



*Revue internationale de
langues, littératures et cultures*

**N°24
2026**

**Université Gaston Berger de Saint-Louis
B.P. 234, Saint-Louis, Sénégal
ISSN 0851-4119**

SAFARA N° 24-2026 – ISSN 0851-4119

**Revue internationale de langues, littératures et cultures
Laboratoire de Recherche en Art et Culture**

UFR Lettres et Sciences Humaines, Université Gaston Berger,
BP 234 Saint Louis, Sénégal

Tel +221 961 23 56 Fax +221 961 1884

E-mail : babacar.dieng@ugb.edu.sn / khadidiatou.diallo@ugb.edu.sn

Directeur de Publication

Babacar DIENG, Université Gaston Berger (UGB)

COMITE SCIENTIFIQUE

Augustin	AINAMON (Bénin)	Magatte	NDIAYE (Sénégal)
Abdoulaye	BARRY (Sénégal)	Oumar	NDONGO (Sénégal)
Babou	DIENE (Sénégal)	Fallou	NGOM (USA)
Simon	GIKANDI (USA)	Maki	SAMAKE (Mali)
Pierre	GOMEZ (Gambie)	Badara	SALL (Sénégal)
Mamadou	KANDJI (Sénégal)	Ndiawar	SARR (Sénégal)
Baydallaye	KANE (Sénégal)	Alexiskhergie	SEGUEDEME (Bénin)
Fatoumata	KEITA (Mali)	Aliko	SONGOLO (USA)
Vamara	KONE (Côte d'Ivoire)	Omar	SOUGOU (Sénégal)
Babacar	MBAYE (USA)	Marième	SY (Sénégal)

COMITE DE RÉDACTION

Rédacteur en Chef : Mamadou BA (UGB)

Corédacteur en Chef : Ousmane NGOM (UGB)

Administratrice : Khadidiatou DIALLO (UGB)

Relations extérieures : Maurice GNING (UGB)

Secrétaire de rédaction : Mame Mbayang TOURE (UGB)

MEMBRES

Mohamadou Hamine WANE (UGB)

Cheikh Tidiane LO (UGB)

Moussa SOW (UGB)

© SAFARA, Université Gaston Berger de Saint Louis, 2021

Couverture : Dr. Mamadou BA, UGB Saint-Louis

Sommaire

1. L'article 12 de la Charte Nationale du Niger : enjeux sociaux et psychosociaux d'une politique linguistique
Hamadou Daouda 7
2. Ishmael Reed's *Mumbo Jumbo*: A Postcolonial Reading
Soro Dolourou 27
3. Représentation symbolique des images dans les proverbes balant
Jules Mansaly 47
4. Le hijab : recommandation divine ou mode au Sénégal ?
Aminata Camara..... 67
5. Marginalité et enfermement social dans *Le Mariage de plaisir* de Tahar Ben Jelloun et *Toiles d'araignée* de Ibrahima Ly
Alioune Willane, Raymond Bouré Ndong..... 85
6. Dictatorship and Political Instability in Contemporary Africa: Thematic Convergence of Chaos in *The Trial of Mallam Ilya* by Mohammed ben-Abdallah and *Dasebre* by Asiedu Yirenkyi
Aho Fiacre, Aguessy Constant Yelian, Gbaguidi Célestin 109
7. Développement du commerce pastoral : Organisations, impacts et vulnérabilités dans la région de Kolda (Sud du Sénégal)
Samba Diamanka, Yacine Fall, Boubou Aldiouma Sy 131
8. Les décès maternels et conséquences sociales sur les ménages en République Centrafricaine
Prosper Guiyama 151
9. The Aesthetics of Surprise in John Lanchester's *The Debt to Pleasure*
Abodohou Orierien Olivier 171
10. The Effect of Task Instruction Language on Performance in English Reading Comprehension Assessment: An Experimental Study in Kebemer, Senegal
Mamadou Moustapha Sanghare..... 189

11. Victor Hugo <i>non grata</i> au Sénégal? Quand le plus lumineux ambassadeur de la France présentait d'obscures lettres de créance Moustapha Faye	211
12. A Contrastive Study of Pulaar and Noon Phonology: The Case of the Consonants Tidiane Barry	237
13. Redemptive Action in Subaltern Dystopia: What Role for the Organic African Intellectual-cum-Writer? Abdul-Karim Kamara	251

Les décès maternels et conséquences sociales sur les ménages en République Centrafricaine

Prosper Guiyama

Université de Bangui, Ecole Normale Supérieure (ENS) Bangui,
République Centrafricaine

Résumé

Les problèmes sociaux soulevés par les décès maternels et les difficultés des ménages, pour la prise en charge des orphelins, après le décès d'une mère sont nombreux et variés. Des interventions appropriées sont plus que jamais nécessaires pour minimiser les effets négatifs des décès maternels chez les orphelins. Dans notre étude, les revenus des chefs de ménages sont faibles et parfois dérisoires. Cette situation est proportionnelle à la taille des ménages : (10/ménage). Les orphelins au nombre de 101 répartis dans 33 ménages sont très touchés par le décès de leur mère. Les jeunes sont souvent plus touchés. Les zones défavorisées sont plus exposées par rapport aux zones urbaines qui disposent d'infrastructures sanitaires plus importantes. C'est fort de ces observations que nous circonscrivons notre champ de recherche. C'est de l'hôpital communautaire de Bangui-centre de référence – qui nous a fourni les données nécessaires. Cet hôpital est l'unique qui reçoit les femmes en travail évacuées des banlieues de Bangui et même celles qui viennent de l'arrière-pays. La maternité de l'hôpital Communautaire est une structure étatique de référence. En effet, ces résultats nous ont permis de comprendre que la quasi-totalité des ménages ont des difficultés pour la prise en charge des orphelins souffrant de l'absence de leurs mères. A cela, nous notons la situation des orphelins et leurs comportements à la suite du décès de leur mère. Le personnel médical reconnaît lui aussi que les coûts des ordonnances et des analyses dépassent le pouvoir d'achat des parents.

Mots clés : Décès, maternels, conséquences, sociales, ménages.

Abstract

The social problems due to motherly deaths and their impacts on household members caring orphans are numerous and varied. Suitable assistance is more necessary instead of minimizing the negative effects of maternal death on orphan leading to death.

In our investigation, we found that the incomes of a household are low and sometimes unpredictable. This critical situation is proportional to the size of any household (an average of 10 persons by household). By the 101 orphans spread across 33 households, they are more or less affected by the death of their mother, most often, young girls, who continue to be victims.

It should also be noted that these maternal problems are increased in disadvantaged areas with regard to standard living average: it is in this viewpoint that we surround our study field, which is the nursery of Bangui in communal hospital, which is the ultimate reference center for women coming from neighbor areas round Bangui in Central African Republic. The maternity of the Communal Hospital is a public reference structure. Indeed, these established facts allowed us to understand that, almost all households face difficulties by caring orphans. With this regard, we note the situation of orphans and their behavior following the death of their mother. Medical overseers, commonly recognize that the cost of medical charge is over the purchasing power of many parents.

Keywords: Death, motherly, experience, consequences, social, households.

Introduction

A l'échelle mondiale, au moins 1600 femmes meurent suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. (Environ 1/ décès par minute), ce qui représente au moins (585. 000 décès chaque année (OMS, 1996 : 6). Outre ce nombre il est noté que « plus de 50 millions d'autres femme souffrent d'affections post maternité, c'est-à-dire des complications graves de la grossesse et de l'accouchement » (UNICEF, 1996 : 10). Le but de la maternité sans risque était de réduire de moitié la mortalité maternelle. La République Centrafricaine fait face à un défi majeur en ce qui concerne l'amélioration de la qualité de vie des populations. La réduction des décès maternels est depuis le but de tous les programmes de santé maternel. Force est de constater que les femmes et les enfants continuent d'en payer un lourd tribut, car le nombre des femmes qui meurent de complication liée à la grossesse ou à l'accouchement et le sort des orphelins ne cessent d'augmenter. Bien souvent, pendant ou après l'accouchement, la mère et le nouveau-né sont victimes de complication difficile à prévoir, dont la prise en charge exige un personnel qualifié ayant des compétences avérées en matière.

A la maternité de l'hôpital communautaire, les motifs d'admission des femmes enceintes, le plus souvent sont d'ordre obstétrical, à dominance hémorragique et infectieuses en urgences obstétricales sont souvent prises en charge à un stade tardif, entraînant les ruptures utérines et les hémorragies de la délivrance sont particulièrement fréquentes. La piètre qualité de prise en charge dans cette structure nous a conduits à étudier les causes et les conséquences qui sont les décès maternels de l'année 2003. Toutefois, signalons aussi que ces décès maternels trouvent une autre explication dans les mauvaises conditions de vie – durs travaux des champs et mauvaise alimentation. Ainsi donc étudié ici en rapport avec le vécu des ménages, ce concept pourrait mieux nous édifier sur les aspects négatifs des attitudes et comportements qui se développent chez les orphelins à la suite du décès de la mère. Dans le cadre de cette étude, il s'agira de prendre en compte tous les aspects liés aux conséquences sociales des décès maternels au niveau des ménages et tenter d'y remédier.

Revue de la littérature

Le décès d'une femme en âge de procréer suscite d'importantes difficultés économiques et sociales pour la famille et la communauté » (Mahamat Addi. A, 1999 :10). La plupart des femmes du monde en développement ne peuvent avoir régulièrement accès à des méthodes contraceptives modernes. La majorité des femmes enceintes reçoivent des soins prénatals qui restent insuffisants, pour autant qu'ils existent, et accouchant sans avoir accès à des soins obstétricaux adéquats en cas de complications. Même les pays qui sont de systèmes de prestations sanitaires relativement bien développés continuent d'enregistrer des maladies et des décès maternels évitables parce que les soins fournis lorsque des complications surviennent sont parfois inadéquats. Les problèmes survenant au cours de la maternité ont des causes obstétricales mais découlent également de facteurs plus profonds, notamment le statut social, économique et politique relativement bas de la femme. Le manque de matériel, de locaux, d'équipements et de ressources humaines et les pratiques traditionnelles mettent la vie des femmes en péril. Personne ne sait exactement combien de femmes meurent tous les ans à la suite d'une

grossesse. Dans les parties du monde où la maternité maternelle est plus élevée, les décès sont rarement enregistrés, et quand ils le sont leur cause n'est généralement pas indiquée. Ne passerait si « toutes les 4 heures, jour et nuit, un avion s'écrase et tous les passagers meurent » (OMS/UNICEF, OMS, 1990 : 12). Les quelques 250 passagers sont presque soit toujours des femmes enceintes, soit des récentes accouchées, la plupart d'entre elles ont des enfants en bas âge et des familles entières qui dépendent d'elles. (Diarra...E. W et Touré. K, 1980 : 13). Le Docteur Halfdana Malher, soulignait l'importance du problème en ces termes « Toutes les minutes, une femme meurt quelque part dans le monde, ce qui représente 500.000 morts par an dont 99% dans les pays en développement, la vaste majorité en Afrique et en Asie » (Welepens. E, 1989 : 3-6). La quasi-totalité de ces décès pourraient être évitables : « seulement 1% de décès maternels se produit dans les pays développés, ce qui fait environ 4000 victimes par ans. (Diarra. E. et Touré. K, 1980 :13. 6-7).

Il ressort d'une importante étude récente commandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) que la mortalité maternelle a été fortement sous-estimée dans le passé et que, par rapport aux chiffres précédemment indiqués, nous comptons près de 80.000 décès de plus. L'étude estime en effet à quelque 585.000 par an le nombre de décès maternels dont (99%) surviennent dans des pays en développement : « la plupart des décès maternels (55%) surviennent en Asie, où l'on enregistre 61% des naissances mondiales. Mais l'Afrique avec 20% des naissances mondiales, regroupe 40% des décès maternels. En revanche, les pays développés enregistrent 11% des naissances, mais moins de 1% des décès" (Roystone. N. E et Armstrong. S, 1987 : 40). Dans le pays en développement, le risque de décès pendant la grossesse ou lors de l'accouchement (taux de mortalité maternelle) va d'un moins de 2000 pour 100.000 naissances vivantes en Amérique latine et dans les Caraïbes à plus de 870 en Afrique. « Cinq sous-régions, l'Afrique du Nord, l'Afrique Australe, l'Asie Orientale, l'Afrique Centrale et l'Amérique du Sud, présentent de nouvelles estimations de la mortalité maternelle très légèrement inférieures à celles des précédentes études. (Idem, P : 40). Par ailleurs, les risques de décès liés à la grossesse ont considérablement augmenté d'après

ces nouveaux calculs. La situation est particulièrement préoccupante en Afrique Orientale, Centrale et Occidentale où les chiffres antérieurs semblent être sous-estimés dans près d'un tiers du nombre réel des décès maternels.

Comme l'indique le Dr Susan Holck du programme OMS de santé de la reproduction, « la mortalité maternelle est un indicateur particulièrement sensible de la disparité qui reflète la condition de la femme, son accès aux soins de santé et la mesure dans laquelle le système de soins de santé répond à ses besoins ». (Presse OMS, 1996 : 1). Il est extrêmement difficile d'évaluer le taux des mortalités maternelles. Les décès maternels ont tendance à être sous-notifiés même dans les pays développés qui disposent de statistiques de l'état civil. Lorsqu'on ne comptabilise pas les naissances et les décès, il est particulièrement difficile d'arriver à une estimation. Pour le faire, il faut avoir des données sur les décès des femmes en âge de procréer (15-49 ans) et sur les causes de ces décès, et savoir si la femme était en état de grossesse au moment de sa mort. Or peu de pays comptabilisent les naissances et les décès et le nombre de ceux qui précisent la cause de décès est encore plus restreint.

« Les pays où le certificat de décès précise si la femme était enceinte sont plus rares encore. La cause de décès est signalée de façon systématique dans 78 pays qui ne sont les territoires qui ne couvrent seulement que 35% environ de la population mondiale, alors que l'OMS compte 190% Etats membres ». (Presse OMS, 1996 :1)

Comme le souligne le Dr France Donney, conseiller de l'UNICEF pour la santé des femmes « ces nouvelles estimations de la mortalité maternelle, qui sont l'aboutissement de deux années d'efforts communs, font ressortir que la réaction mondiale doit être adaptée à l'ampleur du phénomène » (Idem, P : 1). Diverses approches novatrices ont été mises au point pour surmonter le problème de l'absence de données dans les pays où les statistiques de l'état civil sont fragmentaires ou inexistantes, qu'il s'agisse d'enquête sur les ménages ou d'études de détail liées aux causes de décès de toutes les femmes en âge de procréer. On utilise des sources multiples d'information pour recenser tous ces décès, registres de l'état civil, dossiers des centres de santé, dirigeants communautaires, communautés religieuses. Ensuite, des entretiens avec les familles et des agents de santé permettent de distinguer les décès qui

sont dus à des causes maternelles de ceux dus à d'autres causes. Mais la complexité et le coût de l'opération font que seule une poignée de pays en développement ont pu mener à bien des enquêtes aussi au niveau national. Les nouvelles estimations de la mortalité maternelle ont été mises au point par l'UNICEF et l'OMS sur la base d'une double stratégie qui consiste à ajouter les chiffres fournis par les pays pour tenir compte de la sous-notification et à utiliser un modèle simple pour estimer cette mortalité dans les pays qui ne fournissent pas des données ou dans lesquels les estimations officielles pourraient être sujettes à caution.

Ainsi que le fait observer Mme Carla Abou-Zahr du programme OMS sur la santé Maternelle et Maternité Sans Risque, « Ces estimations sensiblement plus fiable que les précédentes doivent inciter à prendre des mesures dont la nature sera déterminée surtout en fonction des conditions sociales et économiques du pays. En tout état de cause, il faudra améliorer considérablement l'accès de toutes les femmes à des soins de qualité pendant la grossesse et lors de l'accouchement ». (Idem. P.2). Cependant, les ratios de mortalité maternelle ont, actuellement dans les pays en développement, une ampleur similaire à celle des pays industrialisés du 17^{ème} siècle, alors que les techniques qui avaient permis au monde occidental de réduire la mortalité maternelle ont été transférées dans le Tiers-Monde et sont théoriquement disponibles, tout au moins pour une partie de la population. Le manque d'impact de ce transfert de techniques amène à se poser des questions : « Considérer que les ratios de mortalité dépendent des ressources du pays ou encore de son niveau de développement socio-économique est probablement vrai, mais n'explique pas tout. En outre, la recherche d'une corrélation entre les estimations des ratios de mortalité maternelle dans les pays en développement et des variables comme le pourcentage d'accès aux services de santé, le taux de scolarité des filles au primaire et l'accès à une eau saine s'est révélée infructueuses » (Mahamat Addi. A, 1999 : 9) Le revenu n'explique donc pas tout ; par contre, le mode de distribution des biens et services produits pourraient jouer un rôle significatif, les pays socialistes ayant de manière répétée (mais non systématique) atteint des meilleures performances au niveau de leurs indicateurs de santé que les pays dits capitalistes. (De Brouwere. Vet Van Leberghe, 1998 : 8-9). Le rapport de

mortalité maternelle est une mesure du risque obstétrical encouru par une femme chaque fois qu'elle est enceinte. Là où les femmes ont de nombreuses grossesses, le risque de décès maternel augmente.

Problématique

Il est difficile d'estimer les taux de décès dans les pays sous-développés dans la mesure où un nombre élevé d'accouchement se fait en dehors des structures de santé. Les difficultés de collecte d'informations statistiques sur les naissances et les décès sont nombreuses et la précision de la cause des décès est encore rare. Les taux et les causes connues sont recensés dans les maternités et si les décès sont mentionnés dans les registres, ce qui n'est pas toujours le cas en milieu rural et semi-urbain. La Maternité, Clinique Gynécologique et Obstétricale du Centre dispose d'une banque de données (fiches, dossiers et registres) sur les décès maternels survenus dans cette structure sanitaire. Il n'y a pas d'études sur le vécu des conséquences des décès maternels par les ménages. Une telle étude est d'autant plus nécessaire que ce sont les familles qui ont la charge de la nourriture et l'éducation des enfants en bas âge dans les ménages. Le service social de la Maternité de l'Hôpital Communautaire n'a pas un programme d'accompagnement et de suivi des enfants dont les mères sont décédées en couche. La mortalité maternelle est une tragédie non seulement pour les jeunes femmes qui en sont victimes, mais également. La famille. Ce sont avant tout les mères qui s'occupent des enfants en bas âge, les nourrissent et les instruisent à la maison. Les enfants profitent et apprennent mieux lorsque leurs mères ont un peu d'instruction ou de formation. Les enfants dont la mère a reçu une instruction primaire ont généralement des taux de mortalité inférieurs de 25 à 50% par rapport à ceux dont les mères n'ont aucune instruction. La perte d'une mère prive toute la famille de ses soins.

En résumé, une meilleure santé maternelle se traduit de multiples façons par une amélioration des perspectives des enfants, non seulement de leurs perspectives de survie, mais également de prospérité. La survie de la mère et de l'enfant est intimement liée. Il est encore fréquent que les femmes ne

puissent pas accéder comme les hommes aux ressources, à l'information, à l'instruction, et aux opportunités. Bien qu'on puisse discerner une légère amélioration lorsque les ressources sont abondantes, le mot d'ordre « les hommes d'abord » fait la loi. Cet argument peut décourager tout effort pour améliorer la santé, l'instruction ou la capacité de travail rémunéré des femmes. Pourtant, un grand nombre des objectifs de développement les plus répandus (meilleure alimentation, meilleure éducation pour les enfants, meilleur niveau de vie familiale) sont atteints plus rapidement et plus facilement si les femmes jouent un rôle plus actif et si elles y sont encouragées comme il convient. Paradoxalement, elles ne comprennent pas toujours combien les risques et les coûts augmentent pour les nourrissons et les jeunes frères et sœurs lorsque les grossesses sont trop rapprochées. Tout cela influe sur les mentalités en ce qui concerne la dimension de la famille et la procréation.

Nos hypothèses de recherches ; les ménages qui ont vécu l'expérience d'un décès maternels rencontrent des difficultés pour la prise en charge des orphelins ; c'est à la suite des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement que les femmes meurent ; les décès maternels ont des conséquences négatives dans les ménages ; les décès maternels ont des effets négatifs sur les attitudes et les comportements des orphelins.

Démarche méthodologique

Compte tenu de l'ampleur de la rareté des études qui portent sur le vécu des conséquences des décès maternels dans les ménages et surtout de son caractère multidimensionnel et sociologique, nous avons opté pour une approche méthodologique globale. Dans cette partie, nous allons présenter les techniques d'investigations avec lesquelles nous avons obtenu nos données, le processus réel d'investigation, le traitement de l'analyse des données. Notre étude sur le vécu par les ménages des conséquences des décès maternels survenus à la maternité de l'Hôpital de Communautaire de Bangui a ciblé certains quartiers et banlieue de Bangui, ainsi que la maternité où nous avons eu des entretiens avec le personnel. Dans les communautés, les sites sont

Bimbo, Samba, Kapou, MPOKO bac, Sakaï, Boing, Gbabiri et autres. Dans les structures de santé, c'est une partie du personnel, disponible et coopérant, qui travaille dans la maternité qui a été interrogée. Seuls les ménages qui ont eu des décès maternels l'an passé (an 2023) étaient concernés par notre étude. Dans ces ménages, nous avons interrogé les catégories de personnes suivantes : les chefs de ménages qui ont perdu une femme dans leur foyer ; les personnes (parents ou tuteurs) responsables de la prise en charge des orphelins ; le mari de la femme décédée ; une coépouse de la femme décédée ; une parente de la femme décédée, un tuteur ou une tutrice des orphelins et les enfants eux-mêmes. A la maternité, nous avons interrogé les personnes suivantes : les médecins ; les sage-femmes ; les étudiants en cours de spécialisation ; les infirmiers et les infirmières. Parmi les techniques d'investigation en sciences sociales, nous avons retenu trois : le recueil de données documentaires ; l'interview individuel ; l'enquête par questionnaire. Notre échantillon mère est composé de 54 ménages sur les 62 cas de décès maternels survenus en l'an 2023 à la maternité de L'Hôpital Communautaire. Le choix de cet échantillon s'est fait sur la base des fichiers et des dossiers qui se trouvent au niveau de la maternité. C'est ainsi que 8 autres dossiers de femmes décédées n'ont pas été retrouvés. Sur les 54 ménages enquêtés, 33 ont des orphelins.

Résultats de l'enquête: caractéristiques des femmes décédées à la maternité

Si la parité élevée est un facteur de risque, seules 11 femmes (20,37%) ont un nombre d'enfants supérieur ou égal à 5 contre 29 femmes qui représentent plus de la moitié (53,70%) et qui ont un nombre d'enfants inférieur ou égal à 4. Parmi les 9 filles décédées, seules une fille âgée de 19 ans a deux enfants. Les 6 femmes âgées (40, 42 et 46 ans) décédées, elles ont des caractéristiques communes : elles sont toutes mariées, trois d'entre elles ont bénéficié de trois consultations prénatales alors que pour les trois autres, les dossiers ne mentionnent pas de suivi prénatal. Elles ont aussi des dissemblances : deux femmes âgées de 39 ans et de 40 ans ont respectivement 7 enfants et 8 enfants. Deux ont eu une hémorragie et deux autres une rupture utérine. Les deux

dernières ont eu, respectivement, une rétention d'œuf mort et une crise d'asthme. Par contre, le nombre de grossesse est légèrement supérieur à la parité, 15 femmes (27, 77%) ont eu plus de 5 grossesses. Les dossiers ne fournissent pas des informations sur la nature de ces grossesses antérieures. Étaient-elles des grossesses à risque ? Si oui, les complications étaient-elles dépistées et traitées correctement au cours de ces grossesses ? Le nombre d'accouchement ou de grossesse à terme est supérieur à 5 et concerne 12 femmes (22, 22%). Ce chiffre est légèrement inférieur au nombre de grossesses comme l'indique l'enquête sur le terrain Le nombre de consultations prénatales réglementaires est de 3 si la grossesse se déroule normalement ou qu'elle est sans risque. Or, seules 14 femmes sur 54, soit 25,9% ont eu les trois consultations prénatales et 9,3% 4 consultations. Cependant, les dossiers ne mentionnent pas les consultations de 24 femmes, soit 44,4% dont on ignore si elles ont reçu des soins avant leur admission à la maternité. Or, l'on sait que l'absence de soins prénatals ou la mauvaise qualité des consultations prénatales peut avoir un impact négatif sur le pronostic vital materno-fœtal en cas de complications L'exercice d'une activité génératrice de revenus permet à la femme de s'acquitter des frais de soins, surtout en cas d'urgence. Parfois, certaines femmes sont évacuées avec une ou des accompagnantes qui n'ont pas de moyens financiers pour payer les ordonnances prescrites. Si les soins d'urgence sont automatiquement prodigués, il n'est pas évident que tous les médicaments prescrits seraient achetés et le traitement correct suivi. Parmi les 54 femmes décédées, la profession de 42 d'entre elles, soit 77,8% n'est pas précisée.

Caractéristiques des chefs de ménages dans la communauté

L'échantillon global de notre étude est constitué par 54 ménages répartis dans les différents quartiers et banlieue de Bangui. Ces ménages ont été choisis en fonction du critère suivant : avoir vécu l'expérience d'un décès maternel au cours de l'année 2023. Ces ménages ont identifié en exploitant le dossier des femmes à la maternité de l'hôpital communautaire de Bangui. Les femmes décédées sont au nombre de 62. Mais parmi les dossiers, huit (8) n'ont pas

été retrouvés. Les personnes interrogées dans les 54 ménages sont des chefs de ménage.

Répartition par tranche d'âge, par religion

Parmi les personnes interrogées, 23 appartiennent à la tranche d'âge 40-49 ans (42,6%) et 21 personnes à la tranche d'âge 30-39 ans. Les autres tranches d'âge sont peu représentatives. La répartition par sexe montre une prédominance des hommes, soit 43 personnes (83,3%) contre 9 femmes (16,7%). Le christianisme est la religion dominante avec 47 personnes (83,7%) contre 4 musulmans (7,4%). Ce taux reflète la répartition des populations par religion en République Centrafricaine où plus des habitants sont des chrétiens.

Répartition des enquêtes par ethnie, matrimoniale et niveau d'instruction (n= 54)

Les Banda avec 22 personnes (40,74) constituent l'ethnie dominante de notre échantillon. Ils sont suivis par les Yakoma avec 12 personnes (22,22%), les Gbaka avec 7 personnes (12,96%). Les autres ethnies constituent le reste de l'échantillon. Ces pourcentages reflètent la répartition ethnique en République Centrafricaine où les Banda sont majoritaires avec 43% de la population totale. La quasi-totalité des personnes interrogées sont mariées soit 49 personnes (90,8%). Parmi ces personnes, 28 (51,9%) sont dans une union monogamique contre 26 personnes (38,9%) qui sont dans une union polygamique. Par rapport au niveau d'instruction, un pourcentage élevé des chefs de ménage, 22 personnes (40,7%) sont analphabètes. Plus de la moitié des enquêtés soit 29 personnes (53,7%) ont un niveau d'instruction allant du primaire au supérieur. Le taux brut de la scolarisation, au niveau national est de 60% et le taux net de 45% sur l'ensemble du pays.

Répartition des enquêtés selon la profession (N=54)

La répartition professionnelle fait apparaître un relatif équilibre entre les hommes (qui sont 4) et les femmes (qui sont 3) entre les hommes et les femmes dans l'exercice de l'activité rémunérée comme le montre l'étude. Par contre, le secteur le plus lucratif, tel que l'activité commerciale, est dominée par les hommes (10 hommes contre 1 femme). Les activités informelles génératrices de faibles revenus sont largement investies par les hommes : 31 hommes contre 2 femmes. Le statut de ménagère concerne 3 femmes sur un total de 9 femmes.

Répartition des enquêtés selon le sexe et la source de revenus (n=54)

Les sources de revenus sont à l'image des professions exercées par l'enquêté. En effet, 35 hommes tirent leurs revenus dans le secteur informel contre 3 femmes. Ces revenus sont aléatoires. Par contre, 5 hommes (44 salariés et 1 retraité) et 5 femmes (salariée et 2 bénéficiaires d'une pension veuve) ont des ressources de revenus régulières.

Répartition des enquêtés selon le sexe et le revenu par jour (n=54)

Les enquêtés se sont prononcés sur les revenus par jour. Les résultats font apparaître des revenus qui se répartissent comme suit : 16 hommes ont plus de 1.000 FCFA par jour et 7 autres hommes plus de 4.000 FCFA par jour contre 3 femmes. Or, selon les données de l'étude 12 hommes ont plus de 50.000 FCFA et moins de 100.000 FCFA par mois contre 3 femmes. On constate une grande variation entre les revenus par jour et les revenus mensuels. Le biais de la surestimation par une auto-valorisation semble l'emporter sur la réalité selon l'étude.

Répartition des enquêtés selon le sexe et le revenu par mois (n=54)

Les revenus mensuels qui se situent entre 100.000FCFA et moins de 200.000FCFA concernent 10 hommes et 3 femmes. Or, dans la répartition des professions nous avons 10 hommes commerçants contre 3 femmes salariés. L'exercice d'une activité génératrice de revenus substantiels, comme le commerce, peut expliquer ces revenus considérables. Les autres revenus qui se situent entre moins de 500 FCFA par mois et moins de 50.000 FCFA par mois concernent 21 hommes contre 2 femmes.

Répartition des enquêtés selon la taille du ménage (n=54)

Selon les résultats de l'enquête, 24 ménages ont entre 7 à 10 personnes contre 15 ménages qui ont entre 12 et 15 personnes. En République Centrafricaine, la taille moyenne des ménages est de 9 personnes. Dans notre échantillon la taille moyenne, 54 ménages est de 10 personnes.

Répartition des enquêtés selon le nombre des orphelins (n=54)

Si 54 ménages ont vécu l'expérience d'un décès maternel, seuls 33 ménages ont eu des orphelins en charge. Parmi ceux-ci 33, 9 ménages ont chacun des orphelins contre 2 ménages qui ont respectivement 7 et 8 orphelins. Les 22 ménages restants ont, comme le montre l'étude, entre 2 et 5 orphelins. Le nombre d'orphelins pris en charge s'élève à 101 répartis entre 33 ménages, soit une moyenne de 3 orphelins par ménage.

Discussion des résultats

La prise en charge des orphelins

L'âge des orphelins varie entre 2 ans et 30 ans. Parmi les 101 orphelins, 29 appartiennent à la tranche d'âge 2 et 5 ans contre 28 orphelins qui ont 6 à 9 ans, soit au total 57 orphelins qui ont moins de 9 ans et qui sont des enfants.

25 orphelins ont entre 10 et 19 ans et sont donc des adolescents. Les orphelins appartenant à la tranche d'âge 20-30 ans sont au nombre de 19. Au total, sur 101 orphelins, 82 sont entre l'enfance et l'adolescence comme l'indiquent les résultats de l'étude. Sur 44 orphelins laissés par les femmes décédées, 4 sont décédés contre 9 filles décédées sur 57 orphelins. Au total, 88 orphelins sont vivants sur les 101. En l'espace d'un an, il y a 13 cas de décès. Parmi les 54 personnes interrogées, 42 sont les maris des femmes décédées contre 6 et 2 femmes qui sont respectivement sœurs et mères des femmes décédées. Une seule est apparentée et est la sœur du mari d'une femme décédée. Parmi les femmes décédées, 30 sont mariées et chez 9 femmes, la situation matrimoniale n'est pas précisée. Cependant, parmi les 33 personnes qui ont pris en charge les orphelins, 28 ont des liens de paternité avec les enfants alors que 5 autres restants sont des femmes, comme le confirme l'étude. Le confiage des enfants est un phénomène rare si le père est vivant. Selon la culture locale, le père est responsable de l'éducation et de la nourriture de ses enfants dans les unions matrimoniales.

Difficultés rencontrées dans la prise en charge des orphelins

Avant le décès de la mère, les enfants vivants dans 19 ménages sur 33 ont été pris en charge par la mère contre les enfants vivants dans 14 ménages sur 33 qui sont à la fois pris en charge par le père et la mère. A la suite du décès de la mère, les personnes en charge des orphelins de 30 ménages sur 33 ont des difficultés relatives et aux soins des orphelins. Les difficultés relatives à l'éducation des orphelins touchent 31 ménages sur 33. Les difficultés dans les relations entre les orphelins et l'épouse du mari concernent 29 sur 33. Si à la suite du décès de la mère seuls 29 ménages ont des problèmes de gestion des ressources du ménage, seuls dans 16 ménages sur 33, on retrouve des difficultés de remariage. Parmi les 54 ménages qui ont vécu l'expérience d'un décès maternel, 23 ménages ont bénéficié des activités génératrices de revenus de femmes décédées. Les ressources financières générées par les activités de ces femmes varient entre 20.000 FCFA. Et 120.000 FCFA concernant 20 ménages. Parmi les services fournis par les femmes décédées 18 ménages sur 23 ont indiqué l'achat des fournitures scolaires et

l'habillement des enfants. Parmi les 23 ménages, les 10 bénéficiaient des services relatifs à la paie des ordonnances et 20 ménages de la nourriture. Traditionnellement les femmes prennent, en charge ou participent aux frais en soins de santé, à la nourriture de leurs enfants.

Sur les 33 ménages ayant en charge les orphelins, plus d'une vingtaine admettent avoir rencontré des difficultés relatives aux ressources générées par les activités de la femme décédée, à la gestion des biens du ménage et à la perte de contrôle des orphelins. Parallèlement, une vingtaine de ménages admet des avantages relatifs au remariage. Ces avantages sont l'acquisition des revenus fournis par la nouvelle épouse, La meilleure gestion des ressources du ménage et la meilleure éducation des enfants selon les résultats de l'enquête. Afin de mesurer l'attitude et les comportements des orphelins dans les ménages, la démarche adoptée consistait à interpréter les discours des personnes à la charge des orphelins. C'est-à-dire que nous nous sommes contentés à expliquer la version de l'entretien des éducateurs. Les risques les plus fréquents encourus par les orphelins garçons et filles, sont-le manque d'affection qui touche 35 garçons dans 18 ménages contre 48 filles dans 26 ménages ainsi que le manque d'éducation qui affecte 27 garçons dans 15 ménages contre 37 filles dans 16 ménages. Par contre les troubles du comportement, la timidité excessive affecte plus les filles que les garçons (10 garçons sur 40 contre 21 filles sur 48). Cependant, l'agressivité excessive touche plus les garçons que les filles (20 garçons contre 18 filles). La mélancolie affecte la quasi-totalité des filles (42 filles contre 34 garçons) selon l'enquête sur 40 garçons, 26 manifestent des troubles associés aux mensonges contre 2 filles sur 48. Par contre le refus, de communiquer affecte plus les filles (28 filles contre 8 garçons) que les garçons. Le banditisme touche exclusivement les garçons 23 cas sur 40, alors les querelles avec les membres du ménage affectent une proportion presque égale de garçons (20 cas sur 40) que de filles (26 cas sur 48). Les querelles avec la ou les épouses du père ou du tuteur touchent une proportion presque égale de garçons (17 cas sur 40) et de filles (22 sur 48). Il en est de même du rejet des membres du ménage qui est, probablement, consécutif aux querelles. En effet, 16 garçons sur 40 et 15 filles sur 48 adoptent ces types de comportements. Au terme de ce travail quantitatif et qualitatif à la maternité gynécologique et obstétricale

de l'hôpital communautaire, il est ressorti une urgente nécessité de mettre l'accent sur un renforcement et de nouvelles orientations en vue d'une prévention efficace des problèmes des décès maternels.

Conclusion

L'objectif principal de cette étude était d'une part de décrire le vécu des conséquences sociales par les ménages des décès maternels. La stratégie utilisée consistait d'une part, à vérifier les conséquences des décès maternels sur les ménages, et d'autre part, à proposer des solutions susceptibles d'impulser un processus de changement dans la prise en charge des femmes enceintes au niveau de la maternité de l'hôpital communautaire de Bangui. Il s'agit d'essayer de prendre en compte les effets néfastes que peuvent revêtir le comportement des orphelins. L'étude que nous avons menée à la maternité confirme nos hypothèses de départ qui mettaient l'accent sur le fait que : c'est à la suite des complications liées à la grossesse et à l'accouchement que les femmes meurent ; les décès maternels ont des conséquences négatives dans les ménages ; les enfants qui ont perdu leur mère sont confrontés à des troubles relatives à leur éducation et à leurs comportements. Les résultats ainsi obtenus illustrent l'approche scientifique dans cette étude. Cette dernière approche a révélé que certains ménages vivent avec beaucoup de difficultés le décès de la mère. L'autre leçon tirée de cette étude est que certains orphelins sont tellement affectés par les décès maternels et présentent des comportements qui risquent de nuire à leur devenir. Au niveau de ménages, il s'agit particulièrement d'effets néfastes sur l'éducation, l'alimentation ainsi que les relations difficiles qu'entretiennent les orphelins avec les membres de ménages, notamment leurs tantes. Ce fait se justifie par le décès précoce de la mère qui favorise des tensions et des troubles de comportement dans les ménages. Les résultats qui sont issus d'un échantillonnage assez représentatif de la zone d'étude pourraient permettre de compléter sinon d'amorcer d'autres études du genre. Pour mettre en application les axes de réflexion dégagés ici, une mobilisation est nécessaire pour réussir à convaincre le personnel de la santé à s'impliquer davantage dans la lutte pour réduire le

taux des décès élevé des décès maternels et surtout l'implication du service social de la maternité de l'hôpital communautaire aux côtés des orphelins.

Références bibliographiques

- Ministère de l'Economie, des finances et du Plan, Direction de la Prévision et des Statistiques, Division des statistiques Démographiques « *Enquête Démographique* »1997, p. 238
- Nouvelle Méthodologie, 1996, « *Estimation révisée pour 1990 de la mortalité maternelle* » OMS/ UNICEF, OMS, Genève, 1996, p.6
- (PNDS-1997-2002) Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, Direction de la Prévention et de la Statistique, Division des Statistique Démographiques, « *Programme National de Population* », 1996, p.280
- Ministère de la Santé Publique, Service National de la Santé Maternelle et Infantile « *Programme National de planification familiale* », 1990, (MSP/SNSMI), p. 60
- Direction de la Santé Maternelle et Infantile 1992, « *Programme National de lutte contre la Mortalité Maternelle* », MSPPAS/DSMI), p. 60
- Ministère de la Santé et de l'action sociale, Direction de l'Hygiène et la Santé Publique « *Programme National en Santé de la Reproduction* », 1997, (MSPAS/DASP /2001), p.77
- Ministère de la Santé Publique et l' Action Sociale « *Programme National de développement Sanitaire et Social* »1990, (MSPAS), p.54
- OMS, Genève, 1998, « *Réduire la Mortalité Maternelle au Sénégal* », Bulletin trimestriel N° 11 Juin pp.12 - 120.
- OMS, Sénégal, 1989, « *Mortalité Maternelle* » Déclaration Commune, p.1.

-
- OMS/FNUAP/Banque Mondiale. OMS, 1999, « *Mortalité Maternelle* » Genève, p.1.
 - OMS, Communiqué OMS/ 7, 1996, « *Mortalité Maternelle* » Presse : (examiné) novembre 1996, p.1.
 - ADDI A.M. 1999, « Mortalité et Morbidité Materno-fœtale des Evacuées Sanitaires Obstétricales à la Maternité Issaka Gazaby ». Thèse de Médecine, Université de Niamey ? 15, 88 PP.
 - DE BROUWERE. W. VAN LEBERGHE. W. 1998, « *Les besoins obstétricaux non- couverts* » L'Harmattan, vol 1, p 18, 230.
 - Dr GUEYE. A. 1998, « *La mortalité maternelle au Sénégal* », OMS, Bulletin trimestriel N° 11 Juin 1998, p.3, 35 PP.
 - DIARRA E. et TOURE. K, 1980, « *Santé de la reproduction en Afrique* », bidimensionnel, Interfac, pp. 6-7, Afrique, 80 pp.
 - FAREGUES Ph, 1996, « Estimation la mortalité maternelle à partir des statistiques imparfaites » « Paris INSERM », 170 p.
 - FILIPPI V, GRAHAM. W. 1998, « *Estimer la mortalité maternelle à l'aide de la méthode des sœurs* », les Dossiers du CEPED, N° 2, p. 170.
 - GODIN. I, 1996, « Les avortements clandestins dans les grandes villes d'Afrique Francophone et la prise en considération de leur incidence par les programmes de coopération » : Mémoire en vue de l'obtention du grade de licencié en Travail Social, Université Libre de Bruxelles, 6-7, 99 pp.
 - HERZ. B, MEASHAM A R. 1987, « *Programme pour la mortalité sans danger* », Banque Mondiale », Washington, DC, 175 pp.
 - ROYSTONE E, ARMSTRONG S, 1990, « *La prévention des décès maternels* », Genève, OMS, 280 p.

- ROYSTONE E, LOPPES AD, 1987, « *De l'évolution de la maternité* ». Rapports Trimestriels des Statistiques Sanitaires Mondiales, OMS, 1987, 190 p.
- WELPENNS. E, 1989, « Pour une maternité à moindres risque Vie et Santé », OMS, 1989, 99 p.

