accès des pauvres à la césarienne au niveau de leurs établissements de santé montre que 61% d'entre eux, estiment qu'elles ont un bon accès à la césarienne, tandis que 33% soutiennent que cet accès est moyen. Seuls 6% ont affirmé que les personnes démunies ne pouvaient pas avoir accès à la césarienne, et ce sont des gérants de cliniques privées dans ces cas (Figure 10).

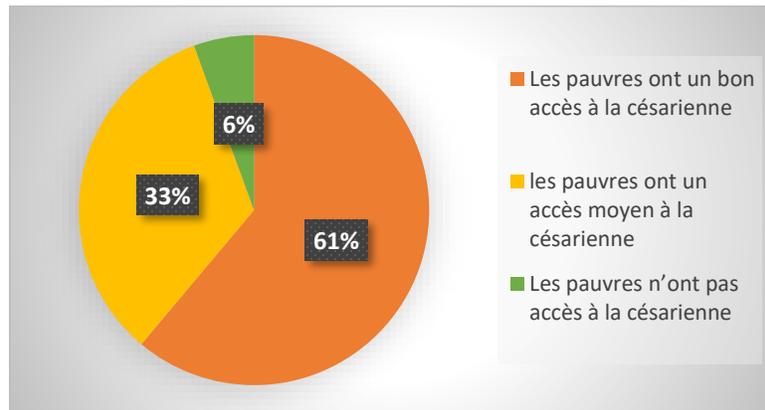


Figure 10: Appréciation des responsables des établissements de santé sur l'accès à la césarienne des personnes démunies au niveau de leur structure

En ce qui concerne les retombées financières de la césarienne sur les établissements de santé, dans le secteur public, les répondants préfèrent ne pas parler de rentabilité car la césarienne est gratuite et ils ne perçoivent pas de rémunération directe en fonction du nombre de césariennes. Toutefois, ils avancent qu'en termes de recettes pour la structure, la césarienne est plus rentable comparée à l'accouchement par voie basse en raison du nombre de jours d'hospitalisation, des consommables utilisés, entre autres.

*« Bon pour nous, nous ne sommes pas payés en fonction de ça. Maintenant pour l'hôpital, je pense que les césariennes sont plus rentables. Même si ça utilise plus de consommables, plus d'intrants. Il y a plus de recettes pour les césariennes par rapport à l'accouchement ».*  
(Entretien avec Personnel de santé, Femme)

### 3.2.2. Accessibilité financière des femmes résidant dans les bidonvilles à la césarienne

Après avoir obtenu une idée du coût de la césarienne et de l'opinion des responsables des établissements de santé sur l'accès des pauvres à la césarienne dans leurs structures, cette section interroge directement les femmes qui ont subi une césarienne dans ces structures de santé. L'objectif est de connaître le montant qu'elles ont payé, leur opinion sur les coûts ainsi que leur connaissance sur des femmes n'ayant pas pu accéder à la césarienne en raison du manque de moyens financiers.

Les résultats indiquent que le coût moyen de la césarienne, selon nos répondantes, est de 215 882 FCFA (Tableau 11). Ce chiffre n'est pas très éloigné de celui obtenu auprès des responsables des établissements de santé qui est de 269 167 FCFA.

**Tableau 11: Accessibilité financière de la césarienne aux femmes césarisées des bidonvilles de Dakar**

Caractéristiques	Keur					Ensemble. N = 260
	Dakar. N = 118	Guédiawaye. N = 29	Massar. N = 24	Pikine. N = 62	Rufisque. N = 27	
<b>À combien estimez-vous le coût global de la césarienne ?</b>	177564	238502	193952	330093	116277	215882
<b>Comment jugez-vous ces coûts ?</b>						
<i>Elevé</i>	65	79	79	81	78	73
<i>Moyen</i>	32	14	17	16	22	24
<i>Bas</i>	2.5	6.9	4.2	3.2	0	3.1
<b>Qui a payé ce coût</b>						
<b>Personne/structure qui a payé</b>						
<i>Moi-même</i>	14	6.9	8.3	9.7	3.7	11
<i>Mon époux</i>	95	93	75	95	100	93
<i>Assurance maladie</i>	2.5	14	17	11	7.4	7.7
<i>Par un tiers</i>	3.4	21	25	4.8	3.7	7.7
<i>Autres</i>	5.1	10	8.3	6.5	3.7	6.2
<b>Sources de paiement</b>						
<i>Vente de bien</i>	0	7.1	0	3.2	0	1.6
<i>Emprunt</i>	14	29	43	21	15	20
<i>Propre argent</i>	96	89	95	95	96	95
<i>Prise en charge de l'hôpital</i>	8.5	0	0	4.8	0	5.1
<i>Prise en charge de l'assurance</i>	1.7	18	9.5	11	3.7	6.6
<i>Autres</i>	3.4	7.1	0	3.2	11	4.3
<b>Pensez-vous qu'il existe dans votre quartier des femmes qui ont voulu faire la césarienne mais qui n'ont pas pu la faire à cause du manque de moyens ?</b>						
<i>Ne Sait Pas</i>	42	45	29	34	33	38
<i>Non</i>	49	31	21	40	33	41
<i>Oui</i>	9.3	24	50	26	33	21

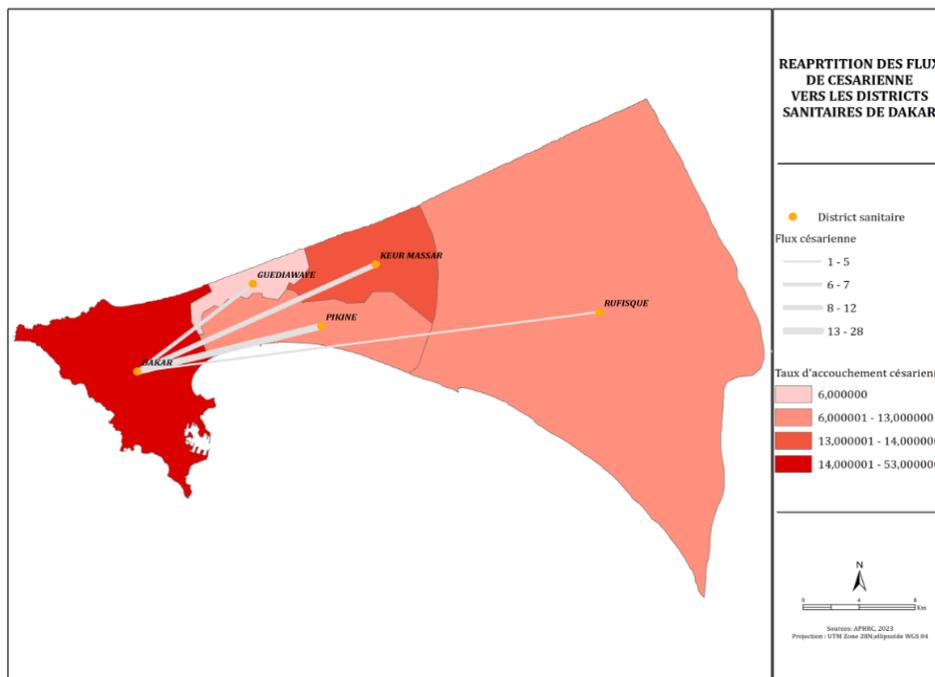
On constate que ce coût est plus élevé au niveau des départements de Pikine (330 093 FCFA) et de Guédiawaye (238 502 FCFA). Ce sont des départements où la majorité de la césarienne se font au niveau des hôpitaux. En revanche, dans le département de Dakar où plusieurs centres de santé pratiquent la césarienne, le coût de cette pratique obstétricale y est plus faible (177 564 FCFA).

Selon 73% des répondantes, ce coût est élevé, contre seulement 3% qui le considèrent comme bas. Les femmes utilisent souvent différentes sources pour payer les coûts liés à la césarienne. Dans la plupart des cas, la femme et son époux participent à hauteur de 95% au paiement de ce coût. Ils peuvent également emprunter à leurs proches (20%), bénéficier du don d'un tiers (7,7%), de la prise en charge par leur assurance maladie (7,7%) ou de l'hôpital lui-même (5.1%). Certaines femmes (1,6%) vendent même leurs biens pour compléter le paiement des frais associés à la césarienne.

Selon 41% de nos répondantes, aucune femme de leur quartier n'a été privée de subir une césarienne en raison du manque de ressources financières tandis que 38% affirment ne pas être informées à ce sujet. Toutefois, 21% des enquêtées indiquent qu'elles connaissent, dans leur quartier, des femmes qui ont souhaité subir la césarienne mais qui n'ont pas pu la faire en raison du manque de ressources financières. Ces situations peuvent concerner des cas de césarienne de

confort, car la césarienne est souvent réalisée dans les structures publiques lorsque l'indication médicale est établie.

L'analyse des inégalités d'accessibilité à la césarienne met en évidence d'importants flux de déplacements de femmes des districts sanitaires de la banlieue vers ceux de Dakar comme l'illustre la **figure 11**. Les flux les plus importants vers les structures de santé de Dakar pratiquant la césarienne proviennent essentiellement des districts sanitaires de Pikine (54%) et de Keur Massar (23%). Pour les districts de Guédiawaye (13%) et Rufisque (10%), les références médicales vers les districts sanitaires de Dakar sont très faibles et peuvent s'expliquer par leur proximité avec les structures de santé de Pikine et de Guédiawaye pratiquant la césarienne.



**Figure 11: Répartition spatiale des flux de césarienne vers les districts sanitaires de Dakar**

Pour conclure ce chapitre, l'analyse de l'accessibilité spatiale et financière de la césarienne pour les femmes vivant dans les bidonvilles de Dakar révèle une bonne desserte des établissements de santé pratiquant cet acte obstétrique au niveau des bidonvilles. La majorité des bidonvilles sont en effet localisés à moins de 2 km d'une structure sanitaire publique offrant la césarienne, ce qui témoigne d'une bonne accessibilité géographique.

Cet accès physique à la césarienne a été rendu possible par une politique sanitaire qui a permis d'augmenter le nombre d'établissements de santé offrant ce service obstétrique dans la capitale sénégalaise. La césarienne est pratiquée dans les hôpitaux publics, les centres de santé et les cliniques privées permettant ainsi aux femmes d'accéder à d'autres offres en santé maternelle telle que les consultations prénatales. Cependant, il est important de souligner que malgré cette proximité, il y a des femmes qui ont mis plus d'une heure pour accéder au lieu où elles ont été

césarisées à cause de la référence médicale ou de leurs souhaits de bénéficier des soins de meilleure qualité.

Du point de vue financier, l'analyse montre que la césarienne a un coût pour les populations des bidonvilles malgré la politique de gratuité. Cette appréciation varie selon les structures, car il existe une contrepartie financière que les femmes doivent s'acquitter pour bénéficier de la césarienne. Le coût varie de 65 000 FCFA dans les centres de santé à 191 250 FCFA dans les hôpitaux nationaux en passant par 95 833 FCFA au niveau des hôpitaux de districts. Ce coût est extrêmement élevé au niveau des structures privées, pouvant dépasser 630 000 FCFA.

De manière globale, dans la région de Dakar, les femmes des bidonvilles ont un bon accès physique aux établissements de santé pratiquant la césarienne. Cependant, la contrepartie financière qui est demandée pour accéder à la césarienne alors qu'il existe une politique de gratuité totale de cet acte obstétrique pousse à se demander si les cibles en bénéficient parfaitement.

## **Chapitre 4 : Pratiques des établissements de santé et perceptions des femmes et des personnels de santé sur la césarienne**

Ce chapitre traite des pratiques des établissements de santé ainsi que des perceptions des femmes et du personnel de santé concernant la césarienne. La première partie aborde les perceptions et les expériences de la césarienne chez les femmes et le personnel de santé, tandis que la deuxième partie fait état des pratiques sanitaires.

### **4.1. Les perceptions et expériences de la césarienne chez les femmes**

La grossesse est un moment de joie pour de nombreuses femmes, durant lequel elles sont préoccupées par l'arrivée du bébé. Le choix du mode d'accouchement est déterminé par plusieurs facteurs sociaux, économiques, mais aussi médicales et cliniques. Cette section met en lumière les perceptions et expériences des participantes (femmes enceintes et femmes en postpartum) concernant les modes d'accouchement par voie basse et par césarienne.

#### ***4.1.1. Les perceptions de l'accouchement par voie basse***

Cette section aborde les avantages et les inconvénients de l'accouchement par voie basse.

##### ***4.1.1.1. Les avantages de l'accouchement par voie basse***

Certains avantages de l'accouchement par voie basse ont été mentionnés par les femmes notamment une récupération rapide, une réduction des complications post-partum, et la possibilité d'avoir plusieurs enfants

En ce qui concerne la récupération rapide, plusieurs femmes ont souligné qu'une fois les douleurs de l'accouchement passées et les sutures guéries, elles pouvaient rapidement reprendre leurs activités quotidiennes. De plus, la durée de leur séjour à l'hôpital était relativement courte, comme l'illustrent ces propos : « *Moi je préfère l'accouchement par voie basse et je pense que c'est mieux parce que tu guéris plus vite et tu ne passes pas beaucoup de temps à l'hôpital contrairement à la césarienne qui comporte quelques risques...* » (Femme enceinte nullipare, E1, clinique privée).

La limitation des complications a également été mentionnée comme aspect positif de l'accouchement par voie basse avec moins de risques associés selon certaines « *Il y a plus de sécurité dans l'accouchement par voie basse* » (Femme postpartum sans antécédent de césarienne, E10, Hôpital public). La possibilité d'avoir plusieurs grossesses a également été citée comme un avantage. Une femme explique que « *si c'est la voie basse, personne ne peut vous empêcher d'enfanter à moins que vous ne décidiez d'arrêter par vous-même* » (Femme postpartum sans antécédent de césarienne, E10, Hôpital public).

#### *4.1.1.2. Les inconvénients de l'accouchement par voie basse*

Les femmes ont mentionné plusieurs inconvénients liés à l'accouchement, notamment l'élargissement du vagin et le risque de complications comme les fistules et autres déchirures.

En ce qui concerne les douleurs ressenties, les femmes ont témoigné que ces contractions durant l'accouchement laissent des souvenirs désagréables. L'une d'elles l'a exprimé en ces termes : « *L'accouchement par voie basse aussi, il y a les douleurs comme aspect négatif* » (Femme postpartum avec antécédent de césarienne, E6, Clinique privée). En plus des douleurs liés à l'accouchement, d'autres ont mentionné les points de sutures à la suite d'une épisiotomie comme source de douleur intense. « *C'est très douloureux. Surtout après l'accouchement quand on me faisait les points de sutures* » (Femme postpartum sans antécédent de césarienne, E6, Clinique privée).

Ces effets inconfortables mettent en évidence le fait que la majorité des accouchements semblent se dérouler sans péridurale ni anesthésie pour soulager les douleurs et améliorer l'expérience de l'accouchement pour les femmes qui le souhaitent.

Certaines ont également noté que l'accouchement par voie basse « *... rend large la femme* » (Femme postpartum avec antécédent de césarienne, E6, Clinique privée), faisant référence à l'élargissement du vagin suite à cet accouchement naturel. Selon les croyances populaires, cette modification anatomique pourrait avoir un impact sur la satisfaction sexuelle de l'homme et donc potentiellement sur la stabilité du couple.

Le risque de fistules a été également mentionné, comme l'illustrent ces propos : « *Oui, j'entends souvent parler d'une maladie où tu as des difficultés de te retenir quand tu veux faire tes besoins, je pense qu'on appelle ça fistule* » (Femme postpartum sans antécédent de césarienne, E6, Clinique privée).

#### **4.1.2. Les perceptions de la césarienne**

##### *4.1.2.1. Les avantages de la césarienne*

Certaines femmes enceintes et en postpartum considèrent que la césarienne est une méthode justifiée pour sauver la vie de la mère et de l'enfant. Ainsi, dans certains cas, le poids du bébé pourrait déterminer la nécessité d'une césarienne comme l'exprime cette femme enceinte « *Des fois la césarienne sauve, .... Pour certains poids de bébés aussi, l'accouchement par césarienne est mieux aussi bien pour la mère que pour l'enfant. Pour les sauver tous les deux...* » (Femme enceinte nullipare, E11, Hôpital public). De plus, les femmes en postpartum confirment la nécessité d'une césarienne si l'enfant a un poids au-dessus de la normale qui met à risque sa santé et celle de la maman.

L'écart inter gémésique est également un motif de la césarienne comme l'évoque cette femme « *Je ne pouvais pas accoucher par voie basse car mes deux accouchements étaient rapprochés, il n'y a même pas eu un an d'écart, l'accouchement par voie basse pourrait avoir des conséquences négatives.*» (Femme postpartum avec antécédent de césarienne, E7, Hôpital public).

D'autres cas comme la souffrance fœtale et celle de la mère peuvent conduire à la césarienne : « *Parfois, on peut beaucoup souffrir, la sage-femme pourrait trop tirer l'enfant et lui briser un bras. Quand on a des difficultés lors de l'accouchement et qu'on risque de perdre la vie ou l'enfant, on nous conseille une césarienne ; ça peut sauver l'enfant et la vie de la maman.* » (Femme enceinte nullipare, E14, Hôpital public).

Par ailleurs, certaines femmes enceintes affirment que l'accouchement est moins douloureux quand il s'agit d'une césarienne, comparée à la voie basse. « *L'accouchement par voie basse est difficile à cause du travail, ce qu'on appelle « matou » c'est très difficile, c'est vraiment difficile. Quant à l'accouchement par voie haute ce qu'on appelle césarienne, quand tu fais la césarienne, on va t'anesthésier et tu ne sentiras pas l'opération* » (Femme enceinte multipare, E8, Hôpital public). Egalement, celles en postpartum notent que cela leur évite les affections durant l'accouchement. L'une d'elles partage son expérience « *Une césarienne est moins douloureuse qu'un accouchement normal* » (Femme Post-partum sans antécédent de césarienne, E13 Hôpital public). Une autre confirme qu'elle a eu moins mal du fait que, « *par césarienne on a droit à une péridurale pour atténuer les douleurs et tout parce que c'est une opération* » (Femme Post-partum avec antécédent de césarienne, E6, Clinique privée).

Pour d'autres, la césarienne est parfois plus raisonnable, voire même, la seule option. Une femme enceinte affirme « *Il peut arriver que tu te retrouves dans une situation où l'opération reste la seule solution pour accoucher donc si on t'opère c'est mieux, il y a un avantage sur ça parce que c'est mieux pour toi, c'est pour cela.* » (Femme enceinte multipare, E15, Hôpital public). Ceci est renchéri par les femmes postpartum qui pensent aussi que la césarienne est une pratique opportune pour sauver l'enfant et la maman si la voie basse constitue un risque pour leur santé « *si vous ne pouvez pas accoucher par voie basse, ils vous opèrent.* » (Femme Post-partum sans antécédent de césarienne, E9, Hôpital public) .

Entre autres avantages, les femmes enceintes et celles en postpartum ont mentionné le fait que tout est pris en charge en amont, bien avant la date butoir de l'accouchement. Aussi, celles qui ont des problèmes de santé acceptent la césarienne qui leur permet d'avoir leurs enfants sans risque majeur : « *C'est le fait qu'on m'ait sauvé déjà. Parce que moi par exemple j'avais la tension élevée, donc pour sauver l'enfant, il fallait une intervention par la césarienne. Donc, on m'a sauvé aussi* » (Femme Post-partum avec antécédent de césarienne, E2, Clinique privée). Elle ajoute que malgré qu'elle n'aime pas la césarienne, son état de santé, notamment la pré-éclampsie ne lui permettait pas d'accoucher par voie basse « *J'ai fait la césarienne malgré moi. C'est parce que j'ai la tension, c'est pourquoi on me fait accoucher par césarienne. Je devais normalement faire un accouchement normal. Je suis venu pour accoucher, ma tension est montée jusqu'à 19, ils étaient obligés de me faire la césarienne. Ils m'ont dit que l'enfant était fatigué* » (Femme Post-partum avec antécédent de césarienne, E2, Clinique privée).

#### 4.1.2.2. Les inconvénients de la césarienne

L'accouchement par césarienne est généralement mal perçu et beaucoup de femmes considèrent que ce n'est pas une option idéale. L'une d'entre elles s'est exprimée en ces termes « *Pour moi l'accouchement par voie basse est mieux que l'accouchement par césarienne. Quand on accouche par voie basse, on reprend vite ses activités contrairement à l'accouchement par césarienne. Sur le côté santé, vous n'aurez pas à revenir pour faire des pansements, et il y a moins de dépenses* » (Femme enceinte nullipare E11, Hôpital public). Cette opinion est partagée par plusieurs autres femmes interrogées, affirmant que l'accouchement par voie basse est préférable.

Elles vont même jusqu'à considérer la césarienne non pas comme un choix mais comme une contrainte « *D'ailleurs, c'est la majorité des femmes. En tout cas ici au Sénégal quand vous demandez de choisir entre l'accouchement par voie basse ou par césarienne, on vous répond accouchement par voie basse. Peut-être ailleurs mais ici, c'est ce qui se passe. On pratique la césarienne quand on n'a pas le choix et lorsque c'est la seule issue pour sauver la mère ou l'enfant. Pour moi, on ne choisit pas la césarienne.* » (Femme enceinte nullipare, E11, Hôpital public). Ce rejet de la césarienne peut même provoquer de l'anxiété chez certaines femmes enceintes « *Avec ma grossesse je pose tout le temps des questions sur comment je peux faire pour ne pas en arriver à la césarienne ou si on ne me fera rien et que j'accoucherai normalement* » (Femme enceinte nullipare E9, Hôpital public).

En parallèle, les femmes en post-partum ayant subi la césarienne sont unanimes quant aux inconvénients post-opératoires. En plus des douleurs post-partum déjà évoquées, elles ont mentionné entre autres les douleurs post-partum insupportables et handicapantes « *Jusqu'à maintenant je ressens des douleurs au niveau des reins même si ça s'améliore mais si je reste longtemps assise ou que je me réveille le matin, il me faut un temps avant de me relever* » (Femme postpartum avec antécédent de césarienne, E6, Clinique privée).

Outre les douleurs persistantes, les femmes interviewées ont aussi souligné les conséquences liées à l'impossibilité d'avoir de nombreux enfants à cause de la césarienne. Une femme en post-partum affirme que « *si c'est la césarienne vous ne pouvez avoir que 2 enfants alors que si c'est la voie basse vous pouvez avoir jusqu'à 15 enfants* ». (Femme Post-partum sans antécédent de césarienne, E10, Hôpital public). Selon les femmes, le nombre d'enfants varie de 2 à 4 avec les césariennes.

Enfin, selon les femmes, l'intervalle inter génésique est plus long « *Pour la césarienne, on entend les gens dire que le nombre de césariennes est limité parce qu'on ne peut pas faire fréquemment des césariennes. A chaque fois qu'on fait une césarienne, au minimum, il faut attendre 5 ans avant de tomber enceinte de nouveau. C'est totalement le contraire de l'accouchement par voie basse : un an, deux ans après avoir accouché, on peut prendre une grossesse à nouveau.* » (Femme enceinte multipare, E8, hôpital public).

L'incapacité à effectuer certaines activités quotidiennes à long terme est également mentionnée : « *Ça diminue la personne car certains travaux qui demandent de la force, que je faisais avant de subir la césarienne, je ne peux plus les faire maintenant.* » (Femme postpartum avec antécédent de

césarienne, E11, Hôpital public). De plus, elles pensent qu'après l'accouchement par césarienne, elles développent « *une santé fragile. Tantôt vous avez des maux de ventre, tantôt la plaie vous fait mal et ce sont des allers et retours à l'hôpital* ». (Femme postpartum sans antécédent de césarienne, E9, Hôpital public).

Certaines femmes ont aussi évoqué d'autres problèmes liés au manque de vigilance du corps médical : « *il parait que souvent les médecins oublient des mouchoirs dans le ventre de la femme, ou bien que la femme ne soit pas bien cousue* » (femme postpartum sans antécédent de césarienne E6 Clinique privée). Une autre renchérit en disant que « *La césarienne peut être à l'origine d'hémorragie ou d'oubli de matériels dans votre ventre. Ou d'autres difficultés.* » (Femme postpartum sans antécédent de césarienne, E10, Hôpital public ).

Par ailleurs, les réalités socioculturelles ont une certaine influence sur le choix de la voie basse. Des mamans ou des belles-mères encouragent leurs filles à opter pour ce mode d'accouchement, pensant que « *les cliniques ont hâte de faire une césarienne et qu'il fallait attendre encore un peu que le travail se fasse* » (Femme postpartum avec antécédent de césarienne, E6, Clinique privée). Ainsi, l'accouchement par césarienne est perçu comme imposé par le médecin pour des raisons jugées non nécessaires.

A part les césariennes prophylactiques, les prestataires confirment les raisons susmentionnées par les femmes. Ainsi, ils ont indiqué : la pré-éclampsie, les problèmes de bassin, les bébés avec un poids supérieur à 4kg, le défaut d'engagement, et l'utérus cicatriciel : « *Quand le bébé est gros, il ne faut jamais prendre de risques, quand la femme a des problèmes de tension, quand la dame est sur la table d'accouchement et que la tête ne peut pas s'engager, qu'il y a un défaut d'engagement, dans ce cas, cela devient vraiment difficile. Il y a aussi ce que l'on appelle, peut-être que cela pourrait être vu à l'échographie, le cordon peut être étranglé deux fois dans le coup, c'est ce que l'on appelle des circulaires du cordon* » (Responsable bloc opératoire, H, E6, Clinique privée).

Au regard des perceptions et expériences des femmes enceintes et en post-partum, il ressort que l'accouchement par voie basse est le mode préféré des femmes. Les raisons pour lesquelles les femmes choisissent la voie basse à la césarienne sont, entre autres, la durée du séjour à l'hôpital, le coût de la césarienne, la contrainte du nombre limité d'enfants, la peur et la psychose dues aux séquelles telles que les douleurs handicapantes et invalidantes, une cicatrisation tardive, et un risque d'infection de la plaie ou encore une mauvaise intervention chirurgicale.

## **4.2. Pratique de la césarienne au niveau des établissements de santé enquêtés**

### **4.2.1. Nombre de césariennes réalisées**

Le nombre moyen d'accouchements par voie basse entre juillet et décembre 2022 au niveau des établissements de santé (ES) enquêtés, s'élève à 1913 avec un minimum de 15 et un maximum de 5692 montrant les écarts qui existent entre ces ES (Tableau 12). Les moyennes les plus élevées sont recensées au niveau des centres de santé (3627) suivi des hôpitaux de district (2258), des hôpitaux nationaux (2107) et enfin, des cliniques privées (101).

La césarienne est en moyenne, plus pratiquée dans les hôpitaux de district (604), suivis des hôpitaux nationaux (475), des centres de santé (451) et des cliniques privées (25).

**Tableau 12 : Nombre d'accouchements et de césariennes**

Variabiles	Moyenne	Ecart-type
<b>Nombre d'accouchements de juillet à fin décembre 2022</b>		
Hôpital/maternité national	2107.67	348.1083
Hôpital de district	2258	295.6101
Centre de santé	3627.5	1011.65
Clinique privée	101.4	30.75484
<b>Nombre de césariennes de juillet à fin décembre 2022</b>		
Hôpital/maternité national	475.17	88.75638
Hôpital de district	604	182.4317
Centre de santé	450.75	140.1888
Clinique privée	25.2	7.8
<b>Ensemble</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Min</b>
Nombre accouchements de juillet à fin décembre 2022	1913.17	15
Nombre de césariennes de juillet à fin décembre 2022	366.22	6

Le taux moyen de césariennes au sein des établissements de santé de Dakar enquêtés est de 19% des accouchements (figure 12). Ce taux est plus élevé dans les hôpitaux de district (27%), les cliniques privées (25%) et les hôpitaux nationaux (23%). Il se situe à 12% au niveau des centres de santé.

En sus de l'enquête quantitative, l'enquête qualitative fournit des données complémentaires sur les perceptions des personnels de santé. Dans le secteur public, les prestataires soutiennent que le taux est faible par rapport au taux national : « *Parce qu'on n'en a pas beaucoup à moins que ça soit prophylactique c'est-à-dire programmé, il nous arrive de rester des semaines sans faire de césarienne alors que les accouchements normaux, c'est tous les jours* » (Infirmière, F, E2, Clinique privée).

En revanche, dans le secteur privé, les répondants affirment que le taux est relativement moyen par rapport au taux national. Ceci est expliqué par la qualité du plateau médical et le choix de ne pas prendre de risques avec les patientes en les faisant accoucher par voie basse.

*« Nous, on a des appareils d'échographie, on a ce que l'on appelle des cardiotoco, les décisions que l'on peut prendre souvent c'est pourquoi, le problème n'est pas de dire pourquoi le taux est élevé mais je vous pose la question : pourquoi il y a moins de dégâts dans le privé*

que dans le public ? C'est parce que l'on est mieux équipé, on peut rapidement poser l'indication opératoire, on ne fait pas des césariennes parce qu'on est dans les dernières minutes, il faut faire des sauvetages maternels fœtales. Nous, on est équipé d'un matériel d'échographie qui est très sophistiqué et à l'intérieur, on a tous les appareils qui nous permettent de prendre les bonnes décisions ». (Gynécologue, H, E6, Clinique privée).

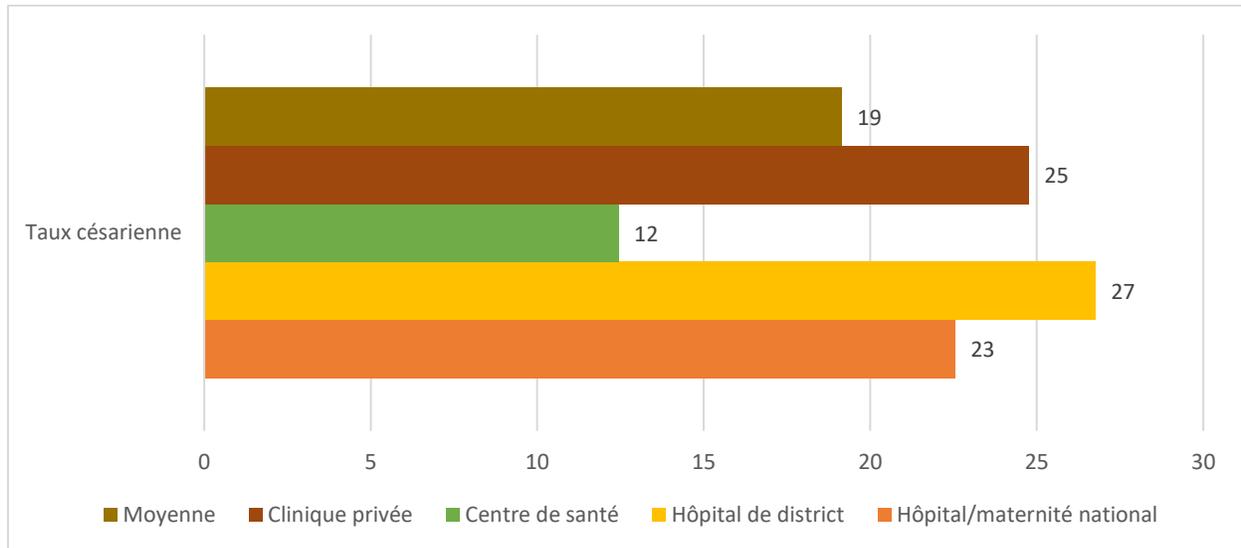
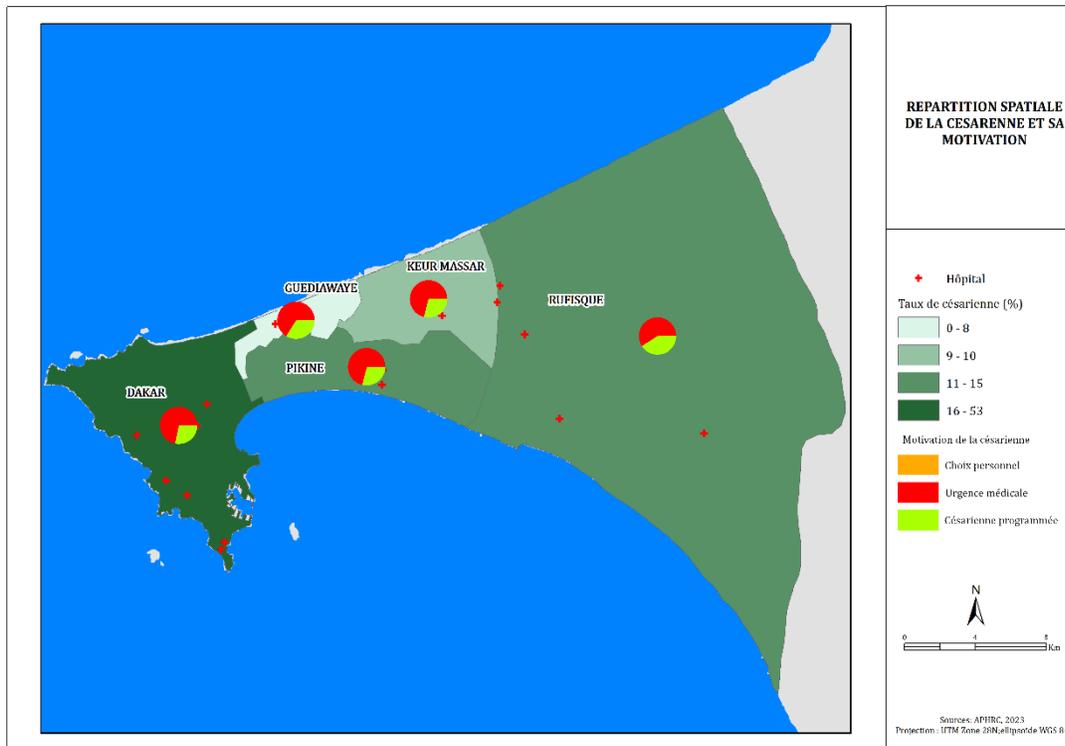


Figure 12: Taux de césarienne dans les établissements de santé enquêtés

La majorité des patientes enquêtées estiment que leur césarienne découle d'une urgence médicale ou a été programmée suite à des grossesses à risques. Les cas de césarienne émanant d'un choix personnel de la patiente sont très rares (figure 13). Ce constat est corroboré par les données qualitatives recueillies auprès du personnel de santé. Selon les prestataires, le choix du mode d'accouchement relève de la sage-femme pour un accouchement par voie basse. Pour ce qui est de la césarienne, c'est le gynécologue ou le médecin de garde qui semble être le principal décideur : « Ce sont les médecins gynécologues, le senior de garde et celui qui est d'astreinte. Si on doit décider d'une césarienne, le senior de garde s'enquiert d'abord de la situation avant d'en informer celui qui est d'astreinte à qui revient le dernier mot » (Anesthésiste, H, E7, Hôpital public). Ensuite, une équipe est mobilisée pour la pratique de la césarienne.



**Figure 13: Choix de la césarienne**

Bien que la césarienne soit principalement réalisée sur indication médicale, certains prestataires du privé estiment toutefois que les femmes peuvent y recourir pour des raisons de confort car elles ont le droit de choisir leur mode d'accouchement : « *C'est son droit le plus absolu. C'est le droit d'une malade, si elle a les moyens de payer la césarienne, elle peut dire qu'elle veut faire une césarienne parce qu'elle ne veut pas souffrir.* » (Gynécologue, H, E6, Clinique privée).

En revanche, dans le secteur public, la majorité des prestataires déclarent que la césarienne y est pratiquée que sur indication médicale : « *... En tout cas, dans ma pratique, dans l'expérience que j'ai eue, on n'accepte pas d'opérer une malade parce qu'elle-même veut être opérée. On pose une indication mais ce n'est pas à la demande de la dame.* » (Gynécologue, F, E14, Hôpital public)

En résumé, le choix final du mode d'accouchement est fortement influencé par les professionnels de santé. Au niveau des établissements de santé public la césarienne ne se fait que sur indication médicale. Au niveau des cliniques privées l'accouchement par voie basse est privilégié mais la femme a la possibilité de faire une césarienne de confort si elle peut supporter les coûts.

#### **4.2.2 Qualité de la césarienne**

##### **4.2.2.1. Connaissance de la césarienne**

La grande majorité des répondantes (83%) connaissaient la césarienne avant de la subir. Elles en ont entendu parler (63%), ou connaissent des proches qui l'avaient subie (40%) ou l'avaient-elles

mêmes subie (39%). Ces dernières l'avaient subie en moyenne à 1,6 fois. Un nombre significatif de répondantes vivant à Dakar et à Guédiawaye l'avaient subie deux fois.

La majorité des femmes enquêtées (80%) estiment que cette connaissance de la césarienne n'a pas influencé leur choix de recourir à cette pratique. Toutefois, le fait de connaître la césarienne peut faciliter l'intervention du personnel médical lorsque l'indication médicale est avérée, aidant ainsi à résoudre les problèmes liés aux refus des patientes de subir la césarienne comme l'ont souligné les professionnels de santé.

La plupart des cas de césarienne (69%) découlent d'une urgence médicale contre 30% de césariennes programmées (voir tableau 18 en annexe). La césarienne de confort émanant d'un choix personnel est rare (0,4%) et n'est enregistrée que dans le département de Dakar. Un grand nombre de césariennes programmées ont été répertoriées dans le département de Rufisque (41%). Les césariennes sont souvent programmées après 8 mois et demi de grossesse (61%) ou dès le 6ème mois (20%).

La césarienne suscite de la peur chez les femmes, même chez celles qui l'ont déjà subie. En effet 51% de nos répondantes estiment avoir ressenti de la peur quand elles ont appris qu'elles allaient être césarisées : « *Même quand on m'a dit que j'allais accoucher par césarienne, ça m'a rendu malade pendant des jours. Je n'y vois rien de positif* » (Femme postpartum avec antécédent de césarienne, E7, Hôpital public).

Par contre, 13% des enquêtées affirment avoir ressenti un soulagement quand elles ont su qu'elles allaient être césarisées. La majorité des femmes qui avaient déjà subi cette pratique ont témoigné d'un sentiment d'indifférence lorsqu'elles ont su qu'elles allaient être césarisées à nouveau.

#### 4.2.2.2. *Vécu de la césarienne*

Le vécu de la césarienne peut différer avant, pendant et après cet acte chirurgical. Nous avons cherché à comprendre certains aspects liés à la qualité de la césarienne reçue par les répondantes.

#### **Avant et durant la césarienne**

Concernant la qualité de la césarienne reçue par nos répondantes l'étude s'est intéressée sur l'anesthésie et le comportement du personnel médical pendant la césarienne.

Environ 48% des femmes enquêtées affirment connaître l'auteur de l'anesthésie contre 41% qui ne le savent pas. Cela s'explique par le fait que 66% des enquêtées signalent avoir reçu des explications sur l'anesthésie. La grande majorité des femmes (89%) rapportent un bon comportement du personnel médical qui a participé à la césarienne contre seulement 3,5% qui soutiennent le contraire. Ce comportement est confirmé par le fait que 94% de nos répondantes signalent qu'elles n'ont pas été maltraitées pendant l'accouchement. Ce pourcentage reste constant quel que soit le type de formation sanitaire.

La Figure 14 montre que toutes les femmes enquêtées ayant subi une césarienne dans une clinique privée apprécient bien le comportement du personnel médical du bloc opératoire contre 92% chez

celles qui ont été césarisées dans les centres de santé publics. Environ 4% des femmes qui ont subi la césarienne dans les hôpitaux publics qualifient de « mauvais » le comportement du personnel médical du bloc opératoire.

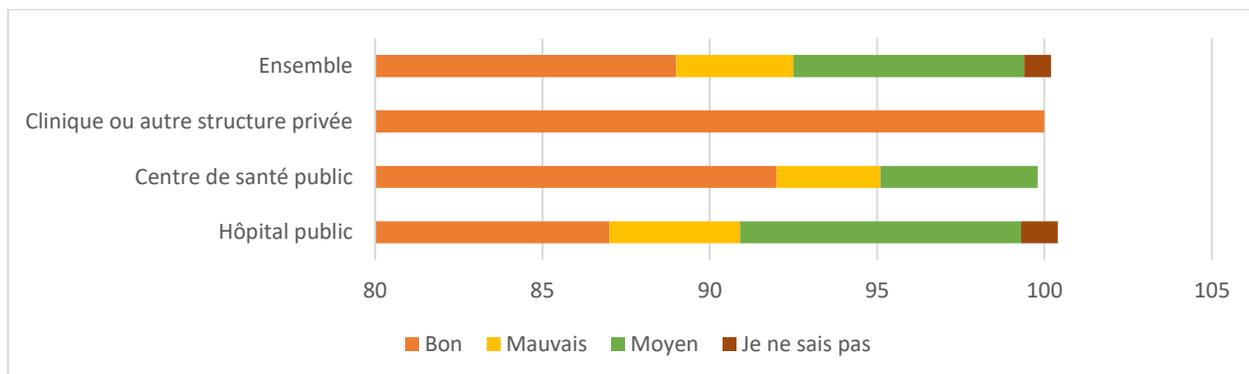


Figure 14: Jugement des femmes sur le comportement du personnel médical du bloc opératoire

Le bon comportement du personnel médical est ressorti dans l'analyse qualitative à travers cette déclaration d'une des répondantes : « la césarienne pour moi fut une belle expérience, une équipe vraiment bien qui assiste, souriante et à l'écoute » (Femme Postpartum avec antécédent de césarienne E6, Clinique privée).

Une grande partie des enquêtées (62%) n'ont ressenti aucune douleur pendant l'anesthésie. Environ 95% de nos enquêtées estiment n'avoir ressenti aucune douleur durant la césarienne. Un bon nombre de femmes (85%) déclarent qu'elles étaient éveillées pendant toute la durée de la césarienne (figure 15).

La majorité des enquêtées sont satisfaites de leur prise en charge quel que soit le type de formation sanitaire. Néanmoins les femmes qui ont accouché au niveau des cliniques privées semblent avoir plus de chance de recevoir une explication de l'anesthésie. En effet, 82% d'entre elles témoignent qu'elles ont été briefées contre 62% et 65% respectivement dans les centres de santé et les hôpitaux publics.

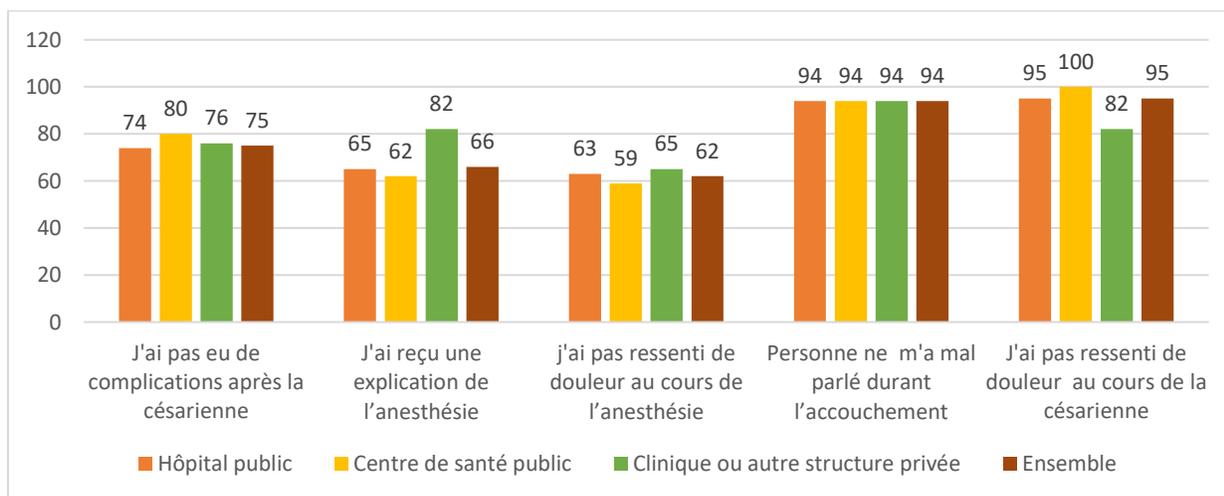


Figure 15: Appréciations des femmes sur le traitement reçu durant la césarienne

Ainsi, toutes les répondantes qui ont été césarisées dans les centres de santé (100%), estiment n'avoir pas ressenti de douleur au cours de la césarienne, suivies de celles qui ont accouché dans les hôpitaux publics (95%) et les cliniques privées (82%). Un pourcentage quasi identique de femmes qui ont accouché dans les différents établissements de santé ciblés affirment ne pas avoir ressenti de douleur ni développé de complications médicales après la césarienne.

### La période de récupération post-césarienne

Étudier la période post-césarienne est importante pour mieux comprendre ou compléter les perceptions des femmes sur la qualité de ce mode d'accouchement. Environ 76% des femmes interrogées ont entendu leur nouveau-né pleurer à la naissance et 78% affirment qu'on leur a montré leur nouveau-né. Toutefois, 71% des enquêtées affirment avoir ressenti des douleurs juste après l'opération. Ces douleurs ont été prises en charge dans 76% des cas par des injections. Environ 92% des femmes qui ont ressenti ces douleurs estiment que leur prise en charge a été soit bonne (48%), soit très bonne (44%). Celles qui ont été césarisées au niveau des cliniques privées ont plus rapporté ne pas avoir ressenti de douleur après la césarienne (35%), que celles qui ont été césarisées dans les hôpitaux publics (31%) ou les centres de santé (22%).

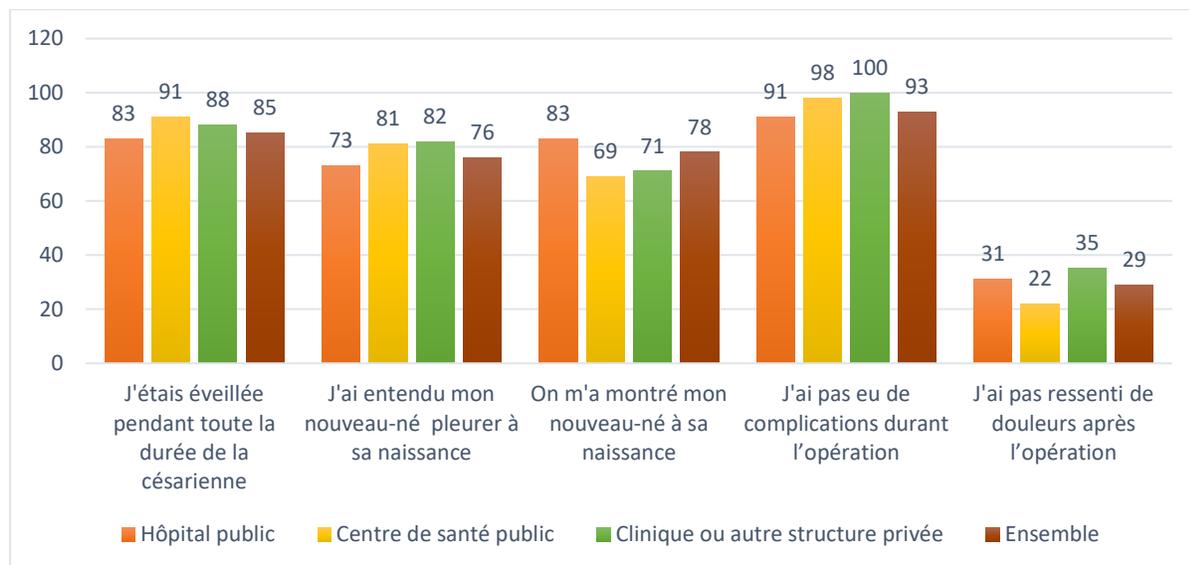
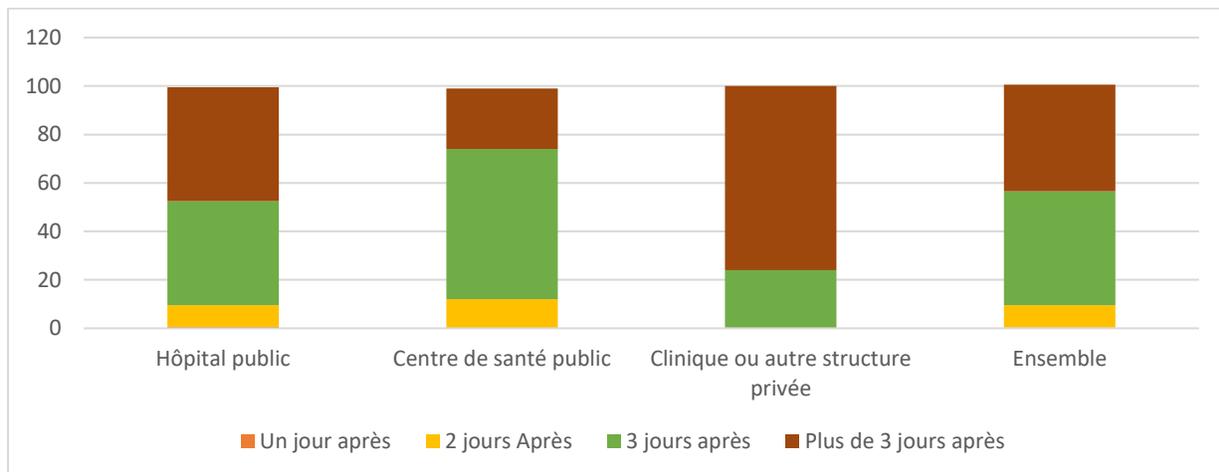


Figure 16 : Appréciations des femmes enquêtées sur le traitement reçu après la césarienne

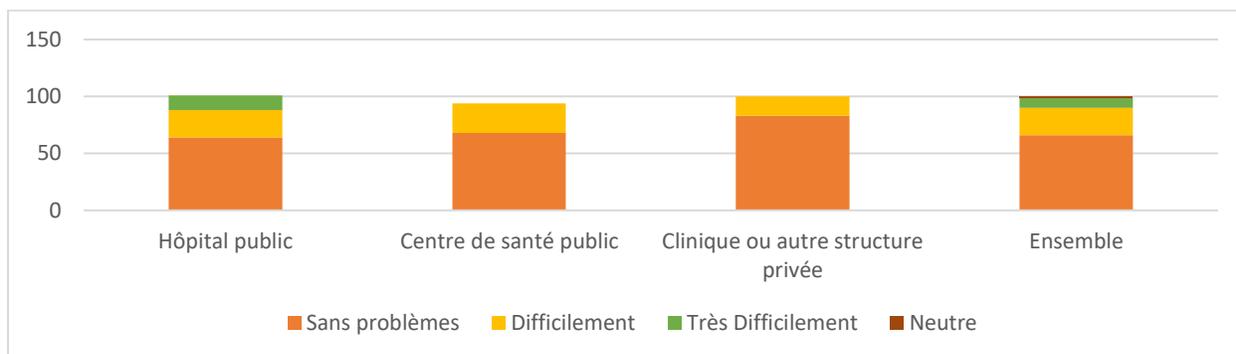
Enfin, concernant la durée de l'hospitalisation, aucune femme enquêtée n'est sortie de l'hôpital un jour après son accouchement par césarienne. La majorité des répondantes sortent de l'hôpital trois jours après l'opération (47%) ou plus de trois jours après (44%). Toutefois, les femmes passent plus de temps après l'accouchement dans les cliniques privées (figure 17). En effet, aucune femme enquêtée n'est sortie d'une clinique deux jours après l'accouchement alors que pour les centres de santé et les hôpitaux publics, cela représente respectivement 12% et 9% des cas. Environ 76% des répondantes ayant accouché dans une clinique déclarent être sorties plus de trois jours après. Au niveau des hôpitaux et des centres de santé publics, elles représentent 47% et 25% respectivement. Dans ces établissements de santé publics, la majorité des femmes (62%) rejoignent leur domicile trois jours après l'accouchement (Figure 17).



**Figure 17 : Nombre de jours après l'accouchement où la femme est sortie de l'hôpital**

#### 4.2.2.3. Appréciation globale de la qualité de la césarienne

Les femmes enquêtées, dans leur majorité, apprécient la qualité de la césarienne qu'elles ont subie. En effet, 66% d'entre elles estiment qu'elles ont vécu la césarienne sans problèmes, contre 24% et 9% qui soutiennent qu'elles l'ont passée respectivement difficilement et très difficilement. Toutes les femmes qui retiennent une expérience très difficile sur la césarienne ont subi cet acte obstétrical dans les hôpitaux publics.



**Figure 18: Appréciation globale de la qualité de la césarienne**

#### La période de récupération après la césarienne : quelques mois après

Concernant la période post césarienne, 62% des répondantes jugent que leur état de santé est stable depuis qu'elles ont subi une césarienne et 30% estiment qu'elle est bonne. Seules 8,5% des enquêtées affirment que leur santé est devenue mauvaise depuis qu'elles ont subi la césarienne. Ces dernières se retrouvent plus souvent à Pikine (15%) et davantage à Keur Massar (21%). Concernant les complications liées à la césarienne, 75% des enquêtées affirment qu'elles n'en ont eu aucune après avoir subi cette intervention. C'est dans les départements de Dakar et de Rufisque où les proportions les plus élevées de femmes n'ayant pas développé de complication post-opératoire ont été enregistrées, avec respectivement 78% et 93%.

Durant l'enquête qualitative, les femmes ont relativement confirmé certains résultats quantitatifs. Elles ont évoqué, entre autres, des conséquences post-partum négatives. Comme la plupart des participantes habitent la banlieue et sont plus ou moins dans une situation précaire, ne pas pouvoir vaquer à leurs occupations et s'occuper de leur foyer restent une préoccupation car elles ne sont pas en mesure de s'offrir une aide-ménagère en permanence : « *parce que quand on vous opère vous ne reprendrez pas vite vos activités, vous ne pourrez pas manger certains aliments qui ne sont pas légers. Même les travaux domestiques comme laver le linge, donner le bain aux enfants, la cuisine c'est ma voisine qui les fait à ma place. Je suis là à ne rien faire alors que ça fait 15 jours que j'ai accouché* ». (Femme postpartum avec antécédent de césarienne, E11, Hôpital public).

La majorité des femmes sont neutres quant à l'idée de conseiller ou non à d'autres de subir la césarienne. En effet, 81% des enquêtées n'ont recommandé à d'autres femmes de leur quartier de subir la césarienne et 89% n'ont également déconseillé à d'autres femmes de leur quartier d'y recourir. Par ailleurs, les opinions sont partagées parmi les femmes quant à leur propre disposition à subir une autre césarienne. Près de 50% des femmes enquêtées résidant dans les départements de Dakar et de Keur Massar sont prêtes, contre 47% et 41% pour celles qui habitent respectivement à Pikine et à Rufisque. C'est seulement au niveau de Guédiawaye où nous avons enregistré un nombre significatif de femmes (72%) qui estiment ne pas être prêtes à subir une autre césarienne. Dans ce département, une partie de la population continue de croire que l'hôpital Roi Baudouin a été construit sur un site jadis occupé par des baobabs, ce qui explique pourquoi les femmes césarisées y perdent parfois la vie, car des Djinn y habitent toujours.

Dans l'ensemble, on remarque à travers la figure 19 que les femmes ayant subi une césarienne dans les cliniques privées sont plus disposées à envisager une autre césarienne (53%) ou à recommander à d'autres femmes de le faire. En effet, 47% de ces dernières ont déjà conseillé à certaines femmes de leur quartier de subir la césarienne. Ce sont également les répondantes qui ont accouché dans une clinique qui ont davantage rapporté (35%) connaître dans leur quartier des femmes qui ont souhaité subir une césarienne mais n'ont pas pu le faire en raison du manque de moyens financiers. Dans les cliniques privées, les femmes peuvent subir une césarienne de confort par choix si elles ont les moyens, alors qu'au niveau des établissements publics, la césarienne est réalisée sur indication médicale.

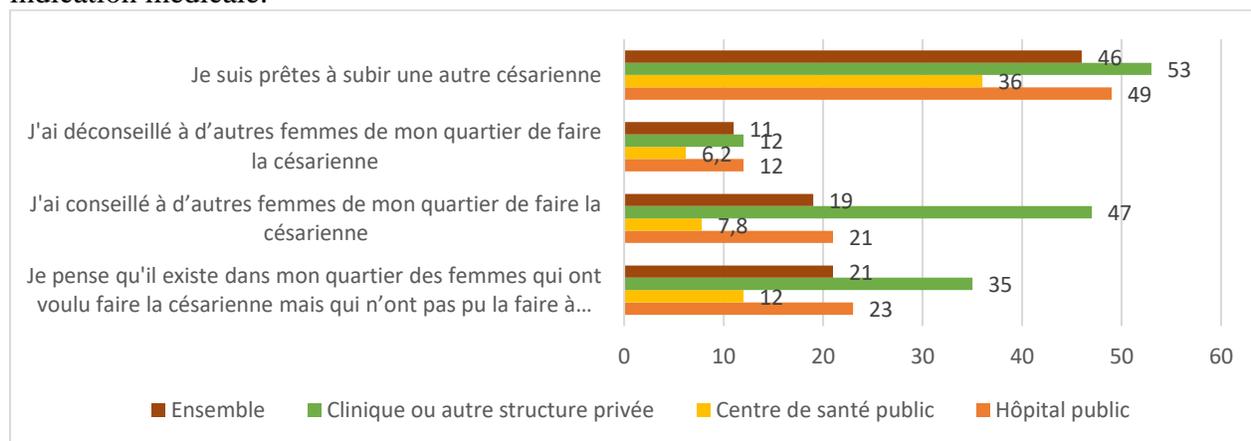


Figure 19 : Avis des répondantes sur la césarienne

### 4.2.3. Mortalité liée à la césarienne

La mortalité maternelle et néonatale est un problème auquel les politiques de santé s'efforcent de remédier. La césarienne est pratiquée dans le but de contribuer à la réduction de ces taux de mortalité. Toutefois, au sein des établissements de santé enquêtés, on constate qu'en moyenne 8 enfants issus de la césarienne sont décédés pour chaque structure entre Juillet et décembre 2022. Cette moyenne masque des disparités entre les différents établissements de santé enquêtés. Les décès néonataux ont été plus nombreux au niveau des hôpitaux nationaux (16) et des hôpitaux de district (11), tandis qu'ils sont moins fréquents au niveau des centres de santé (4) et particulièrement des cliniques privées (0,2).

Les cas de décès maternels liés à la césarienne sont très rares. En moyenne, entre juillet et décembre 2022, 2 femmes sont décédées dans les hôpitaux de district, contre 1 femme au niveau des hôpitaux nationaux et des centres de santé. Aucun cas de décès maternel lié à la césarienne n'a été enregistré dans les cliniques privées.

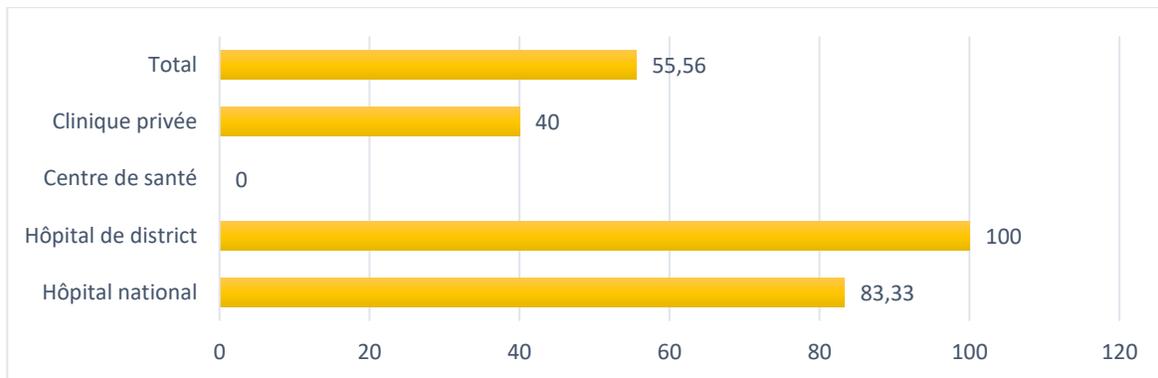
**Tableau 13: Mortalité maternelle et néonatale liées à la césarienne**

Variable	Moyenne	Ecart-type
<b>Nombre de décès néonataux issus de la césarienne (juillet à fin décembre 2022)</b>		
Hôpital national	16	7.019022
Hôpital de district	10.67	7.446103
Centre de santé	3.75	2.25
Clinique privée	0.2	0.2
<b>Nombre de femmes mortes en donnant naissance par césarienne (juillet à fin décembre 2022)</b>		
Hôpital national	1.17	0.4772607
Hôpital de district	2.33	1.20185
Centre de santé	1.5	1.5
Clinique privée	0	0
<b>Ensemble</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Min</b>
Nombre de décès néonataux issus de la césarienne (juillet à fin décembre 2022)	8	0
Nombre de femmes mortes en donnant naissance par césarienne (juillet à fin décembre 2022)	1.11	0

### 4.2.4. Barrières à la césarienne

Environ 56% des établissements de santé enquêtés déclarent qu'il existe toujours des obstacles qui les empêchent de pratiquer la césarienne. Ces obstacles sont plus mentionnés au niveau des hôpitaux de district et des hôpitaux nationaux. Ils comprennent entre autres, le fait que les blocs opératoires ne soient pas fonctionnels ou soient utilisés pour toutes les urgences, le nombre limité de places pour accueillir les patientes du service obstétrique, l'indisponibilité d'un pédiatre ou d'un

anesthésiste, les ruptures de stocks de kits ou les pannes d'électricité ou d'eau et enfin le refus de la césarienne par la patiente et/ou sa famille. Ces obstacles n'ont pas été observés au niveau des centres de santé étudiés.



**Figure 20: Répartition des responsables des structures sanitaires qui ont identifié des barrières à la pratique de la césarienne**

En résumé, ce chapitre a mis en évidence les perceptions et attitudes des femmes et des agents de santé à l'égard de l'accouchement par voie basse et de l'accouchement par césarienne. Concernant l'accouchement par voie basse, les avantages mentionnés par les femmes incluent une récupération rapide, une réduction des complications post-partum, la possibilité d'avoir plusieurs enfants. Parmi les inconvénients, figurent notamment les douleurs lors de l'accouchement, l'élargissement du vagin, les risques de déchirure et de fistule. Pour ce qui est de la césarienne, les femmes en ont plus souligné les inconvénients, à savoir les douleurs, les séquelles et les handicaps post-opératoires, le nombre limité d'enfants, les risques de complications ou d'erreurs médicales, entre autres. Pour beaucoup de femmes, l'accouchement par césarienne est mal perçu. Néanmoins, certaines considèrent que la césarienne est justifiée pour sauver la vie de la mère et de l'enfant sans risques majeurs. Concernant la qualité de la césarienne reçue, la majorité des enquêtées sont satisfaites de leur prise en charge quel que soit le type de formation sanitaire. Rares sont également les femmes qui ont eu des complications durant ou après l'opération. Les femmes qui ont un souvenir négatif de la césarienne ont principalement été césarisées dans les hôpitaux publics.

Selon les prestataires, le choix du mode d'accouchement est déterminé par une urgence médicale ou une grossesse à risques. La décision émane de la sage-femme pour un accouchement par voie basse, et du gynécologue ou du médecin pour une césarienne. Selon certains prestataires du privé, les femmes ont le droit de recourir à une césarienne de confort. En revanche, la majorité des prestataires du public déclarent pratiquer la césarienne que sur indication médicale. Enfin, les perceptions des personnels de santé sur le taux de césarienne mettent en évidence des différences entre le public et le privé. Dans le privé, les répondants avancent que le taux est moyen comparativement au taux national, expliqué par la qualité du plateau médical et la peur de prendre des risques favorisant les accouchements par voie basse. Dans le public, les prestataires avancent que le taux est faible comparativement au taux national, en raison du plus grand nombre d'accouchements par voie basse par rapport aux césariennes.

## Conclusion générale et recommandations

### Conclusion générale

Ce rapport présente les résultats d'une étude mixte (quantitative et qualitative) qui a examiné l'accès à la césarienne chez les femmes résidant dans les bidonvilles de Dakar.

Les résultats de l'étude montrent que les établissements de santé enquêtés disposent du matériel essentiel nécessaire (salles de travail, salles d'accouchement, blocs opératoires, salles de suites de couche, espaces de soins du nouveau-né, laboratoire, consommables, kits de césarienne, etc.) pour la césarienne. Une bonne partie des femmes enquêtées dispose d'une bonne accessibilité géographique aux structures sanitaires pratiquant la césarienne.

Ces femmes sont âgées, en moyenne, de 31 ans et 60% d'entre elles n'ont pas dépassé l'éducation primaire dont 21% qui n'ont jamais été scolarisées. Elles habitent majoritairement dans des ménages pauvres composés, en moyenne, de 10 personnes où le chef de ménage exerce une activité dans le commerce informel. Malgré leur nombre, les dépenses en consommation de ces ménages (93%) ne dépassent pas 400.000 FCFA par mois. Par conséquent, 75% des ménages estiment que leurs ressources ne leur permettent pas de couvrir suffisamment leurs besoins vitaux. Ces résultats soulignent l'absence de discrimination économique (niveau de richesse) et sociale (niveau d'éducation) dans l'accès à la césarienne car les caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant accédé à la césarienne montrent qu'elles sont majoritairement pauvres et ont un niveau d'éducation peu élevé.

Dans la région de Dakar, la césarienne est principalement réalisée dans des hôpitaux publics, suivi des centres de santé et des cliniques privées. La référence médicale est le premier facteur expliquant le lieu d'accouchement par césarienne. Néanmoins, 31% et 30% des femmes ont choisi l'établissement de santé où elles ont été césarisées en raison, respectivement, de la qualité des soins et de la proximité géographique.

L'accessibilité financière de la césarienne est diversement appréciée par les responsables des établissements de santé et les femmes enquêtées. Une bonne partie de ces responsables estime que les coûts de la césarienne sont abordables pour les femmes pauvres, tandis qu'une autre partie ainsi que la majorité des femmes jugent que lesdits coûts sont très élevés. Ces femmes utilisent souvent différentes sources pour payer les frais de l'intervention : appui/soutien de leurs maris ; prise en charge de leur assurance maladie ou de l'hôpital et/ou emprunts ; certaines vont même jusqu'à vendre leurs biens. Ces résultats montrent que la politique de la gratuité de la césarienne ne semble pas être rigoureusement appliquée à Dakar surtout au niveau des hôpitaux publics où les coûts de la césarienne dépassent largement ceux enregistrés au niveau des centres de santé.

En ce qui concerne la qualité de la césarienne, la majorité des enquêtées sont satisfaites de leur prise en charge, quel que soit le type de formation sanitaire. Toutefois les femmes ayant une expérience très difficile de la césarienne l'ont généralement subi dans des hôpitaux publics. Ces derniers connaissent une forte affluence, souvent due à la référence médicale, surtout dans les départements où il n'y a pas de centre de santé pratiquant la césarienne. Bien que les hôpitaux

publics disposent d'infrastructures de base pour réaliser la césarienne, ces infrastructures ne parviennent pas à répondre à toutes les demandes. Par exemple, à cause du nombre limité de lits et de salles d'accouchement et d'hospitalisation, certaines femmes sont contraintes de quitter prématurément les hôpitaux pour laisser la place à d'autres, bien avant la durée recommandée de 3 jours d'hospitalisation après la césarienne. De nombreux hôpitaux publics disposent de blocs opératoires communs à toutes les urgences chirurgicales ; ce qui les empêche également de pratiquer la césarienne à tout moment.

L'analyse portant sur la perception des femmes met en exergue leur préférence pour l'accouchement par voie basse qu'elles considèrent comme permettant de réduire les complications post-partum et de pouvoir avoir d'autres enfants à l'avenir. La césarienne est décrite comme étant un moyen de sauver la vie de la mère et de l'enfant, toutefois les enquêtées en expriment une certaine méfiance en raison des séquelles et des handicaps post-opératoires, des risques d'erreurs médicales, la limitation et l'espacement des naissances qu'elle peut entraîner. Cette méfiance est alimentée, d'une part par les récits de celles qui ont eu une expérience douloureuse de la césarienne, et d'autre part par des croyances populaires non vérifiées par la science.

### **Recommandations**

En résumé, l'étude met en lumière une histoire positive concernant la césarienne dans la région de Dakar, où les femmes des bidonvilles bénéficient principalement d'une césarienne de qualité. Cependant, les coûts associés à cette procédure restent élevés malgré la politique de gratuité de la césarienne mise en place au Sénégal depuis plus de dix ans. Ces résultats ont conduit à la formulation d'un certain nombre de recommandations :

- Grande sensibilisation: Il est capital de mener des campagnes de sensibilisation pour aider les femmes à mieux comprendre la césarienne, ses avantages et ses inconvénients. Cela peut contribuer à réduire les craintes et les réticences des femmes et de leurs familles à l'égard de cette procédure, facilitant ainsi le travail du personnel soignant lorsqu'une césarienne est médicalement nécessaire.
- Amélioration de l'accessibilité financière : bien que les établissements de santé enquêtés disposent du package essentiel pour pratiquer la césarienne, il est essentiel d'adresser les préoccupations concernant les coûts élevés associés à cette intervention. Des mesures doivent être prises pour rendre la césarienne financièrement plus accessible, en particulier dans les hôpitaux publics où les coûts peuvent être prohibitifs pour les femmes pauvres.
- Renforcement des infrastructures et des ressources : Il est recommandé d'investir dans l'expansion des infrastructures et des ressources dans les hôpitaux publics afin de répondre à la demande croissante de césariennes. Cela comprend l'augmentation du nombre de lits et de salles d'accouchement, de rendre fonctionnels les équipements déjà disponibles, ainsi que l'amélioration des blocs opératoires pour permettre la réalisation de césariennes à tout moment, sans compromettre la qualité des soins.

- Formation et soutien continu du personnel médical : il est essentiel de fournir une formation et un soutien continu au personnel médical, en particulier dans les hôpitaux publics, pour garantir :
  - des soins de qualité lors des césariennes. Cela peut inclure des programmes de formation sur les meilleures pratiques en matière d'accouchement par césarienne et la gestion des complications post-opératoires.
  - une meilleure communication entre le personnel de santé et les femmes lors des consultations prénatales. Cela peut favoriser la participation active des femmes dans la prise de décision concernant leur mode d'accouchement.
- Suivi et évaluation réguliers : il est recommandé de mettre en place un système de suivi et d'évaluation réguliers pour évaluer l'accessibilité, la qualité et la satisfaction des femmes concernant les services de césarienne. Cela permettra d'identifier les lacunes et de mettre en œuvre des mesures correctives pour améliorer continuellement les services.

## Références

1. Agence des États-Unis pour le Développement International (2012). *Santé maternelle et infantile au Sénégal : succès et défis*. Dakar, USAID-CHIP, 80 p.
2. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2016). *MICS V Dakar. Enquête par grappes à indicateurs multiples 2015-2016. Situation des femmes et des enfants Dakar-urbain. Rapport final*. Dakar, ANSD-Sénégal et UNICEF, 481 p.
3. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (2018). *La pauvreté multidimensionnelle au Sénégal. Rapport national de présentation de l'indice de pauvreté multidimensionnelle (IPM). Observation de la Pauvreté et des Conditions de vie*, Dakar, Dakar, ANSD-Sénégal, 222 p.
4. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie et ICF (2020). *Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2019). Rapport sur les indicateurs clés*. ANSD-Sénégal, The DHS Program, ICF Rockville, Maryland, USA : ANSD et ICF. 181 p.
5. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie et ICF. (2020). *Sénégal : Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) 2019*. ANSD-Sénégal, The DHS Program, ICF Rockville, Maryland, USA : ANSD et ICF. 224 p.
6. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (2021). *Situation économique et sociale régionale 2019*. Service Régional de la Statistique et de la Démographie de Dakar, ANSD-Sénégal, 2021, 345 p.
7. Badji, C. A., & Moreau, J. C. (1999). L'accouchement du gros enfant au CHU de Dakar : épidémiologie et pronostic. *Médecine d'Afrique Noire*, 4.
8. Belinga, E., Amvene, J. M., Hanen, C., Housseini, A. E., Voulgaropoulos, M., Dauplain, G., Cordesse, A., & Amvene, S. N. (2014). Grossesse sur cicatrice de césarienne : Apport

- de l'échographie dans le diagnostic et la prise en charge. *Health Sciences and Disease*, 15(2), Article 2. <http://hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/379>
9. Berthe, B., Traore, S., Konaté, I., Sogoba, D., Tall, S., Samaké, A., Oulale, O., Goita, D., Doumbia, S., Koné, O., Teguede, I., Traore, Y., Traore, M., & Dao, S. (2019). Etude comparative des infections du site opératoire : Césarienne systématique versus césarienne itérative au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako/Mali. *Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie*, 14(2), 27-31. <https://doi.org/10.53597/remim.v14i2.1366>
  10. Boatman A.A., Schlottheuber A., Betran A.P., Moller A.B., Barros A.J.D., Boerma T., Torloni M.R., Victora C.G., Hosseinpoor A.R., 2018. Within country inequalities in caesarean section rates: observational study of 72 low and middle-income countries. *BMJ*. 2018 Jan 24;360: k55.
  11. Bohren MA, Opiyo N, Kingdon C, Downe S, Betrán AP. Optimising the use of caesarean section: a generic formative research protocol for implementation preparation. *Reprod Health*. 2019, Nov 19; 16(1):170. doi: 10.1186/s12978-019-0827-1. PMID: 31744493; PMCID: PMC6862737.
  12. Borderon M., Oliveau S., Machault V., Vignolles C., Lacaux JP et N'donky A., (2014). Qualifiez-vous pour les espaces urbains à Dakar, Sénégal. *Cybergeographie : Revue européenne de géographie*. Consulté à partir de : <http://journals.openedition.org/cybergeographie/26250> ; DOI : 10 400 0 / cybergeographie.26250
  13. Braun, V., et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
  14. Briex, M. (2015). Césarienne naturelle. *Spirale*, N° 76(4), 86. <https://doi.org/10.3917/spi.076.0086>
  15. Brugeilles, C. (2014). L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ?
  16. Brun M, Monet JP, Moreira I, Agbigbi Y, Lysias J, Schaaf M, Ray N. (2020). *Améliorer les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence*. Manuel de mise en œuvre pour le développement d'un réseau national de maternités de référence. United Nations Population Fund/Université de Genève ; 168 p.
  17. Buanga, J. K., Tine, C., & Diene, C. P. (2001). *Intérêts de la césarienne de Misgav Ladach dans la prise en charge des dystocies*. 5.
  18. Coldefy M., et Lucas-Gabrielli V., 2011. Mesurer l'accessibilité spatiale aux soins primaires en France. *Fonder les sciences du territoire*, Collège international des sciences du territoire (CIST), Nov 2011, Paris, France. pp.89-92. fffhal-01353224
  19. Chambaud, L., 2018. Accès aux soins : éléments de cadrage, « Regards » 2018/1 N° 53 p. 19-28 ISSN 0988-6982 DOI 10.3917/regar.053.0019
  20. Cities Alliance, (2010). *National Programme for Slum Improvement and Slum Upgrading in Senegal's Cities — « Senegalese Cities Without Slums », Stratégie de développement urbain du Grand Dakar (HORIZON 2025)*, 74p.
  21. Dia I. (2016). *Soins obstétricaux et néonataux d'urgence au district sanitaire ouest de Dakar : Évaluation de l'offre de 2011 à 2013*. Thèse de Doctorat en médecine. Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar ; 123 p. <http://bibnum.ucad.sn/viewer.php?c=thm&d=thm%5f2016%5f0246>
  22. Diop I. L., Diop I. T., Koita M., Diop M., El-Khoury M. (2018). *Cartographie du Secteur privé de la Santé au Sénégal 2016-2017*. Dakar, Sénégal: Sustaining Health Outcomes through the Private Sector Plus Project, Abt Associates Inc.

23. Diouf, AA, Gassama, O., Diallo, M., Diadhiou, MT, Ndour, SB, Gueye, M. et Diouf, A. (2021) Analyse des décès maternels dans la banlieue de Dakar, Sénégal. *Journal ouvert d'obstétrique et de gynécologie*, 11, 523-528. <https://doi.org/10.4236/ojog.2021.115049>
24. Dieme, M. E. F., Gassama, O., Diadhiou, M. T., Coulibaly, M. T., Diouf, A. A., Sambou, F., Diouf, A., & Moreau, J. C. (2018). *Prise en charge et pronostic de l'accouchement en présentation du siège au centre de santé Nabil Choucair de Dakar (SENEGAL)*. 19, 7.
25. Faye EO, Ndiaye P, Ndiaye NM, et al. Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques des césariennes urgentes à la maternité de l'hôpital général de Grand Yoff, Dakar, Sénégal. *Santé publique*. 2018;30(2):231-236. doi:10.3917/spub.182.0231
26. Gueye, M., Gaye, Y. F. O., Diouf, A. A., Mbaye, M., Niang, M. M., Gueye, S. M. K., Moreau, J. C., & Diouf, A. (2013). Dispositif intra-utérin mis en place en cours de césarienne. Étude pilote réalisée au centre hospitalier universitaire de Dakar. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 42(6), 585-590. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2013.06.003>
27. Kemfang, J. D., Ngassam, A., Fouogue, J. T., Metogo, J., Medou, A., & Kasia, J. M. (2015). Complications maternelles précoces de la césarienne : À propos de 460 cas dans deux hôpitaux universitaires de Yaoundé, Cameroun. *Pan African Medical Journal*, 21. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.21.265.6967>
28. Koulimaya-Gombet, C. E., Diouf, A. A., Diallo, M., Dia, A., Sène, C., Moreau, J. C., & Diouf, A. (2017). Grossesse et accouchement des patientes ayant un antécédent de césarienne à Dakar : Aspects épidémiocliniques thérapeutiques et pronostiques. *Pan African Medical Journal*, 27. <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.27.135.11924>
29. Kingdon C, Downe S., Betran A.P., 2018. Women's and communities' views of targeted educational interventions to reduce unnecessary caesarean section: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health* ;15(1):130.
30. Laget, M. (1979). La césarienne ou la tentation de l'impossible, XVIIe et XVIIIe siècle. *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, 86(2), 177-189. <https://doi.org/10.3406/abpo.1979.2975>
31. Lasnet, A., Jelen, A.-F., Douysset, X., Pons, J.-C., & Sergent, F. (2015). L'introduction d'un audit obstétrical quotidien : Une solution pour diminuer le taux de césarienne ? *La Revue Sage-Femme*, 14(5), 190-198. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2015.10.001>
32. Le Ray, C., Prunet, C., Deneux-Tharoux, C., Goffinet, F., & Blondel, B. (2015). Classification de Robson : Un outil d'évaluation des pratiques de césarienne en France. *La Revue Sage-Femme*, 14(5), 199-207. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2015.10.002>
33. Luo W., Qi L., (2009). An enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) method for measuring spatial accessibility to primary care physicians, In: *Health & Place* 15, p. 1100–1107.
34. Mbaye, E. M., Dumont, A., Ridde, V., & Briand, V. (2011). « En faire plus, pour gagner plus » : La pratique de la césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal: *Santé Publique*, Vol. 23(3), 207-219. <https://doi.org/10.3917/spub.113.0207>
35. Me, F. D., & Pm, M. (2014). *Perception et vécu de la césarienne en milieu africain : enquête auprès de 280 patientes*. 9, 8.
36. Meda I.B., Baguiya A., Coulibaly A., Millogo T., Kouanda S., 2019. Les effets du changement du mode de paiement des centres de santé sur les coûts des accouchements au

- Burkina Faso : une étude avant-après, In : *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, Volume 67, Supplement 1, S47.
37. Mongbo, V., Ouendo, E.-M., De Brouwere, V., Alexander, S., Dujardin, B., Makoutodé, M., & Zhang, W.-H. (2016). La césarienne de qualité : Étude transversale dans 12 hôpitaux au Bénin. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 64(4), 281-293. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2016.02.009>
  38. Ndiaye P, Diongue M, Faye A, et al. Indications et pronostic materno-fœtal de la césarienne dans un service de gynécologie-obstétrique du Sénégal. *Pan African Medical Journal*. 2018;30:16. doi:10.11604/pamj.2018.30.16.14808
  - 39.
  40. Niang, M. M., Faye, J. L. D., Thiam, M., & Cisse, C. T. (2017). *Evaluation de la pratique des césariennes dans un centre de santé de niveau 2 à Dakar*. 18, 5.
  41. Ndiaye, I. (2015). *Étalement urbain et différenciation socio spatiale à Dakar (Sénégal)*. *Cahiers de géographie du Québec*, 59 (166), 47–69. <https://doi.org/10.7202/1034348ar>
  42. Nkoumou Ngoa, G. B. (2021). Gratuité des soins et utilisation des services de santé maternelle – une analyse d'impact au Sénégal. *L'Actualité économique*, 96(2), 159-193. <https://doi.org/10.7202/1076510ar>
  43. OMS-UN-Habitat, 2010. *La face cachée des villes : mettre au jour et vaincre les inégalités de santé en milieu urbain*. Rapport UN-Habitat-OMS, Genève, 145p
  44. OMS, 2018. Préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale
  45. des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle, rapport du directeur général, 6p.
  46. ONU Habitat (2008). *Sénégal : Profil urbain de Dakar*. Division de la Coopération Technique et Régionale. HS/1003/08F ISBN : 978-92-1-131982-8, 36 p.
  47. ONU Habitat (2013). *Profil du Secteur du Logement Urban au Sénégal (Senegal Urban Housing Sector Profile)*. HS Number 118/12F, ISBN : 978-92-1-132531-7, 147 pages.
  48. ONU, 2018. Perspectives d'urbanisation mondiale : la révision 2018, édition en ligne, Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies.
  49. ONU Habitat (2020). *Rapport de collecte des données urbaines et d'analyse situationnelle au Sénégal*. Housing and Slum Upgrading Branch, Dakar, 92p.
  50. .
  51. Pires, A. P. (1997). Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. In J. Poupard, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113–169). Gaëtan Morin Editeur.
  52. République du Sénégal/Ministère de l'économie du plan et de la coopération, Agence nationale de la statistique et de la démographie (2020). *Situation Economique et Sociale du Sénégal 2017/2018*, 413 p.
  53. Sabatino, G. (2019). Les douleurs post-césariennes. *La Revue Sage-Femme*, 18(3), 135-144. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2019.03.001>
  54. Sarr, O. et al. (2019). *Réseau national de maternités offrant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) au Sénégal*. Ministère de la Santé et de l'Action sociale du Sénégal/UNFPA/Université de Genève. 46 p. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:122534>

55. SALEM, G. (1999) : Les problèmes de santé dans les villes : une urgence négligée. *Méd. Trop.* Vol. LIX N°2 pp 31-33.
56. SARR, O., et al., 2019. Réseau national de maternités offrant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Sénégal, 2019, 46p.
57. Sy I., Cissé B., Sylla EHM, Silla N.B., Fall N.A., Faye C.M., Niang Diène A., 2023. Le ralentissement des progrès en matière de nutrition, de santé de la mère, du nouveau-né et des enfants (SMNE-N) dans les capitales d'Afrique subsaharienne, APHRC, UCAD, Countdown to 2030, 49 p.
58. Tanchou, T. D. D., Ntamack, J. B., Olé, B. S., Ndjambou, E. M., Pither, S., & Meye, J. F. (2020). Césarienne d'Urgence à la Maternité de l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba de Libreville : Délais de Réalisation et Facteurs de Retard. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*, 21(5), Article 5. <http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/1968>
59. Thiam, O., Cissé, M. L., Niang, M. M., Gaye, A., & Moreau, J. C. (2014). *Mortalité maternelle au centre de santé Roi Baudouin de (Dakar – Sénégal) : À propos de 308 cas.*
60. Touré L., 2012. La baisse de qualité, prix à payer pour un meilleur accès aux soins ? Perceptions sur les politiques d'exemption de paiement des soins au Mali, In : *Afrique contemporaine*, n° 243, p. 49-63, DOI 10.3917/afco.243.0049
61. Vogel J.P., Betrán A.P., Vindevoghel N., Souza J.P., Torloni M.R., Zhang J., Tunçalp O., Mori R., Morisaki N., Ortiz-Panozo E., Hernandez B., Pérez-Cuevas R., Qureshi Z., Gülmezoglu A.M., Temmerman M., 2015. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health*. 2015 May;3(5):e260-270.
62. Witter, S., Armar-Klemesu, M., & Dieng, T., 2008. Les systèmes nationaux d'exemption des coûts liés à l'accouchement : Comparaison des expériences récentes du Ghana et du Sénégal, In : *Studies in HSO&P*, p. 185-221.

## ANNEXE

Tableau 14 : Nombre de personnel soignant disponible dans les établissements de santé enquêtés

Variables	Moyenne	Ecart-type
<b>Nombre de gynécologues</b>		
Hôpital/maternité national	6.17	0.31
Hôpital de district	4.33	0.88
Centre de santé	5	2.12
Clinique privée	3	0.71
<b>Nombre de gynécologues en formation</b>		
Hôpital/maternité national	8.83	4.03
Hôpital de district	4.67	2.91
Centre de santé	7.25	3.30
Clinique privée	0	0
<b>Nombre d'anesthésistes</b>		
Hôpital/maternité national	10.33	3.73
Hôpital de district	5.33	2.33
Centre de santé	4.75	0.75
Clinique privée	1.8	0.58
<b>Nombre de sage-femmes</b>		
Hôpital/maternité national	29.5	2.12
Hôpital de district	29	3
Centre de santé	17.75	3.25
Clinique privée	5.6	1.36
<b>Nombre de puéricultrices</b>		
Hôpital/maternité national	1	0.82
Hôpital de district	0.67	0.67
Centre de santé	3.5	1.76
Clinique privée	0	0
<b>Nombre d'auxiliaires de puériculture</b>		
Hôpital/maternité national	0.17	0.17
Hôpital de district	0.33	0.33
Centre de santé	2.25	1.03
Clinique privée	0	0
<b>Nombre de pédiatres</b>		
Hôpital/maternité national	5.83	1.40
Hôpital de district	1.67	0.67
Centre de santé	1.25	0.25
Clinique privée	1.8	0.58
<b>Ensemble</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Ecart-type</b>
Nombre de gynécologues	4.72	2.42
Nombre de gynécologues en formation	5.33	7.28

Nombre d'anesthésistes	5.89	6.29
Nombre de sage-femmes	20.17	11.36
Nombre de puéricultrices	1.22	2.29
Nombre d'auxiliaires de puériculture	0.61	1.29
Nombre de pédiatres	3	2.89

**Tableau 15: Caractéristiques des femmes césarisées enquêtées**

Caractéristique	Dakar, N = 118	Guédiawaye, N = 29	Keur Massar, N = 24	Pikine, N = 62	Rufisque, N = 27	Ensemble, N = 260
<b>Age moyen</b>	31 (6)	30 (4)	30 (5)	31 (6)	31 (7)	31 (6)
<b>Niveau d'instruction</b>						
<i>Non scolarisé</i>	20	21	17	21	30	21
<i>Primaire</i>	33	48	50	40	41	39
<i>Secondaire</i>	27	17	17	26	15	23
<i>Université</i>	19	14	17	13	15	17
<b>Réligion</b>						
<i>Islam</i>	94	97	100	92	100	95
<i>Christianisme</i>	5.9	3.4	0	8.1	0	5.0
<b>Ethnie</b>						
<i>Wolof</i>	35	34	50	40	63	40
<i>Sérère</i>	24	0	8.3	19	15	18
<i>Poullar</i>	24	34	25	24	15	24
<i>Autres</i>	18	31	17	16	7.4	18
<b>Situation matrimoniale</b>						
<i>Mariée monogame</i>	76	76	79	84	85	79
<i>Mariée avec coépouse (s)</i>	20	24	21	16	15	19
<i>Célibataire</i>	3.4	0	0	0	0	1.5
<b>Profession</b>						
<i>Ménagère</i>	39	38	54	52	59	45
<i>Fonctionnaire de l'Etat</i>	1.7	0	4.2	3.2	11	3.1
<i>Employée dans le secteur privé</i>	11	6.9	17	9.7	0	9.6
<i>Indépendante</i>	25	45	25	29	26	28
<i>Elève/Étudiante</i>	9.3	3.4	0	0	3.7	5.0
<i>Autre</i>	14	6.9	0	6.5	0	8.8

Tableau 16: Coût moyen de la césarienne par type de formation sanitaire

Variables	Moyenne	Ecart-type
<b>Coût moyen global de la césarienne</b>		
Hôpital/maternité national	191250	55942.79
Hôpital de district	95833	48311.78
Centre de santé	65000	21350.25
Clinique privée	630000	93005.38
<b>Coût du ticket</b>		
Hôpital/maternité national	5250	1282.9
Hôpital de district	3667	1333.33
Centre de santé	2000	577.35
Clinique privée	13200	1319.21
<b>Coût du kit</b>		
Hôpital/maternité national	24683	7954.99
Hôpital de district	18333	18333.33
Centre de santé	17125	9785.99
Clinique privée	162399	159410.5
<b>Coût des ordonnances</b>		
Hôpital/maternité national	38850	12073.6
Hôpital de district	33333	4409.59
Centre de santé	16250	1652.02
Clinique privée	2399	1912.99
<b>Coût hospitalisation</b>		
Hôpital/maternité national	23467	10599.58
Hôpital de district	10000	10000
Centre de santé	5875	3642.201
Clinique privée	49200	31955.42
<b>Autres coûts</b>		
Hôpital/maternité national	61700	45656.76
Hôpital de district	29833	18952.43
Centre de santé	23750	8984.94
Clinique privée	2399	1912.99
<b>Ensemble</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Ecart-type</b>
Coût moyen global de la césarienne	269167	269057
Coût du ticket	6472	5074
Coût du kit	60200	185626
Coût des ordonnances	22783	22657
Coût hospitalisation	24461	41747
Autres coûts	31483	66725

**Tableau 17 : Jugement des femmes sur leur état de santé**

<b>Caractéristique</b>	<b>Dakar, N = 118</b>	<b>Guédiawaye, N = 29</b>	<b>Keur Massar, N = 24</b>	<b>Pikine, N = 62</b>	<b>Rufisque, N = 27</b>	<b>Ensemble , N = 260</b>
<b>Jugement sur l'état de santé</b>						
<i>Très bon</i>	6.8	21	17	26	7.4	14
<i>Bon</i>	60	21	50	47	70	53
<i>Moyennement bon</i>	30	55	25	21	22	29
<i>Mauvais</i>	3.4	3.4	8.3	6.5	0	4.2
<b>Problèmes de santé</b>						
<i>Hyper/hypotension artérielle</i>	27	31	25	39	26	30
<i>Diabète</i>	3.4	14	12	1.6	7.4	5.4
<i>Asthme</i>	8.5	14	4.2	11	3.7	8.8
<i>Drépanocytose</i>	3.4	6.9	8.3	6.5	0	4.6
<i>Cardiopathie</i>	0	0	8.3	0	0	0.8
<i>Autres</i>	5.1	0	0	6.5	0	3.8
<i>Pas de maladie chronique</i>	57	48	46	48	63	53

**Tableau 18: Période précédant la césarienne**

Caractéristiques	Dakar. N =	Guédiawaye. N =	Keur			Overall. N =
	118	29	Massar. N = 24	Pikine. N = 62	Rufisque. N = 27	260
<b>Indications césarienne</b>						
<i>Choix personnel</i>	0.8	0	0	0	0	0.4
<i>Urgence médicale</i>	71	66	71	71	59	69
<i>Césarienne Programmée</i>	28	34	29	29	41	30
<b>Si c'est une césarienne programmée, quand a-t-elle été programmée</b>						
<i>0= Au moment même de l'accouchement</i>	2.9	0	0	5.6	0	2.5
<i>1= Après 8 mois et demi de grossesse</i>	47	90	86	56	73	61
<i>2= Après 6 mois de grossesse</i>	24	10	14	22	18	20
<i>3= Avant 6 mois de grossesse</i>	24	0	0	17	9.1	15
<i>Non concerné</i>	84	19	17	44	16	180
<b>Sentiment après avoir reçu l'information que vous devriez subir une césarienne</b>						
<i>Peur</i>	43	41	67	61	59	51
<i>Soulagement</i>	13	28	8.3	15	3.7	13
<i>Indifférence</i>	44	31	25	24	37	35
<b>Moyen de déplacement vers le bloc</b>						
<i>J'ai marché pour aller au bloc</i>	74	24	33	48	48	56
<i>Chaise roulante</i>	25	62	50	29	48	35
<i>Brancard</i>	1,7	14	12	21	0	8,5
<i>J'ai oublié</i>	0	0	4.2	1.6	3.7	1,2

**Tableau 19 : Liste des bidonvilles**

Fass Demba Diop	Cité millionnaire/arafat/ Grand Yoff
Cité Imbécile	Grand Médine
Yarakh	Cambérène Village
Sodida	Cité avion Ouakam
HLM 1	Ouakam Village
Ndiarème Limamoulaye	Médina Gounass
Wakhinane Nimzat	PA Keur Massar
Djiddah Thiaroye Kao	Malika village
Guinaw Rail Nord	Mbao
Guinaw Rail Sud	Yoff Village
Thiaroye Sur Mer	Yeumbeul
Diacksao	Rufisque (Diokoul, Fass Noflay, Ndar Gou Ndaw, Gouye Adiana, Darou 2, Darou Salam, Guendel 2, Mbott)
Thiaroye Gare	Rebeuss Djiné
Diamaguene Sicap Mbao	Ngor Village
Bargny Marigot	Santhiaba
Bargny Guedj	Rebeuss
Bargny Est	Cité Imbécile
Sébikhotane	Cité Cap Vertdienne
Liberté 6 extension	Kayes Findiw
Fass (Mbao)	Fass Noflaye
Bene Baraque	Cite Bissap
Pikine (Cité Baraque, Fass,Thiaroye Usine, Ngagne Diaw, Thiaroye Village, Sam 1 et 2, Fora, Keur Baka, Farba, Hafia,	Guédiawaye (Médina Gounass Cité Baraques, Darou Marnane 1, 2 et 3

Médina Gazon, Darou Salam, Mousdalifa)	Cité Viviane Wade)
Keur Massar	